

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy. 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 essayé d'obtenir la meilleure copie originale. 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.

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



Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Page 158 comporte une numérotation fautive: p. 15.

Page 161 comporte une numérotation fautive : p. 16.

Page 216 comporte une numérotation fautive : p. 616.

# LA REVUE MÉDICALE



LA

438  
108

# REVUE MÉDICALE

---

Année 1898-99

---

COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1898 99 :

AHERN, M. J., De BLOIS, CHS., BOISVERT, CHS., BOLDUC, S., BRENNAN, M. T., BROCHU, M. D.,  
FAUCHER, P. V., CAUTHIER, L., LABERGE, J. E., LASNIER, H., De LAVAL-THYERNAY,  
M. E., LESSARD, ALPHONSE., PAQUET, E., PAQUIN, C-R.,  
PARADIS, J. C., PINAULT, J., PRUME, J. J.,  
SIROIS, L. J. O., SMITH, A. L.

P.-P. BOULANGER, Directeur

---

VOLUME DEUXIEME

---

MONTREAL  
IMPRIMERIE DE LA REVUE MÉDICALE

985 — rue Saint-Denis — 985

1899

“LA REVUE MEDICALE”

PREMIER ANNIVERSAIRE

La *Revue Médicale* entre aujourd'hui, en pleine vigueur, dans sa deuxième année d'existence. Nous ne saurions passer cet anniversaire sans accomplir certains devoirs envers tous ceux qui ont entouré son berceau de leurs soins diligents et généreux.

Notre jeune organe médical a vraiment été l'objet de grandes faveurs de la part des membres de notre noble faculté.

Nos remerciements reconnaissants d'abord aux nombreux lecteurs qui ont accueilli favorablement les premiers vagissements du nouveau-né, au début de sa carrière; qui l'ont encouragé et ont adouci les difficultés et les sacrifices indéniables que requièrent l'organisation et le maintien d'un journal médical; et qui lui ont procuré, à vrai dire, le nerf et les forces d'une précoce adolescence.

Mais nous devons nous empresser également de satisfaire un autre sentiment de reconnaissance non moins impérieux à l'adresse de nos précieux et dévoués collaborateurs.

Comment nous acquitter convenablement envers ces compagnons volontaires de notre travail qui ont illustré notre œuvre du produit de leur science et de leur talent?

C'est à eux, en grande partie, que nous devons le succès dont nous avons à nous féliciter, eux qui ont tant contribué par leurs intéressants écrits à faire rechercher et aimer la lecture de notre *Revue*.

Sous leur impulsion *La Revue Médicale* a progressé à vue d'œil.

L'administration se réjouit sincèrement de l'élan qu'elle en a ressenti.

Aussi, pour ne pas rester en arrière du mouvement imprimé à son entreprise par ses généreux collaborateurs et souscripteurs, *La Revue Médicale*, envisageant avec confiance l'avenir souriant qu'elle a devant elle, n'a pas hésité à s'imposer de nouveaux sacrifices.

Son matériel d'imprimerie vient d'être augmenté considérablement, de manière à assurer une plus grande liberté d'opération.

Et comme les vignettes intercalées dans les articles pour les besoins de la démonstration nécessitaient un papier un peu différent de celui que nous avions primitivement adopté, nous avons décidé de faire le changement requis pour favoriser l'impression et la netteté des gravures ou lithographies.

Avec cette modification nous serons désormais en état de publier n'importe quelle illustration.

Nos lecteurs ainsi que nos annonceurs ne sauraient que bénéficier largement de ces innovations.

Maintenant, de tous les sacrifices qu'encourt le maintien d'un organe du genre de *La Revue Médicale* il découle une nécessité dont nous devons faire part à nos lecteurs à l'expiration de cette première année, c'est qu'un journal vit indispensablement du produit des contributions de ses souscripteurs.

Nos abonnés retardataires comprendront donc combien le montant de leur souscription est désiré et serait agréé par l'administration au commencement de cette nouvelle année.

Des comptes seront adressés dans un prochain numéro à tous nos débiteurs retardataires et à tous nos souscripteurs, en général, attendu que *La Revue Médicale* sera désormais payable d'avance.

Nous avons des raisons pour ne pas exiger, dès la première

année, le paiement d'avance des souscriptions, mais il sera de rigueur à l'avenir.

Nos fidèles lecteurs reconnaîtront, sans doute, le but de cette détermination qui nous est imposée par la nécessité d'imiter en cela tous nos confrères de la presse médicale.

LA DIRECTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ectopie acquise du testicule compliquée de cancer

(Lu devant la Société Médicale de Québec)

à sa séance du 23 juin 1898.

Par M. le Dr M. J. AUERN, professeur d'anatomie pratique à l'Université-Laval et de clinique externe à l'Hôtel-Dieu de Québec

Le 4 avril 1898, je fus consulté par M. A. S..... pour des douleurs dans les reins et une tumeur située dans l'aîne droite.

Le malade, professeur dans un collège, avait vingt-sept ans et était pâle et maigre.



M. le Dr E. P. LACHAPPELLE, Président du Collège des M. et C. de la P. Q.

Quoiqu'il ne fut jamais très-robuste, il avait cependant toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de janvier 1898 quand commença la présente maladie.

Dans ses antécédents pathologiques il n'y a d'important à relever que le fait suivant :

Il y a cinq ans il remarqua qu'il avait une bosse dans l'aîne droite et que le testicule du côté correspondant n'était plus dans le scrotum. Comme l'organe déplacé ne le gênait nullement il n'en fit plus de cas croyant que d'un jour à l'autre la glande vagabonde reprendrait sa place. Mais son espérance fut vaine et le testicule resta ectopié au premier degré, c'est-à-dire fixé au devant de l'ouverture superficielle du canal inguinal. Il ne sait comment expliquer cette ascension de son organe séminal; il n'a souvenir d'aucun effort violent ni d'aucun traumatisme qui auraient pu produire un déplacement semblable. Son

histoire de famille est négative.

Pendant 5 ans il vécut sans être le moins gène par cette ectopie.

En janvier 1898 après une longue marche, à la raquette, il sentit des douleurs dans les reins et le lendemain le testicule ectopié était gonflé et un peu douloureux. Les douleurs lombaires augmentèrent d'intensité et après peu de jours il dut prendre le lit, qu'il garda depuis, n'éprouvant de soulagement que par l'effet des calmants.

*Examen* : Dans le scrotum il n'y avait qu'un testicule, celui du côté gauche, qui semblait parfaitement normal. Dans l'aîne droite il y avait une tumeur à peu près du volume du poing, globuleuse ou plutôt fusiforme, à long diamètre parallèle au ligament de Poupart et dont l'extrémité interne s'étendait un peu en dedans de l'épine du pubis et dont l'extrémité externe n'était séparée de l'épine antérieure et supérieure de l'ilium que par une étendue d'un pouce. Cette tumeur, peu sensible au toucher, était un peu mobile sur les parties profondes et sous la peau qui était libre à sa surface.

Cette tumeur était lisse élastique, de consistance inégale dure

dans certains endroits, molle dans d'autres, irréductible et ne présentant aucune impulsion pendant la toux ou pendant l'effort. Pas de ganglions dans les environs et il n'y avait rien à la prostate. Tous les autres organes étaient sains.

*Diagnostic* : Ectopie testiculaire au 1er degré compliquée de sarcôme ou de carcinôme. Opération conseillée et acceptée.

Opération, 22 avril 1898.

Anesthésie chloroformique.

Tumeur située superficiellement à l'aponévrose du grand oblique de l'abdomen, présentait une coloration brunâtre et était formée par le testicule ectopie et dégénéré.

Le cordon spermatique était considérablement augmenté de volume et de consistance.

Le canal inguinal fut ouvert dans toute sa longueur et le cordon sectionné aussi loin que possible.

La paroi abdominale fut fermée comme dans l'opération de Bassiani pour la cure radicale de la hernie inguinale.

Pansement antiseptique. Guérison de la plaie opératoire par première intention.

Malade continua à souffrir et à maigrir et finit par mourir au commencement de juin.

L'examen histologique de la tumeur a montré que celle-ci était un carcinôme glandulaire, variété encéphaloïde ; le cordon était le siège d'une dégénérescence semblable.

Ce cas est un exemple d'une affection peu fréquente, l'ectopie acquise du testicule, et de la variété la plus rare de cette ectopie, celle au 1er degré.

L'ectopie acquise du testicule au 1er degré est beaucoup plus rare que les autres variétés de cette affection parcequ'il est beaucoup plus difficile au testicule d'être retenu au devant de l'orifice superficiel du canal inguinal que dans ce canal ou dans l'abdomen.

Les ectopies acquises du testicule reconnaissent pour causes soit un effet violent soit un traumatisme quelconque, choc, écrasement, etc.

Ici, nous n'avons pu découvrir aucune cause appréciable. Un cas semblable a été rapporté par Godard.

C'est surtout chez les enfants et chez les jeunes gens que ce déplacement a été rencontré. Cependant Kocher rapporte le cas d'un adulte chez qui au cours d'un coit brusquement interrompu par une peur subite, les deux testicules remontèrent à l'anneau ; ils y rostèrent cinq mois, puis rentrèrent d'eux-mêmes dans les bourses.

24, rue Desjardins.

#### Un signe précoce de la rougeole

Il a été signalé par le Dr Koplik, de New-York, et confirmé par le Dr Slawyk, de Berlin.

Voici, d'après la *Semaine médicale*, sa description :

Il consiste en des taches de blanc bleuâtre, légèrement surélevées, arrondies, ayant environ de 2 à 6 millimètres de diamètre et situées généralement au centre de petits placards hyperémiques. Ces taches siègent habituellement sur la muqueuse des joues, parfois sur les lèvres ou à la langue. Leur nombre varie de 6 à 20 de chaque côté, mais quelquefois on peut en compter plusieurs centaines. Dans certains cas le phénomène est unilatéral. Pour bien voir ces taches, il est nécessaire de les examiner à la lumière du jour ou à celle d'une lampe à incandescence, la flamme d'une lampe ordinaire étant insuffisante.

Les taches de Koplik ne sont jamais confluentes et elles se distinguent des plaques de muguet par leur forme arrondie. Elles ne se laissent pas enlever par le frottement, mais on parvient à les détacher avec une pince sans provoquer de douleur ni d'hémorrhagie. A l'examen microscopique elles se présentent sous la forme d'amas de cellules épithéliales ayant subi la dégénérescence graisseuse et ne contenant ni fibrine ni bactéries.

Ces taches ne se rencontrent que chez les morbillieux. Elle font habituellement leur apparition le premier ou le second jour de la période prodromique et persistent six ou sept jours (neuf jours dans une observation) en augmentant de nombre pendant ce laps de temps. Elles entrent en voie de disparition dès que l'éruption cutanée commence à pâlir. Jamais elles ne s'ulcèrent, de sorte qu'elles ne nécessitent aucune intervention thérapeutique ; elles n'ont pas non plus de signification particulière au point de vue du pronostic.

Le signe de Koplik pourrait rendre des services dans les hôpitaux d'enfants, en permettant l'isolement précoce des rougeoleux.

#### Du traitement des bourdonnements d'oreille par le *Cimicifuga racemosa*

Etant donné que les bourdonnements d'oreille constituent un des symptômes les plus réfractaires, MM. Albert Robin et Mendel ont songé à essayer dans ces cas une substance qui paraît être un médicament vasculaire et modérateur de l'irritabilité réflexe. Ils ont publié dans la *Médecine moderne* les résultats auxquels ils sont arrivés, et qui se résument dans les propositions suivantes :

1° Les bourdonnements d'oreille peuvent être considérés comme la réaction du nerf auditif irrité directement ou par réflexe.

2° Le *Le Cimicifuga racemosa* possède une action sur la circulation auriculaire et sur l'irritabilité réflexe du nerf auditif. La dose active moyenne est de 15 gouttes d'extrait par jour.

3° Les bourdonnements remontant à plus de deux ans paraissent difficilement influencés par le *Cimicifuga*.

*L'Abeille méd.*

#### Traitement de l'anémie

L'hémogallol (Kobert) est une poudre insoluble d'un brun rougeâtre obtenue par l'action du pyrogallol sur l'hémoglobine.

Comme tous les dérivés du principe colorant du sang, obtenus par l'action des substances réductrices, il jouit d'un pouvoir hématogène puissant, dû à ce qu'il contient le fer du sang sous sa forme la plus assimilable, et, par ce fait, il se présente comme le meilleur reconstituant du globule sanguin. Aussi son emploi est-il indiqué, à l'exclusion de tout autre ferrugineux, et même de l'hémoglobine, dont il dérive, dans le traitement de la chloro-anémie et de tous les malaises plus ou moins graves qui résultent de cet état morbide.

Associé à des médicaments tels que les glycérophosphates de chaux et de fer, la kola, la coea et le quinium, il constitue la phosphoglobine, nouvelle préparation destinée à combattre l'anémie sous toutes ses formes, préparation véritablement physiologique, parfaitement assimilable, dont la composition en fait le meilleur reconstituant du sang, des muscles et des nerfs.

La phosphoglobine est présentée sous la forme de saccharure granulé. Cette forme donne au malade toute latitude de l'absorber de la façon qui lui convient le mieux, en même temps qu'elle supprime tous les inconvénients des autres formes pharmaceutiques généralement employées, telles que cachets, pilules, clixirs, vin etc., qui, ou bien traversent le tube intestinal sans être absorbés et, par conséquent, sans exercer une action physiologique quelconque, ou provoquent des malaises de toute sorte, tels que gastralgies, dyspepsies, etc., qui en font repousser l'emploi.

(*Gaz. méd.*)

## REVUE DES JOURNAUX

## La Gale

Hôpital St-Louis.—M. le Professeur FOURNIER.

*Historique.*—La gale est une de ces maladies que tout médecin doit parfaitement connaître et diagnostiquer dans ses différents modes.

Elle est en même temps une de ces maladies à propos de laquelle une erreur de diagnostic est le moins pardonnée au médecin parce que si elle est ignorée, elle expose à des contaminations de famille, et peut faire souffrir des malades pendant longtemps alors que deux jours de traitement suffisent pour les guérir. Tout médecin qui se trompe s'expose au ridicule et à l'inconsidération.

Si la gale est importante à connaître, elle n'en est pas moins la maladie la plus méconnue dans la clientèle de ville. Deux raisons à cela : d'abord la gale n'est pas toujours facile à diagnostiquer ; ensuite il faut faire une distinction entre la gale que l'on trouve dans la clientèle bourgeoise (gale des élégants) et le gros type de gale qu'on voit à l'hôpital.

La gale est une maladie qui reconnaît pour cause la présence d'un animalcule dans la peau, caractérisée par des démangeaisons violentes et par des altérations de la peau dont la principale est le sillon de la gale. Elle se rencontre dans toutes les classes de la société, avec une fréquence un peu plus marquée pour les classes pauvres. Elle n'épargne personne ; l'histoire de notre pays raconte même qu'elle a franchi le seuil des palais impériaux. C'est une maladie très fréquente : la statistique de l'hôpital St-Louis donne les chiffres suivants pour les malades soignés gratuitement :

Année 1834.....	4,494
— 1895.....	4,273
— 1896.....	6,107

Maintenant que nous savons que la gale est produite par un animalcule, étudions ce parasite au point de vue médical, laissant de côté tous les détails qui peuvent intéresser le zoologiste.

Il n'y a pas bien longtemps qu'on a reconnu l'origine parasitaire de la gale. Déjà en 1637, quelqu'un on avait parlé ; mais ce n'est réellement qu'en 1834, deux siècles plus tard, qu'un étudiant corse, attaché à l'hôpital Saint-Louis mit l'origine de la gale en pleine lumière. Dans son pays, dit-il, la gale était commune, et les vieilles femmes excellaient à retirer de leur peau ce parasite.

Ce parasite est de l'ordre des acariens. Au début on l'appela mite de la gale, acar. Il est tout petit, de la grosseur d'un grain de féculé. Si on l'examine avec une loupe grossissant de 50 à 100 fois, on voit qu'il ressemble à une tortue, l'abdomen et le thorax sont confondus, la tête est un peu invaginée ; le ventre présente huit pattes : deux paires antérieures et deux paires postérieures terminées par des ventouses ou des soies. Deux individus composent cet ordre : le mâle et la femelle. Le mâle est sensiblement plus petit que la femelle, car tandis que celle-ci mesure un tiers de millimètre, le premier n'en mesure qu'un cinquième seulement.

Ils diffèrent aussi quant aux pattes, ce qui a une grande importance en pathologie. Chez le mâle, les pattes postérieures et externes sont terminées par une ventouse, ce qui n'existe pas chez la femelle. C'est à l'aide de ces ventouses que le mâle saisit la femelle, s'y cramponne dans l'acte de la copulation.

L'acar est un parasite cutané, mais il ne faut pas oublier qu'il est intra-cutané. Il faut qu'il vive non seulement à la surface de la peau comme la puce ou la punaise, mais dans la peau ; sa vie est souterraine, c'est une taupe de la peau ; lorsqu'il en est séparé, il végète, dépérit et meurt rapidement. Sous la peau, il accomplit un véritable travail de fouisseur. Lorsqu'on dépose un acar sur la main, pendant quelques instants il est comme abruti, il ne bouge pas ; puis il commence à se mouvoir, il examine les lieux et, quand il a trouvé une place qui lui plaît, il se redresse sur ses soies postérieures

et attaque obliquement la peau avec ses mandibules ; il s'enfonce progressivement à mesure qu'il creuse son souterrain. C'est un laborieux.

Au bout d'une heure environ, il a tellement fouillé que tout son corps a disparu, on ne voit plus que les soies postérieures. Mais jusqu'où va-t-il ainsi ? M. Dubreuil, interne à Saint-Louis, et qui a très bien étudié la vie intime de ce parasite, a remarqué qu'il allait jusqu'à la couche cornée et particulièrement à sa partie inférieure. C'est là en effet la couche succulente de l'épiderme, l'acar y trouvera une riche pâture.

Que va-t-il faire quand il est ainsi logé ? Il importe ici d'établir une distinction entre le mâle et la femelle. Le mâle, une fois son trou fait, s'y blottit ; la femelle ne fait pas seulement un trou, mais une véritable galerie parallèle aux couches profondes cutanées, elle creuse un véritable tunnel.

C'est la surface cutanée de ce tunnel qui va constituer le signe clinique de la gale le plus important. La femelle travaille incessamment, pendant toute sa vie ; en même temps, elle pond des œufs qu'elle laisse derrière elle.

Aubé a constaté que c'est toujours par le grattage que la femelle est à la surface de la peau ; l'acar est un noctambule, comme on l'a écrit. Il est ami de la nuit ; le jour il reste tranquille ou marche un peu quand on l'agite. Aussitôt la nuit, il va, il vient, il vagabonde, il marche une fois plus vite que pendant le jour.

Quelle est la durée de sa vie ? On croit que la vie moyenne d'un acar femelle est de quarante à quarante-cinq jours. A quinze jours, elle commence à pondre des œufs ; jusqu'à quarante-cinq jours, elle en pond environ une cinquantaine. Aussi sa lignée est grande.

A la façon des infiniment petits, lorsqu'il est séparé de la peau, il meurt. Il vit pendant dix jours dans l'eau chaude, pendant sept jours dans l'eau froide. La térébenthine, le pétrole, le soufre, le baume du Pérou le tuent facilement.

*Symptômes.*—Maladie exclusivement cutanée, la gale n'a pas ou peu de retentissement sur l'état général de l'organisme. Démangeaison et lésion cutanée, tels sont les symptômes de la gale.

Que voit-on quand un individu est pris de gale ? Du cinquième au dixième jour, il sent une démangeaison partielle localisée aux doigts, à la verge, puis apparaissent quelques petits boutons, de petites papules. Bientôt la démangeaison qui n'était que partielle augmente en étendue et en intensité ; elle est surtout nocturne. Les papules se multiplient aussi ; on les rencontre un peu partout. Enfin la démangeaison devient insupportable, l'éruption se généralise et ne respecte que quelques lieux privilégiés, elle persiste jusqu'à ce que le malade, véritable martyr, commence le traitement.

Quelle est la cause de cette démangeaison ?

Le petit travail de fouissage de l'acar ne se fait pas sans irriter les rameaux nerveux de l'épiderme. Il faut en même temps tenir compte du venin spécial que sécrètent les acariens.

L'intensité de la démangeaison augmente en même temps que le travail des acariens et de leur colonie. D'abord supportable, c'est une véritable fureur vers la fin. L'épithète de nocturne ajoutée à cette démangeaison est du reste en harmonie avec les mœurs de l'acar qui travaille surtout la nuit. Tous les malades vous diront que pendant le jour tout va bien, mais que, la nuit venue, le supplice commence pour eux.

Le grattage est l'acte réflexe de la démangeaison. Les lésions cutanées de la gale sont de deux ordres : le sillon de la gale et les dermatoses.

Le sillon de la gale constitue à lui seul un signe pathognomonique irrécusable. Il accuse la gale et la gale seule. Quel est donc ce sillon ? C'est tout simplement le relief de la galerie de l'acar. La femelle fait sa galerie soulève l'épiderme, le casse. C'est une ligne sur la peau, pareille à celle que ferait un canif sur un morceau de bois, une strie. Sa couleur est ordinairement grise, mais, sous diverses influences, elle perd sa véritable couleur.

Chez les personnes qui ne tiennent pas leur peau dans un état constant de propreté ou qui travaillent dans des poussières, ce sillon devient noir. Il est au contraire, d'un blanc tranchant avec la couleur de la peau chez les personnes propres.

Quelle forme a ce sillon ? On le compare à une virgule ou à un C. Quand il est plus long que d'habitude, il devient sinueux. Il a environ deux à trois millimètres, mais il peut arriver à un centimètre. Un auteur en cite un de trois centimètres.

Ce sillon présente deux extrémités : une extrémité béante par laquelle rentre l'acarien, une extrémité terminale faisant sur la peau une petite éminence (éminence acarienne de Baïn). Pour trouver l'acarien il suffit de trouver le sillon et de le suivre avec une épingle.

L'acar femelle est au niveau de l'éminence ; derrière elle sont ses œufs, puis des coquilles et quelques taches noirâtres qui sont les excréments de l'animal. Ses œufs les plus nouveaux sont amorphes, mais plus loin le nouvel acarien est complètement formé.

Où se trouve ce sillon ? Il y a quatre principaux points d'élection : aux mains (commisures des doigts), au bord latéral du poignet, au pénis, et au bord antérieur de l'aisselle. Il faut en outre noter les seins chez la femme et chez l'enfant, la face palmaire de la main et le bord interne du pied.

Passons maintenant aux symptômes objectifs de la gale, c'est-à-dire aux dermatoses de la gale.

Ces dermatoses sont essentiellement multiples et diverses : le polymorphisme est leur principal caractère.

Sur le corps des galeux on trouve des éruptions de toutes sortes : pustules, papules, etc.

La gale peut bien produire une éruption généralisée, mais, dans la grande majorité des cas, elle donne d'abord lieu à une éruption partielle qui arrive à se généraliser peu à peu si le malade ne se traite pas. D'autre part, l'éruption de la gale n'est pas uniformément généralisée, mais discrète en certains endroits, confluyente en d'autres. Ses foyers d'élection peuvent se résumer à six : les mains, les poignets, les fesses, les aisselles (bord et face antérieure), les organes génitaux chez l'homme, les seins chez la femme. Pour une raison encore inconnue la vulve est toujours respectée.

Par contre, il y a des immunités singulières pour certaines régions, telles sont : le cou, le dos et enfin la tête qui est respectée d'une manière presque absolue. Il n'en existe pas de cas.

Quoique les dermatoses de la gale soient multiples on peut néanmoins les diviser en trois classes :

1° La miliaire acarienne est une dermite de la gale à laquelle on fait très peu attention. C'est une éruption bien minima, siégeant principalement à la main et caractérisée par de grosses vésicules herpétiformes comme une tête d'épingle, ressemblant à de petites perles, d'où le nom de vésicules perlées qu'on leur a donné. Le nombre de ces vésicules s'élève de cinq à dix ; elles sont espacées les unes des autres. C'est une éruption tout à fait pathognomonique : comme valeur diagnostique, elle vaut presque le sillon.

2° La dermite papuleuse ou prurigo de la gale est l'affection cutanée qui constitue la grande éruption de la gale. La peau est presque entièrement couverte par l'éruption. C'est une papule excoriée à son sommet ressemblant à une écorchure ; plus tard elle se recouvre d'une petite croûte. A la verge, c'est une grosse papule occupant invariablement le gland. On peut la comparer à un pois, elle ressemble singulièrement à une papule syphilitique, mais celle-ci est large, beaucoup moins bombée et n'est pas prurigineuse.

3° La dermite pustuleuse continue le troisième groupe d'éruption de la gale.

C'est un stade plus avancé. Lorsque la gale a vieilli, elle prend la forme pustuleuse. Ce sont de véritables pustules, presque des phlyctènes purulentes, ou bien des pustulettes, constituées par un petit soulèvement de l'épiderme jaunâtre.

Discrète, on peut comparer cette éruption à des coquilles disséminées ; plus confluyente, elle devient la gale pustuleuse. Cette modalité pustuleuse affecte certains points : les mains et les fesses, et deux sièges curieux : les coudes plus rarement les pieds. Quel est le sens de ces localisations ? Lorsque vous rencontrerez une main où vous pourrez croire reconnaître la variole de la main, vous pourrez dire : gale. Il n'y a qu'elle qui produise des éruptions de ce genre à la main. Les localisations du coude sont encore bien plus caractéristiques, de même celle du pied.

Dans certains cas, le médecin est autorisé à porter le diagnostic de galesans chercher le sillon, d'autant plus que les gales pustuleuses sont fort pauvres en sillons. Neuf fois sur dix vous n'en trouverez pas. Ce fait a été signalé par tous les auteurs. Pourquoi cela ? Encore une ignorance. Toujours est-il que ces localisations de la gale pustuleuse sont très utiles à connaître pour le diagnostic.

Par le fait de la démangeaison, le malade se gratte : il se produit des suffusions, des traînées rougeâtres sur la peau ; il peut se produire de l'érythème avec de l'œdème, des furoncles, des abcès, des lymphangites. Les adénites inflammatoires consécutives peuvent même donner lieu à des adénites suppurées.

En même temps que l'inflammation, il se produit des inoculations microbiennes de proche en proche.

(A suivre)

(L'Indépendance Médicale)

### L'impuissance

**DÉFINITION.**—On désigne sous le nom d'impuissance l'impossibilité de pratiquer le coït (impotentia coeundi), ce qui la différencie de la stérilité ou inaptitude à procréer (impotentia generandi). Elle diffère encore de l'anaphrodisie et de la frigidité en ce que, dans ce dernier cas, il n'y a pas inaptitude absolue au coït, mais simplement absence de désirs. En somme, on peut définir l'impuissance : l'incapacité de l'homme ou de la femme à accomplir le coït, sans préoccupation de savoir si le coït est fécond ou stérile. Pour que le coït puisse s'accomplir, il faut qu'il y ait de la part de l'homme : érection du membre, intromission et éjaculation avec sensation voluptueuse ; de la part de la femme : excitation des parties génitales, réception et sensation voluptueuse.

**TRAITEMENT.**—Naturellement la première indication thérapeutique sera de supprimer la cause qui a provoqué l'impuissance. Dans les cas de malformations, c'est au chirurgien qu'il faudra faire appel. Dans les autres cas, on traitera la maladie causale.

Quant au traitement général, voici comment je procède habituellement.

D'abord, je conseille un régime tonique et réparateur. J'autorise les rapports génitaux à intervalles fixes, plus ou moins éloignés, selon l'état de débilité du malade.

J'ai, dans cinq ans, obtenu une guérison rapide par des injections de suc de testicules de cobaye, à la façon de Brown-Séquard. Dans deux autres cas, la guérison a été obtenue aussi, mais un peu plus lentement, par des lavements de suc testiculaire administrés deux ou trois fois par semaine.

L'exercice au grand air, l'hydrothérapie, le massage sont des adjuvants très utiles et dont il sera bon de se servir.

L'électricité statique est un autre agent de guérison très actif ; la faradisation agit également bien.

J'ai guéri un jeune homme atteint d'impuissance et de spermatorrhée depuis plus d'une année, par la faradisation quotidienne de la colonne vertébrale et l'application hebdomadaire de pointes de feu le long du rachis. J'ai obtenu, dans deux autres cas, des résultats aussi nets et encore plus rapides par l'application de douches statiques le long de la colonne vertébrale.

La flagellation, sous toutes ses formes, est un moyen aussi ri-

dicale qu'immoral dont les médecins doivent laisser l'apanage aux d'rectrices de maisons closes.

Le sulfate ou l'arséniate de strychnine peuvent se prescrire sous forme de granules, à la dose d'un demi milligramme ou d'un milligramme par jour.

Le phosphore jouit aussi de la réputation d'être aphrodisiaque : on peut en essayer, mais avec beaucoup de prudence. On formule :

Acide phosphorique dilué..... 30 grammes.

Sulfate de strychnine..... 1 —

Dix à vingt gouttes trois fois par jour, dans un peu d'eau ou de lait.

Phosphore..... 0 gramme 10

Extrait de noix vomique..... 1 —

Pour 50 pilules,—une avant chaque repas.

La cantharide et la cantharidine sont des médicaments dangereux, auxquels sous aucun prétexte on ne doit avoir recours.

Enfin, il ne faudra pas oublier que l'impuissance est, dans bien des cas, purement psychique. Le traitement alors devra être entièrement psychique. Le médecin devra se contenter de faire de la suggestion.

Point ne sera besoin, pour cela, de faire de l'hypnotisme. Il suffira, pour obtenir la guérison, de persuader au malade qui se croit impuissant, qu'il n'en est pas ainsi, qu'il est au contraire puissant et toujours capable de se comporter en homme. Mais le moyen de persuasion, l'artifice à employer ? Il variera avec chaque sujet. C'est à l'ingéniosité du médecin qu'il appartiendra de le trouver.

J'ai conté ailleurs l'histoire d'un jeune avocat névropathe que je rendais puissant ou impuissant à volonté, par la simple suggestion verbale à l'état de veille. J'ai réussi à rendre voluptueuse et sensuelle une femme frigide et insensible en lui faisant prendre des boulettes de mie de pain dorées que je prescrivais : pilules suggestives aux sels d'or. J'ai obtenu un résultat identique chez une autre en lui conseillant de brûler dans sa chambre, avant de se livrer au coït, des pastilles composées d'ambre, de musc, d'encens, de myrrhe et de cynamome.—(*Ibid.*)

#### Du traitement des gastrorrhagies par les lavements d'eau chaude

Dans la plupart des hémorrhagies où la glace était autrefois prescrite, on lui a substitué aujourd'hui l'emploi de l'eau chaude, notamment pour les hémorrhagies utérines.

Pour les gastrorrhagies on ne saurait faire ingérer l'eau chaude, qui pourrait amener des contractions de l'estomac nuisibles. Mais d'après M. le professeur Tripier, de Lyon, les lavements d'eau chaude donneraient les meilleurs résultats. Il a obtenu par cette méthode le succès dans trois cas.

Il pense que l'eau chaude agit par un réflexe ayant son point de départ sur les nerfs de l'intestin et aboutissant à une action vasoconstrictive sur l'artère ouverte primitivement.

S'appuyant sur ces faits M. Tripier pose, dans la règle de la conduite suivante :

Une hématomèse survenant, ou de mélena apparaissant dans les selles, quelle que soit l'origine supposée de la lésion vasculaire, le lavement d'eau chaude à la température de 48° à 50° sera donné au moins trois fois par jour et répété au besoin plus souvent si le sang avait de la tendance à reparaître. Le lavement sera administré sans que le malade placé dans la position horizontale fasse le moindre mouvement et sans qu'il se livre à des efforts considérables pour le garder. Un bassin plat disposé sous le siège recevra le liquide, lors qu'un besoin impérieux de le rendre se fera sentir.

La diète absolue est de rigueur d'autant qu'avec une diète seulement relative, l'hémorrhagie peut se reproduire à l'occasion de l'ingestion du moindre aliment et même du lait. La vacuité de l'estomac a aussi l'avantage de permettre sa rétraction, qui doit être

éminemment favorable et même indispensable à la cicatrisation des lésions stomacales récentes.

Tous médicaments seront proscrits, tant à cause de leur inefficacité que des inconvénients de ceux qui sont donnés par l'estomac. Il en sera de même de la glace et des boissons glacées, des applications sur l'abdomen, etc.

Les lavements d'eau chaude présentent aussi l'avantage de faire absorber au malade une certaine quantité d'eau qui calmera un peu la soif. Si le malade ayant perdu beaucoup de sang, se trouvait très affaibli et tardait à reprendre des forces, on pourrait en outre avoir recours à l'emploi du sérum artificiel en injection hypodermique.

M. Tripier étend même les indications du lavement chaud aux cas où quelques symptômes font redouter la possibilité d'une gastrorrhagie, notamment chez tous les malades dont la circulation de la veine porte sera plus ou moins entravée ou qui présenteront des signes d'ulcère de l'estomac et surtout qui auront eu d'autres hémorrhagies. On pourra se borner à faire prendre un lavement par jour, sauf à en donner davantage à la première alerte.

Il est encore probable que ce traitement aura une heureuse influence sur toutes les hémorrhagies, quel que soit leur siège. L'effet favorable produit sur les vaisseaux de l'estomac fait déjà pressentir qu'il doit en être de même sur ceux du poumon et l'auteur pense que les hémoptysies des tuberculeux pourront être utilement traitées de la même manière, mais aussi avec le secours de l'immobilisation et de la diète, en calmant en même temps la toux, etc., suivant les indications.

« Au reste, dit M. Tripier, du moment où l'on sait que le lavement d'eau chaude agit efficacement à distance, il n'y a pas de raison pour ne pas l'employer dans tous les cas d'hémorrhagie interne ou externe, quels qu'ils soient. L'expérience de tous les médecins aura bien vite établi ce qu'on peut obtenir par l'emploi de ce moyen, qui est à la portée de tout le monde et de toutes les bourses.»

On mouillera fréquemment la bouche du malade avec de l'eau fraîche. Ce n'est que lorsque la soif deviendra tout à fait insupportable qu'on lui laissera avaler de temps en temps une cuillerée à café d'eau pure.

On commencera l'alimentation aussi loin que possible du moment où l'hémorrhagie se sera arrêtée, en se bornant à administrer pendant quelques jours des lavements nutritifs (notamment avec lait, jaune d'œuf et sel). On débutera en donnant un peu de lait par la bouche seulement trois jours au moins après la cessation de l'hémorrhagie, et en continuant toujours l'usage des lavements d'eau chaude, au moins matin et soir, pendant une huitaine de jours. On pourra ensuite permettre des potages au lait, puis quelques autres aliments légers, en revenant graduellement à un aliment plus substantiel, mais en évitant pendant longtemps l'usage des aliments de digestion difficile et la surcharge de l'estomac. En tout cas on continuera l'usage d'un lavement d'eau chaude par jour jusqu'au retour du malade à l'état normal.

M. Tripier recommande cette thérapeutique non pas seulement en présence des hémorrhagies graves, mais aussi dès que la moindre perte de sang se produira, afin de prévenir une hémorrhagie plus forte. Peu importe aussi que l'écoulement de sang soit sous la dépendance de lésions plus ou moins graves de l'estomac, du foie ou de la rate, qu'elle provienne de l'estomac même ou bien de l'œsophage ou du duodénum.

(Abeille méd.)

#### Danger du curettage de l'utérus

Le curettage de l'utérus n'est pas toujours l'opération bénigne que prétendent certains gynécologistes, témoin l'accident rapporté par M. DUHRSSSEN à la Société médicale de Berlin.

Une femme, ayant avorté, subit un premier curettage en ville,



M. Dührssen lui en pratiqua un second, et, ne réussissant pas à extraire tous les débris du placenta, il fit un tamponnement. Au bout de quarante-huit heures, il introduisit le doigt dans l'utérus et réussit ainsi à enlever tout ce qui restait du placenta. Le doigt lui apprit, en outre, qu'une perforation avait été faite dans la paroi de l'utérus. Il survint aussi une hémorrhagie si abondante que M. Dührssen se vit contraint d'enlever l'utérus par la voie vaginale.

L'examen microscopique de la pièce fit reconnaître que la curette avait détaché toute la couche musculaire utérine. Pour cela il a fallu que le placenta fût anormalement adhérent et l'utérus anormalement peu consistant. Ce peu de consistance a été déjà plusieurs fois constaté à l'autopsie.

Ces faits montrent que le curette n'est pas l'instrument de choix dans le traitement de l'avortement, mais qu'il vaut mieux se servir du doigt ; on ne peut, en effet, savoir d'avance quelle sera la consistance de la paroi utérine.—(*Ibid*)

#### Cas de grippe avec éruption de taches rosées lenticulaires

Par le docteur E. FEINDEL, et par P. FROUSSARD, interne des hôpitaux

Dans le service de M. le docteur Brissaud, nous venons d'observer un cas de grippe avec éruption de taches rosées lenticulaires, en tous points comparable aux cas rapportés dernièrement par M. Pelon (1).

Un jeune homme de dix-huit ans, jardinier, entre, le 18 mars 1898, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino n° 4. Le début de la maladie remonte à une dizaine de jours avant l'entrée : il a été marqué par de la céphalée frontale assez intense, de la courbature générale, de l'insuffisance d'un sommeil entrecoupé de cauchemars et de la constipation opiniâtre. Le malade avait pu cependant continuer tant bien que mal son travail jusqu'au samedi 12. Mais, les symptômes précédents étant devenus plus intenses, et la sensation de fatigue plus marquée, il prend le lit définitivement ce jour-là.

A partir de ce moment, il lui fut impossible, dit-il, de se lever ou même de s'asseoir sur son lit, sans ressentir des étourdissements. Il aurait eu, en outre, du délire nocturne avec agitation et quelques épistaxis. L'inappétence était complète.

Le soir de son entrée à l'hôpital (le 18 mars), la température est de 40°3 ; le pouls est à 100 ; la langue est humide, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; le ventre est peu ballonné, non douloureux à la pression. La palpation non douloureuse des fosses iliaques laisse percevoir, cependant, un gargouillement très net, surtout à droite. La percussion de la région splénique ne donne pas de matité. A l'auscultation des poumons, on note des deux côtés des râles sibilants et sous-érépitants ; la toux est peu fréquente, les crachats sont muco-purulents et peu abondants. Le malade est abattu, mais il ne présente pas toutefois l'aspect typhique : il répond avec précision à l'interrogatoire, sans que sa fatigue en soit accrue.

Le lendemain matin (19 mars), la température est à 39 degrés, le pouls est moins fréquent, franchement diérote, bien frappé. A la partie antérieure de l'abdomen, ont apparu des taches rosées lenticulaires typiques au nombre de cinq ou six. Les bains froids sont prescrits. Le soir, la température est tombée à 37°3.

Le 20 mars, le malade, qui a été purgé la veille, a de la diarrhée, avec selles abondantes, de coloration noire ; les taches rosées lenticulaires, toujours très nettes, sont plus nombreuses : on en trouve à la racine des cuisses et à la base du thorax en avant. On pratiqua le séro-diagnostic qui fut négatif. La température remonte le soir à 40°1 et reste aussi élevée le lendemain avec une rémission matinale de un demi-degré.

La défervescence définitive commence le 22 mars et est complète en quatre jours. La convalescence n'a donné lieu à aucun accident.

Le séro-diagnostic, pratiqué une seconde fois au début de la défervescence, a encore été négatif.

Voilà donc un malade, entrant dans le service après une dizaine de jours de malaise allant en augmentant ; il présente ensuite de la céphalée, de l'insomnie, de l'agitation, de la courbature, des épistaxis, du diérotisme du pouls, de la fièvre, des phénomènes gastro-intestinaux, la langue typhique (jamais il n'a eu la langue porcelainée), de l'inappétence, de la constipation, du gargouillement dans les fosses iliaques, des phénomènes pulmonaires modérément intenses ; devant la réunion de tous ces symptômes, on devait penser à une fièvre typhoïde. Cependant, en l'absence de la prostration, de la stupeur, des étourdissements, absence constatée par nous quand nous le faisons asseoir sur son lit pour l'examiner, devant ses réponses d'une précision remarquable, nous avions quelques doutes ; il y avait encore, pour les accentuer, le manque de douleurs dans les fosses iliaques et de matité splénique. Mais à ce moment se montra l'éruption de taches rosées lenticulaires. Ces taches rosées, avec tous les caractères qu'on leur reconnaît dans la fièvre typhoïde, apparurent en plusieurs poussées (plus tard elles disparurent, chacune après une huitaine de jours d'existence). L'hésitation ne semblait plus permise, au moins quant à la thérapeutique qui devait être instituée, et les bains froids furent prescrits.

Suivant notre habitude le séro-diagnostic fut pratiqué, et son résultat, nous l'avons dit, a été négatif ; mais le malade n'était qu'au huitième jour environ, et l'on sait que la réaction agglutinante peut être plus tardive. Le traitement par les bains froids fut donc continué. Il est à noter que le jour même, après deux bains seulement, il y eut une chute brusque de la température tombée le soir à 37°2 ; en outre les symptômes s'étaient amendés ; le malade fut même surpris occupé à lire. Devions-nous abandonner de suite le diagnostic de fièvre typhoïde ? Pas forcément, puisque Wunderlich nous a appris à connaître de pareilles rémissions, et de plus la température remontait le lendemain, et restait élevée le jour suivant.

Mais bientôt la défervescence définitive commence, se poursuit pendant quatre jours avec quelques oscillations, puis la température revient à la normale et y demeure. Les symptômes s'étaient amendés avec la première défervescence et, malgré l'élévation nouvelle de la température, ils avaient continué leur marche décroissante, pour disparaître complètement un peu avant que la température ne soit revenue à la normale.

Il nous reste à nous demander si nous avons eu affaire à une forme abortive de la dothiécémie ou à une grippe à forme typhique, avec éruption de taches rosées lenticulaires. Pendant tout le temps de l'évolution nous avons été hésitants, nous n'avions pas l'impression qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde ; puis la disparition des différents symptômes nous a semblé bien rapide ; enfin le séro-diagnostic a été négatif deux fois : une première fois en pleine période d'état, la seconde fois quand la convalescence se dessinait. Or il est rare que le séro-diagnostic soit négatif pendant la fièvre typhoïde ; plus rare encore qu'il demeure négatif au moment de la convalescence. Dans le cas actuel, nous avons aussi bien les symptômes d'une grippe, que ceux de la fièvre typhoïde, et nous croyons que c'est au diagnostic de grippe que nous devons définitivement nous arrêter. Il est généralement admis qu'en dehors de la fièvre typhoïde l'apparition de taches rosées lenticulaires est exceptionnelle, et c'est à ce titre que nous croyons inséressant de rapporter un nouveau cas d'une telle éruption au cours d'une grippe.

(Gaz. des Hôp.)

(1) Pelon. Des éruptions de taches rosées lenticulaires au cours de la grippe, *Gaz. des hôp.*, jeudi 21 avril 1898, no 48.

**Guerison de l'ophtalmie purulente par le protéinate d'argent (protargol)**Par le docteur **DARIER**.

Dans une note lue à l'Académie de médecine, l'auteur dit que le protéinate (ou *protargol*) représente un antiseptique capable de guérir rapidement l'ophtalmie purulente, spécialement sa forme la plus grave, celle qui est due au gonocoque. Il a cet avantage inappréciable de n'exercer pour ainsi dire aucune action caustique ou corrosive, même en solutions très concentrées (50 p. 100 par exemple). Il a commencé par employer des solutions à 5, puis à 10, à 20, puis à 50 p. 100, sans jamais provoquer ni douleurs bien violentes, ni escharres conjonctivales, ni troubles de la cornée, même quand cette dernière était déjà ulcérée jusqu'à la membrane de Des-cemet.

Il est allé plus loin et a appliqué le protéinate d'argent en nature, à l'état pulvérulent, sur la conjonctive, en pratiquant, avec la pulpe de l'index, un léger massage, jusqu'à ce que toute la poudre fût dissoute. M. Darier a même, chez des granuleux, laissé, dans le fond du cul-de-sac, de petites mèches d'ouate tout imprégnées de cette poudre pure. Après un séjour d'un quart d'heure, il n'y avait pas la moindre escharre.

Le protéinate d'argent est soluble dans l'eau en toutes proportions.

La solution à 5 p. 100 est celle qui convient aux malades qui s'en servent eux-mêmes à domicile, comme d'un collyre (à instiller deux à quatre fois par jour) pour les irritations conjonctivales légères, ou pour compléter les cautérisations quotidiennes faites par le médecin. Pour ces cautérisations au pinceau il emploie toujours les solutions à 20 ou 50 p. 100.

Dans l'ophtalmie purulente, si les cautérisations bi-quotidiennes à 20 p. 100 n'amènent pas une rapide amélioration il faut avoir recours au plus tôt à la solution à 50 p. 100, que l'on fera même bien d'employer d'emblée quand on aura affaire à des formes graves ou déjà anciennes. Il faut répéter les cautérisations deux fois par jour tant que la sécrétion purulente est abondante et à mesure qu'elle décroît on espace de plus en plus les attouchements.

Il n'est pas rare de voir la sécrétion tarir en un temps très court; mais il ne faut pas pour cela cesser trop vite le traitement, qui est d'ailleurs inoffensif.

*Gaz. des Hôp.***Traitement du rhumatisme articulaire par les lavements de salicylate de soude à doses massives**

Dans les cas d'intolérance gastrique pour le salicylate de soude on a volontiers recours à la voie rectale. Ce procédé d'exception est devenu la règle pour le Dr Harlet, de Roubaix, qui lui trouve les avantages suivants: le traitement est bien supporté, les douleurs cessent rapidement, l'alimentation des malades n'est pas entravée, etc.

D'après la *Semaine Médicale* notre confrère donne le salicylate de soude d'emblée à la dose de 8, 10 et même 12 grammes par jour, en deux lavements composés chacun d'une tasse d'eau de son, à laquelle il ajoute, au besoin, quelques gouttes de laudanum ou un peu d'extrait thébaïque en poudre. Au préalable on vide l'intestin au moyen d'un lavement évacuateur. L'absorption complète du médicament se fait en six à huit heures. On diminue de 1 gramme tous les deux jours la quantité de salicylate, suivant les résultats obtenus et, à partir de 7 grammes, on ne donne plus qu'un seul lavement médicamenteux chaque soir. Si les phénomènes douloureux reparaissent, on revient aux doses primitives. En outre M. Harlet fait recouvrir les articulations lésées d'une pommade contenant 10 o/o d'acide salicylique avec un peu d'essence de térébenthine et même d'acide phénique, quand il désire obtenir une révulsion assez énergique. Le patient est tenu de garder le lit dix à quinze jours encore après que les douleurs et le gonflement ont disparu.

Les sujets ainsi traités ne souffriraient que relativement peu de bourdonnements d'oreille et de surdité, n'auraient pas d'inappétence et vomiraient rarement. Si cependant les vomissements survenaient, on les verrait cesser en diminuant de 2 à 4 grammes la dose journalière du médicament.

Les bons résultats de ce traitement se montreraient non seulement dans le rhumatisme articulaire mais dans la pleurésie, l'arthrite blennorrhagique, l'hydarthrose etc.

*(Abeille méd.)***Traitement de la migraine et des troubles gastro-intestinaux chez les gouteux**

Pour combattre les accès de migraine que l'on observe chez les arthritiques et les gouteux et qui s'accompagnent fréquemment de désordres variés du côté du tube digestif. M. le Dr A. C. Barnes, assistant de clinique médicale à la Philadelphia Polyclinic, commence par instituer un traitement à la fois légèrement laxatif et antigoutteux, lequel consiste à administrer 4 grammes de phosphate de soude dans un verre d'eau chaude avant de déjeuner et, en outre, 0 gramme 30 à 0 gramme, 60 de biarbonate de lithine, dose que le malade ingère trois fois par jour également dans de l'eau chaude. Cette médication, associée bien entendu à un régime alimentaire approprié, suffit souvent, d'après l'expérience de notre confrère américain, à amener les phénomènes migraineux et les troubles gastro-intestinaux concomitants. Parfois, cependant, on se voit obligé d'avoir recours à d'autres moyens, notamment lorsqu'il existe soit de l'hyperacidité gastrique, soit un degré considérable de dyspepsie flatulente. Dans le premier cas, M. Barnes s'est toujours bien trouvé de l'usage d'une mixture alcaline aromatique dite de Griffith, qu'il a légèrement modifiée en y ajoutant un peu d'essence de cajepout, ce qui augmenterait l'efficacité de la préparation. Voici la formule qui résulte de cette modification :

Essence de girofle.....	3 grammes 50
— de cajepout.....	V à X gouttes.
Chloroforme.....	2 grammes
Bicarbonato de soude.....	8 —
Teinture de cannelle composée.....	75 —

Mêlez.—A prendre: une cuillerée à café après chaque repas, dans un demi-verre d'eau.

Contre la dyspepsie flatulente, M. Barnes prescrit des tablettes de sous-nitrate de bismuth et de naphthol, B auxquels il incorpore un peu d'encalyptol, de gâïacol et de thymol.

*(La Semaine Médicale.)***Traitement de l'ostéomalacie par l'extrait ovarique**Par M. le Dr **BERNSTEIN** (de Cassel).

Les recherches de Fehling, complétées par les travaux d'un grand nombre d'auteurs dont on trouvera dans la thèse de Meslay (1896) l'analyse complète, ont montré que l'extirpation des ovaires amenait le plus souvent l'amélioration ou la guérison de l'ostéomalacie puerpérale. S'appuyant sur ces faits Fehling en a émis une nouvelle théorie pathogénique de l'ostéomalacie dont il faisait un trouble réflexe vaso-moteur prenant sa source dans l'état des ovaires. Il était donc en quelque sorte assez naturel d'essayer l'opothérapie ovarienne dans cette curieuse affection, c'est ce qu'a fait M. le Dr Bernstein, après Senator, dans un cas d'ostéomalacie chez une femme de 46 ans. Mais cet auteur n'a pu constater les mêmes heureux effets de ce traitement que Senator et au bout de 6 semaines d'absorption quotidienne d'extrait ovarique en tablettes, il ne put constater aucune amélioration. A ce moment il institua le traitement ordinaire par l'huile de foie de morue phosphorée et la guérison suivit assez rapidement.

*(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)*



## FORMULAIRE

**Traitement des ephelides. (TOUVENAINT)**

1° Lotionner matin et soir la peau du visage avec la mixture suivante :

Sulfophénate de zinc..... 4 grammes.  
Glycérine..... 60 —

2° Appliquer tous les 2 jours une conche de la préparation suivante sur les taches de rousseur :

Précipité blanc..... } àâ 4 grammes.  
Sous nitrate de bismuth..... }  
Glycérolé d'amidons..... 15 —

(Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chir.)

**Moyens de nettoyer la peau tachée par l'acide picrique**

Le seul inconvénient qu'on puisse reprocher au traitement des brûlures par l'acide picrique est celui de teindre en jaune les doigts du chirurgien d'une manière persistante. Or, en faisant dissoudre d'abord l'acide picrique dans l'alcool et en l'étendant d'eau ensuite, le pouvoir colorant est beaucoup moindre et, de plus, la coloration de la peau disparaît avec un simple savonnage.

Voici la formule à employer :

Acide picrique pulvérisé..... 5 grammes.  
Alcool ..... 50 —

Faire dissoudre et puis ajouter :

Eau distillée et bouillie..... 1000 —

Lorsqu'il s'agit de grandes quantités de solution, il n'est pas même nécessaire d'ajouter la quantité d'alcool pour produire la dissolution de l'acide picrique, mais ce dernier peut rester pendant quelque temps dans une petite quantité d'alcool ; sans qu'il soit dissous, et puis on verse le tout dans la quantité d'eau correspondante.

(Journal de méd. et de chir. prat.)

**Desinfection des selles dans les maladies contagieuses**

On emploie le mélange antiseptique suivant :

Sulfate de zinc..... 100 grammes.  
Acide sulfurique..... 5 à 10 —  
Essence de mûre..... 0 gr. 2 centigr.  
Bleu d'indigo ..... 0 gr. 15 —

L'indigo n'est là que comme indice distinctif, pour éviter des méprises.

5 grammes de ce mélange, placés dans le vase avant l'emploi, empêchent la mauvaise odeur des selles et de l'urine.

(Progrès Médical)

**Interets professionnels****Assemblée triennale du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec****ÉLECTION DES GOUVERNEURS**

L'assemblée triennale du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu, à la Salle des Promotions de l'Université Laval, à Montréal.

Les délibérations ont été très orageuses ; elles ont été publiées dans les journaux politiques, de sorte que nous croyons inutile de les reproduire.

La grande majorité des médecins présents au nombre de 500 ou 600 se sont déclarés hostiles à l'ancien Bureau.

Voici le résultat :

DISTRICT DE MONTREAL : Beauharnois, Dr C. Marshall ; Bedford, Dr C. L. Cotton ; Iberville, Dr E. N. Chevalier ; Joliette, Dr M. S. Boulet ; Montréal, Dr T. Cypriot ; Ottawa, Dr E. L. Quirk ; Richelieu, Dr E. H. Provost ; St-Hyacinthe, Dr E. Turcotte ; Terrebonne, Hon. Dr D. Marcell.

VILLE DE MONTRÉAL : Dr J. E. Baril, Dr L. J. V. C'éroux,

Dr J. I. Desroches, Dr S. Girard, Dr A. R. Masolais, Dr J. A. Macdonald.

DISTRICT DE QUÉBEC : Beauce, Dr T. Fortier ; Gaspé et Rimouski Hon. Dr R. Fiset ; Kamouraska, Dr P. E. Grandbois ; Montmagny, Dr S. Boldue ; Chicoutimi, et Saguenay, Dr Jules Constantin ; Québec, Dr J. E. Ladrière ; Dr M. Brophy.

VILLE DE QUÉBEC : Dr S. P. Boulet ; Dr F. X. Dorion, Dr C. Gingras, Dr A. Jobin, Dr C. C. Sewell, Dr A. Vallée.

DISTRICT DE TROIS-RIVIÈRES : Arthabaska, Dr L. J. O. Sirois ; Trois-Rivières, Dr L. P. Normand, Dr E. F. Panneton.

DISTRICT DE ST-FRANÇOIS ; Dr P. Pelletier ; Dr A. N. Worthington, Dr T. Brown.

Ces messieurs géreront les affaires de la profession médicale de la Province de Québec, de concert avec les gouverneurs nommés par les Universités, qui sont les suivants :

Université Laval, de Québec : Dr C. Catellier, Dr L. J. A. Simard.

Université Laval, Montréal, Dr E. P. Lachapelle, Dr L. D. Demers.

Université McGill : Dr T. G. Roddiak, Dr Robert Craik.

Université Bishop : Dr F. W. Campbell, Dr McDonnell.

Après l'élection des nouveaux gouverneurs, ceux-ci ont procédé au choix des officiers.

Ont été élus :

Président, Dr E. P. Lachapelle ; 1er vice-président, Dr Robert Craik, Montréal ; 2e vice-président, Dr L. Catellier, Québec ; secrétaire, Dr J. A. Macdonald, Montréal ; Dr J. P. Boulet, Québec ; Régistrateur, Dr A. R. Marsolais, Montréal ; Trésorier, Dr A. Jobin, Québec.

Assesseurs pour le district de Québec : Dr S. Boldue, Dr C. C. Sewell, Dr P. V. Faucher, Dr Chs. Verge.

**Rapport des auditeurs**

L. J. A. SIMARD, Ecr ,

Président du Collège des médecins et Chirurgiens

de la Province de Québec

Monsieur—Ayant reçu instruction d'avoir à examiner les pièces et faire l'audition des livres du Régistrateur et Secrétaire de Montréal, et de ceux du Secrétaire et Trésorier de Québec.

L'état fait le 30 septembre 1896, montrant une balance entre les mains du trésorier de \$4,436.45 ; et du 30 Septembre 1896 au 12 juillet 1898, la balance au crédit du Collège à la Caisse d'Economie de Québec est de \$7,732.49.

Réparti comme suit :

Recettes.....	\$18,130.76
Dépenses.....	10,398.27
Balance en banque.....	\$7,732.49

DAVID SMITH,  
THEOPHILE GIROUARD } AUDITEURS.

Québec, 12 Juillet 1898.

Nous avons trouvé que les livres des officiers sont tenus d'une manière très satisfaisante, mais nous suggérons qu'à l'avenir toutes les sommes soient payées par le trésorier, ceci simplifiera beaucoup la tenue des livres.

Les garanties du Régistrateur, du Secrétaire et du Trésorier de \$2000 chacune à la "Guarantee Company." sont suffisantes. La différence dans l'état de l'ancien trésorier a été réglée.

Il est dû au Collège un fort montant par les médecins soit par absence, prescription ou décès. Le montant à recouvrer est d'environ \$2500.00

DAVID SMITH,  
THEOPHILE GIROUARD, } AUDITEURS.

Ce rapport a été reçu ; mais non accepté.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Notes gynécologiques de Paris

Par M. A. LAPHOR SMITH, B. A., M. D., M. R. C. S. Angleterre,  
Professeur de clinique Gynécologique à l'Université Bishop,  
Montréal.

APOSTOLI.—Grâce à un heureux hasard, j'assistai le premier à la clinique d'Apostoli, qui a obtenu une si grande célébrité dans tout l'univers par son heureuse application de l'électricité dans la thérapeutique gynécologique.

Bien que son bureau soit encore au No 5 rue Molière, près de l'Avenue de l'Opéra, il a transporté sa clinique dans un local beaucoup plus vaste et plus convenable au No 15 rue Montmartre. Depuis ma dernière visite ici, il y a 12 ans, ses vues n'ont pas beaucoup changé. La plupart de mes lettres de Paris à cette époque sont encore exactes. J'ai éprouvé beaucoup d'intérêt à examiner son splendide assortiment d'instruments et d'appareils et à constater l'exactitude et la précision des archives qui contiennent les cas soumis à son traitement.

Je me sentais de plus en plus étonné chaque fois que je visitais ses magnifiques salles d'attente, en les voyant remplies de patients de la plus haute classe venus de tous les pays du monde. Sa méthode doit avoir une vertu particulière pour avoir soutenu l'épreuve de si nombreuses années. A sa clinique, il a trois assistants salariés constamment occupés à enregistrer l'historique et à donner le traitement de telle sorte que 5,000 cas sont maintenant soigneusement et très-minutieusement inscrits. Sa clinique lui coûte personnellement au-delà de \$3,000.00 par année. Bien qu'il emploie encore les courants galvaniques constants pour le traitement symptomatique des fibroïdes, et le courant faradique pour les douleurs pelviennes, il a ajouté à son installation deux autres éléments importants: le premier un courant statique obtenu par la machine de Holtz, et l'autre, le courant Tesla de très haute force et d'emploi très fréquent.

Le courant statique est donné sous la forme d'ondes électriques ou d'étincelles, tandis que le courant Tesla est appliqué au patient reposant sur un sofa ou assis dans une cage, le courant circulant autour de lui. Le manque d'espace m'empêche de décrire ces courants plus au long, de sorte que je dois me contenter de résumer mes observations:

1° Apostoli ne traite pas les cas de chirurgie par l'électricité. Chaque fois que j'ai assisté à ses cliniques, j'ai vu maintes et maintes cas renvoyés aux chirurgiens, parce que ces cas étaient affectés soit de maladies des appendices ou de cancers de l'utérus, affections qu'il ne prétend pas guérir par l'électricité.

Il désire qu'il soit distinctement compris par conséquent, que l'électricité est un adjuvant et non pas un rival du traitement chirurgical.

2° Si j'avais des doutes, chose que je n'ai pas, sur la grande valeur de l'électricité comme agent diagnostic en gynécologie, ces doutes auraient été dissipés par ce que j'ai vu à la clinique d'Apostoli. A l'examen de plusieurs cas, les assistants ont rapporté que chez plusieurs d'entre eux, il y avait intolérance des plus petites doses de 40 ou 50 miliampères. Apostoli m'a invité à les examiner soigneusement avec lui et à l'aide de l'histoire clinique et de l'exa-

men physique, j'aurais soupçonné des appendicites malades dans quelques-uns et cancers dans d'autres. En y ajoutant l'intolérance de l'électricité, Apostoli se crût si certain du diagnostic qu'il les envoya au chirurgien pour être opéré. Il a été fort intéressé dans un de mes cas, relativement à la valeur diagnostic de l'électricité. Une jeune femme qui avait été traitée par trois médecins par l'électricité pour une grosse tumeur fibroïde de l'utérus, empirait chaque fois. Guidé par le conseil d'Apostoli, je soupçonnai du pus, et en pratiquant la laparotomie, je constatai que ce qui avait été pris pour une tumeur fibroïde, était une collection de quatre énormes abcès des deux trompes et des ovaires.

3° J'ai déjà entendu prôner l'importance du traitement électrique de la douleur ovarienne contre laquelle, jusqu'à présent, ni la médecine ni la chirurgie se sont montrées efficaces, et cependant nul autre expression que le mot magique ne peut expliquer l'effet de l'étincelle statique sur les ovaires. Des patients qui ne pouvaient endurer aucune compression sur la région ovarienne, ont déclaré après 2 ou 3 minutes d'application des étincelles statiques, que la même compression ne leur causait aucun malaise. Il y a de ces patients qui ont été examinés pour la première fois en ma présence et que j'ai suivis sans interruption et qui se trouvaient dans la complète ignorance de l'effet qui devait être produit, de manière à leur laisser ignorer ce qui allait être fait et le résultat attendu. Je ne puis dire combien de temps le soulagement dura, mais Apostoli m'a assuré que plusieurs cas, y compris même ceux souffrant de douleurs ovariennes, après ablation des ovaires, ont été complètement guéris par ce traitement.

Pozzi avec lequel j'ai eu le plaisir de passer une matinée à l'Hôpital Broca, est l'une des figures les plus remarquables de la profession dans Paris. De même que notre Sir William Hingston, il est sénateur et chevalier (de la Légion d'Honneur), il est aussi professeur de l'Université de Paris. C'est un travailleur intrépide, son livre sur la gynécologie est l'un des plus complets qui ait été publié. J'ai toujours été anxieux de savoir comment il pouvait trouver le temps d'écrire semblable ouvrage, et, pour satisfaire ma curiosité, il me déclara qu'un jour, ayant obtenu un congé et de l'Université et de l'Hôpital, muni de cahiers de notes et de monographies, il s'en alla à Montpellier, où il s'enferma comme un hermite pendant deux ans, écrivant plus de 15 heures par jour.

Je l'ai vu faire une hystérectomie abdominale durant laquelle, afin de se donner plus de liberté d'action, il ouvrit d'abord le fond de l'utérus et en énucléa une grosse tumeur fibreuse au moyen d'une espèce de tire-bouchon, fabriqué spécialement pour la circonstance. Le reste de l'opération était excessivement simple, parce que l'utérus débarrassé d'un tel poids, pouvait être facilement enlevé de même que les six artères aisément ligaturées et le péritoine suturé.

Selon moi, l'hystérectomie vaginale est graduellement abandonnée en France où elle était en grande vogue. Et maintenant, la méthode d'hystérectomie abdominale de Howard Kelly semble prendre de l'empire. Pozzi a obtenu, en effet, du conseil de ville de Paris, la construction d'un théâtre d'opération avec pavillon de laparotomie au montant de \$100,000.00. Cette construction sera sans bois, ni marbre, ni ciment de sorte qu'elle pourra être lavée chaque jour au bichlorure de mercure.

SÉCOND, par ordre d'âge, suit Pozzi et compte 48 ans. C'est un

homme d'une grande force de caractère et qui fait école dans le progrès de la gynécologie en France.

C'est un fort partisan du morcellement vaginal de l'utérus, lorsque l'on veut enlever des trompes en suppurations, des tumeurs fibroïdes et dans tous les états où l'on doit enlever les deux trompes et les ovaires. Durant sa dernière visite en Amérique, l'année dernière, il fit cette opération 11 fois en présence d'un grand nombre de gynécologistes et il y mit tant d'élégance et de promptitude, qu'il s'attira l'admiration de tous ceux qui le virent opérer.

Mais bien qu'il soit venu montrer aux chirurgiens américains ce qu'il pouvait être fait avec l'hystérectomie vaginale, ceux-ci, en retour, lui montrèrent ce que l'on pouvait faire par la méthode abdominale, avec ce résultat que Ségond a été converti par ceux-là même qu'il était venu convertir, et depuis son retour, il est devenu tellement partisan de la méthode de Kelly qu'il a converti tous les autres. Tous, cependant enlèvent encore le col même, lorsqu'il n'y a aucun soupçon de malignité, leur seul objet, étant d'obtenir un drainage vaginal, ce qu'il croit être le point important qui a amené leur grand succès dans la méthode vaginale. En cela je pense qu'il se trompe car cela augmente beaucoup le temps requis pour l'opération ; j'en ai eu plusieurs cas, chez qui on prenait plus de temps à arrêter l'hémorragie vaginale que n'en demandaient la ligature des six artères et l'enlèvement de la tumeur. En outre, je crois qu'il est important de laisser le col *sain* pour éviter un raccourcissement du vagin, et règle générale, il y a si peu de drainage à faire, qu'on justifie difficilement l'ouverture du vagin. Ségond, est un grand admirateur de tout ce qui est américain, et il a dit au nombreux personnel de l'hôpital que le plus bel hôpital qu'il eût jamais vu, était le "Royal Victoria," de Montréal, et dans ses écrits, dont le style est convainquant, il ne perd aucune occasion de louer l'habileté des gynécologistes américains. Je l'ai vu faire une hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus dans laquelle il enleva aussi la partie supérieure du vagin qui en était affectée ; il eut grande difficulté à arrêter l'hémorragie. Il admit, à ma demande, que son expérience sur l'hystérectomie pour cancer, était très décourageante : ainsi, je suppose qu'ils ont en France la même difficulté que nous rencontrons chez nous, à savoir : que les cas viennent nous trouver trop tard. Le cas ci-dessus est à la Salpêtrière : l'autre à l'Hôpital Baudeloque, où je l'ai vu enlever un papillôme de l'ovaire avec des adhérences secondaires au péritoine et de l'ascite.

Après avoir enlevé la partie malade, il plaça un tube à drainage et tamponna à la gaze en raison d'un suintement profus. Il admit le fait que le tamponnement à la gaze retient les sécrétions ; mais ne draine pas.

Le troisième cas que j'ai vu opérer par Ségond, était à un hôpital privé tenu par les religieuses où il enleva une trompe et un ovaire d'une jeune femme ; mais il admit que ça ne lui donnerait pas des résultats très-satisfaisants, car souvent il était obligé d'opérer de nouveau plus tard.

RICHELET autant que j'ai pu l'apprendre, vient après Ségond. Je l'ai vu opérer à l'Hôpital St-Louis, institution malpropre, ressemblant à de vieilles casernes à l'intérieur, telles que je n'en ai jamais vues. Comme ce n'était probablement pas de sa faute, j'en ai été très peiné pour lui. Je suis allé le voir à son élégante demeure privée 32 rue Panthièvre et bien qu'il eût un grand nombre de malades

avec lui, il m'a reçu de la façon la plus cordiale et m'accorda une entrevue pour le jour suivant.

Tout, durant l'opération, fut rigoureusement aseptique, ce qui, va sans dire, est la chose principale ; mais tout étranger qui verrait seulement cet hôpital aurait une bien mauvaise opinion des hôpitaux français.

Je fus heureux d'assister à une de ses hystérectomies vaginales pour affection des deux annexes, trompes purulentes, car c'est là son côté fort. Il fit cette opération magnifiquement dans à peu près le même temps que nous prendrions à les enlever par l'abdomen. Ils affirment ici que l'utérus doit être toujours enlevé quand on fait l'ablation des deux ovaires. Je l'ai vu aussi pratiquer une opération Schraeder, se servant d'une aiguille montée pour passer les sutures. Il n'a pas aimé à voir Martin, de Berlin, passer une suture préliminaire de chaque côté pour contrôler l'hémorragie.

Dans tous les hôpitaux on pose des bandages aux pieds et aux jambes des malades sur une couche épaisse de coton bien stérilisé, exemple à suivre, car cela aide à maintenir la température du corps. Pour fermer l'abdomen, Ségond se sert de fils d'argent, à travers toute la paroi abdominale et comprend dans la suture toutes les couches de l'abdomen, BOULLY suture de la même façon avec le crin de Florence, et Pozzi en trois couches, dont deux profondes avec du catgut, et une superficielle avec du crin de Florence.

DOYEN. On dit que DOYEN est leur égal à tous ; mais il n'a pas opéré pendant que j'étais à Paris.

BOULLY opère magnifiquement à l'Hôpital Cochin.

TUFFIER est une nouvelle étoile.

Ma prochaine lettre sera de Berlin.

Paris, juillet 1898.

## REVUE DES JOURNAUX

### La Gale

Hôpital St-Louis.—M. le Professeur FOURNIER.

(Suite et fin)

*Marche.—Durée.*—Deux mots résument cette question. La gale est une maladie d'abord localisée, mais avec tendance à se généraliser si le traitement n'intervient pas pour l'arrêter. Une seule influence coupe court à la gale ; c'est la maladie ; qu'un individu prenne une pneumonie, une fièvre typhoïde ; la gale disparaît, les démangeaisons cessent, le malade se croit guéri de sa gale ; mais avec la convalescence la gale reparaît aussi.

La maladie suspend donc la gale, mais ne la guérit pas, elle engourdit l'acaré. La colonie acarienne ne prospère en effet que sur un individu sain, qui a la chair succulente ; que cet individu tombe malade, la proie ne convient plus à l'acaré ; aussi plus il maigrit, plus l'acaré s'étiolle : il fait pitié, il fait peine à voir ; a dit un observateur. Pendant la convalescence, il reprend vie, se remet à prospérer.

Trois ou quatre semaines suffisent en général pour guérir des accidents de la gale. Dans tous les cas, il faut considérer et son extension et son intensité. Livrée à elle-même, elle tend à persister indéfiniment, elle n'a pas de guérison spontanée. On voit des malades trop peu soucieux d'eux, garder la gale pendant des années.

*Pronostic.*—Il est toujours favorable parce que la guérison s'obtient facilement, La gale est en effet une affection purement cutanée. Cependant il faut faire quelques exceptions : il est possible

que la gale détermine des troubles de la santé tels que le nervosisme. Elle produit surtout l'absence de sommeil et provoque ainsi des troubles nerveux, ou bien de la dyspepsie en troublant l'appétit. Elle est même dangereuse aux âges extrêmes de la vie, car tout est grave à ces âges. Il peut survenir chez le vieillard surtout des accidents locaux tels que des ulcérations de la peau; chez l'enfant l'absence de sommeil peut provoquer des convulsions qui bien souvent n'ont pas d'autre cause que la gale.

*Etiologie.*—A une époque qui n'est pas très loin derrière nous, on croyait que la gale était due à une altération des humeurs. Aujourd'hui, nous savons que la gale a une cause unique: l'acaré, et un mode unique de propagation: la contagion.

L'acaré seule donne la gale. On a inoculé la sérosité des papules: le résultat a toujours été négatif.

Il n'y a pas de conditions individuelles plus particulières les unes que les autres: tout le monde est égal devant la gale. Le sexe, l'âge, la race, la constitution ne mettent pas à l'abri de l'affection.

La contagion s'exerce par tous les procédés possibles, elle se gagne par les vêtements, le linge, les gants d'une salle d'escrime.

Mais alors tout le monde devrait avoir la gale, puisque la clinique apprend qu'un contact si court qu'il soit peut la communiquer. Sans doute tous les contacts peuvent communiquer la gale d'un individu à un autre, mais ils sont tous plus ou moins efficaces, et le plus efficace de tous est sans contredit la cohabitation nocturne, car ici toutes les chances de contagion sont réunies. Pour M. Hardy, il faut incriminer quatre-vingt-quinze fois sur cent la cohabitation nocturne dans la production de la gale.

La gale est plus fréquente dans la jeunesse, âge des aventures, qu'à toute autre époque de la vie. Elle est aussi plus fréquente chez l'homme, la femme couchant plus souvent seule: plus fréquente enfin chez les gens pauvres à cause de la promiscuité plus grande.

A propos de contagion, on peut se demander si la gale peut provenir de l'animal. Cette question n'est pas encore complètement élucidée. Les gales du cheval et du loup peuvent être transmises à l'homme; mais la gale du cheval par exemple qui se communique très fréquemment de cheval à cheval se communique très rarement à l'homme. M. Besnier en a communiqué un cas le seul qui existe et dont la reproduction exacte est au musée de St-Louis.

Le sarcopte du chien ne s'acclimata pas chez l'homme. Un auteur de Berlin s'est inoculé la gale du chat, il a présenté quarante papules sur le corps, mais pas de sillons. Cette gale, si on peut l'appeler ainsi, a guéri spontanément en quinze ou dix sept jours.

La gale commence toujours par être partielle; elle commence aussi là où s'est portée la contagion, là où est tombé l'acaré. La colonie de ce dernier s'étendant, la gale se généralise par la multiplication des femelles acariennes et par le grattage, le malade s'infectant lui-même.

*Diagnostic.*—Nous avons vu que la gale avait un symptôme pathognomonique par excellence: le sillon. Cherché et découvert dans ses lieux d'élection, le sillon nous avertit qu'il s'agit de la gale. Mais il ne faut pas agir à la légère et prendre pour un sillon une égratignure de la peau, une strie eutanée salie par des poussières. Au besoin on cherche l'acaré. Pour la recherche du sillon, il faut se rappeler trois choses:

1° Le sillon est extrêmement difficile à trouver, il faut une grande patience, passer des heures à sa recherche. Il faut se rappeler qu'il y a des gales excessivement pauvres en sillons.

2° Le sillon peut faire défaut dans deux ordres de professions, chez les personnes qui ont les mains calleuses à cause des contacts durs que leur impose leur métier; maçons, terrassiers et chez les personnes maniant des produits chimiques: teinturiers, blanchis-

seurs, cimentiers, peintres. Enfin le sillon fait presque défaut dans la gale pustuleuse. Il faut se rappeler aussi des sièges d'élection de la gale.

3° Enfin la physionomie générale de la gale donnera des renseignements précieux: éruption généralisée à tout le corps sauf tête et dos.

L'évolution de la maladie peut aussi aider le diagnostic. Sur un galeux, on trouve le sillon, puis des papules, puis des pustules puis des lésions de grattage, lymphangite, furoncles, etc.

Le malade vous avertira lui-même de ses démangeaisons avec leurs trois caractères: intensité, permanence, exacerbation nocturne.

Tout cela réuni, sans oublier la contagion de famille significative, vous permettra de diagnostiquer facilement la gale.

L'erreur est pardonnable dans trois cas: lorsque la gale est partielle ou naissante, et qu'on n'a que très peu de renseignements; lorsqu'à la gale s'ajoutent des phénomènes inflammatoires qui la masquent complètement; et enfin chez les hystériques qui ont des troubles de la sensibilité: chez eux la gale ne démange pas.

Il faut enfin que le médecin se garde bien de l'erreur de sentiment, qu'il se tienne bien sur le qui-vive, et qu'il sache que la gale existe aussi bien chez les purs que chez les impurs.

Toutes ces considérations étant passées en revue, la tâche du médecin n'est pas finie, et son diagnostic ne serait pas complet s'il ne s'arrêtait pas un moment aux diverses variétés de gale qui peuvent se présenter.

Les variétés de la gale peuvent en effet se multiplier à l'infini, mais pour le médecin et surtout le médecin français, deux ou trois seulement sont utiles à connaître.

La gale norvégienne est une gale monstrueuse, consistant en de véritables callosités, comparables comme épaisseur à une carapace dure comme du cuir. Cette gale serait due à un sarcopte spécial aux carnassiers sauvages, le loup particulièrement.

La gale du cheval, dont on connaît le cas publié par M. Besnier, est due au sarcopte du cheval et caractérisée par une érythrodermie généralisée ou bien en placards sur divers points du corps.

La gale du chat et du chien n'est pas intéressante.

Nous avons parlé de la gale pustuleuse avec ses foyers spéciaux d'élection et la rareté de ses sillons.

Il faut enfin se rappeler de la gale des mondains, des élégants, des gens du monde et qui se rencontre rarement à l'hôpital. Ce n'est pas le gros type de gale étudié jusqu'à présent et de même qu'il y a une syphilis des gens du monde, de même il existe une gale des gens du monde.

Le mondain par ses habitudes d'hygiène et de propreté se traite inconsciemment. Quelle est donc cette gale? Elle affecte deux types: 1° La gale partielle qu'on trouve sur la verge, au sein chez la femme, aux fesses chez l'enfant. La gale du pénis est la plus fréquente: deux ou trois papules et c'est tout, de sorte qu'on pourrait, sans un examen attentif, la confondre avec de simples vésicules d'herpès. 2° La gale discrète et disséminée où l'éruption est réduite à sa plus simple expression. On rencontre le sillon, mais deux, trois ou quatre seulement, quelquefois un seul, et non le sillon noir, gris d'ordinaire, mais un sillon blanc, plus blanc que la peau, et comparable à celui qu'on obtient en passant une épingle sur l'épiderme. C'est une gale amoindrie, réduite à son expression minime.

*Traitement.*—Les anciens n'avaient pas assez de traitements dépuratifs pour combattre la gale, toute la pharmacopée y passait. Aujourd'hui qu'on est fixé sur le caractère parasitaire de la gale, on a recours à d'autres méthodes.

On peut, à l'instar des commères de la Corse, tuer la gale en extraquant l'acaré; mais c'est là un procédé peu pratique et d'ailleurs difficile.

On peut encore frotter la peau avec des substances rudes : grains de sable, craie. C'est un traitement mécanique extrêmement douloureux, il ne faut pas y songer, il n'est du reste pas radical. Les substances acaricides extrêmement nombreuses sont donc et resteront pour longtemps le traitement le plus usité et le plus rationnel de la gale.

Parmi les substances acaricides, il faut surtout citer le soufre et ses composés, le mercure, le carbonate de chaux, de potasse, les acides, l'huile de cade, la térébenthine, le goudron, le pétrole, etc.

La méthode de traitement par les acaricides peut être rapide ou lente. Bazin et Hardy vantent les bienfaits du traitement rapide, traitement réduit à deux jours, à une heure et demie pour Hardy.

Voici la manière d'appliquer ce traitement.

Dans la première demi-heure, le malade est frotté avec du savon noir ; pendant la seconde il est mis au bain où il continue de se frotter ; durant la troisième il s'enduit le corps d'une pommade soufrée. La friction avec le savon noir et le bain avec frottement sont destinés à ouvrir les sillons et à mettre l'acar à ciel ouvert. Lorsque le sillon est ouvert on extermine l'acar avec du carbonate de potasse ou du soufre.

On traite les vêtements et le linge du malade en les passant à l'étuve à 115° ; on fait de même pour les effets de literie.

En 1890, il a été soigné à Saint-Louis avec ce traitement plus de 12,000 malades.

Cette médication excellente en soi réussit quatre-vingt seize fois sur cent, mais ce traitement encore usité, est trop cruel, il est surtout trop excitant pour la peau. Il demande à être modifié et il pourrait l'être à l'avantage des malades, sans la routine administrative et avec quelques dépenses supplémentaires.

Pourquoi d'abord employer le savon noir ? La poudre de savon des coiffeurs est bien plus douce pour la peau. C'est que le savon noir coûte 60 centimes, le savon ordinaire 90 centimes, et la quantité nécessaire étant considérable la dépense s'accroîtrait de plusieurs milliers de francs.

La pommade d'Elmerich, extrêmement irritante, fut remplacée par Hardy par la suivante :

Axonge.....	100 grammes
Soufre.....	16 —
Sous-carbonate de potasse.....	8 —

Pourquoi encore le sous-carbonate de potasse qui est si irritant ?

Si encore cette pommade restait une demi heure sur la peau et était enlevée par un bain, le traitement échapperait aux critiques, mais on laissait le malade macérer pendant vingt-quatre heures dans cette acaricide.

Ce serait accomplir un véritable progrès que de pouvoir instituer le traitement rapide de la gale heureusement modifié, car malgré les justes critiques qui lui sont adressées, ce traitement rend de réels services à la population parisienne ; les malades n'ont d'abord pas à être internés ; ensuite les classes laborieuses qui constituent la majorité de la population hospitalière, peuvent continuer leur travail. Il faut donc le conserver, mais en cherchant à le modifier le plus possible à l'avantage des malades.

En Allemagne, le traitement dure de cinq à huit jours. Capozzi, lui, ne donne ni bains, ni frictions. Il étend seulement sur la peau une pommade composée de fleur de soufre, d'axonge et de savon vert.

Il est des cas où le traitement rapide doit être mis de côté : il serait un véritable supplice pour les malades : c'est dans les cas de gale compliquée de phénomènes cutanés importants, lorsque la gale est phlegmasique. Pour les enfants le traitement rapide ne doit pas être employé parce qu'il excite étonnamment la peau, irritation

qui amène à son tour une excitation fébrile. Il en est de même pour les personnes nerveuses.

Chez l'adulte, lorsque la gale est inflammatoire, faire prendre pendant deux à trois jours de grands bains, des cataplasmes amonnés, de la pommade à l'oxyde de zinc. Avec ces quelques soins la peau devient moins inflammée, alors on peut instituer le traitement rapide.

Pour les enfants on emploie la pommade de Hardy coupée ?

Pommade.....	2 parties
Amandes douces.....	4 parties

D'ailleurs toutes les gales ne relèvent pas du traitement de Saint-Louis, ce qui arrive pour la gale des gens malades et des mondains. Dans ces cas saupoudrer pendant deux à trois jours le corps de styrax ou de pommade au naphthol.

Le baume du Pérou en frictions donne d'excellents résultats, mais il n'est pas à la portée de tout le monde. Il a l'avantage énorme de ne pas enflammer la peau. C'est un acaricide puissant. Sans friction préalable on s'enduit le soir tout le corps avec ce baume ; le lendemain on prend un bain et on est guéri.

Quand on a tué l'acar, tout n'est pas fini, car le lendemain la peau est malade, elle est rouge, endolorie, érythémateuse ; il faut la soigner. Dans ce but donner un bain tiède tous les jours pendant deux à trois jours. Entre temps se servir pour la calmer de pommades adoucissantes.

Consécutivement à la gale il peut survenir quelques accidents, tels que le prurit. Ce prurit, véritable névralgie spéciale, névralgie prurigineuse, est dû à une irritation de la peau par l'acar ou le frottement. Il peut durer plusieurs semaines. Dans ce cas ordonner les douches tièdes.

Il existe même des malades scabiomanes, ils ont la terreur de la gale. C'est alors un prurit par suggestion qui les tourmente pendant des mois.

Il faut encore citer l'eczéma post scabieux (Bazin). Pour certains malades la gale est en effet le point de départ d'un eczéma rebelle à tous les traitements.

(L'Indépendance Méd.)

#### TRAITEMENT OPÉRATOIRE des hémorroïdes PAR M. E. QUENU

Des le début de cette étude, nous croyons intéressant d'insister sur la bénignité du traitement opératoire des hémorroïdes : bénignité qui constitue assurément le facteur le plus important de l'intervention.

Grâce au soins qui précèdent, accompagnent et suivent, nos opérations, nous pouvons affirmer que l'intervention sanglante, qui est la règle dans notre service, est toujours suivie d'une rapide et complète guérison. Toutes les complications graves, mentionnées par certains auteurs à la suite de l'ablation au bistouri des hémorroïdes, complications qui ont fait hésiter certains chirurgiens et ont failli jeter le discrédit sur ce mode opératoire, nous sont inconnues. Aussi, ces résultats nous ont-ils déterminé à rejeter les méthodes anciennes, telles que cautérisation, destruction par les caustiques, électrolyse, injections interstitielles, ligature, etc...

Ceci posé, quelles sont les indications fondamentales qui commandent cette intervention sanglante ?

La première réside dans la présence des hémorragies : symptôme grave, tant par son apparition immédiate que par son abondance et sa répétition. Nous en avons eu récemment un exemple frappant. Notre dernier opéré est un homme de quarante-trois ans, qui se présenta à nous avec des hémorragies si répétées et si abondantes, que son état général en était profondément atteint. Il vint nous consulter dans un état de cachexie tel, qu'on pouvait

se demander s'il s'agissait d'une anémie simple, due à la déperdition sanguine constante, ou d'un néoplasme caché et ignoré. L'examen attentif nous permit de conclure à la première hypothèse.

Il convient donc, en face d'un écoulement sanguin abondant, de se demander si on a affaire à des hémorroïdes primitives ou à des hémorroïdes symptomatiques. C'est là que se place l'examen attentif de l'anus et du rectum.

Un moyen d'investigation habituel est le toucher qui, dans la majorité des cas, donne des indications précises. Néanmoins, nous lui adjoignons et nous lui préférons même le rectoscope.

La rectoscopie, outre qu'elle permet d'éliminer tout rétrécissement ou toute lésion néoplasique du rectum, à la façon du toucher, permet encore de reconnaître les hémorroïdes internes, et l'état de la muqueuse à leur niveau, fait que le toucher rectal est impuissant à révéler.

Or, le rectoscope nous ayant montré un bourrelet d'hémorroïdes internes, à l'exclusion de toute autre lésion, on doit donc rapporter l'hémorragie à des hémorroïdes primitives. Ces hémorroïdes, non symptomatiques, sont d'ailleurs celles dont nous voulons seulement nous occuper.

Une seconde indication est constituée par l'issue hors de l'anus d'une petite portion de la muqueuse et par la gêne souvent énorme qui en résulte. Chez certains hémorroïdaires, il suffit du moindre effort, non pour aller à la selle, mais du moindre mouvement pour qu'une faible partie de la muqueuse fasse hernie et détermine une sorte d'éversion partielle. Cette muqueuse prend ainsi l'habitude de rester dehors. Dans les mouvements, elle frotte contre les vêtements, d'où il résulte une irritation très gênante qui se traduit, chez le malade, par une sensation de corps étranger, voire même mais plus rarement, par de la douleur, et, enfin, par un suintement muqueux ou muco-sanguinolent.

À côté de ces deux indications, il en est une troisième, moins fréquente aujourd'hui, les malades se soignant mieux, c'est où le bourrelet hémorroïdaire devient procident et irréductible.

Enfin, il convient de mentionner les malades porteurs d'hémorroïdes peu volumineuses, dont la turgescence est constamment entretenu par la répétition de petites fissures.

Nous pouvons résumer toutes ces indications, en répétant ce que nous avons dit ailleurs :

« En cas d'hémorroïdes internes, la répétition et l'importance des hémorragies, le continué prolapsus de la muqueuse et la reproduction facile pendant la marche, la retour fréquent des crises douloureuses, l'irréductibilité du bourrelet sont autant d'indications pour intervenir chirurgicalement. »

Quant aux hémorroïdes externes, elles sont parfois justiciables d'une intervention chirurgicale. Lorsqu'elles sont continuellement le siège d'excoriations, de petites fissures ou de petites poussées de turgescence douloureuse, qui ne sont autre que la manifestation d'une petite phlébite locale; dans ces cas, disons nous, on doit intervenir.

\*\*\*

L'indication chirurgicale posée, il s'agit de choisir son mode d'intervention. La conduite à tenir est tout à fait différente, suivant qu'on a affaire à un malade en état de crise hémorroïdaire ou non.

1° *Malade en état de crise.*— Dans un premier groupe de faits, il n'y a pas de procidence. Or, cette crise consiste parfois en une contracture excessivement douloureuse, qui n'est pas toujours le résultat d'une fissure, et qui peut être due tout simplement à une petite coagulation phlébique et intra-anale. Ces crises de contracture peuvent se prolonger et amener dans le rectum et dans le colon descendant une accumulation de matières, allant presque jusqu'à constituer une occlusion intestinale.

Je fus appelé, en Décembre dernier, auprès d'un malade, qui

présentait cette réplétion de l'Siliaque par des matières stercorales. On avait pensé à un rétrécissement de la partie inférieure du rectum, et, en réalité, il s'agissait d'un simple spasme du sphincter.

Pour ces cas, en particulier, il ne saurait être question d'une intervention sanglante, la vacuité du rectum, condition indispensable, n'étant pas possible. C'est bien là le triomphe de la dilatation, qui fait cesser les douleurs et améliore, sinon guérit, l'état hémorroïdaire.

Dans un second ordre de faits, la crise se traduit par la procidence d'un bourrelet avec plus ou moins d'irréductibilité et pouvant aller jusqu'à l'étranglement. Il est même intéressant de savoir que cette crise avec turgescence et procidence du bourrelet, véritable poussée d'hémorroïdite, peut éclater à l'occasion du traitement préparatoire.

En voici un exemple : Il s'agit d'un malade âgé, sujet à des crises répétées. Sous l'influence des purgatifs, administrés dans les jours précédant le moment fixé pour l'opération, il se déclara une poussée de phlébite avec procidence et irréductibilité du bourrelet. Cette complication nous força à changer notre plan opératoire. La réunion immédiate fut abandonnée, et nous eûmes recours à la cautérisation ignée.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que la crise hémorroïdaire est un mauvais moment pour intervenir. Non seulement il ne faut pas choisir cette phase, mais il faut, autant que possible, chercher à différer l'opération quand le sujet est en état de crise.

Le traitement de ces poussées aiguës d'hémorroïdite peut se résumer en deux mots : pulvérisations chaudes boriquées, applications de compresses chaudes, bains prolongés. Tant que l'orage ne sera pas calmé, il faut attendre et condamner toute opération sanglante. *C'est à froid qu'il faut intervenir.*

Néanmoins, il existe quelques faits où l'expectation n'est pas possible; nous voulons parler de ceux où l'irréductibilité et la turgescence du bourrelet déterminent des douleurs intolérables et font prévoir des accidents graves. Chez ces malades, où la muqueuse est altérée et sphacélée par places, la dilatation est souvent insuffisante, et c'est pour ces cas qu'il faut réserver le traitement par le feu, tel que me l'a appris mon maître Richet (volatilisation des hémorroïdes). Nous n'avons pas besoin de rappeler ici le *modus faciendi* de cette opération, qui se trouve partout.

2° *Malade en dehors des crises hémorroïdaires* (opération à froid).—Depuis le 1er Octobre 1897, nous avons pratiqué la cure radicale des hémorroïdes dans sept cas, à l'hôpital. Nous nous contentons ici de mentionner la date de l'opération et de la sortie pour chaque sujet, en ajoutant que jamais un malade ne quitte notre service sans avoir été minutieusement examiné et sans que la plaie soit cicatrisée depuis plusieurs jours. De cet exposé, on pourra conclure la bénignité de l'acte opératoire et la rapidité de la guérison.

(A suivre)

(La Presse méd.)

#### De la mammite gravidique et puerpérale.

Par le Dr MARTIN, professeur de clinique obstétricale à Rouen.

Cette question de pratique courante vient d'être l'objet d'une leçon clinique du professeur Martin, publiée par la *Normandie Médicale*.

Le professeur a rappelé que la mammite gravidique avait son maximum de fréquence dans le dernier mois de la grossesse, alors que les conduits galactophores plus dilatés, plus perméables et remplis déjà de colostrum qui vient sourdre sur le mamelon, constituent un milieu favorable aux agents microbiens.

La mammite gravidique ne se distingue pas de la mammite puerpérale seulement par la date de son apparition, elle en diffère



aussi par ses allures. C'est qu'en effet ces abcès gravidiques présentent ce caractère particulier d'avoir une marche très lente et d'être pour ainsi dire chroniques d'emblée. Il n'y a d'exception que lorsqu'ils surviennent à la suite d'une contusion. Si l'on rapproche cette évolution spéciale de celle que l'on constate chez les accouchées atteintes de mammite puerpérale, on est frappé de la différence considérable que présentent les débuts de ces deux affections en réalité identiques quant à leurs signes objectifs et à leur anatomie pathologique. Dans le premier cas : début lent, insidieux, presque apyrétique et indolore ; dans le second, au contraire, début brusque, avec frisson, fièvre et douleur excessive du sein au moindre mouvement ou au moindre contact.

Les lésions sont les mêmes dans les deux cas. A la coupe, on peut voir un nombre plus ou moins grand de petits abcès miliaires répondant chacun à un lobule de la glande. Ils sont distincts et séparés les uns des autres par du tissu granulaire sain et ils occupent plutôt la partie inférieure et externe de la glande. Quand on comprime d'avant en arrière le sein largement incisé, on voit donc les gouttelettes de pus perler de place en place sur les parois de l'incision et on comprend facilement que pour ces abcès sans communication les uns avec les autres, toute incision qui n'ouvre que l'un d'entre eux demeure illusoire pour l'évacuation du pus des foyers voisins.

Quand la suppuration est déjà ancienne, il arrive pourtant que plusieurs petits foyers voisins se réunissent les uns aux autres de telle sorte que tout un lobe de la glande est détruit et qu'à sa place se forme une véritable caverne purulente ; mais les parois de cette caverne sont formées d'une épaisse membrane granuleuse qui arrête les microbes et oppose une barrière à l'inflammation, de sorte qu'il y a là un véritable abcès enkysté.

Ces notions d'anatomie pathologique font deviner combien est peu efficace l'intervention qui se borne à ouvrir d'un coup de bistouri timide les abcès de la mammite puerpérale. Ce qu'il faut, c'est découvrir les cavernes, les vider, les curetter, car il ne faut pas compter après une simple incision sur l'évacuation complète du pus de ces foyers purulents, parce que le tissu glandulaire, peu élastique, ne permet pas aux parois de ces cavernes de se rapprocher et de s'accoler en une cicatrice de guérison. A cet égard, le tissu glandulaire diffère complètement du tissu cellulaire et c'est à cela qu'est due la différence des abcès du sein d'avec les abcès sous-cutanés ordinaires.

Aussi M. Martin a résumé la conduite à tenir dans les préceptes suivants : Quand le diagnostic de mammite puerpérale ou gravidique a été franchement posé, lorsque tout particulièrement l'absence ou le peu d'adénopathie axillaire vous permet de penser à une inflammation glandulaire plus qu'à une suppuration superficielle ou sous-cutanée, il faut inciser au point suspect. Il se peut que deux ou trois centimètres d'épaisseur en plein tissu d'aspect normal séparent du foyer le plus proche de suppuration. Donc incision large et profonde. Si l'on rencontre une caverne purulente, on doit la mettre complètement à découvert, la curetter et la réséquer au besoin en enlevant avec elle un fragment du tissu glandulaire. Si des trajets fistuleux viennent y déboucher, il faut pénétrer à fond avec la sonde cannelée, et sur cette sonde couper franchement, de façon à ne plus laisser aucun tunnel ni "terrier de lapin." Il se peut que de cette façon on ait labouré la mamelle de profondes incisions qui se croisent en divers sens, que même on l'ait coupée en quatre ; il se peut que les incisions soient allées jusque sur le squelette. Peu importe. Si ces larges coups de sabre étaient tous justifiés par de longues fistules intra-mammaires, on fait de la bonne besogne et la malade guérira rapidement.

A ceux qui objectent que l'on a coupé quelques conduits galactophores, M. Martin répond que pour la malade une glande mammaire qui ne sécrète que moitié de la quantité de lait normale vaut

mieux qu'une éponge purulente en permanence sur le thorax pendant des mois et que le tissu cicatriciel consécutif aux incisions est moindre et plus souple que celui des trajets fistuleux supprimés. Enfin bon nombre de ces opérées sont après comme avant leur opération mammaire d'excellentes nourrices.

Quand on s'est assuré qu'il n'y a plus trace de foyer purulent, si petit qu'il soit, il faut se garder de refermer trop tôt la plaie. Pendant quelques jours, par un pansement quotidien, on la maintiendra béante à l'aide de lambeaux de gaze iodoformée ou seulement salolée, s'il y a danger d'intoxication ; puis quand toute trace de suppuration aura disparu,—ce qui ne tarde guère,—on laisse la cicatrisation se faire de la profondeur vers la superficie. On dirige un peu cette cicatrisation en écartant ou en rapprochant au mieux de l'affrontement les lèvres de l'incision. Dans quelques cas, on peut faire une suture superficielle après avivement si les lèvres de la plaie avaient trop de tendance à se recroqueviller.

(Abeille méd.)

#### Signification du réflexe abdominal en Gynécologie.

Il y a-t-il un réflexe crémastérien chez la femme ?

Par K. BODON.

Après avoir étudié le réflexe abdominal chez 300 femmes, l'auteur conclut que celui-ci peut aider grandement au diagnostic différentiel des phlegmons péri-utérins et de la pelvi-péritonite. Dans la pelvi-péritonite, la réflexe serait affaibli, ou disparaîtrait ; il persisterait dans tous les cas de phlegmons péri-utérins. Le réflexe abdominal n'intéresserait pas seulement les neurologistes, mais aussi les gynécologues. Geigel avait déjà assimilé, à tort, le réflexe crémastérien au réflexe abdominal, qu'il définit ainsi : Lorsqu'on effleure la peau au dessous du ligament de Poupert avec le marteau percuteur, il survient une vive contraction des faisceaux inférieurs du grand oblique au-dessus et le long du ligament de Poupert. Or ce réflexe existe aussi chez l'homme. L'équivalent du réflexe crémastérien chez la femme est la contraction des ligaments ronds qui font basculer le fond de l'utérus en avant. Pour le rechercher, il faut introduire dans l'utérus une sonde qui en trahira les moindres mouvements. Sur quatre femmes soumises à l'expérience, le réflexe ne se montra que chez une, et encore ! ce qui tient sans doute à ce que l'utérus, plus lourd que le testicule, résiste à la contraction des ligaments ronds.

(Progrès Médical)

#### Le cathétérisme des ureteres par les voies naturelles.

Par le docteur Léon IMBERT.

Conclusions.—Le cathétérisme des urétères est devenu un moyen diagnostique et thérapeutique d'une indiscutable utilité.

Au point de vue diagnostique :

Il constitue une ressource importante pour l'étude des rétentions rénales septiques et aseptiques.

Il permet de faire, par des constatations directes, le diagnostic des lésions rénales avec une précision inconnue jusqu'ici (rétrécissements et calculs de l'urètre, tuberculose rénale, etc.)

L'exploration du rein non malade est devenu le facteur obligé de toute néphrectomie.

Au point de vue thérapeutique :

Dans toute néphrotomie pour pyonéphrose, avec urètre infranchissable à la sonde, le cathétérisme cystoscopique permettra de noter le siège exact du rétrécissement, et par conséquent de compléter l'intervention par une urétérotomie avec pyélo-urétérostomie, etc.

Les fistules rénales devront toujours être traitées d'abord par ce moyen.

Les rétrécissements de l'urètre, qui se confondent souvent avec

les fistules et les pyonéphroses, pourront être dilatés à la façon des rétrécissements de l'urèthre.

Il y a dans le cathétérisme des uretères une ressource qu'il ne faut pas oublier pour le traitement des hydronéphroses.

Quant aux pyélo-néphrites et pyonéphroses, ce serait s'abuser que de trop compter sur une guérison obtenue par ce moyen.

(Gaz. des Hôp.)

#### Réaction de l'organisme en présence des microbes pathogènes

Par MARCEL MONIER.

*Conclusion.*—L'ensemble des idées qui ressortent de ces matériaux fournis par la physiologie et la bactériologie expérimentales sont destinées à jeter une vive lumière sur la médecine. Car cette dernière est un art qui nécessite le concours de toutes les sciences physiques et biologiques, elle est vraiment digne d'être qualifiée de scientifique uniquement lorsqu'elle se laisse guider par elles, agir autrement serait se laisser à un empirisme regrettable.

Lorsque l'on eut découvert le rôle important que jouaient les microbes dans les maladies infectieuses les anciennes idées furent tellement bouleversées, que l'on ne vit partout que l'influence de ces microbes tout en oubliant le rôle de l'organisme dans le cours de ces affections.

L'expérience loin de nier l'action de ces infiniments petits, ne fit que la mettre plus encore en évidence, mais elle mit en outre en lumière la conduite de l'organisme à l'égard des ennemis acharnés à sa perte.

Les idées nouvelles doivent nous montrer l'organisme sous l'aspect d'une forteresse plus ou moins puissante dont les défenseurs multiples et variés tentent de repousser la foule des adversaires minuscules qui veulent la prendre d'assaut.

Dans la défense d'un fort, le rôle du stratéliste est double, il consiste : 1° à fortifier la place ; 2° à décimer le plus possible l'ennemi. Tel est aussi la mission de la médecine dans cette grande lutte pour la vie engagée entre l'organisme et les microbes pathogènes, il se résume en peu de mots : fortifier le premier, affaiblir les seconds.

Un exemple palpable peut être cité à cet égard. Lorsque dans la tuberculose on s'acharnait à tout prix à vouloir anéantir les bacilles sur place sans se soucier des réactions de l'organisme, à quoi a-t-on abouti ? A rien, ou bien à très peu de chose. Comparez ces résultats pitoyables avec les guérisons obtenues chez certains tuberculeux par le régime accompagné de la cure d'air qui ne tendent pas à autre chose qu'à fortifier le sujet, par conséquent à lui fournir les moyens de réagir plus efficacement et à lui permettre de repousser l'assaut des bacilles.

Ces résultats remarquables obtenus dans le traitement de la tuberculose confirment à leur tour les données fournies par les travaux de laboratoire. Guidée par ces théories appuyées sur l'expérience, la médecine, au lieu de tâtonner comme au temps de l'empirisme si bien décrit par Molière, marchera d'un pas plus ferme et plus assuré.

Elle sera surtout en droit de répondre au public trop enclin à la décrier sans la connaître : *je ne suis pas en possession de tous les secrets de la nature, mais ce que je sais est appuyé sur la science, et la science est synonyme de progrès.*

(Gaz. méd. de Liège)

#### Traitement de la diarrhée des enfants.

Le phosphate de bismuth soluble, ou gastérine, est la seule préparation soluble de bismuth. Il est indiqué contre la diarrhée des enfants et des adultes et, en raison de sa solubilité, peut se combiner avec tous les médicaments qui ne doivent pas être administrés en poudre. La gastérine est plus facilement assimilable que les autres préparations de bismuth.

La gastérine est une poudre blanche, sans saveur ni odeur. On peut l'incorporer à toutes les farines lactées des enfants, poudres de lait, etc.

Tous les médecins qui l'ont employée en ont été satisfaits, et l'on n'en connaît aucune incompatibilité ou inconvénient. Le phosphate de bismuth soluble doit remplacer le sous-nitrate de bismuth pour tous les usages internes.

La gastérite peut se donner sans inconvénients à des doses élevées et pendant un temps indéfini.

Le docteur O. Dörfler donne deux grammes de gastérine avec 100 grammes de sirop diacode et eau distillée aux enfants. La diarrhée cesse ordinairement dans les vingt quatre heures. Il en continue l'emploi encore deux ou trois jours après.

Pour les adultes, le docteur Dörfler donne 4 grammes dans 100 grammes de sirop diacode et eau distillée, même dans les cas de tuberculose intestinale.

Le docteur Leiser a eu aussi d'excellents résultats analogues.

(Gaz. des Hôp.)

#### Sur les rapports de l'hyperchlorhydrie

ET DE L'HYPERSECRETION CHLORHYDROPEPTIQUE CONTINUE AVEC LA MOTRICITE ET LA STASE STOMACALES

Par MM. Albert MATHIEU et A. LABOULAIS.

*Conclusions.*—1° L'influence pathogénique de la stase stomacale sur l'hypersecretion permanente est désormais bien établie.

2° La forme grave du syndrome de Reichmann est, le plus souvent, liée à l'existence d'un ulcère de l'estomac.

3° Ce n'est pas uniquement par la sténose mécanique du pylore que l'ulcère simple peut amener l'hypersecretion permanente ; on peut invoquer aussi la viciation de la motricité du muscle gastrique, due à la destruction d'une étendue plus ou moins grande des parois stomacales et aux adhérences contractées avec les organes voisins et l'action réflexe partant de l'ulcère pour se réfléchir sur le système glandulaire de la muqueuse gastrique.

4° La forme bénigne du syndrome de Reichmann peut reconnaître la même pathogénie. Cependant, on constate moins souvent avec elle les signes de probabilité de l'ulcus qu'avec la forme grave.

5° Dans la forme bénigne, l'hypersecretion semble l'emporter sur la stase, quels que soient, du reste, leurs rapports de priorité.

6° L'hyperchlorhydrie, cause habituelle de l'ulcère simple, joue un rôle important dans la pathogénie des phénomènes douloureux qui font partie du syndrome de Reichmann, ce qui fait qu'on doit, en tout cas, lui reconnaître une part très grande dans la genèse de l'ensemble dyspeptique.

7° Si la thérapeutique doit viser avant tout à faire disparaître les causes de stase, elle doit aussi chercher à diminuer l'hyperexcitabilité sécrétoire de la muqueuse et à atténuer les conséquences douloureuses ou autres de l'hyperchlorhydrie.

(Gaz. des Hôp.)

#### Traitement de l'ozène par le serum anti-diphthérique

Cette médication semble faire ses preuves. C'est ainsi que nous voyons dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* que M. Sila Noritzi a employé dans neuf cas d'ozène cette sérothérapie et en a obtenu des résultats satisfaisants. Voici du reste les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Le sérum antidiphthérique employé en injections sous-cutanées chez des malades atteints d'ozène détruit, dans un grand nombre de cas, l'odeur spécifique de l'ozène et dans un certain nombre de cas, la modère sensiblement ; 2° le sérum augmente la sécrétion de la muqueuse nasale atrophiee ; 3° il mérite de prendre place parmi les autres moyens dans le traitement de l'ozène.

(Abeille méd.)



### Sur les ligatures vasculaires dans les tumeurs

On sait que la question du traitement des fibromyomes de l'utérus par la ligature des artères utérines a été traitée, au dernier Congrès de Chirurgie, par M. Tuffier (1), qui a encore essayé ce procédé dans les tumeurs malignes. Cette question a été reprise dernièrement par M. Gottschalk à la Société de Médecine berlinoise (séance du 30 mars).

M. Gottschalk a notamment pratiqué 20 fois la ligature, par la voie vaginale, des vaisseaux utérins pour des myomes, chez des malades qui avaient des métrorrhagies rebelles; or, chez 19 d'entre elles, ces hémorragies furent immédiatement supprimées par l'opération.

Cette ligature a pour avantage de rendre les néoplasmes exsangues, et de transformer peu à peu les myomes intersticiels en tumeurs sous-péritonéales ne provoquant plus d'hémorragies. Le plus souvent, du reste, ces myomes s'atrophient; c'est ce qui a eu lieu chez 7 de ses opérées.

Il va sans dire que cette méthode ne peut être suivie de succès que si la circulation dans les myomes est sous la dépendance des vaisseaux utérins. Lorsqu'il s'agit de myomes adhérents, de tumeurs secondaires, l'effet de l'opération sera tout au plus transitoire. Il faut donc bien choisir les cas susceptibles d'être traités par ce procédé; il n'est pas applicable en particulier aux myomes intro-utérins; on devra également tenir compte du volume de la tumeur.

(Gazette de Gynécologie)

### Emploi de la glycérine pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel

La découverte et l'emploi de la glycérine comme moyen ocytotique sont dus à Peltzer et à Frank. Mais la méthode a bientôt été accusée de produire des phénomènes d'intoxication, d'agir sur les reins, de détruire les globules rouges, de produire de l'hémoglobinurie, des frissons, des accès dyspnéiques. On accusa aussi l'injection du danger de produire des embolies gazeuses. Le glycérine est très hygroscopique, elle s'empare de l'eau des tissus, et, en ce qui concerne l'utérus, provoquerait les contractions utérines en excitant par cette action les ganglions et les nerfs de l'utérus. Cependant, on renoncera difficilement à l'emploi de la glycérine, malgré ses inconvénients, pour provoquer l'accouchement parce qu'elle constitue un moyen rapidement efficace à ce point de vue pour éviter l'inconvénient de l'emploi de fortes doses de glycérine, on a imaginé des bougies, des crayons qu'on glisse dans le col, mais la quantité de glycérine est alors trop faible pour agir rapidement, et c'est plus encore la présence du corps étranger qui provoque les contractions.

Pour éviter l'action qui résulte de l'absorption d'une grande quantité de glycérine, voici l'ingénieux procédé qu'a imaginé M. Saft. Il s'agit d'utiliser seulement l'action absorbante de la glycérine sur l'eau, pour cela, on enferme la glycérine dans une membrane animale; c'est la vessie natatoire des poissons qui est employée ici. D'après la loi de diffusion à travers les membranes, la glycérine exerce son action absorbante sur l'eau sans être absorbée en quantité notable. La preuve qu'il en est bien ainsi c'est que lorsqu'on retire le ballon de glycérine formé par cette vessie natatoire, la quantité de liquide s'est augmentée de plusieurs centimètres cubes d'eau provenant de l'eau des tissus voisins. Les vessies doivent être imperméables, on les lave dans l'éther, on les désinfecte avec une solution alcoolique de sublimé tout comme le catgut d'après la méthode de Schimmelbusch.

On passe alors dans la vessie ainsi préparée une bougie creuse portant une ouverture latérale à son extrémité et on fixe la vessie natatoire sur cette bougie. L'appareil, bougie et vessie, est poussé

entre les membranes et la paroi utérine et on injecte alors par la bougie 100 cc. de glycérine, après quoi on bouche l'orifice de la bougie. La vessie doit être placée juste au dessus de l'orifice interne du col. On tamponne légèrement le vagin avec de la gaze iodoformée.

La durée moyenne de l'accouchement par ce procédé est de 52 heures. Dans aucun cas Saft n'a vu survenir des phénomènes fâcheux dus à l'absorption de la glycérine. Les suites de couches étaient normales. La méthode serait donc plus expéditive que les autres et complètement inoffensive. La provocation des contractions tient à la fois à la présence du corps étranger et à l'action ocytotique de la glycérine qui se produit par suite de la soustraction d'eau aux tissus.

(Deut. Med. Woch. et Gaz. Méd. de Liège)

## FORMULAIRE

### Pour éviter la rouille des instruments de chirurgien

(MARÉCHAL, d'Angers)

Borate de soude..... 2 grammes.  
Eau distillée..... 98 —

On peut laisser les bistouris, ciseaux, aiguilles, pinces, dans cette solution pendant un an ou deux et les en retirer parfaitement intacts.

### Solution de chlorhydrate de phosphate de chaux créosotée.

(A. LAMBERT, de Bron.)

Phosphate bicalcique..... 18 gr. 50  
Acide chlorhydrique officinal..... 14 gr. 50  
Créosote de hêtre..... 6 gr. 60  
Bleool à 90°..... 180 gr.

Eau q. s. pour 1 litre de soluté.

Faites dissoudre la créosote dans l'alcool; divisez avec soin, au mortier, le phosphate, d'abord avec un peu d'eau (15 à 20 grammes), puis avec l'acide chlorhydrique; ajoutez ensuite assez d'eau pour obtenir la dissolution du sel; mêlez les deux solutés aqueux et alcoolique et complétez le litre avec de l'eau.

(Gaz. Hebdom. de Méd. et de Chir.)

### Traitement de l'impétigo

Le Dr Sabouraud (*Archives des méd. des Enfants*, janvier 1898) conseille de traiter l'impétigo par l'emploi d'un médicament fort ancien et tombé presque complètement dans l'oubli aujourd'hui, l'*Eau d'Alibour*, qui date au moins de 800 ans; antiseptique de premier ordre, qui dans le traitement des plaies suppurantes vaut autant que nos meilleurs antiseptiques actuels. Il y a plusieurs formules de l'eau d'Alibour. Voici une formule actuelle:

Eau..... 200 grammes.  
Camphre à saturation de l'eau..... Q. S.  
Sulfate de cuivre..... 2 grammes.  
Sulfate de zinc..... 7 —  
Safran..... 0 gr. 40 centigr.

(Le Progrès méd.)

### Traitement du ténia par l'acide salicylique—(WRATCH)

Ozegousski traite le ténia de la façon suivante: le malade ne dine pas la veille et prend le soir:

Huile de ricin..... 30 grammes.

Le lendemain matin à 7 heures:

Huile de ricin..... 15 —

Puis à 8 heures, 9 heures, 10 heures, 11 heures:

Acide salicylique..... 1 —

Pour un cachet. No 4.—Si au quatrième cachet, le ténia n'est pas expulsé, le malade reprend:

Huile de ricin..... 15 grammes.

Les résultats favorables de ce traitement auraient été pour l'auteur de 19 sur 20.

(Belgique méd.)

(1) Voir La Revue Médicale, Vol. I, No. 17, Page 133.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La carie dentaire et son traitement

Par M. le docteur J. PINAULT, de St-Sébastien d'Aylmer.

Mes lecteurs me pardonneront d'avoir choisi, pour cette étude, un sujet bien peu médical en apparence. En ce sens qu'il sied beaucoup mieux à un dentiste qu'à un médecin, de discourir sur l'art de soigner les dents. Mais obligé, comme tous les médecins de campagne, de cumuler les fonctions de dentiste aussi bien que celles du médecin, j'ai été obligé de consacrer quelques moments à l'étude de quelques petits traités sur l'art dentaire, afin d'acquérir quelques notions suffisantes pour pouvoir répondre aux exigences de ma pratique.

Ce sont ces quelques notions, que je désire porter à la connaissance des lecteurs de *La Revue Médicale*, dans l'espoir qu'elles profiteront à mes confrères, surtout ceux de la campagne.

Cette étude n'a pas le droit d'être classée au nombre des travaux originaux; pour la raison qu'elle n'est qu'une simple compilation de notes empruntés à différents auteurs. Ainsi donc, chers lecteurs, ne cherchez pas ici des nouveautés il n'y en a pas.

Tous mes confrères savent parfaitement que l'étude de l'art dentaire n'entre pas dans le cadre de nos études médicales, pour la bonne raison que cette étude est laissée aux soins des spécialistes, les dentistes. Mais pour le médecin de campagne, les quelques notions acquises à l'université sont absolument insuffisantes. A la campagne il n'y a pas de dentiste, le médecin est seul et dans les cas urgents il lui faut bien être quelque peu dentiste.

Les médecins pratiquant à la campagne savent combien les campagnards sont peu soucieux de leurs dents. Pourquoi cela? Parce que ces gens pour la plupart ignorent complètement qu'une dent malade peut se traiter aussi bien que n'importe quel autre organe. Pour eux il n'y a pas d'autre remède que la pince. Ils ne connaissent pas mieux. Pourquoi? Parce que leur médecin le plus souvent ne peut leur appliquer un autre traitement, n'ayant jamais eu d'enseignement sur ce sujet pendant son cours médical.

Il faut être praticien de campagne pour savoir quel fléau terrible sévit sur les arcades dentaires de nos compatriotes. Dès le bas âge la carie attaque les dents, qui sont vite détruites, le davier fait le reste; l'adolescence arrive et le plus souvent on n'a plus une seule molaire dans la bouche. La conséquence est facile à tirer. Ces personnes jeunes encore, sont déjà troublées par des désordres du côté des voies digestives par suite du défaut de mastication des aliments. Il s'en suit qu'ils deviendront à plus ou moins longue échéance des dyspeptiques avérés. Le médecin ne doit jamais oublier que les dents de ses clients méritent de grands égards.

Un médecin qui est appelé à traiter une affection intestinale, doit toujours s'enquérir de l'état des fonctions stomacales; de même lorsqu'il aura à traiter des désordres du côté de l'estomac, il devra s'enquérir de l'état des organes masticateurs. Les dents sont à l'estomac ce que l'estomac est à l'intestin. Un fait qui m'est arrivé tout dernièrement prouve très bien cette assertion.

Un individu se présente chez moi se plaignant d'embarras gastrique depuis quelques jours. Après un examen que je croyais suffi-

sant, je lui ordonne un peu de diète et lui prescris quelques toniques stomachiques. Huit jours après il revient me dire qu'il n'est pas mieux, que son état va de mal en pis. Une idée traverse mon cerveau. Je lui fais ouvrir la bouche et j'examine ses dents. Je découvre une molaire affectée quelque peu de périostite. Sur ce le malade me dit qu'en effet cette dent est sensible depuis quelques jours, et qu'il est obligé d'avalier *tout rond*, ne pouvant pas mâcher ses aliments par suite de la douleur. De plus il y avait à considérer que cet individu avalait ainsi des aliments propres à faire frémir un estomac d'autruche. Je lui propose l'extraction, ce qui fut fait sur le champ. Quatre jours après je revis cet homme. Il était à peu près guéri de son estomac et cela sans autre médication.

Ainsi le médecin de campagne devrait savoir traiter convenablement les désordres des organes masticateurs afin d'éviter aussi à ses clients ces retentissements fâcheux du côté des voies digestives.

Comme la maladie la plus commune, de la dent est la carie, j'ai cru bien penser en faisant de mes notes prises ici et là, un chapitre qui pourrait devenir utile à ceux qui n'ont pas encore eu le temps ou la faculté d'acquérir les quelques notions nécessaires, pour être un petit peu dentiste dans l'occasion.

Ceci étant dit, j'aborde le vif de mon sujet.

Pour être plus clair, je diviserai cette étude en deux parties.

I. Dans la première, il sera question de la pathologie de la carie dentaire, et de ses indications thérapeutiques.

II. Dans la seconde, il sera question du traitement proprement dit de cette affection, et des opérations chirurgicales intimement liées à ce traitement.

#### Partie I. — Carie dentaire.

On peut définir la carie dentaire: "Une altération spéciale des tissus durs de la dent, progressant de la périphérie au centre. S'observant surtout sur les dents ou parties de dent anormalement constituées."

Cette affection dépend de deux ordres de causes. I. Des causes prédisposantes. II. Des causes déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, lesquelles sont les plus importantes, on doit citer: l'hérédité, les vices de développement et de constitution de l'organe, l'alimentation ou l'assimilation insuffisante des produits phosphatés, surtout pendant la période de formation des dents. Enfin la débilité générale, le lymphatisme, les grossesses répétées entrent aussi en ligne de compte. La syphilis et surtout la syphilis héréditaire joue un grand rôle dans cette affection. Cette malformation spéciale des dents décrite par Hutchinson, qui en a fait un stigmate de la syphilis héréditaire expose invariablement à la carie prématurée.

Les causes immédiates déterminantes de la carie, sont encore assez mal connues.

Plusieurs hypothèses ont été émises à ce sujet. On peut les classer sous trois dénominations.

A. La théorie vitaliste. — B. La théorie chimique. C. La théorie parasitaire.

A. La théorie vitaliste reposait sur les analogies apparentes de la dent avec le tissu osseux. Mais nous savons aujourd'hui que la texture intime de la dent diffère entièrement de celle de l'os. En effet le trou osseux est vasculaire, il peut s'enflammer. La dentine

au contraire qui constitue la dent dans sa plus grande partie n'est pas vasculaire. Elle ne peut ni s'affecter ni se réparer à la manière du tissu osseux. Cette théorie manquant de base est complètement abandonnée aujourd'hui.

B. *La théorie chimique.* — Pour les partisans de cette théorie, les acides développés dans l'intérieur de la cavité buccale, seraient les plus grands destructeurs du tissu dentaire. Il en serait de même des acides venant du dehors par les substances alimentaires, boissons, condiments acides, etc. Cette théorie semble admissible pour la carie de l'émail, aussi les partisans opposés l'admettent-ils lorsqu'il s'agit de carie de l'émail.

C. *Enfin la théorie parasitaire* accuse un germe, un petit infusoire d'être le corps du délit. On a donné à ce germe le nom de *dentocola*. D'autres auteurs accusent le *leptotrix buccalis*. Il est difficile de dire à laquelle de ces théories il faut le plus adhérer. Une chose certaine est démontrée, c'est que tout ce qui crée ou augmente l'acidité de la salive et du mucus buccal, détermine ou produit l'aggravation de la carie. D'un autre côté le milieu acide, ne peut à lui seul déterminer tous les phénomènes observés dans cette affection. Pour être le plus près possible de la vérité, il faudrait admettre que ces deux causes agiraient simultanément. Les acides occasionneraient une solution de continuité de l'émail, laquelle seraient une porte d'entrée pour les germes tout en étant pour eux un milieu de culture par les détritres alimentaires qui s'accumuleraient dans sa cavité.

Quelques mots d'anatomie avant d'étudier plus particulièrement les différents degrés de carie.

Personne n'ignore que plusieurs tissus différents entrent dans la structure de la dent. La *dentine* qu'on appelle encore *ivoire* en constitue la plus grande partie. C'est cette substance blanche et dure qui donne à la dent son caractère particulier.

Au niveau de la Couronne, la dentine est recouverte par une couche de tissu très dure, c'est l'émail ; tandis qu'au niveau des racines, au lieu d'être couverte par une couche d'émail, la dent est enveloppée du périoste alvéolo-dentaire, qui est une dépendance du périoste du maxillaire.

Au centre de l'organe, est une cavité creusée dans l'épaisseur de l'ivoire. Cette cavité est la chambre pulpaire. Elle contient la pulpe, l'organe essentiellement vivant de la dent. Cette chambre pulpaire communique au dehors par un ou plusieurs petits pertuis qui vont s'ouvrir à l'extrémité des racines. Ces petits pertuis appelés canaux radiculaires donnent passage au vaisseaux et aux nerfs, qui émergeant des gros troncs maxillaires, se rendent à la pulpe pour la nourrir et l'inerver.

Ces notions étant connues, il est facile de concevoir que nous aurons différents degrés de carie suivant que celle-ci s'attaquera à l'un ou l'autre des tissus constituant l'organe.

Les auteurs divisent généralement la carie dentaire en deux grandes variétés.

I. La carie qui intéresse l'émail et la dentine sans aucune altération de la pulpe, on l'appelle carie non pénétrante.

II. La carie qui s'est propagé jusqu'à la pulpe, alors que celle-ci est enflammée ou nécrosée, c'est la carie pénétrante ou perforante.

Ces deux variétés se subdivisent à leur tour. Ainsi dans la carie

non pénétrante, le processus destructeur peut n'avoir atteint que l'émail. On est convenu de donner à ce degré de carie, le nom de carie au premier degré.

Si l'ivoire est intéressé, et que la cavité dépasse le niveau de l'émail ou aura la carie au deuxième degré.

Il en est de même pour la seconde variété, la carie pénétrante.

La carie peut atteindre la pulpe qui est à nue et enflammée ou tout au plus recouverte d'une mince couche de dentine désorganisée et ramollie, ou aura alors la carie au troisième degré.

Enfin dans un dernier degré, la pulpe est détruite, décomposée, l'infection a pu gagner les canaux radiculaires. Le périoste alvéolo-dentaire est enflammé, etc. ; C'est la carie au quatrième degré.

Donc nous devons reconnaître quatre degrés de carie dentaire,

Les deux premiers degrés sous le nom générique de carie non pénétrante, et les deux derniers sous celui de carie pénétrante ou perforante.

Maintenant étudions en particulier chacun des différents degrés de carie.

(A suivre)

## REVUE DES JOURNAUX

### TRAITEMENT OPERATOIRE des hemorrhoides

PAR M. E. QUENU

(Suite et fin)

Obs. I.—D... (Isidore), cinquante ans, opéré le 13 Octobre 1897, sorti le 6 Novembre 1897.

Obs. II.—F... (Louis), cinquante-six ans, opéré le 14 Octobre 1897, sorti le 6 Novembre 1897.

Obs. III.—G... (Louis), cinquante-six ans, opéré le 23 Octobre 1897, sorti le 17 Novembre 1897.

Obs. IV.—C... (Pierre), cinquante-six ans, opéré le 19 Novembre 1897, sorti le 6 Décembre 1897.

Obs. V.—G... (Charles), quarante cinq ans, opéré le 28 Janvier 1898, sorti le 13 Février.

Obs. VI.—P... (Auguste), quarante quatre ans, opéré le 8 avril 1898, sorti le 24 avril.

Obs. VII.—S..., quarante-trois ans, opéré le 6 Mai 1898, sorti le 18 Mai.

A ces observations, il faut en ajouter trois ayant trait à des malades de la ville. La guérison complète n'a jamais excédé seize jours.

Tous nos malades subissent un traitement préparatoire dont la durée est de trois jours. Le premier jour, on administre au patient une purgation consistant, le plus souvent, en deux verres de limonade purgative : de plus une diète lactée sévère est instituée dès le début.

L'avant-veille, au matin, le malade avale à nouveau un verre de limonade. Vers 4 ou 5 heures du soir, il absorbe en cachet contenant 1 gramme de bismuth ; vers 8 heures, une pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigrammes et un second gramme de bismuth.

La veille, dès le matin, on administre un grand lavement glycéro-riné ; à midi 2 grammes de bismuth et 0,05 centigrammes d'extrait thébaïque ; la même dose est ingérée le soir vers 8 heures. Dans la même journée, le malade est baigné et rasé.

C'est donc le quatrième jour que le sujet se trouve prêt à subir l'intervention telle que nous le pratiquons.

Le malade, anesthésié, est mis dans la position classique, les cuisses fléchies sur le bassin : puis deux aides se placent de chaque côté de l'opérateur. Dans un premier temps on procède à la dilatation anale sous le chloroforme ; dans un second temps, on excise le bourrelet hémorroïdal.

Dans la majorité des cas, nous adoptons le procédé de Whitehead. En voici, en deux mots, les grandes lignes. On pratique une incision à l'union de la muqueuse et de la peau. Puis on dissèque la moitié droite, par exemple, du lambeau muqueux, auquel reste appendues les ampoules variqueuses, jusqu'à ce qu'on ait atteint le bord inférieur du sphincter. A ce moment, on trouve un plan de clivage qui permet de décoller rapidement la muqueuse avec le doigt jusqu'au tissu sain, c'est-à-dire là où doit porter le trait de section. On résèque ensuite le lambeau muqueux et on suture peau à muqueuse. La moitié droite terminée, on fait de même pour la demi-circonférence gauche, sans qu'il soit nécessaire de laisser un pont de tégument entre les deux moitiés.

Or, les résultats, bons ou mauvais de cette opération, dépendent absolument de la perfection des détails de technique, et c'est pourquoi nous nous permettons d'y insister.

Lorsqu'on a fait la dissection du lambeau muco-hémorroïdal, si on vient à couper ce lambeau avec l'intention de faire des sutures ensuite, voici ce qui se passe. Si on a réséqué peu de muqueuse, il n'y a aucune gêne sensible pour l'opérateur, la muqueuse se rétracte peu et on fait les sutures ensuite tout à fait à son aise. Mais, en revanche, on a ainsi les inconvénients d'une résection parcimonieuse, en ce sens qu'en un ou deux points au moins la muqueuse fait éversion. Le malade garde ainsi les ennuis du prolapsus pour lequel il s'était fait opérer, ou, quelquefois même, un peu de proci-dence qui manquait auparavant.

Il est donc essentiel que la ligne de suture cutané-muqueuse borde l'orifice anal ou plutôt soit même un peu inversée et non pas éversée. Pour obtenir ce résultat, il faut réséquer une portion suffisante de muqueuse. Or, nous supposons cette large résection faite et la section pratiquée d'un seul coup. Que va-t-il se passer ? La muqueuse va se rétracter et disparaître du champ opératoire. Comme je le dis souvent, le malade avale son rectum.

Il vient à l'esprit un moyen très simple, c'est d'appliquer des pinces hémostatiques sur la muqueuse fuyante, de manière à pouvoir l'abaisser au fur et à mesure des besoins de la suture. C'est là la conduite chirurgicale la plus déplorable que l'on puisse suivre. En effet, rien n'est plus susceptible que la nutrition d'une muqueuse intestinale, et cela se conçoit. La suture muqueuse, quoiqu'on fasse, ne s'opère jamais dans les conditions d'asepsie absolue : il importe donc spécialement ici que les éléments anatomiques jouissent de leur vitalité, c'est-à-dire de toute leur intégrité. Chaque point forcipressuré est un point manqué pour la bonne réunion. Les pinces ne doivent être appliquées que sur les vaisseaux qui donnent un jet en attendant un catgut, et nullement sur la tranche muqueuse.

On a cherché à parer à la difficulté en ne coupant le lambeau hémorroïdal qu'à petits coups et qu'au fur et à mesure du placement des fils. Or, de cette façon, la partie non sectionnée, maintenue par des pinces, sert de moyen de traction. Mais ici se présente un tout autre inconvénient. Lorsqu'on examine un bourrelet proci-dent hors du rectum, on constate que chaque tumeur hémorroïdale forme comme une sorte de colonne tapissée de muqueuse. Il en résulte que l'état pathologique exagère une disposition normale, à savoir que la circonférence muqueuse est plus étendue que la circonférence cutanée. Or, pour adapter d'une façon régulière et bonne deux circonférences de dimensions inégales, il faut nécessairement faire subir à l'une ce qu'on appelle, en couture, des fronces. Ces fronces doivent être répartis d'une façon égale, sur le demi-cercle. Pour arriver à cette régularité de répartition, il est de toute nécessité que la taille soit faite en totalité avant la couture. Il faut pro-

céder comme les tailleurs : d'abord tailler, ensuite coudre. Voici à quel petit moyen nous avons recours pour obvier à tous les inconvénients précédents : le lambeau muqueux, étant tenu bien étalé à ses deux extrémités par deux pinces Kocher, on passe des anse de catgut à la base du lambeau, un peu au-dessous du point où on veut faire la section, et à distance égale ; on fait ensuite sa coupe en entier.

De la sorte, on n'a plus à aller chercher la muqueuse pour passer ses fils, puisque ceux-ci se trouvent tout passés. Les anse sous-jacentes servent de moyen de fixation et de traction. Il ne reste qu'à passer le chef externe de l'anse dans la circonférence cutanée. Je procède parfois d'une façon un peu différente en passant d'emblée le fil à travers la base des lambeaux muqueux et cutané. C'est à droite, de préférence, que je place ainsi tout les fils avant de sectionner le rideau muqueux. Les points de suture précédents ont été espacés de façon égale. Il reste à parfaire la suture dans les intervalles : c'est là que se font les fronces.

Toutes des sutures sont faites avec une très petite aiguille et du fin catgut, estimant, comme pour toute chirurgie intestinale, qu'il importe beaucoup de traumatiser le moins possible et d'étreindre le minimum de tissus dans l'anse du fil.

L'opération terminée, on applique une simple feuille d'ouate iodoformée qui isole les deux demi-circonférences et les deux lignes de sutures. Nous insistons sur l'importance d'un pansement quotidien, fait par le chirurgien lui-même ou un aide intelligent. Ce pansement consistera à renouveler la ouate ou la gaze iodoformée après nettoyage péri-anal et en s'abstenant autant que possible de mouiller la plaie. La diète lactée sera maintenue pendant douze jours ; l'extrait thébaïque à dose constante (0,05 centigrammes) entretiendra la constipation pendant ce laps de temps. Vers le douzième jour, on peut commencer l'alimentation, et le plus souvent, le malade va à la selle spontanément. Dans le cas contraire, on administre un laxatif léger.

Comme nous l'avons vu, nos malades quittent l'hôpital au bout de dix-huit à vingt jours, quelquefois même au bout de quinze jours, complètement guéris.

En terminant, nous ferons observer la bénignité des suites opératoires. On note peu ou pas de douleurs, peu ou pas d'épreintes. L'ecchymose péri-anale sous-jacente, la rétention d'urine, sont les deux seuls incidents dignes de remarque. Toutes les complications graves, telle que hémorragie, suppuration, phlébite, rétrécissement consécutif, nous sont inconnues.

Bref, on peut considérer cette opération comme se rapprochant autant que possible de la perfection.

(*La Presse méd.*)

#### Les vomitifs dans les infections bronchiques,

D'après M. le Dr P. G. CHALCHAT.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine, M. A. Robin a tenté la réhabilitation de quelques anciennes médications, la saignée, le vésicatoire, les vomitifs. Si le procès paraît gagné pour la saignée, dont l'utilité ne paraît pas discutable dans certains cas bien déterminés, il ne semble pas que l'accord soit près de se faire sur la question des vomitifs, et surtout du vésicatoires. Une thèse récente de M. le Dr P. G. Chalchat, inspirée par M. A. Robin, va nous donner l'occasion d'examiner le rôle des vomitifs dans la thérapeutique des infections bronchiques.

Quelle est, dans ces cas, d'après M. A. Robin, l'action des vomitifs.

Les vomitifs réalisent d'abord le "curage mécanique des bronches" ; de plus, en augmentant consécutivement la sécrétion du mucus bronchique dont le pouvoir antiseptique a été nettement établi par MM. Claisse et Hutinel, ils renforcent les éléments de défense de l'organisme contre l'infection ; enfin, favorisent l'oxydation des produits microbiens en augmentant la capacité respiratoire et la

ventilation pulmonaire : il y a accroissement de la consommation d'oxygène d'une part, et de la formation d'acide carbonique pour le même volume d'air expiré, d'autre part.

Tels seraient les avantages de la médication vomitive : aussi ne comprendrait-on guère la réaction qu'elle a suscitée, si l'on n'en connaissait les inconvénients, ou plutôt si le nombre de cas dans lesquels elle est susceptible d'être employée utilement, n'était, dans la pratique infiniment trop restreint pour qu'on puisse l'ériger en méthode générale de thérapeutique des infections bronchiques.

Sans insister sur la forme hypertoxique (Chalisse) que M. Chalchat met hors du débat, nous lisons que les vomitifs doivent être employés *sans hésitation* " dans les formes aiguës ou chroniques, où les phénomènes locaux sont intenses, où l'encombrement bronchique est pour la plus grande part dans la dyspnée et l'oppression du malade, lorsque les signes stéthoscopiques sont d'une très grande intensité, et qu'on peut entendre des râles dans toute l'étendue des deux poumons."

Voilà des indications qui ne sont déjà pas très précises. L'intensité des phénomènes locaux, la dissémination des râles dans toute l'étendue des deux poumons, la dyspnée seulement due à l'encombrement bronchique, sont des signes qui, évidemment, commandent l'évacuation des voies bronchiques, et qui la commandent d'autant plus impérieusement que la maladie est moins générale ou en d'autres termes que l'organisme où elle évolue est plus résistant. Mais ces conditions " idéales " se trouvent rarement réalisées. C'est adébut de la maladie, chez des sujets vigoureux, qu'elles se rencontreront le plus souvent : et alors le vomitif fera merveille. En serait-il de même chez l'enfant et chez le vieillard, qui sont particulièrement visés dans cette tentative de restauration de la médication vomitive ? C'est ce que nous devons examiner.

L'enfant " ne crache pas " il y a intérêt à favoriser l'expectoration par l'emploi d'un agent mécanique qui sera l'ipéca, voire même le tartre stibié. Quand au vieillard, la médiocre tonicité des ses canaux bronchiques, sa musculature thoracique affaiblie ne lui permettant pas de se débarrasser utilement de ses sécrétions et à lui aussi il faut l'intervention de l'agent mécanique pour en assurer l'évacuation. Telle est la doctrine qu'on veut faire revivre et qui nous semble être en contradiction avec les faits.

Il faut, croyons-nous, juger la question sur d'autres données.

" L'encombrement bronchique " de l'enfant et du vieillard est l'effet plus souvent que la cause de l'aggravation des symptômes. Si la résistance est bonne, " l'encombrement " ne se produira point et s'il se produit, c'est que cette résistance diminue, soit en raison de la nature de l'agent infectieux, soit en raison des conditions anatomiquement ou pathologiquement favorables que présentent à l'exaltation de sa virulence l'organe (poumon) ou, d'une manière plus générale, le terrain sur lequel il évolue. Une thérapeutique rationnelle devra donc avoir pour objet de relever par tous les moyens possible la résistance du sujet.

J'entends bien que c'est là précisément une des conditions que l'on recherche à réaliser par le vomitif : " C'est faire de l'antiseptie, dit M. Chalchat, que d'exonérer les bronches de ces colonies qui se développent à la surface de la muqueuse. La médication vomitive a pour but d'expulser ces produits superficiels, et, si elle ne peut chasser les organismes établis profondément, au moins nous débarrassera-t-elle de ceux qui sont à la surface de l'arbre bronchique ; elle ne nous donnera pas un résultat complet, mais puisque nous ne pouvons guérir, nous aiderons au moins notre malade à lutter, car nous lui enlèverons une partie de ces ennemis. Et l'organisme, incapable de résister à un grand nombre, pourra par ces seules forces naturelles sortir victorieux de la lutte où il n'aura qu'à se défendre contre un nombre d'ennemis moins considérable. " Pour que cette assertion fût rigoureusement exacte, il faudrait qu'après le vomissement la résistance de l'économie restât au moins égale à ce qu'elle était avant. Or, il n'est rien.

S'il résulte des mensurations de M. A. Robin que la capacité respiratoire, et par suite la ventilation pulmonaire et la proportion de l'oxygène absorbé soient augmentées après le vomitif—ce dont en somme on se doutait un peu—il se produit, d'autre part, du fait de ce même vomitif, une série de troubles du côté de la circulation, du système nerveux et même de la respiration, qui compromettent la résistance de l'organisme. Et suivant M. A. Robin sur le terrain physiologique, examinons la nature et l'importance de ces troubles.

Du côté de système nerveux, *l'abattement* est de règle après les doses modérées : la *prostration* et même le *collapsus* peuvent survenir avec des doses plus élevées. Enfin l'excitabilité réflexe est diminuée, ou du moins s'épuise très rapidement dès que l'émétique ou l'ipéca, après avoir agi sur les terminaisons gastriques du pneumo pénètrent dans la circulation générale.

Du côté du cœur, il y a, à ce moment, un affaiblissement et une diminution très marquée dans le nombre et la force des contractions. Pendant les vomissements le pouls est fréquent et présente souvent de grandes irrégularités. En même temps la pression s'abaisse et cet abaissement se traduit par une vaso-dilatation. Ces phénomènes se modifient dans la période réactionnelle qui, particulièrement chez les sujets vigoureux, suit de très près le vomissement.

Du côté de la respiration il y a un ralentissement quelquefois considérable après une période d'accélération et d'irrégularité. Quant à la température elle est le plus souvent abaissée de plus d'un degré et cette chute brusque du thermomètre peut n'être pas sans inconvénient, surtout si elle se prolonge (Hayem) Car elle peut aboutir à l'hypothermie et au collapsus. Notons enfin l'affaiblissement quelquefois considérable de la force musculaire.

La simple énumération de ces faits, faciles à constater, suffit à montrer avec quelle circonspection il convient d'employer, surtout dans les maladies infectieuses, une méthode thérapeutique qui a pour principal caractère d'être pareillement dépressive. Ce n'est pas que cette médication n'ait à son actif de très grands succès : quand nous faisons nos études, nous étions dans un service hospitalier où elle était largement employée dans les affections des voies respiratoires et, quelquefois, les malades en éprouvaient les plus rapides et les plus réels bienfaits, mais combien aussi ne s'en relevaient point ! Et il s'agissait d'adultes et de vieillards, mais c'était bien autre chose chez les enfants : il faut avoir assisté à la période où les vomitifs et le vésicatoire constituaient le fonds du traitement de la bronchique et de la broncho-pneumonie, pour avoir une idée du nombre des victimes que faisait une pareille thérapeutique. Evidemment il y avait abas et il avait quelque injustice à en la nier une méthode thérapeutique sur ces seules pièces ; mais l'étude de l'action physiologique des vomitifs, en même temps qu'elle explique les désastres dus à leur emploi immodéré, montre avec quelle prudence ce ils doivent être conseillés.

En résumé, nous croyons que la médication vomitive peut trouver ses indications dans quelques cas déterminés d'affections broncho-pulmonaires : chez l'adulte au début de la maladie, et spécialement chez les sujets vigoureux ; chez quelques vieillards dont la résistance sera jugée suffisante ; chez les enfants lorsque l'inflammation ne dépasse pas les grosses et les moyennes bronches. Elle devra être résolument écartée dans tous les où on peut craindre un et dépresser sur le système nerveux ou la circulation, et spécialement dans les maladies infectieuses. A ce titre nous paraît absolument contreindiquée dans la pneumonie de l'adulte ou du vieillard et dans la bronchopneumonie infantile,

(Gaz. Held, de Méd, et Chir.)

**Traitement du torticolis aigu**

Le torticolis aigu, dans sa première période inflammatoire, est justiciable des moyens médicaux en usage contre le rhumatisme musculaire : Fomentations chaudes, liniments calmants et narcotiques, injections sous-cutanées de morphine ou de glycérophate de soude (20 centigrammes par injection, une à deux injections par jour), les vésicatoires volants ou pansés avec un sel de morphine, les pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle.

Contre la forme articulaire *a frigore*, A. Robin préconise le jaborandi : 4 grammes de feuilles en infusion, chez un adulte. Les feuilles doivent macérer pendant cinq à douze heures dans 10 gr. d'alcool ; on verse ensuite sur le tout 150 grammes d'eau bouillante. L'infusion sera prise le matin à jeun, en une fois. Au bout de quinze à trente minutes, apparaît la salivation, puis la diaphorèse. Chez une enfant de 10 à 15 ans, la dose sera réduite à 1 gr. 50-2 grammes.

Si plusieurs doses sont nécessaires, il faut laisser un jour franc entre deux doses successives.

Le salicylate de soude est indiqué dans les mêmes circonstances, surtout si le rhumatisme musculaire se généralise.

L'*extension continue* de la tête et du rachis cervical avec un appareil spécial, et le *massage* constituent les méthodes de choix, dans le traitement du torticolis aigu.

Le massage permet d'agir d'une façon efficace sur les arthrites et les raideurs vertébrales, sur les contractures douloureuses réflexes, sur les rétractions et les infiltrations des muscles du cou, sur les engorgements ganglionnaires. Sa technique varie suivant les circonstances.

Très souvent, le massage devra porter principalement sur la région cervicale qui, dans la généralité des cas, est la première atteinte. Le sujet, la poitrine découverte, les épaules tombantes, un poids dans la main du côté du torticolis, la tête en extension, légèrement renversée en arrière, est placé devant l'opérateur. Il devra observer une immobilité complète et respirer largement.

Une des mains de l'opérateur est placée, en pronation, à la partie supérieure du cou, côté opposé au torticolis. Elle sert de point d'appui, et elle restera immobile pendant toute la durée de la séance. L'autre main est placée du côté du torticolis en supination ; son bord cubital, au niveau de la partie supérieure du cou, glisse en exécutant un quart de tour sur son axe. Elle vient ainsi en contact par toute sa face palmaire avec le cou. L'opérateur lui fait exécuter des frictions de haut en bas, au niveau des muscles les plus atteints. Arrivée à la clavicule, la main arrête son mouvement de descente ; elle reprend le massage, à la partie supérieure du cou.

L'opérateur se placera de préférence debout, derrière le malade ; la main du côté du torticolis appuyera sur la partie latérale du cou, les pouces formant point d'appui sur la partie postérieure. Cette position rend plus facile le massage du trapèze et du rachis cervical.

Quand il s'agit d'un enfant indocile, il est souvent nécessaire de le coucher sur les genoux de l'opérateur, le tronc et les membres inférieurs étant soutenus par un aide.

Redard recommande tout particulièrement le massage pratiqué dans la suspension verticale. Au surplus, l'extension du cou et des muscles contracturés est le complément indispensable du massage. On l'exécutera avec les mains, si on ne possède pas un appareil spécial à suspension.

L'emploi de l'électricité est souvent indiqué dans le traitement du torticolis aigu. On a tour à tour préconisé la galvanisation et la faradisation contre le torticolis aigu rhumatismal.

D'après Redard, la *faradisation* serait indiquée surtout à la période douloureuse du torticolis aigu. Le badigeonnage faradique de la peau, la faradisation énergique, avec une bobine à gros fil, des muscles affectés, en provoquant de fortes contractions, donne souvent d'excellents résultats.

Avec les *courants galvaniques* dits *continus*, à forte intensité—l'anode (pôle positif) étant appliquée au niveau du point le plus douloureux—on réussit souvent à faire disparaître la douleur et la contracture réflexe. Le courant galvanique agit sur les nerfs sensitifs, en produisant une révulsion salutaire.

Quand on a recours aux courants continus, dans un cas de torticolis aigu d'origine réflexe, l'anode ou pôle positif devra être appliqué au niveau des premières vertèbres cervicales ; la cathode ou pôle négatif devra être promenée sur les muscles contracturés. Au bout de cinq ou six minutes, on laissera les deux pôles en place et au repos, pendant quelques minutes encore.

Dans les cas où le torticolis est l'expression d'une polyarthrite rhumatismale, il faut agir à la fois sur les muscles contracturés, sur les vertèbres et sur les articulations malades. Dans ce but, on appliquera les deux pôles d'un appareil à courants continus sur la région du rachis cervical. L'intensité du courant employé ne devra pas dépasser vingt à trente milliampères.

Redard a souvent retiré d'excellents résultats de l'emploi de la *franklinisation* (électricité statique), aussi bien dans des cas de torticolis aigu que dans des cas de torticolis chronique. Pour les cas de torticolis aigu au début, il recommande des séances assez rapprochées, pendant lesquelles on tirera des étincelles de la région douloureuse, suivies de souffles électriques, qui agissent favorablement en produisant une révulsion et la contraction des muscles atteints.

Lorsque l'affection prend un caractère chronique, la tête devra être redressée et maintenue droite. L'anesthésie chloroformique, en faisant disparaître la contracture musculaire, facilitera ce redressement qui sera maintenu au moyen d'un appareil contentif.

(Journal de méd. de Paris)

**Modes de guérison de l'hypertrophie sénile de la prostate**

Par le Dr A. GUÉPIN.

L'ensemble et le détail des soins minutieux à opposer aux symptômes et aux causes de l'hypertrophie sénile de la prostate—ensemble et détails sur lesquels j'insiste depuis plusieurs années dans de nombreuses publications—permettent d'obtenir souvent une amélioration considérable, une sorte de guérison relative et, parfois même, une guérison absolue des troubles fonctionnels de la miction comme de la prostatomégalite constatée par le cathétérisme et le toucher rectal.

La guérison *absolue* est rare. Elle n'est possible qu'aux deux premiers stades anatomo-pathologiques de l'évolution des lésions prostatiques ; encore faut-il, au deuxième stade, que la régression de la sclérose périglandulaire commençante survienne totalement. Mais tant que la prostate est seule en cause, tant que ses modifications semblent rester justiciables des procédés curatifs dont nous disposons, on doit rechercher et on peut espérer la guérison absolue. Au fur et à mesure que diminue le gonflement prostatique, la vessie se vide mieux, les besoins d'uriner s'espacent ; le toucher rectal permet de suivre pas à pas les progrès que révèle le rétablissement bientôt complet de la miction volontaire, la glande donnant au doigt qui l'explore la sensation d'un organe sain et de dimensions normales. Il peut même, à la longue, y avoir atrophie vraie, c'est-à-dire disparition de l'élément noble (ou sécrétoire), sans prolifération du stroma ; et il ne faut pas confondre la prostate atrophie physiologiquement avec des prostatites de faible volume envahies par la sclérose et, de ce fait, absolument pathologiques.

Dans ces circonstances heureuses, le malade guéri n'a plus qu'à observer les principes de l'hygiène. Mais de pareils exemples restent l'exception, parce qu'il est de règle que l'hypertrophie sénile s'établit et se constitue presque insidieusement, et parce qu'un homme ne consent point souvent à se soigner avec rigueur pendant longtemps, alors qu'il ne se croit pas très malade.



La guérison *relative*, plus fréquente, et dont il faut savoir encore souvent se contenter, présente deux modalités :

1° La prostate remplie de dilatations glandulaires infectées avec sclérose périglandulaire déjà accentuée, sous l'influence favorable du traitement, perd en partie de son volume. La rétention du début apparent des accidents n'est plus à craindre ; l'excitation vésico-urétral (fausse cystite) est calmée. Le malade urine seul, à des intervalles suffisamment longs, sans efforts ; les urines sont presque claires. Une fois par jour, il passe une sonde qui pénètre avec facilité, la prostatomégalie étant médiocre. Il constate alors qu'il y a toujours un certain degré de stagnation d'urine, que cette urine est souvent chargée de mucosités prostatiques et qu'un lavage est nécessaire pour évacuer le réservoir urinaire. D'autres ne passent la sonde que tous les deux ou trois jours ; certains ont un écoulement urétral dont la présence est leur sauvegarde. Mon maître Reliquet, et moi, avons publié en particulier, dans notre étude sur les *Glandes de l'urèthre* (Paris 1894), beaucoup d'observations se rapportant aux cas précédents et suivants.

Si, en prenant de très sévères précautions d'antisepsie dans le cathétérisme et en suivant un régime approprié, ces malades peuvent ainsi, pendant des années, jouir d'une existence à peu près normale, à la moindre faute, ils ont facilement des orchites, des poussées de prostatite. La terminaison fatale survient ordinairement par la production du foyer infectieux prostatogénital ; ils meurent de leur prostate seule, point de départ des accidents d'infection générale.

2° Lorsque la régression, au moins partielle, de la prostatomégalie ne peut être obtenue et que les cavités glandulaires restent remplies de sécrétions stagnantes, la sclérose totale de la prostate constitue une deuxième forme de guérison relative. Il est donc, à tout prendre, heureux quelquefois de voir la glande bosselée devenir uniformément dure, de constater qu'à la place des dilatations glandulaires se trouvent des noyaux fibreux dont la compression ne chasse aucun liquide au méat. Car si le malade ne peut uriner sans la sonde, si le cathétérisme est souvent difficile en raison du volume et de la déformation de la prostate, la vessie distendue par l'urine est dans un état de passivité absolue. Il n'y a plus de vrais besoins d'uriner ; à peine une pesanteur anormale prévient-elle deux ou trois fois par jour qu'il est temps de vider le réservoir urinaire. Les orchites sont rares, l'infection générale exceptionnelle. La survie peut être considérable, avec une santé en apparence excellente.

Les complications de toute nature, qui surviennent si facilement chez les vieux prostatiques, sont parfois un obstacle à la guérison ou à l'amélioration très notable que l'on obtient souvent chez ceux qui se soignent avec méthode. Il y a donc, à côté des formes que nous décrivons, des variétés individuelles dont une courte revue d'ensemble ne saurait nécessairement tenir compte.

En somme, si la guérison absolue est rare, elle est possible ; elle deviendra, avec le temps, d'autant plus fréquente que l'on commencera plus tôt le traitement, que l'on connaîtra mieux la puissance des ressources thérapeutiques que j'ai eu souvent l'honneur de défendre devant l'Académie et qui diffèrent tant des interventions sérieuses dans leurs conséquences, incertaines d'ailleurs dans leurs résultats, et dont l'action, à réserver pour des cas spéciaux, n'est sûrement que palliative. Les guérisons relatives ont aussi leur importance. Il est évident que, malgré tout, ces malades n'oublieront jamais, sans danger immédiat, les précautions multiples nécessitées par leur état local ; mais ils vivront, et beaucoup vivent de la vie commune, sans souffrances, avec quelques ennuis et à peine une infirmité.

(Gaz. des Hôp.)

#### Zona ophtalmique et névralgie du nerf facial, sans paralysie, due à l'iodure de potassium

Par le Dr L. JACQUET, *Soc. des méd. des hôp.*, 6 mai.

L'auteur présente un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique chronique et ancien, chez qui est survenu brusquement, il y a quinze jours, un zona ophtalmique léger, du côté droit.

Le lendemain, violente douleur spontanée, mais surtout à la pression, au-dessous de l'oreille droite, au point précis où le facial émerge de l'aqueduc de Fallope. Pression très douloureuse aussi sur le trajet des branches supérieure et inférieure du nerf, sur tous les muscles de la face à droite et au muscle occipital, qui reçoit, lui aussi, un rameau du facial.

Le tronc du sous-orbitaire et celui du maxillaire inférieur ne sont pas anormalement sensibles.

Le surlendemain, un peu de rougeur surmontée d'une vésicule un peu au-dessous de la région mastoïdienne ; puis, tout rétrocedé lentement ; nulle trace de *paralysie* ou de *parésie faciale*.

Il y a donc véritable névralgie de la septième paire, sans paralysie et sans névralgie des nerfs maxillaires, capables de communiquer au facial, par récurrence, une sensibilité aussi vive.

Cet ensemble est survenu exactement du troisième au quatrième jour après l'administration quotidienne de 2 grammes d'iodure de potassium, et l'auteur hésite d'autant moins à l'imputer à ce médicament, qu'à déjà, à deux reprises, son malade en avait ingéré, avec les suites que voici : 1° il y a quatre ans, 2 grammes d'iodure et une cuillerée de sirop de Gibert furent suivis quelques jours plus tard d'une paralysie faciale *gauche* de six semaines de durée ; 2° il y a deux ans, l'ingestion de l'iodure amena de vives douleurs dorso-lombaires.

Ces divers troubles nerveux, beaucoup d'autres encore, sans doute, trouvent une explication très satisfaisante dans les lésions cellulaires nerveuses que Nageotte et Ettlenger ont récemment décrites dans l'intoxication indo-potassique.

(Revue intern. de méd.)

#### Traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote de hêtre à dose élevée.

D'après M. le Dr. CH. LAMPLOUGH (de Londres).

M. le Dr Lamplough (de Londres) a depuis 12 mois employé systématiquement sur 100 malades la créosote de hêtre à dose élevée comme traitement de la tuberculose pulmonaire.

Comme mode d'administration il préfère la voie buccale et a ou recours soit à une émulsion d'huile créosotée, soit à une préparation de créosote à base d'alcool où elle se dissout facilement, suivant la formule suivante :

Créosote.....	XV gouttes.
Teint. gentiane.....	} à LXXX gouttes.
Alcool rectifié.....	
Glycérine.....	5 grammes.
Eau.....	30 —

M. s. a.—3 fois par jour après le repas.

Il est très important de donner le médicament lorsque l'estomac est plein mais il ne l'est pas moins de choisir les repas après lesquels on peut donner la créosote sans avoir ces "renvois" d'huile dont certains malades sont véritablement gênés. C'est ainsi que la créosote est mieux supportée après le souper qu'après le déjeuner.

La créosote produit quelquefois une sensation de brûlure, qu'on fera disparaître avec un peu d'eau sucrée.

Parfois, à ce traitement, il est utile d'ajouter l'emploi des fumigations et inhalations de vapeur créosotée.

M. le Dr Lamplough a pu arriver ainsi à des doses assez élevées, jusqu'à 300 et 400 gouttes (7 et 8 grammes) par jour en 3 ou 4 fois.

Ces doses élevées entraînent rarement des troubles gastriques.

Au contraire l'appétit se trouve augmenté, les symptômes de dyspepsie disparaissent et l'huile de foie de morue est mieux supportée.

L'action antiseptique de la créosote diminue les chancres d'infection du tube digestif, en particulier d'entérite tuberculeuse.

Loin de favoriser les hémoptysies, celles-ci deviennent plus rares et enfin le Dr Lamplough n'a pas constaté d'irritation du côté de l'appareil urinaire.

Ces doses élevées ont été bien supportées dans 95 p. 100 des cas. Sur ces 100 cas, 62 présentaient des lésions étendues des deux poumons. Dans 68 cas une amélioration manifeste a été constatée soit dans l'état général des malades, soit dans l'état physique de leurs poumons.

L'albuminurie disparut dans tous les cas où elle avait été constatée, et, dans 2 ou 3 cas accompagnés de diarrhée, celle-ci s'arrêta.

Sur les 32 autres cas, 20 moururent pendant le traitement après avoir présenté dès le début des signes étendus de tuberculose pulmonaire 7 étaient dans un état de tuberculisation avancée à leur sortie; enfin 5 malades seulement ne purent supporter le traitement.

Il reste donc 68 cas où le traitement du Dr Lamplough a amené une sérieuse amélioration.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

#### Le signe du sou dans les épanchements pleuretiques

Voici la technique donnée par M. le Prof. Pitres pour rechercher ce signe. Sur le sujet assis ou debout un aide applique à plat sur l'une des parois antérieure ou postérieure de la poitrine une pièce de dix centimes tenue avec deux doigts de la main gauche. Puis, avec la tranche d'une seconde pièce de dix centimes tenue de la main droite, il frappe sur la première de petits coups régulièrement espacés, séparés par des intervalles d'une demi-seconde environ. Pendant ce temps le médecin, appliquant l'oreille sur le point opposé de la poitrine, ausculte le bruit engendré par cette percussion.

Des vibrations sonores sont provoquées par le choc des deux pièces métalliques, les unes se propagent librement dans l'air, les autres traversent de part en part la cavité thoracique et les organes qu'elle renferme. Les premières n'ont aucun intérêt pour le clinicien et sont même gênantes. Aussi, pour s'en débarrasser, il est indispensable de fermer avec le bout du doigt l'oreille qui n'est pas appliquée contre la poitrine.

Voyons comment se modifie le bruit de percussion métallique en traversant la poitrine.

a) Si le poumon est sain, le choc des deux pièces de monnaie perçue par l'oreille est sourd et mat.

b) Si dans l'intérieur du poumon se trouvent des noyaux hépatisés (pneumonie) ou caséifiés (tuberculose), le bruit est plus assourdi, c'est à peine si on le perçoit.

c) Si la cavité pleurale est le siège d'un épanchement gazeux, le bruit métallique prend un retentissement large, vibrant (bruit d'airain de Trousseau).

d) Enfin, si la cavité pleurale est occupée par un épanchement liquide, le bruit est clair, aigu, limpide, argentin. Il paraît prendre naissance au voisinage immédiat de l'oreille. C'est ce bruit que l'on désigne sous le nom de *signe du sou*.

Ce signe n'est point cependant pathognomonique de l'existence d'un liquide dans la plèvre; il peut manquer quelquefois, bien qu'il y ait du liquide dans la poitrine; il peut exister quelquefois, bien qu'il n'y en ait pas une goutte. En fait, il est purement et simplement le symptôme révélateur de la présence à l'intérieur de la cavité thoracique d'un milieu homogène, solide ou liquide, meilleur conducteur des sons que le tissu pulmonaire normale. Mais comme les indurations massives totales du poumon sont extrêmement rares,

tandis que les hydropisies de la plèvre sont très communes, il indiquera, dans l'immense majorité des cas, l'existence d'un épanchement liquide libre dans la cavité pleurale. S'il ne suffit pas à lui seul à imposer ce diagnostic, il peut tout au moins, dans les cas difficiles, aider très utilement à l'établir.

(Arch. cliniques de Bordeaux)

#### Traitement des abcès froids par les injections de serum oxygene

Par E. LUTON.

La publication à l'étranger de certains cas pouvant se rattacher à la scrofule et traités par des lotions d'eau oxygénée engage M. Luton à publier deux observations d'abcès froids guéris à la suite de ce mode de traitement. La première a trait à une jeune femme d'une vingtaine d'années, atteinte d'un vaste abcès froid, de la région sacrée, d'origine inconnue, qui fut ponctionné et donna lieu à une fistule. Le 24 octobre, deux mois et demi après la ponction, M. Luton, sans se préoccuper du trajet fistuleux, fit une injection de cinq grammes de la solution suivante:

Phosphate de soude au dixième..... 75 c. c.  
Eau oxygénée..... 25 c. c.

Le 3 novembre, diminution considérable dans l'écoulement du pus; deuxième piqûre. Le 10, troisième injection; le 18, la fistule était fermée, cependant une quatrième et dernière injection fut pratiquée par précaution, et huit jours après, il ne restait rien de l'abcès. L'état général de la malade s'était amélioré après chaque piqûre et la guérison, depuis ce moment, ne s'est jamais démentie.

Le deuxième fait se rapporte à une coxalgique, malade depuis plusieurs mois, et chez laquelle apparut un abcès froid du volume d'une mandarine, et siégeant à la face externe de la cuisse, en arrière du grand trochanter. Trois injections de deux à trois grammes de serum oxygéné suffirent pour obtenir la résorption de cet abcès, à la place duquel persista pendant un certain temps une petite induration de la grosseur d'un gros pois: cette petite tumeur finit par se ramollir, arriva à la peau qu'elle traversa; puis, la cicatrisation définitive de l'orifice s'obtint sans autre pansement qu'une application de coton hydrophile.

L'intérêt que présentent ces deux observations consiste d'abord dans la simplicité de l'opération. Pas de ponction évacuatrice, pas de lavages avant l'introduction de la substance modificatrice, pas d'appareil spécial: il suffit d'une simple piqûre dans la poche de l'abcès au moyen d'une seringue ordinaire, de préférence de cinq grammes, et armée d'une aiguille de faible calibre. Lorsqu'il s'agit d'abcès dont le volume est trop faible pour employer la ponction actuellement en usage, ce mode de traitement n'exigeant pas un vaste champ opératoire, paraît devoir être préféré. Enfin, l'eau oxygénée semble avoir une action remarquable dans cette affection, puisque, en moins d'un mois, est survenue la guérison d'un vaste abcès compliqué de fistule, chez une femme dont l'état général se trouvait déjà fort compromis.

(Union médicale du Nord-Est)

#### Traitement de l'anthrax par une solution alcoolique de menthol à 2 0/10

J'ai traité dernièrement 5 cas d'anthrax volumineux par des pansements faits de la manière suivante.

Après nettoyage et séchage de la cavité principale par des tampons d'ouate, j'introduis un morceau de gaze bien imbibée de la solution alcoolique dans la plaie, je tasse la gaze et cherche à bien remplir la cavité, puis, application d'un carré de silk protective dépassant de 3 à 4 centimètres le pourtour de la plaie. Ouate et quelques tours de bande.

Il est très important que la gaze soit bien imbibée en sorte que la solution puisse pénétrer tous les recoins de la cavité, il faut exercer quelques pressions à cet effet sur le tampon de gaze.



Ce pansement peut rester en place 24 ou 48 heures.

Il est un peu douloureux au début, mais l'action analgésique du menthol se manifeste très rapidement. Il est très antiseptique.

Il est très bien supporté et beaucoup plus actif que ceux employés jusqu'à ce jour.

Dès le premier pansement on observe une diminution marquée de la tension si douloureuse de la région infectée. La suppuration se fait beaucoup plus facilement, les parties mortifiées s'éliminant beaucoup mieux. La plaie présente des granulations de très bonne couleur et la cicatrisation se fait rapidement, même dans de gros anthrax du cou.

(*Journal de médecine et de chirurgie prat.*)

#### Traitement du catarrhe chronique de l'intestin par l'eau gazeuse

Chez les sujets atteints de troubles digestifs liés à un catarrhe intestinal chronique se manifestant, après le moindre écart de régime, par de la diarrhée muqueuse avec inappétence, de douleurs abdominales et le ballonnement du ventre, M. le Dr V. Jaworski, professeur extraordinaire des maladies de l'appareil digestif à la Faculté de médecine de Cracovie, s'est bien trouvé de l'usage d'une eau calcique saturée d'acide carbonique, analogue à la solution scdique gazeuse dont il a recommandé récemment l'emploi dans les états d'hyperacidité gastrique.

Notre confrère se sert de deux solutions, dont l'une (*faible*) contient, par litre d'eau chargée d'acide carbonique, 2 grammes de carbonate de chaux et 2 grammes de salicylate de chaux; dans l'autre solution (*forte*), la proportion de ces mêmes substances est respectivement de 4 et de 3 grammes. Le malade prend le matin à jeun, une heure environ avant le premier déjeuner, un demi-verre de la solution forte et il boit un demi-verre de la solution faible après de chacun des trois repas. Avant d'ingérer le liquide, il faut attendre quelques instants pour laisser au gaz en excès le temps de s'échapper. Lorsque les troubles digestifs sont intenses, la solution doit être bue chaude. A cet effet, après avoir fait bouillir un demi-verre d'une eau alcaline quelconque, on y ajoute un demi-verre de la solution calcique forte. Ce mélange est pris aussi chaud que possible quatre fois par jour, le matin à jeun et après le repas.

Dès que les selles sont redevenues normales, on cesse l'usage de la solution forte, mais on continue celui de la solution faible le matin à jeun et après le repas pendant 8 ou 15 jours, puis on se borne à faire boire la solution après les repas seulement pendant 1 à 2 mois.

M. Jaworski n'a rencontré que peu de cas de diarrhée chronique qui aient résisté à cette médication, laquelle agit à la fois comme astringent et comme antiseptique intestinal. Il est évident qu'un régime alimentaire approprié est de rigueur.

L'eau calcique gazeuse se montrerait également utile contre la diarrhée des phthisiques.

Enfin notre confrère s'est bien trouvé de l'usage de la solution calcique faible dans les cas de diathèse urique, notamment dans ceux où il existe de la diarrhée symptomatique.

(*Rev. des nouv. remèdes.*)

#### Le bicarbonate de soude en lavements contre l'urticaire interne

Dans un cas d'urticaire grave, où il y avait : œdème des lèvres, tuméfaction considérable de la langue, impossibilité de déglutir, pouls imperceptible, dyspnée, extrémités froides, vomissements, douleurs intolérables, et où toute la thérapeutique, y compris le régime lacté et les purgatifs, était impuissante, M. de Mahis, de Cerilly, eut l'idée d'administrer un lavement ainsi composé :

Bicarbonate de soude ..... 20 grammes.  
Laudanum de Sydenham..... XXX gouttes.  
Eau bouillie..... 500 grammes.

A la suite de cette médication, les sensations de brûlure furent moins intenses, la tuméfaction de la langue diminua sensiblement et les démangeaisons de la peau disparurent.

Le lendemain on administra cinq lavements au bicarbonate de soude avec le même résultat favorable, et au bout de quelques jours, pendant lesquels la dose de bicarbonate de soude dans chaque lavement fut réduite à 5 grammes, la convalescence était complète. Les attaques précédentes d'urticaire chez la même malade ayant duré plus de deux mois, la rapidité de la guérison dans ce cas paraît bien devoir être attribuée aux lavements de bicarbonate de soude  
(*Centre-Médical*)

## FORMULAIRE

### Traitement de l'anorexie chez les enfants

M. Limpert traite avec succès l'anorexie de la scarlatine, de la diphtérie, de la rougeole et de la dothiéntérie, par le tannate d'orexine, à la dose de 1 gramme par jour, pris en deux fois, avant chacun des deux principaux repas.

### Quelques moyens pratiques pour combattre la toux opiniâtre chez les enfants (Dr BLACHE)

Dans un verre de grog léger qu'on fait prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure on ajoute de XX à XXX gouttes de la mixture :

Teinture de drosera.....	15 grammes.
Teinture de racine d'aconit.....	6 —
Liquueur d'Hoffmann.....	4 —

ou bien :

Teinture de belladone.....	6 grammes.
Teinture de grindélia.....	18 —
Bromoforme.....	X gouttes.

Potion à donner toutes les heures par cuillerées à café ;

Benzoate de soude.....	4 grammes.
Teinture de coca.....	2 —
Sirop de Tolu.....	30 —
Julep gommeux.....	100 —
Eau de laurier-cerise.....	4 —

Pour la nuit, 2 à 3 cuillerées à café du sirop composé :

Sirop d'hydrate de chloral.....	15 grammes.
Sirop de bromure de strontium.....	20 —
Sirop de polygala.....	30 —
Eau de fleur d'oranger.....	6 —

(*Rev. de la tub.*)

### Préparation d'une poudre antiseptique

Les gazes antiseptiques isolées ou iodoformées sont inutiles; on prend une compresse ou une lamelle d'ouate hydrophile; on l'exprime fortement et on l'applique sur la plaie. Si on a besoin d'une poudre antiseptique, ce qui est rare, on fera usage soit d'acide borique finement pulvérisé, soit de poudre de Lucas Championnière, dont voici la formule :

Poudre de quinquina gris.....	} Parties égales } en volume.
Poudre de benjoin.....	
Iodoforme.....	
Carbonate de magnésie.....	

(*Gaz. Hebdom. de Méd. et de Chir.*)

### Solution de créosote du hêtre pour lavements

Créosote du hêtre.....	10 grammes.
Savon amygdalin.....	10 —
Eau chaude.....	130 —

Triturez le savon dans la créosote, ajoutez l'eau chaude et filtrez.

Une cuillerée à bouche (15 grammes) renferme 1 gramme de créosote.

NOTA.—Le savon amygdalin dissout son poids de créosote dans une quantité d'eau quelconque.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La carie dentaire et son traitement

(Suite)

#### I. Carie non pénétrante

*I Degré.* Dans le premier degré de carie, il n'y a que l'émail d'attaqué. Ce degré de carie ne donne lieu à aucun phénomène subjectif, il n'y a ni douleur, ni sensation spéciale. Il ne se décèle à l'œil de l'observateur que par une décoloration et friabilité de l'émail, sur un point très limité. Comme cet état est très léger, il passe inaperçu en pratique.

*II Degré.* Dans le deuxième degré le processus morbide a dépassé l'émail et a pénétré plus ou moins loin la dentine. Cet état est caractérisé par une décoloration et ramollissement successif de l'ivoire, conséquence de la décalcification, à tel point, que la dentine normalement d'une grande dureté, se laisse facilement couper, racler, enlever couche par couche.

*Symptômes.* La carie au deuxième degré a l'aspect d'une cavité sphéroïdale ayant une petite ouverture vers l'émail. Elle ne donne jamais lieu à de la douleur spontanée (vulgairement le mal de dent). Tout au plus l'excitation mécanique produit-elle un peu de douleur qui fuit dès que cesse l'excitation. Le froid et la chaleur produiront une douleur assez vive, mais passagère. Le malade accuse une douleur vive, lorsqu'il boit un liquide très froid ou très chaud ; elle est d'autant plus prononcée que la carie a pénétré plus près de la pulpe. Dans ce dernier cas, lorsque la pulpe n'est plus protégée que par une mince couche de dentine saine, le malade se plaindra aussi de douleur pendant la mastication ; douleur due à la pression des aliments sur le fond de la cavité, laquelle pression se transmet facilement à la pulpe, et l'irrite douloureusement.

*Indications thérapeutiques.* Les indications du traitement dans la carie au second degré, sont : I Arrêter l'extension de la carie, II reconstituer à la pulpe une protection efficace contre les agents de désorganisation, car nous avons vu que dans ce degré de carie, la pulpe reste saine. Il est donc important, de ne pas l'irriter pendant le traitement et de lui assurer pour la suite une protection efficace, car la pulpe étant l'organe essentiellement vivant de la dent, il est de la plus haute importance de la conserver saine. Une dent sans pulpe, étant une dent morte, et par conséquent d'une durée très limitée. Il sera dit dans la seconde partie de ce travail comment on remplit ces deux indications.

#### II. Carie pénétrante

*III Degré.* Dans la carie au troisième degré, il s'agit de carie perforante. C'est le premier degré de la carie pénétrante. Ici la pulpe, si elle n'est pas à nu, est tout au plus recouverte d'une mince couche de dentine désorganisée. Si elle n'est pas encore morte, sa santé est du moins très altérée. La carie au troisième degré, se complique invariablement d'inflammation de la pulpe. Qui dit, carie au troisième degré, dit pulpite, c'est-à-dire inflammation plus ou moins grave de l'organe central qui se termine à plus ou moins longue échéance par la nécrose partielle ou totale de cet organe et amenant comme conséquence la mort de la dent.

*Symptômes.* Les symptômes de ce degré se confondent avec ceux de la pulpite. La douleur spontanée en est le principal : le malade a un violent mal de dent. Si quelques fois, la douleur n'est pas tout-à-fait spontanée, elle apparaît après la moindre excitation, telle que pression légère, succion, respiration, contact de corps étranger. Cette douleur est souvent lancinante. On y ressent des pulsations douloureuses isochrones aux pulsations artérielles. L'insomnie est fréquente, en un mot, le malade a un violent mal de dent.

A l'examen la pulpe est d'un rouge foncé. L'attouchement direct y provoque une douleur paroxystique avec hémorrhagie. Si la décomposition est commencée, elle émet une odeur fade et nauséabonde.

Par la présence de tous ces symptômes il sera toujours facile de diagnostiquer la carie pénétrante, de celle qui ne l'est pas.

*Indications thérapeutiques.* Il y a deux choses à faire. 1° Essayer de conserver la pulpe si elle n'est pas trop malade : C'est le *traitement conservateur*. 2° la détruire et l'enlever si sa vitalité est compromise, c'est le *traitement destructeur*. Comme dans la carie au deuxième degré, le traitement conservateur aura pour but de protéger la pulpe contre toute irritation tout en arrêtant l'extension de la carie. Le traitement destructeur consiste à détruire la pulpe et à l'enlever. La dent alors se trouve privée de vie, mais si la cavité est convenablement réparée par une bonne obturation cette dent malgré qu'elle ne soit plus qu'un corps étranger, peut continuer encore pendant un temps assez long à remplir efficacement son rôle dans l'acte de la mastication.

*IV Degré.* La carie au quatrième degré est le dernier stade de destruction de la dent. La carie rendue à ce point est caractérisée par un délabrement plus ou moins grand de l'organe. Ici la pulpe est le plus souvent complètement détruite et éliminée. L'infection a gagné les canaux radicaire, et le périoste alvéolo-dentaire. En un mot la dent est rendue à un degré de destruction très avancée, au point de n'être plus constituée que par quelques fragments de racines.

L'infection qui s'est propagée au périoste, donne lieu à des abcès alvéolo-dentaires, des nécroses de l'alvéole et du maxillaire. Le processus peut atteindre les dents voisines, enfin causer des désordres de la plus haute gravité.

*Symptômes et diagnostic.* Le diagnostic de cet état est relativement facile. La pulpe étant mortifiée ou détruite, la sonde pénètre dans la chambre pulpaire sans causer de douleur. La dent a perdu sa transparence et revêt une coloration généralement noirâtre. La dent étant privée de vie, toute excitation reste sans réaction. Le froid et la chaleur ne causent plus de douleur excepté s'il y a périostite concomitante.

Les pansements que l'on place dans la cavité prennent une odeur fétide.

*Indications thérapeutiques.* Il faut chercher à rétablir la santé de l'organe, par un traitement antiseptique. Quand l'asepsie de la cavité et des canaux radiculaires aura été obtenue, il faudra empêcher la réinfection en obturant cette cavité et ces canaux.

Dans le cas de non réussite, l'extraction sera la dernière ressource.

*II Partie. — Traitement de la carie.*

Sous ce titre il faut étudier le traitement prophylactique, et le traitement curatif.

*A. Traitement Prophylactique.* Il nous est presque permis de dire qu'il n'y a pas de traitement vraiment prophylactique de la carie dentaire. Sans doute l'hygiène de la bouche est d'une grande utilité. Les gargarismes alcalins et antiseptiques sont des adjuvants heureux mais voilà tout. En conséquence, il ne faut jamais exagérer leur importance.

Chez les prédisposés le traitement prophylactique consistera à traiter les diathèses et surtout à combler les lacunes du tissu dentaire et les solutions de continuité, puisque ces défauts de structure sont la cause directe de l'apparition et de l'extension de la carie. Donc le traitement devra tendre à refaire à la dent un parement dense et continu sur les points attaqués. On obtiendra ce résultat par une bonne obturation faite à bonne heure. Plus la carie sera traitée à bonne heure, plus elle sera victorieusement combattue.

*B. Traitement curatif.* Le traitement curatif de la carie dentaire, le traitement par excellence, est l'obturation de la cavité après nettoyage et asepsie préalable de cette cavité. Le nettoyage et l'asepsie aura pour but d'arrêter l'extension de la carie. L'obturation servira à combler la solution de continuité du tissu dentaire tout en entravant l'entrée de nouveaux germes et des débris alimentaires. De plus elle permettra à la dent de continuer à remplir son rôle dans l'acte de la mastication.

*I. Nettoyage de la cavité.* Ce nettoyage comprend la résection de toutes les parties malades, c'est-à-dire de la dentine désorganisée et ramollie. Cette résection se pratique au moyen d'outillage appropriés, le plus souvent au moyen de fraises en acier de différentes formes mises en mouvement par un tour spécial que l'opérateur fait tourner au moyen d'une pédale.

Pour le médecin qui ne peut se payer le luxe d'un appareil de ce genre, il existe des fraises à main et des rugines, petites curettes de différents modèles qui peuvent très bien remplacer le tour et cela d'autant mieux que ces petits outils sont d'un prix très modique.

Ainsi donc l'opérateur muni de son instrument devra enlever toute la dentine ramollie. Il raclera la cavité dans toute son étendue, enlevant jusqu'à la dernière parcelle de tissu nécrosé. De temps en temps pendant cette opération, il mettra de côté la rugine pour projeter avec une seringue *ad hoc* un courant d'eau tiède qui aura pour effet d'entraîner les parcelles que la rugine aura réséquées. Après chacune de ces irrigations, il asséchera la cavité avec une boulette de coton hydrophile afin de constater s'il reste encore ouï ou non du tissu ramolli, qu'il reconnaîtra facilement à la couleur brune de celui-ci. Il continuera ainsi ce travail jusqu'à ce que la cavité soit parfaitement de couleur blanche dans toute son étendue. Alors la rugine au lieu de mordre dans le tissu ramolli, parcourra la cavité en laissant entendre un grincement spécial signe qu'elle ne touchera plus que de la dentine dure et saine. La résection des bords de la cavité, c'est-à-dire au niveau de l'émail devra se faire sans ménagement. On ne devra pas craindre d'enlever un excès de tissu sain, afin que ces bords, une fois le nettoyage fini, restent épais et résistants.

Mais ici se présente une difficulté. Comme tous les tissus du corps humain, la dentine possède une sensibilité qui lui est propre.

La rugine l'irrite et la rend douloureuse, et cependant il faut trancher et parcourir toute la surface intérieure de la cavité avec l'acier. Cette sensibilité de la dentine est surtout très prononcée chez certaines personnes, les gens nerveux surtout.

Nécessité donc d'atténuer cette sensibilité de la dentine dans la plus grande mesure du possible.

Plusieurs moyens ont été préconisés pour obtenir ce *desiderata*.

*A.* Un premier est de tenir la cavité parfaitement sèche pendant l'excision. A cet effet diverses méthodes s'offrent à l'opérateur.

Chez les dentistes bien installés, on projette dans la cavité en même temps que l'on fait l'excision, un courant d'air chaud sec. L'air est chauffé dans un petit appareil fait pour cet usage et est amené par un petit conduit jusque dans la cavité. Cette méthode est des plus efficaces.

On emploie aussi les déshydratants mais avec beaucoup moins de succès.

*B.* Un deuxième moyen d'atténuer la sensibilité de la dentine, mais qui donne guère de succès, c'est l'application extemporanée de topiques analgésiques, tels que la cocaïne et la morphine.

*C.* L'usage des caustiques qu'on peut classer comme un troisième moyen, est plus efficace. On peut dire que les caustiques sont les agents usuels de l'anesthésie de la dentine. A cet effet on peut se servir de crésote, d'acide phénique, de potasse caustique, de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, mais de tous, le meilleur caustique à effet immédiat, est l'acide sulfurique concentré, qu'on a au préalable saturé de cocaïne.

Il y aurait bien l'acide arsenieux, qui, comme on le sait, est le caustique par excellence. Son usage serait le moyen le plus radical, car il détermine une anesthésie parfaite. Mais son action ne reste pas limitée à la surface de la cavité, elle se propage à la pulpe qu'elle peut enflammer, et ce retentissement sur la pulpe, est toujours le résultat fâcheux de son emploi.

*D.* Une quatrième méthode enfin est le pansement à demeure, qui convient surtout dans les caries qui ont pénétré très proche de la pulpe. On emploie à cet effet un pansement à l'acide phénique pur. Cependant ce médicament offre quelques dangers dans le voisinage immédiat de la pulpe. On le remplace alors par le nitrate d'argent qu'on incorpore à de la gutta percha et de l'oxyde de zinc. Comme son nom l'indique, ces pansements doivent rester en place quelques jours. Ensuite ils sont enlevés et la résection peut se faire sans la moindre douleur, la dentine étant parfaitement anesthésiée.

Nous venons de voir en peu de mots, comment se fait la résection ou pour mieux dire la préparation de la cavité cariée. Pour compléter le traitement il ne reste plus qu'à aseptiser cette cavité et à la combler par une substance obturatrice convenable.

L'asepsie se pratiquera facilement si on a soin d'entourer la dent d'une digue en caoutchouc, afin d'empêcher l'irruption de la salive dans la cavité, mais dans le cas contraire il faudra agir avec célérité afin que celle-ci ne vienne pas infecter la cavité après qu'on aura enlevé le pansement antiseptique pour y introduire la substance obturatrice.

On fera l'asepsie en commençant par faire une large irrigation à l'eau tiède afin d'enlever tout ce qui pourrait souiller la cavité. Ensuite une petite boulette de coton imbibée d'une antiseptique est

promenée sur toute la surface de celle-ci et est finalement fixée en place pour quelques minutes.

Comme antiseptique, l'acide phénique pur, la résorcine sont généralement employées. On peut se servir aussi de campho-phénique dont voici la formule : camphre 25 parties, acide phénique 9 parties, alcool 90°, 1 partie.

Lorsque ce pansement antiseptique aura agi convenablement, il ne s'agira plus que de l'enlever et d'y introduire la substance obturatrice, tout en empêchant la réinfection de la cavité, soit par la salive ou autre chose.

(A suivre)

## REVUE DES JOURNAUX

### Etherisation Rationnelle

Le Dr Walter Brook Bronner condamne dans les termes les plus sévères, la soi-disante "méthode de force" d'éthérisation employée par quelques médecins. Il dit qu'aucun homme ne devrait se compter compétent à administrer un anesthésique, spécialement l'éther ; avant de ne s'être fait administrer à lui-même cet anesthésique. Il devrait y avoir un certain lien de sympathie entre celui qui administre l'anesthésique et le malade. Il est difficile, dit-il, d'exprimer cette terrible sensation de dissolution imminente — l'agonie mentale qui s'empare de celui qui lutte inutilement pour de l'air — plus d'air ! à mesure que le cône est fermement appliqué sur sa figure et qu'il se sent retenu par la poigne de fer d'un aide ignorant, qui vous enserme, pendant que vous êtes rapidement et forcément étouffé asphyxié avec technique. Il est difficile de concevoir un portrait plus inhumain, plus révoltant.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'éthérisation ne devrait être confiée qu'à des mains expérimentées.

2° Il n'est pas nécessaire d'un cône spécial pour obtenir une éthérisation efficace. Plus l'appareil est simple moins il est compliqué, meilleur il est.

3° La soi-disante "méthode de force" d'éthérisation est inutile, cruelle et souvent dangereuse.

4° On obtient des résultats beaucoup meilleurs par une administration graduelle et lente.

5° On ne devrait employer que la quantité d'éther la plus minime, et la donner préférablement goutte par goutte alors qu'on a obtenu une anesthésie complète.

6° Les mauvaises conséquences sont directement proportionnelles à la quantité d'éther employé, et indirectement proportionnelles à la durée de l'anesthésie.

7° Les soi-disants mauvais effets sur les bronches, l'estomac, et les reins ont été grandement exagérés et sont contrôlables dans une grande proportion.

8° Les femmes demandent une quantité d'éther plus petite, bien qu'il faille un temps plus long pour produire l'anesthésie chez la femme que chez l'homme.

9° Les sujets alcooliques demandent un temps plus long et une quantité plus grande d'éther pour produire l'anesthésie et la maintenir.—P. V. F.

(Am. Med. Surg. Bulletin)

### Ferments amylacés

Dans un article sur cet important sujet, Wyatt Wingrave M. R. C. S., Angleterre, l'assistant chirurgien de l'Hôpital Central de Londres) pour la gorge et les oreilles publie dans la *Lancet* de Londres en date du 7 mai 1898, l'histoire d'un cas personnel où la né-

cessité d'un digestif amylacé sûr se fit sentir au cours de l'expérience de l'écrivain. Un examen comparatif de plusieurs extraits de Malt et de Taka diastase, fut fait à l'aide d'expérience chimiques et cliniques.

Voici en résumé le résultat :

1° Le Taka Diastase est le plus puissant des ferments amylacés ou diastatiques et le plus sûr à cause de la rapidité de son action v. g. "Il digèrera une plus grande quantité (amidon) dans un temps donné qu'aucun autre ferment amylolytique."

2° Le Taka Diastase semble le moins retardé dans son action digestive par la présence d'acide organique (butyrique, lactique, acétique), et aussi par le thé, café et alcool, que la salive et les extraits de Malt. Ceci est important dans le pyrosis.

3° Que tous les acides minéraux, chloridriques, etc., arrêtent rapidement et détruisent complètement toute action diastatique dans un temps suffisant s'ils existent en quantité suffisante.

4° Le Taka Diastase et le Diastase de Malt comme la ptyaline n'ont aucune action sur la cellulose (amidon crû). Toute nourriture amylacée devrait par conséquent être cuite de manière à permettre aux ferments amylacés d'aider la nature dans cette fonction.

### Traitement du Tinea Tonsurans

HERMAN B. SHEFFIELD (*New-York Medical Journal*, 14 mai), décrivait il y a environ un an et demi dans le "AMERICAN MEDICO-SURGICAL BULLETIN", 5 septembre 1896, un mode de traitement qui guérit tous les cas de teigne qu'il eut sous ses soins dans l'espace de trois à six semaines. Il réussit à arrêter une épidémie de tinea tonsurans consistant en 379 cas au Hebrew Shelterins Guardian Society Orphan Asylum. Plus tard plus de 50 nouveaux cas tombèrent sous les soins de l'auteur, et chacun d'eux céda promptement au même traitement. Le même succès fut obtenu par le Dr Spalding, médecin consultant au Juvenile Asylum of New-York, qui guérit ainsi plus de 40 cas invétérées en moins de trois semaines. Le Dr Moreau Marris, inspecteur du Bureau de Santé de New-York, a aussi été témoin de résultats étonnants par ce mode de traitement dans différentes institutions de New-York. Voici la formule de ce remède : R : Acidi carbol., olei petrolei, aa 65 ; Trictu, iodini, olei ricini, aa 110 ; olei rusei (Allemand), q. s. ad. 500. Après avoir bien rasé les cheveux on applique ce mélange sur le cuir chevelu — en plus grande quantité sur les taches malades — au moyen d'un pinceau, une fois par jour pendant 5 jours consécutifs.

Le sixième jour on enlève le remède avec un linge plongé dans de l'huile d'olive ; puis on rase encore les cheveux et on lave toute la tête légèrement avec du savon vert et une brosse douce, prenant bien le soin d'enlever toutes poussières et les cheveux perdus. Règle générale, il n'est pas besoin d'épilation.

Le septième jour on applique de nouveau le mélange autant qu'auparavant, et on répète, le même procédé trois ou quatre semaines consécutives, la longueur du temps dépendant de la sévérité du cas, alors qu'on trouve que des cheveux nouveaux commencent, à paraître, et qu'on ne découvre plus de tricophyton dans les cheveux épilés pour l'examen microscopique. On fait suivre ces procédés d'une application pendant quelques jours d'un onguent au soufre à 10 par cent et ensuite de l'usage de la préparation suivante pendant deux semaines :

R : Resorcini, acidi salicyl., aa 16 ; aletholis, 120 ; olei ricini, q. s. ad. 500. Ce mélange hâte considérablement la croissance des cheveux sur les endroits dénudés. Dans les cas où l'isolation est impraticable ou impossible, comme il arrive souvent dans les familles privées, ce mélange de résorcine sert d'excellent substitut.—P.V.F.

(British Medical Journal)

## Angine rhumatismale (1)

par le Pr POTAIN.

Au n° 18 de la salle Piorry, est couchée une jeune femme de 20 ans, entrée à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu, modéré, peu fébrile, n'ayant élevé la température qu'à 38°2 au maximum, très généralisé et qui a débuté par une angine. D'une santé un peu délicate, cette jeune personne est née en Normandie d'un père rhumatissant ; à l'âge de 10 ans, elle a déjà subi une première attaque de rhumatisme aigu généralisé. Depuis trois ans qu'elle est à Paris, elle est devenue chloro-anémique, comme il arrive d'ordinaire à ces jeunes filles débarquées de la province. Ces jours derniers, après un refroidissement, elle a eu mal à la gorge, avec difficulté de la déglutition, une fièvre assez forte, une brisure de tous ces membres; une courbature générale. Trois jours plus tard, elle se plaint d'une douleur tibiotarsienne des jambes droite et gauche ; puis, la douleur gagne les genoux, puis les épaules, enfin les coudes, le rhumatisme s'avance ainsi d'une articulation à l'autre, abandonnant l'une pour prendre la suivante avec guérison parfaite dans toutes ces localisations successives. Le lendemain de son entrée, le malade n'avait déjà plus de fièvre, sa température étant de 37°4. Son genou gauche contenait un peu de liquides. Sa gorge était encore un peu rouge d'une rougeur diffuse sur le voile du palais ; les piliers, les amygdales.

L'amygdale gauche était un peu tuméfiée, sans exsudat. La déglutition s'accompagnait encore d'une légère douleur. La langue était un peu blanche. Le cœur était absolument sain, et dans les poumons, on ne trouvait aucun signe suspect de lésion quelconque. Le surlendemain de l'entrée, qui était hier, on constate que c'est le sciatique qui est devenu douloureux ; aujourd'hui, la douleur, plus forte, immobilise la malade, tandis que, du côté de la gorge, il n'y a presque plus rien, l'amygdale gauche étant à peine tuméfiée et la pointe seule de la luette étant rouge.

Notre malade, en somme, a une attaque de rhumatisme précédée d'une angine épithéliale et lacunaire légère, pharyngienne et tonsillaire. Entre cette angine et ce rhumatisme, faut-il voir une association accidentelle, provoquée par le froid ou faut-il chercher entre eux un rapport plus intime ?

On avait signalé depuis bien longtemps cette coïncidence de l'angine et du rhumatisme, quand LASÈGUE, le premier, y vit une association intime, une vraie maladie donc il fit une description magistrale. Cette association est si fréquente que, pour Lasègue, la plupart des cas de rhumatisme s'accompagne d'une angine constatée—ou non constatée—quand le médecin ne la recherche pas de lui-même sans attendre qu'elle lui soit signalée par le malade qui n'y aura pas pris garde et toute l'attention est, d'ailleurs, portée sur ses douleurs articulaires. Et cette association n'est pas fortuite, elle a des caractères constants dont le principal est que toujours l'angine précède le rhumatisme. L'angine débute avec de la fièvre, un état gastrique assez prononcé, une courbature générale, parfois presque solennellement. Les urines peuvent être albumineuses. La dysphagie existe dès le premier jour. Une rougeur diffuse envahit les piliers, le voile du palais, les amygdales, sans que l'invasion commence par l'amygdale comme il arrive dans l'angine amygdalienne commune ; elle s'accompagne d'une tuméfaction œdémateuse plus ou moins accentuée qui donne à la muqueuse un aspect brillant ; enfin, elle s'atténue sur les bords peu à peu jusqu'à la muqueuse normale.

Cette atténuation de la teinte différencie la rougeur de l'angine rhumatismale et la rougeur semblable de l'érysipèle : celle-ci est nettement limitée par des bords plus colorés.

Dans deux ou trois cas seulement, on a constaté des exsudats. Les amygdales sont modérément tuméfiées ; les ganglions voisins

restent intacts. La pression n'est douloureuse qu'en un point : à l'extrémité de la corne de l'os hyoïde et elle n'est pas trop pénible. On présume que l'affection peut s'étendre au pharynx supérieur, à la trompe d'Eustache, aux fosses nasales : il est de fait que certains malades ont accusé de violentes douleurs d'oreilles. Le larynx est également peu touché ; la laryngite est rare. Les troubles fonctionnels, la douleur, la dysphagie, sont tous de proportion avec les phénomènes objectifs. La durée de ces premiers accidents est d'une huitaine de jours. Et c'est alors que la pharyngite s'éteint ou est éteinte, que le rhumatisme apparaît. L'intervalle entre les deux ordres de phénomènes angineux et rhumatismaux est de deux ou trois jours, comme cela est arrivé chez notre malade, mais il peut être de huit, quinze et même vingt et un jours. Ordinairement, l'angine existe encore très atténuée quand l'arthropathie commence ; parfois aussi elle a totalement disparu. L'arthropathie est la seule manifestation morbide qui suit l'angine ; la paralysie du voile du palais est rare. Entre l'intensité de l'angine et celle du rhumatisme consécutif, il n'y a aucun rapport ; la malade que nous soignons les a eus tous deux à un degré assez faible. Mais une petite angine peut être le début d'un rhumatisme sévère qui fait passer l'angine inaperçue ; par contre, après une angine sérieuse, en apparence, on ne trouve en signature que quelques douleurs circulantes très légères.

Une angine érythémateuse marque donc souvent le début d'un rhumatisme.

Lasègue a signalé et décrit le fait en insistant sur sa fréquence. Un Anglais, KINGSTON FOWLER, a dit que 80 pour 100 des rhumatismes avaient une angine. En Danemark, on connaît depuis longtemps cette angine rhumatismale puisqu'elle y a été vue en 1843 ; en 1885, un auteur danois en a rapporté cinq observations ; c'est dans l'une de ces observations qu'il s'est écoulé cinq semaines entre l'angine et le rhumatisme. En 1890, un Américain, THORNER, a soutenu que les deux tiers des amygdalites, des angines érythémateuses se manifestent chez les gens qui ont, eu ou qui auront du rhumatisme, et qu'elles se produisent dans les épidémies de rhumatisme, par la même cause que lui. En Allemagne, jusqu'à ces dernières années, on n'avait jamais recueilli aucune observation sur cette maladie ; mais, en 1895, Roos en a publié cinq, BUSS douze, CRODEL enfin, en 1896, douze. Parmi eux, on pense que l'association angine rhumatisme monte jusqu'à 80 pour 100 des cas, dans certaines périodes d'épidémicité.

Quel est donc le lien qui unit cette angine au rhumatisme ?

Le rhumatisme ne se localise pas seulement aux articulations ; il se propage aux viscères ; il atteint le larynx, le poumon, le péricarde, le péritoine. Dans certains cas, rares il est vrai, mais où le doute n'est pas possible, les accidents viscéraux du rhumatisme frappant surtout le péricarde, l'endocarde, ont précédé les accidents articulaires. On conçoit donc que l'angine puisse être regardée comme une manifestation du rhumatisme semblable à celles qui se produisent du côté des articulations et du côté des viscères. C'était la pensée de Lasègue. Pourtant une objection peut être soulevée contre cette opinion. Comment se fait-il que l'angine marque toujours—on ne connaît qu'une exception—le début du rhumatisme ? Pourquoi ne note-t-on pas un ordre de succession variable, comme celui qui existe entre toutes les autres manifestations du rhumatisme ?

Une autre opinion consiste à croire que c'est le mal de gorge qui a déterminé le rhumatisme et que l'angine est cause première ; une infection générale commencerait par l'amygdale. Le rhumatisme, dit-on, est infectieux, c'est-à-dire déterminé par un agent du dehors. Comme les infections, il débute par de la fièvre avant que les jointures ne soient prises et il a une évolution constante ; comme elles, il marche progressivement, envahissant les différents points articulaires de l'économie. Les maladies infectieuses dont on ne connaît pas l'agent, la rougeole, la scarlatine, sont du moins transmissibles, tandis que le rhumatisme dont on ignore l'agent ne l'est pas.

(1) Journal de Médecine interne. et Gaz. med. de Liège

Qu'en savez-vous? répond-on à cette objection. Nous vivons tous au milieu de rhumatisants, comment pouvez-vous affirmer qu'un ne l'a pas transmis à l'autre? Le docteur PAPILLON a recueilli des observations de ce genre où la transmission semble réelle. La contagion a des degrés, celles de la fièvre typhoïde et de la scarlatine sont-elles identiques? Si celle du rhumatisme n'est pas directe, si le poison ne sort pas de l'un pour rentrer de suite chez l'autre, qui vous dit qu'elle ne se fait pas par des intermédiaires, comme celle de la fièvre typhoïde? Vous ne pouvez le nier *a priori*.

Tout ceci est sans doute très bien et il est vraisemblable que le rhumatisme est infectieux; mais enfin, on n'a pas encore mis la main sur son agent. Si on en a proposé plusieurs comme étant véritable, si, dans le sang, on a trouvé un élément probable, il n'y a pas encore de certitude acquise puisque le prétendu agent ne se rencontre pas là où il semble devoir être, dans les liquides des épanchements, alors que quand il s'agit d'une infection bien nette, gonococcique par exemple, ces liquides contiennent le gonocoque. Et ce n'est pas une raison, parce que l'infection a envahi presque toute la pathologie des affections aiguës, pour qu'on soit en droit de distinguer un rhumatisme infectieux; il faut attendre qu'on ait prouvé au moins sa contagion ou découvert son agent.

L'infection partirait de l'amygdale. Qu'y a-t-il dans l'amygdale? On a cherché et qu'a-t-on trouvé? LEMOINE, à l'Institut Pasteur, a étudié 165 cas d'angines diverses aiguës, rhumatismales, pultacées, pseudo-membraneuses, primitives ou consécutives à la diphtérie, à la variole, ... il n'a pu mettre en évidence qu'un seul agent toujours le même, le streptocoque qu'il n'a retrouvé ni dans le sang des malades, ni dans les liquides épanchés. Et l'on sait, de plus, que le streptocoque est un agent banal dont on n'a pas déterminé de variétés spécifiques.

On a prétendu que l'agent morbide parti de l'amygdale avait été modifié en cet endroit. La gorge, dit-on, est entourée d'un tissu adénoïdien, l'amygdale elle-même étant le centre principale, où la phagocytose est particulièrement active et protège, par suite, nos voies respiratoire et digestives. Si l'état inflammatoire des organes en question empêche la phagocytose ou si elle est épuisée par le travail fourni précédemment, l'agent morbide ne sera plus arrêté au passage et ira plus loin accomplir sa mauvaise œuvre. Attendons pour accepter cette hypothèse qu'elle ait été sérieusement appuyée par l'expérimentation et faisons de même à l'égard d'une proposition de certains auteurs allemands qui parlent d'une atténuation des microbes au moment où ils passent dans la gorge. Dans une thèse de la Faculté de Paris, en 1893, le docteur SAINT-GERMAIN a étudié ces questions. Par l'atténuation de ces microbes et inoculés, il n'a jamais obtenu le moindre résultat. De plus, parmi les observations cliniques qu'il rapporte, il en est une "une seule" où le rhumatisme a débuté et où l'angine a suivi. Dans ce cas, le tissu adénoïde de la gorge aurait donc laissé passer sans être lésé l'agent rhumatifère qui, plus tard, serait venu s'en prendre à lui?

Concluons. Le laboratoire ne nous a rien appris. Tenons-nous donc à ce que nous a appris la clinique, à savoir qu'il existe une angine à caractères particuliers qui marque le début, qui est un prodrome du rhumatisme et c'est cette angine qu'on doit, avec LASÈGUE, appeler rhumatismale.

Il existe d'autres espèces d'angine chez les rhumatisants. En Angleterre, on a observé une angine à évolution lente chez les rhumatisants et non suivie de douleurs articulaires.

Une série de faits que j'ai observés et qui ne sont mentionnés formellement par aucun autre auteur se rapporte à une angine spéciale à des rhumatisants atteints de rhumatisme musculaire.

Le malade ne peut pas avaler sa salive et on ne lui voit rien d'anormal dans la gorge qui n'est même pas un peu rouge, où les amygdales ne sont pas même un peu tuméfiées. À la pointe de la corne de l'os hyoïde, la pression est un peu douloureuse. Le mala-

de n'a pas de fièvre, pas de malaise générale; il se plaint en outre de sa dysphagie excessive, de douleurs dans les masses musculaires des membres, dans le cou, de rhumatisme musculaire en un mot. C'est ce même rhumatisme localisé aux muscles du pharynx qui rend difficile la déglutition, surtout celle de la salive, car il est remarquable que les aliments gras, solides, la panade par exemple, sont avalés sans trop de peine. Cette angine, d'ailleurs, n'annonce pas le rhumatisme articulaire.

Enfin, il faut parler d'une angine particulière avec exsudation, pseudo-diphtérique.

VAQUEZ au milieu d'une épidémie de diphtérie eut à soigner une angine membraneuse qui a laissée après elle un rhumatisme articulaire comme une angine sans exsudat.

Mais la véritable angine prodromique du rhumatisme, c'est celle qu'a décrite LASÈGUE.

En pratique, elle est importante à connaître. Car si, elle-même, elle n'a rien d'alarmant même quand elle paraît grave, comme on ne peut en rien conclure de son intensité à celle du rhumatisme qui suivra, elle est une indication de prudence. Si on laisse aller le malade à ses affaires, il aura peut-être un rhumatisme plus grave que si on lui avait, dès le début, imposé une hygiène sévère. Contre l'angine elle-même, il faut savoir que les caustiques, les simples astringents eux-mêmes sont nuisibles. Les moyens de douceur, les calmants de la douleur seuls réussissent. Le salicylate de soude n'a jamais eu aucun effet.

(Gaz. méd. de Liège)

#### Hémorragie ombilicale chez le nouveau-né.

Nous extrayons d'un travail de M. Dauchez, paru dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, les conclusions suivantes.

L'omphalorrhagie se produit avant ou après la chute du cordon,

Elle peut être la conséquence :

- 1° D'une ligature insuffisante du cordon;
- 2° D'un obstacle à la circulation pulmonaire (atélectasie pulmonaire, maillot trop serré, faiblesse congénitale);
- 3° D'une lésion du foie ou du cœur (malformation du cœur gauche, foie syphilitique);
- 4° D'une cause générale (septicémie avec ictère, hémophilie, abus des alcalins pendant la grossesse. Dans ce cas, l'omphalorrhagie s'accompagne d'hémorragies intestinales, ou vésicales, ou rénales, ou vulvaires, parfois de pétéchies, souvent de fièvre.

Dans le premier cas, on se hâtera de jeter une nouvelle ligature pratiquée au fil ciré. Le maillot sera desserré dans le second cas. Une révulsion puissante (flagellation froide, balnéation froide de quelques secondes, frictions vinaigrées, cataplasmes sinapisés sur le dos, suivis d'enveloppements ouatés) déterminera le réflexe respiratoire.

Le pronostic est très souvent fatal dans les troisième et quatrième cas. Néanmoins, on agira localement :

1° En comprimant localement à l'aide du pouce et d'un tampon exprimé de coton hydrophile imbibé de liqueur de Van Swieten, pendant une demi heure.

2° Le reste de la journée, la compression sera pratiquée à l'aide de coton hydrophile, imbibé de la solution suivante :

Antipyrine..... 1 à 2 grammes.  
Eau distillée..... 10 —

3° Les jours suivants, on enduira des rondelles d'ouate, entre lesquelles seront interposées des rondelles d'amadou, ou une pièce de monnaie (le tout fixé par une bande élastique ou une large bande de diachylum), de la pommade suivante :



Extrait de sureau..... 1 gramme.  
Alun calciné..... 50 centigr.  
Onguent populeum..... 16 grammes.

4° Enfin, on fera sécher la plaie avec la poudre suivante :

Iodoforme déodorisé..... 1 gramme.  
Quinquina pulvérisé..... }  
Benjoin pulvérisé..... } à 5 —  
Carbonate de magnésie.... }  
Essence d'eucalyptus..... Q. S.

5° S'il y a urgence et danger pour la vie, on liera la région ombilicale, soit avec une pince hémostatique, soit avec deux épingles d'argent se traversant en croix par transfixion à la base de l'ombilic et rapprochées par un fil passant sous elles.

La cautérisation ignée improvisée suffira parfois, suivie de compresses froides et d'injections d'éther ou d'ergotine.

(Gaz. des Hôp.)

### Cancer du médiastin

M. DIEULAFOY

M. Dieulafoy a fait présenter à ses élèves un malade âgé de 65 ans, dont l'aspect attire de suite l'attention : il présente une coloration violacée de la face et une bouffissure inégalement répartie sur les deux moitiés du visage, car elle est beaucoup plus accentuée du côté droit ; le bras droit est énorme, les doigts de la main droite sont triplés de volume et violacés, il y a un peu d'œdème du cou avec saillie des veines du côté droit ; sur la partie moyenne du thorax on voit une ecchymose qui a été spontanée ; rien d'anormal à signaler dans la partie sous ombilicale du corps.

Tous ces signes indiquent clairement qu'il y a une gêne dans la circulation du tronc brachio-céphalique veineux et de la veine sous-clavière. Ces troubles circulatoires sont dans l'espèce très importants et doivent servir de fil conducteur pour arriver au diagnostic.

Cet homme bien portant d'habitude a été pris pour la première fois au mois de décembre 1897 d'un accès brusque de dyspnée après le repas, cet accès dura une heure et se termina par un peu d'expectoration glaireuse.

Depuis il a eu un certain nombre de ces accès, mais dans l'intervalle sa santé était très bonne et il pouvait travailler.

A partir du 25 mars de cette année la tableau a changé, la dyspnée est devenue permanente, le malade a beaucoup de peine à se mouvoir, en même temps sont survenus l'œdème du bras et tout phénomènes qui viennent d'être signalés ; la nuit accès de toux quinteuse avec expectoration sanguinolente, le jour accès d'enrouement sans douleurs. En même temps l'état général s'est altéré d'une façon très noble.

A l'auscultation on trouve à droite et en avant de la matité, de la perte d'élasticité sous le droit percuteur, de la diminution du murmure vésiculaire, en arrière de la submatité dans la partie supérieure du thorax, de la matité absolue à la base, disparition des vibrations thoraciques, souffle et broncho-égophonie. Il existe donc un épanchement. Il n'y a rien du côté du cœur, rien du côté des urines.

Le diagnostic d'épanchement pleural ici ne suffit pas, il ne peut expliquer en effet ni l'œdème, ni l'expectoration sanguinolente, ni la toux quinteuse ni la dysphonie qui dénotent la compression du récurrent. Tous ces phénomènes relèvent non de pleurésie, mais d'une autre cause qui est certainement une tumeur du médiastin laquelle comprime le tronc branchiocéphalique et le récurrent.

Il s'agit maintenant de déterminer la nature de cette tumeur.

Ce n'est pas un anévrysme de l'aorte il n'y a pas de battement ni aucun des autres signes de cette affection.

Est-ce une tumeur ganglionnaire ?

Ce n'est guère admissible, le malade ne présente en effet, aucun signe de tuberculose, il n'a, dit-il, jamais eu la syphilis, il n'en porte aucun stigmata.

Ce n'est pas non plus un leucocythémique. Il n'y a pas, en effet, d'adénie, il n'y a de ganglions dans aucune région, sauf une masse dure ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire gauche qui d'ailleurs, à elle seule, éclaire le diagnostic.

Depuis Trousseau et Behier on a toujours donné à l'hypertrophie du ganglion sus-claviculaire sinon une valeur pathognomonique (il n'y a pas en clinique, au vrai sens du mot, de signe pathognomonique) du moins une grande importance. On en a fait un signe de tuberculose ou de cancer du poumon. Ici, ajouté aux phénomènes de compression, aux accès de dyspnée et surtout à l'expectoration gelée de groseille, il peut assurément justifier la diagnostic de cancer pleuro-pulmonaire.

Cependant une ponction qui a été faite pour évacuer l'épanchement et diminuer d'autant la dyspnée, a démontré que cet épanchement était de nature sérieuse et non hémorragique comme il arrive d'ordinaire pour les épanchements cancéreux, mais non toujours. Dans sa thèse qui date de 1878 MoutardMartin a recueilli 200 cas d'épanchements cancéreux ; 1/8 étaient des épanchements séreux ; M. Dieulafoy a rencontré des liquides non hémorragiques dans le 1/3 des cas observés.

Donc l'existence d'un épanchement simplement séreux n'infirme en rien ici le diagnostic de cancer pleuro pulmonaire.

D'ailleurs il y a mieux, le liquide assez épais qui a été recueilli avec l'aiguille no 3 et qui plusieurs fois a obstrué la canule, a été examiné histologiquement et on y a rencontré des cellules épithéliales et des globules graisseux. C'est donc bien un cancer, c'est de plus un cancer primitif, bien que le plus ordinairement le cancer pleuro-pulmonaire soit secondaire, mais ici, chez le malade en question, on ne trouve rien nulle part.

Comme conclusion le pronostic est fatal, cet homme n'est pas très cachectique, il peut donc encore avoir une survie assez longue mais on est vis-à-vis de son affection, dans l'impuissance absolue, tout ce qui sera permis de faire sera de soulager la dyspnée par des ponctions successives.

L'Abeille méd.

### Contre l'accès de goutte

M, le professeur Potain recommande dans le traitement de l'accès de goutte de ne pas nuire à l'estomac. Aussi donne-t-il la préférence à la teinture de semences de colchique et non à la teinture du bulbe de colchique, cette dernière étant moins facilement tolérée et plus incertaine dans ses effets. Cette teinture doit être donnée au début par doses faibles, non agressives ; cinq gouttes sont données cinq fois par jour diluées chaque fois dans une tasse de tisane de tilleul, ou de feuilles de frêne, si l'on veut un spécifique ; puis on augmente d'une goutte chaque jour. Si des nausées, si la diarrhée surviennent, on ne cesse pas le médicament, on en diminue la dose. L'accès de goutte est, par ce moyen, toujours modéré, abrégé ; on laisse alors le médicament pour un prochain accès qui ne manquera pas de se produire. Jamais M. Potain ne continue longtemps cette médication.

(Journal de méd. interne)

### L'organothérapie ovarienne contre la chlorose et les troubles de la ménopause

La chlorose, la ménopause et les troubles consécutifs à l'oophoréctomie sont très remarquablement combattus par l'organothérapie ovarienne. Le professeur Werth, de Kiel, dit la *France médicale*, est le premier qui ait employé l'organothérapie ovarienne contre les accidents qui accompagnent la disparition de la sécrétion de l'ovaire; soit au moment de la ménopause naturelle, soit à la suite d'intervention chirurgicale. Dans huit cas sur dix, il observa une diminution des troubles vaso-moteurs, des douleurs générales, de la céphalalgie, des bouffées de chaleur, de l'insomnie, des palpitations, du sentiment d'angoisse, qui rendent souvent la femme impotente pour un temps plus ou moins long.

Peu après, M. Mainzer (de Berlin) publiait le résultat de ses recherches sur le traitement organothérapique des troubles fonctionnels consécutifs à l'ovariotomie. Il signalait aussi les bons effets obtenus dans deux cas de ménopause physiologique douloureuse.

Vers la même époque, R. Mond publia des observations analogues, ainsi que quatre cas d'aménorrhée due à l'atrophie des organes génitaux, soit à la neurasthénie.

Laudau, également en 1896, pour combattre les troubles nerveux qui accompagnent la suppression de la fonction ovarienne, à la suite de l'ablation de l'utérus et des annexes, fit ingérer à ses malades du tissu ovarien. Toujours, il constata la disparition, au moins momentanée, des accidents.

Depuis, les observations se sont multipliées. Jayle (de Paris), Chrobak (de Vienne), Muret (de Lausanne), Mairot (de Montpellier), Thouvenaint, Jouin, Blondel, Hegar, Knauer, Seeligmann, Gilbert, ont publié de nombreux exemples de guérison qui prouvent l'efficacité de la médication ovarienne contre les troubles consécutifs à la ménopause et surtout à la castration chirurgicale.

Il est encore une application de l'opothérapie ovarienne, qui semble appelée à un grand avenir; nous voulons parler du *traitement de la chlorose*.

Les théories nouvelles proposées pour expliquer la pathogénie de la chlorose, font jouer un rôle prépondérant à la sécrétion interne de l'ovaire. MM. Spilman et Etienne, au Congrès de Nancy (1896). Etienne et Demange au Congrès de Montpellier (1898) ont développé une théorie d'après laquelle, la sécrétion interne normale de l'ovaire ne se faisant pas, il y aurait une auto-intoxication spéciale, une viciation de la nutrition générale, se manifestant par la chlorose, de même que l'insuffisance thyroïdienne se traduit par le myxœdème. Si la chlorose est le résultat de l'insuffisance ovarienne, l'opothérapie ovarienne est le traitement logique de la chlorose. Et, en effet, la clinique a pleinement confirmé ces vues théoriques: d'une façon constante, chez les malades qui ont été traités par ces auteurs, toutes les manifestations chlorotiques ont très rapidement cédé au traitement.

Von Noorden, dans une monographie parue à Vienne (1897) sur la chlorose, se déclare partisan d'une théorie pathogénique analogue, basée sur l'altération de la sécrétion interne de l'appareil génital.

Des tentatives ont encore été faites, avec un succès d'ailleurs moins éclatant, pour traiter par l'ovaire l'ostéomalacie, les maladies nerveuses et la maladie de Basedow.

La dose employée est assez variable, car on n'observe pas d'intolérance. Elle est en général de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 par jour. Mais il est assez difficile de faire ingérer à certains malades de l'ovaire cru. Lissac (thèse de Paris, 1896), après avoir montré les résultats merveilleux que donne l'opothérapie ovarienne, particulièrement dans le traitement des troubles consécutifs à la castration, concluait en disant: "L'idéal de cette médication serait atteint par une préparation que la malade pourrait ingérer commodément pendant un temps plus ou moins long, jusqu'au moment où l'organisme se serait habitué à la ménopause artificielle." (Concours méd.)

### Effet bienfaisants d'une maladie sur une autre.

HARRY CAMPBELL (de Londres).

La congestion pulmonaire passive et l'emphysème hypertrophique semblent diminuer la prédisposition à la tuberculose pulmonaire. Certains microorganismes neutralisent l'existence ou l'action d'autres. Diday et Hutchinson ont remarqué que la fièvre typhoïde et la pneumonie ont pour effet d'ajourner les symptômes de la syphilis secondaire.

Ce qui, dans le cas de métastase, est à noter c'est que le dernier processus morbide semble tenir en échec la maladie qui précède. Green (de Brixton) rapporte à ce sujet un cas bien curieux. Un homme souffrait de relâchement du cartilage de l'articulation du genou. Un jour il se blesse par hasard au genou affecté; il en résulte une arthrite, mais le cartilage relâché se fixe par des adhérences.

Souvent, un trauma peut avoir des effets salutaires. L'auteur cite entre autres le cas d'une dame qui souffrait de rhumatisme. A la suite d'un accident, elle dut subir une amputation des deux jambes et son rhumatisme cessa. Chez un homme, une périostite syphilitique a cessé à la suite d'une fracture de l'humérus.

Les fièvres contrebalancent souvent d'autres maladies. Quand un diabétique est atteint de fièvre, le sucre disparaît temporairement de l'urine; il est probable que dans ce cas l'excès de sucre a été brûlé. La fièvre peut aussi tarir une sécrétion purulente soit du vagin, soit de l'urèthre, soit d'une blessure. Elle peut, quand elle est aiguë, amener l'absorption de callus et même de néoplasmes. La fièvre peut aussi exercer un effet salutaire sur la leucocytémie. Il convient de mentionner à ce propos l'action de la rougeole qui est capable d'arrêter la coqueluche. Les troubles fébriles peuvent exercer un effet salutaire aussi dans certaines maladies mentales. Parmi les fièvres qui ont eu cette action, on cite la fièvre typhoïde, l'érysipèle, choléra, la fièvre intermitente. James Taylor rapporte des cas où la fièvre a exercé une bonne influence sur l'épilepsie. Mensell Moulin a constaté que des néoplasmes malins, des ulcères chroniques de la peau, des lupus, des ulcères syphilitiques disparaissent après une attaque d'érysipèle.

Le toxique de l'influenza semble avoir une vertu curative efficace. Il a guéri un cas de cystite gonorrhéenne. Kinght rapporte qu'une dame souffrant d'une maladie de foie eut l'influenza et la tumeur hépatique disparut.

(The British Medical Journal.)

### Traitement de l'insomnie chez les enfants.

(DAUCHFZ.)

1° Exercices physiques soutenus et progressifs; marche à pied matin et soir hors de la ville (de une heure à trois heures,) lawn tennis, horticulture. L'enfant sera placé en pension à la campagne, en climat doux et tempéré.

2° Matin et soir, l'enfant sera soumis aux applications du drap mouillé, suivi d'enveloppement dans un peignoir de molleton et d'une sieste d'une heure au lit.

Au début, si l'enfant est irritable, on pratiquera des lotions tièdes à 30° ou l'enveloppement à cette même température.

3° Tout travail intellectuel sera suspendu; la contention d'esprit sera évitée. On permettra cependant deux heures par jour des lectures coupées de promenades ou de travaux faciles (résumés d'histoire, de littérature, calques géographiques, dessin, chant, musique, etc.).

4° Aux heures des repas, le malade prendra une cuillerée à café de la solution suivante dans un demi-verre d'eau Vichy:



Arséniate de soude.....0.05 centigr.  
 Tartrate ferrico-potassique.....0.30 centigr.  
 Sirop d'écorce d'oranges amères... } àà 75 grammes.  
 Glycérine pur..... }  
 pendant quinze jours.

5° Et les autres jours un cachet de la poudre suivante :  
 Phospho-glycérate de soude..... }  
 — de potasse..... } àà 4 grammes.  
 — de chaux..... }  
 Sucre granulé ..... Q. S.  
 M. S. A.  
 et divisé en 24 cachets.

6° Le soir, l'enfant sera couché le plus tard possible pour provoquer le sommeil et prendra de une à deux cuillerées à dessert du sirop suivant :

Sirop de chloral..... }  
 de codéine..... } àà 50 grammes.  
 d'écorces d'oranges..... }  
 Bromure de potassium..... }  
 — de sodium..... } àà 2 grammes  
 — d'ammonium..... }  
 dans un demi-verre d'eau.

7° Si l'insomnie persiste, faire lever et promener l'enfant une demi-heure, puis le recoucher.

8° Saison dans un climat de montagne.  
 (Journal de clinique et de thérapeutique inf.)

#### La conservation des instruments en acier

M. le docteur Maréchal (d'Angers) donne les conseils suivants pour la conservation des instruments en aciers :

Placer les instruments ou objets queconques en acier, cuivre, nickel, dans une des solutions suivantes :

- 1° Solution aqueuse de bicarbonate de soude à 2 p. 100;
- 2° Solution aqueuse de carbonate de soude à 2 p. 100;
- 3° Solution aqueuse de borate de soude à 2 p. 100;
- 4° Solution aqueuse de Lenzoate de soude à 2 p. 100;
- 5° Solution alcoolique de benzoate de soude à 2 p. 100;
- 6° Alcool à 95 degrés, 5 grammes; borate de soude, 1 gr.

La conservation dure un temps indéfini; il semble même que des traces de sel alcalin suffisent, puisque la conservation est complète dans la solution n° 6, bien que le borate de soude soit insoluble dans l'alcool absolu. (Le Concours médical.)

#### Néphrite syphilitique précoce et tardive.

La syphilis du rein vient d'être signalée à ses élèves par M. le professeur FOURNIER dans une leçon clinique publiée dans le *Concours Médical* et qui peut se résumer dans ces conclusions :

1° Il existe une néphrite syphilitique précoce apparaissant, deux mois, trois mois, un an au plus tard après le chancre, caractérisée cliniquement par une albuminurie considérable, une anasarque rapide, des épanchements de toutes parts, avec tendance aux érysipèles et à l'infection.—Anatomiquement les lésions sont épithéliales.

2° La syphilis rénale tardive, gomme, sclérogomme, dégénérescence amyloïde, néphrite scléreuse ou épithéliale, se traduit en clinique par toutes les modalités du brightisme vulgaire, urémie, grands et petits signes.

3° La syphilis rénale peut être réduite à de faibles proportions pour continuer le syphilo-brightisme.

4° L'albuminurie peut exister comme seul symptôme (disociation des actes morbides du rein).

6° traitement sera mercuriel et ioduré, avec le lait comme régime. L'administration du mercure sera surveillée de très près.

(Abeille médle.)

#### Traitement des ampoules qui se forment pendant la marche

On sait que rien n'est aussi pénible que les ampoules qui se forment aux pieds, quand, avec une chaussure défectueuse, on entreprend une longue excursion. Au bout d'une heure, la marche devient une véritable torture qui oblige à y renoncer. Si, comme on fait habituellement, on se contente de ponctionner l'ampoule, le liquide se reproduit rapidement; si on a l'imprudence d'enlever l'épiderme soulevé, on met à nu le derme enflammé dont la cicatrisation sera au moins aussi longue que la résorption spontanée de l'exsudat qui soulève l'épiderme.

D'après M. Vitaliani, on peut débarrasser le marcheur de ses ampoules, en procédant de la façon suivante: avec un bistouri on fend l'épiderme dans toute l'étendue de l'ampoule; on laisse sortir la sérosité, et, en soulevant avec une pince successivement chacun des bords de l'incision, on saupoudre, au moyen d'un pinceau, la surface dénudée du derme avec un peu de poudre d'iodoforme. On laisse retomber l'épiderme et on recouvre la plaie d'une mince couche d'ouate hydrophile qu'on maintient en place avec un emplâtre adhésif quelconque. La malade n'a qu'à se chauffer et il peut poursuivre sa marche. Au bout de quelques heures, au plus tard dès le lendemain, la petite plaie se dessèche et une nouvelle couche d'épiderme se trouve reformé sous le pansement protecteur.

Inutile de dire que ce procédé fort simple et d'une exécution facile pour rendre des services non seulement aux excursionnistes, mais encore et surtout aux soldats obligés de faire des marches forcées avec une mauvaise chaussure.

(La Presse méd.)

#### FORMULAIRE

##### Traitement de l'arterio-sclérose. (HUCHARD)

Eau distillée..... 300 grammes.  
 Iodure de potassium..... 10 —  
 Extrait de thébaïque..... 10 cent.

Deux à trois cuillerées par jour.

Lorsqu'il survient des phénomènes bronchitiques :

Eau distillée..... 300 grammes.  
 Iodure de potassium..... 10 —  
 Teinture de polygala..... 10 —  
 — lobélie..... 10 —  
 Extrait thébaïque ..... 10 cent.

Deux à trois cuillerées par jour.

##### Traitement de la stenocardie par la cocaïne

M. V. Lasegkevitch rapporte quatre observations dans lesquelles la cocaïne lui a rendu des services: "La cocaïne, dit-il, ne coupe pas l'accès, quoiqu'elle en atténue l'intensité, mais prise deux, trois jours de suite, la cocaïne diminuant graduellement la force et la durée de l'*angor pectoris*, les fait disparaître complètement." L'auteur recommande d'administrer des doses de deux ou trois centigrammes et de les répéter 4 ou 5 fois dans les 24 heures.

##### Mixture antidyspeptique

Bromure de potassium..... 8 grammes.  
 Magnésie calcinée..... 6 —  
 Eau de laurier cerise..... 60 —  
 Eau de laitue..... 240 —  
 Sirop simple..... 25 —  
 Extrait thébaïque..... 40 cent.

M.—Agiter le flacon avant de s'en servir.

Dose: Une grande cuillerée avant les deux principaux repas, en se mettant à table. Donne de bons résultats dans la gastralgie et la dyspepsie purulente.

(Journal de méd. de Paris)

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La carie dentaire et son traitement

Par M. le Dr. J. PINAULT, St. Sebastien d'Aylmer.

(Suite)

*II Obturation.* La cavité étant prête à recevoir la substance obturatrice, il s'agira alors de faire le choix de cette substance.

Voici en quelques mots les indications des diverses substances employées :

Les dents sont généralement obturées, soit par de l'or, soit du ciment ou de l'argent.

L'obturation à l'or est sans contredit préférable à tout autre au point de vue de la résistance et de la durée. Mais l'or ne convient pas pour les dents antérieures à cause de sa couleur. Pratiquement cette objection a peu de valeur, car généralement on aime à avoir des incrustations dorées surtout sur les dents visibles.

Les ciments seront préférés pour les dents à texture molle et à parois amincies, pour la reconstitution d'une face de dent, et pour les dents antérieures c'est-à-dire les incisives, les canines et les premières petites molaires.

On emploiera de préférence l'amalgame d'argent dans les caries de la face triturante des molaires. Sa grande dureté, fait qu'elle répond très bien aux exigences de la mastication. Cette substance doit être répétée pour les dents de devant à cause de la coloration noire qu'elle prend à plus ou moins courte échéance, par suite de la formation d'une couche de sulfure d'argent à la surface.

Voici comment il faudra opérer avec ses différentes substances. Je laisse de côté l'obturation à l'or. L'aurification d'une dent est un travail trop long et trop délicat pour être fait par un autre qu'un dentiste. Il serait superflu de décrire le manuel opératoire ici, vu qu'il a peu d'intérêt pratique pour le médecin, c'est le plombage au ciment et à l'amalgame, et dans la majorité des cas cela suffit.

Si le ciment doit être employé, il faudra agir avec célérité. En général les ciments durcissent très vite. Ils sont composés d'une poudre blanche jaunâtre, et d'un liquide. La poudre est un mélange d'oxyde de zinc de silice et de verre, le tout finement pulvérisé et fortement calciné. Le liquide est une solution très concentrée d'acide phosphorique.

Pour préparer le ciment on verse une ou deux gouttes de liquide sur une lame de verre bien propre, à côté du liquide on dépose une certaine quantité de poudre suffisante pour faire avec le liquide une pâte d'une consistance assez ferme, alors au moyen d'une spatule appropriée on mélange vivement la poudre ou liquide de manière à faire une pâte bien homogène et bien liée. A ce moment le ciment est prêt à être introduit dans la cavité.

Il est une chose qu'il ne faut pas faire à la légère au moment d'appliquer la substance obturatrice et cela avec toutes les substances, soit l'or, l'amalgame ou le ciment, c'est l'assèchement de la cavité. Cette condition est indispensable pour le succès de l'opération. Le moyen le plus simple est d'essuyer la cavité avec des boulettes de coton hydrophile aseptique. On peut encore faire suivre le pansement désinfectant de l'application d'une mèche de coton imbibée d'alcool absolu. Ce pansement à l'alcool sera suivi de l'assèchement avec du coton sec et enfin pour rendre l'opération

la plus parfaite possible on peut projeter un courant d'air chaud avec l'appareil destiné à cet usage.

Quand il s'agit d'obturer au ciment, il faut pratiquer l'assèchement avec grande célérité, car le ciment qui est préparé le plus souvent avant l'assèchement, peut durcir et devenir impropre à l'usage qui lui est destiné.

Il ne reste plus maintenant qu'à introduire le ciment comme règle générale il ne faut jamais que la main y touche et par conséquent ne devra pas rouler la pâte dans ses doigts de manière à en faire une petite boule et aller la porter ensuite dans la cavité.

Cette manière d'opérer qui se pratique assez souvent, même par des dentistes, est tout-à-fait défectueuse. Il faut introduire et fouler le ciment toujours avec les spatules et les fouloires destinés à cet usage. Comme pour toute obturation, il faudra faire en sorte que la cavité soit parfaitement comblée.

Si toutes ces exigences sont parfaitement observées, le travail sera bon, la dent recouvrera la santé et la carie sera arrêtée.

Au lieu de ciment, si on désire obturer avec de l'almagame, tous les soins préliminaires, tels que assèchement de la cavité, etc., seront les mêmes. Ce qui arrive dans le mode opératoire, c'est la préparation de l'amalgame.

L'amalgame se prépare aussi avec une partie solide et une partie liquide. Le solide est un alliage d'argent de platine et d'étain. Le liquide est du mercure chimiquement pur.

Une certaine quantité d'alliage que l'on trouve dans le commerce toujours réduit en limaille est placée dans un petit mortier. On y verse quelques gouttes de mercure et au moyen d'un pilon on triture fortement le tout jusqu'à ce que l'amalgamation soit parfaite. On recueille ensuite l'amalgame, que l'on exprime à travers une peau de chamois afin d'enlever l'excès de mercure et il est prêt à être foulé dans la cavité.

De même que pour le ciment, on doit porter et fouler l'amalgame toujours avec des outils appropriés, jamais avec la main. Ce qui vient d'être dit au sujet du traitement curatif de la carie s'applique à tous les degrés de carie. Mais dans les troisième et quatrième degré, il y aura plus à faire, vu que la cavité comprendra alors la chambre pulpaire et les canaux radiculaires.

Comme nous l'avons vu plus haut dans la carie au 3ème degré il faudra s'occuper de la pulpe. Si celle-ci n'est pas trop enflammée et si après un traitement approprié elle revient à la santé, il faudra essayer, le traitement conservateur.

Ce traitement consiste à appliquer sur la pulpe une substance antiseptique telle que collodion de coloformé, etc., d'insérer vis-à-vis la perforation de la chambre pulpaire une petite plaque métallique résistante, enfin d'obturer le reste de la cavité après avoir recouvert la plaque métallique d'une couche isolante d'amiante ou de coton.

Cette plaque métallique qui prend ses points d'appuis sur la dentine supporte la matière obturatrice et l'empêche de venir comprimer la pulpe. On donne à cette petite opération, le nom de *coiffage de la pulpe*.

Si au contraire la pulpe est enflammée et trop malade pour laisser espérer la guérison il faudra la détruire et l'enlever. C'est le *traitement destructeur* qui a été indiqué lors de la description de la carie au 3ème degré.

On détruit la pulpe au moyen d'escharotiques qu'on applique directement sur l'organe qu'on aura au préalable mis à nu. De tous les escharotiques, le seul qui est employé et qui surpasse de beaucoup tous les autres, est l'acide arsénieux. Une boulette de coton imbibée d'une pâte d'acide arsénieux dans l'acidephénique liquide et placée sur la pulpe, produit en peu de temps l'escharification, bientôt suivie d'inflammation éliminatrice. Il faudra avoir soin dans l'application de ce topique de toujours recouvrir cette première boulette à l'acide arsénieux, d'une imbibée de teinture résineux, v. g. teinture de tolu ou solution éthérée de gomme shellac.

On laissera ce pansement 24 heures en place. Son premier effet est de causer une violente inflammation avec douleur vive. Mais peu à peu cette douleur s'enfuit avec les derniers vestiges de vitalité de la pulpe.

La pulpe ainsi dévitalisée, il faut l'extirper. On se sert encore à cet effet du tour à fraiser ou des curettes à main. Il faut enlever jusqu'à la dernière parcelle de pulpe et nettoyer parfaitement la chambre pulpaire. Car si une dent était obturée avec une parcelle de pulpe désorganisée dans son intérieur, celle-ci continuant à se décomposer, serait la source de production de gaz, lesquels ne pouvant s'échapper comprimeraient douloureusement les filets nerveux des canaux radiculaires.

La pulpe dévitalisée est généralement d'une insensibilité parfaite. Elle est rouge brunâtre, friable, sanguinolente.

Il n'en est pas de même des nerfs radiculaires qui eux aussi doivent être extirpés. Cette opération est généralement très douloureuse. Elle se pratique au moyen de *tire-nerf*. Ce *tire-nerf* n'est rien autre chose qu'une petite broche flexible très effilée et barbelée sur une de ses faces. On la glisse le long du canal radulaire. En pénétrant jusqu'au fond et en tirant, les barbes s'accrochent aux parties molles et les entraînent au dehors. Les canaux radiculaires après nettoyage parfait sont bourés de coton imbibé d'un antiseptique. La chambre pulpaire est remplie d'un ciment un peu plus fluide qu'à l'ordinaire et le reste de la cavité est achevée au ciment ou à l'amalgame suivant le cas et est en quelques mots le traitement des trois premiers degrés de carie.

Il ne reste plus pour finir ce sujet qu'à étudier le traitement de la carie au quatrième degré.

Nous avons vu que dans ce degré, il y avait indication comme dans les autres degrés, d'ailleurs, d'aseptiser la cavité et de l'obturer. Ici il n'y a plus de pulpe à enlever, dans ce degré la pulpe est nécrosée et le plus souvent éliminée. Mais on aura souvent la périostite alvéolo-dentaire. En conséquence avant de tenter l'obturation il faudra avoir raison de cet accident. La périostite étant due à la propagation des germes par les canaux radiculaires, il faudra ouvrir largement ces canaux afin de permettre aux substances antiseptiques de pénétrer facilement jusqu'aux extrémités des racines. Alors on pratiquera des lavages détersifs avec des solutions antiseptiques on pansera la dent avec ces mêmes substances, en évitant cependant les caustiques tels que l'acide phénique etc. On emploiera de préférence, l'essence de girofle, l'acide thymique et l'iodoforme.

On renouvellera ces pansements tous les jours jusqu'à ce que la dent ait acquis une solidité parfaite et reste insensible aux diffé-

rents agents irritants, tels que la chaleur, le froid, la percussion.

Il va sans dire que s'il y a abcès alvéolo-dentaires, il faudra les ouvrir, les laver enfin les guérir; mais ne jamais oublier que pour avoir raison des abcès alvéolo-dentaires, il faut d'abord désinfecter la dent et l'obturer, sinon l'extraire.

Comme la conséquence habituelle de ce degré de carie est l'inflammation du périoste, il ne serait peut-être passants utilité de dire un mot au sujet du traitement de la périostite aiguë. Contre une poussée de périostite aiguë, le meilleur remède à employer est l'application de glace sur la partie malade. Un petit morceau de glace placé dans la bouche sur la gencive malade et renouvelé au besoin, amende la douleur et l'inflammation dans presque tous les cas.

Il est aussi d'usage de faire sur la gencive des badigeonnages à la teinture d'iode, à laquelle on ajoute comme analgésique de la teinture d'aconit ou d'aconitine. Ces moyens sont très utiles et souvent d'une efficacité réelle.

Un mot des anti-odontalgiques. Comme son nom l'indique la médication anti-odontalgique a pour but principal de combattre le symptôme douleur. Comme nous l'avons vu, l'inflammation de la pulpe étant la cause la plus habituelle du *mal de dent*, la dévitalisation à l'acide arsénieux suivie ou non de l'extraction de la pulpe serait rationnellement l'odontalgique le plus efficace. Mais tous les patients (surtout à la campagne) n'ont pas toujours un dentiste à leur disposition. D'un autre côté la pâte à l'acide arsénieux ne peut être mis entre les mains du public, vu sa grande toxicité c'est pourquoi un composé odontalgique inoffensif peut rendre de très grands services dans l'occasion.

On trouve dans le commerce une foule de composés plus ou moins vantés et plus ou moins efficaces.

Les opiacés, la cocaïne, le créosote, l'acide phénique, l'essence de girofle constituent la base de presque tous ces composés. Les plus efficaces sont ceux à base d'acide phénique. C'est l'acide phénique qui est l'odontalgique par excellence, on lui associe la morphine, la cocaïne, le camphre sous forme de campho-phénique. Le liquide résultant d'un mélange de camphre et de choral en parties égales est aussi très efficace.

Quand la douleur est due à la périostite, ces composés ne conviennent pas, il faudra alors instituer le traitement de cette affection comme il a été dit plus haut.

Pour terminer cette étude il ne reste plus qu'un sujet à examiner, c'est celui de l'extraction des dents.

Nous venons de voir comment on ramène une dent malade à la santé. Mais souvent les traitements les mieux appliqués, restent sans succès et cela surtout quand il s'agit de dents arrivées au quatrième degré de carie. Alors quand le succès fait défaut il faut encore savoir agir. Quand malgré tout traitement, la dent continue à causer des désordres, enfin quand la douleur vient s'associer à ce cortège d'accidents, il ne reste plus qu'une dernière ressource, c'est l'extraction du corps de délit.

(A suivre)

## REVUE DES JOURNAUX

## Le Repos

*Un facteur négligé dans le traitement des désordres gastro-intestinaux.*

Nous trouvons dans le rapport des travaux présentés à la dernière assemblée de l'Association Médicale Américaine, de remarquables considérations sur ce sujet traité par le Dr C. D. Spivak, de l'Université de Denver.

Après avoir défini ce que l'auteur entend par le repos, *l'anti-thèse de l'action*, il ajoute : "le repos peut être appelé le moyen *prophylactique* de la nature pour rendre aux tissus leur énergie perdue." Plus l'activité qui a produit certains phénomènes anormaux a été grande plus prolongé doit être le repos. La longueur du temps requis par la nature pour réparer une injure doit être en proportion de la sévérité de l'injure. Le repos dans ce cas devient un agent *thérapeutique*. C'est seulement depuis les conférences classiques de John Hilton sur le *Repos et la Douleur* en 1878 et l'excellent ouvrage de Weir Mitchell sur le *Repos dans le traitement des désordres nerveux*, qu'il semble que le chirurgien et le neurologue ont monopolisé le traitement par le repos. Le médecin seul a recours à la pharmacopée avant tout et tout le temps jusqu'à la fin. Et même c'est une heureuse coïncidence que ceux qui souffrent de pneumonie et de fièvres typhoïdes soient incapables de marcher, sans cela le médecin ne penserait pas à leur ordonner le repos au lit.

L'estomac et les intestins ne sont en aucune façon différents des autres organes de notre corps ; ils sont faits de mêmes tissus, sont sujets aux mêmes misères, et leur mode de réparation est identique à celui de toute autre partie du corps. Pourquoi le repos nécessaire aux uns serait-il inutile à l'autre ? Et cela s'adresse à toutes les affections du canal intestinal.

L'auteur obtient le repos de ces organes par les trois méthodes suivantes : 1° Repos au lit. 2° Diète. 3° Cataplasmes chauds. Comment agissent ces derniers, l'auteur ne le peut dire, mais il rappelle le fait que sous leur influence les mouvements de l'estomac diminuent et le malade se sent mieux. *Les cataplasmes prennent ici la place des bandages.*

Voici les conclusions du Dr Spivak :

10. Le repos est indiqué dans toutes les dyspepsies, dont la cause latente est un dérangement du système nerveux ;
20. Aussi dans tous les cas où il y a douleur abdominale ;
30. Dans tous les cas de diarrhée aiguë ou chronique ;
40. Dans les hémorragies de l'estomac et des intestins ;
50. Dans tous les cas de rein mobile ou flottant ;
60. Chez tous les tuberculeux souffrant de mauvaise digestion, de troubles de l'estomac ou des intestins. Citons ces quelques paroles de Hilton : "L'estomac, aussi bien que les intestins, demande l'absence de toute occupation, le repos, et celui-ci doit être en proportion de la sévérité et de la durée des symptômes présents."

P. V. FAUCHER.

## La tuberculose locale du caecum.

M. LE PROF. DIEULAFOY.

La tuberculose locale du caecum n'est pas très rare. Elle est souvent primitive, quelquefois consécutive à la tuberculose pulmonaire. Le malade éprouve d'abord une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur qui n'est pas très vive ; il est constipé ; puis la maladie fait des progrès, il y a des débâcles, et on trouve dans la fosse iliaque une tumeur mobile, correspondant au caecum, avec ou sans ganglions dans l'aîne. On fait alors le diagnostic d'épithélioma ou de tuberculose du caecum. On examine le malade un, deux ou trois mois après, on le trouve plus amaigri encore qu'auparavant, on trouve de la constipation, de la douleur, la tumeur s'immobilise, le

elle est bosselée. La marche étant lente, on s'arrête au diagnostic de tuberculose du caecum ; on pourrait alors pour le confirmer faire une injection de tuberculine, quoique, d'une façon générale, je ne recommande pas ce procédé ; mais vous devez savoir qu'à une certaine période de la maladie, celle-ci est curable, et qu'il importe par conséquent de faire le diagnostic le plutôt possible. Nous avons eu au mois de mars dernier un malade atteint de tuberculose du caecum : malheureusement il n'est pas resté longtemps dans notre service, mais nous avons son observation. Il éprouvait une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur qui n'était pas très prononcée. Le caecum était dur, comme boudiné : ce n'étaient pas des matières fécales quoique le malade fut constipé ; son affection datait déjà de plusieurs mois. On porta donc le diagnostic de tuberculose du caecum, et cela d'autant plus que la percussion du sommet gauche du poumon donnait une submatité assez nette, et l'auscultation quelques craquements ; le malade ne crachait pas, on ne put faire l'examen des crachats, mais les signes révélés par le poumon étaient suffisants pour faire croire que la tuberculose du caecum chez ce malade était secondaire et qu'elle n'était pas par suite passible d'une opération. Celle-ci, vous le voyez, dépend surtout de l'état du poumon. Le malade est revenu ces jours-ci ; il avait le ventre ballonné avec vomissements porracés, une douleur intense, de la fièvre, bref tous les symptômes d'une péritonite aiguë : il a succombé.

Nous avons donc fait l'autopsie dont l'intérêt consistait à voir comment une tuberculose chronique du caecum peut donner lieu à une péritonite aiguë. Nous avons d'abord examiné le poumon : nous avons trouvé le poumon gauche coiffé pas des adhérences pleurales, ce qui est fréquent même chez des gens non tuberculeux, mais pas la moindre trace de tuberculose pulmonaire. A l'examen de l'abdomen, nous avons trouvé les anses intestinales couvertes d'arborisations, et, dans le petit bassin, un abcès très volumineux, contenant à peu près un litre de pus. Il y avait donc à la fois abcès péritonéal et péritonite généralisée. Dans la fosse iliaque gauche, ceci est intéressant, on a constaté l'existence d'un autre abcès plus petit que le précédent, et sans être en continuité avec lui. C'est en face de ce petit abcès à distance que l'on s'est demandé qu'elle pouvait en être la cause ; or, quelle est l'affection abdominale qui peut donner naissance à ces abcès à distance ? Seule, une cavité close appendiculaire peut en être la cause. Cet homme avait-il eu une appendicite ? On examine le caecum, on trouve une plaque très dure, étalée à la face postero-interne du caecum : cette masse était adhérente à la paroi de la fosse iliaque interne son épaisseur était un centimètre 1/2 ; l'iléon était absolument libre (ceci est remarquable parce que c'est ordinairement là le point de départ de tuberculose caecale). Et l'appendice ? Nous avons d'abord cherché son ouverture, nous ne l'avons pas trouvée ; alors, par des coupes faites sur la paroi postero-interne du caecum, sur cette plaque dure dont nous avons parlé, nous avons retrouvé l'appendice qui y était englobé. C'était un appendice à type remontant, à type postéro-interne, type de Gambetta ; il s'était incrusté à ce niveau tandis que le caecum était sain. Le malade avait eu en effet à un moment donné, au mois d'octobre, une douleur fugace dans la fosse iliaque droite. Si nous avions insisté sur ce point, nous aurions pu peut-être faire le diagnostic rétrospectif, et reconstituer l'histoire de la maladie, mais, quoi qu'il en soit, voici cette histoire. Le malade a eu une appendicite légère, il a fait alors sa cavité close, il a fait également une péritonite localisée. L'exaltation de sa cavité close s'est faite dernièrement ; alors est survenue la péritonite généralisée. Voici donc les différentes étapes de la maladie. Première étape qui a passé inaperçu : foyer d'appendicite. Deuxième étape : adhérence entre le caecum et l'appendicite et la fosse iliaque, d'où tumeur simulant la tuberculose du caecum. Troisième étape où il a réchauffé son ancienne appendicite : d'où péritonite. Pour nous, nous n'avons rien à nous reprocher, le chirurgien n'aurait rien pu faire, l'état des parties rendait l'opération impra-

ticable. L'opération s'imposait au mois d'octobre, lorsque le malade avait eu son appendicite au début, je ne cesse de le répéter, car nous n'aurions pas eu à déplorer les accidents consécutifs. Ce qui revient à dire que les méfaits de l'appendicite ne se comptent plus, que le traitement médical ne compte pas, ne compte plus et que le seul traitement possible est le traitement chirurgical, l'extirpation de l'appendice.

(*L'Indépendance Méd.*)

### L'arsenic par la voie rectale.

#### SES APPLICATIONS

M. RENAULT, de Lyon, a étudié spécialement les indications de la médication arsénicale ainsi appliquée dans la tuberculose, le diabète, la maladie de Basedow.

1° *Tuberculose*.—La "consommation" des tuberculeux est, comme l'a démontré M. A. Robin, liée à des processus biochimiques parfaitement déterminés : déminéralisation rapide, oxydations exagérées ; le tuberculeux prend l'oxygène à un taux énorme et l'emploie tout entier à des combustions interstitielles complètes ; ceci non seulement quand il est en puissance de bacillose, mais aussi à la période initiale, quand il se prépare, par son mouvement dyscrasique individuel, à créer son terrain favorable à l'insertion et à l'évolution du parasite.

C'est dans cette période de dyscrasie pré-tuberculeuse que le médecin peut agir le plus efficacement ; la méthode de la suralimentation est absolument indiquée, mais fort difficile à mettre en œuvre ; l'appétit manque, les malades digèrent mal, et l'arsenic si on le donne par la voie gastrique, enlève encore le peu d'appétit qui restait. Les injections rectales d'arsenic rendent alors de grands services ; elle permettent, tout en suralimentant le malade, de mettre l'organisme sous l'influence prolongée d'une médication apductrice de l'état consomptif. M. Renault cite plusieurs observations dans lesquelles il met en évidence l'influence remarquable de l'arsenic donnée avec persévérance par la voie rectale à des malades qui étaient aux prises avec des processus tuberculeux au début de leur évolution ; l'injection arsénicale a été poursuivie systématiquement pendant plus d'un an.

Quelquefois il se produit un peu d'irritation rectale ou de diarrhée ; pour éviter ce désagrément, on n'a qu'à additionner la solution d'autant de gouttes de laudanum de Sydenham qu'elle renferme de fois 5 centimètres cubes.

Il est bien entendu que la médication arsénicale ne saurait réduire une tuberculose bien insérée, bien établie ; elle exerce, dans ces cas, une action favorable, diminue la déminéralisation, abaisse un peu le coefficient d'oxydation azotée ; elle ne peut prévaloir sur une grosse lésion. Elle fait merveille, au contraire, lorsqu'il s'agit d'hémoptysies bacillaires sans atteinte grave du poumon, de tuberculoses ganglionnaires péritonéales ; continuée systématiquement et longtemps, elle peut se montrer presque paradoxalement efficace.

En un mot, c'est le traitement de choix dans la dyscrasie consomptive pré-tuberculeuse ; ce traitement n'exclut, d'ailleurs, aucune autre méthode thérapeutique et ne donne lieu à aucun inconvénient.

2° *Diabète sucré*.—Dans le diabète sucré on est en présence d'un état de la nutrition avant tout marqué par l'activité, l'intensité et le caractère complet des oxydations interstitielles ; les recherches de M. A. Robin ne laissent aucun doute sur ce point et cela nous fait comprendre pourquoi ces malades se tuberculisent si facilement.

Aussi l'arsenic et l'antipyrine ont-ils, à juste titre, leur place indiquée dans les médications du diabète ; ils agissent, d'ailleurs, à la fois sur les processus d'oxydation en les diminuant et sur l'hyperactivité du système nerveux bulbo-protubérantiel en la modérant.

L'arsenic, dans le diabète, est particulièrement utile comme tonique ; il constitue un excellent moyen de relever les forces dans la convalescence des maladies intercurrentes. Il est précieux dans les diabètes compliqués d'albuminurie où l'emploi de l'antipyrine doit être restreint, ce médicament fermant le rein. Il diminue enfin la réceptivité du diabétique par rapport au bacille de Koch.

M. Renault continue généralement l'injection arsénicale cinq ou six semaines ; puis il fait une pause de quinze jours, au bout de laquelle il fait reprendre le médicament toutes les fois que le malade accuse une persistance de sa faiblesse ou que le sucre augmente à nouveau.

Le mode d'emploi consiste à injecter dans le rectum 6 centimètres cubes d'une solution contenant un milligramme d'acide arsénieux par centimètre ; on dose les injections rectales de façon à faire absorber cinq centigr d'acide arsénieux par 24 heures.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

### Traitement de l'anthrax par les injections profondes d'acide phénique pur.

D'après la *Semaine Médicale* ce traitement aurait été appliqué avec succès dans plus de 50 cas par le professeur MANLEY, de New-York.

Ce moyen serait particulièrement indiqué à la période de début de l'affection, mais l'anthrax déjà en voie de subir la fonte purulente en serait également justiciable, s'il est de petites dimensions.

Dans le premier cas il suffirait, après désinfection préalable de la région et pulvérisation de chlorure d'éthyle, d'injecter au sein de la tumeur et de façon que le liquide arrive en contact avec le bourbillon, 1 à 3 gouttes d'acide phénique pur liquéfié ou en solution alcoolique à 80 ou 90 0/0. L'acide phénique provoque une sensation de cuisson de très courte durée, et peu après la douleur ainsi que les phénomènes inflammatoires disparaissent complètement. Une seule injection, si elle est bien faite, suffirait souvent pour faire avorter l'anthrax ; d'autre fois, lorsque l'acide phénique n'a pas pénétré jusqu'au bourbillon, on est obligé de répéter l'injection une ou même deux fois.

Quand l'anthrax se trouve déjà à la période de suppuration, notre confrère pratique des injections dans chacun des foyers purulents et il introduit ainsi dans la même séance de 15 à 30 gouttes d'acide phénique pur. Ces injections sont faites à travers une seule piqûre cutanée, la canule de la seringue pouvant être facilement déplacée sous la peau. Les douleurs cesseraient aussitôt et l'élimination des foyers infectieux nécrosés par l'acide phénique ne tarderait pas à se produire.

M. Manley dit n'avoir jamais observé, chez les sujets ainsi traités de symptômes d'intoxication phéniquée.

(*Abeille méd.*)

### Du traitement de la névralgie sciatique par le massage

Par le Dr L. DE MUNTER, de Liège.

Ce n'est plus un secret pour personne dans le corps médical, et la majeure partie du public instruit même, sait aujourd'hui que le massage est un des meilleurs traitements, pour ne pas dire le meilleur, de la névralgie sciatique. Aussi, dans cette affection souvent si rebelle aux traitements ordinaires, lorsque toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique ont été vainement mises en œuvre, s'adresse-t-on avec confiance à la Mécanothérapie.

Tous les auteurs qui ont étudié et pratiqué sérieusement ce mode de traitement, sont d'accord pour affirmer que, quel que soit la malignité et l'ancienneté de l'affection, aucune névralgie sciatique, idiopathique bien entendu, ne résiste pas à un massage judicieusement appliqué. Notre faible expérience nous a convaincu de la vérité de cette opinion. Si quelques confrères n'ont pas retiré de

ce moyen thérapeutique tout le succès qu'ils étaient en droit d'en attendre, il faut l'attribuer, croyons-nous, à une connaissance imparfaite de cet art, dont la pratique n'est peut-être pas aussi aisée qu'on se l'imagine.

Nous ne croyons pas inutile d'exposer ici de quelle façon nous appliquons le massage dans l'affection qui nous occupe.

Quelques auteurs qui ont traité ce chapitre et entre autres Schreiber, décrivent des procédés de violence dont ils ont obtenu grand succès. Nous n'avons pas eu jusqu'à ce jour l'avantage de donner nos soins à des personnes chez lesquelles la maladie était aussi invétérée que ceux dont Schreiber nous trace le tableau. Nous sommes cependant convaincus que cette méthode brutale est au moins inutile; nous basant sur l'expérience de nombreux praticiens dont nous avons suivi les leçons, nous ne pratiquons que des manœuvres de douceur. Jamais nous n'arrachons des cris au patient, jamais nous ne le faisons souffrir, et il arrive presque toujours que de suite après la 1ère séance il éprouve un grand bien-être et un grand soulagement.

La technique que nous avons adoptée est dans les grandes lignes celle pratiquée par le professeur Von Mosengeel, de Bonn, auquel nous sommes heureux de rendre ici un légitime hommage de gratitude pour les excellentes leçons que nous en avons reçues.

Les manœuvres comportent: 1° Le massage; 2° Les mouvements passifs et actifs.

#### I.—MASSAGE.

Celui-ci s'adresse: a) aux filets cutanés nés du nerf sciatique, ceux-ci fournissent à la jambe et au pied.

b) Aux muscles innervés par le sciatique. Ce sont la majeure partie, des muscles des régions postéro-externe et postéro-interne de la cuisse; à tous les muscles de la jambe et du pied.

c) Au tronc du nerf, depuis sa sortie de la grande échancrure ischiatique jusqu'à la partie inférieure du creux poplité.

Nous plaçons d'abord le malade dans le décubitus dorsal. Au moyen d'effleurages, légers d'abord, puis de frictions plus fortes, nous rencontrons tous les points cutanés douloureux de la face antérieure du pied et de la jambe. Quand ces points ont insensibilisé les filets nerveux cutanés, nous procédons au massage de la masse des muscles de la région antérieure et de la région latérale de la jambe. Ceux-ci sont traités par des frictions profondes faites de préférence avec le dos des articulations de la main ou la face palmaire de celle-ci, pressant fortement, et par du pétrissage. Nous terminons les manœuvres par quelques mouvements de tapotement, si les muscles ne sont pas trop douloureux. Les hachures n'étant pas possible en cet endroit, nous administrons le tapotement au moyen des extrémités des doigts de chaque main, frappant alternativement et perpendiculairement au plan musculaire.

Nous faisons alors retourner le malade sur le ventre et procédons au traitement de la partie postérieure du membre en commençant par le pied, puis la jambe. Comme pour la face antérieure, nous rencontrons d'abord les filets nerveux cutanés et les points douloureux qu'ils présentent depuis les orteils jusqu'aux creux poplité; puis appliquons les frictions profondes et du pétrissage à la masse musculaire gastrocrémienne en terminant par des hachures si encore une fois le muscle n'est pas trop sensible.

Nous passons ensuite à la cuisse. Ici, outre les muscles, nous trouvons le tronc du sciatique. Les premiers sont massés comme l'ont été précédemment ceux du mollet, par friction, pétrissage et hachures en prenant séparément la région postéro-externe et la région postéro-interne.

Le tronc du sciatique réclame un massage spécial. Comme on le sait, il est situé profondément, au milieu de la cuisse, entre les groupes musculaires que je viens de citer. Le moyen le plus efficace d'agir sur lui, est d'administrer au moyen du dos des articu-

lations phalangino-phalangienne des 4 derniers doigts, des frictions fortes dans l'espace intermusculaire du milieu de la cuisse, depuis la partie inférieure du creux poplité jusqu'au bord inférieur du grand fessier. Ces frictions ayant été répétées un grand nombre de fois, on peut, si le nerf le supporte, appliquer de violentes hachures sur la partie médiane de la cuisse, perpendiculairement au trajet du nerf.

Il ne reste plus alors que la fesse où l'on fait le massage du muscle grand fessier, toujours au moyen de frictions et de pétrissage parallèlement à la direction des fibres musculaires, c'est-à-dire de bas en haut et de dehors en dedans. Il en sera de même du moyen fessier, s'il y a lieu, également et parallèlement à ses fibres, c'est-à-dire suivant une direction radiaire en partant du grand trochanter vers les différents points du bord supérieur de l'os iliaque.

Le nerf sciatique est ici sous-jacent au grand fessier. Il sera atteint par des frictions dures comme à la cuisse. Une partie méritée des soins spéciaux, c'est la sortie de la grande échancrure ischiatique qui est presque toujours marquée par un point douloureux. Celui-ci sera le plus facilement atteint par pression très forte au moyen de la pointe des pouces et des doigts ou mieux encore au moyen du poing agissant par le dos des articulations phalangino-phalangiennes de l'index et du médius. Pour finir, quelques hachures énergiquement administrées perpendiculairement à la direction des fibres du grand fessier.

Si la séance a été bien conduite, le malade éprouve après elle un soulagement notable à ses douleurs, en même temps qu'un grand bien-être dans le membre massé; on en profite pour passer à la seconde partie du traitement.

#### II.—MOUVEMENTS PASSIFS ET ACTIFS.

On commence par mobiliser les différentes articulations du membre malade.

Dans les cas ordinaires, comme ceux que nous avons traités, ne datant pas plus de six mois, nous ne voyons guère de mouvements spéciaux à recommander. Il s'agit de se comporter suivant les cas et de rechercher quels étaient les mouvements douloureux avant la séance.

La seule manœuvre que nous pratiquons constamment est celle de la flexion de la cuisse sur le bassin (élongation du nerf sciatique). Prônée par divers praticiens, cette manœuvre a été non moins critiquée par plusieurs autres. Elle peut, à notre avis, continuer à faire partie de la technique mécano-thérapique, pourvu qu'on l'applique avec modération. De cette façon, nous avons toujours pu l'employer sans inconvénient. Nous commencerons donc par une flexion légère, la jambe restant fléchie sur la cuisse, pour en arriver après quelques séances, à une forte flexion, en maintenant la jambe dans l'extension.

La douleur légère produite par ce mouvement ne doit pas persister après l'exécution de celui-ci. Ces exercices passifs sont suivis des exercices actifs. Dans les premiers jours, si le malade est trop souffrant pour pouvoir se soutenir sur son membre, on lui fera faire des divers mouvements dans le décubitus dorsal. Mais, dès que l'état le permettra, à la première séance si possible, on passera aux grands mouvements habituels en commençant par la marche. Souvent il faudra soutenir les premiers pas du malade.

Un peu plus tard, nous faisons prendre la position assise, le poids du corps reposant sur le nerf. Au début, ces attitudes ne pourront être soutenues que quelques minutes, voire même quelques instants, mais elles deviendront de plus en plus supportables. Le dernier exercice, et qui témoignera, lorsqu'il pourra être accompli aisément, d'une guérison très avancée, est celui de la position accroupie.

Après ce deuxième temps de la séance, il arrive que la névralgie s'est réveillée, le malade est alors reposé dans le décubitus horizontal et on termine la séance par quelques effleurages et quelques



frictions qui ont pour but de faire disparaître les nouvelles douleurs.

La durée du traitement est on ne peu plus variable. Elle est influencée par l'ancienneté et la malignité de l'affection.

(Gaz. méd. de Liège)

#### Des applications de forceps au détroit supérieur.

Clinique d'accouchement.—M. le Prof. Budin

Hier au matin, vous avez assisté à deux applications forceps faites, l'une dans un cas d'accouchement lent, après cinq jours de travail, l'autre chez une femme qui avait déjà subi en ville des tentatives d'extraction par ce même instrument, tentatives qui n'avaient amené aucun résultat. Lors d'un accouchement précédent, le forceps avait été également employé. La femme nous a été amenée la nuit. Les battements du cœur fœtal étaient très rapides (180). Le lendemain matin, au contraire, nous les trouvâmes très ralentis ; l'enfant avait perdu son meconium. A l'examen, on note un bassin rétréci d'avant en arrière, la tête fœtale arrêtée au détroit supérieur. Comme il y avait des contractions utérines, on attendit ; mais, rien ne se produisant, on a appliqué le forceps. En effet, l'existence de l'enfant était compromise. Faire une symphyséotomie chez une femme dans ces conditions, c'était l'exposer à certains risques. Or nous étions en présence d'un enfant pour lequel on ne devait faire courir aucun risque à la mère. L'embryotomie n'était pas non plus indiquée parce que, quoique affaibli, l'enfant était encore vivant. On fit donc une saisie régulière de la tête avec le forceps, des tractions combinées avec l'expression, et l'enfant fut amené au dehors. Les battements avaient cessé au cœur et dans le cordon ; on n'a pas pu ranimer l'enfant. Aujourd'hui la femme se porte bien, elle a un écoulement noirâtre par les organes génitaux, ce qui semble indiquer la gangrène de la muqueuse utérine, mais les injections et le traitement qu'on lui administre, suffiront. Je l'espère, pour la rétablir complètement. Le bassin de cette femme était de 9 centimètres ; la tête fœtale était très ossifiée.

Vous pourrez voir que la question des interventions dans les cas de bassins rétrécis est toujours très délicate, et l'on peut avoir recours à divers procédés. Chez une autre femme dont le bassin était rétréci, qui présentait en outre un procubitus du cordon, et chez laquelle la tête fœtale était mobile au-dessus du détroit supérieur, nous avons pratiqué la version avec extraction de la tête dernière. L'enfant se porte bien. Dans trois autres circonstances, nous avons pratiqué l'accouchement prématuré artificiel : les trois enfants se portent bien ainsi que les mères. Voilà donc des cas de bassins rétrécis dans lesquels nous avons eu recours à des méthodes différentes. Nous avons encore dans nos salles deux femmes avec bassins rétrécis, l'une chez laquelle on a pratiqué, lors d'un accouchement antérieur, une symphyséotomie, et qui a présenté à la suite de l'incontinence d'urine, l'autre, dont le bassin est rétréci à la fois d'avant en arrière et transversalement, et qui a déjà donné naissance à des enfants morts ; cette fois, elle veut avoir un enfant vivant. Nous lui proposerons une opération cérasienne ou une symphyséotomie, mais en l'avertissant des risques d'infection qu'elle court, infection que l'on ne peut éviter quelquefois malgré les plus grandes précautions.

Aujourd'hui, je voudrais vous montrer que dans les cas de bassins rétrécis nous sommes en possession de moyens multiples, et, en second lieu, que, parmi ces moyens, certains sont rejetés à tort, notamment le forceps, qui méritent au contraire d'être employés et peuvent rendre d'excellents services dans beaucoup de circonstances.

Ces moyens multiples sont : forceps, version, opération cérasienne, symphyséotomie, accouchement prématuré, dans certains cas embryotomie rachidienne et embryotomie céphalique, et cette dernière même chez l'enfant vivant lorsqu'il est affai-

bli et lorsque l'existence de la mère est com promise. (1) Dans un article très intéressant, M. Charles, de Liège, a montré cette dure nécessité à laquelle on doit recourir, bien entendu, aussi rarement que possible. La difficulté est de savoir juger, suivant le cas, le moyen à employer. Pour cela il faut explorer attentivement le bassin, voir quelles sont les dimensions du détroit supérieur et sa forme, voir si on a affaire à un bassin rétréci dans tous ses diamètres, c'est le plus mauvais, ou à un bassin plat, mais dont le diamètre transversal est grand, ou à un bassin en forme de cœur de carte à jouer, c'est le moins mauvais des trois. Vous explorerez en outre la face antérieure du sacrum. Certains bassins sont rétrécis au niveau du prémonsaire, mais la face antérieure du sacrum est concave, quelquefois, au contraire, elle est convexe, ce qui ne détermine pas un simple anneau, mais un véritable canal cylindrique rétréci. Dans l'excavation, le rétrécissement peut tenir aux épines sciatiques trop rapprochées : enfin il y a quelquefois rétrécissement du détroit inférieur par ankylose du coccyx ou par proximité exagérée de la pointe du sacrum en avant. L'examen de l'enfant doit également vous préoccuper. Rechercher le volume de la tête, en déterminer les diamètres, tenir compte de la possibilité d'avoir une tête très malléable, ou une tête très dure ossifiée qui même si elle n'est pas très grosse, ne se moulera pas sur le détroit supérieur. Enfin, tenir compte de la puissance des contractions utérines. Quelques auteurs pensent qu'on peut avoir recours à une méthode donnée, toujours la même, méthode qui aura fourni les meilleurs résultats, mais ce n'est pas là de la clinique. On doit pouvoir recourir aux différents moyens et choisir l'un d'entre eux suivant les indications.

Eh bien, parmi ces moyens, il en est un qui a été rejeté et qui, cependant, peut rendre de grands services, c'est le forceps. On peut faire des applications de forceps au détroit supérieur, et on peut faire trois sortes d'applications :

1° Des applications de forceps antéropostérieures, une cuiller en avant, une en arrière :

2° Des applications de forceps directes, une cuiller à droites, une cuiller en avant, une à gauche, suivant le diamètre transversal ;

3° Des applications de forceps obliques, c'est-à-dire suivant le diamètre oblique, droit ou gauche.

Quelle est la manière de procéder pour chacune de ces méthodes, quels sont ses avantages ou ses inconvénients ? Il y a un certain nombre d'années, M. Lepage a fait sa thèse sur les applications de forceps au détroit supérieur. Le gros avantage de l'application antéro-postérieure est le suivant : si la tête du fœtus est arrêtée transversalement au niveau du détroit supérieur, on a une cuiller en rapport avec l'oreille d'un côté, l'autre avec l'oreille de l'autre côté, la saisie serait donc régulière. Mais la chose n'est pas facile : il faut refouler la tête au-dessus du détroit supérieur pour pouvoir placer la cuiller postérieure ; de plus, on met en contact une surface convexe, celle de la cuiller, en contact avec une surface convexe, la saillie du promontoire ; il faut introduire l'autre cuiller sous la symphyse ; enfin, il faut faire fléchir la tête pour bien appliquer le forceps, l'introduction des cuillers et leur placement sont donc extrêmement difficiles. Mais supposons que la tête soit correctement saisie, qu'arrivera-t-il ? C'est qu'on fera des tractions détestables : ces tractions ne seront pas dirigées suivant l'axe du bassin, mais beaucoup trop en avant de cet axe ; la cuiller antérieure pressera à la fois sur la symphyse et sur le crâne de l'enfant et, de fait, les fractures du crâne consécutives à ces applications de forceps sont très fréquentes. Maintenant, pour la mère, les tractions ne sont pas moins dangereuses : la convexité métallique de l'instrument vient presser sur les parties molles (vessie, paroi vaginale, etc.), et, dans un cas que j'ai observé, la femme a succombé ;

(1) Nous nous permettrons, cependant de faire remarquer à nos lecteurs que cette idée est contraire à la doctrine catholique romaine.



il y avait contusion de l'utérus et perforation de la vessie. M. Pokrak a également publié des cas de ce genre. Il est un fait assez curieux qu'on observe quand on fait des expériences : on prend un bassin rétréci, dont le diamètre antéro-postérieur est de  $8\frac{1}{2}$ , par exemple, puis un enfant dont le diamètre bipariétal est également de  $8\frac{1}{2}$  ; sa tête se trouve arrêtée à peine au niveau du détroit supérieur ; avec quelques pressions sur le siège, l'accouchement se fait ; prenez le même bassin et le même enfant, et faites une application de forceps, la tête ne passe plus. Je pourrais vous citer à cet égard le cas suggestif d'une jeune femme, modèle dans un atelier de peinture, dont le bassin était à peine rétréci, chez laquelle l'application de forceps n'avait rien produit, et qui accoucha à terme sans intervention. J'ai peut être eu tort d'insister sur ce point, car l'accord semble fait. On ne pratique plus d'applications de forceps antéro-postérieures ; MM. Kibemont-Dessaigne et Lepage, sur 107 applications de forceps antéro-postérieures, signalent trente-quatre décès, mais il était utile de se rendre compte de la cause de cette mortalité.

On a pratiqué alors les applications transverses directes, applications qui sont incorrectes au point de vue de l'enfant ; en effet, une cuiller recouvre la face, et l'autre l'occiput ; mais les tractions vont pouvoir se faire dans l'axe du bassin. Cependant quelques objections ont été formulées. D'abord, en serrant les cuillers, on augmente le diamètre bi-pariétal, on ne profite donc pas de la réductibilité de ce diamètre. J'ajoute que la cuiller postérieure ne reste pas dans sa position première, mais elle vient appuyer sur le cou et peut déterminer ainsi la destruction de la peau du cou tandis que la cuiller antérieure peut déterminer des contusions de la face. Le plus souvent la cuiller postérieure se place obliquement, et on en arrive alors malgré soi à une application de forceps oblique.

Aussi, pour ma part, ai-je recours aux applications obliques de forceps au détroit supérieur, mais dans quelles conditions ? Je crois qu'il faut que la tête soit arrêtée, bloquée, pour ainsi dire, au niveau du détroit supérieur, pour réussir. Si on a une tête placée transversalement, poussée par les contractions utérines, défléchie ou un peu fléchie, s'adaptant déjà à la forme du bassin, pour laquelle il semble que si les contractions étaient plus fortes, la tête passerait, alors l'application de forceps oblique est indiquée. On fera donc cette application, mais sans déplacer la tête, sans rien perdre de ce qui existe déjà ; ce sera un véritable cathétérisme que l'on fera. On introduira une cuiller en arrière et à gauche, par exemple, l'autre en arrière et à droite en la ramenant en avant et à droite par le mouvement de Mme Lachapelle pour une transverse gauche. On ne perd donc rien de ce qui existe, et au moment où se produit une contraction utérine, tandis qu'un aide pousse sur le fond de l'utérus et fait de l'expression, vous faites facilement l'extraction. Je ne dis pas que vous réussirez dans tous les cas, que, dans certains cas, les tractions ne devront pas être assez fortes, mais, dans certains cas aussi, vous réussirez. Cependant, on a fait aux applications de forceps au détroit supérieur deux objections : 1° On a dit ceci : quand on prend la tête par le forceps dans un bassin rétréci et quand on tire, on se trouve dans les mêmes conditions que quand on tire sur l'anneau métallique des branches du porte fusain, plus on tire, plus le fusain se trouve comprimé ; de même dans notre bassin rétréci, nous avons un véritable anneau osseux rigide, et si nous tirons les branches du forceps, nous courons le risque de comprimer fortement le crâne du fœtus ; ceci est vrai pour les applications de forceps antéro-postérieures où les fractures du crâne, nous l'avons dit, sont très fréquentes (50 0/0 de mortalité), mais c'est faux pour les deux autres sortes d'applications ; dans le diamètre transversal ou oblique en effet, l'anneau, la virole n'existe plus, on n'est plus en rapport avec le promontoire ; 2° Dans toutes les applications de forceps au détroit supérieur, et, on peut dire dans toutes les applications de forceps, puisque la pression exercée sur la tête de l'enfant est proportionnelle à la traction, on pourra craindre

la compression du crâne. Cela est vrai pour l'instrument de Levret, car, avec lui, plus on tire fortement, plus on est obligé de presser pour que l'instrument ne glisse pas, mais c'est faux pour le forceps de Tarnier, qui possède un tracteur. Que fait-on alors ? On saisit la tête, on tire, mais on n'exerce aucune pression, et, en effet, nous n'avons jamais constaté d'ecchymose sur le crâne indiquant une pression quelconque, il n'y a qu'une légère ecchymose au point correspondant à l'extrémité des cuillers.

Quels sont donc les résultats des applications de forceps au détroit supérieur ? En 1893, à la Société obstétricale de France, j'ai donné les résultats que j'ai obtenus à la Charité depuis 1891 ; je vous les donne en y ajoutant ceux que j'ai obtenus jusqu'en janvier 1895 ; en outre, ceux que j'ai obtenus à la Maternité de 1895 à 1898.

Il y a eu à la Charité, de 1891 à 1895, vingt et une applications de forceps au détroit supérieur : dix-neuf enfants sont vivants, deux sont morts, l'un en ville avant d'avoir été apporté à l'hôpital, l'autre pendant l'accouchement, avant l'application du forceps. Mais, réussirez-vous toujours ? Dans 5 cas, nous avons fait infructueusement des tentatives d'application de forceps, mais dans ces 5 cas, nous avons eu recours à la version et extrait des enfants vivants. Ces cas sont relatés dans la thèse de M. Dubrizet ; donc, même si l'application de forceps ne réussit pas, il vous reste encore la version. A la Maternité, de 1895 à 1898, nous avons eu 63 enfants extraits par le forceps appliqué au détroit supérieur. Sur ces 63 enfants, 45 sont vivants, 18 morts. Mais, sur ces 18, six sont morts en dehors du service ou avant l'application de forceps ; un enfant né vivant est mort deux jours après par pénétration à travers une ouverture congénitale du diaphragme des viscères abdominaux ; enfin 3 enfants sont morts par fracture du crâne à la suite d'applications antéro-postérieures. Reste donc 8 décès sur 63 enfants. A ceci, j'ajoute un cas où, l'application de forceps au détroit supérieur ayant échoué, j'ai essayé de faire la version, mais cela m'a été impossible ; l'enfant étant mort, j'ai fait alors la basiotripsie. La femme est morte elle-même deux jours après d'une pneumonie contractée dans une chambre où avait séjourné un pneumonique peu de temps auparavant et qu'on avait négligé de désinfecter.

Donc mortalité nulle pour les mères ; pour les enfants succès dans un certain nombre de cas, insuccès dans un certain nombre d'autres. Au total, 84 enfants dont 12 morts avant l'application ou à la suite de l'application antéro-postérieure, ce qui revient donc à 72 enfants. Sur ces 72 enfants, 64 vivants, et 8 décès ; 11% de mortalité. Le chiffre n'est pas tout à fait excellent, je le reconnais, mais il faut tenir compte des conditions dans lesquelles on opère ; si nous examinons les chiffres de la symphyséotomie, on trouve un taux de mortalité plus grand et pour les enfants et pour les mères (13,3% de mères mortes), tandis que dans les cas d'applications de forceps, la mortalité pour les mères, je le répète, est nulle.

(L'Indépendance Médicale)

#### Le sébumbacille, microbe de la calvitie vulgaire et son traitement

La calvitie vulgaire ou sénile, considérée jusqu'alors comme incurable, est due uniquement à la présence dans les glandes sébacées d'un seul microbe auquel M. Duquéant a donné le nom de *sébumbacille*. Toutes les autres alopecies, sans exception, sont dues à la présence d'aux moins deux bactéries dans les mêmes glandes. Exemple : pour la pelade, *sébumbacille* et *microbacille* ; pour la teigne des enfants, *sébumbacille* et *microsporium Audouini*, etc. Ne dirait-on pas que la fonction du sébumbacille est de préparer un terrain favorable aux autres microbes, puisqu'on le rencontre toujours dans toutes les affections du cuir chevelu ?

Le sébum pur est le milieu de culture préféré du sébumbacille : en six heures, à une température minima de 32°, les colonies se dé-

veloppent avec une rapidité extraordinaire : il se dégage alors une odeur butyrique très accentuée, analogue à celle des parties velues du corps.

Les sébumbacille existe dans l'air dans des proportions qui peuvent varier suivant le climat et la saison : et c'est peut-être de ce côté qu'il faudrait diriger les recherches pour expliquer ces contagions soudaines d'alopecies diverses qui s'abattent parfois sans cause apparente, sur une ville entière.

Le sébumbacille peut se fixer sur toutes les parties du corps, séjourner au point d'émergence des poils, pénétrer dans les glandes sébacées et les infecter en s'y multipliant. C'est alors que les glandes sébacées s'hypertrophient, que la sébum, au lieu d'alimenter la papille, s'écoule à l'extérieur en abondance : il se forme des pellicules, il se produit des démangeaisons, le cheveu tombe, repousse, s'atrophie de plus en plus jusqu'à demeurer à l'état presque imperceptible et stationnaire de duvet. Papille, bulbe, follicule, rien n'est détruit : l'organe générateur du poil existe en entier, il ne marque que le liquide indispensable à sa formation et à sa nutrition.

M. Dequéant prétend, en effet, que le sébum ne sert pas seulement, comme on l'avait cru jusqu'ici, à lubrifier l'épiderme, mais aussi à former les cellules cornées. D'abord, la composition du sébum est analogue à celle du poil. En effet, si l'on fait agir sur un cheveu décoloré une solution susceptible d'engendrer du sulfure de plomb, la tige se teint en noir ; au point d'émergence du poil on observe un cercle brun : c'est le sébum sécrété par les glandes sébacées qui a subi les mêmes réactions.

Ensuite, il n'y a pas de poils sans glandes sébacées ; où elles n'existent pas il n'y a pas trace du moindre duvet.

Voici d'ailleurs les divers observations qu'a pu faire M. Duquéant ; il les érige presque en lois générales.

Les cheveux repoussent toujours de la périphérie au centre et dans l'ordre inverse de leur chute. La dépilation ayant eu pour point de départ un point central qui est toujours allé en s'élargissant, la néo-croissance a lieu par cercles, dont le plus grand est la couronne pilaire non attaquée, cercles qui vont toujours en diminuant vers un centre, point de début de la calvitie.

Les duvets, pour redevenir cheveux, repassent à peu près par les mêmes stades que les cheveux pour devenir duvets : ils mettent, pour reprendre le calibre normal, à peu près autant de mois qu'il y a d'années que le cheveu primitif a disparu.

On peut devenir chauve plusieurs fois et il est indispensable d'employer un traitement prophylactique pour éviter une rechute. En supprimant les effets, on ne supprime pas toujours les causes, qui se renouvellent sans cesse.

M. Dequéant donne le conseil de porter les cheveux long afin de protéger le cuir chevelu contre les poussières atmosphériques, qui ne peuvent alors pénétrer jusqu'au point d'émergence des poils : on forme de cette façon contre ces poussières une cuirasse aussi impénétrable que celle des vêtements qui protègent les parties velues du corps. Les parties qui deviennent chauves sont exactement celles recouvertes par le chapeau ; c'est que d'après la théorie de M. Dequéant il faut au sébumbacille pour se reproduire une température constante et supérieure à 32° et il ne la trouve que sous le chapeau où l'air confiné devient de plus en plus chaud. En effet, la barbe et les cheveux qui forment couronne tombent rarement par vétusté.

(Le Progrès méd.)

## FORMULAIRE

### Huile de foie de morue iodée

Iode bi-sublimé..... 1 gramme,  
Huile de foie de morue blonde..... 1000 —

Faire dissoudre l'iode par trituration dans l'huile et faire chauffer ensuite au bain-marie jusqu'à combinaison. (Loiret.)

Une cuillerée à bouche renferme environ 15 milligrammes d'iode.

(Gaz. des Hôp.)

### Traitement du coryza

(GAREL.)

Menthol..... 50 centigr.  
Chlorhydrate d'ammoniaque ou salol.. 2 gram.  
Acide borique..... 8 —

Pour une poudre à priser.

Comme le malade, en raison de l'obstruction nasale, ne peut priser facilement, il fera mieux de prendre un tube de caoutchouc de 20 centimètres de long. Une des extrémités, chargée de poudre est placée dans la narine tandis que l'autre est introduite dans la bouche. Il suffit de souffler dans le tube pour lancer la poudre avec force dans la cavité nasale.

Une pulvérisation très courte, d'une solution de cocaïne à 1 ou 2 p. 100, donne aussi un très bon résultat ; mais il faut se méfier de la toxicité de cette substance. Unna (de Hambourg) recommande une petite pulvérisation de :

Ichthyol..... 50 cent  
Ether..... } à à 50 gr.  
Alcool..... }

### Pommade contre le seborrhee du cuir chevelu (TAIBERGE.)

Soufre précipité..... 6 gr.  
Baume du Pérou..... 15 gr.  
Acide salicylique..... 1 gr. 50  
Vaseline et axonge..... 50 gr.

L'auteur recommande aussi l'usage de lotions également quotidiennes à l'aide d'une décoction de feuilles de frêne et un régime alimentaire duquel est exclu tout excitant.

### Amenorrhée (DAUCHEZ)

Cannelle en poudre..... 0 gr. 10  
Gentiane pulvérisée..... 0 gr. 10  
Safran pulvérisé..... 0 gr. 20  
Magnésie calcinée..... 0 gr. 10  
Fer réduit..... 0 gr. 05

M. s. a. pour une prise, une à deux par jour pendant 3 ou 4 jours.

### L'ichthyol dans le traitement des névralgies.

D'après Erlemmeyer, l'ichthyol serait un médicament très efficace contre les névralgies. L'auteur conseille de formuler ainsi l'administration de l'ichthyol :

Ichthyol..... 20 parties.  
Alcool absolu..... } à à 80 parties.  
Ether sulfurique..... }

M.—Pour l'usage externe ; en frictions sur les parties douloureuses.

Ou encore :

Ichthyol..... 15 parties.  
Chloroforme..... } à à 89 parties.  
Alcool camphré..... }

M.—Pour l'usage externe. Faire, chaque jour, deux ou trois frictions, sur la région douloureuse.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Quelques Gynécologistes éminents d'Europe et leurs œuvres

Par A. LAPHORN SMITH, B. A.; M. D.; M. R. C. S., Angleterre,  
Montréal, Canada.

Ma dernière lettre décrivait très brièvement ce que j'ai vu à Paris; celle-ci vous parlera de quelques gynécologistes bien connus de Florence, Vienne, Prague, Dresden et Berlin.

PESTALOZZA, de Florence. Ayant entendu dire que ce maître faisait beaucoup de bon ouvrage je déviai de ma route projetée et me rendis à Florence pour le voir. Il me reçut de la manière la plus courtoise et m'invita à venir voir quelques opérations à 7 heures le lendemain matin qui se trouvait être le dimanche. Il a une immense clinique ayant à lui seul la charge de 40 lits pour les cas gynécologiques et 80 autres pour l'obstétrique. Dix de ces derniers lits sont réservés pour isoler les cas infectés qui viennent du dehors. Parmi ses propres malades il n'a jamais eu un cas de mort par infection septique depuis plusieurs années. La première opération fut celle d'une hystérectomie abdominale pour des fibroïdes multiples chez une femme qui souffrait aussi d'un prolapsus du vagin; il laissa une petite portion du col auquel il sutura par la suite la partie supérieure des deux ligaments larges de manière à ramener le vagin en haut. Il s'est servi de ligatures en soie isolées pour les deux artères ovariennes et les deux utérines; il opéra très rapidement. La soie est préparée en la faisant tremper dans l'éther pendant 12 heures afin d'en enlever les matières grasses et en la faisant ensuite stériliser dans la vapeur d'eau bouillante pendant deux heures, après quoi elle reste indéfiniment dans de l'alcool au sublimé à 2 pour 1000. Comme cette préparation me paraît être particulièrement bonne j'ai pris l'adresse du manufacturier, BONTI, manufacturier de soie, PORTA ROSSA, Florence.

Il enleva ensuite un col utérin qui avait été laissé après hystérectomie deux ans auparavant et qui était devenu maintenant cancéreux. On a retrouvé enkystées et calcifiées quelques-unes des vieilles ligatures de soie. Il me conduisit alors à son hôpital et me montra environ 20 malades en convalescence de laparatomie. Je conseillerais fortement à ceux qui ont l'intention de visiter des cliniques gynécologiques en Europe d'aller passer quelques jours avec cet homme de talent.

SCHANTA, de Vienne.—Durant mon court séjour à Vienne j'eus le malheur de ne pas le voir opérer, mais cela fut amplement compensé en voyant son premier assistant, le Dr Schmidt faire une extirpation vaginale de l'utérus et des annexes pour pyosalpinx. Il ouvre d'abord le cul-de-sac vaginal antérieur puis le postérieur, et coud avec soin le péritoine au bord vaginal afin d'éviter l'hémorragie, après quoi il place juste six ligatures en soie sur les ligaments larges contrôlant ainsi complètement l'hémorragie qui ici fut presque nulle. En coupant la moitié inférieure de l'utérus il obtenait plus d'espace libre pour la tâche difficile de détacher et d'attirer en bas les annexes fortement adhérentes. Je passai une autre matinée bien profitable avec le Dr GUSTAVE KOLLISCHER, second assistant du professeur SCHANTA qui est justement renommé pour ses travaux sur la vessie. Il cathétérisa les uréters et me donna une belle vue de

la vessie avec le cathéter dans l'uréter, au moyen de son cystoscope qui est une modification de celui de NITZE et BRENNER. Je fus si satisfait de son emploi facile après l'avoir vu mis en usage dans plusieurs cas que je m'en procurai un du manufacturier d'instruments, Leiter, de Vienne. Il a de grands avantages sur l'examen au spéculum, dont le principal est qu'il ne demande pas de dilatation, ni de lumière externe. Tout ce que vous avez à faire est d'enlever l'urine, de remplir la vessie d'eau chaude claire, d'introduire le cystoscope et de toucher le bouton pour amener le courant d'une petite batterie de cinq éléments et alors toute la vessie est éclairée d'une manière magnifique et le plus petit corps étranger ainsi que les ouvertures des uréters peuvent être facilement vus. Il y a un petit conduit annexé à l'appareil optique par lequel on passe la bougie élastique qui peut être ainsi poussée sûrement dans les uréters. Il m'a aussi montré une magnifique petite curette pour enlever des granulations ainsi que des petits ciseaux pour couper les polypes et des forceps pour saisir les calculs. Il me dit qu'il avait enlevé de la vessie plusieurs sutures en soie qui s'étaient ainsi fait chemin dans cet organe à la suite de laparatomies et de fixations vaginales.

PAWLIK, de Prague, me reçut avec bienveillance et me mit de bonne humeur en mentionnant plusieurs de mes écrits. Parlant d'électricité il me dit qu'il avait employé la méthode d'Apostoli dans un grand nombre de cas et avec de très bons succès pour arrêter l'hémorragie, diminuer la grosseur des fibroïdes et en faire expulser quelques-uns de l'utérus, mais il l'avait laissé de côté parce qu'il ne pouvait être sûr du résultat dans un cas donné. Il enleva un gros kyste ovarien par l'abdomen, se servant de catgut pour ligature et coupant la tumeur au thermo-cautère au lieu d'avec le couteau afin d'éviter les adhérences à l'intestin et aussi pour diminuer le risque d'une infection. Il ferma l'abdomen avec deux rangées de sutures cachées au catgut et une troisième avec des sutures superficielles en soie. Il préfère la voie abdominale pour les fibroïdes et les trompes renfermant du pus. Je les ai vus se servir d'une solution à 3 par cent d'ichthyol dans la glycérine dans le département des malades du dehors. Pawlick est un grand linguiste et parle l'Anglais, le Français et l'Allemand à la perfection, outre trois autres langues. Il excelle dans le cathétérisme des uréters. Il me montra des instruments dont il se servait il y a vingt ans à Vienne où il me dit que le procédé fut employé pour la première fois et par lui-même. Son habileté à pratiquer le cathétérisme uréthral est étonnante; il semblait introduire le cathéter dans la vessie, puis dans l'uréter, d'un seul mouvement de glissement. Pas de dilatateur; pas d'endoscope; pas de lumière artificielle; pas même par la vue, mais simplement par le sens du toucher. Je lui demandai de mesurer le cathéter et on le trouva long de 32 centimètres. Dans un cas de pyonéphrose il injecta d'abord 200 grammes d'eau pour distendre la vessie et introduit ensuite le cathéter uréthral puis il injecte 130 centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent à 1/3000, dont il augmente graduellement la force à 1/1000 après quelques jours. Quelquefois il se sert d'une solution au sublimé. La malade lui disait quand son rein était distendu et en enlevant le tube en caoutchouc la solution coulait par le cathéter. En exerçant une pression intermittente sur ce rein on pouvait faire sortir le liquide par jets. Il me montra aussi la femme dont il avait enlevé toute la vessie cancéreuse.

LÉOPOLD de Dresden.—Comme le train n'est arrivé en cette ville qu'à 9.30 A. M., et que je ne pus être à l'hôpital qu'à 10 hrs j'arrivai trop tard pour le voir opérer, car il commence sa clinique tous les matins à 7 heures. C'est un fervent croyant de l'extirpation totale de l'utérus, toutes les fois qu'il y a maladie sérieuse des deux ovaires et des trompes. Il me donna son récent travail sur les résultats de 67 cas avec une mortalité de un et demie par cent. J'ai vu aussi un autre travail donnant comme résultats de 100 cas d'ablation de l'utérus par le vagin pour des myômes avec une mortalité de 4 par cent.

OLSHANSEN, de Berlin.—J'ai suivi ses leçons il y a 10 ans et je fus très heureux de le revoir aussi jeune qu'alors. Je fus le bienvenus et il m'invita à assister à une opération le lendemain matin à 8 heures. Quand il a plusieurs opérations à faire il commence à 7 heures précises ; il faut alors se lever à 5.30 ou 6 heures pour y être rendu à temps. Le cas était une femme de 65 ans qui souffrait d'un polype hémorragique qu'après ablation et examen quelques jours auparavant on avait reconnu être cancéreux. Il ouvre les deux culs-de-sac et suture le péritoine au vagin. Il ne se sert que de catgut, mais il fait toujours 3 nœuds sur une ligature artérielle. La ligature des ligaments larges fut grandement facilitée par l'emploi de la meilleure aiguille que j'aie encore jamais vue, connue sous le nom *Olshansen Underbindungsadel*, et de beaucoup supérieure à celle de Deschamps. Comme il n'avait confiance que dans le catgut je lui demandai comment on le préparait : 1° Trempé pendant 6 heures, dans une solution aqueuse au sublimé 1/1000 ; 2° On enlève l'eau en le faisant tremper pendant 24 heures dans une solution alcoolique au sublimé de 2/1000 ; 3° Conservé pendant plusieurs mois dans l'alcool absolu d'où on le prend directement pour s'en servir.

Après l'opération il me conduisit dans ses salles et me montra un grand nombre de cas en excellent convalescence de laparotomie. Dans ce dernier cas il ferme la plaie abdominale avec quatre couches chez les sujets gras et trois couches chez les maigres. Il s'objecte aux grandes sutures avec le crin de Florence de crainte qu'elles ne conduisent le pus dans le péritoine ; bien qu'un autre opérateur Landau m'ait parlé d'une femme qui est morte le seizième jour pour avoir été suturée avec du catgut par couches ; le pus ne put faire son chemin au dehors et vint s'échapper dans le péritoine alors qu'il aurait pu souder à la peau si elle avait eu de grandes sutures.

Olshansen panse la plaie abdominale avec bien peu d'iodoforme et une simple petite bande de gaze qu'il recouvre de collodion de manière à complètement cacher la plaie, et cela reste douze jours sans être touché. J'ai vu enlever plusieurs de ces premiers pansements et tout semblait très bien ; le catgut était tout absorbé et les nœuds pouvaient être enlevés facilement. Comme je pensais que le catgut dans les sutures perdues cesserait de retenir la plaie après quelques jours, je lui demandai s'il n'avait jamais rencontré d'hernies ? Il me répondit qu'elles se montreraient en dépit de tout moyen de suture. Je lui dis que je me servais de crin de Florence et que je le laissais pendant un mois. Il fait la ventrofixation en passant une suture au crin de Florence autour de chaque ligament rond près de l'utérus et en l'attachant au fascia abdominal et l'y laissant perdre. Je l'ai vu introduire un pessaire et renvoyer une femme que l'on avait

amenée pour être opérée d'un utérus en rétroversion, mais facilement mobile, qu'il remit d'abord en place. Le jour suivant il fit une ouverture abdominale pour une tumeur ovarienne avec pédicule tordu sur lui-même, et un autre cas de trompes purulentes et d'ovariites aussi par l'abdomen, prenant soin d'écartier les intestins avec quantité de gaze stérilisée.

Personne ici ne lave l'abdomen avec de l'eau, et on a aussi abandonné l'irrigation constante dans les opérations par le vagin, se servant à la place d'un grand nombre d'éponges en gaze qui sont jetées aussitôt qu'on s'en est servi. Olshansen n'a pas enlevé l'utérus mais il a fermé avec soin tous les points qui donnaient, puis il a laissé l'utérus à sa place. Sur les murs de la salle d'opération il y a deux affiches : *NO LI TANGERE* et *FAVETE LINGUIS*. Il me dit qu'il était à en faire préparer une autre : "*NOT TO EXPECTORATE*" en Latin. Il me montra deux cas d'éclampsies, il en a environ 60 cas par année, parfois jusqu'à six toutes ensemble. Comme on le sait déjà, il est la première autorité en Allemagne en obstétrique et il est "l'accoucheur" de l'Impératrice.

MARTIN, de Berlin, est encore au haut de l'échelle gynécologique en Allemagne. Il opère à son hôpital privé tous les jours à midi, ce qui est grandement favorable aux visiteurs, car nous pouvons voir deux ou même trois opérateurs tous les jours, et il fait deux ou trois opérations par jours durant toute la semaine. La première fut une hystérectomie vaginale pour cancer du col, se servant de catgut pour les ligaments larges. Cela aurait été un cas bien difficile pour tout autre que lui qui fit cette opération avec facilité. Le deuxième cas fut une fixation vaginale chez une femme qui avait porté un pessaire pour rétroversion pendant plusieurs années sans être guérie. C'est l'opérateur le plus prompt que j'ai encore jamais vu, il ne prit que dix minutes à faire cette jolie opération. La même suture faite au catgut traverse le vagin et le péritoine. Le troisième fut un cas d'ovaires kystiques. Il ouvrait l'abdomen par le vagin, sortit les ovaires qu'il trouva malades, enleva les quatre-cinquièmes, sutura avec soin le reste avec du catgut et les replaça dans l'abdomen. Après avoir fermé l'incision vaginale il fit une colporrhaphie antérieure et postérieure sur la même malade. Le jour suivant il fit une hystérectomie vaginale pour un petit fibroïde qui fut difficile à enlever en raison d'une atrophie sénile. Je lui demandai tout particulièrement s'il n'avait jamais rencontré un cas d'hémorragie post-opérative et il me répondit que non depuis plusieurs années, parce qu'on serrait plus les ligatures maintenant.

Le jour suivant il fit une fixation vaginale pour rétroversion. Il tira un puissant secours d'un instrument que je n'ai jamais vu auparavant : il consiste en un forceps dont le mors postérieur est une forte sonde intérieure et qui une fois introduit sert de levier pour attirer l'utérus en avant pendant qu'il ouvre le repli vésico-vaginal. Il détacha alors les annexes, qu'il enleva, et après avoir suturé avec soin les surfaces avivées à l'arrière du fond de l'utérus, il attachait ce dernier au niveau de l'os interne à la plaie vaginale. Les mauvais résultats de grossesse survenant à la suite de l'opération dans les premiers cas où l'on fixait le sommet du fond de l'utérus au vagin étaient dus à ce que l'utérus était ainsi retenu en bas. Dans un autre cas, il attira au dehors les annexes, vida quelques kystes qu'il y avait aux ovaires, et remit le tout en place, puis fit une fixation

vaginale. Le jour suivant je le vis cantériser un cancer inopérable avec un très bon cautère électrique fabriqué par Hirshman, 15 Johannis Strasse, Berlin. Il consiste en une pointe aiguë en porcelaine chauffée par un fil en platine et alimentée par le courant d'une petite batterie à accumulation (Storage battery) pas plus grosse qu'un pied cube. Cette batterie est facilement transportable et ne coûte que \$ 60 y compris un cystoscope et une lampe frontale (head-lamp) pour opérer les jours sombres.

LAUDAN, de Berlin, est un des maîtres professeurs de cette ville. Il est assisté par son frère et il a un établissement privé grand et joli sur la "Phillip Strasse, près de "La Charité". Le département pathologique est sous la direction du Dr Pick qui parle anglais avec profusion. Il a une magnifique méthode de préparer des pièces qui sont d'abord rendues fermes dans 4 pour cent de formaline puis séchées sur des plateaux en fil de fer. On conserve des spécimens de chaque cas tant macroscopiques que microscopiques dont on a enlevé quelque chose, même des restes de curetage ou de décharges vaginales, et on en tient un index systématique pour y référer au besoin. Je n'ai jamais vu rien de semblable ailleurs. Le Dr Pick donne un cours de microscopie aux médecins. J'ai vu Laudan enlever de grosses tumeurs ovariennes doubles dont le Dr Pick prit des sections qu'il prépara et chlorda pendant que l'opération se faisait, et qu'il nous fit voir comme étant des carcinômes, le tout en quelques minutes.

Laudan se sert de soie pour suturer le pédicule et des fils d'argent pour les grandes sutures de l'abdomen. Un autre jour, je l'ai vu enlever des trompes renfermant du pus par le vagin dans un cas de rétroversion avec adhérence. Il coupe l'utérus en deux avec des ciseaux et après avoir dégagé les trompes il saisit avec deux ou trois pinces à longs mors les ligaments larges de chaque côté et les coupe. J'ai été tout favorablement frappé de cette méthode dans ce cas. Mais immédiatement après il opéra une autre malade chez qui les trompes étaient beaucoup plus hautes dans le pelvis et il eut grande difficulté à les enlever par le vagin et je me suis convaincu qu'il aurait fait cette opération plus facilement par l'abdomen.

DURLISSEN, de Berlin.—Semble être reconnu d'un commun accord comme un des plus capables parmi les jeunes étoiles. Il n'a pas plus de quarante ans, mais son grand hôpital privé à 25 Schiffbaundaum rempli de cas importants et maintenu à ses propres frais témoigne de son habileté et de son énergie. Il me reçut avec beaucoup de courtoisie et répondit avec patience à mes nombreuses questions. Il me montra une malade dont il avait enlevé l'utérus par le vagin pour une hémorragie due à une hémophilie qui m'intéressa particulièrement, vu que trois ans auparavant elle était venue prendre ses soins pour la même chose et qu'il avait employé la "cure à la vapeur de Sneguioffo." Ce traitement avait si bien cuit la membrane muqueuse qu'elle n'avait pas eu de menstruation depuis trois ans. Il fit fonctionner cet appareil pour me le montrer. C'est une petite bouilloire pourvue d'un thermomètre et arrangée de telle façon qu'elle ne laisse pas la température de l'eau dépasser 120 centigr., et la vapeur est conduite dans l'utérus au moyen d'un cathéter double durant un quart à 4 minutes. Le col doit être d'abord largement dilaté et il doit y avoir un tube en caoutchouc qui recouvre le cathéter afin de ne pas brûler le col ce qui produirait une stricture. C'est un enthousiaste de la laparatomie

vaginale et il prétend être l'inventeur de la méthode de la fixation vaginale pour rétroversion ayant publié ses quinze premiers cas avant que personne n'en eût publié un seul. J'ai toujours été fortement opposé à cette opération avant d'être venu ici, mais depuis que j'ai vu Durlissen en opérer trois en une heure, aussi bien que plusieurs autres opérateurs qui font cette opération très vite, et après avoir entendu raconter ses avantages manifestes, j'ai été favorablement frappé de ce que j'en ai vu. Il ouvre le péritoine en deux minutes ou moins, descend les ovaires, les trompes et l'utérus, détruit tous les kystes avec l'ignipuncture, remplace le tout, passe un crin de Florence à travers le vagin, le péritoine, l'utérus et ressort de l'autre côté à travers le péritoine et le vagin. Il laisse ensuite cette suture sans la serrer maintenant, coud l'ouverture du péritoine avec une suture suivie au catgut, suture le vagin avec une autre rangée de catgut, après quoi il resserre la ligature à fixation. Je fis plusieurs questions sur l'opération d'Alexander, mais personne ne la fait ici. Quand je dis à Olshausen que je pouvais en général trouver le muscle rond les yeux fermés il m'invita à faire cette opération sur un de ces cas mais à l'examen on trouva son utérus adhérent et tout-à-fait défavorable. Le lendemain je vis Durlissen enlever l'appendice vennisiforme et les deux trompes renfermant du pus par l'abdomen, ce qu'il fait dans environ 25 pour cent des cas, et par le vagin dans 75 pour cent des cas. Le jour suivant il enleva deux trompes très fortement enflammées par du pus gonorrhéique par le vagin. Il y avait péritonite récente. Comme la malade était une jeune femme il lui laissa un ovaire et l'utérus. Ce cas-ci était un très beau cas vu qu'il fit le tout très vite et hors du vagin.

MACKENRODT, de Berlin, est un des grands hommes de l'avenir, s'il n'en est pas déjà un. Il semble ne pas avoir 40 ans et est un excellent opérateur. Je l'ai vu faire une opération césarienne et une extirpation totale subséquente de l'utérus pour cancer. L'enfant d'environ 8 mois est venu vivant et fort. Il y eut à peine suintement de sang. Aussitôt que l'enfant fut enlevé par l'ouverture dans l'utérus il mit deux ligatures de chaque côté et quelques autres temporairement sur le côté de l'utérus et coupa entre les deux jusqu'à ce qu'il atteignit les artères utérines qu'il ligatura. Il sépara alors la vessie et libéra l'utérus jusqu'à ce qu'il tint l'utérus et le vagina comme un tube libre jusqu'à la vulve. Il rechercha le col grossi et coupa le vagin plus bas non pas avec le bistouri mais avec un gros cautère électrique rouge cerise, son but étant de prévenir l'infection du péritoine. Le courant mesurait 17 ampères et provenait du courant à éclairage de la rue. L'asepsie de l'opérateur et de ses assistants demanda vingt grosses minutes bien comptées pour désinfecter leurs mains. Le professeur et ses assistants se tiennent à gauche des malades afin de se servir de leurs mains droites.

KOBLANOK, de Berlin, est le premier assistant d'Olshausen. Je l'ai vu enlever une grosse tumeur fibroïde de l'abdomen. Le cas était facile et il fit l'opération magnifiquement.

GUSSEROW que j'étais anxieux de voir n'a pas fait d'opération pendant que j'étais à Berlin. Non plus que Naegel, son assistant.

En terminant ma lettre de Berlin je dois dire franchement que j'ai vu plus ici en une seule journée que je n'ai jamais vu ailleurs et je ne puis trop dire la bonté avec laquelle j'ai été reçu par tous et par chacun. Presque tous les jours j'étais levé avant 6 heures afin de me rendre auprès d'Olshausen vers sept heures et de là j'allais

chez Laudan puis chez Durhssen ou Mackenrodt, et ensuite chez Martin où je restais jusqu'à environ deux heures. Je sentais alors que j'en avais vu assez pour une journée. Comme tous ces endroits sont à quelques minutes de marche les uns des autres Berlin offre des avantages spéciaux pour un cours postgradué.

Ma prochaine lettre vous entretiendra de Sauger, Zweifel et Jacobs.

#### SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC

Les médecins des asiles d'aliénés de la province de Québec, dont les noms suivent:—Arthur Vallée, surintendant médical de l'Asile d'aliénés de Québec; T. J. W. Burgess, surintendant médical du *Hospital for the Insane, Verdun*; L. M. A. Noël, surintendant médical de l'asile d'idiots, de St.-Ferdinand d'Halifax; E. J. Bourque, Médecin en Chef, Geo. Villeneuve, surintendant médical; F. E. Devlin, assistant surintendant, F. X. Perrault, A. J. Prieur, C. Laviolette et E. P. Chagnon, médecins assistants de l'Asile d'aliénés St.-Jean de Dieu, Longue-Pointe;—se réunissaient le 16 février 1898, à l'asile St.-Jean de Dieu, Longue-Pointe, afin d'organiser une société dont le but serait l'avancement de leur spécialité.

Il fut résolu que l'association porterait le nom de "Société Médico-Psychologique de Québec," et qu'elle se réunirait successivement dans les divers asiles de la Province.

Le bureau pour l'année 1898-99 a été constitué ainsi qu'il suit:

Président: Arthur Vallée, M. D., surintendant médical de l'asile d'aliénés de Québec;

Vice-Président: T. J. W. Burgess, M. D., surintendant médical du *Protestant Hospital for the Insane, Verdun*;

Secrétaire: E. P. Chagnon, M. D., médecin assistant de l'asile d'aliénés St. Jean de Dieu, Longue-Pointe.

La première réunion de la société s'est tenue le 4 juillet 1898, à l'asile d'aliénés St. Jean de Dieu, Longue-Pointe.

#### RAPPORT DE LA SEANCE.

Présidence de M. Vallée.

*Election de nouveaux membres*:—Les docteurs A. Marois, assistant surintendant, U. A. Bélanger, C. S. Roy, médecins assistants de l'asile d'aliénés de Québec; L. J. O. Siros, médecin de l'asile d'idiots de St.-Ferdinand d'Halifax, et J. V. Anglin, médecin assistant du *Protestant Hospital for the Insane, Verdun*, sont élus membres de l'association.

*Résolutions*:—Sur proposition de M. Villeneuve, appuyée par M. Burgess, l'honorable Secrétaire de la Province, M. J. E. Robidoux, est nommé à l'unanimité Patron de la Société.

Il est proposé et résolu:

1° Que M. Gustave Lamothe, C. R., soit nommé aviseur légal de la société;

2° Que les inspecteurs des asiles d'aliénés soient invités à faire partie de l'association;

3° Que MM. Villeneuve et Chagnon soient chargés de rédiger les règlements de la société;

4° Que la société a appris avec douleur la mort du regretté docteur L. M. A. Noël, surintendant médical de l'asile St.-Ferdinand d'Halifax, et membre de la société Médico-Psychologique de Québec, et qu'elle exprime à Madame Noël ses sympathies et ses plus sincères condoléances dans le malheur qui vient de la frapper;

5° Que les remerciements de la société soient présentés à Madame la Supérieure de l'Asile St. Jean de Dieu pour l'hospitalité qu'elle a bien voulu accorder à ses membres;

6° Que la société tienne sa deuxième séance en octobre prochain au *Protestant Hospital for the Insane, verdun*.

*Communications*:—Un cas de diabète traité par la protéine. M. DEVLIN fait part d'un cas de diabète qu'il traite actuellement au moyen de la protéine. Il a déjà constaté une notable amélioration.

#### INTERNEMENT DES ALIÉNÉS ET FORME DU CERTIFICAT MÉDICAL.

Parlant de l'admission des patients publics dans les asiles d'aliénés, le docteur Geo. Villeneuve dit que la plupart des certificats médicaux d'internement sont loin de répondre à l'importance de la mesure qu'ils ont pour effet d'autoriser.

Que l'individu soit dans les conditions requises par la loi pour être admis dans un asile d'aliénés, au point de vue mental, s'établit par le certificat médical rédigé suivant les formules B et C, signées par le même médecin et attestées sous serment.

C'est sur les constatations du médecin et les faits consignés dans le certificat médical, que sera basée la décision administrative de l'internement par le surintendant médical; c'est aussi le caractère plus ou moins grave des faits allégués dans ce certificat qui justifiera le maintien de l'individu à l'asile, pendant un temps plus ou moins long, sous observation, ou même donnera un caractère définitif à la séquestration, dans certains cas.

C'est dire que cette pièce est d'une importance capitale, puisque c'est sur elle que repose, pour la plus grande part, les mesures relatives à l'internement de l'individu, et qu'elle a une grande influence sur son maintien à l'asile et sa sortie.

Je me suis ému maintes fois de l'insuffisance de beaucoup de certificats médicaux, de la légèreté et de l'insouciance avec lesquelles ils sont souvent donnés, de la futilité des motifs invoqués, de la facilité avec laquelle les médecins acceptent, sans en contrôler la véracité, les renseignements fournis par les parents ou les amis, souvent intéressés à tromper le médecin. On a aussi cherché à obtenir, à ma connaissance, l'internement d'enfants insoumis, de sourds-muets incommodes, de vieillards encombrants par leur sénilité, de malades parvenus à la dernière période d'affections chroniques, comme l'ataxie locomotrice, par exemple, tombés dans le marasme et devenus absolument impotents.

On a aussi amené à l'asile des cas de fièvre typhoïde, des cas de méningite, d'encéphalites, parce que le médecin ne s'était pas assez arrêté au diagnostic.

La loi a eu soin d'énoncer, cependant, que le certificat médical doit constater l'état mental du patient, indiquer les particularités de la maladie, la nécessité de le faire traiter dans un asile d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

C'est-à-dire que ce document doit caractériser et énumérer les symptômes et les faits observés personnellement par le signataire et constituant la preuve de la folie; il doit en outre exposer les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un asile d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

Etant donné qu'un individu est aliéné, j'ai dit, au commencement de ce sujet, que son internement pouvait se justifier, soit comme mesure de thérapeutique, d'assistance ou de sécurité publique et privée, et d'ordre public.

A part la certitude que l'individu est aliéné, le surintendant médical devra trouver dans le certificat médical, une raison suffisante pour l'interner, à l'un de ces trois points de vue. Ce ne sont pas de vagues présomptions, ce sont des faits que le médecin devra apporter à l'appui de son opinion, lorsque les indications de l'internement ne se déduisent pas exclusivement de la forme particulière d'aliénation mentale dont souffre l'individu.

Il peut arriver des circonstances où le concours d'un magistrat soit d'une utilité incontestable, c'est lorsque le médecin est obligé de s'en rapporter, pour une partie, aux renseignements qui lui sont fournis par les intéressés, et lorsque des investigations et des enquêtes sont nécessaires pour établir la valeur des informations sur lesquelles le médecin doit s'appuyer, ou lorsqu'il s'agit d'internements contestés, ou d'individus, comme des persécutés ou des persécuteurs, dont la séquestration pourrait soulever des difficultés plus tard.



Dans ces cas, il est bon de procéder, en vertu de la législation des aliénés dangereux, devant un juge de paix, de faire prendre les dépositions des témoins des faits et gestes du malade et de le faire interner en vertu d'un mandat régulièrement émané par le juge de paix devant lequel l'affaire a été entendue.

Je crois que le certificat médical devrait être modifié à la façon de celui d'Angleterre et de l'Etat de New-York, en le divisant en deux parties bien distinctes. Dans le premier, le médecin devrait déclarer quels sont les symptômes observés par lui et qui constituent à ses yeux la preuve de folie, et dans la deuxième, il devrait consigner les faits qui lui ont été rapportés en nommant les personnes de qui il tient ces renseignements.

Cette communication de M. Villeneuve donne lieu à une discussion générale, et la question reste à l'ordre du jour de la prochaine séance.

#### ERUPTION RUBEOLIFORME PRODUITE PAR LE SULFONAL.

M. Burgess rapporte un cas ayant présenté, à la suite de l'usage du sulfonal, une éruption ressemblant tellement à celle de la rougeole, qu'elle aurait pu être facilement confondue avec cette dernière.

#### UN CAS DE SITIOPHOBIE; GUÉRISON PAR LE SULFONAL.

Le Dr A. Vallée cite un cas dans lequel le sulfonal semble avoir eu un excellent résultat contre la sitiophobie chez une aliénée: A. B., âgée de 26 ans, fut admise à l'asile d'aliénés de Québec, le 1er mai 1893. Lors de son admission cette fille souffrait de mélancolie avec stupeur. Elle était dans un état de mutisme complet et refusait toute nourriture. Après avoir essayé en vain de lui faire prendre quelque aliment nous dûmes recourir au gavage au moyen d'un tube œsophagien. Pendant de longs mois cette fille resta plongée dans le même état de stupeur. Elle était muette, immobile, la tête inclinée sur la poitrine, indifférente à tout ce qui l'entourait et absorbée par ses conceptions délirantes. Malgré les toxiques, les stimulants, l'électricité, l'hydrothérapie et une diète généreuse on ne put obtenir la moindre amélioration dans son état mental. Elle continuait de rester muette, de refuser de manger et d'offrir de plus en plus de résistance à l'alimentation artificielle.

Comme toujours dans ces cas les fonctions organiques faisaient grandement défaut. La nutrition était en souffrance, les extrémités étaient froides, cyanosées, la malade maigrissait à vue d'œil et versait dans le gâtisme. Il n'y avait donc guère d'espoir d'amélioration prochaine.

Dans le numéro d'octobre 1893 du *Journal of Mental science* je lus une courte note du Dr Brough sur l'emploi du sulfonal chez les aliénés qui refusent de manger. Le Dr Brough rapportait cinq observations qui me paraissaient assez probantes. Je résolus d'essayer de vaincre par ce moyen l'obstination de ma malade. Le 10 de novembre au soir je fis donner 40 grains de sulfonal à A. B. Elle dormit d'un profond sommeil toute la nuit et le lendemain matin, en se levant, elle fit signe aux infirmières de lui donner à manger. On lui apporte de la nourriture qu'elle dévore gloutonnement. Le sulfonal a été prescrit pendant quelques jours et depuis lors l'appétit ne s'est jamais ralenti et cette malade a continué de manger de bon gré. Aujourd'hui l'état mental n'est pas beaucoup meilleur, mais A. B. est plus éveillée, elle parle plus volontiers et sa santé générale est excellente.

#### CORPS ÉTRANGER DE L'INTESTIN MORT; AUTOPSIE

Monsieur Burgess.—R. S. 32 ans. Démence chronique. 3 juillet 1898.—Diarrhée légère. Peu ou pas de douleur, aucun trouble constitutionnel. Pilules de plomb et opium; diarrhée cesse. Est tenu au lit.

7 juillet.—Se plaint d'une douleur légère à l'abdomen, mais ne présente aucun signe de sensibilité et pas de symptômes constitutionnels. Diarrhée réapparaît.

9 juillet.—Accuse de nouveau des douleurs à l'abdomen, sensibilité légère à la pression et quelque peu de tympanisme. Plusieurs vomissements durant la journée, mais pas de diarrhée. Pouls plus rapide, mais plein et mou. Élévation de température de 1 degré. L'on soupçonne une appendicite.

10 juillet.—N'a pas dormi du tout la nuit dernière, malgré une pleine dose de morphine; état empiré ce matin. Vomissements constants avec symptômes de collapsus. Pouls et température plus élevés. Grande sensibilité à l'abdomen, spécialement du côté droit. Docteur Armstrong appelé en consultation, décide qu'il est trop tard pour une intervention opératoire. Malade meurt à 2.40 heures après-midi.

#### AUTOPSIE PRATIQUÉE LE 11 JUILLET 1898.

Le cadavre est celui d'un jeune homme mort il y a 20 heures. Rigidité cadavérique complète. Lividité cadavérique bien marquée sur le dos, les côtés et les cuisses. Signes de putréfaction commençante sur la partie antérieure de l'abdomen qui est distendue. Tissu graisseux sous-cutané absent. Muscles d'un rouge foncé.

En ouvrant l'abdomen, jaillit un liquide abondant, trouble et brunâtre à odeur fécale. Du côté gauche, au niveau de l'ombilic, se trouve une petite plaque gangréneuse, d'où sort un morceau d'aiguille brisée. L'omentum très enflammé, est adhérent aux couches sous-jacentes de l'intestin; il est aussi raccourci et épaissi. Les intestins sont rouges et très distendus; ils sont agglutinés les uns aux autres par de légères adhérences récentes. Le colon transverse est très élevé, caché par les côtes. Les dernières anses du petit intestin sont affaissées et très rouges.

*Intestins.*—En palpant le grand omentum, près de l'endroit où il est adhérent, un autre fragment d'aiguille est découvert. En séparant les anses intestinales de la portion affaissée de l'intestin, l'on trouve un fil de fer (épingle à cheveux) qui pénètre le mésentère à environ deux pouces du bord de l'intestin, pénétrant aussi l'un des anses de l'iléum. Ce fil de fer se dirige en arrière, passe à travers la séreuse d'une seconde anse de l'iléum, et va enfin se loger dans le muscle carré des lombes gauches.

Les intestins sont normaux jusqu'à une distance d'environ trois pieds de la valvule iléo-cœcale. De là l'intestin est très dilaté, ses parois et son mésentère sont très épaissis et enflammés. Cet état existe sur une longueur d'environ dix-huit pouces, jusqu'à l'endroit où la constriction a eu lieu à travers le mésentère de l'intestin. En ouvrant cette partie affectée, à près de dix-huit pouces de la valvule iléo-cœcale, l'on tombe sur trois ou quatre lacérations de l'intestin à bords réguliers, semblables à celles infligées par un instrument tranchant. A cet endroit, la perforation avait eu lieu. A chaque endroit où le fil de fer est venu en contact avec les tissus, se rencontre une coloration brunâtre, rouillée. L'appendice était enflammé extérieurement, mais était normal à l'intérieur.

*Estomac.*—Normal. Aucune trace d'inflammation.

*Reins.*—Dimensions normales. Capsules normales. Pâles à la section. Bassinet normal.

*Rate.*—Petite, molle. Capsule ridée. Pâle et ferme à la section. Poids, 2 onces.

*Foie.*—Congestionné. Lobules indistincts.

*Cœur.*—Cœur droit contient un caillot mou et rouge, le gauche est contracté et vide. Valvules normales.

*Poumons.*—Poumon droit n'est pas adhérent, est quelque peu congestionné et crépitant à la section dans toute son étendue. Poids 19 onces. Poumon gauche est adhérent par son lobe inférieur, postérieurement et au diaphragme. Poids 16 onces. Les bronches des 2 poumons sont normales.

*Cerveau.*—N'a pas été examiné.

## DIAGNOSTIC ANATOMIQUE.

Péritonite septique à la suite de perforation de l'iléum par corps étranger. Obstruction intestinale. Etranglement. Aiguille dans le mésentère et les parois abdominales. Oedème des poumons. Gonflement du cœur, du foie et des reins.

L'opinion formée fut que l'épingle à cheveux avait probablement été avalée depuis un certain temps, vu qu'il n'y avait aucune trace d'irritation à l'estomac; qu'elle avait passé à travers cet organe et s'était logée dans l'intestin; que, durant son acheminement, les mouvements péristaltiques de l'intestin l'avaient partiellement redressée, et que, arrêtée dans sa marche, elle avait perforé l'intestin et était venue se fixer dans le muscle carré des lombes.

## INFLUENCE D'UN TRAUMATISME SUR CERTAINES AFFECTIONS MENTALES

Le Dr A. Vallée cite un fait tendant à démontrer l'influence d'un traumatisme sur certaines affections mentales. Le 12 mars 1894, nous recevions à l'asile d'aliénés de Québec un homme L. T. de 62 ans qui, à la suite d'embarras de fortune et d'excès alcooliques, était tombé dans un état de mélancolie profonde. Cette affection durait depuis cinq mois lors de son admission à l'asile. Il était alors triste, abattu, désespéré, se croyant *damné pour 99 ans*. Sous l'empire de ces sentiments pénibles, il se confinait dans le silence et l'isolement. Rien ne pouvait le sortir de là et il opposait une résistance passive à toutes les exhortations encourageantes.

La santé générale subissait l'influence de cette grande dépression morale. L'insomnie et le refus de manger contribuaient en outre à miner L. T. rapidement. Enfin dans le cours du mois d'avril, il était tellement faible et amaigri qu'il fut envoyé à l'infirmerie. Le 3 de mai vers les trois heures de l'après midi on me fait appeler en toute hâte pour lui enlever un corps étranger qu'il s'était enfoncé dans l'œil. En arrivant je le trouve tranquillement assis près de son lit et ne voulant pas répondre à ce que je lui demande. Je constate un point noir à l'angle interne de l'œil droit. C'était une tête de clou, mais d'un clou de quatre pouces dont je fis l'extraction après avoir fait coucher le malade.

A ce moment L. T. présentait des symptômes inquiétants; la face était pâle et très altérée, les extrémités froides, le pouls filiforme et il y avait paralysie du bras et de la jambe gauche.

Le lendemain l'état général s'était amélioré, mais l'hémiplégie persistait. Le 5 de mai, deux jours après l'accident, des convulsions partielles se manifestent au visage, à la commissure des lèvres, au cou et s'étendant jusqu'au bras du côté gauche. Ces accidents ne durent qu'une journée.

Le 8 de mai l'hémiplégie s'améliore et en même temps le malade semble plus lucide. Après 3 ou 4 jours, il se lève; tous les accidents nerveux sont disparus. Il ne reste plus qu'un peu de strabisme divergent de l'œil droit qui persista pendant une quinzaine de jours.

L'amélioration de l'état physique et mental se continua graduellement. Dans les derniers jours du mois de mai L. T. sort librement autour de l'asile; il se rend très bien compte de ce qui lui est arrivé, il se rappelle très bien s'être enfoncé ce clou dans l'œil, sans savoir pourquoi — "Ça lui disait", dit-il.

Enfin le 15 juillet il quitte l'asile parfaitement guéri depuis plus d'un mois. Il avait été gardé à sa propre demande.

Je me rappelle un autre cas analogue de guérison prompte à la suite d'un traumatisme. Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui avait été amené à l'asile dans un état de violente excitation maniaque. Quelques semaines après son arrivée il se prend de querelle avec un autre malade de sa salle. Dans la bataille son adversaire lui fait une profonde morsure au pouce. Immédiatement à la suite de cette blessure C. R. est pris d'un tremblement nerveux intense, qui

dure environ une heure, ce tremblement cesse et le malade a recouvré sa raison. La guérison se maintient et C. R. quitte l'asile peu de temps après parfaitement guéri.

Et la séance est levée.

E. P. CHAGNON  
Secrétaire

## Congres de Nantes (1)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES  
4-11 Août 1898

*De l'illégitimité de l'hypothèse de Koch en ce qui regarde les origines de la Tuberculose.*

M. le Dr BOUCHER (de St-Servan), membre de la Société d'Épidémiologie.—Disons de suite que ce mémoire nous apparaît dans ses conclusions comme une revendication de la médecine traditionnelle française contre la bactériologie, que l'auteur considère comme une invention malheureuse venue d'Allemagne.

Il commence ainsi: "Si l'on met en parallèle, d'un côté, la marche prodigieusement envahissante de la tuberculose, de l'autre, les moyens proposés par la bactériologie pour combattre le fléau, moyens qui succinctement se résument en l'obligation pour tous de porter avec soi un antiseptique crachoir, d'expectorer dedans et jamais à côté, on se trouve forcément conduit à se demander si la théorie qui aboutit à des conclusions de ce genre repose sur des données légitimes, et si ces conclusions ne sont pas simplement un aveu d'incurable impuissance; car, en réalité, à une théorie insoutenable correspond toujours une pratique impraticable. Après cet exorde, le docteur Boucher, pour faire ressortir que le bacille de Koch n'est pour rien dans la genèse de la tuberculose, établit, en s'appuyant sur les expériences de Malassez, de Vignal, de Pfeifer, de Courmont, etc., etc., que bien d'autres bacilles déterminent des lésions parfaitement tuberculeuses puisque l'on y trouve des cellules épithélioïdes, des cellules géantes, etc., etc. Il démontre ensuite, en signalant les résultats des expériences de Solles, de Bordeaux, de Bang, de Csokor, d'Ernst, etc., que, sans l'intervention d'aucun bacille, on détermine également des lésions tuberculeuses. Rappelant enfin les travaux de Strauss et de Dieulafoy, qui trouvèrent le bacille dit spécifique en des organes sains et parfaitement indemnes, il conclut: 1° Que le bacille de Koch n'est pour rien dans la tuberculose; 2° Que les différents bacilles, qu'ils soient de Koch ou d'autres inventeurs, ne sont que des éléments vivant ordinairement en nos économies sans aucune propriété nocive, et qui ont proliféré au contact du foyer d'inflammation primitivement formé. Qu'en réalité donc les microbes infectieux sont simplement des produits de la lésion, et non les causes de cette lésion.

Dans ces conditions, l'hypothèse secondaire de la contagion pour le microbe ne se peut plus soutenir. Pour le démontrer, l'auteur nous dit ceci: "La tuberculose existant et étant signalée bien avant les temps messianiques, il s'ensuit que le microbe devait, en ces temps reculés, jouir des mêmes propriétés qu'on lui reconnaît aujourd'hui: il devait être contagieux. De plus, comme les conditions de vie, d'hygiène générale, étaient considérablement inférieures à celles que nous possédons, comme l'antisepsie était chose absolument inconnue, la contagion aurait dû s'observer plus encore qu'en nos époques de bien être et de confort. Comment donc expliquer le peu de cas que les anciens faisaient de la contagion, considérée de nos jours comme cause de cet accroissement colossal de la tuberculose, et comment expliquer ces paroles de Laënnec: "Il ne paraît pas que la tuberculose soit contagieuse."

Il y a donc là une antinomie frappante, qui permet de saisir la valeur exacte de l'hypothèse. D'ailleurs, les observations sur les-

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale  
93 Boulevard Saint-Germain, Paris.

quelles on la veut appuyer ne prouvent rien absolument, car les cas de tuberculose s'étant considérablement accrues dans ces dernières années doivent se retrouver plus nombreux qu'autrefois dans les différents endroits où les humains se réunissent, c'est-à-dire dans les classes, les bureaux, les familles, etc.

Ces observations sont certes des constatations, mais ne peuvent à aucun titre servir d'explications. Après avoir démontré que cette exagération de la tuberculose provient précisément des inoculations vaccinales et autres devenues intensives sous l'influence de la bactériologie, l'auteur pose ces conclusions :

CONCLUSIONS.—Les bactériologues en détruisant la médecine, ont donc en même temps brisé le caducée d'Esculape dont les débris se sont, dans leurs mains, transformés en un glaive exterminateur.

Il importe, par conséquent, de lancer au plus tôt par-dessus bord cette fantasmagorie microbienne projetée sur le monde par la victorieuse Allemagne. La médecine alors reprendra sa marche en avant, et les échos de la science, qui depuis trente ans bientôt ne font plus que répéter les noms tous étrangers des inventeurs de microbes, rediront les gloires françaises, celles-là étincelantes et pures, la gloire des Laënnec, des Trousseau, des Peter, qui resplendit bien haut au-dessus des ténèbres en lesquelles s'agitent les bactériologues et la bactériologie.

— — —

*Théorie rationnelle du principe vital et des influences  
qu'exerce le milieu atmosphérique sur la production  
du phénomène morbide.*

M. le Dr BOUCHER (de Saint-Servan), de la société française d'hygiène.—Pour établir sa théorie, M. Boucher part d'un fait très simple. Prenons, dit-il, une graine quelconque pour la faire germer c'est-à-dire pour que la vie devienne en elle manifeste ; il est nécessaire de l'enfouir en la terre, et en un lieu où la lumière et la chaleur du soleil puissent pénétrer. Les forces qui entrent en jeu sont donc, d'une part, celles qui proviennent de la terre et, d'autre part, les forces provenant du soleil. En 1833, Herschell avait démontré l'action considérable qu'exercent les rayons du soleil sur les mouvements que l'on observe à la surface de la terre. C'est cette théorie que l'auteur reprend et qu'il complète en y ajoutant les actions des forces de la planète, et en exposant le mécanisme qui les explique. Suivant lui, ces différentes forces qui font jaillir la vie : chaleur et magnétisme terrestres d'une part ; électricité, chaleur, lumière solaires d'autre part, se dirigeant en sens inverse les unes des autres, c'est-à-dire allant de la terre vers le soleil et du soleil vers la terre, se rencontrent et s'interfèrent, constituant aux points d'interférence ce qu'il appelle des nœuds vitaux, différents les uns des autres suivant les différentes proportions en lesquelles se trouvent combinées ces forces.

Ces éléments possèdent, bien entendu, les propriétés constitutives des agents qui les composent et entre autres la puissance d'attraction. C'est ainsi que viennent s'agglomérer autour d'eux les atomes matériels, différents suivant l'intensité et la nature des forces qui agissent sur eux. Dès lors la matière et la force sont sorties du chaos où l'une et l'autre étaient plongées. Elles ont quitté les sphères des potentialités pour entrer dans le monde des réalités. L'entité, la monade se trouvent dès ce moment créées ; elles se composent de forces et de matières indissolublement unies désormais, et possèdent, comme propriétés les propriétés d'attraction et de répulsion, car l'une ne peut plus exister sans l'autre. Et, en effet, dit M. Boucher, l'énergie individualisée, concrétée maintenant en sa gangue de matière, attire vers elle les énergies similaires de l'ambiance, tandis que les éléments matériels ne laissent pas pénétrer, c'est-à-dire repoussent les forces différentes de celles qu'ils retiennent. Tel est l'expir, tel est l'inspir que tous corps possèdent, et que l'on peut exprimer encore par les noms de fluide positif, fluide négatif, attraction et répulsion. Cette force individualisée constitue donc la force vitale de

cette entité, qui ne peut, bien entendu, se maintenir en son état normale que lorsque l'attraction équilibre la répulsion, elle se détruit dans le cas contraire.

Après avoir démontré que les mêmes phénomènes se passent en tous les êtres considérés comme agrégats moléculaires, l'auteur définit ainsi la vie : L'ensemble des actions et des réactions qui s'exercent entre la force matérialisée et les forces extérieures. Il s'ensuit donc, conclut-il, que c'est à la météorologie et non à la bactériologie qu'il faut demander la causes de la santé et les causes de la maladie. Car les variations qui s'observent dans les énergies extérieures ont leur fatale répercussion sur la vie des cellules organiques, c'est-à-dire sur leur fonctionnement. Et ce que l'on peut déjà dire, ce qu'il a démontré dans une étude sur les origines épidémiques c'est que dans ces deux cas, soit qu'il y ait exagération, soit qu'il y ait dépression des forces électro-magnétiques de l'ambiance, la cellule organique, ne fonctionnant plus normalement, produit des sécrétions toxiques, sécrétions qui expliquent complètement, étant donné les différentes idiosyncraties, les différentes formes morbides.

Après avoir fait ressortir que l'exagération ou l'absence d'ozone correspond précisément à ces exagérations ou à ces dépressions électro-magnétiques et coïncide avec l'apparition de diverses manifestations épidémiques, après avoir également indiqué l'importance capitale des études faites à ce sujet par van Basteleer et Foveau de Courmelles, l'auteur conclut ainsi : 1° L'existence d'un principe vital reconnu par toute la médecine traditionnelle est indéniable et peut être rationnellement démontré ; 2° L'intégralité de cette énergies vitales indépendante des énergies qui composent l'ambiance, c'est dans l'étude des forces constitutives du milieu extérieur qu'il convient rechercher les origines morbides ; 3° La thérapeutique naturaliste basée sur l'emploi des seules forces de la nature : l'électricité, le magnétisme, les alcaloïdes, les eaux minérales, est la seule légitime, efficace et bienfaisante. C'est elle qui doit remplacer les inoculations virulentes qui n'ont eu qu'un seul résultat : jeter en les économies humaines des germes infectieux.

## REVUE DES JOURNAUX

### La Fièvre de Digestion chez les enfants

Clinique du Dr J. COMBY

*Le laboratoire de poisons* qu'est le tube digestif, n'est à aucun âge plus actif, plus menaçant, qu'à l'âge tendre, et on peut dire que la gravité des *auto-intoxications* d'ordre digestif est en raison inverse de l'âge.

Chez les nouveau-nés, chez les nourrissons, les effets de la *toxi-infection* sont parfois foudroyants, et la mortalité par cette cause effrayante. Dans la seconde enfance, les accidents s'atténuent quoiqu'ils puissent de temps à autre nous offrir le tableau du choléra infantile.

Mais, d'autres fois, nous avons la *menue monnaie* de ces états morbides, et, sous le nom de *fièvre de digestion*, nous allons précisément décrire les manifestations fébriles légères ou de moyenne gravité en rapport avec une élaboration vicieuse des aliments.

La fièvre de digestion est connue depuis longtemps, mais à Charrin revient le mérite de l'avoir bien étudiée et de lui avoir imposé ce nom.

Pour lui, les sécrétions digestives sont pyrétogènes, et si la fièvre qui en dérive a des allures intermittentes, cela tient à l'intermittence même de ces sécrétions. Il ne fallait donc pas attaquer l'intermittence par la quinine, mais remonter à la cause, c'est-à-dire modifier le régime de l'enfant. Un de nos distingués confrères, le Dr H. Grasset, de Nogent-sur-Marno, a décrit les mêmes accidents.

Les enfants chez qui se présente cette fièvre de digestion sont déjà grands, ils sont sevrés depuis plus ou moins longtemps, ils

mangent de tout comme leurs parents, et, par suite, sont plus exposés que les nourrissons à commettre des excès alimentaires. C'est dans la seconde enfance, entre 3 et 10 ans, que j'ai rencontré surtout la fièvre de digestion.

J'ai appris que tous ou presque tous sont des dyspeptiques habituels, latents ou manifestes ; la plupart ont été nourris au biberon, ont marché tard, ont été rachitiques ; de bonne heure, ils ont été soumis à une alimentation défectueuse ; ils sont devenus gros mangeurs, grands buveurs. Aucune règle n'a présidé ni à leurs repas, ni à la qualité ou à la quantité des aliments et des boissons qu'on leur a donnés.

Souvent on retrouve chez eux les symptômes permanents de la dyspepsie atonique, de la dilatation de l'estomac, etc.

Mangeant trop ou mal, buvant trop, mangeant des aliments indigestes, buvant du vin, des liqueurs fermentées, les enfants sont toujours en imminence d'accidents aigus, greffés sur une dyspepsie chronique. L'influence des saisons ne m'a pas semblé appréciable. Toutefois les chaleurs de l'été, en portant les enfants à boire plus que de coutume, favorisent peut-être l'apparition des accidents.

L'enfant se présente à vous, pâle, sans appétit, sans force et sans énergie. Il a tous les soirs, quelques heures après le repas, un accès de fièvre généralement modérée. Il vient de se coucher et tarde à s'endormir ; il est agité, ses pommettes rougissent, son corps présente de la moiteur ou des sueurs abondantes, la peau est chaude au contact ; la nuit est mauvaise, le sommeil, est interrompu par des cauchemars. Le matin, l'enfant n'a plus de fièvre, mais il reste pâle et languissant comme d'habitude.

Les accès peuvent revenir tous les soirs ou seulement de temps à autre, avec des écarts plus ou moins longs, qui varient de quelques jours à une, deux, trois, quatre semaines et davantage.

Le plus souvent la fièvre est modérée ; le thermomètre marque 38° ou 38°, 5, quelquefois l'accès est fort (40°, 41°) et prolongé ; au lieu de quelques heures, il dure un à trois jours ; les grands accès ne se voient que dans les formes à retour éloignés.

Quand on a étudié les enfants qui présentent ces accès fébriles, on voit qu'ils n'ont rien du côté du foie et de la rate ; ils ne sont pas sous le coup de l'infection palustre. Mais leurs digestions laissent à désirer ; il y a de la constipation habituelle, de l'anorexie plus souvent que de la boulimie, de la polydipsie presque toujours, quelquefois des selles fétides. La langue est généralement saburrale.

Les formes du mal sont variables, l'important est de les reconnaître, ne pas surtout croire à des fièvres palustres. Quand le traitement intervient de bonne heure, le malade guérit assez vite, et le pronostic n'offre aucune gravité. Sinon les troubles digestifs s'aggravent et à la fièvre de digestion se substitue une gastro-entérite plus ou moins grave, de l'entérite muco-membraneuse, etc., etc.

Le traitement comprend : 1° un bon régime, condition *sine qua non* ; 2° quelques médicaments épéptiques.

On se gardera de donner la quinine, le quinquina et les toniques alcooliques en général, qui ne feraient qu'aggraver la situation. Cette thérapeutique incendiaire doit être écartée absolument.

**Régime alimentaire.** On interdira l'usage du vin et des mets excitants ou échauffants, sauces épicées, acidités, sucreries, pâtisseries, charcuterie, viandes faisandées. On ne donnera pas la viande crue dont la pâleur des enfants semble indiquer l'emploi. Cette viande crue, comme les crudités en général, favorise les fermentations anormales du tube digestif et aggrave la situation.

Les enfants seront soumis à un régime surtout végétarien ; pain grillé, panades et soupes épaisses, purées de légumes secs, œufs, œufs au lait, fruits cuits, etc.

On donnera une fois par jour seulement des viandes tendres ; cervelle, ris-de-veau, côtelettes d'agneau, poulet, pigeon.

Les repas seront au nombre de trois seulement : le 1er à 7 ou 8 heures du matin, léger ; le 2e à 11 ou 12 heures, copieux ; le 3e à 6 ou 7 heures du soir, moins abondant.

Le taux des boissons sera réduit.

L'enfant devra se contenter, à chaque repas, d'un verre (200 grammes environ) de lait ou d'eau.

En résumé : pas d'alcool, pas d'aliments durs, crus, indigestes ; usage très modéré de la viande, aliments bien cuits, en purée le plus souvent, peu de boissons.

2° **Médicaments.** — Les enfants étant habituellement, pour ne pas dire toujours, constipés, il faut lever cet obstacle qui favorise l'auto-intoxication. Cela ne veut pas dire qu'il faut user ou abuser des purgatifs et des lavements. Les purgatifs n'agissent que momentanément, ils irritent l'intestin, et laissent après eux une constipation aussi opiniâtre qu'avant leur emploi. Les lavements distendent le gros intestin, accroissent sa paresse et son inertie : d'où la nécessité d'y avoir recours journallement. Ce n'est pas une solution.

A l'aide d'un bon régime, dans lequel on fera entrer quelques aliments laxatifs par eux-mêmes (épinards, oseille, chicorée cuite, pruneaux, marmelade de pommes), on arrivera à la longue à obtenir des garde-robes quotidiennes et spontanées. Pour compléter l'effet du régime, on donnera, pendant plusieurs jours, une petite dose de magnésie ou de rhubarbe associée à quelques substances antiseptiques et eupéptiques, soit :

Bicarbonat de soude.....	0 gr. 30
Magnésie calcinée.....	0 gr. 25
Poudre de noix vomique.....	2 à 3 centigr.

Pour un paquet ; en prendre deux par jour, avant le repas, dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée.

Continuer pendant huit à dix jours.

Donnez-lui également de la pepsine. Quand l'enfant a la langue saburrale on lui donne le calomel à doses fractionnées :

Calomel à la vapeur.....	1 à 2 centigr.
Sucre de lait.....	50 centigr.

Pour un paquet, en prendre 4 ou 5 dans la journée (un toutes les deux heures) pendant trois ou quatre jours. Il est bien rare que cette thérapeutique reste sans effet ; pour mon compte, je ne l'ai jamais vue en défaut.

(Le Correspondant Méd.)

## FORMULAIRE

### Adénite scrofuleuse chez les jeunes enfants.

(DAUCHEZ).

L'usage des vésicatoires sera sévèrement prohibé. On préférera les révulsifs doux, tels que les badigeonnages iodés suivis d'applications d'amplâtre de Vigo *cum mercurio* à 24 heures d'intervalle. On pourra ainsi envelopper le cou de flanelles imbibées de la solution suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque.....	} à à 10 gr.
Teinture d'arnica.....	
Vinaigre camphré.....	} à à 75 gr.
Eau-de-vie camphrée.....	
Infusion de rue.....	300 gr.

Usage externe.

A l'intérieur, l'enfant sera soumis à l'usage de l'huile de foie de morue iodée à doses croissantes (2 à 6 et 8 cuillerées à café par jour).

En cas d'intolérance, on remplacera l'huile de foie de morue par l'une des trois préparations suivantes :

Vin arsenical.

Vin phosphaté.....	} à à 150 gr.
Glycérine médicale.....	
Arséniate de soude.....	0 gr. 05

Une à deux cuillerées à dessert par jour (aux grands repas).

Reduire la dose en cas de diarrhée.

## A PROPOS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

L'Association Médicale Canadienne fondée à Québec, il y a près d'un tiers de siècle, a tenu la semaine dernière sa 31e convention annuelle à l'Université Laval.

Si nous en jugeons par les travaux présentés et lus et par la renommée de leurs distingués auteurs nous n'avons aucun doute que les séances des 17, 18 et 19 derniers ont dû être très intéressantes et très instructives pour les médecins présents.

On nous a dit, et nous ajoutons foi facilement à cette affirmation que, sous le rapport littéraire et scientifique, la Convention a rencontré un succès éclatant.

Nous en sommes fiers et contents pour Québec, le berceau de cette association, et en notre qualité de porte-voix de la faculté dans notre district nous félicitons cordialement Messieurs les médecins de cette ville qui avaient tenu à honneur de recevoir dignement leurs confrères étrangers.

Ceux-ci ne leur ont pas ménagé, paraît-il, leurs bonnes appréciations.

Tant mieux !

Le mérite en revient à M. le président local et aux autres membres du comité de réception, à une exception près, ainsi qu'aux membres de la Société Médicale comme à tous les médecins de Québec qui se sont chargés des frais de l'organisation.

Encore une fois *La Revue Médicale*, éliminée des fêtes, se déclare néanmoins satisfaite de l'heureux résultat obtenu.

Tous ceux qui connaissent les sacrifices considérables que nous avons eu à encourir dans la fondation et le maintien de notre journal savent combien nous avons à cœur les intérêts professionnels de notre district et partant, combien notre plaisir doit être sincère à la nouvelle du succès des travaux de l'Association à Québec et de la satisfaction explicite de ses membres.

Mais autant nous nous plaignons à reconnaître ce qui a été fait, autant nous nous faisons un devoir de signaler ce qui n'a pas été fait et ce qui aurait dû l'être.

Quoique grossièrement ostracisée par certain officier local de l'Association assurément trop vertigineux pour occuper des positions aussi élevées *La Revue Médicale* a suivi autant que possible les péripéties de la Convention.

Au cours d'une entrevue avec le président même de l'Association, M. le Dr Beausoleil, celui-ci a déploré amèrement l'absence des canadiens-français à la Convention, ce qui a naturellement influé sur la composition du bureau des officiers.

Eh bien ! veut-on savoir comment il se fait qu'au lieu de 500 à 600 médecins attendus il n'y en a eu tout au plus 50 à 60 ?

Le secret est facile à découvrir.

C'est qu'il a été commis dans l'organisation une faute grave d'ignorance ou d'incompétence de la part du secrétaire local, M. le Dr Marois.

Si celui-ci n'a assurément rien à partager dans le mérite de la partie scientifique de la Convention, d'un autre côté c'est sur lui et lui seul que retombe le tort d'avoir causé l'abstention d'un bon nombre de médecins du district, en tête desquels on peut citer à témoin le directeur propriétaire de *La Revue Médicale*.

Dans toute organisation c'est le secrétaire qui est chargé de la correspondance et de la publication des annonces.

Pour réaliser une nombreuse assistance comme cela était désirable dans la circonstance il semble qu'une lettre circulaire à

tous les médecins du district de Québec les priant de venir en grand nombre et leur expliquant les conditions à remplir n'eût pas été de trop.

M. le Dr Marois s'est exempté de ce trouble en se contentant de faire publier dans *La Revue Médicale* un petit entrefilet, à moitié fait, priant les médecins de profiter de l'occasion pour prendre un congé et venir assister aux délibérations de l'Association.

Quelques-uns ont fait les frais d'un voyage dispendieux de plusieurs lieues, mais quel ne fut pas leur étonnement en rencontrant à la porte, soit un gardien de la paix, soit une autre personne chargée de leur crier, halte !

On conçoit l'humiliation.

Les uns ont eu le courage d'oublier l'affront sachant d'où il venait et se sont conformés aux exigences ; mais les autres sont retournés en maugréant à bon droit.

Il paraît que pour profiter de l'invitation de M. Marois rédigée en termes si généreux, il fallait en arrivant à Québec verser entre ses mains un certain montant, chose que chacun ignorait grâce à la signification toute autre de l'entrefilet de M. Marois.

Et voilà pour ceux qui se sont déplacés. Mais il n'y a aucun doute que plusieurs autres seraient venus à la Convention si on leur avait fait connaître les conditions de leur admission.

Ne le sachant pas, et probablement ne voyant rien de publié dans les journaux de médecine,—pas même le programme,—l'en train a manqué et de là, l'abstention.

Avec un peu de tact et de savoir-faire de la part du secrétaire Marois en cette occasion le district eût été représenté en beaucoup plus grand nombre et la remarque de M. le Président n'aurait probablement pas eu sa raison d'être.

LA DIRECTION.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La carie dentaire et son traitement

Par M. le Dr. J. PINAULT, St. Sebastien d'Aylmer.

(Suite et fin)

L'extraction d'une dent est en général, une chose assez facile, malgré cela, les insuccès ne sont pas rares, surtout chez les débutants. Il n'est pas sans urgence de connaître les conditions qui le plus souvent font échouer l'opération, Je me permettrai quelques considérations, sur les I *précautions préparatoires*. II *Les règles à suivre pendant l'opération*. III *Sur les soins post-opératoires*. Enfin comme dernier mot je passerai en revue quelques-unes des méthodes d'anes thésie locale.

Comme précaution préparatoire, la principale est bien celle qui consiste à bien se rendre compte du siège de la dent à extraire. Il est souvent facile de commettre l'erreur grave d'extraire une dent saine voisine de celle qui est malade. Il faudra dans les cas douteux faire l'inspection à la sonde et au miroir. On percute la dent. Même on pourra projeter un courant d'eau froide afin d'être complètement édifié sur le siège réel de l'organe à enlever.

Sur ce sujet, il faut toujours contrôler sérieusement les dire du malade. Souvent un patient vous indique une dent du bout de son doigt, vous l'enlevez et vous constatez à votre grand ahurissement que celle que vous tenez entre vos pinces est une dent indemne de toute



lésion, et que la voisine présente un foyer de carie que vous n'aviez pas pris le temps de rechercher. Il ne faudra pas oublier que souvent des femmes enceintes viennent vous demander de leur extraire une ou plusieurs dents, alors que celles-ci sont parfaitement saines, une névralgie du nerf maxillaire, si commun chez la femme en gestation étant la cause de l'odontalgie.

La dent malade étant reconnue, on se rendra aussi compte de l'extension de la carie, de la résistance des parties accessibles, aux instruments, de la direction et de la longueur probable des racines. On peut juger de la longueur des racines par la longueur de la couronne. En général les dents à couronne courte ont les racines longues et *vice-versa*.

Pendant l'extraction la tête du patient devra toujours être bien assujettie sur un *appui-tête*.

Le tartre devra être enlevé avec précaution avant de placer la pince. Il est inutile de déchausser la gencive à moins qu'il s'agisse de l'avulsion d'une racine profondément cachée dans celle-ci.

L'opération proprement dite se fait en trois temps. I Placement et enfoncement de l'instrument. II Luxation de la dent. III Traction et sortie.

Le placement de la pince est peut-être ce qu'il y a de plus important. Si la dent est bien saisie, il est rare qu'il se produise d'accident. Les mors de la pince doivent enserrer la dent dans toute son épaisseur. On devra placer le mors du côté lingual le premier et le mors du côté labial le second.

L'enfoncement des mors doit être aussi profond que possible, surtout pour les dents à texture molle et soupçonnées d'être fortement implantées, ainsi que pour celles dont la couronne est fortement délabrée. Règle générale il faut toujours que la pointe des mors dépasse le collet de la dent et souvent de beaucoup.

La pince en place on luxe la dent. Cette luxation se fait par des petits mouvements du poignet et non du coude. On luxera différemment suivant la dent.

Ainsi les molaires supérieures seront luxées par un mouvement tendant à renverser la dent en dehors. Les molaires inférieures par un mouvement contraire c'est-à-dire qu'on renversera la dent en dedans. Pour les dents à un seul pivot on préférera le mouvement tendant à faire tourner la dent sur son grand axe tout en y combinant un léger mouvement de renversement en dehors. En général le mouvement tendant à renverser la dent en dehors est efficace, pour la raison que le bord alvéolaire externe est presque partout plus mince que le bord interne et par le fait même il cède plus facilement à la pression. Tous ces mouvements doivent être très limités. C'est plutôt un effort dans le sens indiqué qu'un vrai mouvement. Car une fois que la dent semble vouloir céder à l'effort, il faut s'arrêter là et commencer la traction, car autrement ce serait risquer de fracturer le bord alvéolaire.

La traction pour opérer la sortie de la dent de son alvéole ne devra être commencée que lorsque l'organe sera parfaitement luxé et complètement mobile. Cette traction doit se faire sans violence et sans précipitation sans quoi on risquerait de heurter violemment les dents de la mâchoire antagoniste et même de fracturer celles-ci.

En résumé, quoique les trois temps de l'extraction doivent se succéder rapidement, il n'en faut pas moins que chacun d'eux soit entièrement accompli avant d'exécuter le suivant. Ainsi on com-

mencera à luxer que lorsque la pince sera solidement placée et on ne fera de traction que lorsque la luxation sera parfaite. En somme les insuccès sont le plus souvent dus, à ce que les mors n'ont pas été enfoncés assez profondément, à ce que les mouvements de luxations ont été trop brusques ou trop violents, à ce que la traction au dehors s'est exercée trop tôt, enfin à ce que la pression sur les branches de l'instrument a été trop forte.

Comme soins post-opératoires, on devra pincer la gencive pour favoriser la réunion par première intention. Si on a fait de nombreuses extractions on devra prescrire au malade des gargarismes émoullients pour le jour même et des gargarismes antiseptiques les jours suivants par exemple une solution de chloral hydraté à 2 pour cent, — une solution de thymol, ou encore la listérine. — Les badigeonnages à la teinture d'iode sur la gencive aident à la résorption de l'alvéole et hâtent par là même la guérison.

Une question qui ici se rattache intimement à l'extraction des dents, c'est l'*anesthésie locale*.

L'anesthésie générale qui est souvent employée ne diffère pas des modes ordinaires. On se sert de chloroforme, d'éther, et surtout du protoxyde d'azote qui procure une anesthésie suffisante et de courte durée, sans avoir les inconvénients du chloroforme et de l'éther.

Les agents de l'anesthésie locale sont nombreux.

L'électricité qui est souvent employé semble avoir des inconvénients nombreux. A proprement parler il ne crée l'anesthésie qu'en créant une autre douleur.

La méthode par congélation est plus efficace. Avant la découverte du chlorure d'éthyle, on pratiquait la congélation au moyen d'applications de glace, de mélanges réfrigérants, et de pulvérisations d'éther.

Aujourd'hui le chlorure d'éthyle a détrôné tous ces procédés, c'est le congélateur par excellence. Les résultats obtenus sont souvent admirables. Cependant il présente quelques inconvénients. Il est presque inapplicable pour les dents autres que celles de la partie antérieure du maxillaire supérieur, à cause de la présence de la salive qui vient sans cesse neutraliser son effet. Il a en outre l'inconvénient de provoquer des eschares et de favoriser l'écoulement du sang au moment de la réaction. Quelques-uns au lieu de congeler la gencive, projettent le jet de chlorure d'éthyle, au pourtour de l'oreille et sur l'expansion faciale du trijumeau.

Nous avons enfin la cocaïne ce précieux agent d'anesthésie locale, mais elle aussi a des inconvénients sérieux. Les symptômes toxiques qu'elle provoque sont quelque fois redoutables. Cependant employée avec prudence, elle rend des services très grands et mérite d'être placée en tête de la liste. Elle seule peut répondre aux exigences du patient, en rendant indolore, l'opération si redoutée.

Pour anesthésier la dent à extraire, tout le monde sait qu'il faut injecter la solution cocaïnisée dans la gencive avoisinant la dent. S'il y a plusieurs extractions à faire, il n'est pas nécessaire de faire une injection vis-à-vis chaque dent, à moins que celles-ci soient distantes ou sur des maxillaires différents. Car l'anesthésie ayant pour effet de se propager dans le voisinage, on peut profiter de cet état pour avulser les racines ou dents de la région.

On emploie pour cet usage le chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'eau distillée. Il vaut mieux ne préparer la solution qu'au



moment de s'en servir au moyen de tablettes hypodermiques. Il paraîtrait qu'une foule d'accidents reprochés à la cocaïne sont dus à l'usage de solutions anciennes et détériorées.

La solution devra être titrée à 2 pour 100, jamais plus. Il y a avantage de se servir, au lieu d'eau distillée pure, d'un mélange d'eau distillée et d'eau de laurier cerise en parties égales. Cette solution aurait l'avantage de se conserver inaltérable.

Il n'y a pas bien longtemps, M. Tito Costa, de Gènes, a observé qu'une solution de cocaïne injectée chaude, (50° ou 55°), procure une anesthésie plus rapide, plus intense, plus étendue et plus durable. Ainsi une solution faible (0.5 à 0.4%) si elle est chauffée, produit un effet puissant. Il m'est arrivé de faire souvent l'essai de cette méthode. Une fois entre autres avec une pleine seringue d'une solution à 2% chauffée à 50°, j'ai pu enlever dix dents dont quatre sur le maxillaire inférieur et six sur le supérieur sans que le malade ait accusé de la douleur.

Conséquence, est qu'on peut ainsi diminuer le titre des solutions tout en conservant l'effet et par là même diminuer les risques d'intoxication cocainique.

La cocaïne a un autre inconvénient sérieux. C'est celui de causer des douleurs post-opératoires. On y obvie en partie en ajoutant dans la solution un peu d'antipyriné et de morphine.

Malgré tous ces inconvénients, cette substance est d'un grand secours dans certaines occasions et les médecins aussi bien que les dentistes devraient en généraliser l'emploi, pourvu qu'on en use prudemment.

J. PINAULT, M.-D.

#### Discours du président M. le Dr J. M. Beausoleil

Messieurs,

Il y aura, bientôt, trente et un ans, dans cette ville aussi hospitalière que pittoresque, furent jetées les bases de notre association.

Le précepte de la confraternité professionnelle, reçut alors une sanction pratique de tous les points de notre territoire.

La famille médicale canadienne est fondée :

Elle peut marcher à l'accomplissement du but de son existence, la promotion de la science, la protection de ses intérêts professionnels.

Un homme illustre, un des pères de la Confédération, le Dr Tupper—Sir Charles Tupper—fut notre premier président.

Depuis, un grand nombre de médecins éminents se sont succédés à ce fauteuil. Certes ! une profonde confusion se mêle à ma reconnaissance, lorsque j'apprécie le suprême honneur que l'on m'a fait, en m'appelant à présider à vos délibérations. Il ne pouvait être question de mérite personnel, je dois tout, Messieurs, à votre bienveillance.

Admirateur et sincère partisan de mes devanciers, je voudrais marcher sur leurs traces. A cette fin, je vous demande la permission, de causer un instant, de cette partie de notre programme qui a trait à l'unité de la profession médicale du Canada.

Messieurs,

S'il est une profession dont l'exercice doit être libre, dans un pays, c'est assurément la profession de médecin.

On conçoit que le "Droit Civil Français", n'étant pas reconnu dans toutes les provinces du Dominion, un avocat de Québec ne puisse exercer dans Ontario, mais il n'y a pas, il ne peut y avoir une anatomie, une physiologie différente selon les provinces : la médecine est une partout.

Pourquoi donc, alors, cette anomalie, qu'un médecin canadien ne puisse pratiquer dans toute l'étendue du territoire national ? Cette patrie, qui nous est si chère, ne peut-elle nourrir ses enfants sans les reléguer en Castes ? Pourquoi, praticien à Ottawa je cesse de l'être à Hull ?

C'est que, l'Acte de l'Amérique Britannique a réservé aux parlements provinciaux le droit exclusif de légiférer en matière d'éducation.

Le résultat est, qu'au lieu d'un Conseil Médical pour toute la nation, nous avons autant de corporations médicales qu'il y a de provinces confédérées ; et partant, autant de législations différentes.

Ce manque d'uniformité a retardé l'accomplissement de notre uniformité professionnelle.

Malgré ces désavantages, on ne peut nier que l'enseignement médical ait fait de réels progrès en ce jeune pays. Une plus haute conception de la médecine, inspirée par des relations plus étroites avec les écoles européennes, a donné un puissant essor à nos institutions.

Le nombre des écoles a diminué, mais la valeur de l'enseignement s'est accrue. L'accès à l'étude a été rendu plus difficile. Les cours de trois fois six mois ont fait place aux cours de quatre ans. Les progrès réalisés, depuis vingt ans, dans les différentes branches du savoir médical, ont nécessité la subdivision des matières fondamentales. C'est ainsi que l'histologie, la pathologie générale, la gynécologie, la pathologie mentale et nerveuse, l'ophtalmologie, la bactériologie, etc., etc., sont l'objet d'un enseignement spécial.

Ces passionnantes discussions théoriques d'autrefois reçoivent, au laboratoire, une solution aussi calme que positive. Je le dis à la gloire de nos grandes écoles : leurs élèves décrochent en peu de mois, et avec une belle prestesse, les diplômes de Paris, de Londres et d'Edimbourg :

Chaque année des savants de France, d'Allemagne, d'Angleterre et des Etats Unis, nous font l'honneur de leur visite ; l'an dernier l'Association Médicale Anglaise tenait ses grandes assises scientifiques au milieu de nous.

Une généreuse émulation règne dans tous les rangs. Bref nous avons droit d'être fiers des progrès accomplis, et si, comme nous l'espérons, ce bel essor se perpétue, si nous savons concentrer nos forces, le Canada Médical comptera bientôt dans le grand mouvement scientifique qui mène le monde.

A la vue des résultats acquis, et afin d'atteindre ceux que nous poursuivons, n'est-ce pas l'heure de se demander, s'il ne convient pas d'abattre les barrières qui séparent nos provinces ? N'est-il pas temps de laisser champ libre à une saine concurrence ?

Pourquoi restreindre plus longtemps le cours des légitimes aspirations de notre jeunesse studieuse ? Nos écoles de médecine ne sont-elles pas lassées des restrictions imposées à la liberté professionnelle de leurs élèves ?

Les bureaux de médecine ne sont-ils pas humiliés du peu de portée des titres qu'ils confèrent ?

Oui, sans doute. La preuve en est que la majorité des provinces du Canada a signé les préliminaires d'une entente interprovinciale de pratique.

Notre grande province-sœur, Ontario, semblait vouloir rester sur le seuil, mais elle était arrêtée, non par mauvais vouloir, mais par des considérations de législation spéciale dont elle seule était juge.

Aujourd'hui elle fait la preuve de ses excellentes dispositions ; le Conseil Médical de cette province a délégué ici, un comité d'hommes distingués prêts, je n'en doute pas, à cimenter l'union de la profession médicale Canadienne.

Messieurs, avant de conclure. Je voudrais attirer l'attention du comité d'enregistrement interprovincial, sur l'insuffisance de préparation des candidats à l'étude de la médecine. En général les aspi-

rants répondent assez bien aux questions de langue, d'histoire, de géographie et autres, mais ils sont faibles en physique, en chimie et en histoire naturelle. Pourquoi ces matières ne seraient-elles pas l'objet d'un examen à portée absolument pratique et cela pour tous les candidats ? Cette conduite faciliterait éminemment la tâche de l'élève et celle du professeur. Vous savez combien il est pénible d'enseigner à un élève insuffisamment préparé.

En France, un bachelier n'est admis à l'étude de médecine, qu'après avoir passé un an à la Faculté des sciences physiques, chimiques et naturelles et subi des examens sur ces matières si éminemment pertinentes comme éléments de préparation à l'étude des sciences médicales. Sans aller aussi loin, pour le moment, sachons profiter des leçons de l'expérience et facilitons à nos étudiants la tâche noble mais si ardue qu'ils entreprennent.

Messieurs ce qui, jusqu'à aujourd'hui, a empêché un grand nombre de médecins de travailler énergiquement à l'adoption d'une seule licence pour tout le Canada, c'est ; 1° la législation restrictive attribuée à chaque province par le pacte fédéral ; 2° c'est la crainte de briser l'autonomie provinciale créée par ce pacte.

A la première objection je réponds : il est vrai que le parlement fédéral ne peut pas légiférer sur les sujets d'éducation d'une province, mais une question qui intéresse deux ou plusieurs provinces ou mieux toutes les provinces de notre confédération, cesse par le fait, ipso facto, d'être une question provinciale : elle devient fédérale par le concours de toutes les volontés locales coalisées. Qui est-ce qui empêchera les provinces unies d'obtenir du parlement fédéral la sanction de leur union ?

Du reste, même sans passer par cette voie, les provinces de Manitoba, de Québec et du nouveau-Brunswick ont déjà joui de la réciprocité de licence ; et personne n'a crié à l'illégalité.

A la deuxième objection, on peut répondre qu'il ne s'agit point de rompre l'autonomie provinciale. En effet, rien n'empêche de maintenir l'organisation locale tout en lui permettant de déléguer ses pouvoirs à quelques uns de ses membres et de les charger de former une commission générale pour tout le Dominion.

Vous connaissez le dicton : là où il y a une volonté, il y a un pouvoir.

Commençons par nous entendre et il nous sera facile de nous faire entendre par l'autorité compétente.

Concluons Messieurs : le jour où nous aurons pour toute l'Amérique Britannique du Nord un bureau central d'admission à l'étude d'examens de médecine, et de collation d'une licence uniforme de pratique médicale, ce jour-là dis-je, marquera une ère de progrès dans les annales de la médecine canadienne, notre diplôme de pratique vaudra dans tout l'Empire Britannique et méritera le respect du monde scientifique, et l'Association Médicale Canadienne aura bien mérité de la patrie.

Et votre humble président s'estimera heureux d'avoir participé, pour si peu que ce soit, à la solution de cette grande question nationale : l'unité de droits et la liberté d'exercice de notre profession.

#### Les Ribaud

##### UNE IDYLLE DE 37.

M. le Dr Ernest Choquette vient de publier, sous ce titre, un ort joli roman dont nous saluons l'apparition, avec infiniment de plaisir.

Peter disait de lui-même : "je suis un littérateur égaré dans la médecine." On ne saurait appliquer cette parole à Choquette. Etudiant : il faisait diversion à l'aridité des études anatomiques, historiques, etc., en écrivant, dans l'*Echo de Montmagny*, le journal de son frère, de spirituelles chroniques, signées PAUL DUVERT ; médecin, excellent médecin, il mène de front la pratique de son art et la culture des lettres. Pouvait-il délaisser la poésie à "St-Hilaire,

"coin de pays magique, enbaumé des lilas et des pommiers en fleurs, où le pied n'écrase que des œillets et des marguerites"? "*Une Idylle de 37*", ce sous-titre indique la nature du livre.

Aujourd'hui, la mode est au roman psychologique, créé par Paul Bourget, ses devanciers faisant, peut-être de la psychologie comme M. Jourdain de la prose. Le Dr Choquette a-t-il voulu suivre la mode ? Oui, mais très discrètement en se gardant de tomber dans les excès du genre.

"Amour et patriotisme" tel est le thème sur lequel est bâti son roman, thème qu'il a su rafraîchir, rajeunir, en s'inspirant des circonstances de temps et de lieux où il fait agir ses personnages. De ces deux sentiments, considérés à des points de vue tout-à-fait différents chez son héros le Dr Ribaud, et son héroïne Madeleine, il sait tirer un admirable parti. Homme de goût, connaissant la nature humaine l'auteur met bien en lumière les points de contact et les contrastes de ces grands mobiles des plus nobles actions, sans s'attarder, se perdre en ces analyses minutieuses qui font d'un mot, d'un geste, d'un soupir, d'un choc du cœur, le sujet d'un interminable chapitre, chez la plupart de nos romanciers modernes.

Aussi, comme ce livre est d'une lecture rapide, facile, attrayante. De la première à la dernière ligne, l'intrigue soutenue avec habileté, l'intérêt ménagé avec art ne laissent place à l'impatience du lecteur, et arrivé au dénouement du drame, l'inévitable mariage, vous dites : déjà fini.

L'inévitable mariage, disons-nous en bonne part ; privé de cet épilogue, un roman est triste, et il n'est pas dans le caractère de Choquette d'être morne..... encore moins d'attrister les autres.

Le style se caractérise par la sobriété, la clarté, la précision. L'auteur tend, dirait-on vers l'élégante, il vaudrait mieux ajouter l'étonnante simplicité de Ludovic Halevy. Vous relèverez bien, ici et là, quelques négligences, mais allez donc polir, repolir, ciseler des phrases entre un coup de bistouri et la rédaction d'une ordonnance, ou en retour d'une course de dix à quinze milles dans nos chemins de campagne. En revanche que de jolies choses, et si finement dites, dans le journal de Madeleine, surtout.

Inutile d'insister, nous gâterions le plaisir que nos lecteurs auront à parcourir cet ouvrage vraiment canadien pour le fonds et la forme.

Le Dr Choquette peut être fier de son "premier né littéraire", il remportera plus qu'un succès d'estime. Tout en le félicitant bien sincèrement et vivement de ce début, nous formons le vœu de voir augmenter sa famille. Avec son talent, sa facilité, ses habitudes de travail notre confrère peut compter sur une large place dans notre monde littéraire.

A nous, médecins, d'encourager l'un des nôtres.

L. J. O. S.

#### Congres de Neurologie (1)

ANGERS, 1er AOUT 1898.

*Myopathie primitive. Examens électriques. Amélioration par l'organothérapie musculaire.*

M. le Dr Félix ALLARD (de Paris), licencié ès-sciences physiques, électrothérapeute.—L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant de 9 ans  $\frac{1}{2}$ , adressé à M. le Dr Brissaud, à l'hôpital Saint-Antoine, et atteint de *myopathie primitive généralisée*. L'affection, isolée dans la famille, paraît remonter à l'âge où l'enfant a commencé à marcher ; elle n'a cessé de progresser depuis.

Ce qui ajoute un intérêt particulier à cette observation, c'est la coexistence chez ce malade de troubles trophiques musculaires et de certaines malformations congénitales (hernie inguinale, ectopie

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale 83 Boulevard Saint-Germain, Paris.

testiculaire). Ce fait semble bien démontrer que les atrophies musculaires, comme les arrêts de développement, sont commandées par une altération des centres trophiques remontant à la période fœtale.

Au point de vue fonctionnel, le malade présente l'aspect le plus complet de la pseudo-hypertrophie, et cependant l'hypertrophie et l'atrophie sont relativement peu marquées, comme le montrent les photographies jointes à l'observation. *L'examen électrique*, particulièrement utile dans ces cas-là pour avoir une idée exacte de la valeur fonctionnelle de chaque muscle, à la face, la participation de l'orbiculaire des lèvres. Il indique une diminution considérable des excitabilités faradique et galvanique *aux membres supérieurs*, et surtout à la racine des membres. *Aux membres inférieurs*, ce sont les fessiers et les muscles de la région antéro-externe des jambes qui sont le plus atteints. L'auteur insiste sur certaines particularités qu'il a observées en pareil cas dans l'ordre d'apparition des secousses, quand on excite par le courant galvanique le nerf ou l'un des muscles placés sous sa dépendance.

*Le traitement électrique*, sous forme de galvanisation de la moëlle, de faradisation et de galvanisation des nerfs et des muscles, n'a produit aucun effet. Sur le conseil de M. le Dr Brissaud, l'auteur a essayé de l'*organothérapie* par du suc musculaire spécialement préparé par M. Bouty. Un tableau comparatif des résultats de l'examen électrique, avant et après le traitement, indique une augmentation nette des excitabilités pour plusieurs muscles.

Cette tentative thérapeutique, heureuse dans une affection réputée incurable et fatalement progressive, mérite d'attirer l'attention et appelle de nouvelles recherches.

#### Congrès de la Tuberculose<sup>(1)</sup>

27 JUILLET AU 1<sup>er</sup> AOUT 1898.

##### *La désinfection dans ses rapports avec la tuberculose.*

M. le docteur SEDAN (de Marseille).—La désinfection intervient dans deux cas différents comme aide à la prophylaxie de la tuberculose. Dans le premier, elle tue ou tout au moins infertile le bacille collecté dans un crachoir. On assigne ce rôle soit à la solution d'acide phénique au 5 % qui est insupportable, soit au sublimé au 2 ‰ toxique avéré et qui n'a d'action que si on l'additionne de sel marin; avec officiel enregistré pour la première fois par ceux qui n'ont cessé de soutenir la thèse de l'impuissance relative de ce désinfectant, s'il n'est pas à des doses dangereuses et peu maniables. M. le médecin-inspecteur Vallin a proposé l'aldéhyde formique, repoussé évidemment en raison de l'incertitude de sa composition (lire Pfull à ce sujet). Nous avons un liquide toujours identique à lui-même, qui ne sent pas, ne tache pas, n'est pas toxique, qui en solution au 450e tue le bacille en 15 minutes; il l'infertile en 6 minutes. La nature médicale de cette communication fait renvoyer à plus tard la vulgarisation d'études que l'on ne manquerait pas de traiter de commerciales si elles étaient produites dans cette circonstance. Date est prise, cela suffit.—2° Le bacille est craché, il est sec ou mouillé, il est découvert, recouvert, dissimulé dans des poussières, des moulures de meubles; comment l'atteindre?

Les liquides, ceux que l'on peut encore défendre, et avec quelles restrictions! n'agissent que là où ils touchent; de plus, ils n'ont aucune action sur l'air des appartements; ce qui est indispensable (lisez Miquel). Les gaz: on n'en connaît aucun qui respecte l'intégrité des objets soumis à leur action. Seul, le formo-chlorol réalise théoriquement la perfection. La réalise-t-il pratiquement? Le rapport de M. le professeur Rietch au maire de Marseille l'établit sans contestation possible. Les travaux faits à Venise viennent corroborer ces conclusions qui sont encore plus affirmatives, si c'est possible, dans un mémoire fait également par le Dr Rietch, cela au su-

jet de nouvelles expériences dont il a publié le récit dans le *Marseille médical* du 1<sup>er</sup> novembre 1897. A la suite d'expériences personnelles décevantes, j'ai demandé, fin avril 1898, à les reproduire devant une commission désignée par le Congrès. Ma lettre, de laquelle on m'a accusé réception, n'a reçu aucune suite; si donc mes affirmations ne sont pas corroborées par le rapport du Comité, la faute n'en est pas au signataire de cette note. A l'instigation du Dr Chiaï, de Menton, et sur un programme précis rédigé par ce médecin, on a traité de la tuberculose broyée avec du sable stérile, dans des godets libres, ou recouverts de trois gazes ou de deux doubles de couverture. L'opération a été faite avec le formo-chlorol, d'après les règles ordinaires, un litre pour cent mètres cubes, huit heures de contact. Les témoins sont tous morts tuberculeux en moins de quinze jours. Les quinze survivants, tous inoculés avec des produits désinfectés, le 25 mai, sont tous en vie, bien portants, ayant gagné une moyenne de 47 grammes en poids, sauf l'un d'eux qui est stationnaire, sans adénite ni fièvre. L'auteur affirme ces résultats obtenus en présence de ses collaborateurs journaliers, dans un laboratoire ouvert à tous; il a présenté ces animaux au Dr Chiaï, de Menton, et au Dr Verharen, d'Alger. Il ajoute, s'il y a mieux, qu'on l'indique, qu'on le prouve, et nous l'adopterons dans les succursales de nos Sociétés qui, toutes dirigées scientifiquement, constitueront les plus précieux auxiliaires du pouvoir central quand il sera armé par la loi actuellement pendante au Sénat (1).

## REVUE DES JOURNAUX

### Serodiagnostic des épanchements tuberculeux.

Par M. Paul COURMONT (de Lyon).

Au dernier Congrès de Montpellier, M. le professeur Arloing a montré qu'en employant des cultures homogènes de bacille de Koch acclimaté au bouillon glycérolé, on pouvait agglutiner celles-ci avec le sérum de la plupart des tuberculeux, et espérer arriver ainsi au séro-diagnostic de la tuberculose. En nous servant des mêmes cultures et sous la direction de M. Arloing, nous avons recherché le pouvoir bactéricide et le pouvoir agglutinant des épanchements tuberculeux des séreuses sur le bacille de Koch. Nos conclusions exposées à la Société de Biologie peuvent se résumer ainsi: 1° les sérosités pathologiques humaines non tuberculeuses ne sont pas bactéricides pour le bacille de Koch, constituant au contraire un milieu de culture favorable pour celui-ci. Ces mêmes sérums ne sont pas agglutinants pour le même bacille, à partir d'un certain degré de dilution; 2° au contraire, les épanchements tuberculeux humains de la plèvre ou du péritoine sont bactéricides, à des degrés variables, suivant les cas, pour le bacille à certain degré de dilution. Ils sont également agglutinants pour ce tuberculeux qui ne pousse que facilement dans ces liquides purs ou bacille, soit pour les cultures développées à l'étuve, à leur contact, soit dans les cultures déjà développées en bouillon glycérolé et auxquelles on ajoute ces sérums à des titres variables, comme pour le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Cette agglutination est souvent plus forte avec ces sérosités locales qu'avec le sang de la circulation générale des mêmes malades.* Il est donc vraisemblable que, dans la tuberculose des séreuses, la substance agglutinante spécifique, plus abondante au point de la lésion locale, ne provient pas du sang de la circulation générale, comme dans bon nombre d'infections, mais, peut-être au contraire, diffuse de la séreuse à la circulation générale.

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 88 Boulevard Saint-Germain, Paris.

(1) A lire l'article du docteur de Rechter (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 juillet 1898) qui traite de la pénétration de l'aldéhyde formique.

On conçoit l'importance de toutes ces données, soit au point de vue du mécanisme de la guérison de l'inflammation tuberculeuse des séreuses, soit à celui de la formation de la substance agglutinante, soit, enfin, pour établir le *sérodiagnostic des épanchements tuberculeux*. Nous ne voulons nous occuper ici que de ce dernier point.

On sait que, dans les affections générales, le pouvoir agglutinant du sérum sanguin est ordinairement bien plus élevé que celui des autres humeurs (liquide des séreuses, notamment). C'est ce qu'il est très facile de constater dans l'infection typhique. Au contraire, dans les observations que nous rapportons ici, le pouvoir agglutinant du liquide de la séreuse malade a semblé toujours aussi élevé, et souvent davantage, que celui du sérum sanguin de la circulation générale.

L'ensemble des faits sur lesquels repose le séro-diagnostic d'une maladie souvent purement locale, comme la tuberculose des séreuses, par la recherche du pouvoir agglutinant développé localement, diffère donc quelque peu de ceux sur lesquels est basé le séro-diagnostic d'une infection générale par la recherche du pouvoir agglutinant du sang de la circulation générale. Dans ce dernier cas, la séro-réaction fait la preuve d'une modification générale du milieu sanguin sous l'influence de l'infection, tandis que, dans nos recherches actuelles, la séro-réaction paraît mettre en évidence les modifications immédiates, locales, des humeurs sous l'influence d'une infection locale.

Au point de vue de la méthode, nous nous sommes adressé aux deux procédés conseillés par M. Widal pour le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde ; la culture développée à l'étuve en présence du sérum ; l'agglutination de cultures déjà développées par l'addition de doses variables de sérum, et la constatation de cette agglutination soit à la vue (formation du dépôt), soit au microscope (constatation des amas). Le premier procédé, plus long, plus délicat, ne doit être conservé que comme moyen de démonstration ou de contrôle. Le second, le plus pratique, nous a donné les résultats suivants :

1° *Liquides non tuberculeux*. — Nous avons employé deux liquides d'hydrothorax et quatre d'ascites développées au cours de la cirrhose. Aucun de ces liquides n'a été agglutinant, même à la dose de pour 5 et au bout de vingt-quatre heures.

2° *Liquides tuberculeux*. — Nos essais ont porté sur 12 pleurésies, 4 péritonites, 1 kyste du genou, 1 méningite.

Ces 12 pleurésies étaient soit manifestement tuberculeuses, soit de ces pleurésies *a frigore* essentielles sur la nature desquelles on a tant discuté. L'agglutination a été obtenue 11 fois à la dose de 1 pour 5, 9 fois à 1 pour 10, 5 fois à 1 pour 20. Un seul de ces liquides n'a pas agglutiné.

Sur les 4 péritonites toutes tuberculeuses le liquide agglutiné 4 fois à 1 pour 10 et 2 fois à 1 pour 20.

Le liquide du kyste du genou, de nature douteuse, n'a donné qu'une agglutination faible et tardive. Le liquide céphalo-rachidien d'une méningite, probablement tuberculeuse, a agglutiné faiblement à 1 pour 5.

En résumé, sur six liquides séreux, sûrement non tuberculeux, aucun n'a donné d'agglutination. Sur dix-huit liquides sûrement (autopsies) ou très probablement tuberculeux, un seul n'a pas donné d'agglutination, les autres ont agglutiné, soit seulement à 1 pour 5 (3 cas), soit, le plus souvent, à 1 pour 10 et 1 pour 20.

Dans 9 cas, nous avons recherché parallèlement si le sérum sanguin du malade était agglutinant. Une seule fois, le résultat a été négatif pour le sang comme pour le liquide pleural, 8 fois le sang a été agglutinant (3 fois à 1 pour 5, 2 fois à 1 pour 10, 3 fois à 1 pour 20); dans 4 cas, il l'était autant que le liquide pleural ou péritonéal, dans 4 autres cas, il l'était beaucoup moins.

Ces premiers résultats ne laissent pas que d'être encourageants. Ils démontrent surtout les faits suivants :

1° Absence à peu près constante de pouvoir bactéricide et agglutinant des épanchements non tuberculeux ;

2° Pouvoir bactéricide et agglutinant à peu près constant des sérosités des tuberculoses locales, souvent plus développé que celui du sang de la circulation générale.

Ces faits font espérer qu'on pourra, pour le diagnostic de tuberculose des séreuses, substituer, aux procédés infructueux ou difficiles de recherche ou d'inoculation du bacille de Koch de ces épanchements, la méthode du *sérodiagnostic des épanchements tuberculeux*.

(*La Presse méd.*)

#### Quand et comment doit-on laver les mains atteintes d'eczéma?

La plupart des médecins considèrent la suppression de tout travail manuel comme une condition essentielle de succès du traitement de l'eczéma professionnel des mains, très fréquent chez les blanchisseuses, les cuisinières, les maçons, les boulangers, etc. Or, d'après M. le docteur P. Unna (de Hambourg), on peut éviter cette mesure si onéreuse en recommandant expressément au malade de ne pas se laver les mains le matin ni dans le courant de la journée. D'après notre confrère, ce n'est pas le lavage en lui-même qui est préjudiciable à la guérison de l'eczéma, mais plutôt l'exposition immédiate des mains lavées à l'air et aux autres influences nocives. Aussi le patient doit-il se laver les mains le soir avant de se coucher, et procéder ensuite à l'application d'une pommade médicamenteuse qu'il garde toute la nuit. Si les mains sont très sales, il est bon de les enduire préalablement d'huile. Le lavage sera fait au savon et à l'eau tiède ou chaude. Les parties saines seront frottées énergiquement à la brosse et l'on aura soin de bien nettoyer les ongles. Le malade appliquera alors une pommade habituellement prescrites contre l'eczéma, puis il recouvrira ses mains d'une étoffe imperméable ou bien il mettra des gants en caoutchouc. Le lendemain matin il s'essuiera les mains sans les laver et s'abstiendra de tout lavage dans la journée, se bornant au besoin, à enduire les mains d'un corps gras quelconque, de préférence d'une pommade à l'oxyde de zinc et au soufre. Dans ces conditions, la guérison ne tarderait pas à survenir malgré la continuation du travail manuel.

(*Semaine Médicale*)

#### FORMULAIRE

##### Asystolie

Poudre de feuilles de digitale.....	0 gr. 60 centigr.
Faire macérer dans :	
Eau.....	200 grammes.
Ajouter :	
Ergotine Bonjean.....	2
Iodure de potassium.....	6 —
Sirup des 5 racines.....	50 —
A prendre en 6 jours.	
Lactose.....	40 grammes.
Acétate de potasse.....	1 —
Iodure de potassium.....	1 —
Eau.....	1 litre.
2 litres de cette boisson par jour.	(Alb. Robin.)

##### Association Médicale Canadienne

TRENTE-UNIÈME RÉUNION ANNUELLE TENUE A QUÉBEC LES  
17, 18, 19 AOUT 1898

A l'ouverture de la Convention présidée par M. le Dr J. M. Beausoleil, de Montréal, M. le Dr C. S. Parke, président du comité local souhaite en termes très délicats, la bienvenue aux membres de l'association et exprima le regret qu'il éprouvait de l'absence de Son Honneur le maire Parent éloigné de Québec par des devoirs ministériels.

En l'absence de ce dernier il est heureux d'annoncer que M. le pro-maire Martin Foley leur fera les honneurs civiques.

Après avoir fait connaître en quelques mots le programme de la réception le président local reprend son siège.

M. l'échevin Foley présente alors l'adresse de bienvenue suivante au nom de la ville :

A M. le Président, à MM. les officiers et membres de l'Association Médicale Canadienne :

Mesdames et messieurs,

En l'absence de Son Honneur le maire, qui a été appelé en dehors de nos limites en visite officielle en sa qualité de ministre de la Couronne, c'est un devoir agréable pour moi comme pro-maire de vous souhaiter la bienvenue et de vous offrir l'hospitalité de la ville de Québec.

Notre population apprécie hautement la valeur inestimable de réunions comme celle-ci, composées d'hommes représentant la marche progressive et les connaissances scientifiques de la profession médicale au Canada.

Vous êtes les bienvenus, dans nos murs, et spécialement dans cette chaire d'enseignement fondée par Mgr de Laval qui a illustré la ville de Québec comme pionnier de la haute éducation dans le nouveau monde.

Nous savons que vos savantes délibérations auront des résultats bienfaisants pour le progrès de la science et le soulagement de l'humanité souffrante.

Je suis sûr de représenter les sentiments de notre population en exprimant l'espoir que le nom de Québec sera inscrit sur votre liste et sur celle de toutes autres associations semblables à la vôtre comme endroit favori où des assemblées comme celle-ci aimeront à se convoquer. Notre ville est un centre d'attraction sur lequel chacun devrait converger parcequ'il offre à l'homme de science, harrassé par les labeurs et les fatigues de profondes recherches et les efforts d'intelligences incessants, les brises rafraîchissantes de notre beau fleuve et le panorama incomparable qui captive l'œil des visiteurs du rocher historique de Québec.

Messieurs, nous vous offrons nos meilleurs souhaits pour le succès de votre convention.

Nous espérons que vous la ferez durer le plus longtemps possible, car nous sommes convaincus que vos clients ont consenti à vous donner un repos prolongé et que la Providence verra à ce que votre absence ne soit pas préjudiciable à leur santé.

M. le Dr M. J. Ahern, représentant de la Faculté médicale de Laval, présente ensuite les félicitations de celle-ci dans les heureuses remarquables suivantes :

"Les quelques mots que j'ai à vous dire ont été prétentieusement appelés un discours dans ce programme, mais un genre de discours dont Goldsmith a déjà dit : "If you find it wondrous short it shall not hold you long." Mgr Laflamme, recteur de l'Université, devait nous rencontrer ici aujourd'hui ; mais il se trouve inévitablement absent, de sorte que, en son nom et au nom de l'Université Laval toujours prêts à tendre la main droite de confraternité à tous les chercheurs de la vérité, j'ai l'honneur et le plaisir de vous souhaiter une cordiale bienvenue et de vous offrir l'accès au musée et toutes les facilités dont nous pouvons disposer pour l'accomplissement des devoirs importants que vous êtes venus accomplir ici. Ce n'est pas la première fois que ces murs ont répété les échos des discussions scientifiques de cette Association.

Un matin mémorable, il y a 31 ans, alors que la confédération qu'on unit comme une seule les différentes provinces qui composent notre grand Dominion n'avait que quelques jours d'existence, il y avait ici réunis des médecins représentant toutes les parties du pays qui ne voulurent pas se disperser avant d'avoir fondé solidement l'association devant laquelle j'ai actuellement le plaisir d'adresser la parole. Nous reconnaissons la valeur de l'œuvre de ces hommes et la vie qu'ils ont infusée à leur progéniture dans la condition vigou-

reuse dans laquelle nous retrouvons cette société après l'existence de plus d'un quart de siècle. Quelques uns de ces hommes sont ici présents aujourd'hui.

Encore une fois, Messieurs, l'Université Laval vous offre une cordiale bienvenue et espère que votre séjour ici rapportera progrès et ajoutera à votre bonheur.

Après présentation des adresses, il y eut visite des différents musées. Puis les membres descendirent au jardin de l'Université où il se firent photographier en groupe.

A la reprise de la séance, les affaires de routine et l'élection des membres terminés, M. le président, le Dr J. M. Beausoleil, officier d'Académie, prononça un magnifique discours, que nous publions *in extenso* dans une autre colonne.

Après le discours du président, M. le Dr Roddick prit la parole et appuya les idées de M. le président qu'il remercia sincèrement. Il dit que ce dernier avait touché un sujet qu'il avocassait lui-même depuis longtemps.—Un examen général, un enrégistrement commun pour toutes les provinces.—Il est heureux de constater aujourd'hui que ceux qu'il croyait opposés à cette idée, les médecins d'Ontario, la favorisent entièrement. Par conséquent, il espère que dans un avenir rapproché, des arrangements seront faits de manière qu'un homme possédant un diplôme dans aucune partie du Canada, pourra pratiquer dans toutes les autres parties, c'est-à-dire en aucun endroit de l'Empire Britannique. Ceci marquera une nouvelle ère dans l'histoire du Canada spécialement en ce qui concerne les médecins. Il espère que ce grand projet sera mis bientôt à exécution. Il termine par une motion de remerciements au digne président, motion qui fut votée à l'unanimité.

Voici la liste des travaux qui ont été lus avec les noms d'auteurs, nous réservant de publier dans nos prochains numéros quelques uns de ces travaux les plus intéressants :

Du devoir de la profession médicale dans le traitement des énébrés.—A. Rosebrugh, Toronto.

Diplopie monoculaire.—G. Sterling Ryerson, Toronto.

Péritonite septique, consécutive à l'appendicite et son traitement chirurgical.—Hon. D. Marsil, St-Eustache.

Observations sur la péritonite septique.—Clarence J. Webster, Montréal.

Péritonite septique.—J. C. Prévost, Ottawa.

Goître.—C. R. Dickson, Toronto.

Rupture traumatique du canal biliaire suivie de l'opération du patient.—R. H. Garratt, Kingston.

Cas de fracture du pelvis avec rupture de la vessie, opération et guérison.—R. A. H. Mackeen, Glace Bay.

Anastomose intestinale au moyen d'une nouvelle pince. — Ernest Laplace, Philadelphia.

Un cas d'utérus bicorne, confondu avec gestation ectopique :

Un cas de hernie ombilicale étranglée.—W. J. Gibson, Belleville.

Nourstathénie.—Dr Campbell Meyers, Toronto.

Diphthérie laryngée, avec référence spéciale à des cas requérant un choix entre la trachéotomie et l'intubation.—A. Gandier, Sherbrooke.

Traitement du pied bot convalescent.—V. P. Gibney, New-York.

Caries spinales.—Clarence L. Starr, Toronto.

Instruments génito-urinaires requis par le praticien général.—Ferd. C. Valentine, New-York.

Les Pionniers de la médecine dans la province de Québec. — Madeleine Verchères (un poème).—W. H. Drummond, Montréal.

Corps étrangers du larynx.—Hubert D. Hamilton, Montréal.

Discussion sur le traitement chirurgical de l'empyème.—J. M. Elder, Montréal.

Induration plastique des corps caverneux.—M. J. Ahern, Québec.

Notes sur la pharmacopée britannique.—T. D. Reed, Montréal.



Infection et séro-thérapie. — J. E. Laberge, et A. de Martigny, Montréal.

Une série de cas d'obstruction calculuse du canal biliaire commun.—James Bell, Montréal

Le médecin et les compagnies d'assurance. — James Rorburn,

L'élection des officiers pour l'année prochaine a donné le résultat suivant :

Président—Dr Irwing H. Cameron, Toronto.

Vice-Présidents—Ile du Prince-Edouard, Dr J. McLeod, Charlottown.

Nouvelle-Ecosse—Dr Kirkpatrick, Halifax.

Nouveau-Brunswick—Dr L. N. Bourque, Moncton.

Québec—Dr Jas. Bell, Montréal.

Ontario—Dr J. A. Williams, Ingersoll.

Manitoba—Dr R. S. Thomson, Deloraire.

Territoires du Nord-Ouest—Dr Lindsay, Calgary.

Colombie Anglaise.—Dr S. J. Turnstall, Vancouver.

Secrétaire Général—Dr F. N. G. Starr, Toronto.

Secrétaires provinciaux :

Ile du Prince-Edouard—Dr S. R. Jenkins, Charlottetown.

Nouvelle-Ecosse—Dr W. G. Putman, Yarmouth.

Nouveau-Brunswick—Dr T. D. Walker, St-Jean.

Québec—Dr Chs Marsil, St-Eustache.

Ontario—Dr C. R. Dickson, Toronto.

Manitoba—Dr George Chigan, Verden.

Territoires du Nord-Ouest—Dr Lowe, Regina.

Colombie Anglaise.—Dr R. E. Walker, New-Westminster.

Trésorier—Dr H. B. Small, Ottawa.

Comité de publications :—Les docteurs A. D. Blacklader, J. L. Dawson, W. W. Young, le secrétaire général et le trésorier.

Règlements :—Les docteurs C. S. Parke, Wyatt, Johnston, Jas. Bell, C. R. Dickson, G. S. Ryan, W. W. Dickson, M. Beausoleil et le président et le secrétaire.

Il a été décidé de tenir la prochaine convention annuelle à Toronto.

#### ENRÉGISTREMENT INTERPROVINCIAL

Ce sujet des plus importants a été soumis au comité qui l'a accepté favorablement.

Voici d'ailleurs les grandes lignes de ce projet :

I. Seront admis à l'enrégistrement, les B. A. de toutes Universités reconnues ou à défaut de ce titre, un certificat provincial de première classe ou grade A, dans aucune des provinces, pour licences d'instituteurs, ou un examen dans les matières suivantes qui sera compulsore et dirigé par les différents conseils des départements d'éducation de chaque province, savoir :

a) Grammaire anglaise, composition, littérature et rhétorique.

b) Arithmétique, y compris les fractions simples et décimales, extraction des racines carrées et cubes et mesurement.

c) Algèbre jusqu'à la fin des équations.

d) Géométrie. Les trois premiers livres d'Euclide.

e) Latin. Les deux premiers livres de Virgile, *Enéide* ou les trois livres de commentaires de César, traduction et grammaire.

f) Mécanique élémentaire des solides et des fluides composant les éléments de la dynamique statique, hydrostatique et chimie élémentaire.

g) Histoire canadienne et anglaise avec questions sur la géographie moderne.

h) Traduction et grammaire de deux des sujets suivants : Grec, Français et Allemand.

i) Il est enfin recommandé que tout étudiant présentant un certificat après examen devant les professeurs d'aucune université approuvée dans le Dominion et ayant complété ses cours à l'Univer-

sité, soit accepté dans aucune des provinces du Canada à l'immatriculation et à l'enrégistrement.

Cinquante pour cent des points sur chaque matière seront requis pour passer, et soixante et quinze pour cent pour les distinctions.

#### II. Education professionnelle.

a) Le cours d'étude professionnelle commencera après avoir passé l'examen pour l'immatriculation et l'enrégistrement et comprendra un cours gradué dans les matières règlementaires de quatre sessions annuelles de pas moins de huit mois par année.

b) Les sujets seront : Anatomie, Physiologie, Chimie, Matière médicale, Thérapeutique, Anatomie pratique, Hystologie, Chimie pratique, Pharmacie, Chirurgie et Chirurgie chimique, Médecine et médecine clinique y compris les maladies de l'œil, de l'oreille, de la gorge et du nez, Maladies mentales, Obstétrique, Maladies des femmes et des enfants, Jurisprudence médicale, Toxicologie, Hygiène, Pathologie, Bactériologie.

c) Vingt-quatre mois au moins en outre des 4 années de cours gradués déjà mentionnés seront requis pour assistance aux cliniques des hôpitaux.

d) Un certificat d'assistance à pas moins de 6 cas d'obstétrique et à deux examens post-mortem seront requis.

#### III. Examen.

Tout candidat à l'enrégistrement dans les différentes provinces en outre des exigences précédentes sera tenu de passer un examen devant des examinateurs nommés dans chaque province par ses conseils représentatifs. Cinquante pour cent seront requis pour passer et 75 % pour obtenir des distinctions.

IV. Votre comité recommande qu'aussitôt que la présente base d'arrangements sera ratifiée par les conseils des différentes provinces, chaque conseil devra s'efforcer d'obtenir une législation pour autoriser l'exécution des présentes préliminaires et du cours professionnel et de mettre en force les stipulations suivantes pourvoyant à la nomination d'un bureau d'examineurs pour une qualification dans le Dominion, savoir :

" Aussitôt que les différents conseils du Dominion auront établi un bureau d'examineurs pour le Dominion dirigé par les examinateurs nommés par les conseils médicaux des provinces, tout candidat ayant passé un examen satisfaisant devant le dit bureau et ayant obtenu un certificat à cet effet, aura droit à son enrégistrement dans toutes les provinces du Dominion sur paiement du taux d'enrégistrement, pourvu qu'il ne soit pas coupable de conduite infâme ou disgracieuse envers la profession."

Votre comité désire recommander que des efforts soient faits pour assurer l'adoption d'une législation fédérale ayant pour effet d'établir une qualification centrale qui placera la profession au Canada sur un pied d'égalité avec celle de la Grande Bretagne et que M. le Dr Roddick soit autorisé à faire les démarches nécessaires pour arriver à ce but. Nous recommandons encore que cette association nomme un comité chargé de considérer la question du nombre d'examineurs devant être nommés, la manière de conduire les examens, les taux à être chargés et autres détails nécessaires à mettre le projet en opération, lesquels détails devront être adressés à chacun des conseils respectifs pour être approuvés.



## TRAVAUX ORIGINAUX

## Infection et serotherapie (1)

Par M. le Dr J. E. LABERGE, médecin de l'Hôpital Civique,  
Montréal.

Il y a quinze ans, malgré les travaux de Davain et de ses successeurs sur le charbon, malgré les belles études de M. Pasteur sur les maladies des vers à soie, on pouvait se demander s'il y avait réellement des maladies dues à l'intervention des microbes! Voilà qu'on peut se demander aujourd'hui s'il y a vraiment des maladies où ils n'interviennent pas? Et c'est ainsi que leur rôle s'étend au-delà de tout ce qu'on pouvait prévoir."—Dailaux.

Il ne faut pas être trop exclusif et rejeter le solide faisceau de connaissance clinique accumulé depuis des siècles par des observateurs de mérite.

Il faut aussi tenir compte des travaux de Schmann et Virchow qui nous font voir le processus morbide des maladies dans leurs foyers alimentaires; la cellule organisée et vivante. La clinique nous donne la symptomatologie. L'anatomie pathologique nous montre la lésion et avec la bactériologie nous avons la cause des maladies.

Toutes trois doivent marcher de paire dans l'étude des maladies contagieuses, elles se complètent les uns et les autres.

La pathologie cellulaire a tout à gagner de connaître "le *primus movens*" des actes morbides dont la cellule vivante est le siège. Montrer à l'humanité que la cause des plus redoutables parmi les maladies est non point en elle, mais en dehors d'elle, c'est déjà lui indiquer la prophylaxie et la fortifier pour la lutte. Ce n'est pas le seul mérite de la bactériologie d'établir des déductions qui servent de base à l'hygiène publique. Nous lui devons la sérum-thérapie qui a fait déjà tant de bien et qui est remplie de promesses pour l'avenir.

En considérant les progrès accomplis depuis les découvertes de l'immortel Pasteur, il est injuste d'accuser cette science de lenteur, d'inefficacité et de stérilité. Pasteur a lancé la science médicale dans les voies fécondes qu'elle parcourt aujourd'hui.

On se préoccupe aujourd'hui de déterminer les modifications anatomiques et humérales subies par l'organisme malade. On a découvert que le développement des microbes s'accompagne de déchets, de sécrétions, de produits toxiques doués d'une haute action physiologique. On a de plus découvert que c'est par leur toxine que les microbes tuent; cette toxine a pu être isolée, atténuée et on a pu en faire un vaccin qui donne l'immunité. Voilà M.M. ce qu'a fait la bactériologie depuis sa découverte.

Les anciens avaient noté soigneusement la non récurrence des fièvres; cette notion servait de base aux anciennes théories de la prophylaxie qui ne sortaient pas de l'empirisme. Ce n'est que dans ces dernières années, et grâce aux connaissances bactériologiques, que la lumière s'est faite sur ce sujet.

Un microbe pathogène s'implante dans un organisme vivant; en sa qualité de virus il s'y développe, il emprunte à cet organisme les matériaux de sa nutrition et de son accroissement et lui livre les déchets de sa propre vie.

Pourquoi ce processus a-t-il une fin?

Pourquoi l'organisme humain cesse-t-il, à un moment donné, de constituer un terrain favorable au développement du germe morbide et acquiert-il l'état réfractaire à l'égard du même microbe.

Résoudre ce problème c'est jeter les bases d'une doctrine de l'immunité. Car si l'organisme impressionné par l'infection a pu acquérir des propriétés nouvelles, l'immunité observée plus ou moins longtemps après la cessation de la maladie microbienne n'est autre chose que la continuation de cet état dynamique particulier grâce auquel les éléments anatomiques ont acquis l'état réfractaire.

L'infection est une lutte essentiellement active et vivante. C'est d'un côté l'attaque représentée par les microbes; d'un autre côté la résistance constituée de toutes les ressources vitales des cellules et des plasmas organiques. La maladie microbienne, sa forme, son avenir et ses suites résultent de l'opposition de ces deux facteurs, et de leur puissance relative. Pour que la guérison et l'état vaccinal soient obtenus il faut que l'organisme l'emporte sur le microbe, en arrête la multiplication, l'expulse et le détruit. Il faut que l'organisme réduise à néant les deux moyens par lesquels l'infection impressionne l'être vivant: le microbe lui-même et les déchets de sa vie.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer l'immunité. Pour les uns c'est l'épuisement du milieu; c'est-à-dire la destruction dans l'organisme des substances nécessaires à la vie du parasite. Pour d'autres c'est la production de substances empêchantes. C'est-à-dire de substances qui imprègnent l'organisme et lui font subir certaines modifications qui le rendent impropre à une seconde infection.

Quelques-uns ont cherché la cause de l'immunité dans l'état bactéricide du sang et des plasmas interstitiels, etc., etc.

Ce sont tous des éléments de résistance organique de la plus haute importance mais ce n'est pas là ce qui constitue l'immunité.

Depuis assez longtemps déjà certains observateurs avaient remarqué un afflux leucocytaire vers un point de l'organisme lorsque celui-ci était lésé par une piqure par exemple. Le rôle de ces leucocytes paraissait d'arrêter, de réparer le processus morbide. C'est à la suite des patientes études de Metchnikoff que la phagocytose devait prendre la première place dans l'histoire de la défense organique contre les infections. Ce savant a démontré le grand rôle que jouent les cellules vivantes et surtout les leucocytes dans la production de l'immunité. Ces éléments sont tous animés, à un degré variable, de mouvements amiboïdes à l'aide desquels ils atteignent, saisissent et englobent les bactéries. La destruction se fait ensuite par une véritable digestion ultra cellulaire. Le protoplasma des leucocytes sécrète une diastase qui attaque le protoplasma bactérien, le dissout et réalise la désintégration du microbe englobé.

L'affinité des leucocytes pour les bactéries repose sur une sensibilité cellulaire élective qui s'accroît dans les phagocytes restés victorieux à la suite de la lutte.

Donc cet appareil de la défense il faut le chercher non pas seulement dans l'épuisement des milieux, non pas seulement dans la production de substances empêchantes, mais bien dans la cellule vivante.

C'est à renforcer et à développer cette activité de la cellule, que concourt tous les moyens ayant pour but d'augmenter la résistance de l'organisme. Cette théorie de la phagocytose s'applique à la généralité des faits et fournit seule une explication suffisante du principal caractère de l'immunité qui est la durée, mais elle ne saurait cons

(1) Lu devant l'Association Médicale Canadienne à Québec.

tituer la base exclusive de l'immunité; divers facteurs interviennent et se complètent réciproquement.

La pénétration des microbes se fait suivant des mécanismes variés. L'existence d'une solution de continuité, la chute ou la nécrose des éléments épithéliaux mettent plus aisément les germes en contact avec les voies de l'absorption. Celles-ci sont d'ailleurs parfois disposées pour la pénétration de fines particules solides et favorisent ainsi l'introduction des microbes. Il y a des germes qui pullulent localement comme dans la diphtérie, d'autres se confondent dans tout l'organisme comme dans la septicémie. Ces microbes se répandent dans l'organisme soit par les lacunes qu'il y a entre les faisceaux du tissu conjonctif, soit par les lymphatiques, le système veineux, les séreuses ou même, comme dans la rage, par le système nerveux en suivant le long des fibres nerveuses.

Le conflit des microbes et des cellules organiques constitue le principal fait anatomique à mettre au compte de l'infection. Il a lieu au niveau des surfaces, ou dans l'intimité des tissus. Ces germes pénètrent le milieu intérieur, s'y multiplient, lui empruntent les éléments de leur nutrition et secrètent des poisons solubles qui l'empoisonnent. L'organisme prépare la résistance et fait entrer en scène tous les appareils de défense, et, si la lutte ne lui est point funeste, il répare plus ou moins parfaitement les désordres qu'ont causés les bactéries.

Partout où il y a des microbes vivants on trouve des poisons solubles qui sont leurs produits de sécrétion et qui sont en relation avec la vitalité et la virulence des germes qui les ont produits et constituent le facteur principal de la gravité de la maladie.

Le bacille de la diphtérie en culture peut développer dans le bouillon ordinaire un poison chimique qu'on retrouve dans le bouillon débarrassé de tout élément figuré par la filtration sur porcelaine. Ce poison injecté aux animaux sensibles produit, après une courte incubation, un ensemble morbide tout à fait comparable à l'infection expérimentale provoquée par l'inoculation de cultures virulentes.

Dans cette infection d'ailleurs la pullulation microbienne reste toute locale, le bacille diphtérique ne se retrouve qu'exceptionnellement et transitoirement dans les organes profonds. Mais la toxine spécifique, au contraire, abondamment produite au lieu d'inoculation, est déversée dans la circulation et va réaliser dans les divers organes les lésions viscérales de la diphtérie. On a retrouvé ce poison dans le sang, dans les exsudats pathologiques, les urines, les viscères et en particulier la rate. C'est ce poison qui porte son action sur le système nerveux et réalise dans les faits expérimentaux comme dans les faits cliniques les paralysies si spéciales à la diphtérie.

Ainsi la toxine spécifique suit partout le microbe virulent, dépasse même sa sphère d'action, se généralise, et joue dans la réalisation de la maladie microbienne un rôle tout à fait fondamental.

Ces sécrétions microbiennes sont classées parmi les corps albuminoïdes. On en distingue deux groupes : 1° Les toxines spécifiques des milieux de cultures qui peuvent reproduire les caractères fondamentaux de la maladie quand on les injecte aux animaux sensibles. Elles sont détruites par le chauffage de 60° à 100°.

2° Certaines substances appelées : protéines; ces substances ne sont pas détruites par l'ébullition et possèdent des caractères iden-

tiques chez les différentes espèces de microbes et jouent un rôle identique dans la chimotaxie, la phagocytose et la fièvre.

Behring dit : Si les poisons ne réalisent pas l'état vaccinal et l'immunité, on ne saurait méconnaître le grand rôle qu'ils jouent dans la mise en éveil des forces organiques et la production de ces propriétés antitoxiques permanentes." On doit donc les considérer comme un des facteurs les plus importants de l'état réfractaire. Ceci est confirmé dans toute l'histoire des vaccinations chimiques. Lorsque l'infection rencontre un organisme faiblement disposé, la prolifération microbienne et la réaction organique donnent lieu à une lésion locale. Ce n'est que tardivement, à la suite de l'absorption des poisons solubles, ou d'une généralisation secondaire, que l'organisme entier subit les effets de l'infection; en pathologie humaine on ne voit qu'exceptionnellement l'infection prendre tout de suite un caractère généralisant et une forme septicémique car celle-ci suppose une réceptivité maxima ou des inoculations massives.

(A suivre)

#### Congres de la Tuberculose<sup>(1)</sup>

27 JUILLET AU 1er AOUT 1898.

##### *L'iodoforme en injections sous-cutanées dans les hémoptysies à répétition du début de la tuberculose.*

M. le Dr P. GALLOT.—L'auteur, reconnaissant que l'iodoforme a pris place dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par suite de ses propriétés antiseptiques et antiputrides, étudie l'action de ce médicament administré à l'intérieur et consigne le résultat de ses recherches dans une observation personnelle qu'il cite. Il s'agit d'une femme de 21 ans qui, à l'examen, fut reconnue être atteinte de tuberculose au début, avec hémoptysies persistantes et à répétition. Il lui fit des injections sous-cutanées d'iodoforme, à la dose de 2 centigrammes par jour, d'après la formule suivante :

Huile de vaseline neutre.....	0 gr. 25
Eucalyptol.....	5 gr.
Iodoforme.....	0 gr. 75

Et il obtint aussitôt d'excellents résultats. Enfin, l'auteur termine sa communication en rappelant que les effets de l'iodoforme pris à l'intérieur amènent une diminution des pulsations cardiaques et l'augmentation de la tension artérielle; que son action est, par conséquent, analogue à celle de la digitale; mais qu'il a sur elle l'avantage de ne pas s'accumuler; et il ajoute que les conclusions auxquelles il est arrivé seront confirmées par des expériences ultérieures faites sur des animaux.

##### *De la prophylaxie de la tuberculose et des mesures de préservation contre la contagion bacillaire à Cannes et dans les stations du littoral méditerranéen.*

M. le docteur E. GUIER (de Cannes).—Les mesures de prophylaxie contre la contagion bacillaire s'imposaient dans les stations de la Méditerranée, qui jouissent depuis nombre d'années d'une renommée méritée dans la cure de la tuberculose. Il était de notre devoir de ne négliger aucun des moyens de préservation et d'établir : 1° que les dangers de contagion tuberculeuse sont moindres sur le littoral que partout ailleurs; 2° que les mesures qui y sont appliquées

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 93 Boulevard Saint-Germain, Paris.

sont de nature à réduire au minimum ces dangers de contagion. Les conditions d'existence reposée au grand air, au soleil, sont une première raison d'immunité pour nos hivernants, mais l'illumination solaire presque continue et si intense dans nos régions intervient d'une façon très active dans la rapide destruction des germes; nos chambres de malades sont presque tous les jours entièrement baignées par le soleil et les poussières nocives y sont promptement détruites quant à leurs propriétés infectantes; pendant l'été, la conservation des objets mobiliers dans ces régions à température élevée exige le battage et la mise à l'air répétés des tentures et des étoffes et complète cette action germicide des rayons solaires.

Toutes les précautions contre la contagion bacillaire sont également mises en pratique: le crachoir à contenu liquide antiseptique est entré dans les mœurs de nos tuberculeux, et nos recommandations à ce sujet sont toujours écoutées; l'usage du crachoir portatif de Dettweiler, de Vaquier ou de Petit est aisément accepté; nous faisons notre possible pour substituer le balayage humide au balayage à sec; enfin, nous faisons résolument la guerre aux rideaux de lit, aux tentures inutiles, aux ameublements trop étoffés ou trop luxueux.

Enfin, la Société de médecine de Cannes, sur un rapport que je lui ai présenté, a organisé un service de désinfection non seulement après décès; mais après passage des malades atteints de tuberculose ouverte: transport à l'étuve de Herscher et Geneste de tous objets transportables pouvant subir sans détérioration l'action de la vapeur sous pression, lavage au sublimé de la vaisselle de toilette, marbres, carrelages, etc., enfin désinfection de surface par les vaporisations de formol à l'aide de l'autoclave de Trillat (1 litre de formochlorol à 38 % par 100 mètres cubes avec contact prolongé de 12 heures de vapeurs désinfectantes).

Les expériences de Berlioz, de Nicolle, de Riestch, d'Arronhson semblent suffisamment concluantes en faveur de ce procédé, le seul que nous puissions imposer dans nos appartements, car les pulvérisations de sublimé ne peuvent être vraiment efficaces que par une imprégnation complète des étoffes et sont très difficilement acceptées des propriétaires à cause des détériorations inévitables qu'elles produisent; aussi la plupart du temps l'emploi de ce procédé est-il limité à une timide aspersion et à un simulacre de désinfection. M. Martin lui-même ne refuse pas à la formaldéhyde l'action de surface que nous lui demandons et que nous combinons avec les transports à l'étuve et des lavages antiseptiques. — 256 opérations de désinfection ont été opérées à Cannes pendant la saison 1898 et la statistique est de 1,213 opérations pendant les années antérieures. Chaque fois qu'un médecin juge la désinfection utile, il n'a qu'à le consigner sur un feuillet du carnet à souche du bureau sanitaire: le propriétaire à qui ce feuillet est remis est tenu de prévenir le service de désinfection qui, en présence et sous la garantie de l'employé municipal, procède aux opérations; le bureau sanitaire renvoie ensuite au médecin le feuillet revêtu du visa municipal; il y a ainsi un double contrôle médical et municipal; un registre enfin a été ouvert à la mairie où les propriétaires sont venus s'inscrire, prenant l'engagement de se conformer aux prescriptions médicales. Si nous ajoutons à ces mesures l'inspection des laiteries, les inoculations des vaches laitières à la tuberculine, l'inspection des viandes d'abattoir, l'achèvement du tout à l'égoût et une nouvelle adduction d'eaux potables, nous aurons suffisamment établi les progrès hygiéniques de la ville de Cannes.

#### *Notice sur l'application du chloroforme au traitement de la tuberculose.*

M. le Dr M. DESPREZ (de Saint-Quentin), s'appuyant sur les propriétés antibacillaires vraiment merveilleuses du chloroforme dans le traitement du choléra et de la plupart des maladies à fonds bacillaire, a présenté au Congrès de 1891 pour l'étude de la tuber-

culose (1) un mémoire sur l'application du chloroforme aux maladies épidémiques et contagieuses, et en particulier à la tuberculose.

Dans ce travail, le Dr M. Desprez a démontré, d'une façon rigoureuse, l'indication absolue de l'adjonction du chloroforme à un traitement reconstituant, aidé d'une hygiène aussi bonne que possible. Il s'est appuyé sur l'innocuité du chloroforme à doses légères, son élimination très rapide, son action prophylactique puissante, la nécessité d'un traitement persistant dans la tuberculose pulmonaire jusqu'à suppression absolue des accidents. Il a préconisé l'excellence des lavages à l'eau chloroformée dans des foyers tuberculeux et purulents. Convaincu par son expérience personnelle de l'excellence de ce puissant auxiliaire d'un bon traitement, laissé à l'initiative de ses confrères, M. le Dr M. Desprez a fait et fait encore appel aujourd'hui à leur expérimentation et à leur contrôle. Il a fait aussi appel à l'initiative et au concours de MM. les vétérinaires, dont les travaux très remarquables et justement appréciés ont imprimé une marche brillante, sûre et pleine d'espoir pour l'avenir.

#### *Inhalation d'air ozonisé chargé de substances médicamenteuses dans la tuberculose pulmonaire.*

M. le Dr H. BERGERON. — Mon confrère, M. le Dr Huguet, emploie, depuis plus de vingt ans, les inhalations d'air ozonisé chargé de substances médicamenteuses, particulièrement d'iodoforme et d'eucalyptol, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. En cela, il a été un précurseur de la méthode, si en faveur aujourd'hui, la médication par les bronches, méthode installée récemment à l'hôpital Boucicaut par M. le Dr Letulle. La mort vient d'enlever M. le Dr Huguet à l'affection des siens, et auparavant il m'avait chargé de continuer l'œuvre qu'il avait commencée, au moyen des appareils ingénieux, qu'il avait installés rue de Londres, 27. Ces appareils introduisent directement dans les voies respiratoires un air constamment purifié, débarrassé par un filtrage des corpuscules qu'il pouvait tenir en suspension, puis ozonisé au moyen d'un appareil électrique, et enfin chargé de substances médicamenteuses volatiles.

Quand le médecin veut introduire par les voies respiratoires des substances médicamenteuses non volatiles, il les dissout dans l'alcool ou l'éther, et, au moyen d'un courant d'électricité statique, il les pulvérise; un courant d'air ozonisé les porte alors dans des embouchoirs, en face desquels respirent les malades. On peut donc considérer comme réalisé le vœu de tous les médecins, si bien exprimé par Vulpian, "de voir les médicaments antizymotiques introduits dans l'économie, et mis en contact direct avec le sang, par l'intermédiaire des poumons, sans que cette opération présente pour le malade le moindre inconvénient. Les inhalations d'air ozonisé, chargé d'eucalyptol et d'iodoforme, sont celles qui donnent dans le traitement de la tuberculose les plus heureux résultats. Jamais on n'observe d'accidents d'intolérance. L'état général s'améliore d'abord; puis l'état local s'amende. Le malade engraisse, et son expectoration diminue. Cette médication est plus utile encore comme moyen préventif. Après la coqueluche qu'elle guérit en quelques jours, après les toux opiniâtres de la rougeole, qu'elle amende rapidement, après les toux persistantes des pleurétiques qu'elle fait disparaître, etc., nous n'avons pas encore vu se produire ultérieurement de signes de tuberculose. Cette méthode de traitement doit prendre place à côté des cures d'air et du séjour à la campagne, et les remplacer pour les malades qui ne peuvent se déplacer. Nous terminons en priant nos confrères qui voudront se rendre un compte exact de la méthode et du fonctionnement des appareils, de venir nous voir rue de Londres, 27, où nous leur fournirons toutes les explications qu'ils pourront désirer.

(1) Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, G. Masson, éditeur, p. 500 et suiv., 2<sup>e</sup> session, 1891.

*La guérison des arthrites tuberculeuses sans interventions sanglantes*

M. le Dr CALOT (de Berck-sur-Mer). — J'ai abandonné depuis près de deux ans les interventions sanglantes dans le traitement des tumeurs blanches, en m'appuyant sur les considérations suivantes. Les arthropathies tuberculeuses sont, au point de vue anatomo-pathologique, des abcès froids des articulations. Cela est évident, lorsqu'il existe un épanchement (pus caséux ou liquide séro-sanguinolent) dans la cavité articulaire. Mais cela est également vrai, lorsque cet épanchement n'existe pas encore, lorsque la synoviale et les extrémités osseuses sont simplement tapissées de fongosités. Dans ce dernier cas, la cavité de l'abcès froid articulaire est simplement virtuelle ; mais l'élément caractéristique de l'abcès froide, c'est-à-dire la paroi contaminée, la paroi active, existe. De là, à appliquer aux tumeurs blanches le traitement reconnu le meilleur pour les abcès froids, en général, il n'y avait qu'un pas.

Le traitement le meilleur des abcès froids n'est plus l'intervention sanglante, soi-disant radicale, qui est trop souvent infidèle, et qui cause toujours une perte de substance, et des délabrements trop considérables. Le traitement le meilleur n'est pas non plus l'expectation simple. Mon attitude est la même en présence des tumeurs blanches. Si je repousse, pour les raisons données plus haut, l'intervention sanglante, trop souvent infidèle, et compromettant toujours gravement l'intérêt orthopédique des malades, je repousse également l'absence de toute thérapeutique active, c'est-à-dire la seule immobilisation de la jointure malade avec ou sans compression, avec ou sans topiques et révulsifs. Comme pour les abcès froids, en général, le meilleur traitement, celui qui guérit le plus souvent les tumeurs blanches, et laisse les membres les plus utiles, c'est incontestablement la ponction suivie d'injections modificatrices, ponction et injections faites dans l'intérieur de la cavité articulaire.

On trouvera dans la thèse de mon interne Dulac une quarantaine d'observations de tumeurs blanches ainsi traitées, qui viennent confirmer ce que la théorie nous avait fait entrevoir. Sur 40 tumeurs blanches, la guérison a été 39 fois obtenue par ce seul traitement ; dans un seul cas, chez un homme de 30 ans, et pour une tumeur blanche datant de 5 ans, en raison de dispositions anatomiques rendant ce traitement difficile, j'ai dû recourir ultérieurement à une résection, ou plutôt à une arthrectomie.

Quant aux résultats orthopédiques, ils ont été des plus remarquables. Non seulement le membre a conservé sa forme, sa longueur et sa solidité ; mais, dans près du 1/4 des cas, les jointures ont recouvré la totalité ou la presque totalité de leurs mouvements. Et nous espérons bien obtenir davantage, au point de vue orthopédique, dans l'avenir, parce que nous rechercherons le retour des mouvements ; car jusqu'ici, lorsqu'ils se sont rétablis, c'est spontanément, sans que nous n'ayons rien fait pour cela.

La technique des injections est la même sensiblement que s'il s'agissait du traitement d'un abcès froid ; les mêmes aussi les liquides employés. Nous nous en tenons personnellement au naphthol camphré et à l'éther iodoformé, injectés en petite quantité à la dose de 1 à 10 grammes, suivant l'âge des malades. Nous commençons par des injections de naphthol camphré, pratiquées après évacuation de la cavité articulaire, jusqu'à concurrence de 8 injections, les faisant à 2 à 3 jours d'intervalle l'une de l'autre. Après la huitième injection de naphthol camphré, nous faisons deux injections d'éther iodoformé. Puis, après avoir vidé complètement la cavité articulaire à 2 ou 3 reprises du liquide qu'elle contient à sécréter pendant quelque temps, après la dernière injection. Nous faisons une bonne compression de la jointure avec de la ouate et des bandes plâtrées. La période des injections a duré 25 à 30 jours ; la période des compressions dure environ 3 à 4 semaines. Après quoi le malade est laissé en liberté, le traitement fini.

S'il s'agit d'une tumeur blanche sèche, les 4 ou 5 premières injections d'une petite quantité de naphthol dans la cavité synoviale provoquent une sécrétion des parois de cette cavité, et la production d'une sérosité brunâtre qui ramène ce cas au précédent. Dans le cas de tumeur blanche avec fistules, le traitement est plus long. La fistule est une complication imputable au médecin ; elle ne devrait jamais se produire. Lorsqu'elle existe, l'on arrive à la guérison avec des injections faites dans le trajet, de manière à ce que le liquide y séjourne. L'on trouvera le détail de cette technique dans mon livre de la *Coxalgie* et dans la thèse de mon interne, M. Lévy. Mais encore ici ce traitement est infiniment supérieur aux interventions sanglantes ; il demande seulement beaucoup plus de peine et de temps.

J'ai eu, il y a 15 mois, à soigner un homme de 33 ans, qui portait 9 fistules au niveau du tiers inférieur de la jambe droite, et sur toute la longueur du pied ; ces fistules existaient sans qu'elles se fussent jamais fermées depuis 21 ans. On allait l'amputer au genou ou à la cuisse, lorsque je l'ai vu. Par des injections faites patiemment pendant près de 10 mois, je l'ai guéri ; il y a 5 mois que la guérison se maintient.

Il n'y a pas de véritable contre-indication à ce mode de traitement. Mais il est des cas où il est anatomiquement inapplicable ; par exemple, lorsqu'il s'agit d'une tumeur blanche sans épanchement de l'articulation coxo-fémorale. L'on ne peut pas injecter sérieusement le liquide dans la cavité synoviale si serrée et si profonde de cette hanche malade. En outre, et pour d'autres jointures même, il existe des cas où la cavité synoviale est cloisonnée, et est difficile à atteindre en son entier. Les douleurs et le mouvement faible qui surviennent parfois pendant le traitement ne sont pas des contre-indications ; mais ces phénomènes commandent d'espacer les injections, et de diminuer la quantité de liquide injecté.

Qu'il me soit permis d'indiquer comme la plus sérieuse contre-indication de ce traitement la minutie, l'effort, la persévérance, et surtout le temps qu'il demande de la part du chirurgien, et c'est en réalité pour cette raison qu'il ne sera pas facilement adopté d'une manière générale.

Rappelez-vous ce malade qui avait des fistules depuis 21 ans. Il m'a fallu 10 mois de peine, et de pansements fastidieux pour arriver à le guérir. Au chirurgien qui allait l'amputer, il aurait pris 10 minutes de son temps. Il est vrai que je lui ai sauvé son pied et sa jambe.

## REVUE DES JOURNAUX

### Resultats de l'ablation du cancer du sein

Que les cancers, et en particulier les cancers glandulaires, soient causés par une variété spéciale de psorospermie, comme les travaux de ces dernières années, ceux de Sawtchenko surtout, tendent à le faire croire, ou qu'ils soient liés à une cause qui nous échappe encore, il n'en est pas moins certain que leurs éléments sont susceptibles de pulluler lorsqu'ils se trouvent disséminés dans l'organisme, comme le prouvent les récidives, greffes *in situ*, les métastases, greffes à distance, et encore l'expérimentation. Il est donc à prévoir qu'on devra enlever ces tumeurs en bloc, sans les ouvrir, comme on enlève une salpingite suppurée, par exemple, sans la crever, si l'on veut avoir quelque chance d'éviter la récidive. Ces principes ont déjà guidé plusieurs chirurgiens, mais leur nombre est encore petit et la plupart des opérations faites pour cancer du sein sont manifestement inadéquates au mal. On le constate souvent au moment même de l'opération, plus souvent encore lorsque la récidive précoce, *in situ*, survient. Cela tient, d'une part, à un parti pris qu'ont beaucoup de chirurgiens, de considérer les cancers du sein comme incurables ; d'autre part, à ce qu'une opération tant soit peu radicale est en apparence beaucoup plus grave que l'opération simple : pourquoi

done risquer d'augmenter la mortalité opératoire, la mortalité si la mortalité morbide ne peut tout de même pas être évitée?

Ce sont là les arguments qui ont servi contre le curage de l'aisselle, qu'aujourd'hui presque tous les chirurgiens pratiquent; aussi faut-il espérer qu'ils n'empêcheront pas davantage d'adopter les nouvelles méthodes opératoires si leur efficacité s'affirme. Cette tendance à opérer plus largement se montre un peu partout: c'est ainsi qu'à Lausanne, dans le service du professeur Roux, on pratique systématiquement le curage du creux, sus-claviculaire, absolument comme celui de l'aisselle; mais jusqu'à présent, personne n'a aussi radicalement que Halsted, professeur de clinique chirurgicale au Johns Hopkins hospital de Baltimore, opéré les cancers du sein. Aussi nous semble-t-il intéressant d'analyser le mémoire où il donne les résultats de cinquante ablations du sein avec le procédé opératoire qu'il emploie. (1)

Voyons d'abord les résultats obtenus: sur cinquante cas opérés, deux seulement n'ont pu être retrouvés; au moment de l'opération, on les avait considérés comme des cas particulièrement favorables.

Il n'y a eu, en tout, que trois récidives locales, soit 6%. Une seule de ces récidives était inopérable.

Chez une de ces malades, des granulations suspectes, enlevées un mois après l'opération, étaient du carcinome à l'examen histologique. La malade est actuellement bien portante, deux ans et trois mois après sa deuxième opération.

La troisième malade a présenté des métastases viscérales avant la récidive locale qui eut lieu deux ans après l'opération.

Dans huit cas, il y a eu des métastases régionales (dans le sens de Billroth, c'est-à-dire des récidives à distance du foyer opératoires, mais dans la même région). Quatre de ces malades vivent et quatre sont mortes. Des mortes, l'une (cancer des deux seins) a eu une récidive inopérable. Deux furent opérées avec succès en ce qui concerne la récidive régionale. Le quatrième cas présenta un cancer pleuropulmonaire avant la récidive régionale, qui n'eut lieu que deux ans et quatre mois après l'opération. Ce cas est le seul où la récidive a eu lieu dans les ganglions sus-claviculaires. L'auteur range ce cas dans les récidives régionales, parce que le creux sus-claviculaire n'avait pas été curé (c'est un des premiers cas).

Des quatre malades vivantes, trois ont été opérées pour leur récidive et sont maintenant vivantes, et bien portantes. Sans récidive, un an et trois mois; onze mois et trois mois respectivement après la deuxième opération. Une malade a des métastases cutanées opérables, mais un cancer du fémur inopérable.

Dans tous les cas, les ganglions axillaires étaient cancéreux. Les ganglions sus-claviculaires l'étaient dans au moins cinq cas, 10%.

Si nous ne considérons que la récidive locale, nous avons donc 6% sur cinquante cas, dont la plupart ont été suivis longtemps, et une mortalité opératoire nulle.

Il est intéressant de comparer ces résultats avec ceux obtenus par d'autres chirurgiens. Si nous prenons quelques statistiques importantes seulement, nous trouvons que:

Billroth, sur 170 cas, de 1867 à 1876, a eu 85% de récidives locales;

Czerny, 62% sur 10 cas, de 1877 à 1886;

Fisher, 75% sur 147 cas, de 1871 à 1878;

Gussenbauer, 64% sur 154 cas, de 1878 à 1886;

König, de 58 à 62% sur 152 cas, de 1875 à 1885;

Küster, 60% sur 228 cas, 1871 à 1871 1885;

Lücke, 66% sur 10 cas, 1881 à 1890;

Wolkmann, 59% sur 131 cas, de 1874 à 1878.

La différence entre les résultats est véritablement extraordinaire. Comment donc Halsted a-t-il obtenu des résultats tellement

supérieurs à ceux de chirurgiens que nous venons de citer d'après lui? Ceci nous amène à parler du procédé opératoire suivi.

Deux principes commandent ce procédé opératoire:

Dans tous les cas de cancer du sein, il faut exciser le grand pectoral en entier, ou en laissant sa portion claviculaire, parce que cela permet à l'opérateur d'enlever tous les tissus suspects.

Les tissus suspects doivent être enlevés d'une pièce: 1° pour que la plaie ne puisse être contaminée en divisant au bistouri les parties envahies par le mal; 2° parce que des parcelles néoplasiques pourraient facilement passer inaperçues au cours d'une ablation fractionnée.

Voici dans tous ses détails le procédé opératoire tel que Halsted lui-même le décrit:

1° L'incision cutanée (raquette dont la poignée est représentée par une courbe dont la convexité regarde en bas et dont l'extrémité descend assez bas sur la paroi externe de l'aisselle) va d'un coup et partout jusqu'au-dessous du plicule adipeux;

2° Le lambeau cutané triangulaire qui se trouve aussi dessiné au niveau de l'aisselle est disséqué jusqu'à sa base, ne comprenant que la peau, toute la graisse qui la double étant laissée en place, et on poursuit sa dissection jusqu'au bord inférieur du grand pectoral où elle se continue avec la graisse du creux axillaire;

3° On coupe les insertions costales du grand pectoral et on le fend généralement entre ses faisceaux costaux et claviculaires, jusqu'à peu près au niveau du tubercule du trapèze sur la clavicule;

4° On sectionne en ce point la peau et le chef claviculaire du grand pectoral jusqu'à la clavicule. Cette incision met à jour le creux axillaire;

5° On dissèque soigneusement le tissu cellulaire situé sous la portion claviculaire du grand pectoral, pendant qu'un écarteur l'attire par en haut. Ce tissu est riche en lymphatiques et parfois infiltré par le cancer;

6° On continue à fendre le grand pectoral jusqu'à l'humérus et on coupe en travers au ras de l'os la portion du muscle que l'on veut enlever;

7° On tire sur toute la masse délimitée par ces incisions (peau, sein, tissu cellulaire et graisse) et on la détache du thorax en rasant les côtes, enlevant autant que possible en même temps l'aponévrose du petit pectoral;

8° Le bord inféro-externe de celui-ci étant franchi par la dissection, on le coupe en travers un peu au-dessous de son milieu;

9° On dissèque avec soin le tissu cellulaire situé à l'extrémité coracoïdienne du petit pectoral;

10° On relève par un écarteur son bout supérieur en haut, ce qui permet d'enlever l'écarteur qui maintenait jusqu'à présent le grand pectoral;

11° On sépare du muscle avec le plus grand soin les petits vaisseaux, principalement des veines, situés sous le muscle, et on les lie aussi près de la veine, axillaire que possible. Il vaut mieux lier immédiatement que de laisser les pinces à demeure jusqu'à la fin de l'opération, car non seulement elles gêneraient l'opérateur, mais elles pourraient encore arracher ces vaisseaux à leur embouchure dans l'axillaire;

12° Après avoir mis à nu la veine axillaire aussi haut que possible, on dissèque le contenu de l'aisselle avec un bistouri bien tranchant. Il ne faut pas se contenter d'arracher la graisse et les ganglions avec les doigts. La veine doit être disséquée minutieusement, et les ligatures sur ces tranches ne comprennent absolument que le vaisseau. Il n'est pas toujours nécessaire de mettre à nu l'artère, mais il est bon de le faire, car quelquefois le tissu cellulaire au-dessous des vaisseaux est pris, et il vaut mieux enlever trop que trop peu;

13° Les vaisseaux étant nettoyés, on peut aller plus vite dans la dissection de la paroi interne de l'aisselle; la masse à enlever étant attirée en haut et en dehors;

1) John Hopkins hospital Reports. Report in-surgery II. The results of operations for cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins hospital from June 1889 to January 1894. —William S. Halsted. Baltimore Johns Hopkins press 1894



14° Quand on a atteint la jonction de la paroi interne et de la paroi postérieure de l'aisselle, ou un peu avant, un aide saisit le petit lambeau triangulaire et le tire en dehors pour tendre les tissus qui recouvrent les muscles de la paroi postérieure de l'aisselle. On dissèque alors de dedans en dehors cette paroi postérieure. On voit ainsi facilement les vaisseaux scapulaires, et on peut les pincer avant de les diviser. Les nerfs peuvent être laissés ou enlevés au gré de l'opérateur. Küster attache une grande importance à leur conservation au point de vue des mouvements de l'épaule, mais cette question ne paraît pas définitivement résolue à Halsted ;

15° Il ne reste plus qu'à détacher d'un coup de bistouri les dernières attaches celluloso-graisseuses à la base du lambeau triangulaire disséqué au début pour que l'ablation soit terminée.

Tout a été enlevé d'une pièce, sans hémorrhagie pour ainsi dire, aussi n'y a-t-il pas de choc après l'opération, celui-ci n'étant presque toujours dû qu'à la perte de sang.

Les lèvres de la plaie sont rapprochées par une suture en bourse perdue ; la base du lambeau triangulaire est seule comprise dans la suture, le lambeau lui-même servant à doubler le fond de l'aisselle. Celle-ci n'est jamais drainée et s'est toujours réunie par première intention. La portion de la plaie qu'on ne peut recouvrir se cicatrise souvent sous le caillot.

En ce qui concerne les troubles fonctionnels amenés par l'opération, ils sont parfois si légers qu'on ne les remarque pas. Dans la plupart des cas, le bras du côté opéré était aussi utile que celui du côté opposé. Parfois la cicatrice empêche l'élévation du bras dans une certaine limite. Dans deux cas, on y a remédié par une autoplastie. Jamais la gêne fonctionnelle n'a paru liée à l'ablation du muscle ou des muscles. Parfois il y a eu de l'œdème du bras pendant un certain temps.

L'auteur insiste en terminant sur l'utilité du petit lambeau triangulaire : grâce à lui, le creux axillaire est profond, et le malade peut mouvoir son bras suffisamment, tandis qu'autrement il serait fixé au côté par une cicatrice.

(Gazette de Gynécologie)

#### Traitement des taies de la cornée par les pommades et le massage

Par le Dr A. CHEVALLEREAU.

Les taies, qui le plus souvent sont le résultat d'affections scrofuleuses de la cornée, sont trop habituellement négligées par les parents qui ont rarement la patience de pousser jusqu'au bout un traitement long et désagréable ; on préfère compter sur l'âge et sur le temps pour les faire disparaître, et, s'il fallait en croire bien des parents qui cherchent à excuser à leurs propres yeux leur négligence, trop de médecins auraient l'habitude de déconseiller tout traitement pour ces taies, qui disparaîtraient seules à la puberté. En réalité, les taies ne guérissent jamais seules, sauf lorsqu'elles sont superficielles, lorsqu'elles sont le résultat d'infiltrations sans destruction de tissus, et lorsqu'elles existent chez des enfants très jeunes à croissance rapide.

Pendant qu'on attend en vain leur disparition spontanée, ces taies amènent comme complication habituelle du strabisme et de la myopie. Elles ne vont pas jusqu'à provoquer, comme le croit M. Malgat (de Nice), qui publie sur ce sujet un bon travail dans le *Recueil d'ophtalmologie*, mars 1898, "Atrophie de la rétine et du nerf optique"; mais leurs méfaits sont assez graves pour que ces taies méritent une sérieuse attention.

Le traitement le plus employé contre les taies c'est l'insufflation de poudre de calomel sur la cornée ou l'introduction en dedans des paupières d'un peu de pommade à l'oxyde jaune de mercure au centième ou même à dose plus élevée. Les résultats ne sont pas toujours bien appréciables. En 1891, M. Malgat a été l'un des premiers

à préconiser le massage de la cornée. Ce n'est point un traitement commode et il faut le conduire avec prudence. Le massage irrite l'œil et l'inflammation qu'il provoque peut aller beaucoup trop loin, amenant même parfois des complications nuisibles, obligeant alors à interrompre le traitement pour un temps plus ou moins long.

Voici comment M. Malgat pratique le massage. Il introduit derrière les paupières de l'œil malade un peu de pommade au précipité jaune :

Axonge fraîche..... 10 grammes.  
Précipité jaune..... 0.10 —

ou bien la pommade suivante :

R. Lanoline..... } à 5 grammes.  
Hydrargyre..... }

puis, les paupières étant closes, il fait des frictions douces sur l'œil, au niveau de la cornée, pendant une demi-minute environ. Il essuie l'enfant avec du coton hydrophile, le lave avec de l'eau boriquée à 3 % et l'opération est finie. Ce pansement est renouvelé tous les jours, jusqu'à ce que la pommade ou les frictions aient produit une certaine irritation de l'œil qu'il ne faut pas dépasser. Alors, il faut donner à l'enfant quelques jours de repos, puis on reprend le massage avec prudence tous les deux ou trois jours en se tenant prêt à le cesser encore à la moindre rébellion de l'œil.

Ce traitement est indiqué chaque fois qu'on se trouve en présence d'infiltrations récentes de la cornée, chaque fois que toute inflammation oculaire a disparu depuis une dizaine de jours au moins. D'autre part, plus on se trouve rapproché de la fin des accidents inflammatoires, plus on a de chance de faire disparaître les exsudats ; au contraire, lorsque les infiltrations cornéennes sont anciennes, organisées, il devient très difficile d'en avoir raison.

Le massage est contre indiqué dans tous les cas où il existe une inflammation même légère de l'œil, l'irritation de la pommade ou des manœuvres masso-thérapeutiques peuvent, en effet, faire éclater une inflammation plus grave. Maintenant, et à la vérité, qu'obtiendra-t-on avec ce traitement ? Quels que soient leur épaisseur et leur degré d'opacité, qu'il s'agisse de néphélie, d'albugo ou de leucome, il faut distinguer deux sortes de taies de la cornée : les taies par infiltration et les taies par cicatrices. Dans ces dernières, consécutives à des traumatismes, à des ulcérations, on peut faire ce qu'on voudra, on n'obtiendra rien, que de faire disparaître la zone d'infiltration qui peut entourer le tissu cicatriciel ; dans les taies par infiltration, au contraire, on peut beaucoup, surtout lorsque le sujet est jeune, et lorsque la taie elle-même n'est pas trop ancienne. Pour cela, au moins en ce qui concerne les adultes, aucun moyen ne nous paraît plus actif que l'application sur le limbe scléro-cornéen, dans le voisinage de la taie ou même sur tout le pourtour de la cornée, de très petites pointes de feu avec la pointe fine du thermo-cautère. La cocaïne rend cette petite opération très facile et on la recommencera avec avantage tous les quinze jours ; mais ce procédé est difficilement applicable chez les enfants ; chez eux, le pommade a certainement du bon et, quand on saura y mettre assez de patience, on en obtiendra d'excellents résultats.

(France méd.)

#### Etude sur les injections de serum artificiel dans la tuberculose pulmonaire

Par MM. A. FRAIKIN, interne des hôpitaux de Bordeaux,  
et G. BUARD, externe des hôpitaux.

Chez tous nos sujets nous avons suivi le même procédé opératoire : l'injection a été faite au point indiqué par Sirot, dans le flanc droit, au dessous de l'ombilic, avec toutes les précautions minutieuses usitées en pareil cas (asepsie de la seringue et du liquide, flambage de l'aiguille, nettoyage antiseptique de la peau, etc.) Nous nous sommes servis de deux variétés de solutions — l'une, le serum de Hayem :



Chlorure de sodium.....	5 grammes.
Sulfate de soude.....	10 —
Eau.....	1000 —
L'autre, le sérum de Chéron :	
Phosphate de soude.....	4 —
Sulfate de soude.....	8 —
Chlorure de sodium.....	2 —
Acide phénique neigeux....	1 —
Eau stérilisée.....	Q. S. p. 100cc.

Nous avons d'ailleurs peu employé cette dernière solution, dont Sirot ne s'est pas servi, puisqu'il n'a injecté que du sérum de Hayem. MM. Ardin-Delteil et Carrieu disent en avoir injecté 20cc. Il nous semble que cette dose, très forte puisque le sérum de Chéron est très concentré, pourrait être dangereuse : aussi n'avons-nous pas dépassé 6cc. Nos expériences portent donc surtout sur l'emploi du sérum de Hayem. L'injection était poussée lentement, doucement, afin de faire le moins possible "boule d'œdème" et de ne pas trop délabrer le tissu cellulaire. Nous avons varié les quantités injectées. N'obtenant pas de résultats avec 20cc nous en avons injecté 30cc et jusqu'à 40cc à nos divers malades afin de vérifier si notre échec ne tenait pas à la faible quantité utilisée. Nos thermomètres étaient vérifiés auparavant, et pour chacun de nos malades nous nous servions toujours du même. La température, toujours prise depuis quatre à cinq jours auparavant, afin d'être bien sûr d'agir sur un sujet apyrétique, était notée immédiatement avant l'injection, puis trois, six, et neuf heures après. Pour nous mettre ici aussi à l'abri d'une cause d'erreur, exagérant les précautions indiquées par M. Sirot, nous avons pris la température, pendant dix heures après l'injection, soit toutes les deux heures, soit même toutes les heures.

Chez un de nos malades, nous avons répété trois séries d'expériences, à divers intervalles [Obs. IV].

Enfin, nous nous sommes demandé si nous n'obtiendrions pas d'hyperthermie chez les tuberculeux momentanément apyrétiques, mais qui auparavant avaient eu de fortes poussées de fièvre hectique [Obs. VII et VIII].

Le pouls, la respiration, les symptômes locaux du côté du poulmon ont été soigneusement notés et vérifiés avant et après les injections. Nous n'avons jamais remarqué aucun changement. Nous avons même fait quelques analyses d'urines du jour précédent et du jour même de l'injection, sans observer aucune modification importante. Ces injections sont donc inoffensives, du moins à ces doses.

Mais, malheureusement, il nous paraît résulter de nos recherches qu'elles ne peuvent jouer aucun rôle dans le diagnostic précoce de la tuberculose. Sur huit malades parfaitement choisis, les uns suspects de tuberculose, les autres manifestement tuberculeux, la méthode s'est toujours trouvée en défaut : nous n'avons eu, dans aucun cas, d'élévation de température notable. Chez notre première malade, il est vrai, nous avons, lors d'une première injection (une heure après), constaté une élévation assez forte de température. Mais à la contre-épreuve, faite quelques jours plus tard, cette hyperthermie ne s'est pas reproduite. Cette observation n'est donc nullement concluante. Et cette réaction fébrile nous a manqué, non seulement chez des malades (tuberculeux avérés ou simplement en suspicion) jusque-là apyrétiques, mais même chez des malades qui avaient eu quelques jours auparavant de la fièvre hectique.

Nous tenons, en terminant, à répondre à quelques objections que l'on pourrait nous présenter. On nous dira que nous n'avons fait ici qu'un travail négatif, une étude de réfutation tendant simplement à détruire une méthode de diagnostic. Cela est vrai. Mais il nous semble qu'il n'était pas inutile de soumettre à un contrôle expérimental la méthode de M. Sirot. Des praticiens non prévenus pourraient en effet se fonder sur elle avec trop de confiance, et conclure, de ce qu'ils n'ont constaté chez leurs malades aucune réaction fébrile, à une benignité de pronostic ne se réalisant pas dans la suite,

ces malades, quoique n'ayant pas eu de fièvre après les injections, pouvant parfaitement être des tuberculeux, soit au début, soit même à une période avancée.

Nous nous étions promis, lorsque nous avons entrepris cette étude (et nous l'avons faite, nous l'avouons, dans le désir de reconnaître la justesse de cette méthode diagnostique, espoir qui, à notre grand regret, n'a pas abouti), de la compléter en recherchant l'effet du sérum artificiel dans les tuberculoses chirurgicales, puis chez les sujets sains, et enfin chez les animaux inoculés. Mais ayant dès le début reconnu la non-efficacité de la méthode, ces recherches n'auraient été qu'une superfluité, elles n'avaient aucunement leur raison d'être ; aussi les avons-nous abandonnées.

On nous objectera peut-être le petit nombre de nos malades mis en expérience. A ceci nous répondrons d'abord que ces expériences sont au moins aussi nombreuses que celles de M. Sirot, d'une part, et de MM. Ardin-Delteil et Carrieu, d'autre part. De plus, le fait même que chez huit malades, diversement choisis, nous n'avons obtenu aucun résultat, nous semble suffisant pour détruire un procédé qui devrait, pour être sûr, se baser sur des résultats certains et constants.

Nous aurions dû, assurément, agir envers tous nos sujets comme nous l'avons fait pour deux d'entre eux (Obs. I et IV), c'est-à-dire recommencer sur chacun, à des intervalles éloignés, des séries d'injections. Malheureusement, cela nous a été impossible. Ces injections sont en effet très douloureuses, et ceci est encore un argument contre la méthode. Nos malades supportaient difficilement ces injections ; aussi, lorsqu'il s'agissait d'en faire une autre, ils nous suppliaient, malgré toutes nos bonnes raisons, de nous abstenir, ou même s'y refusaient catégoriquement. Et cela, à l'hôpital, où l'on jouit sur les malades d'une assez grande autorité. Que serait-ce donc en clientèle ! D'ailleurs, encore une fois, un ensemble de 8 insuccès sur 8 malades expérimentés, nous a semblé suffisamment démonstratif.

On nous opposera, enfin, la méthode de M. Sirot étant susceptible de donner des résultats, surtout chez des tuberculeux douteux, à la période de début, de n'avoir pas suivi nos malades assez longtemps pour vérifier si réellement, par la suite de l'affection et par de nouveaux examens cliniques, ils étaient réellement bacillaires. Nous comprenons sans peine le bien fondé de cette objection. Mais, suivre des tuberculeux au premier degré pendant un temps toujours très-long, pendant plusieurs mois, nous semble impossible à l'hôpital et même en clientèle. Nous avons, d'ailleurs, choisi nos malades, de telle sorte qu'il ne fût pas nécessaire de les suivre pendant un si long laps de temps. Quatre d'entre eux étaient tuberculeux manifestement. Ils n'ont eu aucune réaction. Or, si le sérum doit produire de la fièvre dans la tuberculose au début, à plus forte raison devrait il en produire dans la tuberculose avancée, nous le croyons du moins. Deux autres étaient tuberculeux à la deuxième période, mais sans bacille. Ils n'ont pas eu de réaction. Deux autres enfin étaient tuberculeux au début. Les signes cliniques étaient très nets chez eux—autant du moins qu'ils peuvent l'être à la première période — et le doute ne persistait que par l'absence des bacilles ; il ne nous paraît pas qu'il eût été nécessaire de les suivre plus longtemps pour être fixés à leur égard. Si réellement le sérum jouissait d'un pouvoir diagnostique, nous aurions dû le vérifier chez ces malades qui étaient certainement, par l'examen clinique, des tuberculeux à la troisième, à la deuxième, ou à la première période.

En résumé, d'après nos expériences faites sur des malades tuberculeux avérés ou douteux, aux trois différentes périodes de la maladie, et du fait que chez nos huit malades ces expériences ont été constamment négatives, nous croyons pouvoir conclure que la méthode de M. Sirot ne donne aucun résultat certain et ne peut, par conséquent, servir au diagnostic précoce ou tardif de la tuberculose pulmonaire.

**Ématémèse dans l'exulcération simple**

M. le professeur DIEULAFOY

M. Dieulafoy présente une malade qui est entrée à l'hôpital pour de grandes hématomésés survenues dans le cours d'une exulcération simple de l'estomac.

C'est surtout dans l'exulcération simple que se produisent les hématomésés beaucoup plus que dans l'ulcus retundum, une fois créé.

L'ulcération de la muqueuse est tout à fait superficielle mais le suc gastrique détruit la muscliculaire et ronge les artérioles qui sont quelquefois du volume des collatérales du petit doigt.

Il y a deux mois que cette femme, qui est aujourd'hui, pour la première fois présentée à la clinique, est entrée à l'hôpital à la suite de deux hématomésés formidables. Ces hématomésés étaient survenues sans symptômes gastriques prémonitoires, sans douleur, avec seulement des nausées insignifiantes, elle est arrivée à l'hôpital absolument exsangue.

On a fait une numération des globules rouges, on en a trouvé seulement douze cent mille. Dans les premiers jours de son séjour à l'hôpital elle a rendu encore de nombreux caillots et elle a eu une nouvelle hématomésé moins considérable, mais suivie cependant encore de l'expulsion d'une quantité notable de caillots.

C'est toujours ainsi que se présentent les choses dans l'exulcération simple de l'estomac : très peu de phénomènes gastriques et terribles hématomésés, dans l'ulcus retundum, au contraire, il y a tout le cortège ordinaire des troubles gastriques et les hématomésés sont rares, particulièrement au début, ce n'est que plus tard qu'elles ont lieu.

Le traitement de l'exulcération simple et des hématomésés est des plus délicats.

Le traitement médical consiste dans l'emploi de l'eau de chaux coagulée ou non et dans celui des injections de sérum, quand il y a eu des hématomésés abondantes. Mais il arrive un moment où les hémorragies continuant, la quantité de sang perdue étant trop considérable, les injections de sérum sont devenues impuissantes à conjurer la mort. Il faut alors opérer, ouvrir l'estomac et aller à la recherche du vaisseau ouvert pour en faire la ligature. Le point délicat est de bien apprécier le moment où le traitement médical devra faire place au traitement chirurgical. Sur quoi peut-on se baser pour se décider à l'intervention sanglante ? Si la perte de sang n'a été que de 60, 100, 150, 200 grammes, il est à présumer que c'est une toute petite artériole qui donne et qu'un caillot obturateur se formera facilement, l'opération n'est pas alors indiquée. Si, au contraire, l'hémorragie est plus abondante, si la perte de sang a été d'une seule fois de 500 grammes et plus, de 800 grammes par exemple, si elle s'est reproduite plusieurs fois, alors il est clair qu'une grosse artère est ouverte. Il faut donc intervenir et le mieux est de le faire dès la première grosse hématomésé.

C'est ce qui a été fait ici, le traitement médical a suivi : injections de sérum, lait, eau de chaux, repos absolu. Rapidement chez cette malade le chiffre des globules rouges de 1,200,000 est monté à 1,400,000, puis à 2,500,000, 2,800,000 et finalement 3,900,000, dernière numération ; aujourd'hui elle demande à sortir : elle est en effet guérie quoique elle soit encore très pâle. Elle suit depuis peu de temps seulement le régime mixte, ayant été tout le reste du temps au régime lacté absolu ; elle devra encore longtemps continuer le régime mixte car les accidents peuvent revenir.

Au résumé en face de grandes hématomésés on se trouvera certainement dans une situation difficile, mais il convient de ne pas trop compter sur les injections de sérum qui peuvent être bien insuffisantes, sans oublier que les injections augmentent la tension artérielle et risquent par ce fait de détacher les caillots obturateurs. L'intervention chirurgicale s'impose donc, dit M. Dieulafoy, l'his-

toire de cette malade en est une preuve mise en regard de celle d'un autre malade que M. Dieulafoy rappelle, malade qui est mort à la suite d'hématomésés toutes semblables, après avoir subi seulement le traitement médical complet et avoir reçu dans la veine 250 grammes de sérum.

(Abeille méd.)

**FORMULAIRE****Traitement de la gangrène pulmonaire**

L'antisepsie doit être la base du traitement de la gangrène pulmonaire. Le malade sera placé dans une grande chambre et l'air désinfecté par des pulvérisations phéniquées. Pour réaliser l'antisepsie pulmonaire, on pourra recourir à l'une des potions suivantes :

1° Alcoolature d'eucalyptus..... 2 grammes.  
Julep diacodé.....120 —

par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

2° Liqueur de Labarraque..... 4 grammes.  
ou : Hyposulfite de soude.....3 ou 4 —  
Julep.....120 —

par cuillerées dans les vingt-quatre heures. Les inhalations antiseptiques sont aussi très utiles :

Acide phénique..... 50 grammes.  
Eau..... 950 —

Mettre dans un flacon et faire respirer les vapeurs. Trousseau préconisait l'essence de térébenthine ; verser dans de l'eau chaude quelques cuillerées à café d'essence et faire inhaler. Comme antiseptique interne, Jaccoud recommande l'acide salicylique à la dose de 50 centigrammes par jour. On emploiera *largè manu* les toniques sous toutes les formes. La digitale et la caféine seront les meilleurs médicaments à prescrire en cas de collapsus menaçant. S'il y a des foyers multiples, le traitement médical est seul possible. Mais si la gangrène est bien limitée et que ce traitement ne produise pas d'effets rapides, il faut faire la pneumotomie, c'est-à-dire ouvrir largement le foyer pulmonaire en traversant la paroi thoracique et la drainer. Quelques chirurgiens ont même pratiqué la résection de parties du poumon.

(Gaz. des Hôp.)

**Amygdalites lacunaires**

Après dissection, toucher avec :

Acide trichloracétique..... 0 gr. 10 centigr  
Iode métallique..... 0 gr. 25 —  
Iodure de potassium..... 0 gr. 50 —  
Glycérine pure..... 5 gr. 50 —  
Eau distillée..... 10 gr. (Gampert)

**Alopécie précoce**

Après lavage au savon gras à l'encalyptol, frictions avec :

Essence de d'eucalyptus..... }  
Baume du Pérou..... } à 5 grammes.  
Mixture d'oléos balsamique..... }  
Teinture de quina composée..... 15 —  
Alcool de vin..... 150 —

(Prat. Kosmetik für Aerzte.)

(Fischhoff.)

(Progrès Médical.)

## SEUL RESPONSABLE

En justice pour quelques-uns des collaborateurs de *La Revue Médicale* que l'on aurait pu soupçonner d'avoir quelque lien de parenté avec l'article du 24 août, intitulé : "A propos de l'Association médicale", nous aimons à déclarer que l'humble soussigné en est seul responsable.

P. P. BOULANGER, M.-D.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Infection et serotherapie (1)

Par M. le Dr J. E. LABERGE, médecin de l'Hôpital Civique,  
Montréal.

(Suite et fin)

Dans la grande majorité des cas l'infection débute par une période d'incubation. C'est la préparation de la lutte infectieuse qui ne commence qu'après multiplication des assaillants, ou lorsque les germes, d'abord gênés par les humeurs et le sang, vont se fixer et coloniser en repos dans quelque foyer local plus favorable. Les bactéries secrètent ainsi leurs toxines qui vont impressionner les nerfs, les vaisseaux et les phagocytes.

Alors la maladie entre dans la période dite d'invasion. Les phénomènes caractéristiques de la maladie se développent jusqu'à un certain maximum; c'est la période d'état qui commence alors. C'est la phase d'équilibre entre l'attaque et la défense, c'est la maladie elle-même. Si l'organisme a le dessus la neutralisation et l'élimination des microbes et des toxines ont lieu, l'état vaccinal se trouve réalisé et l'infection entre dans la période de régression qui marque l'arrêt de la lutte, le rejet des assaillants, et la réparation des pertes organiques; processus qui se continuent et s'achèvent pendant la convalescence. Cependant il est bon de noter que l'élimination des toxines peut être l'occasion d'accidents tardifs spéciaux. Ex. Néphrites.

La lutte est-elle à l'avantage du microbe, tous les phénomènes s'aggravent, l'infection est plus intense, des infections secondaires interviennent, les organes principaux de l'économie se trouvent intéressés, particulièrement ceux de la défense et de l'émonction. Rate, foie, rein. La mort a lieu par asphyxie, syncope, adynamie, coma.

La pathologie microbienne n'a rien négligé des ressources diagnostiques anciennes; elle a seulement appris à mieux interpréter, et à synthétiser un ensemble de phénomènes morbides réalisant l'état infectieux.

C'est surtout la notion des microbes et leur démonstration dans l'organisme infecté qui représentent la véritable conquête de la nosographie infectieuse moderne. Là est le criterium fondamental et seul suffisant de la maladie microbienne. Certainement le diagnostic des maladies microbiennes doit s'appuyer sur la clinique et sur l'anatomie pathologique mais surtout sur la bactériologie qui permet de classer un cas douteux et de compléter la nosographie d'une infection et dont l'importance au point de vue du pronostic est très

grande en établissant si l'on a affaire à une infection simple ou avec association microbienne.

Le principe des maladies microbiennes est en dehors de nous. Ce sont donc, comme le fait observer Duclaux des maladies, évitables, c'est-à-dire que l'intervention médicale doit espérer beaucoup de la prophylaxie. La protection contre les maladies contagieuses forme le chapitre le plus considérable de l'hygiène contemporaine.

Nous avons maintenant, Messieurs, un traitement vraiment curatif, il est vrai, seulement pour certaines maladies microbiennes mais tout nous porte à espérer que, avant longtemps, nous aurons obtenu des antitoxines contre toutes les maladies microbiennes. Ce qu'on a obtenu contre la rage et contre la diphtérie pourquoi ne l'obtiendrions nous pas contre toutes les maladies produites par des germes infectieux?

Permettez-moi, Messieurs, de faire en quelques mots l'historique de la diphtérie et de terminer ce travail en vous donnant les résultats vraiment merveilleux obtenus dans ces dernières années par le traitement avec l'antitoxine diphtérique.

La diphtérie est une maladie connue depuis longtemps. Au deuxième siècle elle fut signalée par un auteur du temps; au cinquième siècle les auteurs en parlent, puis les médecins du seizième siècle et du dix-huitième siècle. Enfin dans ce siècle-ci Butman puis Trousseau ont étudié cette maladie. Plus récemment Virchow, Rokitsky, Gubler, Peter et bien d'autres célébrités ont choisi des théories plus ou moins vraies, ont recommandé des traitements très nombreux et très variés mais tous inefficaces. Ce n'est qu'en 1883 que la lumière a commencé à se faire, sur cette maladie lorsque Klibs et Löffler ont découvert le microbe de la diphtérie. Depuis, les mémorables travaux de Roux et Yersin 1888 à 1890 où ils ont isolé dans tous les cas de diphtérie un microbe qu'ils inoculent aux animaux et qui donne la maladie avec tous ses symptômes, fausses membranes, paralysies, etc., etc., ces travaux, dis-je, ont fait faire un pas immense à l'étude de cette affection.

MM. Roux et Yersin ont en outre retiré des cultures de diphtérie un poison avec lequel ils déterminaient les mêmes accidents que par l'inoculation du bacille et en particulier les paralysies. Enfin il y a à peine quelques années la découverte dans le sang des animaux immunisés contre le poison diphtérique d'un sérum vaccinal est venue transformer l'histoire thérapeutique de cette terrible maladie, a immortalisé les noms de Roux et Behring et les a placés au premier rang parmi les bienfaiteurs de l'humanité. Je pense que dans le monde civilisé aucune mère aujourd'hui ne doit ignorer ces deux noms. La sérum-thérapie pratiquée depuis quelques années seulement a donné les plus brillants résultats et fait espérer beaucoup pour l'avenir. Immédiatement après la découverte du bacille de la diphtérie des essais furent tentés pour immuniser des animaux. En 1887, Hoffman constate que des animaux inoculés avec des cultures anciennes ne meurent pas et qu'ils sont immunisés contre des cultures virulentes pour les autres animaux.

En 1890 Binger et Frankel conféraient l'immunité à des cobayes en leur injectant 10cc à 20cc d'une culture chauffée entre 65°c et 70°c.

Presqu'en même temps Behring atténuait des cultures par le trichlorure d'iode et conférait l'immunité aux animaux avec cette

(1) Lu devant l'Association Médicale Canadienne à Québec.

préparation. Chez les animaux immunisés les inoculations sous cutanées de cultures virulentes sont suivies de production de fausses membranes où l'on retrouve des bacilles virulents, mais les accidents d'intoxication ne se reproduisent pas. Cette propriété est due à une substance qui détruit le poison diphtérique, l'antitoxine, dont la nature est encore inconnue. D'autres savants ont expérimenté comme suit : ils mettent dans un verre du sérum d'un animal immunisé, ils y mêlent une certaine quantité de toxine diphtérique, celle-ci devient inoffensive. L'injection de ce mélange à des cobayes, ou à des lapins sains les vaccine contre la diphtérie. De plus chez les sujets vaccinés soit avec du virus vivant, soit avec de la toxine l'injection du sérum, si elle n'est pas faite trop tardivement, prévient les accidents ultérieurs d'intoxication et les animaux guérissent.

Ainsi le sérum des animaux immunisés jouit des trois propriétés suivantes : Il est antiseptique, vaccinal et thérapeutique. On se sert surtout du cheval pour immuniser. Le temps nécessaire pour l'amener à un degré d'immunité suffisante est de 60 à 80 jours. On commence par lui injecter sous la peau, soit de la toxine iodée au dixième, soit des cultures chauffées à 65°, soit une très petite quantité de toxine pure, et progressivement on arrive à lui injecter dans les veines vers le 60ème jour 200cc à 300cc de toxine pure sans qu'il se produise aucun signe de réaction locale ou générale ; à ce moment le sérum paraît avoir ses propriétés antidiphtériques portées au maximum. C'est ce sérum qu'on nous vend dans le commerce en petits flacons de 10cc ou 20cc.

M. Roux est d'opinion que le sérum agit en incitant les propriétés défensives de l'organisme. La preuve qu'il donne à l'appui de cette opinion, c'est que chez les animaux affaiblis par des inoculations microbiennes antérieures, l'injection de serum sera inefficace, les cellules de la défense n'étant plus impressionnables. Les cellules bien vivaces des cobayes neufs répondent bien à la stimulation du sérum. Chez les cobayes affaiblis, déjà impressionnés par des produits microbiens les cellules restent sans influence devant la toxine.

Un autre observateur a remarqué en étudiant l'afflux leucocytaire au niveau du point d'inoculation de la culture diphtérique que l'injection du sérum présentait la mort des leucocytes chez ces animaux immunisés lesquels leucocytes étaient tués par la toxine diphtérique lorsque l'animal n'avait pas reçu l'injection préventive. La sérum-thérapie favorise donc en outre la phagocytose.

Qu'on consulte les statistiques des hôpitaux où on a soigné des diphtériques avec le sérum antidiphtérique, on remarque une diminution considérable dans le chiffre de la mortalité.

Avant l'usage du sérum la mortalité au pavillon de la diphtérie, à l'hôpital des enfants malades, à Paris, était de 51.71 pour cent : en 1895 Behring pouvait dire que dans l'empire d'Allemagne, grâce à l'emploi du sérum, la mortalité de la diphtérie était abaissée des trois quarts et même des quatre cinquièmes.

Baginsky sur 163 cas traités avec l'antitoxine d'Aronson a une mortalité de 14.37 pour cent. Moizard, médecin des hôpitaux de Paris, sur 231 malades traités dans son service avec le sérum de Roux a une mortalité de 14.7 pour cent.

Lebuton et Magdeleine donnent une mortalité de 12 pour cent. Variot dont la mortalité était de 40 à 50 pour cent abaisse ce chiffre, en 1895, à 14.5 pour cent et, en 1896, à 15.27 pour cent. Le Dr Go-

det qui constatait aux tables d'Olonne une mortalité de 65 à 70 pour cent obtint 27 guérisons sur 27 cas. La statistique établie par la Société américaine de pédiatrie donne une mortalité de 12.3 pour cent. La commission Belge chargée d'étudier les effets de la méthode de Roux conclut à une mortalité de 11 pour cent.

Depuis trois ans que j'ai l'honneur d'être le médecin de l'hôpital civique de la ville de Montréal, j'ai reçu 571 malades atteints de diphtérie. L'examen bactériologique a confirmé le diagnostic dans chaque cas. Tous ces malades ont été traités par des injections antitoxiques de sérum de Roux préparé à l'institut Pasteur de Paris. De ces 571 malades 77 sont morts dont 31 avant 24 heures de séjour, ce qui donne un pourcentage de 13.5. Si je retranche les 31 malades qui sont morts avant 24 heures de séjour à l'hôpital et qui, par conséquent, n'ont pu bénéficier du traitement la statistique se trouve réduite à 8 pour cent et une fraction. Messieurs, il y a seulement dix ans on était bien loin de prévoir un pareil résultat dans le traitement de la diphtérie surtout chez des enfants d'une grande ville sujets pour la plupart affaiblis et d'une constitution débile.

#### Congres de la Tuberculose<sup>(1)</sup>

27 JUILLET AU 1<sup>er</sup> AOUT 1898.

*Résultats obtenus sur l'homme et sur les animaux, de la nouvelle tuberculine TR de Koch.*

M. le Dr BENOIT (Ovide), de Paris.—Je viens simplement signaler brièvement les résultats obtenus sur l'homme et sur les animaux, de la nouvelle tuberculine TR de Koch. Des mémoires confirmatifs apporteront dans quelques mois les détails de nos affirmations, la date de ce Congrès nous obligeant à en dire quelques mots de suite.

Le public médical, vivant avec les souvenirs de l'ancienne tuberculine, a très mal accueilli l'apparition de la nouvelle tuberculine, TR. C'est un extrait du corps du bacille obtenu par morcellement et privé par action centrifuge de la tuberculine donnant la réaction caractéristique. L'ancienne tuberculine immunisait contre la toxine : la tuberculine TR immunise contre le bacille lui-même, et son innocuité est absolue quand elle est bien employée.

On ne peut parler encore définitivement sur TR sans en avoir une longue expérience. Nous avons fait, mon ami Dauriac et moi, des injections de tuberculine les premiers et dès son apparition en France, et nous estimons qu'il est encore beaucoup trop tôt pour conclure d'une manière ou d'une autre. On connaît déjà les résultats publiés par Dauriac. Nous nous proposons d'apporter un contingent d'observations et d'expériences qui confirmeront les résultats déjà acquis. Toutes les expériences faites pour immuniser les cobayes ont été défectueusement combinées. Il est vrai que le prix un peu exagéré du produit n'a pas peu contribué à retarder les expériences. Pour immuniser le cobaye, on doit débiter par une injection massive de 20 à 30 milligrammes dans le péritoine et, j'insiste, sur la voie intrapéritonéale. Le détail de cette technique sera connu dans quelques jours, lors de la publication prochaine du mémoire de Max

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 93 Boulevard Saint-Germain, Paris.

Becc, assistant de l'Institut pour les maladies infectieuses de Berlin. Le cobaye est immunisable, et, quant au cobaye infecté, il est guérissable. (Nous allons commencer les expériences signalées par cet auteur, et, concluantes ou non, nous les publierons impartialement).

Pour en finir avec les expériences de laboratoire, nous avons, avant M. Carnot, ajouté de la tuberculine dans des cultures de bacilles tuberculeux. Comme cet auteur, nous avons constaté l'arrêt de l'évolution de ces cultures, mais nous n'avons pas tenu compte de ces essais au point de vue de l'explication de l'action de la tuberculine. Koch, en introduisant lentement dans l'organisme des doses de plus en plus fortes des constituantes du corps du bacille, détermine peu à peu cet organisme à tolérer la présence du bacille puis à le supporter sans inconvénient et ensuite à l'éliminer. Il y a donc une réaction de l'organisme qui joue le rôle principal dans le mécanisme de l'immunité, réaction qui manque forcément dans un tube de culture.

Au point de vue humain, l'action de la tuberculine TR est nette et efficace. On a voulu jusqu'ici traiter des malades désespérés chez qui la tuberculine a été employée comme *ultima ratio*. C'est méconnaître l'idée de la nouvelle tuberculine. N'oublions pas qu'elle ne peut agir avec efficacité que sur les malades sans ramollissement et sans associations secondaires. L'examen microscopique est un guide absolu, car comme les fiévreux, s'ils sont bacillaires purs, peuvent être traités ; chez ceux-ci, dès le début des injections, la fièvre tombe, contrairement aux associées microbiens qui, s'ils sont traités, doivent être surveillés de très près. Il résulte cependant de nos observations, tant en ville que dans les hôpitaux où l'on n'a guère que des tuberculeux caverneux, que ces malades traités par TR ont été prolongés d'une façon extraordinaire.

Au premier et au deuxième degré, sans infections secondaires, TR agit sans aucune intoxication et sans aucun accident consécutif, quand les injections sont bien gouvernées d'une manière aseptique et rationnelle. Les sueurs nocturnes disparaissent peu à peu, les crachats, de verts ou jaunes-verts et nummulaires qu'ils étaient, deviennent plus clairs et aérés ; les bacilles diminuent et ont disparu dans très peu de cas encore. L'appétit revient, le malade augmente de poids et se sent plus fort. Quant à la guérison, il n'est pas possible de conclure avant qu'un plus long temps ne se soit écoulé. Le traitement est très long et même trop long. Nous voudrions pouvoir citer entre toutes l'observation d'un de nos plus distingués confrères dont le cas est connu dans le pays où il exerce, et qui est arrivé aujourd'hui dans un état voisin de la guérison par l'emploi prolongé et rationnel de TR, mais le temps nous manque. Les effets se manifestent aussi rapidement dans les tuberculoses viscérales, surtout dans la tuberculose testiculaire et vésicale. Dans cette dernière, les douleurs de cystite disparaissent dès les premières injections.

Quant à la tuberculose osseuse et laryngée, nous n'avons pas personnellement de résultats encore bien nets. Je crois qu'on aura d'autant plus de chances de réussir qu'on n'aura pas affaire à des foyers tuberculeux déjà anciens si souvent dans ces cas secondairement infectés.

Enfin on dit qu'on doit faire les injections méthodiquement et régulièrement en augmentant les doses. C'est complètement faux. Notre expérience nous dit qu'on ne doit faire l'injection suivante que lorsque la première a été complètement résorbée, ne donne pas de réaction et qu'il n'existe pas d'induration au foyer de la piqûre. Lorsqu'on néglige cette règle, on peut avoir à coup sûr un érythème douloureux et de la fièvre. Pour l'augmentation de doses, on doit se baser sur la tolérance du malade et connaître le terrain à fond.

En résumé :

La nouvelle tuberculine TR de Koch ne peut avoir aucune action nocive. Quand elle est bien appliquée, elle ne provoque

jamais les accidents signalés qui sont des fautes de technique.

Elle immunise et guérit le cobaye.

Dans la tuberculose humaine, ce traitement, que je crois un des seuls à notre disposition, peut et doit être essayé, mais le choix des malades, leur examen raisonné et une technique parfaite basée sur une expérience complète de TR et de son emploi, sont des facteurs indispensables de succès. Quant à conclure définitivement sur TR, c'est impossible ; il est encore trop tôt, l'avenir seul peut nous instruire.

*Le terrain tuberculeux. — Sa vaccination par la famille ou par la méthode des congénères.*

M. le Dr MAURICE BLOCH (de Paris). — L'inoculation du sang capillaire extrait des tissus sous-cutanés d'un consanguin arthritique constitue la base fondamentale de cette méthode. Nous avons indiqué, il y a longtemps, le procédé opératoire en même temps que les résultats thérapeutiques et réactionnels observés à la suite des inoculations pratiquées aux diverses périodes de la phtisie. Ce qu'il importe de retenir, c'est que l'absence de réaction comporte, en général, un pronostic favorable et que ce procédé est applicable à la cure du terrain, et non à la phtisie en évolution. Une seule inoculation d'un centimètre cube paraît suffisante. Il nous est encore impossible de fixer la date de la seconde inoculation, en raison de l'accoutumance produite par la première. Cette même loi de l'accoutumance gouverne le sang des consanguins directs, ce qui semblerait indiquer que l'élément actif antituberculeux du sérum est d'origine ancestrale.

Les premiers essais tentés dans l'art vétérinaire à l'aide de notre procédé justifient son emploi dans la tuberculose bovine.

*Créosoforme.*

M. le docteur BRISSONNET (de Tours) a obtenu des combinaisons nouvelles de créosote à très faible odeur et saveur, et bien tolérées. Le phosphate de créosote (liquide incolore), le tannophosphate de créosote (liquide ambré) déterminent une augmentation de l'urée et de l'acidité urinaire. Le *créosoforme* est une poudre verdâtre résultant de la combinaison de l'aldéhyde formique avec la créosote.

*Traitement de la tuberculose par les sérums médicamenteux.*

M. BERLIOZ (de Grenoble) part de ce principe, proclamé par M. Grancher, que la déchéance de l'organisme et le bacille sont les deux conditions nécessaires de la tuberculose, et que le traitement doit avoir pour objectif le relèvement de l'organisme. Dans ce but, il a utilisé les propriétés excitantes de la nutrition du sérum normal de bœuf, auquel il incorpore un médicament dont l'action antituberculeuse est connue, le phosphate de gaïacol. Dans un second sérum, il accroît encore ces propriétés stimulantes par l'adjonction des extraits de divers organes : testicule, foie, rate, cerveau, poumon, combinant ainsi la sérothérapie à l'opothérapie. L'emploi de ces sérums, qui s'administrent en lavement à la dose de 1 à 2 flacons de 30 grammes par jour, produit les deux phénomènes principaux suivants : 1° augmentation de poids des malades qui, dans un cas, a été de 12 kilog. en trois mois ; dans un autre, de 4 kilog. en quinze jours ; 2° augmentation du chiffre de l'urée, qui est doublé et même quadruplé. Par suite du relèvement de l'état général, les autres symptômes s'amendent : toux, expectoration, sueurs. L'amélioration des lésions locales se produit aussi, mais plus tardivement. Le traitement doit être continué pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

La tuberculose aiguë n'est pas une contre-indication. M. Berlioz en cite deux cas dans lesquels l'augmentation de poids s'est faite malgré la fièvre, et les lésions ont rétrogradé au bout de deux et trois mois.

## REVUE DES JOURNAUX

## Fractures spontanées

Hôpital de la Charité.—M. le professeur TILLAUX

Je vais vous parler aujourd'hui d'une malade couchée au n° 14 de la salle Gosselin.

C'est une femme de 48 ans, exerçant la profession de repasseuse, elle n'offre dans ses antécédents rien de particulier, elle a eu deux enfants, l'un est mort de la poitrine à 6 ans, l'autre est un garçon de 26 ans qui n'a jamais été malade.

Il y a 7 mois, sans cause connue, sans coup d'aucune sorte, cette femme fut prise de très violentes douleurs dans le tiers inférieur de la jambe gauche. Elle continua cependant son travail, mais peu à peu les douleurs s'accrurent et d'intermittentes qu'elles étaient devinrent continues jour et nuit. On ne remarquait rien, paraît-il, au membre malade; peut-être y avait-il un peu de gonflement, mais ce n'est pas sûr; la douleur existait seule sans qu'on sût à quoi l'attribuer; les choses allèrent ainsi pendant cinq mois.

Il y a deux mois cette femme en descendant un petit escalier de trois marches, sans chute, sans effort, sentit tout à coup un craquement dans la jambe gauche au niveau du point douloureux, elle tomba et resta sur place. C'est à ce moment qu'elle fut amenée à l'hôpital le 16 février.

Cette femme était atteinte d'une fracture de la jambe, fracture produite sans violence. Mais outre cela quand nous l'examinâmes nous constatâmes sur la face antérieure de la jambe, au niveau du tiers inférieur, l'existence d'une petite tumeur rouge, mal délimitée, sans relief apparent et manifestement fluctuante comme s'il s'agissait d'un abcès ou d'une collection de fongosités de nature colloïde. En regardant de profil on s'apercevait que cette tumeur était animée de battements, battements qui devenaient très manifestes à la main. La mobilité du point fracturé à ce niveau même était très aisément perçue; en outre la malade accusait en ce même endroit d'intenses douleurs. Les articulations de voisinage étaient absolument saines.

Cette femme était donc incontestablement atteinte d'une fracture spontanée de la jambe, mais qu'entend-t-on en général sous la dénomination de fractures spontanées? et à quelle catégorie appartient celle dont je viens de vous parler?

On désigne sous le nom de fracture spontanée, terme qui n'est pas tout à fait exact car il faut pour les produire une certaine action, toute fracture produite par une cause ordinairement insuffisante pour la déterminer; c'est ainsi que chez notre malade la seule action de descendre quelques marches sans qu'il y ait eu même la plus petite torsion du pied, a amené une fracture de jambe, telle autre malade, par exemple, se fracture le bras en relevant ses jupes.

On a fait divers essais de classification de ces fractures dites spontanées, soit d'après la symptomatologie, soit d'après l'étiologie. C'est ainsi qu'on les a divisées en fractures de causes générales et fractures de causes locales. Il me semble qu'il vaut mieux baser la classification suivant l'état du tissu osseux, que la cause soit générale ou simplement locale. C'est certainement la façon la plus clinique d'envisager ces lésions.

Il peut y avoir :

1° *Fractures dues à une raréfaction du tissu osseux* sans aucun changement de nature de ce tissu qui conserve les mêmes qualités physiologiques mais diminuées. C'est l'ostéite raréfiante; le canal médullaire s'agrandit aux dépens du tissu spongieux qui disparaît, il se remplit de moelle fluide; le tissu compact s'amincit sans que rien soit changé dans sa constitution et alors l'os réduit à une simple lame de tissu compact se fracture sous la moindre influence. C'est ce qui arrive dans l'atrophie sénile des os et, chez les jeunes sujets, dans cette raréfaction du tissu osseux que Gosselin a décrite sous le nom d'atrophie sénile prématurée;

2° *Des fractures dues à une décalcification du tissu osseux.*

Vous savez que l'os est composé d'une partie organique et d'une partie inorganique, cette dernière disparaît et l'os acquiert de ce fait une friabilité excessive. C'est dans cette catégorie que rentrent un certain nombre de fractures dites idiopathiques c'est-à-dire de fractures sans causes particulières ni générales, ni locales. Il y a là une sorte de diathèse, un état qu'on a désigné sous le nom de fragilité constitutionnelle des os, ce qui ne veut rien dire d'ailleurs. Il est en effet, des personnes bien portantes sans tares spéciales qui se fracturent les os à propos du moindre mouvement; ces fractures se consolident d'ailleurs très bien.

Quelle est la cause de cet état? Je n'en sais rien, mais j'émetts cette hypothèse que cette friabilité des os se rattache à un défaut de proportion dans le tissu osseux entre la matière organique et la matière inorganique; il y a diminution ou disparition des phosphates. Ces fractures par fragilité des os peuvent donc rentrer dans la classe des fractures par décalcification.

Cette classe renferme d'ailleurs de nombreuses variétés; c'est ainsi que nous pouvons y ranger les fractures spontanées de la grossesse. Il se fait dans la grossesse une décalcification du tissu osseux de la mère au profit de l'enfant, ce qui le prouve c'est que ces fractures guérissent avec rapidité dès l'accouchement terminé et qu'elles ne se reproduisent pas en dehors de la gestation.

Verneuil a invoqué comme cause de décalcification le paludisme, ce n'est pas démontré.

Il a invoqué le diabète, il n'y en a pas beaucoup d'exemples mais enfin cela se voit, j'en ai observé pour ma part un cas rare que j'avais eu l'intention de communiquer à l'Académie de Médecine. Il s'agissait d'un propriétaire qui, en descendant un escalier, veut prendre la rampe, éprouve tout d'un coup une douleur violente dans le bras droit et se fait une fracture de l'humérus à la partie moyenne. Il avait bien eu auparavant quelques douleurs dans le bras, mais c'était tout; ce monsieur était diabétique, mais, à ce moment je ne rattachai pas à la décalcification diabétique la fracture ainsi produite et je l'ai crue causée par une lésion locale du genre de celle dont est atteinte la malade dont nous nous occupons aujourd'hui et je portai le pronostic le plus grave. Je ne parlai rien moins que d'une désarticulation de l'épaule et j'étais d'autant plus ancré dans mon opinion que j'avais constaté au lieu de la fracture une masse néoplasique intra-osseuse ayant franchi la barrière de la lame compacte et venant faire une saillie sous la peau. Je retardai cependant l'opération projetée et bien m'en prit, car la masse néoplasique était tout simplement un abcès développé autour du foyer de la fracture. Le malade a guéri de sa fracture; il y a de cela dix ans, il s'est toujours bien porté depuis. Il existe ainsi plusieurs cas de fractures diabétiques, toutes se consolident bien; on en observe de même dans la phosphaturie. Toutes ces fractures ne sont que le résultat de la décalcification.

Est-ce aussi à la décalcification qu'on doit attribuer les fractures survenant au cours de la syphilis? Gosselin repousse cette hypothèse. Cependant il est bien certain que la syphilis a une action sur le cal, soit qu'elle retarde la formation de ce dernier, soit même qu'elle le détruit une fois formé; j'en ai observé un cas bien net naguère à l'Hôtel-Dieu. Un homme arrive atteint de fracture de cuisse déterminée à la suite d'une chute, fracture simple d'ailleurs, quoique accompagnée de plaie; la consolidation marcha très bien. Trois semaines après l'entrée de ce malade on vit apparaître un chancre induré, l'incubation en avait été très longue comme on voit, le chancre n'entrava pas la guérison de la fracture. Mais bientôt survinrent les accidents secondaires, et au fur et à mesure de leur apparition, on vit le cal se fondre, disparaître. si bien qu'il se fit chez ce malade une pseudarthrose absolue qui fut opérée plus tard d'ailleurs sans résultat. L'amputation fut proposée et non acceptée. Donc dans l'espèce la syphilis n'a pas produit de fracture, mais elle



a complètement détruit un canal nouvellement formé. La syphilis exerce donc une influence certaine sur la nutrition osseuse et il est permis de penser que sous cette influence peuvent surgir des fractures spontanées et cela par la résorption et l'élimination de la matière inorganique, en un mot par la décalcification.

C'est encore à la décalcification que se rattachent les fractures spontanées dans le rachitisme et l'ostéomalacie qui sont deux grandes causes de ce genre d'accidents. Nous en avons observé un exemple l'année dernière chez une femme qui, à la suite de couches, se fit plusieurs fractures sans cause reconnue. Je prononçai le mot d'ostéomalacie sans prouver la chose. Or il fut démontré au cours d'une opération entreprise pour une pseudarthrose que les os étaient décalcifiés. Je fis, guidé par la théorie allemande qui rattache la guérison de l'ostéomalacie chez la femme à la castration, je fis, dit-je, l'ablation des deux ovaires sans résultat d'ailleurs.

Nous venons donc de voir deux grandes catégories de fractures spontanées celles qui sont dues à la raréfaction du tissu osseux, celles qui sont dues à la décalcification de ce tissu. Il en existe d'autres :

### 3° Fractures par défaut et arrêt par nutrition des os.

Dans cette catégorie rentrent les fractures spontanées qui surviennent dans le cours de certaines affections nerveuses particulièrement dans le tabès. Ces fractures se rattachent à des troubles trophiques, à des troubles de nutrition, il n'y a ni amincissement, ni disparition, ni décalcification du tissu osseux, la matière organique et la matière inorganique se trouvent en proportion égale, mais les os ne se nourrissent plus. Charcot rattachait ce défaut de nutrition aux lésions médullaires, Pitres aux lésions des nerfs des os. En tout cas il est certainement dû à des altérations du système nerveux.

4° Fractures par destruction du tissu osseux. Cette destruction du tissu osseux par du tissu néoplasique : kystes, kystes hydatiques particulièrement, cancers, sarcomes. Dans ces cas il ne s'agit plus de modification du tissu osseux mais de destruction de ce tissu, cette destruction peut se faire de dedans en dehors ou de dehors en dedans suivant, par exemple, qu'il s'agit d'un cancer médullaire ou d'un sarcome périostique.

La tumeur envahissante et destructive peut être primitive ou secondaire. J'ai soigné une dame atteinte d'un cancer du sein restée inopérée à cause de l'état mental particulier dans lequel elle se trouvait. Elle resta quatre ans sans éprouver rien de particulier, quand un jour, dans son salon elle tombe, sans avoir fait aucun mouvement, atteinte de fracture de la cuisse. Il y avait eu un envahissement secondaire du cancer. Chez notre malade actuelle il existe certainement un noyau néoplasique primitif dans le tibia. Chez elle il y a eu destruction du tissu osseux par le néoplasme, s'agit-il d'un sarcome, s'agit-il d'un cancer ? peu importe ; d'ailleurs il est fort probable que nous sommes en présence d'un cancer, le sarcome est ordinairement sous-périostique, l'épithélioma ordinairement intra-osseux et c'est bien un néoplasme intra-osseux auquel nous avons affaire chez cette malade.

C'est un cancer primitif, ai-je dit, il n'y a, en effet, aucun re-tentissement du côté du système lymphatique, nulle part les ganglions ne sont envahis, mais l'état général est très mauvais. Le pronostic est très grave, que faut-il faire ? il n'y a aucun espoir de réparation locale ou partielle, le sacrifice du membre s'impose, il faut enlever la totalité de l'os malade. L'amputation de la jambe au tiers supérieur serait insuffisante car il peut y avoir des noyaux disséminés plus haut. Nous devons faire ici une désarticulation du genou, c'est une opération simple, mais il nous faudra prendre les plus grandes précautions contre l'hémorragie car la malade n'a pas de sang à perdre.

Cette femme est dans un tel état, en effet, qu'on peut se demander si elle pourra supporter cette opération — mais d'autre part comme la mort est prochaine et, si l'opération est supportée, comme nous sommes sûrs du résultat, — nous devons tenter l'aventure.

Nous appliquerons la bande d'Esmark et pratiquerons le plus rapidement possible la désarticulation du genou à grand lambeau antérieur et tout petit lambeau postérieur.

Je vous rendrai témoin de la valeur de la torsion des artères que je pratiquerai au lieu des ligatures, procédé que j'emploie déjà depuis quinze ans, procédé simple et rapide qui se recommande dans le cas particulier.

(Abeille médic.)

### De l'hydrastis canadensis dans le traitement des métrorrhagies.

Le Dr J. A. Boël, qui a consacré sa thèse inaugurale à la question de la thérapeutique dont le titre figure en tête de cet article, a montré, avec force preuves et citations à l'appui, le revirement qui s'est produit dans l'esprit d'un certain nombre de gynécologues, trop enclins à une intervention radicale, en présence d'une femme sujette aux métrorrhagies. Ce genre d'hémorragie a surtout donné lieu à l'abus du curettage. Or, peu nombreux sont, d'après M. Boël, les cas de métrorrhagies justiciables du curettage, tandis que, très souvent, l'hydrastis canadensis à eu le dernier mot sur la curette.

Dans son travail inaugural, M. Boël a successivement passé en revue les affections utérines relevant du traitement médical par l'hydrastis canadensis, l'histoire botanique de cette plante, son action physiologique et sa pharmacologie. Voici les conclusions auxquelles aboutit M. Boël :

1°) Le traitement de toute métrorrhagie doit consister à diminuer la congestion des organes génitaux internes et à faire disparaître les lésions (s'il en existe) qui mettent les vaisseaux en état d'infériorité devant l'afflux sanguin.

2°) Ces lésions sont :

- a) Dans les métrorrhagies virginales, un défaut congénital ou acquis de tonus musculaire, vasculaire, nerveux ;
- b) Dans les métrorrhagies de la ménopause, la sclérose des parois vasculaires ;
- c) Dans les métrorrhagies symptomatiques de fibromes, de dégénérescence graisseuse ou calcaire des vaisseaux ;
- d) Dans les métrorrhagies symptomatiques de cancer, la destruction des plexus nerveux vasculaires et l'altération des vaisseaux :

e) Dans les métrorrhagies déciduales, le défaut de subinvolution utérine qui laisse béants les capillaires.

f) Dans la métrite, les métrorrhagies sont dues aux formations embryonnaires nouvelles de vaisseaux et de leur charpente.

3°) L'hydrastis a la propriété de faire contracter les vaisseaux sains ou peu altérés ; par suite, d'arrêter l'écoulement sanguin.

4°) On trouve les vaisseaux sains ou peu altérés dans les métrorrhagies virginales de la ménopause, dans les états conjectifs dus à une simple rétro ou antéversion de l'utérus, dans les ménorrhagies.

5°) Dans les métrorrhagies symptomatiques de tumeurs, dans les métrorrhagies post-partum, dans la métrite hémorragique proprement dite, les vaisseaux sont plus ou moins altérés ; on ne peut donc compter sur l'action de l'hydrastis canadensis.

6°) L'hydrastis est "un médicament vasculaire à longue échéance" : on devra prolonger son emploi qui n'a jamais causé d'accident.

7°) La préparation la plus sûre est l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, dont on donnera de 80 à 100 gouttes par jour.

8°) Il est indispensable d'associer à cette médication un traitement général et local approprié.

Gaz de Gynécologie.

### La fièvre typhoïde chez les obèses

NM. LYONNET et MAURICE de Lyon, ont réuni des observations de fièvre typhoïde chez les obèses, qui ont fourni 22 décès, soit la proportion de 73 %. C'est une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion qui regarde la fièvre typhoïde comme particulièrement grave chez les obèses.

Nos confrères lyonnais ont signalé la fréquence des hémorrhagies intestinales chez les obèses atteints de fièvre typhoïde. Dans leurs trente observations, ils ont trouvé, en effet, onze cas d'hémorrhagies intestinales, ce qui fait plus d'un tiers des cas. Six fois, ces hémorrhagies furent mortelles.

Pour expliquer cette fréquence, on peut admettre que les vaisseaux sont souvent malades chez les obèses. De plus, très souvent, dans les observations, le foie était trouvé altéré, cirrhotiques ou graisseux, et ce peut être encore une manière d'expliquer les hémorrhagies.

Les causes de mort des obèses ont été variées : syncope, collapsus, complications pulmonaires, hyperthermie, accidents nerveux, hémorrhagies, etc.

(Abeille méd.)

### Traitement du chancre mou

On a vanté, comme procédé de cure radicale, l'excision complète du chancre ou sa destruction par des cautérisations énergiques au fer rouge. A notre avis, ce sont des procédés barbares et dangereux dont tous les praticiens prudents feront bien de s'abstenir.

Nous déconseillons aussi les cautérisations au nitrate d'argent qui, dans les cas ordinaires, ne servent absolument à rien. On peut en dire autant de presque tous les agents caustiques.

Le traitement du chancre mou est des plus simples et voici comment nous procédons en pareil cas.

Nous recommandons d'abord au malade les plus grandes précautions hygiéniques ; nous lui rappelons qu'il peut s'inoculer son propre chancre sur une partie quelconque du corps, principalement l'anus, les lèvres, les yeux, etc. Nous prescrivons des bains locaux à l'acide borique répétés plusieurs fois par jour. Au besoin, s'il est impossible de découvrir le gland, on fait des injections sous-préputiales d'eau boriquée avec une seringue ad hoc. On peut lotionner le chancre avec une solution du sublimé au 1/1000e, en ayant soin de localiser cette lotion au chancre lui-même. On panse ensuite avec une pommade ainsi composée :

Vaseline ..... 30 grammes.  
Salol..... 5 —

En cas de douleurs vives on y incorpore :

Chlorhydrate de morphine..... } à 0.15 cent.  
— de cocaïne..... }

Quand la suppuration a diminué et que le chancre arrive à la période de régression, on peut remplacer la pommade sus-indiquée par la poudre suivante avec laquelle on saupoudre la plaie chancreuse :

Poudre d'amidon..... } à 3 grammes.  
— de salol..... }  
Sous-nitrate de bismuth..... }

En cas d'atonie de l'ulcère, on y ajoute :

Oxyde de zinc..... 0,50 à 1 gramme.

L'iodoforme constitue un excellent topique contre le chancre mou. Malheureusement son odeur qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de corriger, ne permet guère de l'employer dans la majorité des cas. Le chancre mou ne constitue pas une maladie suffisamment grave pour entraver la vie ordinaire des malades. La plupart désirent, et avec raison, continuer à vaquer à leurs affaires. Cela devient impossible avec un médicament dont l'odeur les pénètre pendant des semaines et des mois, permettant de les

suivre à la trace, dénonçant en quelque sorte leur malade. C'est presque comme si on leur mettait un écriteau dans le dos avec ces mots : "sujet atteint d'un chancre mou."

Nous devons reconnaître toutefois que l'iodoforme est le topique le plus fidèle, le véritable remède du chancre mou. Au cas où son emploi deviendrait indispensable, voici, d'après Berdal, un certain nombre de formules destinées à masquer son odeur :

1° Iodoforme porphyrisé.....	2 parties.
Café finement pulvérisé.....	1 —
2° Iodoforme.....	10 parties.
Acide phénique.....	1 —
3° Iodoforme.....	10 grammes.
Acide phénique.....	0,05 centigr.
Essence de menthe.....	II gouttes.
4° Iodoforme.....	15 grammes.
Camphre.....	5 —
Essence de menthe.....	II gouttes.
5° Iodoforme.....	5 grammes.
Essence de menthe ou de roses.....	V gouttes.
6° Iodoforme.....	5 grammes.
Coumarine.....	1 —
7° Iodoforme.....	} à parties égales.
Poudre de quinquina.....	
Benjoin pulvérisé.....	
Carbonate de magnésie saturé d'essence d'eucalyptus.....	
8° Iodoforme.....	10 grammes.
Goudron.....	0,50 centigr.
9° Iodoforme.....	10 grammes.
Essence de menthe.....	0,50 centigr.
— néroli.....	0,10 —
— citron.....	0,20 —
Teinture de benjoin.....	0,10 —

Tous ces mélanges atténuent momentanément l'odeur de l'iodoforme, mais celle-ci ne tarde pas à reparaitre dès que le corps désodorisant s'est évaporé.

Au lieu des lotions au sublimé, Berdal recommande les badigeonnages au chlorure de zinc employé de la façon suivante. Avec un petit pinceau trempé dans une solution de chlorure de zinc au 1/10e, on badigeonne tous les recoins du chancre en faisant pénétrer si c'est possible, la solution sous les bords décollés de l'ulcère. Il faut badigeonner largement, tremper à plusieurs reprises le pinceau dans la solution et ne pas craindre de passer sur le gland et sur le prépuce. Le chlorure de zinc respecte les épithéliums sains et n'agit que sur les parties ulcérées de la muqueuse.

A la suite de la cautérisation, il se produit une douleur assez vive qui persiste pendant quelques minutes. On lave ensuite à l'eau phéniquée faible. En général, ces attouchements doivent être faits tous les deux jours.

Nous citerons, en terminant, l'emploi récent de la chaleur à 40° et plus pour atténuer la virulence du chancre et partant hâter sa guérison. Mais ces procédés qui n'ont d'ailleurs pas encore suffisamment fait leurs preuves, nécessitent un dispositif assez compliqué et ne sont guère à la portée des praticiens, aussi nous n'insistons pas

(La Presse méd.)

### Resultats de l'extirpation vaginale de l'uterus cancéreux par le procede de Mackenrodt, c'est-à-dire à l'aide du thermocautere

Le procédé de Mackenrodt fut employé, dans sa clinique privée (du 1er mars 1895 au 1er janvier 1898), chez 39 femmes atteintes de cancer de l'utérus et du vagin. Il faut attirer l'attention sur ce fait que, pendant ce laps de temps, se sont adressées à la clinique en tout 42 malades cancéreuses : il est donc permis de supposer que, parmi les 39 opérées, il y en avait plusieurs qui auraient été considérées

partout ailleurs comme inopérables. Et, en effet, quelques-unes ne sont venues à la clinique de Mackenrodt qu'après avoir essuyé des refus chez d'autres gynécologues.

Sur les 39 cas opérés, il y eut issue fatale dans 7 cas (17,9%). à savoir : 1 mort par suite de péritonite par perforation (paroi intestinale lésée par le thermocautère), 1 mort causée par péritonite septique, 1 mort par suite de cœur gras (opération répétée 2 fois); 2 malades étaient atteintes de cachexie grave avec adynamie complète; 1 malade, outre le cancer de l'utérus, était encore atteinte de néphrite grave et, chez la dernière malade, la vessie fut lésée pendant l'opération.

L'opération chez toutes ces malades présentait des difficultés techniques considérables : en effet, le néoplasme n'était plus limité à l'appareil génital, mais s'était déjà propagé aux tissus voisins. Du reste, il en était de même chez un grand nombre d'autres opérées. Aussi les lésions des urètres, de la vessie et du tractus intestinal faites dans le cours de l'opération se sont-elles rencontrées assez souvent : sur 39 opérations, il y eut 7 fistules des urètres, 4 fistules vésicales; les parois intestinales furent lésées dans 3 cas (1 fois l'intestin grêle et 2 fois le gros intestin.) Mais, en revanche, l'opération n'était pas suivie d'autres phénomènes secondaires fâcheux : à souligner surtout l'absence des douleurs intenses et des hémorragies secondaires.

Quant aux résultats opératoires éloignés, ils se présentent comme suit :

1° La *récidive* n'est survenue que dans 3 cas : chez une femme après deux ans et deux mois, après un an et demi chez une seconde et après six mois chez la troisième;

2° La *mort* est survenue chez une opérée, sans cause connue, après cinq mois;

3° La *guérison* est *complète* chez les 27 femmes restantes, l'opération ayant été pratiquée il y a deux ans.

(Journal de méd. de Paris)

#### De la bile de bœuf dans la lithiase biliaire

M. GAUTIER (de Genève) ne préconise pas la bile de bœuf comme une panacée, un remède empêchant à coup sûr tout lithiasique d'avoir jamais de nouvelle crise. S'il s'agit d'un malade dont la vésicule est remplie de concrétions biliaires, le fiel de bœuf ne les fera pas disparaître et ne rendra pas indolore leur passage à travers les canaux cystique et cholédoque mais dans ces cas invétérés, l'effet utile du fiel de bœuf se fera sentir à la longue en empêchant la formation de nouveaux calculs derrière les anciens. Une fois ceux-ci expulsés, les malades pourront espérer une accalmie prolongée ou définitive. Il serait de même indiqué de faire prendre de la bile de bœuf après l'évacuation chirurgicale des calculs biliaires pour prévenir une récidive.

En d'autres termes en donnant des sels biliaires à petites doses prolongées aux lithiasiques, ce n'est pas un effet cholagogue ou expulsif que l'on doit espérer; le but est atteint, si ce traitement empêche la reproduction de nouveaux calculs et, par conséquent, la reproduction des paroxysmes douloureux.

L'efficacité thérapeutique de ce remède résulterait uniquement de ce que la présence des sels biliaires augmente dans une forte proportion la solubilité de la cholestérine.

M. Gautier, d'après son expérience, estime que l'administration du fiel de bœuf est aussi utile dans la colique hépatique larvée, ou petit mal hépatique, qui a pour caractère principal d'être une gastralgie tardive; la douleur débute de trois à quatre heures après le repas; elle atteint son maximum très vite, puis s'éteint peu à peu au bout de quelques heures. La sensation douloureuse siège à l'épigastre ou un peu à droite de ce point, elle s'irradie vers le bas du dos, elle s'accompagne constamment d'un météorisme intestinal assez notable qui oblige souvent les malades à desserrer leurs vête-

ments. Au palper l'épigastre et l'hypochondre droit sont tendus et sensibles à la pression même légère et superficielle; avant et pendant la phase douloureuse, les malades sont constipés; les selles sont fragmentées, sèches, peu colorées. Un repas plus copieux qu'à l'ordinaire, une cuisine trop grasse, la boisson d'eau trop riche en sels calcaires sont souvent la cause déterminante de la crise. Celle-ci peut ne durer qu'un jour ou se reproduire toujours pendant plusieurs semaines avec les mêmes caractères. Dans certains cas, ces coliques frustes sont pendant plusieurs années la seule manifestation douloureuse de la lithiase biliaire.

A plusieurs malades répondant à ce tableau et qui n'avaient jamais eu de colique hépatique complète, M. Gautier a donné du fiel de bœuf avec succès. Les crises ont disparu pour ne se reproduire que plusieurs mois après la cessation du traitement.

Il semble donc que l'usage prolongé de la bile de bœuf à petite dose est utile chez les candidats à la lithiase aussi bien que chez les lithiasiques avérés.

M. Gautier prescrit : extrait de bile de bœuf fraîche, décoloré et stérilisé à l'autoclave.

L'extrait ainsi préparé est d'un blanc jaunâtre, il a une saveur très amère et une odeur assez désagréable; il ne peut donc être prescrit que sous forme de pilules ou encore dans des capsules gélatineuses. Cent grammes de bile donnent environ dix grammes d'extrait. Dix centigrammes d'extrait représentent donc les substances actives d'un gramme de bile de bœuf.

La dose habituelle est de 0,10 centigr. à chacun des repas principaux.

L'usage même prolongé de la préparation n'a d'ailleurs jamais eu d'effets secondaires fâcheux. Des doses plus considérables (50 et 60 centigrammes) données dans des cas d'ictère par rétention ont de même été bien supportées.

(France méd.)

#### Solution contre la blennorrhagie aigue

(M. P. UNNA)

Sulfophénate de zinc.....	1 gramme.
Résorcine.....	4 —
Hydrolat de fenouil.....	200 —

F. S. A. Usage externe.

Les injections doivent être pratiquées dès le début de la chaude-pisse, et aussi bien pendant le jour que dans le courant de la nuit, à des intervalles réguliers. C'est, en effet, à l'absence d'injections nocturnes et à l'emploi tardif du traitement local que serait surtout due, d'après M. le docteur P. Unna (de Hambourg), la longue durée de l'écoulement blennorrhagique.

On fait ces injections d'abord toutes les deux heures, jour et nuit, en les continuant ainsi jusqu'à ce qu'il ne se montre plus de goutte au méat le matin au réveil. A partir de ce moment, les injections ne sont plus pratiquées que toutes les trois heures pendant la première semaine, et tous les huit jours on augmente d'une heure cet intervalle jusqu'à ce qu'il atteigne six heures pendant la quatrième semaine. Lorsque la blennorrhagie est légère, on peut se borner, dès le début, à ne faire les injections qu'à des intervalles de trois ou même de quatre heures, pourvu qu'on ne les interrompe pas pendant la nuit.

En procédant de cette façon, on verrait disparaître la goutte du matin, au bout de huit jours, au plus tard, après quinze jours, et on obtiendrait rapidement la guérison définitive de la blennorrhagie.

Les patients s'astreignent volontiers aux injections nocturnes dont ils sont vite à même d'apprécier l'utilité et l'importance; ils ont recours, au besoin, à un réveille-matin pour pouvoir pratiquer l'injection au moment opportun.

(La Semaine Médicale.)

**Traitement de l'impetigo**

M. le docteur Sabouraud conseille de traiter l'impetigo par l'emploi d'un médicament fort ancien et tombé presque complètement dans l'oubli aujourd'hui, l'*Eau d'Alibour*, qui date au moins de trois cents ans, antiseptique de premier ordre, qui, dans le traitement des plaies suppurantes, vaut autant que nos meilleurs antiseptiques actuels. Il y a plusieurs formules de l'eau d'Alibour. Voici une formule actuelle :

Eau.....	200 grammes.
Camphre à saturation de l'eau....	Q. S.
Sulfate de cuivre .....	2 grammes.
Sulfate de zinc.....	7 —
Safran.....	40 centigr.

(Arch. de med. des enfants)

**Signe certain du cancer du col utérin au début**

Au début le diagnostic du cancer du col utérin est presque toujours très difficile et le chirurgien reste souvent hésitant. Le professeur Laroyenne, de Lyon, décrit dans la *Province médicale* l'artifice suivant, qu'il désigne sous le nom de "signe de l'ongle", et qui dévoilerait le cancer dès son début.

Chaque fois que, dans un col, plus ou moins gros, présentant autour de son orifice, une surface rouge, granuleuse ou ulcéreuse l'ongle de l'index pourra y pénétrer et ramener de l'épithélium, le cancer sera *certain*. Si l'ongle ne pénètre pas, pas de cancer.

Dans certaines métrites, on pourra amener, par ce léger traumatisme, une hémorragie, mais l'ongle ne ramènera jamais de fragments épithéliaux.

Ce n'est pas un signe à dédaigner puisqu'il peut aider et même suffire à affirmer le diagnostic.

**Un signe pathognomonique de la méningite**

En 1882, Kerning, de Saint Pétersbourg, attira l'attention sur un symptôme de nature à permettre facilement le diagnostic des méningites ; quelques auteurs en contrôlèrent l'exactitude sans y attacher beaucoup d'importance. M. Netter, qui y revient, affirme qu'il existe 90 fois sur 100 et en fait un signe des plus constants de la méningite. Il ne l'observe pas en dehors d'elle ; on ne l'a jamais rencontré ni dans la fièvre typhoïde, ni dans la pneumonie, ni dans le rhumatisme aigu. Ce signe, en quelque sorte pathognomonique, est simple et de recherche aisée : on examine le malade dans le décubitus dorsal, l'on s'assure que les membres inférieurs sont relâchés, et qu'il est aisé d'amener le genou dans une extension complète, on maintient alors le malade assis, et, dans cette position, il fléchit plus ou moins les genoux ; ceux-ci, malgré tous les efforts, ne peuvent être étendus complètement. La contracture des muscles fléchisseurs s'y oppose, et il reste un angle qui peut être de 90 degrés dans les cas très accentués, et qui n'est jamais supérieur à 135 ou 140 degrés. L'extension complète redevient aisée dès que l'on incline de nouveau le tronc du malade en arrière. Si la valeur sémiologique de ce signe est considérable, sa pathogénie est des plus indéces.

(Gaz. des Hôp.)

**FORMULAIRE****Association de l'ergot de seigle au salicylate de soude et au sulfate de quinine pour prévenir les troubles de la vue et de l'ouïe qu'occasionne l'ingestion de fortes doses de ses médicaments**

1° Rec. Seigle ergoté..... 10 grammes.  
Pour p. s. a. une infusion..... 180 —

Ajouter :

Salicylate de soude..... 10 grammes.  
Eau-de-vie de bonne qualité..... 40 —

M. S. A. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

2° Rec. Ergotine..... 1 gramme.  
Salicylate de soude..... 10 —  
Eau..... 250 —

M. S. A. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

3° Rec. Seigle ergoté..... 1 gramme 50  
Sulfate de quinine..... 1 —

A prendre dans du pain azyme.

4° Rec. Ergotine..... 1 gramme.  
Sulfate de quinine..... 1 —

A prendre dans du pain azyme.

D'après M. Schilling, le seigle ergoté aurait pour effet de combattre l'hyperhémie du tympan et des autres parties de l'oreille qu'engendre l'administration du salicylate de soude et du sulfate de quinine à hautes doses, et qui est la cause prochaine des troubles de l'ouïe.

(Journal de méd. de Paris)

**Elixir de terpine contre les bronchites (CRINON)**

Terpine.....	10 grammes.
Glycérine.....	150 —
Alcool à 90°.....	150 —
Sirop de miel.....	125 —
Teinture de vanille.....	10 —

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

(Le Progrès méd.)

**Sirop composé contre la toux gastrique et le hoquet incoercibles (M. A. ROBIN.)**

Cyanure de potassium.....	0 gramme 05
Sirop de morphine.....	} à 75 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	

Mêlez.—A prendre : une cuillerée à café toutes les heures, sans dépasser le tiers de la potion dans les 24 heures.

**Pulvérisations contre la pharyngite sèche**

Acide phénique.....	4 grammes
Teinture d'iode.....	50 centigr.
— d'aloès.....	40 centigr.
— d'opium.....	X gouttes.
Glycérine.....	Q. s. p. 30 grammes.

Pour pulvérisations pharyngées qu'on répétera plusieurs fois par jour.

**Pilules contre la céphalée. (BARTHOLOW)**

Sulfate d'atropine.....	0 gramme 3
Quinaidine.....	4 —

Pour faire pilules n° 9.

S.—A prendre une pilule 2 ou 3 fois par jour.

(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Nœuds des corps caverneux du pénis (1)

Par M. J. Ahern, M.-D., chargé des cours d'anatomie de l'Université Laval de Québec.

L'induration plastique des corps caverneux du pénis est une affection relativement rare.

Elle est connue sous les noms de :

*Inflammation chronique des tissus érectiles du pénis et de sa gaine fibreuse. Inflammation chronique circonscrite de la gaine fibreuse du pénis (Keyes). Induration chronique circonscrite des corps caverneux (White.) Transformation fibreuse du septum pectiniforme et de la gaine (Gross). Sclérose fibroïde des corps caverneux (Taylor). Nœuds et ganglions des corps caverneux (Mélanton). Induration plastique des corps caverneux (Reclus), et Nœuds des corps caverneux* par la plupart des auteurs français récents. Cette affection, est rangée parmi celles de l'âge avancé par le plus grand nombre des écrivains; c'est une maladie de l'âge moyen suivant d'autres et Gross affirme que sa plus grande fréquence est entre 30 et 40 ans. Cependant on l'a rencontrée chez des malades âgés respectivement de 21, 26, 27 et 28 ans.

On l'a dit se montrer le plus fréquemment chez ceux qui ont abusé du coït.

Elle est caractérisée par une induration localisée de la gaine fibreuse (et des tissus sousjacents [Keyes]) des corps caverneux et aussi du septum pectiniforme. Quand la gaine est affectée on sent la partie malade comme une plaque circulaire ou quadrangulaire dure, lisse, immobile, non adhérent à la peau. Ces plaques dures se rencontrent plus fréquemment sur la portion dorsale de la gaine qu'ailleurs. Quand elles sont situées dans le septum pectiniforme ces noyaux ont la forme d'un coin—dont la base regarde en haut—et quand les parties contiguës de la gaine de chaque côté de la base du coin sont affectées le noyau ressemble plus ou moins à une selle. L'induration s'étend rarement à toute l'épaisseur du corps caverneux. Deux ou plusieurs noyaux peuvent exister en même temps. Suivant Keyes un noyau peut disparaître et être remplacé par un autre ailleurs. Facilement découverts quand l'organe est au repos ils sont sentis avec difficulté pendant l'érection durant laquelle ils ne se distendent pas, faisant ainsi à leur niveau, fléchir le pénis du côté malade et produisant ce que Ricord appelait *Strabisme pénien*.

Quand toute l'épaisseur des c. c. est affectée, la partie du pénis en avant de l'induration reste flasque pendant l'érection et l'organe mâle ressemble alors à un fléau. Bien que cette courbure du pénis soit un peu incommode durant les rapports sexuels, elle n'en est pas cependant un obstacle insurmontable. Le semen s'écoule lentement quelquefois en bavant seulement et parfois qu'après que l'érection a cessé.

En général c'est la courbure de l'organe qui attire l'attention du malade et qui le conduit chez le chirurgien.

Les noyaux augmentent très lentement en nombre et en volume n'atteignant jamais un développement assez considérable pour permettre de les découvrir à la simple inspection; ils ne disparaissent

jamais et ne suppurent point. Au début, il y a souvent un peu de douleur et de sensibilité à la pression.

Cette affection fut d'abord bien décrite par La Peyronie en 1743, plus tard par Kirby, et en 1874, par Keyes.

La dernière description un peu étendue que nous en ayons eue fut donnée par Tuffier en 1885.

L'étiologie de cette maladie est obscure. La Peyronée en accusait la syphilis et son opinion a prévalu jusqu'en 1850 alors que Kirby, Verneuil, Paget et d'autres l'a rejetée et a déclaré que cette affection était toujours due soit à la goutte, soit au diabète.

Après l'âge de trente ans, suivant Tuffier, les tissus qui forment les corps caverneux commencent à augmenter en épaisseur et à perdre quelque peu de leur élasticité; ces changements deviennent graduellement plus prononcés avec le temps, et sous l'influence de l'arthritisme et de ses manifestations la goutte et le diabète, ils deviennent exagérés et se font irrégulièrement produisant ainsi ces noyaux.

Cette manière de voir ne peut expliquer les cas qui se rencontrent chez les sujets au-dessous de 30 ans. Aujourd'hui on regarde la goutte et le diabète comme étant les principaux, sinon les seuls, facteurs étiologiques.

Néanmoins on a cité quelques cas supposés être d'origine syphilitique. Mais les faits sur lesquels on a appuyé cette étiologie sont loin d'être concluants. Le traitement autisyphilitique n'a guéri qu'un malade dont les nœuds sont disparus après l'usage prolongé d'iodure de potassium à hautes doses. Chez un autre malade indubitablement syphilitique un long traitement par l'iodure a été suivi de la disparition d'une induration dans un des deux corps caverneux pendant qu'un nouveau noyau se montrait dans l'autre. De sorte que de ce traitement on ne peut rien conclure quant à l'étiologie de l'affection. Quelques-uns ont pensé que l'affection pourrait être le résultat d'un traumatisme. Mais il n'y a aucune évidence en faveur de cette étiologie à moins que nous acceptions comme telle les deux cas remarquables suivants rapportés par O'zoux, de Bordeaux. Deux jeunes gens, amis intimes, M. O. étudiant en médecine et M. L. soldat, après s'être exposés, s'injectèrent avec force, comme moyen prophylactique, une forte solution de sulfate de cuivre.

Deux mois plus tard le soldat montra à l'étudiant un petit noyau dur de la grosseur d'un pois sur le corps caverneux droit. Il l'avait découvert par accident. Il n'avait jamais ressenti de sensibilité ou de douleur. L'étudiant examina alors son propre pénis et à sa grande surprise découvrit une lésion semblable. Ni l'un ni l'autre n'avaient eu de maladie vénérienne et n'avaient souffert de goutte, de diabète ou de rhumatisme; il n'est pas probable que leurs noyaux aient eu une origine traumatique vu qu'ils n'ont jamais eu ni douleur, ni sensibilité, ni ecchymose. Ces noyaux n'ont pas disparu.

L'histologie de ces tumeurs n'est pas bien connue. L'examen microscopique d'un de ces noyaux enlevé chez un homme de 50 ans par Tuffier, pour cause de douleur, démontra qu'il contenait du tissu fibreux et du tissu cartilagineux; enfin que c'était un chondro-fibrôme.

Les pathologistes du Laboratoire Carnégie trouvèrent après examen qu'un de ces noyaux enlevé il y a 4 ans à l'Hôpital Bellevue de New-York était un carcinôme des corps caverneux (*Med. Rec. of*

(1) Lu devant l'Association Médicale Canadienne à Québec.

N.-York, 1897, vol 1, p. 283). Quand des gommages des corps caverneux se résolvent, et deviennent fibreuses ou calcifiées on pourrait les prendre pour des noyaux d'induration plastique. Ces gommages sont très rares, elles occupent d'ordinaire seulement le tiers antérieur du pénis, ce sont des noyaux durs, indolores qui ont été plus gros, de plus les malades ont une histoire de syphilis.

Dans l'induration plastique les noyaux sont durs, fréquemment sensibles à la pression et souvent douloureux au commencement. Ils augmentent très lentement de dimension; ils peuvent rester stationnaires mais ne diminuent jamais et ne sont jamais modifiés par un traitement antisypilitique.

Tous les observateurs sont d'accord à regarder cette maladie comme incurable et chez les jeunes gens elle peut faire naître de la neurasthénie et être une cause de suicide.

Je ne connais que deux cas qu'on dit avoir été guéris, un chez un sypilitique déjà mentionné et l'autre un diabétique dont les noyaux sont disparus sous le traitement de son diabète.

Le traitement médical est inutile. L'ablation des tumeurs si elles empêchent la copulation et si elles ne sont pas trop nombreuses est recommandée par le plus grand nombre d'auteurs. J'ai eu l'occasion de voir les cas suivants :

Cas I<sup>o</sup>.—J. J., un marchand de la campagne, me consulta le 6 mai 1893 pour une tumeur dure sur son pénis. Il a 46 ans, a été 21 ans marié, il est le père de 9 enfants, dont 2 sont morts quelques heures après la naissance, il ne sait de quelle maladie; un troisième a succombé à la diphtérie et un autre à la diarrhée (infantile). Sans qu'on en connût la cause sa femme eut trois accouchements prématurés à 6 et 7 mois à ses troisième, quatrième et cinquième grossesses. L'histoire de famille ne présente rien de remarquable si ce n'est que la mère du patient eut pendant plusieurs années de l'œdème des extrémités inférieures qui est disparu environ 7 ou 8 ans avant sa mort, due à une hernie étranglée. Le malade ressemble à sa mère dont la famille était portée à l'obésité. Le 10 mars 1893 après avoir travaillé tout le jour dans un magasin qui était très froid, J. J. sentit une cuisson durant la miction et trouva que le pénis et le bas-ventre étaient devenus sensibles à la pression.

Quinze jours après il découvrit quelques gros noyaux dans son pénis.

Sur la moitié droite—face dorsale du pénis—un demi-pouce en arrière du gland on peut sentir une plaque ronde, dure, bien définie, simulant un corps étranger, située sur le corps caverneux droit et sur laquelle la peau glisse librement. Elle avait la forme et à peu près la dimension d'une pièce de dix centimes. A une courte distance en arrière de ce noyau les deux corps caverneux sont durs, arrondis, nodulés et sensibles à la pression. Cette induration s'étend en arrière jusqu'aux crura. Pendant l'érection le pénis se courbe à droite. Il y a quelque cuisson durant la miction mais il n'y a aucune décharge. Le malade n'a jamais eu de maladie vénérienne; il n'a aucun rétrécissement de l'urèthre ni aucune affection de la prostate, et ne se rappelle pas d'avoir eu quelque traumatisme au pénis. Au cune histoire de goutte ou de diabète. Après avoir pris de l'iodure de potassium pendant quelques mois il y eut moins de cuisson en urinant et moins de sensibilité des parties indurées, mais celles-ci n'avaient diminué ni en dimension ni en consistance.

Cas II<sup>o</sup>.—Le 17 juillet 1893, N. L., de 64 ans, vint prendre consultation pour une déviation du pénis durant l'érection. Marié durant 39 ans, a perdu sa femme il y a deux mois. Un mois après la mort de celle-ci il s'est aperçu que durant l'érection le pénis se courbait à gauche. La santé a toujours été bonne. A eu une gonorrhée il y a 19 ans. Rien d'intéressant dans l'histoire de famille.

EXAMEN. — Sur la face dorsale du pénis, près de sa racine, on peut sentir un noyau dur sous forme de coin dans le corps caverneux gauche, entièrement indépendant de la peau qu'on peut facilement faire glisser sur lui. En arrière de cette masse dure il y en a plusieurs autres plus petites de la même consistance. Ces morceaux indurés n'ont jamais été douloureux ni sensibles à la pression. Le malade n'a jamais eu d'écoulement depuis 19 ans; il n'a pas de rétrécissement; la miction est normale; rien d'anormal à la prostate. N'a jamais eu la syphilis, la goutte, le rhumatisme ou le diabète. L'iodure de potassium n'eut aucune prise sur cette maladie.

Cas III<sup>o</sup>. — Le 27 octobre 1896. Je vis en consultation M. T., un avocat, âgé de 50 ans. Veuf pendant 15 ans après 7 ans de ménage; remarié pour la seconde fois depuis 19 mois. Rien d'intéressant dans l'histoire de famille. Sa santé a toujours été bonne. Il n'a eu ni syphilis, ni goutte, ni rhumatisme, mais il a de la céphalalgie à l'approche du mauvais temps, et a caressé la goutte autrefois. A eu la gonorrhée plusieurs fois, mais pas depuis plusieurs années.

En 1896 il remarqua sur le dos du pénis et vers son milieu un petit noyau dur, arrondi, ayant à peu près la dimension d'un pois. Depuis son mariage ce noyau a augmenté de volume et durant l'érection l'organe se courbe tellement à gauche que, selon lui si sa femme n'eut fait, avant de le prendre, la connaissance de plusieurs gynécologues il n'aurait pu remplir cette condition importante du mariage qui n'est pas spécifiée dans le contrat.

A l'examen, vers le milieu de la face dorsale du pénis on trouve une grosse plaque de consistance osseuse qui s'étend en avant se rétrécissant jusqu'à ce qu'elle atteigne presque le gland. La partie rétrécie donne la sensation d'un manche de pipe et est creusée en sillon sur sa surface supérieure. La plaque occupe le septum.

Lorsqu'il était jeune le malade avait l'habitude de se recourber le pénis durant l'érection et depuis lors cet organe a toujours eu une tendance à se recourber en haut quand il est distendu.

#### Congres de Nantes (1)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

4-11 AOUT 1898.

*La contracture de l'anse ilio-pelvienne du côlon; ses causes, ses effets, son traitement.*

M. le Dr Jules GÉOFFROY (de Paris), continuant ses études sur le rôle du spasme et de la contracture dans les affections du tube digestif, études qu'il a fait connaître dans plusieurs publications et, en particulier, aux congrès de Bordeaux (1895) et de Moscou (1897), rappelle qu'il avait commencé à Moscou l'exposé de la pathologie nerveuse de l'anse ilio-pelvienne du côlon, en démontrant que c'est la contracture réflexe de l'angle ilio-pelvien qui produit les vomissements de la femme enceinte, et que contracture et vomissements cèdent rapidement (2 à 3 séances) à l'application de la palpation prolongée.

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 98 Boulevard Saint-Germain, Paris.



Les *maladies utérines*, depuis la *dysménorrhée* jusqu'à la *métrite* et les *maladies des annexes* agissent sur ce point de l'intestin d'une façon analogue à celle de la *grossesse*. Mais si, à l'inverse de la *grossesse*, elles amènent plus rarement des vomissements, par contre, elles donnent lieu à des douleurs locales extrêmement violentes, qui siègent toujours dans cette même portion du gros intestin, mais que l'on attribue faussement à la matrice, et qui sont facilement supprimées par la *palpation prolongée*.

L'hystérie, le nervosisme, la neurasthénie, l'arthritisme sont des affections générales capables d'agir dans le même sens sur l'anse ilio-pelvienne : le spasme et la contracture de cet intestin sont fréquents chez les neuro arthritiques. Il faut être prévenu de l'existence de ce phénomène, si l'on ne veut pas laisser égarer son diagnostic sur des symptômes secondaires qui, dans certains cas, concentrent sur eux l'attention, mais sont cependant sous sa dépendance et cèdent avec lui.

Le spasme et la contracture de l'anse ilio-pelvienne (et l'on peut dire de tout le tube digestif, mais il y a là une localisation très nette du phénomène) donnent lieu à la production de glaires muqueuses, muco-membraneuses ou pseudo-membraneuses, et s'accompagnent, en un mot, de tous les symptômes que l'on a réunis pour en constituer une affection particulière, encore très mal connue jusqu'ici, et que l'on a décorée du nom d'entérite glaireuse muco-membraneuse ou pseudo-membraneuse. Ainsi qu'il l'annonçait déjà, l'an dernier, à Moscou, l'auteur est en mesure de prouver qu'il n'y a aucune inflammation dans cette prétendue entérite et que cette affection est constituée de toutes pièces par un état de spasme et de contracture musculaires, avec irritation de la muqueuse, état fréquent chez les neuro arthritiques. C'est l'anse ilio-pelvienne qui est surtout atteinte; quelquefois, lorsque la maladie est ancienne, elle gagne le colon ascendant et le colon transverse, même le cœcum : mais ces cas ne sont qu'une extension de la maladie primitivement limitée à l'anse ilio-pelvienne.

Si vraiment l'entérite glaireuse n'est qu'un état de contracture intestinale, le traitement, que l'auteur a préconisé contre le spasme et la contracture du tube digestif en général, doit être applicable à cette soi-disant entérite. C'est ce que les faits démontrent, et le Dr Jules Geoffroy trouve, dans le succès même de la palpation prolongée appliquée à cette affection, la preuve de son affirmation.

L'expérience que l'auteur a acquise dans le traitement de ces états de contracture lui a actuellement démontré que si la *palpation prolongée* est la seule méthode de diagnostic à employer dans ces cas, il est une autre méthode de diagnostic plus calmante, plus active et plus rapide : c'est le *massage vibratoire*, obtenu avec des appareils spéciaux très perfectionnés, qui en font le traitement mécanique à la fois le plus calmant et le plus actif que l'on puisse désirer. Ce traitement procure une guérison complète dans les cas que l'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique médicale; il agit et soulage encore dans les cas extrêmes où la structure intime de la fibre lisse paraît compromise par l'exagération et la trop longue durée de contracture et de la distension; mais il faut y apporter beaucoup de patience et de précaution.

#### Congres de la Tuberculose<sup>(1)</sup> 27 JUILLET AU 1<sup>er</sup> AOUT 1898.

##### *Influence de l'acide phosphorique combiné à la créosote dans la tuberculose.*

M. le Dr BOUREAU (de Tours) a constaté l'influence favorable de l'acide phosphorique combiné à la créosote sur la nutrition des tuberculeux. L'urée, l'acidité urinaire, le poids du malade, ont constamment augmenté chez des enfants tuberculeux hospitalisés.

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale  
93 Boulevard Saint-Germain, Paris.

L'acide phosphorique agirait en créant artificiellement un état d'*hyperacidité* analogue à celui de l'arthritique, et modifierait ainsi le terrain du tuberculeux, presque toujours *hypoaacide*.

#### *Indications de l'Hivernage des Tuberculeux à Alger-Mustapha*

Par le Dr VERHAEREN, médecin du Sanatorium d'Alger.

Plus d'un demi-siècle a établi l'efficacité du climat d'Alger dans le traitement de la tuberculose. Dès 1857, en effet, Michell publiait à Londres : *Alger, son climat et sa nature curative dans la phthisie*, ouvrage qui rapporte une expérimentation de plus de dix années. Depuis lors, de nombreux travaux sont venus confirmer ses conclusions. Mais, jusque dans ces derniers temps, les notions acquises manquaient de précision; les indications n'étaient pas suffisamment spécifiées; on conseillait Alger aux tuberculeux, un peu en désespoir de cause, et sans trop s'inquiéter de la forme et de la période de leur affection. Il en est résulté des insuccès qui doivent être attribués, non au climat lui-même, mais à l'usage intempestif qui en a été fait. Dans cette étude, nous sommes parti de ce principe, qui se dégage de tous les travaux modernes de climatologie, que *chaque climat a ses indications bien définies, en dehors desquelles il devient indifférent ou nuisible*. Il y a donc lieu, tout d'abord, de préciser la région dont nous entendons parler ici et à laquelle s'appliquent exclusivement toutes les expérimentations qui vont être exposées plus loin. Cette région correspond au premier contrefort du Sahel. Elle s'étend au sud-est d'Alger, commence aux côtes qui dominent Mustapha-Supérieur, et finit à ceux qui séparent Birmandreïs de Birkadem. Ainsi limitée, elle forme une bande de terrain fortement accidenté, dont l'altitude varie de 110 à 230 mètres, dont les ondulations sont couvertes de plantations d'arbres pour la plupart résineux, et qui, enfin, est complètement protégé des vents de la mer par les crêtes de Mustapha, des vents du sud et de l'est par celles plus accidentées qui forment le contre du Sahel. Cette région a un sol *exclusivement calcaire* et nous insistons sur cette condition, qui a une importance capitale, dans un pays qui offre des influences telluriques très actives, s'exerçant aux altitudes les plus variées, et parfois à des époques inaccoutumées de l'année, pouvant, par suite avoir des effets désastreux sur des organismes débilisés. Or, la constitution profondément calcaire du sol lui confère une immunité absolue contre la malaria, immunité due tant à la grande porosité du terrain qu'aux sel calcaires en dissolution dans les eaux des boissons. Nous reviendrons sur cette question. La région d'Alger doit être rangée parmi les climats marins sédatifs toniques avec Madère, Pau Ajaccio. Sa moyenne thermométrique, ses conditions de stabilité thermique et hygrométrique en font également une station tempérée chaude, à l'égal du Caire et de Malaga. Au point de vue climatique elle présente cette supériorité remarquable de participer aux avantages de ces deux catégories de climats particulierité que Funchall seul réalise avec elle.

Voici le résumé des observations prises au sanatorium d'Alger pendant les semestres hivernaux des trois dernières années :

La moyenne des températures minima a été de 9°3 ;  
La moyenne des températures maxima a été de 17°5 ;  
Le thermomètre n'est pas descendu au-dessous de plus 4° ;  
La moyenne des nuits à température inférieure à 6° a été 5 ;  
La moyenne des nuits à température de 6° à 7° a été de 9, soit seulement 14 nuits en moyenne, dont la température ait été relativement basse.

La moyenne, des écarts nycthernaux a été de 8°4  
Les hauteurs barométriques réduites à 0° ont donné une moyenne, de 760 mm5 ; celle des variations barométriques a été de 5 millimètres, d'où une constance remarquable de pression atmosphérique ;  
La moyenne hygrométrique a été de 68 pour 100 ;

Celle de la quantité de pluie tombée annuellement a été de 863 millimètres, répartis en 84 jours, dont près de moitié sont attribuables à la saison dite des pluies, décembre et janvier.

Les observations cliniques prises sur les malades, qui ont été en traitement au sanatorium d'Alger, nous ont permis de poser les conclusions suivantes concernant son action thérapeutique dans la tuberculose : 1° Après un séjour qui n'excède généralement pas 8 jours, la fièvre de résorption est tombée ; la fièvre essentielle ou de tuberculisation s'atténue (à ce moment se produit habituellement, chez les malades à fièvre continue, une rémission matinale). Dans 3/5 des cas observés, cette atténuation a été supérieure à 1 degré. Après le premier mois, la fièvre reste stationnaire, sauf complications bien entendu, et ne s'abaisse plus que graduellement et seulement chez les malades, qui retirent tout le bénéfice possible de la cure ;

2° L'expectoration est diminuée dès la première quinzaine, la toux inutile s'apaise, l'appétit renaît insensiblement et, avec son retour, disparaissent en partie les troubles digestifs et la diarrhée ;

3° Les sueurs subissent parfois une légère augmentation, les premiers jours principalement, chez les malades qui ont résidé en plaine ou qui ont été confinés, mais ces transpirations ne tardent pas à diminuer, puis à disparaître dans la plupart des cas.

Nous pouvons établir comme suit les indications d'un séjour hivernal dans la région d'Alger.

Les résultats les plus satisfaisants observés jusqu'ici l'ont été chez des tuberculeux à forme commune chronique, ayant dépassé la première période de leur affection, et ne pouvant, par suite, plus être envoyés à l'altitude. Ces malades arrivent souvent à cicatrifier leurs cavernes, lorsqu'elles sont peu étendues et surtout peu nombreuses, et qu'il n'y a pas complication. Nous avons constaté ainsi des rémissions se prolongent depuis des années, et équivalant presque à des guérisons. D'autres malades à lésions plus graves retirent de leur cure un retour sensible de force et une survie très appréciable. En second lieu, les malades qui tirent le plus d'avantages de l'hivernage dans la région d'Alger sont ceux à forme subaiguë, à lésions disséminées, les aréthiques, etc.; pour ceux-ci encore nous pouvons constater des rémissions, moins nombreuses, à la vérité, que pour la catégorie précédente.

Enfin, dans une 3e classe de sujets favorablement influencés peuvent se placer tous ceux qui présentent des complications du côté du larynx, des intestins, des reins, etc. Ces malades qui, dans nos climats à hivers rigoureux, se cachectisent rapidement et ne tardent pas à succomber, voient à Alger leurs maux s'atténuer un peu et obtiennent une prolongation parfois sensible de leur existence. Ces indications peuvent être résumées en la formule suivante: *Les tuberculeux à lésions et à fièvre retirent des avantages d'un hivernage dans la région d'Alger et en particulier au Sanatorium, où toutes les conditions sont réunies pour rendre parfois possibles des guérisons inespérées ailleurs. La saison hivernale commence le 15 octobre et finit le 15 mai. L'été peut être passé dans les Alpes ou les Pyrénées.*

*Des convalescences envisagées au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose infantile dans les villes.*

M. le Dr DERECQ (Léon), de Paris. — C'est un but hautement humanitaire que poursuit en ce moment le médecin en chef du dispensaire de l'Œuvre des Enfants tuberculeux, en montrant combien il importe, surtout aux périodes de convalescence de certaines maladies, telles que la rougeole, la coqueluche, la grippe, de veiller sur l'enfant, encore débilité et exposé, par suite, à devenir tuberculeux : "La lutte contre la tuberculose, dit l'auteur, ne peut être couronnée de succès que si elle concerne l'enfance d'abord, l'enfance qui est et doit être la pépinière entourée de tous

nos soins et de nos préoccupations, puisque d'elle doivent sortir des forêts d'arbres robustes et sains." L'auteur examine alors quelles sont les mesures prises et les mesures à prendre, dans un esprit de prophylaxie, contre la tuberculose qui menace les enfants à chaque pas qu'ils font dans les villes. Au point de vue des mesures prises, on peut répondre qu'elles sont nulles ou à peu près. Au point de vue maintenant des mesures à prendre, il faut avant tout, suivant l'auteur, faire sortir de l'ombre où elle se tient cachée la vérité sur la tuberculose infantile, sur son existence, sa grande fréquence, ses formes connues et méconnues, la mortalité effrayante qui lui est imputable, depuis la première enfance jusqu'aux dernières limites de l'adolescence.

Le public prévenu, instruit des risques courus par l'influence, se rendra aux raisons qui nécessitent cette seconde mesure prophylactique ainsi résumée: Les maladies aiguës communes à l'enfant, créant chez le plus grand nombre un état de réceptivité qui l'expose à l'infection par le bacille tuberculeux, les facilités les plus grandes doivent être prévues pour que les convalescents soient éloignés des villes et placés dans des conditions d'alimentation, de propreté et d'air aussi parfaites que possible. Il suffit de voir les résultats merveilleux que l'on a obtenus à l'hôpital d'Ormesson pour se rendre compte de la valeur de la cure d'air pour des enfants même déjà atteints de la tuberculose. On devine également ce que cette mesure comporte de dangers conjurés pour les enfants de la classe pauvre.

Enfin l'auteur émet un vœu dont les termes sont ainsi énoncés: Des asiles de convalescence bien appropriés, situés dans des localités suburbaines, doivent être réclamés à l'Assistance publique, à l'effet d'y recevoir les malades sortant de ses hôpitaux et les nécessaires convalescents soignés à domicile; ajoutons que ce vœu, dont la réalisation s'impose, a été pris en considération puis voté par les membres du Congrès.

*Présentation d'une Ampoule A, procédé clinique permettant aux médecins de recueillir opportunément les expectorations destinées à l'examen bactériologique.*

M. le Dr DERECQ (Léon), de Paris.—On sait l'importance qu'a prise aujourd'hui l'examen bactériologique des crachats, des exsudats, des vomiques. L'auteur a présenté au Congrès un flacon de verre appelé ampoule A qui permet au médecin de recueillir lui-même, avec les meilleures garanties et au moment opportun, l'expectoration du malade. L'ampoule A, en verre de forme cylindrique, d'une capacité suffisante pour recueillir une expectoration, par conséquent peu encombrant, présente une ouverture évasée, avec un rebord qui protège les doigts au moment de l'émission du crachat. Elle offre, sur la paroi extérieure, une étiquette obtenue par dépolissage du verre, qui permet d'insérer le nom et le prénom du malade, objet de l'examen. L'ampoule, ainsi que le bouchon en liège légèrement stéariné qui l'obture parfaitement, sont stérilisés. Le médecin en chef du dispensaire de l'Œuvre des Enfants tuberculeux, a pu, grâce à cet objet si utile, multiplier ses examens bactériologiques, surtout dans des cas où ceux-ci importent le plus, c'est-à-dire dans les cas douteux. L'ampoule A s'impose aussi bien à la clientèle indépendante, comme un procédé rapide et sûr, elle rendra dans bien des cas de réels services.

*Traitement de la Tuberculose par la Vanadine.*

MM. HÉLOUIS et Dr L. DELARUE.—L'expérience clinique a fait reconnaître depuis longtemps qu'il fallait diviser les phtisiques en deux grandes catégories; ceux qui mangent et ceux qui ne mangent pas.

La guérison est possible pour les premiers; elle est plus que problématique pour les seconds.

Tous les médecins connaissent la pénible impuissance dans laquelle ils se trouvent pour vaincre l'invincible dégoût de beaucoup de tuberculeux pour toute nourriture.

Que de médicaments n'a-t-on pas essayés ! Que de médications n'a-t-on pas instituées pour leur donner de l'appétit et pour aider à leur digestion ! Et pour en revenir presque toujours au gouttes amères, à la quassine, à la gentiane ou au colombo, tous médicaments peu ou pas efficaces et très fatigants pour l'estomac !

La vanadine n'est pas plus irritante pour notre estomac que l'oxygène ne l'est pour nos poumons. Sa action se borne en effet à un dégagement d'oxygène naissant en présence d'une matière organique.

Les sels de vanadium avaient déjà été signalés comme véhicule d'oxygène dans la fabrication du noir d'aniline au chlorate.

Partant de ce fait, M. Héroux, chimiste à Colombes, a pensé que cette oxydation énergique pourrait probablement s'exercer aussi sur d'autres bases que l'aniline et qu'on pourrait ainsi arriver à détruire ou à annihiler les ptomaines et les toxines dans les organismes vivants.

A cet effet, il a composé un produit vanadié suroxygéné, absolument inoffensif, auquel il a donné le nom de vanadine.

La vanadine a été étudiée par les auteurs de cette communication au point de vue de son action physiologique et thérapeutique.

Les résultats ont été excellents. Les animaux non malades ont pris rapidement, une belle apparence, qui répondait à une réelle stimulation de la vie intime de leurs tissus, comme l'attestait l'augmentation rapide de leur poids.

Les animaux malades : ou ont guéri rapidement, tel un porc atteint de rhumatisme déformant grave, tels 482 chevaux malades d'une fièvre épidémique, ou ont présenté sur les témoins des différences tout à l'avantage du traitement tels les cobayes tuberculeux qui ont eu une survie double de celle des animaux témoins.

Les malades et, en particulier les phthisiques, retirent de l'emploi de la vanadine un très grand avantage. Cinq à vingt gouttes par jour leur redonnent presque du jour au lendemain de l'appétit. Du jour où ils en prennent, ils ont faim, au point qu'ils sont parfois obligés de se lever la nuit pour manger.

Les malades qui prennent de la vanadine passent donc, par le fait, dans la catégorie des phthisiques qui mangent, c'est-à-dire dans celle de ceux qui peuvent guérir.

Ils mangent, et de plus ils engraisent, et parfois d'une façon rapide et considérable, ce qui prouve que l'assimilation de ce qu'ils mangent se fait bien. Et, de fait, la vanadine fait disparaître les troubles gastriques, les nausées et les vomissements.

Ils engraisent, et, avec l'augmentation de poids, reviennent les forces, la vigueur physique qui leur permet de sortir, de prendre de l'exercice, et la vigueur morale qui leur remet au cœur l'espoir de la guérison.

Les auteurs de cette communication se bornent aujourd'hui à signaler l'action stimulante de la vanadine sur l'organisme stimulante de l'appétit et, par contre-coup, des diverses fonctions, action stimulante de bon aloi, inoffensive et précieuse pour les tuberculeux. Ils réservent pour une communication ultérieure ses effets plus spéciaux dans telle ou telle maladie, effets que leurs travaux en cours leur permettront de signaler dans quelque temps.

## REVUE DES JOURNAUX

### Paupières et conjonctive

A. TROUSSEAU, Médecin de la clinique des Quinze-Vingts.

#### CAUTÉRISATION DES PAUPIÈRES

Je veux parler ici des cautérisations qu'on pratique pour traiter des conjonctivites graves (purulente, granuleuse.) Je suis partisan résolu des solutions caustiques, étendues au pinceau sur la muqueuse ; je les crois préférables aux crayons et aux collyres.

Pour agir utilement, le pinceau blaireau bien aseptique personnel au malade chargé de liquide et légèrement exprimé, doit être promené sur la muqueuse palpébrale sans timidité et atteindra les culs-de-sac bien développés.

On doit donc être à même de retourner convenablement les paupières des patients.

Je vais insister sur cette petite manœuvre. Avant de la tenter, il sera bon d'essuyer les paupières et de débarrasser les cils du pus qui peut s'y être attaché. Ainsi les doigts auront plus de prise et ne glisseront pas.

Pour retourner la paupière supérieure, on saisira, d'une main, les cils ou même le bord libre de l'organe, on l'abaissera légèrement en l'attirant en avant, pendant que de l'autre main on appuiera le manche d'un stylet ou d'un pinceau sur le sillon orbito-palpébral ; on n'aura plus qu'à faire basculer la paupière et à attirer, en haut, le bord ciliaire, en faisant regarder le malade en bas, afin de bien développer le cul-de-sac supérieur.

Pour retourner la paupière inférieure, on placera l'extrémité de la pulpe de l'index plus près possible du bord ciliaire, qu'on abaissera légèrement en enfonçant doucement cette extrémité entre le globe oculaire et le rebord orbitaire. On fera regarder le malade en haut pour développer le cul-de-sac inférieur.

Les deux paupières peuvent être maintenues retournées simultanément au moyen de l'index et du pouce gauches, appuyés sur la face conjonctivale des bords ciliaires supérieur et inférieur. Dans cette position, la main droite est libre et prête à agir avec le pinceau.

INDICATIONS DES CAUTÉRISATIONS.—1° *Conjonctivite catarrhale intense*.—Se servir d'une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 pour 100 appliquée tous les jours, au pinceau, sur la muqueuse.

2° *Conjonctivite purulente*.—Cautériser tous les jours ou deux fois par jour, suivant gravité, avec une solution de nitrate d'argent, à 2 ou 3 pour 100, badigeonner jusqu'à ce que la muqueuse soit devenue blanche.

3° *Conjonctivite granuleuse*.—Cautériser tous les deux jours avec la solution suivante :

Glycérine neutre..... 10 grammes.

Sulfate de cuivre..... 0.75 centigr.

IRRIGATION DES CULS-DE-SAC CONJONCTIVAUX.—Laisant de côté l'asepsie préopératoire, de même que l'application de pansements sur une muqueuse relativement stérile, nous ne nous occuperons que de l'irrigation des culs-de-sac conjonctivaux malades.

Dans le cas où on désire traiter une conjonctivite catarrhale ou purulente, ou bien si l'on cherche à désinfecter rigoureusement les culs-de-sac, on emploiera avec avantage la méthode de Kalt, dite des grands lavages, surtout utile dans le traitement des conjonctivites purulentes des nouveau-nés et des conjonctives catarrhales intenses à tous les âges.

On introduit entre les paupières le pavillon de l'entonnoir laveur, qui tient d'autant mieux que le sujet serre davantage. L'autre bout du laveur est relié par un tube de caoutchouc au bock à irrigations, de la capacité de 2 litres, qui sert pour toutes les accouchées. Ce bock ayant été préalablement rempli de liquide, il suffira que le niveau de ce liquide dépasse de 30 centimètres le niveau de l'œil

pour qu'un énergique courant d'eau précipite contre le globe, déplisse et distende en forme de boudin le culs-de-sac supérieur et s'échappe par la fente palpébrale, entraînant toutes les sécrétions. A cette pression de 30 centimètres, qu'il ne faut pas dépasser, l'écoulement de 2 litres se fait en sept ou huit minutes.

Pour empêcher l'entrée du liquide dans le nez et la bouche, s'il s'agit d'un enfant, celui-ci sera tenu sur les genoux d'un aide, les pieds un peu plus élevés que la tête et la face tournée en haut. Sur le parquet on dispose un vase à bords larges, un seau ou une cuvette.

Pour le traitement de l'ophtalmie purulente, deux à trois irrigations journalières sont suffisantes dans les conjonctivites catarrhales. Ne pas faire de cautérisations quand on a recours à cette méthode. Comme liquide médicamenteux, il faut employer le permanganate de potasse, en ajoutant aux 2 litres d'eau (à 30° ou 35°) du bock une forte cuillerée à café de la solution suivante.

Permanganate de potasse... 20 grammes.  
Eau distillée..... 250 —

#### SCARIFICATIONS DE LA CONJONCTIVE

Elles se pratiquent avec le scarificateur de Desmarres, toujours parallèlement au bord ciliaire.

Après cocoinisation et lavages, les deux paupières sont écartées par un aide qui introduit sous chacune d'elles le releveur *ad hoc*. Si on est contraint de se passer d'aide on peut placer le blépharostat externe ou se servir d'un releveur alternativement pour chaque paupière, en agissant tour à tour sur la région découverte. La main gauche maintient alors écartée une des paupières, pendant que la droite fait pénétrer dans toute l'épaisseur de la conjonctive le tranchant convexe du scarificateur avec lequel elle trace une série de sillons parallèles au bord palpébral, sur toute la largeur de la conjonctive. Cette petite opération amène un écoulement sanguin assez abondant qu'on étanche avec un tampon de coton hydrophyle imbibé de cyanure. Pour tout pansement, il suffit de laver la muqueuse avec le liquide antiseptique et d'appliquer sur l'œil, pendant une heure ou deux, des compresses cyanurées ou boricées.

C'est, le plus souvent, sur la conjonctive bulbaire que se font les scarifications, quoiqu'elles aient été recommandées dans certaines formes de granulations palpébrales. Le manuel opératoire est le même dans ce dernier cas ; mais il faut, de toute évidence, retourner les paupières complètement lorsqu'on veut agir sur leur face muqueuse.

Les scarifications de la conjonctive bulbaire sont indiquées en cas de chémosis intense compromettant la nutrition de la cornée, comme cela se rencontre surtout dans les formes graves d'ophtalmie purulente. Ne pas employer les caustiques immédiatement après les scarifications pour ne pas produire d'escarres trop étendues.

Si l'opérateur n'a pas à sa disposition de scarificateur de Desmarres, il peut le remplacer par un bistouri convexe ou droit, ou pratiquer, à la place des scarifications, des mouchetures de la conjonctive avec de petits ciseaux.

#### EPILATION DES CILS

Quand des cils déviés frottent sur le globe oculaire, il est indispensable de les enlever avec une pince spéciale à mors plats dite pince à épiler, pince à cils. Pour ce faire, il suffit de saisir le cil à sa base au ras du tégument et de tirer dessus d'un petit coup sec. Ainsi pratiquée, l'ablation du cil est presque indolore. En saisissant le cil loin de sa base, on risquerait de le casser et de n'en enlever que la partie aérienne laissant la racine en place.

*Indications.*—La simple déviation ; les cils vicieusement implantés ou surnuméraires ; l'entropion et le trichiasis, en attendant une opération radicale.

#### ABLATION DES PETITES TUMEURS DE LA PAUPIÈRE

Les petites *verruës* de la peau des paupières seront détruites avec la pointe fine du thermo ou du galvano-cautère ; les *kystes transparents* seront ponctionnés avec une pointe aiguë, et on réséquera une partie de la poche d'un coup de ciseaux courbes, pour éviter que le liquide ne se reproduise ; les *kystes sébacés* peu volumineux seront transfixés d'arrière en avant avec un petit bistouri droit, et leur contenu, la poche une fois ouverte, sera enlevé avec une fine curette.

Le *chalazion* sera toujours attaqué chirurgicalement ; on ne cherchera jamais à le détruire au moyen des caustiques. L'extirpation sera faite par la peau ou par la conjonctive, selon que la petite tumeur proémine plus d'un côté que de l'autre.

On injectera, dans et sous la peau, la solution de cocaïne à 1 pour 100, après lavage soigneux du champ opératoire. On instillera dans le cul-de-sac conjonctival deux à trois gouttes de cocaïne à 5 pour 100, de façon à rendre moins douloureuse l'application de la pince de Desmarres, si utile pour l'exécution de l'opération. L'anneau de la pince doit bien embrasser le chalazion et être serré à fond par la vis spéciale, de façon à empêcher toute hémorragie. Si on a un aide à sa disposition, on peut remplacer la pince par une plaque de corne placée dans le cul-de-sac, et sur laquelle celui-ci exerce une forte pression d'arrière en avant. Cette plaque ne peut être utilisée que lorsqu'on opère par la voie externe.

La pince bien placée, on incise, avec un bistouri, la peau, parallèlement au bord palpébral, en ayant soin de dépasser de chaque côté l'étendue de la tumeur ; puis on dissèque celle-ci de haut en bas, de façon à la séparer nettement des tissus voisins. Il suffit alors de la saisir avec un crochet ou la pince à disséquer, de l'attirer en avant et de la détacher des parties profondes avec le bistouri ou les ciseaux courbes. Ceci fait, on retire rapidement la pince et on applique *très vite* sur la petite plaie un tampon de coton hydrophile humide, de façon à éviter l'écoulement de sang assez abondant qui survient alors.

J'ai pris l'habitude de ne cesser la compression par le tampon et de n'appliquer le pansement sec aseptique déjà décrit que dix à quinze minutes après l'opération, de façon à avoir une parfaite hémostase et à éviter les petites hémorragies, qui nuisent quelquefois à la cicatrisation régulière. Il est inutile d'appliquer des sutures.

Le pansement peut être enlevé au bout de quarante-huit heures, la réunion est alors complète. La cicatrice cutanée est toujours invisible après quinze à vingt jours.

(*La Presse méd.*)

#### Hypertrophie sénile et cancer de la prostate.

Par le docteur A. GUÉPIN,

L'étude clinique et l'observations prolongée des états pathologiques des glandes de la prostate ont conduit à la connaissance des relations qui les unissent les uns aux autres ; elle ont désormais permis de concevoir comment et pourquoi la prostatite du vieillard aboutit parfois à l'hypertrophie sénile et de suivre pas à pas, pour ainsi dire, les transformations de l'organe, transformations que la thérapeutique de leurs causes peut, souvent tout au moins, enrayer dans leur marche progressive habituelle.

Il devient également facile de comprendre les rapports qui existent entre l'hypertrophie et le cancer de la prostate. Quand on se reporte à l'anatomie pathologique et d'interpréter la symptomatologie complexe, en apparence confuse, des néoplasmes prostatiques glandulaires.

Par nos recherches antérieures, il a été établi qu'au premier stade de l'évolution des lésions prostatiques, dont le terme est la sclérose totale (hypertrophie vraie), les glandes sont le siège de stagna-

tion des sécrétions dans leurs cavités distendues et dilatées. Au deuxième stade, la sclérose périglandulaire commerçante et l'infection ordinaire des sécrétions stagnantes compliquent la situation. Alors deux cas peuvent se présenter :

1<sup>o</sup> La progression des accidents prend fin et l'état local se maintient le même, tant que peu à peu l'appareil urinaire (vessie, rein) dégénère à son tour en totalité ;

2<sup>o</sup> Les lésions se caractérisent ; elle le font dans deux sens différents : a. vers la sclérose prostatique, troisième stade de l'hypertrophie sénile, véritable cicatrisation : l'organe se remplit de noyaux fibreux et ses parties sécrétantes atrophiées se réduisent de plus en plus, étouffées par les productions interstitielles ; b. vers la prolifération épithéliale des culs-de-sac, c'est-à-dire vers le cancer glandulaire.

En 1895, mon maître Reliquet et moi, dans le tome second de notre étude sur les *glande de l'urèthre*, nous avons appelé *cancer glandulaire de la prostate* la forme commune de néoplasmes de cet organe, *Cancer glandulaire* parce qu'il procède des éléments glandulaires et parce que ses signes se rapportent tous pendant longtemps aux troubles sécrétoires et excrétoires des glandes prostatiques intéressées. Depuis, bien que l'accasion se soit présentée de revenir sur ce sujets (*Presse médicale*, 15 janv. 1896) il n'a pas été traité d'une façon suffisamment complète pour que les liens qui la rattachent au reste de la pathologie protatique deviennent évidents dans leur simplicité.

Il n'est pas qu'une variété de cancer prostatique ; mais la forme glandulaire est, au débat, chez l'adulte et surtout chez le vieillard, la plus fréquente et la plus rapidement fatale. Le néoplasme ne dépasse que rarement les limites de l'organe. On est alors à une période très avancée des lésions et souvent la mort survient avant que le cancer ait eu le temps de sortir de la loge prostatique ou de s'ouvrir par ulcération dans le rectum.

Un sujet atteint d'hypertrophie sénile au deuxième stade, avec ou sans rétention d'urine, éprouve une notable amélioration sous l'influence des soins rigoureux que commandait son état. La prostate a presque repris ses proportions et sa consistance normales, sauf dans un lobe—surtout le gauche d'après nos observations—où persiste un noyau dur assez volumineux, qui peu à peu progresse en même temps que reparaisent, avec une intensité nouvelle, les troubles fonctionnels de la miction. A partir de ce moment, l'envahissement total de l'organe se fait avec rapidité. Dans d'autres circonstances, la prostate n'a pas ou peu perdu de son volume pathologique : elle est devenue molle dans son ensemble, mais plus dilatée que jamais par d'abondantes sécrétions stagnantes ; celles-ci, chassées partiellement au dehors spontanément et mélangées ou non aux urines, ou par une compression prudente, sont visqueuses, roussâtres, striées souvent de sang rouge. Une pression un peu trop forte occasionne une hématurie. Un nouvel examen, pratiqué à peu de temps d'intervalle, démontre que l'organe se développe de plus en plus. Ici les troubles vésicaux (fréquence des mictions, difficultés, rétention d'urine, douleurs) sont beaucoup moins accusés que lorsqu'il y a, comme dans le cas précédent, oblitération des conduits excréteurs culs-de-sac. L'ulcération du noyau dur (kyste par rétention) explique cette différence ; car elle est suivie d'une amélioration immédiate et le fait a été plusieurs fois signalé. De suite l'excitation vésicale diminue de violence, les besoins sont moins rapprochés et plus faciles à satisfaire. En somme, malgré tout, il s'agit toujours d'une seule et même forme de néoplasme et ce qui vient d'être dit justifie encore le qualificatif de glandulaire que nous lui avons attribué.

L'adénite inguinale et la cachexie sont des phénomènes tardifs ; ils perdent par conséquent beaucoup de leur valeur diagnostique si leur importance pronostique en est accrue. L'hématurie, quand il n'y a pas eu un toucher trop violent ou un traumatisme quelconque

est loin d'être la règle. La terminaison est provoquée par des accidents pulmonaires (généralisation ou embolie) avant que le déclin des forces ait pu faire prévoir l'imminence de la mort.

Mais il convient de faire ressortir que la prostatite sénile a été pendant longtemps, en apparence, sinon en réalité, la seule cause des troubles dont souffrait le malade. Puis tout en restant localisées à la glande et dans les glandes elles-mêmes, des modifications essentielles dans la nature des lésions se sont produites et ont insensiblement évolué jusqu'au moment—tardif toujours—où le diagnostic de néoplasme est presque venu s'imposer.

Pour résumer ce qui précède et pour conclure, il existe à notre sens une variété relativement fréquente de cancer prostatique, débutant et évoluant dans les glandes de l'organe, traduisant sa présence par une symptomatologie où les troubles sécrétoires et excrétoires de l'appareil glandulaire intéressé tiennent une place prépondérante.

Le cancer glandulaire paraît être une complication de l'hypertrophie sénile alors que la sclérose périglandulaire totale (guérison relative anatomo-pathologique) n'a pas encore détruit les organes de sécrétion en les comprimant de dehors en dedans. Au point de vue clinique, sans préjuger de ce que l'on peut apprendre l'examen histologique de la tumeur, le néoplasme semble dériver des cellules épithéliales des culs-de-sac et évoluer parfois jusqu'à la mort sans dépasser les limites de la loge prostatique.

Peut-être est-il permis de se demander si l'irritation persistante provoquée par la stagnation des sécrétions modifiées dans la prostate, accompagnée de congestion intense, n'a pas été la cause occasionnelle de l'apparition du cancer ? Ce serait une raison nouvelle de ne pas rechercher seulement les effets palliatifs du traitement des symptômes de la stagnation glandulaire, mais encore, et surtout davantage, de supprimer ses causes pour obtenir si possible la guérison définitive.

(Gaz. des Hôp.)

#### Deux cas de localisation secondaires du bacille d'Eberth

Par M. G. SCHNEIDER (d'Oran).

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de localisation du bacille d'Eberth.

La première observation concerne un malade chez lequel l'épreuve de Widal fit modifier un diagnostic primitif de typho-malarienne en celui de fièvre typhoïde.

A la suite d'injections hypodermiques de chlorhydrate de quinine, faites avec toutes les précautions d'asepsie, se développèrent dans les hypocondres, au niveau des piqûres, deux abcès de la grosseur d'un œuf de poule et à évolution indolente. Le pus, immédiatement ensemençé après incision, fournit une culture pure d'un bacille que ses caractères ne permirent pas de différencier du bacille d'Eberth.

Des dilutions très étendues de sérum anti-typhique impressionnaient encore vivement ce bacille, tandis que le pus était totalement dépourvu de pouvoir agglutinant.

Ces abcès guérirent promptement. Pus et bacille avaient été inoculés sans résultats.

Chez un second malade, le sérodiagnostic, en pleine pyrexie, était très positif.

Pendant la convalescence, apparut une hydarthrose de l'articulation du coude droit. Une ponction fut pratiquée, et quelques centimètres cubes d'un liquide louche, contenant d'assez rares globules rouges et des gouttelettes huileuses, s'écoulèrent.

L'ensemencement donna une culture d'un bacille identique, à celui d'Eberth.

Comme le pus, dans le cas précédent, le liquide de l'hydarthrose ne possédait pas la propriété agglutinante. Le bacille isolé n'était pas pathogène.



\* \* \*

Ces observations sont à rapprocher de celles, antérieurement publiées, relatives aux localisations secondaires du bacille typhique. Elles tendent, en effet, à démontrer que, d'une part, le bacille d'Eberth peut envahir les séreuses articulaires, d'autre part, donner lieu à la formation du pus.

Comme les microbes en général, le bacille typhique se fixerait de préférence aux points intéressés par un traumatisme. Cette conclusion pourrait se déduire du premier cas, où les abcès furent consécutifs à des injections hypodermiques.

(La Presse méd.)

### Traitement de la rhino-pharyngite chez les enfants

Ce traitement doit être avant tout local. Un procédé fort simple (Gastou) consiste à introduire trois ou quatre fois par jour, dans les narines, des tampons effilés en pointe, d'ouate hydrophile trempés dans la vaseline boriquée. L'enfant étourne d'abord, puis supporte le contact de l'ouate, renifle, et la vaseline pénètre dans les fosses nasales jusqu'à la cavité pharyngée.

A la vaseline boriquée, on peut joindre des substances astringentes telles que l'alun, le tannin et surtout l'antipyrine :

Vaseline.....	20 grammes.
Acide borique.....	1 gramme.
Antipyrine.....	0,50 à 1 gramme.

suivant l'âge.

On peut encore employer l'huile mentholée surtout chez les enfants qui ne supportent pas les tampons ou ne se les laissent pas introduire (Comby). A ces enfants, on instillera donc, matin et soir dans chaque narine, une ou deux gouttes de mixture suivante :

Huile d'amandes douces.....	10 grammes.
Menthol.....	0,15 à 0,50 centigrammes.

Aux enfants plus grands, on peut faire priser des poudres :

Aristol.....	} à 5 grammes.
Lactose.....	

ou bien :

Acéto-tartrate d'alumine.....	4 grammes.
Lactose.....	6 —

En même temps on emploie encore localement les vaporisations et les pulvérisations naso-buccales tièdes avec l'eau boriquée ou saline, avec les eaux sulfureuses d'Enghien, de Challes, du Mont-Dore, etc.

Ces moyens suffisent dans la grande majorité des cas. Si leur effet se faisait attendre, on pourrait agir directement sur la paroi pharyngienne par des badigeonnages avec de la sérosine à 5 pour 100, ou avec de la glycérine iodée (parties égales), ou avec la solution suivante :

Iodé pur.....	0,25 centigrammes.
Iodure de potassium.....	2 grammes.
Glycérine.....	20 —
Ess. de menthe poivrée.....	IV gouttes.

Deux, puis une fois par semaine, à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé autour d'une tige recourbée de façon qu'on puisse pénétrer derrière la luette, on pratique de simples atouchements du naso-pharynx, on fait avec le tampon des frictions assez énergiques qui contribuent puissamment au dégouffement et à la décongestion de la muqueuse.

Comme la plupart de ces enfants sont des lymphatiques, il est indiqué d'instituer en même temps un traitement général dont l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, une bonne alimentation formeront la base. — *Ibid.*

## BIBLIOGRAPHIE

### Vient de paraître

*Catéchisme de la Mère de famille*, manuel d'hygiène de la première enfance, par le Docteur G. DELCUEVE, de Mons. Un volume in-8°, avec 21 figures dans le texte. Cartonné à l'anglaise. Prix : 1 franc

Le Gouvernement Belge a compris la nécessité d'enrayer cette mortalité effrayante qui décime le jeune âge. Il a jugé que la cause principale de ce fléau était l'ignorance de la plupart des mères de famille, en tout ce qui concerne l'hygiène de la première enfance. Aussi a-t-il, l'an dernier, proposé une prime importante pour la rédaction d'un ouvrage destiné à enseigner aux mères la manière d'élever leurs enfants selon toutes les règles de l'hygiène. Cette prime a été accordée au "Catéchisme de la Mère de famille", par le Dr Deleuve. En même temps, le Jury de la Section d'hygiène de l'Exposition de Bruxelles 1897 décernait la Médaille d'or à l'auteur de ce travail.

Ces récompenses étaient d'ailleurs bien méritées, car ce petit ouvrage renferme mille détails bien mérités, car ce petit ouvrage renferme mille détails précieux sur tout ce qui concerne le nouveau-né : allaitement maternel, nourrices, stérilisation du lait ; vêtements de l'enfant ; soins et exercices corporels ; soins à donner au moment de la naissance, à l'époque de la dentition, en cas de maladies légères ou d'indispositions subites (convulsions, faux-croup), etc.

Ce livre sera donc lu avec intérêt par toute mère soucieuse de la santé de ses enfants. Il serait également à désirer de voir les sociétés de bienfaisance proposer cet ouvrage dans les familles de leurs protégés ; le Gouvernement adopter ce livre pour ses écoles ménagères et les différentes administrations communales délivrer cet opuscule aux parents qui viennent faire des déclarations de naissance.

Combien ne sauverait-on pas ainsi de ces chers Bébés voués à une mort certaine ou aux ravages du ricketisme et de la scrofule !

## FORMULAIRE

### Traitement des suppurations de l'oreille par l'acide picrique.

(LANOIX).

Analgésique et antiseptique, l'acide picrique serait surtout kératoplastique. Cette dernière propriété a conduit l'auteur à essayer ce médicament dans le traitement des suppurations de l'oreille où l'on cherche surtout à cautériser la muqueuse sécrétante de la caisse. Il en aurait tiré des bénéfices inespérés.

Il utilise soit la solution aqueuse saturée, soit la solution suivante :

Acide picrique.....	20 centigrammes.
Alcool à 90.....	3 grammes.
Eau distillée.....	20 —

Les solutions sont laissées pendant quelques minutes en contact avec le fond de l'oreille.

Le traitement entraîne une desquamation de la caisse et du conduit qui oblige à de fréquents lavages. Cette action de l'acide picrique le contre-indique quand il y a du cholestéatose.

### Albuminurie gravidique

(WRIGHT).

Sulfate de magnésie.....	60 grammes.
Acide tartrique.....	10 —
Teint. de cardamome composée...	8 —
Eau.....	42 —

Mélez. — A prendre trois cuillerées à dessert par jour, dans de l'eau chaude.

(L'Indépendance Méd.)



## TRAVAUX ORIGINAUX

### Quelques gynécologistes éminents d'Europe

A. LAPHORN SMITH, B. A., M. D., M. R. C. S., Angleterre,  
Montréal, Canada.

Cette lettre nous donnera une courte description de ce que j'ai vu à Leipzig et à Bruxelles, et terminera ma série de trois articles sur ce sujet.

SANGER, de Leipzig, est un homme d'environ 45 ans et comme tous les grands hommes que j'ai vus durant ce voyage c'est un travailleur étonnant. Bien qu'il soit professeur titulaire de l'Université il n'a aucun service à l'hôpital public, mais il m'invita à me rendre à son hôpital privé, No 24 Kœnig Strasse, où il a 25 lits et où il donne ses soins aux riches et aux pauvres. Il me dit n'y avoir eu aucun décès depuis sept mois et durant cette période il avait fait 220 opérations dont 70 laparotomies, tant vaginales qu'abdominales. Il attribue son succès à son aseptie très rigoureuse, lui et ses aides, ainsi que ses gardes-malades préparant leurs mains pendant 20 minutes avant l'opération. Depuis dix ans il s'est servi de sable ordinaire et de savon doux pour ses mains, puis d'alcool et de solution de sublimé. Il ne se sert que de soie préparée comme suit : 1° Elle est bouillie dans une solution de 1/100 de soda à laver pour la nettoyer, et ensuite dans la solution dite de Bergmann, soit 10 de sublimé pour 200 d'alcool et 800 d'eau. Elle est alors enroulée sur de petits morceaux de bois sur lesquels on marque sa grosseur, et on la garde dans l'alcool au sublimé. On rase toujours la malade le jour précédant l'opération, et on lui prépare la peau avec du savon et de l'eau, de l'éther, de l'alcool et du sublimé. La préparation de la malade prend trois-quarts d'heure. L'aide qui a charge des ligatures les brûle au lieu de les couper. La première opération fut l'enlèvement d'un fibrome de 4 livres par l'hystérectomie vaginale. Il l'enleva avec des pinces à morcellement très vite et attacha séparément chaque artère avec de la soie No 6. Il ne fait qu'un tour simple à son premier nœud. Son hémostase est parfaite et il suture jusqu'à ce que la plaie soit sèche.

Son mode de suturer la plaie abdominale est particulier : il passe son fil de soie enfilé sur deux aiguilles de dedans en dehors à chaque centimètre, y incluant toute l'épaisseur de la paroi abdominale et le fin bord de la peau. Avant de les serrer il met une autre rangée de sutures interrompues en soie No 3 afin de mettre exactement en contact les fascias et les muscles, et les y laisse d'une manière permanente. Entre les grandes sutures il en fait d'autres superficielles en soie à tous les demi-centimètres de sorte qu'elles sont très près les unes des autres.

La plaie est alors recouverte d'une légère bande de gaze iodiformée et par-dessus il place une grande bande d'emplâtre qu'il recouvre avec soin.

Le jour suivant il fit une opération précisément semblable. Il prend environ cent minutes à faire cette opération, c'est l'homme le plus soigneux que j'aie jamais vu. L'éther est l'anesthésique administré et l'inhalateur est un grand masque en fil de fer recouvert de caoutchouc qui recouvre complètement la face de telle façon qu'on n'administre ainsi qu'une quantité relativement petite d'éther.

Comme la malade n'avait que 26 ans il lui laisse un ovaire et la trompe correspondante dans la cavité du péritoine afin de prévenir chez elle ces orages nerveux d'une ménopause artificielle.

Le troisième jour, il enleva un sac hernial du canal inguinal gauche, lequel contenait un utérus rudimentaire, une tumeur de la trompe et de l'ovaire droite et une trompe gauche rudimentaire. C'était un cas très rare vu qu'il n'en existe que quelques-uns de rapportés. Le quatrième matin il pratiqua une implantation d'un uréter dans la vessie.

J'ai été bien heureux de voir cette opération vu que ce n'était que la troisième qui ait été faite en Allemagne, une par Wuetzel et une autre par un opérateur dont je ne me rappelle pas le nom, quoiqu'elle ait été faite plusieurs fois en Amérique, par Boldt, de New-York je crois. En ouvrant l'abdomen il trouva qu'elle avait les trompes fermées et qu'un ovaire contenait un gros kyste. Il enleva le kyste et laissa le reste de l'ovaire après avoir suturé avec soin les lambeaux avec des ligatures interrompues en soie fine.

Il ouvrit les trompes fermées en coupant les finibriae et en cousant la muqueuse au bord du péritoine de manière à faire un nouveau pavillon. La malade, qui était une jeune femme, avait eu un premier accouchement très dur durant lequel l'utérus et l'uréter furent déchirés, et après guérison, il est resté une fistule utéro-urétrale et ses urines coulaient constamment par le canal cervical. Sanger commença par couper l'uréter au niveau de l'utérus après avoir mis une ligature temporaire sur lui. Il sutura ensuite son ouverture dans l'utérus, après quoi il disséqua l'uréter de son origine au-delà de l'artère iliaque jusqu'à ce qu'il l'eut libéré à une distance de six pouces. Il ferma alors la grande ouverture dans le péritoine après quoi il coud l'uréter du sommet de la vessie où il le suture avec soin. J'ai depuis entendu dire que l'opération a été un succès parfait. J'ai été enchanté des magnifiques matinées passées avec Sanger et je n'hésite pas à le classer parmi les gynécologistes de premier rang de l'univers.

ZWEIFEL, de Leipzig, est le *gehernirath* ou le professeur en chef de gynécologie et il a un grand nombre de lits à l'hôpital public pour les femmes qui est une belle et grande bâtisse. Il a environ soixante-cinq ans. Je l'ai vu faire une opération très-difficile pour une fistule vésico-vaginale chez une femme qui avait subi une hystérectomie plusieurs années auparavant dans un autre hôpital. Comme le jour était sombre il se servit d'une très jolie lumière électrique frontale fournie par le courant destiné à l'éclairage des rues. Les gardes-malades font le rasage et le lavage dans la salle d'opération pendant que les aides se préparent. Comme la fistule était située très haut il eut la plus grande difficulté à aviver les bords et à passer les ligatures ; il s'aperçut alors qu'en avivant la fistule il était entré dans la cavité abdominale. De suite sans se lever de son siège il fit une incision abdominale de neuf pouces et au lieu de se servir de la position de Trendelenburg pour ôter de son chemin les intestins un aide sort les intestins de l'abdomen pour lui donner de l'espace libre, ce qu'il ne peut faire facilement toutefois.

Comme Leipzig est la ville de Trendelenburg j'ai été surpris de voir quelqu'un de Leipzig ouvrir l'abdomen et garder la malade dans la position horizontale. Il réussit finalement à fermer la fistule de telle façon qu'en distendant la vessie d'eau il ne s'en échappa ni

par le péritoine ni par le vagin. Il ferma l'incision abdominale par une rangée de catgut pour le péritoine, une deuxième pour le fascia et une troisième pour la peau avec une sorte de points de machine à coudre à l'aide de deux aiguilles, suture que je n'avais encore jamais vue et qui donne une très belle union de la peau. Son aide opéra ensuite une hernie ventrale qui était survenue à la suite d'une laparotomie. Comme il n'avait pas employé la position de Trendelenburg il eut de la difficulté à faire tenir les intestins en dedans. J'ai vu une opération très intéressante faite par l'assistant du Dr George Trendelenburg. C'était une colotomie pour cancer du rectum et de l'utérus; au lieu d'ouvrir le colon dans la région inguinale, il fait une incision médiane, près de l'épigastre, attire au dehors deux ou trois pouces du colon transverse et le coud là. Il fait ensuite une autre incision de deux ou trois pouces à gauche de la première, mais seulement à travers la peau, passe l'anse intestinale sous la peau, l'amène à la seconde incision et l'attache là avec soin. La première incision fut fermée avec soin et recouverte de collodion; après cela l'intestin fut ouvert à la seconde incision et la membrane muqueuse cousue à la peau, d'où les matières fécales s'échappent. Par cette ingénieuse invention de Winzel et de Van Hoekar, d'Innsbruck, on obtient un contrôle parfait d'un anus artificiel, simplement en comprimant avec une bande le colon à son passage sous la peau, et la malade peut avoir une ou deux évacuations par jour.

TRENDELEBURG, de Leipsic. Bien que n'étant pas gynécologue, après Lister, il a fait plus pour la chirurgie gynécologique qu'aucun autre homme vivant, et je lui ai fait une visite spécialement pour lui dire que nous pensons à lui et que nous le remercions chaque fois que nous faisons une hystérectomie abdominale ou quelque autre opération difficile de chirurgie pelvienne. Ceux qui n'ont jamais vu enlever deux mauvaises trompes en suppuration avant la découverte de Trendelenburg ne peuvent avoir une idée de la difficulté que rencontrait autrefois l'opérateur, ni du danger auquel la malade était exposée.

Comme l'opération était faite dans l'ombre les intestins étaient déchirés ou infectés sans que nous le sachions, ou quelques petites artères restaient donnant dans le péritoine pour être passées inaperçues. Maintenant tout cela est changé; les intestins sont hors du chemin et nous les couvrons de serviettes stérilisées et nous avons pour travailler un grand espace bien éclairé de sorte que nous ligaturons tout point qui donne jusqu'à ce que le péritoine soit parfaitement sec et net.

Comme je n'ai vu là aucune belle table il serait bien à propos pour les chirurgiens gynécologues de l'Amérique de lui présenter une table de Trendelenburg solide et en argent. J'ai assisté à une de ses cliniques à laquelle assistaient au delà d'une centaine d'étudiants et il était facile de voir combien il était aimé d'eux. C'est un homme dépassant la cinquantaine mais d'une apparence excessivement modeste, et comme il appelait des fournées d'étudiants à l'amphithéâtre pour examiner les malades qui y étaient amenés, il leur donnait à chacun les marcs qu'il avait gagnés.

JACOBS, de Bruxelles, bien qu'agé seulement de trente-cinq ans a atteint, grâce à son énorme industrie, une des positions les plus élevées en Europe. On me dit qu'il n'est pas attaché à l'Université, la position de professeur de Gynécologie étant occupée par un chi-

rurgien militaire; il n'a pas non plus de lits dans aucun hôpital public de Bruxelles; mais il a quarante-cinq lits à son hôpital privé qui est le plus beau que j'ai jamais vu, tant en Europe qu'en Amérique, son coût dépasse cent mille piastres. Les gardes-malades sont des Sœurs Catholiques. Il a ouvert l'abdomen par le vagin, le plus souvent pour hystérectomie, sept cent fois, avec un pourcentage de mortalités de moins de deux par cent et il a pratiqué au delà de cent hystérectomies abdominales pour ablation de l'utérus et des annexes avec une mortalité de moins de deux par cent.

Son mode de désinfection lui est tout personnel, le voici: 1° Il frictionne la malade avec du savon vert dissout dans l'alcool et rase lui-même. Si c'est une opération vaginale il se sert d'une éponge pour savonner le vagin. Le champ de l'opération est alors brossé avec parties égales de solutions saturées de carbonate d'ammonium et de biborate de soude. Il frictionne ensuite avec de l'alcool, puis avec deux pour cent de formaline. Le premier matin il fit une périnéorrhaphie, en prenant bien son temps, mais il la fit d'une manière magnifique, se servant de soie noire pour la plupart de ses sutures, trois seulement étant de erin de Florence. Les sutures ne sont qu'à un huitième de pouce de distance. Il recouvre ensuite la plaie de couches alternantes d'iodoforme et de collodion, de manière à la mettre à l'abri de l'air et de l'eau. Il obtient d'un chimiste de Bordeaux la soie toute stérilisée enroulée sur des tubes en verre et renfermée dans d'autres tubes fermés avec une bande de caoutchouc.

Cette maison de Bordeaux l'achète d'une maison de Philadelphie, laquelle l'achète d'une maison Anglaise qui l'obtient de Chine. Il a aussi la plus jolie salle d'opération que j'ai jamais vue, toutes les tables étant de cuivre poli et de verre épais (plate-glass). Le jour suivant il enleva l'utérus, les trompes et les ovaires par l'abdomen pour une pyosalpingite double, un kyste ovarien et une tumeur fibreuse. Une particularité dans sa méthode est de couper d'abord et de ne ligaturer que les vaisseaux qui se présentent à mesure qu'il avance, son objet étant de mettre quatre ou six ligatures au plus sur les artères isolées et non pas sur les nerfs. Et ceci me rappelle sa réponse à la question importante qui faisait le principal objet de ma visite à Bruxelles, "Pourquoi, lui demandai-je, avez-vous abandonné l'hystérectomie vaginale par morcellements, opération qui a eu un succès si étonnant entre vos mains?" "Parceque, dit-il, avec les longues pinces vous comprimez les nerfs et causez tant de souffrances à la femme pendant deux jours que ça lui prend deux semaines ensuite pour se remettre de cela, pendant que si vous ne ligaturez que les artères et si vous fermez le péritoine elle sera pratiquement bien le lendemain. Dans ce cas comme les trompes étaient adhérentes à toute la surface antérieure du rectum, il les détacha avec soin avec des ciseaux jusqu'à ce qu'il eut entièrement délivré les deux trompes aussi grosses que des saucisses. Il les enleva alors d'un seul coup avec l'utérus au niveau du col interne, cautérisa le canal cervical, et sutura ensemble les deux lambeaux du col. Le rectum dénudé est habilement recouvert du lambeau antérieur qu'il coud sur lui. Il a le plus petit nombre d'aides que j'ai vu; il s'en dispense d'un en se servant d'un spéculum abdominal ou d'un rétracteur à l'extrémité inférieure de l'incision, et celui-ci est fermement attiré en bas à l'aide d'une chaîne et d'un poids; il n'a pas d'écarteurs pour les côtés de l'incision. Pour fermer l'abdomen il se sert de sutures cachées

au crin de Florence fin pour le péritoine et le fascia, et du plus gros pour le tissu adipeux et la peau, et il dresse la plaie avec de la gaze sèche stérilisée ; mais ceci est recouvert entièrement d'emplâtre de diachylon, plusieurs couches, chaque bande passant pardessus l'autre. Il fut très minutieux et prit près de deux heures pour cette opération, se servant du chloroforme ; il nous dit qu'il ne considère une demi-heure de plus d'aucune conséquence comparé à l'importance d'une hémostase complète. Comme Sanger, il passe les sutures de la peau très près des bords de l'incision.

Le jour suivant il enleva un ovaire et une trompe d'une jeune femme, quoiqu'il me dit que son expérience en fait de chirurgie conservatrice était loin d'être satisfaisante. Dans les cas où il n'avait enlevé que la moitié d'un ovaire les malades avaient souffert pendant des années après en raison de la contraction cicatricielle survenue dans la partie laissée ; tandis que pour les cas chez qui il avait enlevé l'utérus pour des fibromes tout en laissant les ovaires, ces derniers s'étaient totalement atrophiés en moins de deux années. Bien plus il dit que depuis que nous avons à notre disposition l'extrait d'ovaires, nous n'avons plus rien à craindre de cette ménopause artificielle. A chaque femme à qui cela arrive il donne l'extrait d'ovaires de vaches tous les matins dans un verre de vin d'Oporto ce qui le rend de si bon goût qu'elles ne savent pas qu'elles en prennent. Il dit en avoir même guéri de la folie par ce moyen. Le jour suivant il a enlevé les trompes et les ovaires d'une femme dont le péritoine était recouvert de tubercules miliaires qu'il a vus, dit-il, plusieurs fois guérir par la laparotomie. Il permet à ses malades de manger de bon appétit la veille du jour de l'opération, mais non pour plusieurs jours après ; il ne craint pas la distension des intestins qu'il dit être toujours un signe de septicémie. Il ne donne jamais de strychnine mais amplement de morphine s'il y a de la douleur. Il pense que le chiffre élevé de la mortalité chez certains opérateurs célèbres est dû à ce qu'ils travaillent avec tant de hâte qu'une asepsie rigoureuse est impossible. Le lendemain il enleva un utérus cancéreux par l'abdomen se débarrassant d'abord des annexes et du corps de la matrice jusqu'au col interne. Il pousse alors le col en bas au milieu du bassin en y introduisant l'index gauche préalablement recouvert de gaze iodoformée, ce qui rend très facile l'ablation du col, vu qu'il n'a qu'à couper autour de son doigt avec lequel il peut en même temps s'assurer si le vagin est infiltré. Il sent aussi s'il y a quelques glandes infectées dans le ligament large et les enlève. Dans tout son travail, Jacobs est un artiste, maniant son bistouri comme un pinceau de peintre, tandis que dans ses travaux plastiques on croirait qu'il travaille au crayon. J'eus le plaisir de passer une soirée avec lui à sa résidence princière, 53 Boulevard Waterloo, remplie de rares œuvres d'art et j'ai été étonné de le voir s'asseoir à deux pianos et jouer à première vue des morceaux les plus difficiles de Wagner, pendant qu'un autre chantait.

Cette lettre clot la série de mes trois articles et j'espère que mes efforts pour faire comprendre le privilège inappréciable que j'ai eu de voir ces grands hommes à l'œuvre seront appréciés par ceux qui ne peuvent laisser et qui doivent se contenter de voir par les yeux des autres.

### Congres Dentaire (1)

LYON: 11-14 AOUT 1898.

#### *De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion*

M. le Dr E. SAUVEZ (de Paris). — Voici les conclusions de ce très intéressant rapport. — L'intervention complète est variable suivant les degrés de la phlegmasie. 1° Dans la première phase, fluxion œdémateuse simple, elle consiste à tenter la résolution de la fluxion et à pratiquer l'extraction ; dans la deuxième phase, fluxion phlegmoneuse, elle consiste à pratiquer l'extraction et à guider l'évolution de l'abcès pour l'amener à s'ouvrir dans la bouche ; dans la troisième phase, abcès, elle consiste à pratiquer l'extraction et à ouvrir l'abcès. 2° Dans la première période, le praticien tentera d'amener la résolution de la fluxion ; dans la seconde période, l'intervention dépend de l'intensité des phénomènes inflammatoires ; l'extraction suffira presque toujours pour arrêter la marche de la phlegmasie. Il sera toujours indiqué, que l'extraction soit faite ou non, de guider l'évolution de l'abcès par une thérapeutique appropriée. Dans la troisième période, on se souviendra que le mal est limité ; si l'abcès proémine dans la bouche, on l'incisera. Sauf le cas où l'abcès marche vers la peau, et dans lequel l'extraction s'impose, l'extraction est discutable et guidée par les symptômes locaux et généraux. 3° Dans les trois périodes, l'extraction est indiquée lorsque la dent est condamnée. 4° La tuberculose, la syphilis, le cancer, les fièvres éruptives, l'actinomycose, la scrofule, l'ostéomyélite commandent l'intervention complète. 5° Le diabète sucré, l'albuminurie, l'érysipèle, l'hémophilie, l'épilepsie contre-indiquent l'intervention complète. 6° La fièvre typhoïde, le typhus, les affections cardiaques et nerveuses donnent des indications variables. 7° La grossesse, la lactation et la menstruation donnent des indications variables. 8° Le choix de l'intervention dépend du siège de la dent, de son état, de la longueur de ses racines, de ses rapports anatomiques, etc. 9° Le choix de l'intervention dépend de considération esthétiques, physiologiques, et du milieu social. 10° L'extraction, quand elle est décidée, sera faite immédiatement. L'ouverture de l'abcès ne sera faite que lorsque le pus sera superficiel.

#### *Sur un cas d'ostéo-périostite généralisée du maxillaire inférieur. Enlèvement de nombreux séquestres ; conservation des dents. Guérison complète.*

M. ADNOT fils (de Marseille). — Il s'agit, dans ce cas très intéressant, d'une malade de 21 ans, observée par l'auteur le 21 juin 1898, et atteinte d'ostéo-périostite généralisée du maxillaire inférieur avec douleurs violentes au niveau de tout le maxillaire et irradiations dans les deux oreilles. Le traitement par une sangsue, au niveau du rebord gingival de la canine gauche inférieure, sur la face externe du maxillaire avec cataplasmes, ayant été institué par un médecin et n'ayant donné aucun résultat, l'auteur, consulté, institue immédiatement le traitement ordinaire : badigeonnages iodés, pointes de feu, lavages antiseptiques. Mais la maladie continue à évoluer. Les ganglions sous maxillaires et sus-hyoïdiens, déjà fortement congestionnés, suppurent et s'abcèdent, laissant des orifices de trajets fistuleux. Sur le rebord gingival s'ouvrent d'autres trajets fistuleux assez nombreux. La malade continua pendant plusieurs mois les lavages antiseptiques de la cavité buccale, lorsqu'en examinant avec la sonde les trajets fistuleux, l'auteur arriva sur diverses portions osseuses absolument dénudées. Il enleva d'abord divers petits séquestres limités au rebord gingival. Puis, constatant de nouveaux séquestres à la base et au niveau de l'angle de la mâchoire et des deux côtés, il pria M. le Dr Pantaloni de se charger de l'opération.

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 93 Boulevard Saint-Germain, Paris.

Celle-ci consista dans l'enlèvement des séquestres ; presque toute la face externe et la base du maxillaire étaient nécrosées de chaque côté ; de petites esquilles osseuses furent extraites par la voie buccale. Les suites de l'opération furent bonnes ; la cicatrisation se fit rapidement ; les trajets fistuleux se fermèrent, et les dents conservées se consolidèrent. Cette observation paraît démontrer que, malgré la perte d'une grande partie des parois alvéolaires, il ne faut pas se hâter de pratiquer l'extraction des dents compromises et qu'on peut toujours espérer, chez un sujet ayant une certaine vitalité des tissus, une consolidation complète.

#### *Le Chrysol en chirurgie et dans l'art dentaire*

M. OTT (de la maison Kœlliker, de Paris).— L'auteur fait une communication sur l'emploi du chrysol en chirurgie et dans l'art dentaire avec démonstration pratique à l'appui. Le chrysol est une solution pour la dorure sans pile des métaux. Son emploi a bien vite éveillé l'intérêt de MM. les médecins-chirurgiens, car ce moyen de dorer si simple et si rapide devient d'une grande importance pour eux, puisqu'il leur permet de remettre à neuf leurs instruments en quelques instants, mais en même temps de les désinfecter d'une manière complète, car les instruments dorés au chrysol présentent la sécurité des instruments en or ; l'or employé dans la fabrication de ce produit, et déposé par lui, étant au 1000/000e, par conséquent chimiquement pur.— Dans l'art dentaire, ce nouveau moyen de dorer les instruments présente également une très grande utilité. MM. les dentistes peuvent, sans piles ni installation spéciale, par une simple immersion de quelques secondes dans un bain de chrysol, dorer une foule de leurs instruments (daviers, porte-empreintes, tire-nerf, miroirs, excavateurs, lancettes, spatules, précelles, crampons (champs), sondes, etc.). L'emploi de la solution au chrysol, rendra également de bons services pour les appareils de redressements et pour les pièces de prothèse en métal, d'autant plus qu'il est facile de redonner une couche d'or, lorsque celle-ci sera usée ou détériorée. Cette dorure est très résistante. La beauté et la solidité du résultat obtenu, la facilité et la rapidité presque instantanée de l'opération font de cette dorure une récréation plutôt qu'un travail.

## REVUE DES JOURNAUX

### **Comment prévenir les gerçures du mamelon**

Par J. Milton MABBOTT, M. D., N.-Y.

C'est un signe favorable des temps que le retour à la mode pour une mère de nourrir son enfant. L'allaitement maternel était passé de mode, peut-on raisonnablement présumer, en partie à cause des souffrances endurées, surtout à la suite des gerçures du mamelon. La mère dans plusieurs cas souffrait pendant deux ou trois semaines jusqu'à ce qu'elle trouvât qu'après toutes ses souffrances elle avait perdu son lait, ou qu'il avait diminué en qualité comme conséquence naturelle de la neurasthénie toujours croissante dont elle souffrait. Dans d'autres cas ces gerçures amenaient directement une mammite, qui requérait une incision et de nombreux pansements, avec leurs chocs et leurs souffrances additionnels. La femme qui n'avait pas souffert elle-même ce martyre en entendait parler de quelqu'autre qui l'avait souffert, et y a-t-il rien d'étonnant si elle préférerait nourrir son bébé de toute autre façon, même en faisant courir quelque risque à ce dernier ?

Le traitement des gerçures du bout de sein est plus satisfaisant qu'autrefois. La prévention de la mammite, ou sa guérison sans suppuration quand elle est prise, à bonne heure, peut être si complètement atteinte de nos jours que certains praticiens se montrent insouciantes en égard aux mamelons antérieurement à l'allaitement.

Un de mes amis a lu dernièrement un travail sur le traitement des gerçures du mamelon et de la mammite basé sur une grande expérience, et durant la discussion il a exprimé l'opinion que le traitement préparatoire des mamelons était à peine nécessaire.

Mais une grande expérience dans ces affections du bout de sein parfait considérablement dans le sens contraire.

A quelles souffrances on eut pu échapper ! Dans combien de cas, on eut pu conserver la sécrétion du lait ! Combien de vies d'enfant, perdues en dernier ressort, auraient été épargnées !

De ce qui précède je ne veux pas laisser croire que j'ignore le fait que les bons auteurs et les journaux n'ont pas gardé le silence sur ce sujet. Je désire simplement insister sur son importance, et particulièrement présenter une méthode simple et efficace qui s'est montrée d'ordinaire heureuse dans ma pratique—je puis dire *extraordinairement* heureuse, parce que j'ai eu des résultats bien moins satisfaisants des autres méthodes.

La méthode est basée sur quelques suggestions que me fit il y a quelques années, le Dr E. L. Partridge. Elle est si efficace que récemment je ne me suis servi d'aucune autre méthode, et c'est à elle seule que je désire attirer votre attention. Je fais allusion à l'usage de lanoline et d'une brosse à ongle.

La lanoline, comme on le sait, est simplement le gras de la laine de mouton mêlé à un petit pourcentage d'eau. Elle est officinale sous le nom d'*alleps lanae hydrosus*, et est bien décrite dans la "*Materia Medica*, de Potter. L'article manufacturé par le procédé de Liebreich est la préparation prescrite d'ordinaire. Ma prescription ordinaire est la suivante :

R : Lanolin (Liebreich)..... Zj.

Conservez dans un bol en verre ou en porcelaine avec bouchon à vis.

Sig : Pour usage externe tous les soirs.

On prescrit à la malade de commencer son usage de quatre à six semaines avant la date probable de l'accouchement et de continuer jusqu'à la délivrance. Tous les soirs au moment de se mettre au lit la malade frictionne les mamelons d'une petite portion de lanoline avec le pouce et les doigts, prenant bien soin de frictionner dans les plis et les fissures, spécialement dans le cas de mamelons déprimés ou effacés. Ce procédé a l'effet de former le mamelon en partie en l'attirant au dehors et partie en causant l'érection et cela développe le mamelon et favorise l'allaitement. Je considère la lanoline supérieure aux autres substances dont on pourrait faire usage dans ce but en raison de ses qualités combinées d'adhésion et de pénétration, ce qu'accélère la nutrition de l'épiderme.

Toutefois l'objet le plus utile peut être de la lanoline s'associe à son effet moral en fournissant une substance à enlever le matin par une seconde opération encore plus importante.

La lanoline résiste à la saponification et demande un temps considérable pour être enlevée.

La brosse à ongle doit être douce et bien trempée. Une brosse rude au commencement aurait l'effet d'une lime. Il est à souhaiter d'éviter toute abrasion en tout temps. Si ce traitement donne du mal, c'est qu'il a été trop héroïque. Le mamelon devrait être brossé avec de l'eau tiède et du lait, du savon pur (préférentiellement du savon blanc) pour savonner pendant trois ou quatre minutes.

Il devrait être ensuite lavé à l'eau fraîche et séché, comme après un bain ordinaire. L'effet de ce traitement est d'enlever tout fragment d'épiderme qui s'exfolie, ainsi que des petites croûtes de sécrétion séchée qui pourraient s'être accumulées, et qui, à moins d'être enlevées, servent de protection à la surface du mamelon et le tiennent sensible et délicat.

Ce traitement expose la surface non-seulement à la friction de la brosse, mais à celle des doigts qui appliquent la lanoline, et encore plus au contact et au plus ou moins de frictions des vêtements durant le jour.

Tous ces agents combinés d'une manière si simple, développent la cuticule, le rendent ferme, élastique et résistant, et produisent un mamelon utile qui peut être presque garanti contre toute abrasion et sensibilité subséquentes. Aucune femme ne devrait considérer ce moyen trop onéreux en vue des souffrances et des dangers qui peuvent être évités par ce moyen.

(*New-York Medical Journal*).

(P. V. F)

#### L'heure du médicament

Emile Veer.

Si l'on veut bien se rendre compte des effets que peut produire l'ingestion dans l'estomac d'un médicament quelconque, il faut avant tout ne pas perdre de vue que l'estomac représente un réservoir à réaction acide, réagissant, sous l'influence d'irritations localisées, par des phénomènes douloureux, et n'entrant en activité physiologique que sous l'influence d'excitations plus importantes. Si donc on veut faire tolérer une substance irritante, il faudra éviter de donner cette substance sous un petit volume, car elle provoquera, en arrivant dans l'estomac, des phénomènes douloureux et des perturbations localisées. Si au contraire cette substance est donnée en état de dilution, ou si elle arrive dans un estomac en pleine activité digestive, on n'aura pas à craindre d'irritation localisée. Donc les médicaments irritants solubles seront donnés en état de dilution, les insolubles au moment du repas. Les liquides ne séjournant jamais longtemps dans l'estomac, les solutions préparées d'après ces données pourront être administrées à jeun sans inconvénient.

Il n'est du reste pas nécessaire qu'un médicament soit irritant pour provoquer, pris à jeun, des troubles gastriques : la forme du médicament peut avoir une influence nocive. Chaque praticien sait que l'ingestion de pilules à jeun provoquera fort souvent de la gastralgie, et s'abstiendra en général de les administrer à ce moment. Quand il s'agit, au contraire, de cachets, on prend moins de précautions. La vogue de ce mode d'administration médicamenteuse est si grande, les malades y sont tellement habitués, qu'on néglige la plupart du temps d'entrer dans quelques détails à ce sujet. Nous ne croyons pas exagérer en disant que l'article de Bricemoret a produit un certain étonnement, et cependant ses conclusions sont absolument conformes aux données physiologiques. Supposons un cachet ingéré, comme c'est presque toujours le cas, avec très peu d'eau ; au moment où il s'ouvrira dans l'estomac, la poudre qu'il contient se trouvera en contact avec un point localisé de la muqueuse et l'irritera plus ou moins fortement. S'il s'agit de salicylate de soude, par exemple, ce contact peut même arriver à produire une ulcération de la muqueuse. Il faut donc, quand on veut faire tolérer à l'estomac vide un cachet médicamenteux, administrer ce dernier dans une grande quantité de véhicule. Il va sans dire que si l'on donne le cachet pendant le repas ou au début de la digestion, cette précaution n'est plus si nécessaire. Le médicament se mélange en effet intimement au bol alimentaire, se divise à l'infini et ne peut plus exercer d'action irritante localisée.

On n'oubliera pas, à propos de la quantité de véhicule à ingérer, que la femme est en général rebelle à toute ingestion copieuse de liquide. Les raisons qui la guident, si elles ne sont pas d'ordre purement médical, méritent toutefois d'être rappelées. Dans l'état actuel de la Société, la femme ne peut facilement satisfaire au besoin d'uriner ; le nombre des mictions est forcément réduit à un minimum et elle redoute toute cause de suractivité des fonctions urinaires. La préoccupation de concerver sa taille la crainte du météorisme la pousse en outre à ne pas tenir un compte trop rigoureux des prescriptions médicales tendant à augmenter la quantité de liquide qu'elle a l'habitude d'absorber.

L'heure du médicament variera aussi, suivant que l'on désire

une absorption plus ou moins active. Les liquides ingérés à jeun sont absorbés très rapidement, à condition qu'ils ne séjournent pas trop longtemps dans l'estomac ; les solutions à prescrire à jeun seront donc toujours diluées, pour que l'estomac les garde le moins longtemps possible.

Il est certain que l'on arrive exceptionnellement à faire tolérer par l'estomac à jeun des solutions concentrées, mais une médication prolongée ne saurait être instituée dans ces conditions : les solutions concentrées ne pourront donc être prescrites qu'au moment du repas.

Les phénomènes digestifs qui ont pour siège l'estomac exercent ils une action modificatrice sur le médicament ? Cette action n'est guère probable, en dehors de quelques cas particuliers, tels, par exemple, que la neutralisation de substances alcalines par l'acidité stomacale.

L'influence du médicament sur la digestion stomacale est, au contraire, fort importante à considérer. Certains médicaments interrompent, quand on les donne à hautes doses entièrement le travail digestif. Citons parmi eux le chloroforme, les naphthols, la saccharine ; pour cette dernière, cette action constitue le plus grand obstacle à son emploi chez les diabétiques. On doit d'autant plus se méfier de la saccharine que son influence dépressive sur la nutrition rappelle un phénomène qui s'observe fréquemment chez le diabétique : on a donc une tendance à attribuer à l'évolution du diabète des troubles nutritifs que la saccharine peut avoir causés.

Les médicaments de ce groupe ne seront donnés qu'en petites quantités à la fois, et à un moment où la digestion stomacale, déjà avancée, ne pourra plus être facilement enrayée.

D'autres substances provoqueront, à leur arrivée dans l'estomac, un état pathologique de la muqueuse et enrayent ainsi la digestion. Nous citerons à cet égard les sels métalliques, les iodures, les bromures, qui retardent par ce mécanisme le travail digestif, et favorisent les fermentations secondaires anormales. On ne donnera ces médicaments que très dilués, surtout quand il s'agit de les administrer à jeun ou trois ou quatre heures après le repas du soir. Il est d'observation courante que les bromures, donnés au moment où le malade se couche, provoquent de la fétidité de l'haleine si on ne les fait pas ingérer dans une grande quantité d'eau. On sait d'autre part que Féré, en prescrivant des antiseptiques intestinaux parvient à faire prendre à ses épileptiques des doses considérables de bromure sans s'exposer aux accidents du bromisme.

Pour les iodures, quand il s'agit d'obtenir un effet maximum, on aura avantage à les donner à jeun chez les malades qui les supportent facilement. Les acides du suc gastrique, les amylacés que contient le bol alimentaire peuvent en effet affaiblir ou modifier l'action thérapeutique des iodures. Si l'on a affaire au contraire à des patients exposés aux accidents d'iodisme, on donnera les iodures au milieu du repas.

Les sels hydrargyriques constituent tous, à l'exception du calomel, des irritants pour la muqueuse gastrique : on les prescrira donc en pilules à prendre au moment du repas ou en solutions très diluées : sous cette dernière forme, on pourra les donner à jeun ou le soir sans inconvénient. Pour le calomel, il occupe une place à part, depuis le jour où Mialhe lui attribua la faculté de se transformer en sublimé dans l'organisme, en présence du chlorure de sodium. La discussion qui s'est élevée à ce sujet : la transformation intra-organique du calomel en sublimé, n'existe pas et n'a jamais pu être démontrée.

Il arrive constamment qu'en ne tenant pas compte de l'irritation provoquée sur la muqueuse stomacale par des substances plus ou moins toxiques, on commet des erreurs de thérapeutique qu'il serait facile d'éviter. Les parents, par exemple, donneront sans hésiter à un enfant un verre de vin de quinquina au commencement du repas, alors qu'ils n'oseraient jamais faire ingérer à ce moment



à leur progéniture un verre de malaga ou de madère. L'irritation provoquée par l'arrivée du liquide alcoolique reste pourtant la même dans les deux cas : l'addition du quinquina n'a pas pour effet de la diminuer. L'excitabilité morbide qui représente un des premiers symptômes de l'alcoolisme est prise pour l'action tonique que le quinquina doit produire, et l'on continue dans cette voie jusqu'au moment où une gastrite alcoolique marquée nécessite l'interruption de la médication. Il faudra donc tenir la main à ce que le vin de quinquina et tous les vins similaires soient donnés à la fin du repas.

Les amers devront être pris au moment de se mettre à table : il est contre-indiqué de les donner une demi-heure avant le repas, car ils peuvent, s'ils sont en solution trop concentrée, irriter la muqueuse stomacale. Leur action excito-motrice a tout le temps de s'exercer au cours de l'acte digestif.

L'huile de foie de morue est souvent, bien à tort, administrée avant de se mettre à table ; or, il est pour le moins inutile de recourir d'une écouche d'huile extrêmement étendue une muqueuse à laquelle on va demander un travail d'absorption souvent déjà compromis par l'état de débilité du patient.

(Rev. de tub.)

#### Traitement de l'anémie pernicieuse de la puerpéralité.

L'anémie pernicieuse peut se développer au cours de la puerpéralité, aussi bien pendant la grossesse que pendant les suites de couches ou au cours de la lactation. Pour la guérir, il ne faut compter ni sur le fer, ni sur le phosphore de zinc, ni sur les injections hypodermiques de quinine. Le seul médicament qui ait donné quelques résultats, c'est l'arsenic.

L'arsenic peut être administré de trois façons différentes : par les voies gastrique, sous-cutanée et rectale.

La voie gastrique est celle qui est adoptée communément ; mais ce traitement ne peut être continué longtemps sans provoquer de l'ardeur épigastrique, du dégoût, de l'anorexie, si bien qu'il est impossible d'arriver aux doses élevées nécessaires dans l'anémie pernicieuse. Les injections sous-cutanées déterminent des accidents locaux (cuison, douleurs, impotence passagère du membre), quelle que soit la préparation employée et malgré toutes les précautions d'asepsie possibles.

Pour toutes ces raisons, M. Vinay (Lyon) a recours, pour administrer l'arsenic, à la voie rectale. Pour éviter l'intolérance rectale, il faut avoir la précaution d'injecter dans le rectum, chaque fois, de petites doses. On se sert donc, pour ces injections, du mélange suivant :

Eau distillée..... 53 grammes.  
Liquueur de Fowler ..... 4 —

On injecte 5 grammes de ce mélange, matin et soir, en commençant ; puis, au bout de quatre jours de traitement, on donne trois lavements par jour (chacun de 5 grammes du mélange), le matin, à midi et le soir. Dans ce dernier cas, on fait absorber par la muqueuse rectale 1 gramme de liqueur de Fowler, soit 1 centigramme d'acide arsénieux : cette dose est suffisante pour obtenir un résultat thérapeutique.

Mais, dans les cas particulièrement graves, on peut augmenter encore la quantité de la liqueur arsenicale et se servir de la solution suivante :

Eau distillée ..... 45 grammes.  
Liquueur de Fowler ..... 5 —

On élève ainsi la dose d'acide arsénieux à 15 milligrammes par jour pour les trois lavements.

Conjointement avec le traitement médical, on veillera scrupuleusement sur le régime, bien que l'alimentation de ces malades ne soit pas toujours facile. Les aliments les mieux supportés sont les œufs à la coque, les œufs pochés dans du bouillon, les potages au lait, le

lait, le café, le thé de bœuf, le képhir, le champagne frappé, les viandes râpées. On peut utiliser aussi l'oxygène en inhalations, à la dose de 15 litres avant le repas.

(La Presse méd.)

#### L'alcool chez les enfants

M. COMBY.

L'alcool est un mal pour l'enfant sain. Quant à l'enfant malade voir les indications et contre-indications de l'alcool.

Il est indiqué chez les enfants, dans les maladies aiguës fébriles quand elles s'accompagnent d'adynamie profonde, de tendance au collapsus cardiaque, de dépression nerveuse ; il pourra donc trouver place, à l'occasion, dans la thérapeutique de la pneumonie, de la broncho-pneumonie, de l'érysipèle, des fièvres éruptives, de la coqueluche, de la gangrène pulmonaire, du noma, de la tuberculose, de la péritonite aiguë avec vomissements, etc.

Il est contre-indiqué d'une façon générale dans les maladies chroniques où son usage prolongé pourrait être plus nuisible qu'utile.

L'alcool est formellement contre-indiqué dans les maladies du système nerveux, les méningites, les encéphalites, les convulsions, l'épilepsie, la chorée, la tétanie, l'excitabilité cérébrale ; les enfants nerveux doivent être absolument privés d'alcool.

Il est contre-indiqué non moins formellement dans les néphrites aiguës et chroniques et dans toutes variétés d'albuminurie. Il est contre-indiqué dans la dyspepsie chronique, la dilatation de l'estomac, l'entérococolite, la dysenterie aiguë, les maladies du foie.

Il est contre-indiqué encore dans le rhumatisme articulaire aigu et les diverses manifestations de l'arthritisme, dans les dermatoses vésiculeuses, pustuleuses, ou papuleuses, dans les endo et péri-cardites aiguës. Cependant la myocardite aiguë des fièvres, et le collapsus cardiaque, quelle qu'en soit l'origine, comportent l'usage momentané de l'alcool.

L'alcool est enfin contre-indiqué dans tous ces états de faiblesse, de langueur, d'anémie, si communs chez les enfants qui grandissent ; chez eux, les parents n'ont que trop de tendance à user et à abuser des préparations alcooliques.

Pour éviter l'action irritante locale, il faut le prescrire toujours dilué dans l'eau sucrée, dans un sirop, dans une potion quelconque dans du lait, etc. Non seulement l'eau-de-vie, le rhum, mais encore le vin rouge, le vin blanc, le champagne, doivent être largement étendus ; jamais de *vin pur* aux enfants.

On prescrit par exemple :

1° Julep gommeux.....	120 grammes.
Cognac ou rhum.....	20 —
Par cuillerée à café d'heure en heure.	
2° Eau distillée.....	100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.....	10 —
Grenache, Malaga, Porto.....	50 —
Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.	
3° Eau-de-vie vieille.....	30 grammes.
Sirop de quinquina.....	20 —
Eau distillée.....	100 —
4° Vin de quinquina.....	40 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères..	20 —
Eau distillée.....	80 —
5° Extrait de quinquina.....	2 grammes.
Sirop simple.....	20 —
Xérés.....	40 —
Eau distillée.....	80 —

Ces formules peuvent être variées à l'infini en s'inspirant de l'âge de l'enfant, de la gravité de son état, de ses goûts particuliers, etc., etc. La dose d'alcool peut être portée assez haut sans tomber



dans les exagérations de Todd. On peut donner l'équivalent de 20, 30, 40, 50 grammes d'eau-de-vie par jour, dans les cas graves, aux enfants de 2, 3, 4, 5 ans, à la condition de ne pas prolonger plus d'une semaine l'administration de ce médicament. Donc on prescrira 10 grammes d'eau-de-vie par jour et par année d'âge, quand la médication alcoolique sera franchement indiquée, sans faire courir aucun risque d'intoxication à l'enfant. Et cet enfant réagira d'autant plus vivement à l'excitation alcoolique qu'il sera plus jeune et plus étranger aux boissons fermentées.

(Médecine Moderne).

**Traitement médical des fibromes de l'utérus**

Par L. TOUYENAIN.

Le fibrome utérin est une affection qu'on observe très communément, et tout praticien, sans être spécialiste, en rencontre d'assez nombreux cas dans sa clientèle. Certaines femmes, atteintes de fibrome de l'utérus, n'en souffrent absolument pas et n'en éprouvent même aucune gêne; aussi ne consultent-elles pas pour cette affection et ce n'est qu'accidentellement ou à l'occasion d'un palper abdominal que le médecin découvre la tumeur; ces sortes de fibromes méritent le nom de fibromes indifférents qu'on leur a donné, puisqu'ils ne se révèlent par aucun symptôme.

C'est ainsi que je suis depuis 5 ans une de mes clientes, âgée de 45 ans, dont l'utérus fibromateux remonte à quatre travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne; la première fois que j'ai eu l'occasion de voir cette dame, elle m'a déclaré qu'elle ne venait me consulter que pour savoir ce que pouvait bien être "une grosseur qu'elle sentait avec la main à travers la paroi abdominale". Elle avait découvert cette "grosseur" par hasard une quinzaine de jours auparavant en faisant sa toilette. Depuis quand existait-elle? C'est ce qu'il est impossible de savoir. Toujours est-il qu'au moment où je vis cette malade, son utérus nettement fibromateux était augmenté de volume au point, je le répète, de dépasser de quatre travers de doigt la symphyse pubienne. A l'hystéromètre, la cavité utérine mesurait 10 centimètres.

Or, la malade n'éprouvait aucun phénomène douloureux; ses règles étaient parfaitement régulières et normales comme durée et quantité. On ne constatait pas trace du moindre écoulement leucorrhéique. Depuis 5 ans, les choses n'ont pas varié. Je revois cette dame tous les 3 mois environ et tel était son état il y a 5 ans, tel il est encore aujourd'hui.

Voilà un cas remarquable de fibrome indifférent.

Mais le plus souvent un fibrome de l'utérus se manifeste soit par des douleurs plus ou moins vives, soit par des hémorrhagies, quelquefois par ces deux symptômes concurremment.

Supposons donc le diagnostic de fibrome utérin posé. Quelle est la conduite que doit tenir le médecin? Quels conseils convient-il de donner à la malade?

Étant donnée la marche des tumeurs fibreuses qui, presque toujours, augmentent de volume peu à peu jusqu'à atteindre des dimensions vraiment énormes, la meilleure thérapeutique, car c'est la seule radicale, à leur opposer consiste en l'ablation.

On conseillera donc l'hystérectomie totale, soit vaginale, soit abdominale, suivant le volume de la tumeur. Cette intervention est la seule qui donne réellement satisfaction au médecin et à la malade, car le résultat obtenu est parfait et le bénéfice qu'en retire l'opéré est considérable.

Mais admettons que l'opération soit refusée par la malade ou bien que le médecin hésite à la proposer pour une raison ou pour une autre. Doit-on abandonner la malade à son malheureux sort et se croiser les bras? Non, il faut chercher à s'opposer à la marche progressive de la tumeur et nous pensons qu'on doit essayer l'action de l'électricité. Si cette dernière ne peut être appliquée, ce qui est

le cas de beaucoup de médecins qui ne possèdent naturellement pas l'outillage nécessaire, il ne faut encore pas se contenter de faire le diagnostic, il faut instituer un traitement et voici, à notre avis, ce qu'il doit être.

*Traitement local.*—Il consiste en douches vaginales, en bains de siège et en pansements décongestionnants.

A. Les injections seront prises avec de l'eau à la température de 42° à 45° et dans la position horizontale; elles doivent être abondantes (2 litres au minimum) et l'eau doit s'écouler lentement, afin que chaque injection dure de 5 à 10 minutes environ.

B. Des bains de siège sont très recommandables et les malades en éprouvent un grand soulagement. Ils seront pris quotidiennement et leur durée sera de 15 à 20 minutes. L'eau sera additionnée de sel gris de cuisine ou mieux de sel de Salies-de-Béarn. La température de l'eau, qui doit être au début de 30° à 35°, sera successivement élevée, pendant que la malade est dans le bain-de-siège, par l'addition d'eau bouillante et la chaleur sera portée aussi haut que la malade pourra supporter.

C. On se trouvera bien de pratiquer 1 ou 2 fois par semaine des pansements décongestionnants; l'ichthyol est le meilleur agent à employer dans ce but; on l'incorpore dans la glycérine à raison de 5 à 10 grammes p. 100; et on introduit jusque dans les culs-de-sac vaginaux un ou deux tampons d'ouate bien imbibée de cette glycérine ichthyolée. Ces tampons sont laissés en place 24 heures au moins et provoquent un abondant écoulement dont il est utile de prévenir la femme, véritable saignée blanche dont les effets sont ordinairement salutaires.

*Traitement général.*— Dans le traitement médicamenteux des fibromes utérins, l'arsenic joue un rôle assez important. On le donnera sous forme de liqueur de Fowler en commençant par 2 gouttes par jour et augmentant progressivement jusqu'à 10 gouttes, soit 5 avant le déjeuner et 5 avant le dîner.

Contre les douleurs, souvent si intenses qu'éprouvent les malades atteintes de tumeurs fibreuses, on emploiera les sédatifs usuels: soit les bromures qu'on peut associer par exemple de la façon suivante :

Bromure de sodium.....	} à 5 grammes.
Bromure d'ammonium.....	
Bromure de strontium.....	
Eau distillée.....	250 —

Deux ou 3 cuillerées à soupe par jour.

Soit le chloral, à la dose de 2 grammes, sous forme de lavement de préférence; soit l'opium sous forme de suppositoires; soit encore la teinture de chanvre indien à la dose de X gouttes par jour, cette dernière de préférence au moment des règles.

Si l'on s'agit de combattre des hémorrhagies utérines, comme cela s'observe fréquemment, on ordonnera le repos au lit et on aura recours au tamponnement en cas de nécessité. On prescrira en outre l'hydrastis canadensis, qui est un bon astringent et un bon hémostatique; il agit comme vaso-constricteur des vaisseaux utérins. On l'administrera sous forme d'extrait fluide, à la dose de 40 à 100 gouttes prises en 4 fois, ou bien encore associé à l'ergotine de la façon suivante :

Extrait sec d'hydrastis canadensis.....	} à 0 gramme 05
Ergotine.....	

pour une pilule.— 2 à 4 par jour.

Contre la constipation si fréquente chez ces malades, on ordonnera toute la gamme de laxatifs ordinaires, en ayant soin de les varier; il est indispensable, en effet, d'obtenir une garde robe quotidienne, c'est une recommandation fort utile à faire et sur laquelle il ne faut pas craindre d'insister.

(Revue intern. de méd.)

### Du diagnostic de la rubéole

Le diagnostic de la rubéole demande à être fait de bonne heure, en raison des mesures hygiéniques spéciales qui doivent être prises, s'il s'agit de scarlatine ou de rougeole. En cas d'épidémie de rubéole le diagnostic n'est pas difficile, mais s'il s'agit d'un cas isolé on peut être embarrassé. Il est nécessaire de se rappeler que dans la rubéole les phénomènes catarrhaux n'apparaissent jamais avant l'éruption; et que les petits malades présentent des engorgements ganglionnaires qui apparaissent quelquefois avant l'éruption et persistent encore pendant la convalescence.

En partant de ces données M. Ausset, professeur agrégé à Lille, a résumé ainsi le diagnostic différentiel entre la rubéole et la rougeole. Dans la rubéole l'éruption débute brusquement et envahit très rapidement tout le tégument externe; les taches sont plus grandes, moins déchiquetées; le catarrhe des muqueuses est généralement assez peu marqué, la fièvre est légère; enfin la présence d'adénopathies sous-maxillaires, retro-auriculaires ou même généralisées viendra lever tous les doutes.

La scarlatine se distingue de la rubéole par la violence de son début, car habituellement les phénomènes généraux sont très intenses au début de cette maladie; de même l'angine y est très accentuée, le gonflement parfois très considérable, et en tous cas toujours très douloureux; il n'y a pas de catarrhe des muqueuses, l'éruption est diffuse, généralisée, granitée, sans palpules et ne laissant pas de pigmentation de la peau. La desquamation se fait par de grands lambeaux cutanés.

(Nord Médical)

### De la valeur du signe de Kernig dans le diagnostic des méningites (1)

M. NETTER attire l'attention sur un signe très précieux pour le diagnostic des méningites, le signe de Kernig.

Indiqué en 1882 par le médecin de Saint Pétersbourg, contrôlé par Hensch, Bull, Blämm, Friis, le signe de Kernig a passé inaperçu pour le plus grand nombre des médecins.

La recherche est des plus aisées. Examinant le malade dans le décubitus dorsal, on s'assure que les membres inférieurs sont relâchés, et qu'il est fort aisé d'amener le genou dans une extension complète. On maintient alors le malade assis, et, dans cette position, il fléchit plus ou moins les genoux. Ceux-ci, malgré tous les efforts, ne peuvent être étendus complètement. La contraction des muscles fléchisseurs s'y oppose, et il reste un angle qui peut être de 90° dans les cas très accentués, et qui n'est jamais supérieur à 132° ou 140°. L'extension complète redevient aisée dès que l'on incline de nouveau le tronc du malade en arrière.

On a vainement tenté jusqu'ici de donner une explication tout à fait satisfaisante de la pathogénie de ce phénomène.

Dans tous les cas, ce qui importe, c'est d'en préciser la valeur, qui est considérable.

Sur 46 méningites de toute nature, étudiées par M. Netter à ce point de vue, il n'a manqué que 5 fois. Il se trouve donc présent dans 90 cas sur 100.

On ne l'observe pas en dehors des méningites. M. Netter l'a toujours vu manquer dans des cas nombreux de fièvre typhoïde, de pneumonie, de rhumatisme articulaire aigu, de chorée, d'affections centrales chez les enfants, d'érythèmes noueux, etc.

La constatation du signe de Kernig permet d'affirmer le diagnostic de méningite, lorsque les symptômes de méningite ne sont pas tous présents, et de porter le diagnostic de méningite fruste, là où on le trouve presque seul.

Les 2 cas suivants semblent très démonstratifs en faveur de notre opinion.

Dans le premier, il s'agissait d'une fièvre typhoïde des plus nettes, avec existence du signe de Kernig. Le malade succomba à une perforation, et l'on reconnut parfaitement l'existence d'une méningite causée par le staphylococcus aureus, en même temps que les lésions de la fièvre typhoïde.

Un 2e malade présentait le signe de Kernig avec des symptômes peu prononcés de méningite. La ponction lombaire fut tentée et ne ramena pas de liquide. Après une rémission qui dura 10 jours, la fièvre reparut, et l'on constata, en arrière du sacrum, le développement d'une collection fluctuante qui fut incisée et dont le pus contenait le méningocoque. Celui-ci avait certainement fusé du canal rachidien en suivant le trajet créé par l'aiguille. Il y avait donc eu méningite.

Le signe de Kernig appartient à toutes les variétés de méningite aussi bien à la méningite tuberculeuse et aux méningites secondaires qu'à la méningite cérébro-spinale. M. Netter ne l'a pas recherché personnellement dans les méningites chroniques, où il a déjà été signalé, dès 1882, par Kernig.

(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

## FORMULAIRE

### Pyélite (ROBIN)

Frictions sur les reins avec :

Teinture de quinquina.....	} à 100 grammes.
Baume de Fioravanti.....	
Alcool camphré.....	
Menthol.....	2 —
Essence de girofles.....	1 —
Teinture de noix vomique.....	25 —

Régime lacté autant que possible. Si impossible, poisson blanc, viande blanche, purée de légumes, œufs, fruits cuits.

A l'intérieur : balsamiques, benzoate de soude.

Potion avec :

Hydrolat de tilleul.....	120 grammes.
Benzoate de soude.....	1 à 4 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 —

Si phénomènes douloureux :

Térébenthine de Venise.....	6 grammes.
Camphre en poudre.....	6 —
Extrait thébaïque.....	25 centigr.
— ale. de rac. aconit.....	20 —

Pour soixante pilules. Trois pilules par jour.

Si coliques :

Suppositoires calmants et frictions avec le liniment suivant :

Baume tranquille.....	40 grammes.
Chloroforme.....	15 —
Extrait thébaïque.....	2 —
— de jusquiame.....	2 —
— de belladone.....	2 —

Si pyélo-cystite :

Lavages de la vessie avec une solution à 1/200 de silicate de soude.

Si hématurie :

Potion avec :

Ergotine Bonjean.....	4 grammes.
Acide gallique.....	50 centigr.
Sirop de térébenthine.....	30 grammes.
Hydrolat de tilleul.....	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

(L'Indépendance Médicale)

### Topique contre l'urticaire (GAUCHER)

Alcool.....	} à 30 grammes.
Chloroforme.....	
Ether sulfurique.....	
Menthol.....	10 —

A employer en pulvérisations sur les plaques.

(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

(1) Société méd. des Hôp.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Le médecin à la campagne

(Communication faite à l'Université Laval, le 23 juin, par le docteur J. G. PARDAIS, de Montmagny)

Pour répondre à l'invitation de votre galant secrétaire et pour me rendre aux instances de mon ami le docteur Boulanger, propriétaire de *La Revue Médicale*, je viens, ce soir, vous parler du médecin de campagne.

Le médecin de campagne est un personnage excessivement intéressant que vous, Messieurs les médecins de la ville, ne connaissez pas assez et que, par conséquent, vous ne pouvez apprécier à sa juste valeur. C'est pour vous le présenter que je me présente moi-même devant vous. Je vous offre donc mon modeste travail, comptant sur votre indulgence de confrère, pour payer ma bienvenue dans votre belle société.

Je vous parlerai de la mission du médecin à la campagne, du rôle important qui lui est dévolu au milieu de nos bonnes populations rurales, de son immense responsabilité, de ses déboires et de ses consolations.

La mission du médecin de campagne est aussi grande que difficile. Placé en évidence au milieu d'une population qui l'observe, il devra surveiller ses actions et ses paroles, et s'efforcer de ne donner que de bons exemples. Réduit à n'avoir pour conseiller en face de ses malades que sa science, sa prudence et son tact médical, il doit donc, plus qu'un médecin des villes, posséder à un très haut degré toutes les qualités du bon citoyen et du docteur vraiment digne de ce nom.

Le jeune homme qui arrive dans une paroisse éloignée de la ville, dans une de ces paroisses où la population bonne, confiante ne demande qu'à se livrer entièrement à quiconque lui inspire confiance et respect, devra faire en sorte de conquérir cette confiance et ce respect. Et il y parviendra facilement en traitant ces braves gens avec humanité et politesse; et avec une dignité sans hauteur, avec une certaine fierté qui ne dépasse pas les limites tracées par une bonne éducation, et qui exclut toute familiarité; il devra se mêler à la foule mais ne pas entretenir de commerce trop intime avec elle. Quatorze années d'expérience m'ont surabondamment prouvé qu'un médecin peut faire, au milieu des braves gens avec qui il vit, beaucoup de bien et beaucoup de mal, selon qu'il est lui-même un bon ou un mauvais citoyen.

Les populations de nos campagnes sont bonnes et intelligentes, et nos familles canadiennes possèdent encore, au moins la grande majorité, les belles qualités que leur ont léguées nos ancêtres, ce peuple de gentilshommes, comme les appelait un gouverneur anglais.

Dans ces paroisses reculées, les deux personnages les plus influents sont le curé d'abord et le docteur ensuite. Ces deux hommes doivent donc absolument s'entendre et mettre en commun leur sacerdoce pour le plus grand bien, le curé, de ses ouailles, et le médecin, non seulement de ses patients, mais de toute la population au milieu de laquelle il vit; après le rôle élevé du prêtre il n'est pas de mission plus noble que celle du médecin.

Confident des misères corporelles de ses patients, il est aussi l'homme à qui l'on confie le plus volontiers ses peines, ses troubles et ces mille tracasseries qui s'élèvent trop souvent au sein même des meilleures familles. Ses conseils, ses exhortations doivent donc être marquées au coin de la plus grande sagesse et la plus extrême prudence. Il faut bien se pénétrer de cette idée, le médecin, pour être à la hauteur de la belle mission que Dieu lui a dévolue, doit être non seulement un homme savant et éclairé dans la science médicale, mais il doit être, en même temps, un homme à l'esprit droit, au cœur noble et à l'âme élevée. Par sa position toute particulière vis-à-vis les gens qui le fréquentent, par les rapports intimes qu'il entretient avec ses patients, il est plus en état que quiconque de faire du bien, non seulement à ceux qui souffrent physiquement mais, encore et surtout, à tous ceux qui ont besoin de bons conseils et de consolations.

Vous me direz peut-être, mais laissez donc ce rôle de moralisateur à celui qui en est spécialement chargé, au curé de la paroisse. Messieurs et chers confrères, le curé de la paroisse prêche du haut de la chaire et dans l'intimité du confessionnal. Laissons-le donc là où il doit être, et il restera encore pour le médecin et le prêtre, un champ est assez vaste pour que l'un et l'autre puissent travailler sans se nuire.

Voilà comment je considère le rôle du médecin au point de vue social, au milieu de nos populations catholiques et françaises de la Province de Québec. Le médecin de campagne doit-il se mêler au mouvement des affaires municipales et des choses politiques? Je ne le crois pas. Dans l'intérêt de sa tranquillité d'abord, et ensuite il perdra de son prestige comme médecin, ce qu'il gagnerait en influence auprès des meneurs et des fortes têtes de sa paroisse. Le jeune médecin surtout devrait être prudent sous ce rapport, et laisser aux *Esculapes* dont la vocation politique est plus prononcée que la vocation médicale, cette chose détestable et ingrate qu'on appelle faire de la politique. Il est bien permis, par exemple, d'éclairer de ses lumières, de ses conseils, ceux qui lui feront l'honneur de consulter; mais il devra le faire avec prudence, et seulement avec les personnes qui le consultent de bonne foi, et non dans le but de savoir si le docteur *Un tel* est rouge ou bleu, libéral ou conservateur. Le plus sage est celui qui est assez maître de lui-même pour se tenir en dehors de cette contagion néfaste qu'on appelle esprit de parti.

Le médecin devrait employer son influence et ses talents pour engager ses compatriotes à rompre à jamais avec cette détestable manie, cette ridicule maladie, la politiquerie, qui sème tant de discorde et de divisions parmi nous.

Auprès de ses malades, la position du médecin de campagne est de beaucoup plus difficile que celle du médecin de la ville. Livré à ses propres forces, abandonné à ses seules ressources, en face des multiples manifestations des souffrances humaines, il n'a pas comme ce dernier, l'inappréciable avantage de recourir aux lumières de confrères plus âgés que lui, et plus expérimentés dans l'art de guérir. Il devra donc, par tous les moyens possibles, nourrir son esprit de toutes les connaissances, en travaillant arduement tous les jours dans les revers médicales, auteurs reconnus sur les différentes spécialités, et par l'observation. Il ne devra rien négliger de ce qui peut le

mettre en état de faire face à tous les cas, même les plus difficiles et les plus imprévus.

Les habitants de nos campagnes professent à l'égard du médecin la plus touchante confiance. Celui-ci devrait profiter de cette heureuse disposition d'esprit pour en tirer la plus grande somme de bien possible, au profit même de ses patients. Ses ordonnances devront être claires, précises et énergiques. Auprès des malades il devra éviter tout verbiage inutile, ne dire que ce qu'il faut dire exactement de manière à être bien compris, et ne pas perdre de vue que ses paroles tombent dans des oreilles attentives et qu'on se rappellera scrupuleusement le lendemain ce qu'il aura dit la veille.

Il devra être bon sans mollesse, énergique sans rudesse et digne sans ostentation. La vie du médecin à la campagne n'est certes pas exempte de difficultés et même de déboires. Il a à lutter contre plusieurs ennemis puissants, parmi lesquels et en premier lieu, nous devons citer certains préjugés populaires, encore imparfaitement déracinés du cœur de nos populations. Préjugés entretenus par cette plaie de nos campagnes, la commère mâle ou femelle qui précède, accompagne et suit le médecin partout où il passe, partout où il va. Cet inique personnage s'insinue officieusement dans les familles où il a des malades, diagnostique sur tous les cas, prescrit mille et un médicaments, ordonne, commande avec toute l'autorité que lui donne de sa part du public, une confiance aussi inexplicable que dangereuse. Chaque paroisse possède quelqu'échantillon de ces commères avec qui le médecin devra compter, et le parti le plus sage qu'on puisse prendre est de s'en faire des auxillaires, même, au besoin, des amis. En un tour de langue, ces baboches vont font et vous défont une réputation, et elles sont d'autant plus dangereuses, d'autant plus puissantes, qu'elles opèrent à la sourdine, en cachette.

Vous êtes appelé aujourd'hui auprès d'un malade, le cas est intéressant; vous déployez toute votre habileté, vous installez votre arsenal thérapeutique; les choses prennent une encourageante tournure. Un jour, deux jours, six jours se passent, tout va bien. Vous arrivez un bon matin, vous trouvez toutes les mines renfrognées, votre malade vous bonde, son entourage vous accueille avec des mots durs, tous se plaignent de la lenteur et de l'inefficacité du traitement que l'on trouvait parfait la veille.

Que s'est-il donc passé, quelle est la cause de ce revirement subit? Ne le cherchez pas ailleurs, informez-vous si tel ou tel personnage n'est pas passé par là. L'on vous répondra, en effet, qu'une bonne amie de la maison, une voisine, une parente éloignée nous est arrivée. Cela devra vous fixer, et, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, cette méchante chipie n'est autre que la baboche du village, omnipotente guérisseuse, la plaie de son canton, le désastre et l'ennemi le plus dangereux du médecin.

Voilà un des plus sérieux ennuis qu'a à subir trop souvent le médecin de campagne, et je connais pas de moyens plus efficaces de combattre ce fléau, si ce n'est, comme je le disais tout-à-l'heure, de s'en faire une alliée. Pour arriver à ce désirable résultat, il ne faudra que une petite dépense quotidienne de bonnes grâces, de prévenances, vis-à-vis de cette bonne femme, et se biengarder de méconnaître sa science profonde et sa grande habileté.

(A suivre)

## REVUE DES JOURNAUX

### Traitement hygienique de l'insomnie

A.-F. PLIQUE.

L'action des meilleurs médicaments, dans l'insomnie, est presque toujours incomplète et transitoire. L'action de l'hygiène est souvent durable et définitive. Au risque d'insister parfois sur de bien petites causes, le traitement hygienique de l'insomnie doit donc être tout d'abord et assez longuement étudié.

\* \* \*

Troubles dyspeptiques, défaut d'air nocturne, intoxication tels sont les trois ordres de causes de beaucoup les plus fréquents et les plus importantes au point de vue pratique. L'insomnie du dyspeptique se présente avec des caractères assez spéciaux. Très souvent, après son repas du soir, il est pris d'une somnolence lourde, invincible. S'il se met au lit, il s'endort de suite et très profondément. Mais ce sommeil dure deux ou trois heures à peine. Le dyspeptique se réveille agité, inquiet, tourmenté par des flatulences, parfois par une véritable fringale. C'est à l'aube seulement qu'il retrouve un sommeil pénible, entrecoupé de cauchemars, se prolongeant fort avant dans la matinée. Le malade se lève courbaturé, brisé, impropre à tout travail. Lorsqu'au contraire, il a le soin de lutter contre le premier besoin de sommeil, de ne se coucher que deux ou trois heures après la fin du repas, et de prendre dans cet intervalle, un peu d'exercice ou de distraction modérée, la nuit est infiniment meilleure. Elle est meilleure encore quand le repas du soir est peu copieux, composé d'aliments choisis et légers. Quelle qu'ait été la nuit, pour que la fatigue au lever ne soit pas trop grande, une condition capitale est d'éviter le sommeil tardif et prolongé du matin. Un réveil, matinal, même après une mauvaise nuit, assure une journée plus alerte, il assure pour la nuit suivante un repos meilleur.

Le sommeil du dyspeptique se fait, en quelque sorte, en deux temps. Le malade se réveille vers deux heures du matin et ne peut se rendormir qu'à l'aube. Dans la dyspepsie neurasthénique, cette période d'insomnie, particulièrement pénible, tient souvent à la vacuité de l'estomac. Elle est voisine de l'angoisse et du malaise qui atteint, dans le jour, le neurasthénique à jeun. Un aliment léger, pris en très petites quantités, ramène alors presque immédiatement un bon sommeil. Le bouillon froid, bien dégraissé, le lait, les crèmes peu épaissies, sont ceux qui, en général, réussissent le mieux et que le malade peut avoir le plus immédiatement à sa portée.

La quantité et la qualité de l'air respirable sont deux facteurs du sommeil non moins importants. Toutes les causes qui diminuent la quantité d'air entraînent l'insomnie. La chaleur excessive agit surtout par la raréfaction de l'air qu'elle produit. Cette raréfaction se retrouve également dans les altitudes élevées et l'insomnie rentre parmi les accidents du mal de montagne. Les chambres trop petites, trop calfeutrées, les rideaux de lit, les oreillers trop moelleux où la tête s'enfonce, sont néfastes pour le sommeil. La mode des chambres à coucher vastes et peu meublées, la modes des fenêtres entrouvertes la nuit, sont, au contraire, excellentes. L'habitude de dormir la fenêtre ouverte réussit particulièrement dans l'insomnie des neurasthéniques. Quand l'ouverture des fenêtres, pendant la nuit, est mal tolérée, tout au moins est-il indispensable d'aérer très largement la chambre pendant une ou deux heures avant de se coucher. Les odeurs désagréables et même agréables sont toujours nuisibles. Michel Lévy insistait sur l'utilité de quitter complètement tous les vêtements de jour plus ou moins imprégnés de sueur, et de ne jamais les conserver dans la chambre à coucher.

Quand le champ respiratoire physiologique est diminué, l'insomnie est extrêmement fréquente. C'est le cas dans les végétations adénoïdes de l'enfance, cette cause pratique si importante d'insomnie. C'est le cas dans la pleurésie où les troubles du sommeil cons-

tituent une des indications les plus formelles de la thoracentèse. C'est le cas, chez les emphysemateux, les cardiaques, les tuberculeux. Chez tous les malades, le sommeil est avant tout une question de quantité et de qualité d'air.

Parmi les intoxications susceptibles de produire l'insomnie, l'action du tabac, du thé, du café, de l'alcool et des boissons alcooliques est bien connue. Certaines intoxications médicamenteuses, par des doses trop élevées ou trop prolongées, caféiné, belladone, digitale, arsenic, strychnine doivent être aussi mentionnées. Le surmenage soit physique, soit intellectuel, agit, enfin, par une véritable auto-intoxication. Rien de plus fréquent que l'insomnie par excès de fatigue. Cette insomnie de surmenage se traduit parfois par une sorte de coma vigile. Le dormeur passe sa nuit immobile, moitié sommeillant en apparence, mais, en réalité, sans aucun repos cérébral. C'est ce qu'Arnould appelait pittoresquement "dormir de la moelle". Le réveil le trouve encore brisé et anéanti.

Chez les enfants, outre les végétations adénoïdes, il est, enfin indispensable de mentionner l'action des vers intestinaux, oxyures et ascarides, celle des parasites cutanés parfois méconnus. Chez l'enfant, toute insomnie dont on ne trouve par la cause doit être comme pronostic très suspecte. Elle annonce souvent un début de méningite tuberculeuse, parfois une épilepsie larvée. Chez le vieillard, les pédicules corporis sont une cause assez fréquente d'insomnie. Ils déterminent, pendant les premières heures de la nuit, une agitation fébrile extrêmement pénible au milieu de laquelle la douleur des piqûres passe parfois inaperçue.

\*\*\*

En dehors des détails hygiéniques spéciaux qui viennent d'être énumérés, l'agent le plus général applicable à l'immense majorité des cas d'insomnie est, assurément, l'hydrothérapie. Les douches en jet ou en pluie constituent, assurément, le meilleur moyen. Elles ne doivent pas être trop froides, mais plutôt fraîches, de 16° à 20° au début et surtout chez les sujets nerveux. Elles doivent être très courtes, trente secondes à une minute pour les premières douches. La douche en cercle réussit moins bien que les deux autres variétés de douches.

A défaut de la douche, les affusions froides méritent d'être conseillées. L'affusion froide prescrite le soir, au moment de se mettre au lit, trois heures au moins après la fin du repas, constitue un très bon moyen pour empêcher le malade de se coucher comme il le fait souvent trop tôt et en pleine digestion.

Les bains froids, pendant la belle saison, donnent, à conditions d'être courts et suivis d'une réaction suffisante, un moyen de premier ordre. Contre l'insomnie si pénible des fortes chaleurs, ils réussissent fort bien. Le bain froid du matin paraît agir mieux que celui du soir ou de l'après-midi. Les bains tièdes, au contraire, semblent avoir leur maximum d'effet calmant quand ils sont pris vers cinq ou six heures de l'après-midi. Les bains de tilleul, les bains de son seront préférés. A côté de l'hydrothérapie, le bain et la douche statique, quand leur emploi est possible, constituent surtout chez les neurasthéniques, un très remarquable moyen.

Un certain nombre d'aliments avaient, en vieille médecine, la réputation de faciliter le sommeil. Tels étaient les radis, la laitue et surtout la laitue cuite, la pomme de reinette, les pêches, la bière et le houblon, le lait et ses dérivés. Ces propriétés ne sauraient infirmer la règle de ne donner au repas du soir que les aliments choisis parmi ceux que tolère le mieux chaque estomac.

Un grand nombre de conseils hygiéniques ont été basés sur le fait que le sommeil semble forcément s'accompagner d'un certain degré d'anémie cérébrale. Les oreillers et les coussins de crin, plus frais que ceux de plume, les couvertures chaudes aux pieds, les bouffes d'eau chaudes aux pieds en hiver, le décubitus la tête un peu haute peuvent ainsi faciliter le sommeil.

Le rôle bien connu du calme sensoriel (obscurité, silence) sur le sommeil n'aboutit qu'à des données bien banales. L'introduction, dans les deux conduits auditifs, de petits tampons de ouate hydrophile bien graissés de vaseline, est un bon moyen de supprimer toute espèce de bruit. Mais ce sommeil de sourd est souvent un peu pénible et vaguement anxieux.

Il serait puéril d'énumérer toute une série d'autres procédés bizarres. A. Paré recommandait de placer, à la tête du lit, une fontaine coulant goutte à goutte dans un bassin de métal. Chez les neurasthéniques, ce procédé peut réussir, ne fut-ce que par suggestion. La légère fraîcheur donnée au chevet du lit, par l'écoulement de l'eau et qu'on peut rendre vraiment notable en remplaçant l'eau par de la glace, amène dans l'insomnie des fortes chaleurs un véritable soulagement.

De toutes ces pratiques bizarres, la plus curieuse est assurément une pratique populaire en Russie et qui affirme qu'on dort beaucoup mieux, en faisant coucher un chien dans sa chambre et de préférence sur son lit. Il y aurait là une sorte de contagion du sommeil, peut-être aussi un sentiment de sécurité spéciale. Tout à la rigueur est possible en matière de suggestion, de phobies neurasthéniques et de neurasthénie. L'étude du traitement médicamenteux de l'insomnie et des médicaments hypnotiques nous conduira, heureusement, à des moyens plus scientifiquement démontrés.

(La Presse méd.)

#### Du phénomène des orteils et de sa valeur seméiologique

BABINSKI.

Dans certains états pathologiques, l'excitation de la plante du pied provoque l'extension des orteils, en particulier du gros orteil. L'auteur désigne cette modification dans la forme du mouvement réflexe sous la dénomination de phénomène des orteils.

En général, ce n'est pas seulement par le sens du mouvement que le réflexe normal diffère du réflexe pathologique; le plus souvent l'extension est exécutée avec plus de lenteur que la flexion; en outre, la flexion est d'habitude plus forte quand on excite la partie interne de la plante du pied que lorsque l'excitation porte sur la partie externe et c'est l'inverse pour ce qui concerne l'extension; enfin, tandis que la flexion prédomine généralement dans les deux ou trois derniers orteils, c'est dans le premier ou les deux premiers orteils que l'extension est ordinairement le plus prononcée.

Le phénomène des orteils peut se présenter sous des formes frustes, c'est-à-dire que le réflexe plantaire peut revêtir des caractères en partie pathologiques, en partie physiologiques. En voici des exemples: chez certains sujets, l'excitation de la plante du pied ne provoque d'extension que dans le gros orteil ou dans les deux premiers orteils; chez d'autres, les orteils s'étendent quand on excite la partie externe de la plante du pied et se fléchissent lorsque c'est la partie interne du pied qui est excitée; chez d'autres encore, le réflexe plantaire, quelle que soit la partie de la plante du pied qui est excitée, se manifeste tantôt par de la flexion, tantôt par de l'extension des orteils; dans ce dernier cas, ce sont généralement les premières excitations qui donnent lieu à de la flexion.

Le phénomène des orteils a un lien avec l'exagération des réflexes tendineux et l'épilepsie spinale qui sont souvent sous la dépendance d'une lésion du système pyramidal, mais ce lien n'est pas, tant s'en faut, indissoluble. Aussi observe-t-on fréquemment la réunion de ces signes chez un même sujet. Néanmoins, ils peuvent exister l'un sans l'autre; en effet le phénomène des orteils fait parfois défaut dans un membre atteint de paralysie spasmodique avec exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde du pied, tandis qu'inversement on observe très nettement ce signe dans des cas où, malgré l'existence d'une lésion du système pyramidal, les



réflexes tendineux sont normaux, affaiblis ou abolis, soit parce que la lésion est de fraîche date, soit parce qu'elle s'associe à des altérations des racines postérieures.

L'auteur fait remarquer que la valeur séméiologique de ces symptômes est surtout grande dans les cas où l'état des réflexes tendineux ne permet pas de déceler l'état du système pyramidal.

(*La Semaine Médicale.*)

#### Doit-on extraire les dents de lait chez les enfants

Cette question vient d'être exposée par M. Bradhurst, de Montluçon, dans le *Central Médical*. Il va sans dire que lorsque la dent permanente apparaît sous la dent de lait, ou que celle-ci est fortement ébranlée par la poussée de la dent permanente, l'ablation est tout indiquée, ainsi que dans les cas de périostite, abcès, fistule, etc., etc. Mais c'est à tort que le public croit qu'il suffit d'extraire une dent de lait chez un enfant pour que, dans un temps plus ou moins rapproché, une nouvelle dent prenne sa place, car — comme on sait — les dents permanentes ont des époques d'évolution déterminées et que rappelle le tableau ci-dessous :

Les premières grosses molaires évoluent vers.	6	ans.
— incisives centrales.....	7	—
— — latérales.....	8	—
— petites molaires.....	9 à 10	—
— deuxième bicuspidés.....	10 à 11	—
— canines.....	11 à 12	—
— deuxième molaires.....	12	—
— dents de sagesse.....	18 à 35	—

Si l'on fait l'ablation d'une dent de lait avant l'époque déterminée pour l'évolution de la dent de remplacement, celle-ci n'évoluera pas sensiblement plus tôt, et la gencive se refermera ; c'est déjà un inconvénient de l'extraction précoce des dents de lait. Le second est de produire des anomalies ; si par exemple on enlève une molaire de lait cariée dont la dent de remplacement ne pousse que vers onze ans, on verra les dents voisines s'écarter, tourner et, au fur et à mesure de l'évolution, des espaces libres se produire entre les dents déjà poussées ; on aura alors le phénomène observé dans le rachitisme et chez les enfants tétant leur pouce ; enfin, lorsque la dent poussera, ne trouvant plus la place nécessaire elle évoluera soit en dedans soit en dehors de l'arcade dentaire.

Un autre inconvénient à redouter dans l'ablation précoce des dents de lait, sera le bris des lamelles osseuses alvéolaires et même des bords du maxillaire, l'ossification chez l'enfant n'étant pas complète, et les racines des dents de lait ayant presque toujours un écartement considérable, quelquefois même le double de la couronne, en raison du mécanisme de l'évolution des dents permanentes sous-jacentes. Il n'est pas rare, en enlevant une grosse molaire de lait, et si l'extraction n'a pas été faite en dilatant progressivement le maxillaire, d'amener la lamelle intermédiaire de la dent voisine.

Tout ceci, prouve que l'extraction des dents de lait chez les enfants doit être une opération réfléchie et ne doit être faite que lorsque la nécessité s'en impose, soit par suite de l'évolution de la dent permanente correspondante, soit par suite d'abcès, phlegmons, périostite ; mais lorsqu'une dent de lait produira une simple rage de dent, amenée par l'étranglement de la pulpe à travers les parois de la chambre pulpaire, il sera toujours facile de conserver la dent en la traitant par des pansements phéniqués, étant donné le peu de vitalité de la pulpe chez l'enfant, de l'obturer et de la garder encore pendant un laps de temps plus ou moins prolongé qui permettra d'attendre l'époque de l'évolution de la dent permanente.

Il va sans dire que lorsque la dent permanente apparaît sous la dent de lait, ou que celle-ci est fortement ébranlée par la poussée de la dent permanente, l'ablation est tout indiquée, ainsi que dans le cas de périostite, abcès, fistule, etc., etc. (*Abeille méd.*)

#### Emploi thérapeutique du sable chaud.

D'après M. le Dr E. GRAWITZ (de Charlottenbourg)

L'action bienfaisante du sable chaud sur le revêtement cutané est bien connue et sous le nom de *Psammismus* on en trouve l'emploi recommandé dans les écrits de Pline, de Celse et d'Hérodoté.

Dans les pays chauds on pourrait presque dire que l'usage des bains de sable chauds est vieux comme le monde ; dans les pays froids, leur emploi est de date récente.

Sturm à Köstritz et Flemming à Blasewitz, il y a 60 ans, introduisant la pratique de ces bains, en posèrent dès l'abord les indications que les auteurs qui suivirent ont à peine modifiées. M. le Dr Grawitz a essayé à différentes reprises d'attirer l'attention sur l'efficacité de ce mode de traitement dont il expose ainsi la technique et les indications.

Au point de vue de l'installation des établissements de bains de sable chaud il faut autant que possible que les malades soient exposés en plein air, garantis des intempéries par une véranda ouverte. L'établissement doit être spacieux et bien aéré, car le point principal, c'est que le malade soit complètement entouré de sable chaud, mais qu'il ait le visage en plein air et libre. Un appareil de douches ou de bains chauds doit être annexé à l'établissement pour assurer la propreté du corps à la sortie du bain de sable.

Les bains peuvent être complets ou partiels suivant les cas.

Les baignoires sont des caisses en bois de 2 mètres de long, de 50 centim. de larg. et de 40 à 50 centim. de haut.

Le sable employé sera le sable de mer ou le sable de fleuve. On le chauffe à l'aide du gaz.

Dans les maisons particulières on peut réduire l'installation à une simple caisse de bois et le sable est chauffé sur le feu dans un récipient de métal.

Pour que l'usage du bain soit utile, il faut que le malade en soit complètement recouvert, d'une épaisseur de quelques pouces. La tête repose sur un coussin et une couverture est placée sur le sable pour empêcher toute perte de chaleur.

La température du bain est pour la première fois de 35° Réaumur mais plus tard il faut aller jusqu'à 40°, 55° R. suivant la sensibilité du sujet.

Il est difficile de donner une limite fixe pour la durée du bain : cela dépend de la facilité avec laquelle le malade le supporte. En général un demi-heure suffit pour commencer et plus tard en peut aller jusqu'à 1 heure.

Après le bain, une douche chaude est donnée au malade. On peut donner parfois des bains de sable artificiel ainsi qu'il suit : Sur un lit ordinaire on met un drap, par-dessus une couche de sable épaisse de trois pouces et chauffé à 65° centigrades. Par-dessus on met un autre drap, et le malade vêtu d'une chemise est mis dans cette sorte de couverture dont on l'entoure complètement en laissant la tête libre.

De la même façon on peut appliquer des bains partiels.

L'action de la chaleur élevée qu'on peut ainsi obtenir par les bains de sable détermine une vasodilatation cutanée qui entraîne une sudation abondante, mais le point important est le peu d'action de ces bains sur l'état général.

Les principales indications des bains de sable chaud sont les suivantes :

En premier lieu, ils conviennent dans toutes les affections hypotériques, chez les cardiaques en particulier : ceci tient à ce faible retentissement de ces bains sur l'état général, ce qui permet d'obtenir sans inconvénients une sudation abondante.

Dans le mal de Bright, les bains de sable chaud continués des mois et des semaines ont de très grands avantages.

Ils conviennent tout particulièrement pour la résorption des exsudats pleuraux ou articulaires.



Dans l'arthrite déformante chronique leur emploi est suivi d'une grande amélioration.

Il en est de même des affections névralgiques, le rhumatisme musculaire aigu ou chronique, la sciatique, où ils rendent de grands services.

Enfin Ritter a mentionné leur influence bienfaisante sur la scrofule, et Cordes a pu obtenir par ce traitement la guérison d'un cas de psoriasis.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

**Traitement local de la douleur dans le rhumatisme articulaire aigu**

Si l'on a affaire à un rhumatisme articulaire aigu, le meilleur traitement interne consiste presque toujours dans l'emploi du salicylate de soude. Mais on ne peut pas toujours donner du salicylate : il y a des sujets qui ne le supportent pas ou chez lesquels il est contre-indiqué. Dans ces cas, il faut trouver autre chose, et, à côté de diverses médications internes, il faut employée encore le traitement local destiné à combattre les douleurs. Pour ce qui est des topiques à employer, le salicylate de méthyle, l'acide salicylique, le gaiacol viendraient, d'après M. G. Lemoine (de Lille), en premier lieu. Il les emploie sous forme de pommades ou de mélanges, dans lesquels il les incorpore.

Pour le salicylate de méthyle, la pommade peut être formulée de la façon suivante :

- Vaseline liquide..... 20 gr.
- Salicylate de méthyle..... 12 gr.

On badigeonne l'articulation malade avec cette pommade, on recouvre la surface badigeonnée d'un morceau de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation, et, au-dessus du taffetas on place un large morceau de ouate entouré d'une bande. Le tout est laissé en place pendant quelques heures et renouvelé une ou deux fois par jour s'il y a lieu.

On peut employer, de la même façon, l'acide salicylique dont les effets calmants sont moins rapides et moins sûrs, mais qui a l'avantage de ne pas avoir d'odeur et permet de compter sur une absorption par la peau sans fatiguer l'estomac. On formule de la façon suivante :

- Vaseline..... 20 gr.
- Acide salicylique..... 4 gr.

Souvent M. Lemoine lui adjoint du salicylate de soude dont l'absorption se fait également par la peau, ce qui permet de continuer la médication salicylée, alors même que les voies digestives ne la tolèrent plus :

- Vaseline..... 25 gr.
- Acide salicylique..... 4 gr.
- Salicylate de soude..... 3 gr.
- Extrait de belladone..... 1 gr.

Ces pommades sont employées de la même façon que la pommade au salicylate de méthyle.

Le salol, enfin, trouve aussi ses applications, en particulier dans le rhumatisme blennorrhagique. Malheureusement il est peu soluble, sauf dans l'éther.

- Salol..... 4 gr.
- Menthol..... 2 gr. 50
- Ether..... 4 gr.
- Lanoline..... 30 gr.

Plus actif que ces derniers corps est le gaiacol : très vite absorbé, il calme rapidement la douleur et paraît exercer sur la fièvre rhumatismale une action antithermique un peu analogue à celle que produit le salicylate de méthyle. On peut l'appliquer sur la peau, en nature, directement avec un pinceau, mais son dosage est de cette façon difficile à faire. Aussi, vaut-il mieux l'incorporer dans de l'alcool

- Alcool à 85°..... 20 gr.
- Gaiacol pur..... 4 gr.

Le quart de ce mélange suffit pour une application, et il vaut mieux répéter plus souvent celle-ci que de mettre sur la peau, en une fois, un médicament qui peut provoquer un abaissement trop brusque de la température ; la surface badigeonnée est recouverte de taffetas gommé et de ouate.

On peut employer le gaiacol seul.

- Vaseline..... 25 gr.
- Gaiacol..... 4 gr.

ou associé :

- Vaseline..... 30 gr.
- Salicylate de méthyle..... 5 gr.
- Acide salicylique..... 2 gr.
- Gaiacol..... 4 gr.

Ce mélange composé est très actif mais possède l'inconvénient d'avoir une odeur pénétrante.

Enfin M. Lemoine emploie de temps en temps le terpinol, qui est certainement moins efficace que les produits précédents, mais qui a l'avantage de pouvoir se donner là où l'acide salicylique et ses dérivés sont interdits :

- Terpinol ..... 16 gr.
- Alcool à 85°..... 10 gr.

ou bien :

- Terpinol..... 10 gr.
- Gaiacol..... 4 gr.
- Alcool à 85°..... 10 gr.

(La Presse méd.)

**Le sublime dans le traitement de la pleurésie avec épanchement**

Le traitement mercuriel peut-il être utile dans la tuberculose vraie ? C'est là une question fort complexe qui a été déjà très discutée. Récemment encore, M. Danlos a présenté à la Société de dermatologie et de syphiligraphie un malade chez qui des accidents de tuberculose ganglionnaire et cutanée rétrocedèrent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Comment, dans ces cas, le mercure agit-il ? Est-ce simplement par son action dite tonique et tranchique (lorsqu'on l'emploie à petites doses) ? Agit-il au contraire comme un antiseptique général portant son action sur les toxines du bacille de Koch et sur le bacille lui-même ? Y aurait-il enfin, dans ces cas, un facteur syphilitique ou parasymphilitique sur lequel le traitement spécifique agirait-il ? Toutes ces hypothèses sont possibles.

Toujours est-il que, même dans la tuberculose pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats, le traitement mercuriel surajouté au traitement créosoté, par exemple, peut donner de bons résultats.

Nous pourrions en citer plusieurs faits. Dans l'un d'eux, entre autres, il s'agissait d'une jeune fille phthisique avérée chez laquelle diverses raisons : quelques malformations (rachitisme, dents entaillées, etc.), comme aussi l'histoire clinique des parents, pouvaient nous faire supposer l'existence d'une syphilis héréditaire. Or, chez cette jeune fille, l'administration alternante, par périodes de 5 à 8 jours, tantôt de diverses préparations créosotées, tantôt de pilules de sublimé, nous permit de constater très nettement l'action utile du mercure.

Il y a là un point qu'il serait intéressant d'élucider par de nombreuses observations.

Nous nous sommes servi avec très grand avantage dans ce cas, comme dans bien d'autres, de l'excellente formule de M. Albert Robin.

Voici cette formule :

Sublimé.....	} ââ 1 gramme.
Chlorure de sodium.....	
Extrait thébaïque.....	
Mie de pain frais.....	5 —
Gluten.....	2 grammes 50
Glycérine.....	2 à 3 grammes.

Mélangez avec soin et divisez en 100 pilules.

Ces pilules doivent être administrées au milieu des repas : 1 à 2 par jour et jusqu'à 3 progressivement. Elles sont ordinairement très bien tolérées et ne donnent que très exceptionnellement un peu de diarrhée ou quelques douleurs gastriques. Il suffit, dans ce cas, de suspendre pendant quelques jours leur administration.

(Méd. moderne)

#### De la suggestion hypnotique dans le traitement des épileptiques

M. Bérillon croit que chez les épileptiques les perversions de caractère sont non pas des manifestations essentielles de la maladie, mais, le plus souvent, le résultat de l'éducation défectueuse à laquelle ces malades sont soumis.

Lorsque l'épilepsie se manifeste dans la première enfance, il n'est pas rare que l'enfant soit privé de toute instruction et de toute éducation scolaire. Il perd, de ce fait, le bénéfice de l'éducation collective, si puissante à former le caractère et à développer l'instinct de sociabilité. Lorsque l'épilepsie survient dans la seconde enfance ou dans l'adolescence, les études sont immédiatement interrompues. La plupart des médecins, imbus d'un préjugé funeste, conseillent la suppression de tout travail mental et de toute étude nécessitant la moindre application de l'attention. Ils recommandent également de priver l'enfant des distractions de son âge ainsi que de la fréquentation de ses condisciples. La formule courante est la suivante : "Ne le faites pas travailler et surtout évitez-lui toute contrariété." Il en résulte que l'épileptique reçoit une éducation incompatible avec les nécessités du milieu où il vit. Sans instruction, il est voué au désœuvrement et à l'ennui. Ne rencontrant aucun frein à leurs impulsions instinctives, les épileptiques deviennent désobéissants, irritables, enclins à la colère, impulsifs en un mot.

M. Bérillon estime que tous les enfants chez lesquels une éducation ferme n'a pas développé la volonté d'arrêt, présentent les mêmes défauts et il a affirmé à la Société d'hypnologie que la suggestion est un excellent moyen d'éducation chez les épileptiques. Après quelques semaines de traitement, le caractère de ces malades se modifie d'une façon frappante. Suggérés dans le sens de la résistance à toutes les tendances de leur caractère, ils se montrent bientôt capables de neutraliser leurs impulsions et de modifier leurs habitudes automatiques.

D'une façon générale, chez les épileptiques soumis régulièrement au traitement par la suggestion hypnotique, le nombre des crises convulsives diminue d'une façon appréciable.

Il est bien entendu que l'emploi de la pédagogie suggestive chez les épileptiques ne donnera de résultats manifestement favorables que chez ceux qui ne sont pas aliénés, imbéciles ou idiots, et qui sont, au contraire, doués d'une certaine intelligence.

(Abeille méd.)

#### Doit-on donner des bains aux enfants nouveau-nés ?

P. BAR.

Le plus souvent, on baigne les enfants dans des récipients de propreté douteuse, et il est certain que l'infection de l'ombilic peut se produire dès ce moment. Ce risque existe surtout dans les maternités où les enfants sont abandonnés à des filles de service, et où les baignoires sont très insuffisamment nettoyées avant que le bain ne soit donné à l'enfant.

Dès que l'enfant est né—la pince appliquée sur le cordon étant, ainsi que le moignon de ce dernier, entourée d'ouate—on frictionne

l'enfant avec un tampon d'ouate imbibée d'alcool. L'enduit gras-soux s'enlève facilement et la peau reste très sèche. Après cette friction la peau a un peu rougi, parfois on observe deux ou trois jours après une légère desquamation. Mais ce petit ennui ne se produit que si l'alcool employé est à un titre élevé, 90° par exemple, ce qui est rare pour les alcools du commerce (eau de cologne, par exemple).

Faut-il donner des bains à l'enfant pendant les jours qui suivent ? Laissez la pince du cordon en place pendant quarante-huit heures et, pendant ce temps, ne touchez pas à l'ouate qui l'entoure. Ne donnez donc pas de bain à l'enfant. Le cordon n'en séchera que mieux, la plaie ombilicale ne se réparera que mieux. Si l'enfant a les fesses sales, qu'on les lave avec de l'eau bouillie en se servant d'ouate en guise d'éponge, mais que ce soit tout.

La pince est enlevée au bout de deux jours. Un petit moignon de cordon, dur comme du carton, reste après que vous aurez coupé la partie qui était saisie par la pince et était réduite à l'épaisseur d'une mince feuille de papier—couvrez ce petit moignon d'un fragment de gaze iodoformée et d'ouate hydrophile, entourez le tout d'une bande et n'y touchez plus.

Les érythèmes étendues que présentent souvent les enfants nouveau-nés dans les maternités, se propagent certainement pendant les séances de change où les bains sont donnés aux enfants dans des récipients qu'il est impossible de tenir propres.

L'absence de bains jusqu'au moment de la cicatrisation complète de l'ombilic est excellente. Une friction sur tout le corps avec un alcoolat, des lavages du siège, autant qu'il sera nécessaire, suffiront. Quand la plaie ombilicale est cicatrisée, c'est-à-dire au cinquième ou sixième jour, les bains seront repris.

(Journal des Praticiens.)

#### Indications et mode d'emploi de l'acide chlorhydrique dans les affections de l'estomac

Par le Dr F. J. PERRAUD, Thèse de Lyon, 1898.

Bien que l'usage de l'acide chlorhydrique dans la thérapeutique des affections stomacales soit déjà ancien, les auteurs sont encore loin d'être d'accord sur la question de savoir dans quels cas et surtout en quelle quantité ce médicament doit être employé. En effet, tandis que certains cliniciens n'en prescrivent que 1 à 2 gr. par jour, d'autres en administrent des doses beaucoup plus élevées.

Dans son travail inaugural, M. le docteur F. J. Perraud décrit les effets favorables que donne dans diverses gastropathies liées à l'hypocacidité stomacale, l'acide chlorhydrique pris à doses élevées, d'après la méthode que M. le docteur C. Tournier a appliquée avec succès dans sa clientèle privée, ainsi que dans le service de M. le docteur Lépine, à Lyon.

M. Tournier administre l'acide chlorhydrique officinal français à la dose de 3 à 4 grammes par jour et de la façon suivante : le patient prend après chacun des deux principaux repas d'abord 15 gouttes d'acide, quelques minutes après avoir fini de manger, puis il en ingère 15 gouttes au bout d'une demi-heure et enfin, dans certains cas, il en absorbe encore 15 gouttes après un nouvel intervalle de trente minutes.

Cette manière de prescrire l'acide chlorhydrique est à peu près celle de M. le docteur K. Ewald, qui fait prendre aussi 15 gouttes d'acide trois ou quatre fois à un quart d'heure d'intervalle. Cependant, comme l'acide chlorhydrique de la pharmacopée allemande ne contient que 0,25 % d'acide gazeux, tandis que celui du Codex français en renferme environ 0,35 %, on voit que M. Tournier emploie des doses encore plus élevées que celles de M. Ewald.

Ainsi administré, l'acide chlorhydrique serait bien supporté et son usage pourrait être prolongé sans inconvénients pendant plusieurs mois. Cette médication serait indiquée dans l'hypochlorhy-

drie gastrique en général et notamment dans les diarrhées lientériques accompagnées d'hypoacidité extrême du contenu stomacal.

Il s'agit, dans ce cas, de malades qui présentent des troubles gastriques peu accentués : on ne note chez eux ni clapotage, ni ballonnement, ni douleur, ni flatulencé ; la motilité stomacale est conservée, même plutôt exagérée, et seule l'analyse chimique montre qu'on a affaire à un défaut d'acidité du contenu stomacal. Mais il existe toujours une diarrhée lientérique survenant le plus souvent après les repas et qui disparaît au bout de quatre à cinq jours sous l'influence de la médication chlorhydrique après avoir, d'ailleurs, résisté à tous les autres moyens employés pour la combattre.

Un second groupe de cas où l'emploi de l'acide chlorhydrique à haute dose donne de bons résultats est constitué par certains états gastriques avec hypochlorhydrie fonctionnelle, qu'on observe généralement chez les neurasthéniques et qui se manifestent surtout par des vomissements alimentaires ne donnant pas la sensation de brûlure et ne s'accompagnant pas d'aigreurs. L'usage de l'acide chlorhydrique ne tarde pas à enrayer ces vomissements.

Enfin, ce médicament rend également des services dans les cas de catarrhe gastrique avec hypochlorhydrie d'origine alcoolique, où les troubles consistent surtout en vomissements alimentaires, ballonnement, sensation de pesanteur après les repas, insomnie et inappétence.

Les seuls états qui constitueraient une contre-indication formelle à la médication chlorhydrique sont ceux dans lesquels les troubles gastriques s'accompagnent d'une hyperesthésie prononcée de la muqueuse stomacale pour les acides.

L'influence favorable exercée par l'acide chlorhydrique dans le catarrhe de l'estomac lié à l'hypoacidité est facile à comprendre. La physiologie nous enseigne, en effet, que cet acide favorise la sécrétion du suc gastrique, l'évacuation de l'estomac et la disparition du mucus, qu'il agit, de plus, comme antiseptique et qu'il est, enfin, un excitant de la sécrétion pancréatique. C'est surtout cette dernière propriété que M. Tournier invoque pour expliquer l'action curative de l'acide chlorhydrique dans la lientérie.

(Revue intern. de méd.)

**Traitement des végétations des organes génitaux par la résorcine.**

D'après l'expérience de M. le docteur A. G. Silbermintz (de Poltava), la résorcine serait le moyen le plus efficace que l'on ait préconisé jusqu'à ce jour contre les excroissances papillomateuses si fréquentes sur les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Voici comment il convient de l'employer :

S'agit-il de végétations isolées et pédiculées, entourées de peau normale, on étale sur chaque papillome de la résorcine pure au moyen d'un pinceau humecté d'eau et on recouvre d'une petite compresse de tarlatane. On répète ces applications chaque jour jusqu'à ce que la végétation se dessèche et tombe.

Dans ces cas de végétations multiples étendues et sessiles, siégeant sur le prépuce, le gland, dans le sillon balano-préputial, dans le pli inguinal, au pourtour de l'anus ou à la vulve, notre confrère badigeonne les parties atteintes avec le collodion ci-dessous formulé :

Collodion riciné..... 80 grammes.  
Résorcine..... 20 —

Mélez.— Usage externe.

Avant d'appliquer ce mélange, on lave les végétations avec la liqueur d'Hoffmann pour en enlever l'humidité qui empêche le collodion d'adhérer. On badigeonne non seulement les papillomes eux-mêmes, mais aussi les tissus sains environnants sur une étendue d'un demi-centimètre.

Dès le premier badigeonnage, les végétations se rattatinent, prennent une coloration grisâtre et leur couche superficielle se

détache en même temps que la pellicule de collodion. Deux ou trois applications de collodion résorciné suffisent pour faire tomber les excroissances ; on se trouve alors en présence d'une excoriation criblée de petites empreintes laissées par les racines des papillomes, laquelle se cicatrise rapidement sous l'influence des poudres légèrement astringentes.

Contre les végétations localisées à des régions où la peau est plus sèche, comme le scrotum et la surface externe des grandes lèvres et qui sont elles-mêmes calleuses, M. Silbermintz se sert d'un collodion contenant 50 p. 100 de résorcine.

Enfin, quand il a affaire à des végétations au début de leur développement et encore à peine apparentes, notre confrère fait appliquer des compresses imbibées d'une solution de résorcine à 2 pour 100, ce qui a pour effet de supprimer en deux ou trois jours toutes les excroissances et inégalités cutanées.

Dans tous les cas, outre les applications de résorcine, on prescrira des bains locaux boriqués et on fera isoler les surfaces atteintes au moyen de petites compresses de tarlatane.

(Semaine Médicale)

**Traitement de l'acne des jeunes filles.**

Il existe d'étroites relations entre les poussées acnéiques d'une part et d'autre part entre les intoxications alimentaires ou médicamenteuses, les constipations, entre certaines affections organiques (foie, rein, utérus, etc.), entre les troubles circulatoires. Il faut donc commencer par réclamer des acnéiques l'exécution stricte du programme hygiéniques suivant : a) combattre le froid aux membres inférieurs par des moyens appropriés (frictions) ; b) soigner les affections utérines s'il y en a ; c) combattre la constipation habituelle ; d) régulariser les digestions ; e) ne pas porter de corsets serrés, ni de cols serrés autour du cou.

Le régime alimentaire joue un rôle des plus importants. On doit défendre : l'alcool, la charcuterie, les poissons, les coquillages, les crustacés, le gibier, les pâtés, les fromages.

Traitement interne.— M. Brocq conseille volontiers l'usage des cachets suivants aux acnéiques de faible ou de moyenne intensité :

Bicarbonat de soude..... 0 gr. 40  
Magnésic calcinée..... 0 gr. 20  
Soufre lavé et purifié..... }  
Benzonaphthol..... } à à 0 gr. 15

Dans les cas rebelles, M. Brocq prescrit la levure de bière. Il la donne deux ou trois fois par jour, aux repas, délayée dans un peu d'eau : la malade en prend chaque fois de une demie cuillerée à café à une cuillerée à soupe, suivant la tolérance de son estomac. Quand on n'a pas de levure de bière, on se contente de levure de boulanger ou de pâtissier, dont on prend gros comme une noisette délayée dans un peu d'eau.

Traitement externe.— Les malades ne devront jamais se toucher directement la figure avec les mains. Elles se laveront avec des tampons d'ouate hydrophile et non avec des éponges. Elles se serviront d'eau aussi chaude que possible qui aura bouilli avec du son ou avec deux cuillerées à soupe par litre d'une poudre renfermant :

Acide borique..... 200 gr.  
Borate de soude..... }  
Bicarbonat de soude..... } à à 100 gr.

Au moment de l'employer, il sera bon d'y ajouter du coaltar saponiné et quelques gouttes de teinture de benjoin. En outre, matin et soir, le malade doit savonner son visage avec du savon au naphthol : ces savonnages seront faits très doucement les premiers jours, puis ils seront pratiqués avec de plus en plus d'intensité, à mesure qu'on verra que les téguments les supportent sans trop s'irriter. Une ou deux fois par semaine, suivant l'irritation produite, on remplacera le savon précédent par le suivant, utile surtout chez les sujets qui ont beaucoup de comédons :

Savon mou de potasse.....	50 gr.
Acide salicylique.....	30 gr.
Résorcine.....	2 gr.

Après le savonnage de chaque soir, la malade mettra sur tous les boutons du visage un peu de la pommade suivante :

Naphtol.....	} ââ 0 gr. 25
Camphre.....	
Résorcine.....	0 gr. 02
Savon noir.....	0 gr. 60
Craie préparée.....	0 gr. 30
Soufre précipité.....	2 gr.
Vaseline.....	} ââ 10 gr.
Lanoline.....	

Le matin, après sa toilette, la malade passera sur sa figure de l'alcool camphré. Si elle est obligée de sortir, elle mettra un peu de la pommade suivante :

Acide salicylique.....	0 gr. 25
Oxyde de zinc.....	3 gr.
Lanoline.....	6 gr.
Vaseline.....	12 gr.

Puis elle essuiera doucement et se poudrera par-dessus avec de la poudre d'amidon.

Tel est le meilleur traitement local de l'acné vulgaire ; il comporte, bien entendu, de nombreuses variantes suivant les susceptibilités individuelles.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

### Les palpitations nerveuses

Dr MÉTIVIER

Elles sont fréquentes par ces temps de névropathies variées qui sont une des conséquences de notre vie agitée et de surmenage créé par le travail physique ou moral ou par les excès de tout genre.

Les symptômes consistent dans des battements exagérés du cœur se montrant plus particulièrement au commencement de la nuit, troublant le premier sommeil, et consistant dans une augmentation d'impulsion des battements normaux du cœur. Le patient au moment des palpitations éprouve à la région cordiale un malaise indéfinissable, il est pris d'un sentiment d'agitation intérieure et surtout dans la tête et dans l'abdomen.

La plupart des névroses peuvent être considérées comme la cause des palpitations nerveuses, surtout l'hystérie, l'hypocondrie, les émotions morales vives, les fluxions blanches, l'aménorrhée, etc. Tous ces symptômes sont le cri d'alarme des nerfs qui semble avertir que le sang en circulation s'est appauvri, que l'activité cellulaire manque de stimulants intimes et énergiques parce qu'il existe une dégénérescence du liquide sanguin et une diminution de ses globules rouges.

Les palpitations nerveuses doivent être traitées en premier lieu par l'administration des ferrugineux dont la valeur thérapeutique se base sur ses effets pour laisser fixer à l'hémoglobine l'oxygène indispensable à la restauration vitale.

Les applications d'eau froide sur la région du cœur, les bains tièdes, à l'intérieur l'eau distillée de laurier-cerise seront des sédatifs efficaces qui devront marcher avec un bon régime et le repos de l'esprit. Mais ne perdez jamais de vue que sans la régénération des globules du sang, les antispasmodiques sont insuffisants, car ils ne détruisent pas la cause du mal.

(Monde thermal.)

## FORMULAIRE

### Mixture contre la constipation opiniâtre. (DOBEL)

Podophylline.....	0.15 centigr.
Essence de gingembre.....	8 grammes.
Alcool.....	60 —

Mélez.—A prendre une cuillerée à café tous les soirs ou tous les deux à quatre soirs dans un quart de verre d'eau.

### Traitement simple des verrues. (VIDAL)

Etendez une couche de savon noir sur un morceau de flanelle, on applique cet emplâtre sur les verrues pendant la nuit et le jour, si cela est possible. Après quinze jours de ces applications répétées, les verrues s'amollissent, sont dissoutes, et il suffit de gratter pour les faire disparaître complètement.

(Journal de méd. de Paris)

### Teinture contre la sueur des mains

Les Nouveaux Remèdes indiquent, d'après un journal allemand la formule suivante qui donnerait de très bons résultats :

Borax.....	} ââ 15 grammes.
Acide salicylique.....	
Acide borique.....	5 —
Glycérine.....	} ââ 60 —
Alcool dilué.....	

M. D. S.—A frictionner 3 fois par jour.

### Cachets contre la migraine. (M. A. ROBIN)

Antipyrine.....	} ââ 0 gramme 50
Bromure de potassium.....	
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 — 01
Caféine.....	0 — 02
Poudre de Paullinia sorbilis.....	0 — 30

Mélez. Pour un cachet. Faites 6 cachets semblables.—Prendre un cachet dès les premières manifestations de l'accès migraineux.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

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

Huile de foie de morue.....	500 grammes.
Sucre tamisé fin.....	190 —
Gomme arabique pulvérisée.....	5 —
Gomme adragante pulvérisée.....	500 —
Infusion de café.....	200 —
Rhum ou kirsch.....	100 —

Mélez dans un mortier le sucre et les gommes ; dans le flacon, qui contiendra l'émulsion, pesez et mélez par agitation l'huile et l'infusion de café refroidie. Versez dans le mortier, en battant vivement, une quantité de ce mélange suffisante pour faire une masse plastique demi-liquide ; pesez et ajoutez le rhum à ce qui reste dans le flacon du mélange d'huile et café ; agitez et incorporez peu à peu dans l'émulsion.

(Bull. Pharm. Biolog.)

### Solution pour tarir la sécrétion lactée

Sulfate d'atropine.....	3 milligr.
Sulfate de magnésie.....	90 grammes.
Infusions de gentiane.....	240 —

Par cuiller à bouche toutes les 2 heures.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Le médecin à la campagne

(Causerie faite à l'Université Laval, le 23 juin, par le docteur J. G. PARADIS, de Montmagny)

(Suite et fin)

Un autre ennemi du médecin de campagne, ennemi plus rusé plus retors et non moins dangereux que le précédent, (je touche là un sujet excessivement délicat), c'est le confrère de la paroisse voisine. Le croiriez-vous, Messieurs, c'est lorsqu'on aurait tant besoin de s'entendre, de s'aider, de se protéger entre médecins, que l'on se divise et que l'on se fait très souvent des luttes ridicules et déloyales. C'est entre personnages qui devraient se mieux traiter une course effrénée à la clientèle; on ne reculera pas devant les procédés les plus déshonnêtes pour pénétrer au sein des familles, sur les brisées d'un confrère. Les uns procèdent insidieusement, hypocritement; ils feront mine d'approuver la conduite du médecin qu'ils veulent supplanter, pour mieux tromper le public. Mais leurs paroles laudatives, pleines de réticences, de *mais de si*, sont très perfides et très dangereuses.

D'autres iront plus ouvertement; ils critiqueront tout ce que vous ferez, ne trouveront rien de bon en votre manière de traiter les gens. On vous fera passer pour un ignorant, un homme indigne de posséder la confiance. Il suffira que vous affirmiez à votre malade qu'il souffre de telle affection, pour que l'on vienne dire que vous êtes un âne et que vous ne savez ce que vous dites.

Dans certaines paroisses on pousse très loin cette lutte entre confrères, sans réfléchir que par cette conduite l'on se discrédite et l'on se perd à jamais dans l'esprit du public. Il n'y a pas à se le cacher, il faudrait de toute nécessité trouver un remède à cette maladie qui nous fait tant de mal à nous, médecins de la campagne. Il n'y a pas assez de décorum parmi les membres de notre profession; il n'y a pas assez de dignité, et pas assez de bonne foi chez un très grand nombre.

Qu'avons-nous à gagner à nous dénigrer, à nous maltraiter en présence du public qui, trop souvent, ne demande pas mieux que d'applaudir à nos misères intestines, et de nous traiter ensuite comme des gens qui ne méritent aucune déférence, aucun respect, aucune confiance. C'est un signe des temps, le médecin baisse dans l'estime public et c'est sa propre faute.

Je vous citerai un cas, entre plusieurs, qui démontre bien la triste vérité de ce que j'avance.

L'automne dernier, un jeune médecin d'une paroisse d'un comté non loin d'ici, est appelé dans une famille pour donner ses soins à trois enfants. Le docteur constate que ces trois enfants souffrent de la diphtérie. Il avertit en conséquence le chef de la famille, puis il rapporte le cas au bureau de santé local. L'officier de santé, comme un homme qui connaît son devoir, se rend à l'endroit indiqué et met la famille en quarantaine. Quelques jours se passent, puis l'on constate, un bon matin, que le chef de la famille contaminée vaque à ses occupations ordinaires sans tenir compte des instructions reçues du conseil d'hygiène. Une semaine, deux semaines se passent, et voyant que cet individu se moque de l'autorité, on le cite devant le tribunal

siégeant à Montmagny. Voici ce qui était arrivé. Après la visite de l'officier de santé, le père des enfants malades s'adressa chez un médecin d'une paroisse voisine. Celui-ci se rend avec empressement dans cette famille où il n'avait pas d'affaire et faisant fi du plus sacré de ses devoirs de médecin, et sans se soucier des désastreuses conséquences que pouvaient avoir sa coupable conduite, il déclare que le premier médecin appelé s'est trompé et que ces enfants n'ont pas de diphtérie. Puis il conseille au père d'enlever le placard et de se fiche des officiers de santé. Et cela pour se rendre agréable à une famille à qui pesait un peu le fardeau de la mise en quarantaine.

Ce médecin savait que, dans le temps, une maligne épidémie de diphtérie sévissait dans le canton même où résidait cette famille. Je me hâte d'ajouter que le magistrat traita comme elle le méritait l'odieuse conduite de ce médecin.

Ce n'est pas là un cas isolé; ces choses se répètent malheureusement trop souvent. Est-ce que la société médicale de Québec, composée de l'élite des membres de la profession qui compte parmi ses adeptes des hommes dont la sagesse et l'expérience permettent de parler avec autorité; est-ce que cette société, dis-je, ne pourrait pas nous aider à remonter le courant qui menace de nous engloutir, à combattre cette dangereuse manie qui nous conduira à la ruine? Je pose la question avec confiance.

Voilà les deux principales misères sérieuses, et sérieuses elles le sont, contre lesquelles le médecin de nos jours est obligé de lutter.

Je ne parlerai pas des autres désagréments inhérents à notre position. Je ne parlerai pas des longs voyages sous la pluie et les tempêtes, je ne vous parlerai pas des séjours prolongés loin du foyer où il faut vivre de la vie, des mœurs et de la table des gens qui vous font l'honneur d'aller vous chercher. Je ne puis cependant résister à l'envie de vous faire une petite peinture d'une scène qui se répète souvent, très souvent.

On arrive chez vous, on carillonne avec frénésie, on met en émoi toute la maison. Vite docteur, c'est pressé. Bien, où voulez-vous me conduire ainsi? oh! c'est bien loin; les chemins sont mauvais, la nuit va bientôt tomber, on va se hâter. Vous vous empressiez de mettre dans la voiture l'outillage nécessaire en pareil cas; et fouette cocher, au galop. Vous faites à cette allure, un mille, deux milles, puis l'on se ralentit. Après tout il ne faut pas faire mourir cette pauvre bête; la femme attendra bien un peu; elle n'a pas l'habitude d'être bien vive. C'est compris. Cette scène se répète si souvent que vous la connaissez par cœur d'avance. Après une heure ou deux de marche, vous arrivez à la maison, et vous ne devez pas manifester trop de surprise si c'est *votre malade* qui vous ouvre la porte.

— Enfin c'est vous docteur! nous sommes bien contents, ça ne presse pas beaucoup, mais enfin, lorsque le docteur est dans la maison, on n'a plus d'inquiétudes. On pouvait aller vous chercher pour d'autres, et puis c'est loin, les chemins sont mauvais, la nuit approche, vous pouvez bien attendre ici jusqu'à demain, etc., etc. Mais enfin avez-vous quelques douleurs? Y a-t-il quelques indices que vous ayez réellement besoin de mes services? Bien oui, un peu de temps en temps, mais ça peut traîner. Que voulez-vous fuir? Que voulez-vous dire? Il faut bien se résigner et faire bonne figure en face de cette calamité. Vous avez la perspective de passer une nuit au coin

du feu, avec une demi douzaine de bonnes femmes qui vont vous tenir sur le gril pour vous empêcher de dormir.

Aux premières lueurs de l'aube, au chant du coq, votre malade putative va venir vous dire qu'elle se sent bien mieux que la veille.

Comme le même mal peut la reprendre d'un moment à l'autre, il serait imprudent de vous laisser partir ; on vous invitera donc à passer la journée. Le mari part pour son ouvrage et les commères disparaissent ; la mère vaque à ses occupations en attendant *que ça recommence*. N'oubliez pas en partant pour un de ces voyages de mettre dans votre sac un bon roman, ou la dernière Revue, ou votre journal favori.

Passons sur les ennuis et sur les rancœurs causés par l'ingratitude de certaines personnes, sur les difficultés que le médecin rencontre très souvent à se faire payer ses honoraires si bien gagnés.

On m'a dit que le médecin de la campagne n'est pas plus mal partagé sous ce rapport que certains de nos confrères des grandes villes. A côté de ces déboires et de ces ennuis il y a de nombreuses et bien douces consolations pour le médecin qui aime véritablement sa belle profession ; et parmi ces consolations, je n'en vois pas de plus ineffable que cette ivresse intime causée par la certitude d'avoir arraché à la mort un de ses semblables. Je suis de ceux qui croient que la science médicale, dans un très grand nombre de cas, Dieu merci, est toute puissante contre le mal.

N'est-il pas vraiment beau, n'est-il pas vraiment consolant de pouvoir se dire : J'ai rendu à sa mère un enfant chéri qui, sans moi, dormirait aujourd'hui sous les longues herbes du cimetière ; j'ai rendu un père à ses chers enfants qui n'avaient que lui pour consolation et pour soutien ; j'ai rendu une épouse bien aimée à ce jeune homme qui commençait sa carrière en face d'un avenir tout souriant de promesses. Oui Messieurs ce sont là des bonheurs vrais.

## REVUE DES JOURNAUX

### Cardiopathies Phyllitiques.

Hôpital de la Pitié.—Service de M. JACCOUD

Messieurs,

Vous avez pu voir au lit n° 12 de la salle Jenner un homme de 49 ans qui est entré dans notre service il y a quelques jours et présente un véritable musée pathologique.

Ce qui l'a amené à l'hôpital, symptôme prédominant chez lui, c'est la dyspnée. Nous sommes donc dans l'obligation tout d'abord de rechercher l'origine de cette dyspnée, vous allez voir que nous n'avons que l'embarras du choix parmi les causes pouvant la déterminer.

Nous avons d'abord trouvé dans le cœur, qui ouvre la série de ce complexe pathologique, des altérations capables de déterminer la dyspnée, nous en avons trouvé aussi dans le rein et dans les organes respiratoires.

Voyons d'abord l'état du cœur puisque aussi bien il a été le premier organe atteint ; c'est en 1891 que le malade commença à souffrir d'essoufflement au moindre effort.

Le cœur est augmenté de volume : la pointe est abaissée de tout un espace intercostal et bat en dehors de la ligne verticale mamelonnaire, son impulsion est énergique. A l'auscultation on trouve à la pointe un premier souffle systolique ; on en trouve un second également systolique au foyer xyphoïdien beaucoup plus fort, beaucoup plus long que le premier. De plus on a déjà en aus-

cultant la pointe, la sensation que ces souffles ne sont pas seuls et qu'ils sont mêlés à quelque chose d'autre : en effet, au fur et à mesure qu'on éloigne le stéthoscope de la pointe en le rapprochant de la base, ces deux souffles s'effacent peu à peu et on perçoit nettement alors un autre souffle, cette fois diastolique, qui occupe la moitié supérieure du sternum et a son maximum au foyer aortique.

De ceci nous concluons d'abord, de par le premier souffle systolique de la pointe, que cet homme est atteint d'insuffisance mitrale pure sans association de rétrécissement, mais que cette lésion n'est pas dans l'espèce la plus importante. Le deuxième souffle systolique au foyer xyphoïdien, beaucoup plus intense, avons-nous dit, que le premier, indique de son côté qu'il y a une dilatation du cœur droit et une insuffisance tricuspidiennne.

Enfin le souffle diastolique du foyer aortique nous indique qu'il existe une insuffisance aortique ; cette insuffisance se fait sentir au pouls qui, s'il n'est pas tout à fait le pouls de Corrigan, est un peu rétrogradant, un peu bondissant.

Les battements des carotides et des sous-clavières sont exagérés et on voit ces vaisseaux se dessiner fortement sous la peau. En outre de ces battements, la sous-clavière remonte au dessus de la clavicule ; on pourrait croire qu'il y a aussi une élévation de la crosse de l'aorte, cela n'existe pas cependant.

Dans un cas de ce genre il est nécessaire d'ausculter les artères qui peuvent fournir de très utiles renseignements. Ici on n'y trouve pas les deux souffles habituels ; le souffle correspondant à la systole du cœur n'existe pas, mais en revanche on perçoit nettement un souffle diastolique qui vous met sous l'oreille le souffle correspondant de la région précordiale.

Il y a aussi des phénomènes veineux très aisés à constater, il y a une distension considérable des jugulaires, les deux branches de la jugulaire externe sont énormes et justifient la comparaison classique qu'on a fait, en pareil cas, avec de grosses sangsues. De plus, ces veines sont animées de battements qu'on pourrait peut-être, en examinant légèrement, prendre pour du pouls veineux, alors que ce ne sont que des battements communiqués, les veines sont soulevées par les artères qui passent au-dessous. C'est là une variété du faux pouls veineux dû au soulèvement des veines, lequel peut être dû lui-même à des causes nombreuses. Ici nous sommes bien sûrs que nous n'avons pas affaire au vrai pouls veineux, ce phénomène, en effet, consiste dans le reflux de la colonne sanguine dans le calibre de la veine au moment de la systole ; sans ce reflux le pouls veineux n'existe pas. Ici, grâce au volume des veines, il est facile de démontrer qu'il n'y a pas de reflux ; en pressant avec deux doigts sur deux points rapprochés de la jugulaire on vide un segment de ce vaisseau, et lorsqu'on enlève le doigt inférieur on voit bien qu'il n'y a pas de reflux...

Ceci est une démonstration mathématique d'un fait très important dans l'histoire des lésions tricuspidiennes, savoir qu'il peut y avoir une insuffisance tricuspidiennne sans pouls veineux. Cette lésion produit toujours de la stase dans les veines mais pas forcément le reflux dans le calibre du vaisseau. Pour que ce dernier phénomène se produise il faut que la veine elle-même soit insuffisante. La valvule tricuspidiennne peut être insuffisante ; mais l'ondée sanguine ne refluera pas dans le vaisseau veineux si les valvules de ce vaisseau lui-même résistent. Les deux choses ne sont pas forcément en rapport constant, souvent il est vrai, insuffisance tricuspidiennne, insuffisance veineuse marchent ensemble mais ce n'est pas forcé ; chez notre malade cela n'existe pas.

Poursuivant l'examen de cœur nous trouvons, outre les souffles qui nous ont démontré l'existence d'une insuffisance mitrale, d'une insuffisance tricuspidiennne et d'une insuffisance aortique, nous trouvons dis-je, quelques frottements péricardiques.

Tel est l'état du cœur, cet état ne pouvait exister sans troubles



du côté de la circulation périphérique et du côté des reins en particulier. En effet dès 1897 cette homme avait eu de l'œdème des extrémités, de l'anasarque et de l'albumine dans les urines symptômes pour lesquels il était rentré à l'hôpital Lariboisière. Il en était sorti très amélioré mais ces symptômes se présentèrent de nouveau quelque temps après.

Il y a donc chez lui des altérations rénales qui datent au moins d'un an, altération qui se traduit encore aujourd'hui par une diminution notable dans la quantité des urines. Rien que cet état rénal pourrait expliquer à lui seul la dyspnée, qui pourrait être chez ce malade une dyspnée urémique.

Mais outre son origine cardiaque probable, outre son origine rénale possible; la dyspnée pourrait en revendiquer une troisième: l'état de l'appareil respiratoire.

Il n'existe pas de phénomènes pulmonaires proprement dits on ne perçoit guère que quelques râles de catarrhe bronchique, mais dans les deux régions inférieures du thorax, particulièrement à droite, existe une ceinture de frottements pleuraux qui, par leur timbre accusent une certaine ancienneté, ces frottements existent aussi bien en avant qu'en arrière; il n'y a pas d'épanchement. Ces frottements pleuraux rapprochés des frottements péricardiques déjà mentionnés montrent que les séreuses ont été particulièrement atteintes.

Tel est le bilan fourni par l'examen organique. Pouvons-nous maintenant résoudre cette question: à quoi est due la dyspnée? Au premier abord on est tenté de l'attribuer, sinon exclusivement du moins pour la plus grande part, à l'état du cœur. Ce dernier, en effet, présente des lésions anciennes d'où, avec le temps, on découle les troubles de la circulation viscérale et périphérique, d'où procède l'état des reins, d'où vient encore quelque chose que nous ne vous avons pas encore signalé, soit une altération profonde du foie. Vous savez que le foie est sous la dépendance immédiate du cœur et vous savez ce qu'en pathologie on décrit sous le nom de foie cardiaque. Nous en avons un exemple chez notre malade, le foie est énorme, il dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt; cependant on n'observe pas de souffle ni de battements hépatiques comme cela s'observe dans l'insuffisance tricuspidiennne.

Vous voyez d'après cela combien est puissante la capacité pathogénique du cœur.

Mais d'autre part la capacité pathogénique rénale n'est point négligeable.

Dans le cas particulier, c'est sous l'influence rénale qu'ont eu lieu les déterminations sur les séreuses, c'est là un des caractères des néphrites paronéymateuses, ces déterminations n'ont rien de commun avec l'état du cœur.

La dyspnée peut tout aussi bien tenir aux lésions rénales.

Comment alors vous déterminerez-vous? Et ceci est très important, il ne s'agit pas là de subtilités de diagnostic; le pronostic et le traitement découleront en effet directement de l'opinion que vous vous ferez. En effet si vous pensez avoir affaire à une dyspnée d'origine rénale, à une dyspnée urémique, le pronostic est alors tout à fait particulier, il est grave et un traitement urgent s'impose. Si au contraire il s'agit d'une dyspnée cardiaque, la conclusion est toute différente, la gravité immédiate n'est pas la même et les moyens thérapeutiques sont tout différents.

Le dernier mot si important dans l'espèce vous sera donné par l'examen des urines. Ici cet examen a été exécuté par M. Mangin, et les faits sont d'une remarquable précision. La quantité d'urine émise dans les 24 heures qui ont précédé cet examen a été presque normale: 1,200 grammes; mais elle ne contient que 4 grammes d'urée; du côté des chlorures, même diminution, 5 grammes au lieu de 11; bien qu'elle soit de moindre importance que celle de l'urée; il n'y a que 1 gr. 75 de phosphates ou lieu de 3 grammes ou 3 gr. 5. La quantité d'albumine est par contre assez peu considérable, 0 gr. 75, preuve de ce que j'ai eu l'occasion de vous dire plusieurs fois, que le

pronostic d'une néphrite n'est pas forcément en rapport avec la plus ou moins grande quantité d'albumine. On a trouvé également dans l'urine de notre malade une assez grande quantité de cylindres hyalins.

Avec des chiffres pareils il vous est suffisamment démontré que l'élimination rénale est insuffisante et que certainement la dyspnée est une dyspnée urémique. Aussi ai-je déjà agi en conséquence, et ceci vous démontre bien ce que je disais tout à l'heure, savoir, l'importance de déterminer l'origine de la dyspnée. J'ai mis le malade au régime lacté absolu, je lui ai fait respirer de l'oxygène, j'ai poussé aux garde robes. Si je lui n'ai pas fait de saignée, c'est à cause de l'état du cœur. D'ailleurs j'ai obtenu, non qu'avec les moyens que je viens de vous indiquer, de bons résultats, le malade n'a presque plus de dyspnée, il ne lui reste guère que de l'insomnie.

Une autre question se pose. Quelle est l'origine de la cardiopathie qui est le premier des désordres organiques constatés chez cet homme, du moins chronologiquement et, par suite, de la néphrite qui paraît être secondaire, d'origine cardiaque comme l'est l'hypertrophie du foie que nous avons constatée? L'enquête très complète à laquelle nous nous sommes livrés a été négative sur tous les points sauf deux et par cela elle est des plus intéressantes.

Un enquête étiologique de ce genre est très complexe et, pour la mener à bien, il faut procéder par groupes étiologiques. Et ici il y en a deux qui sont parallèles l'un à l'autre, le groupe des intoxications, le groupe des infections, ces deux catégories sont très nombreuses, surtout la seconde.

Chez notre malade nous ne trouvons aucune trace d'intoxication de quelque nature que ce soit et, pour ne citer que les deux principales, il n'y a ni alcoolisme, ni saturnisme. Pour ce qui est du groupe des infections nous n'en trouvons que deux auxquelles nous puissions ici rattacher l'état pathologique actuel: la blennorrhagie et la syphilis. Toutes les deux sont de la même année 1871: cette année le malade eut une ulcération sur le prépuce qui fut suivie peu de temps après de plaques muqueuses, accidents qui d'ailleurs cédèrent assez rapidement au traitement approprié. Nous rencontrons très vraisemblablement dans la syphilis l'origine de la cardiopathie actuelle qui existe sans doute depuis longtemps mais qui ne s'est manifestée qu'en 1891, c'est-à-dire vingt ans après l'accident initial. Cette longue période qui s'est ainsi écoulée entre l'invasion de la maladie et les manifestations de la cardiopathie n'a rien d'opposé à l'origine syphilitique, au contraire, les manifestations viscérales syphilitiques étant le plus ordinairement tardives. Le temps est peut-être trop long pour pouvoir admettre l'origine blennorrhagique. C'est là une question de plus ou de moins et vraiment nous ne pourrions résoudre le problème si cet homme ne présentait pas des symptômes d'une autre affection, elle, est absolument du ressort de la syphilis, le tabès. Il a en effet, des douleurs fulgurantes, de l'abolition des réflexes rotulien et plantaire et aussi le signe d'Argylli Robertson.

C'est donc bien de tabès qu'il s'agit et le malade a déjà même dépassé la période préataxique; cette découverte nous autorise à admettre l'origine syphilitique de tous les accidents, de préférence à l'origine blennorrhagique.

Cette complexité organique présente, grâce à cette conception pathogénique, une remarquable unité. Il y a donc chez cet homme des altérations organiques multiples, diffuses, mais reconnaissent une cause unique: l'infection syphilitique. Nous avons là un exemple assez rare de la présence chez le même individu de lésions aussi nombreuses et aussi importantes; pour ma part je n'ai pas encore rencontré la triade viscérale (moëlle, cœur, reins) aussi nette.

La recherche que nous venons de faire n'est pas une simple cu-

riosité, comme je vous le disais tout à l'heure, mais elle importe au premier chef puisqu'elle va diriger le traitement.

En effet lorsque nous serons sortis des accidents urémiques, temps qui n'est pas éloigné, j'instituerai le traitement spécifique à fond, regrettant seulement que l'état du cœur ne me permette pas d'employer des doses maxima.

(Abeille méd.)

#### Traitement diététique de la constipation.

M. Cornet résume comme il suit, dans l'*Actualité Médical*, d'après Boas, Fleicher, Munck et Ewald, les principales règles du régime et du traitement qu'il convient de conseiller aux constipés :

*Aliments particuliers.* — On peut, comme Boas, les diviser en trois catégories :

A. Ceux qui laissent des résidus dans l'intestin : pain de son, pain de Graham, pain de seigle, pain noir ; comme légumes : choux, navets, carottes, asperges, choucroute, épinards, salades, nouilles, macaroni, mets farineux, pommes de terre, lentilles, petits pois, haricots verts.

B. Les aliments qui provoquent une forte transsudation dans l'intestin et favorisent ainsi la liquéfaction des matières : compotes de prunes, de pommes, de prunelles, de mirabelles, d'abricots. Signalons, en outre : pruneaux, oranges.

C. Aliments qui provoquent le péristaltisme, par leur fort contenu ou leur grande production en acides organiques (butyrique, lactique, acétique). Nous rangeons ici huiles, graisses dans les aliments.

*Boissons.* — Aux repas, nous conseillons, suivant les cas et les individus : eau pure, froide ou chaude, alcaline ou sucrée, dont un grand verre, pris le matin à jeun, produit souvent de bons effets ; cidre, vin blanc, képhir. En dehors des repas, ou le matin à jeun : lait de beurre, lait battu, petit lait.

*Auxiliaires utiles.* — On peut joindre à l'alimentation : miel, gâteaux au miel, pain d'épices au miel ou au sirop, et surtout le sucre de lait, que nous conseillons au lieu du sucre ordinaire, dont il convient d'user peu. On prend le sucre de lait, à raison de 10 à 16 gr. dans une tasse de lait le matin à jeun ; ou bien une cuillerée à bouche trois à quatre fois par jour, dans lait, café, etc.

Chez les femmes, qui n'ont pas l'habitude de boire de la bière, un grand verre, le soir, peut convenir.

Chez les hommes, certains mets salés, tels que harengs, caviar, favorisent les garde-ropes. De même le cigare ou la pipe peuvent "en quelques bouffées" réveiller la fonction intestinale, sans qu'il soit pour cela nécessaire de devenir fumeur de profession.

Enfin, le café noir, après le grand déjeuner, est bien loin, pour nous, d'être contre-indiqué.

*Particularités individuelles.* — Nous avons indiqué les grandes lignes du régime alimentaire des constipés, mais il y a de grandes variations individuelles et, par une observation judicieuse, certaines personnes peuvent s'instituer à elle-même un régime qui leur convienne, tout en s'écartant des règles communes. Toutefois, ces exceptions ne s'observent guère que pour certains mets ou certaines boissons en particulier. C'est ainsi que, chez les uns, un verre de lait le matin, que chez les autres, le café crème, le café au lait, provoque des évacuations alvines, etc.

*Mets et boissons défendus.* — Chez les personnes qui ont tendance à la constipation, il convient d'interdire : pain de luxe, biscuits, gâteaux, filets de bœuf, riz, cacao, ainsi que l'excès de viande, de pain et de pommes de terre. Comme boissons, le vin rouge et le thé ne conviennent pas.

*Hygiène dans le genre de vie.* — L'hydrothérapie trouve ses indications, surtout quand il s'agit de paresse intestinale d'origine nerveuse, manifeste ou cachée. Le médecin seul a qualité pour déterminer les moyens hydrothérapiques, suivant les circonstances morbides

et individuelles. Ce peut être les douches, le jet brisé sur le ventre, l'enveloppement humide de l'abdomen pendant la nuit, les bains entiers, les bains de siège frais.

Le changement d'air prolongé dans une station thermale (Châtel-Guyon en France), et même en un lieu quelconque, choisi suivant le tempérament et l'état de santé général.

Les mouvements du corps qui soient compatibles avec les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, d'état de santé général et même de profession.

Ce qui convient le mieux, c'est la gymnastique de chambre ou gymnastique suédoise (mécanothérapie), la marche, l'équitation, la nage, la rame. L'idéal à réaliser consiste à distraire l'esprit (neurasthéniques, nerveux, surmenés) et à mettre en jeu spécialement les muscles de l'abdomen, lesquels coopèrent au mécanisme de la défécation. C'est pourquoi nous donnons la préférence, après la gymnastique suédoise, à la nage et au canotage, mais surtout aux jeux de boules, de paume, de croquet, de quilles, et à cet exercice banal que chacun peut faire chez soi de la manière que voici : on se couche par terre sur le dos, et, les bras croisés, on s'exerce à se placer en position assise par le seul effort des reins et par le jeu des muscles fléchisseurs de l'abdomen ; ces mouvements de va et-vient sont répétés un certain nombre de fois, et si, dans les débuts de cette gymnastique, on ne parvient pas à maintenir les jambes horizontales et immobiles, on prend un point d'appui pour les pieds, à la base d'une armoire.

Le massage, pour produire des effets durables, ne doit pas être de quelques semaines seulement, mais de plusieurs mois. Il consiste en chocs méthodiques et brefs, en tapotement, pétrissage et frottement. Il doit être pratiqué par le médecin ou par un masseur ou masseuse habiles. Le massage a pour effet, non pas de faire cheminer le chyme et les matières, mais d'exciter le péristaltisme et de favoriser la circulation intestinale.

L'électricité ne vaut pas, tant s'en faut, le massage. Cependant, des praticiens experts en obtiennent d'heureux résultats, mais seulement dans les cas d'atonie, et nullement dans les contractions spasmodiques où il a contre-indication absolue.

*Laxatifs et purgatifs.* — Dans la constipation habituelle, les purgatifs ne doivent être que l'"ultima spes" et ne convenir qu'en cas d'absolue nécessité. Nous disons plus : on ne devrait prendre aucun purgatif sans l'avis d'un médecin. Car l'effet purgatif n'est jamais que l'effet d'un trouble provoqué dans l'organisme, trouble d'intensité variable, mais qui n'en présente pas moins parfois, suivant les tempéraments et les circonstances et l'état de santé, ses contre-indications très nettes et ses dangers.

*Contre indications.* — Les purgatifs sont défendus dans la constipation par suite de péritonite, dans les ulcérations de l'intestin, les contractions toniques, la sténose organique, etc.

Suivant les circonstances, les purgatifs huileux (huile de ricin, huile d'olives à haute dose) ont l'inconvénient d'être indigestes ; les drastiques (aloès, séné, coloquinte, eau-de-vie allemande) irritent parfois le gros intestin et les organes voisins, congestionnent les hémorrhoides, etc. Quant aux purgatifs salins (sulfate de magnésie, eaux minérales, etc.), ils ont pour fâcheux résultat, et de favoriser la constipation, et de produire des indigestions violentes, des troubles nerveux, ou la syncope, s'ils sont ingérés d'une manière intempestive par des personnes faibles, excitable, ou d'une susceptibilité particulière sans cause appréciable.

*Régularité dans les heures.* — Ce qui veut dire, suivant le bon conseil de Trousseau, qu'il faut se présenter à la garde-robe, au même moment de chaque jour, et cela avec constance, qu'il y ait "envie" ou pas, que les selles soient pénibles ou d'abord nulles.

D'habitude, le besoin d'aller à la selle se fait sentir après le petit repas du matin, ou après le grand déjeuner. Ceci est dû d'ordinaire et physiologiquement, à l'excitation réflexe du péristaltisme par le

contact des aliments ou boissons avec la muqueuse gastrique, ou peut-être encore par un commencement de travail digestif. Quoi qu'il en soit, il est bon d'adopter l'un ou l'autre de ces deux moyens pour se présenter à la garde-robe en cas de coprostase.

*Chaleur des cabinets d'aisance.*— Cette indication paraît banale, et pourtant nous connaissons maints constipés nerveux, qui le sont en hiver uniquement par constriction due au froid. Placez-les, d'un endroit non chauffé ou frais, dans une pièce chaude, et ils ont une garde-robe. C'est pourquoi il serait utile, alors que dans les villes la constipation est si commune, que les cabinets d'aisance pussent être chauffés.

*Position dans les cabinets.*— Il n'est pas jusqu'à la manière de se présenter à la garde-robe qui ne fournisse certaine particularité utile. La position accroupie, celle où l'abdomen est fortement fléchi sur les cuisses, est la meilleure, parce qu'elle favorise le jeu des muscles qui interviennent pour la défécation.

L'habillement doit être surveillé, surtout chez les jeunes filles, dont un trop grand nombre ont la fâcheuse habitude de chercher fine taille par un étroit corset. Les hommes doivent porter bretelles et rejeter l'aide de toute sangle ou ceinturon qui serrent trop.

*Lavage de l'intestin.*— Les lavages, lavements, remèdes ou clystères représentant des auxiliaires précieux contre la constipation habituelle; malheureusement, leur pouvoir s'affaiblit par un usage trop fréquent.

*Indications.*— Les lavements conviennent quand il y a une grande quantité de matière accumulée dans la partie inférieure du gros intestin et que le traitement diététique ne suffit pas, nous leur donnons hautement la main sur les laxatifs ou purgatifs, d'autant que ceux-ci provoquent parfois de fortes contractions de la musculature et des douleurs vives, sans pour cela produire l'évacuation alvine.

*Contre-indications.*— Il ne faut pas recourir aux lavements dans la sténose de l'intestin, dans les ulcérations, et peu après les fortes hémorragies.

*Mode d'emploi.*— On se sert d'un irrigateur calibré, et la quantité du liquide varie suivant qu'il y a lieu à lavement simple ou à grande irrigation; de même, on emploie moins d'eau froide que d'eau tiède ou chaude.

Les lavements d'huile de Kussmaul et Feinberg ont le grand avantage de couler lentement et de dilater lentement et progressivement le gros intestin. L'huile excite moins le péristaltisme, mais reste plus longtemps dans l'intestin et favorise la désagrégation et la sortie des matières. Pour les grands lavements d'huile, on utilise une grande canule, et la position préférable est le décubitus dorsal, le siège étant un peu élevé.

Les injections de glycérine dans l'anus, à la dose de 3 à 4 gr., ont été conseillées par Anacker et Oidtman.

(Gaz. des Hôp.)

### De certaines sources de névrose chez la femme.

par le Dr EGBERT-H. GRANDIN

Le terme de névrose est un terme fort vague et sert souvent à voiler une ignorance profonde. Cette ignorance provient souvent d'un examen défectueux et résulte parfois du fait de ce que, s'étant adressé à un spécialiste, celui-ci confine ses recherches dans le domaine de sa spécialité. Comme preuve de ce qu'il avance, l'auteur cite les cas suivants :

*Fissure du col vésical.*— Une femme mariée vint un jour le trouver en se plaignant de ce que les rapports sexuels étaient impossibles. Cette personne était très nerveuse et ressentait de la douleur dans presque toutes les parties du corps. A l'examen digital, les organes pelviens paraissaient ne rien présenter d'anormal; il n'y avait même pas abaissement des ovaires, comme on l'avait soupçonné. En exa-

minant le col de la vessie, une fissure y fut découverte. La dilatation avec application d'acide phénique amena la guérison.

*Adhérence du clitoris.*— Le clitoris joue un rôle important dans la production des névroses variées. Bien des cas de nymphomanie et de masturbation trouvent leur explication dans les adhérences de cet organe. Comme exemple, l'auteur cite le cas d'une lady de 35 ans qui vint le consulter pour un prurit génital intense. Il n'y avait pas de sucre dans l'urine et bien des remèdes avaient été essayés sans aucun succès. Le prépuce du clitoris était fortement adhérent et à ce niveau se trouvait une vraie collection de smegma. Une prompte guérison suivit l'enlèvement de cette cause morbide.

*Fissure anale.*— L'auteur se déclare enclin à penser que le sphincter anal est une cause de maladie qu'on n'envisage pas aussi complètement qu'il devrait l'être. La fissure anale, en effet, est une source fréquente d'irritations réflexes; il s'ensuit que le rectum et l'anus, tout comme le vagin et les organes pelviens, devraient toujours être soumis à un examen des plus minutieux. Une dame très nerveuse était venue le trouver, après deux années de mariage, à cause de ménorrhagie et autres troubles. Le spasme de l'hymen était tel que l'exploration vaginale ne put être pratiquée qu'après anesthésie. L'examen du rectum révéla un ulcère profond. Le sphincter anal fut dilaté et l'ulcère cautérisé. La patiente fut rapidement rétablie.

*Coccyodynie.*— Le coccyx aussi est une source relativement fréquente de névroses, surtout grâce à la falcité qu'il présente d'être lésé, non seulement dans la parturition, mais encore dans les chutes sur le dos. La fracture de cet os, même quand la carie n'en résulte pas, détermine souvent sur les filets nerveux une pression qui entraîne à sa suite de l'irritation réflexe. Souvent il enleva le coccyx soit à la suite d'une affection concomitante, ou d'une fracture suscitant des phénomènes nerveux difficilement explicables autrement. Dans chaque cas, l'opération produisit le soulagement désiré. Dans l'extirpation du coccyx, le drainage n'est pas nécessaire. Après avoir enlevé l'os, on pratique la suture avec une large aiguille courbée de Hagedorn faite de telle sorte que la plaie soit complètement et facilement refermée.

*Maladie de l'utérus et des annexes.*— L'auteur s'étend ensuite sur la part que prennent, dans la production des névroses, les maladies des trompes et des ovaires. Accidentellement il fait remarquer qu'il considère la menstruation comme la plus obscure de toutes les névroses féminines. Une femme de 35 ans lui fut amenée par son mari, qui l'avait retirée d'une maison de santé où l'avait fait entrer un neurologue. Elle présentait, comme phénomènes morbides, une profonde mélancolie, de l'érotomanie et une tendance au suicide. L'examen révéla de la périmérite et de l'endomérite qu'on n'avait pas soupçonné être de nature à pouvoir produire ces troubles. L'enlèvement des annexes ayant eu lieu après laparotomie, la femme se rétablit complètement, et pourtant ces organes n'étaient pas malades. Ce fut un vrai cas empirique de réussite opératoire. Une autre patiente atteinte d'hystéro-épilepsie, avait des accès tellement violents qu'il fallait l'anesthésier pour en venir à bout. On put remarquer que ces accès survenaient surtout durant la période menstruelle, ce qui suggéra, comme moyen empirique, l'idée de supprimer les annexes. L'opération fut pratiquée il y a 3 ans et l'on vit, dès lors les accès diminuer d'intensité et de gravité, et il y a actuellement 2 ans que la personne en a été absolument exempte.

Le cas suivant peut-être cité comme démontrant l'insuccès pouvant suivre le traitement opératoire purement empirique. Une femme de 30 ans, épouse d'un homme de 50, souffrait d'hystéro-épilepsie. L'examen indiqua une augmentation de volume des annexes, mais ceux-ci restaient parfaitement mobiles. Il ne put être du tout prouvé que la période menstruelle jouissait d'une action aggravante

sur les symptômes. On réclama l'opération, parce que tout autre moyen avait échoué. A la suite de celle-ci, les attaques diminuèrent pour quelques mois ; ensuite, après l'apparition d'un faux flux menstruel, les accès revinrent aussi fréquents qu'avant. C'était, sans conteste, un cas d'épilepsie essentielle, et le résultat fut, par suite, tel qu'on devait s'y attendre.

Comme conclusion, l'auteur s'étend dans un plaidoyer en faveur d'un examen plus complet et plus minutieux de l'organisme entier, avant de procéder à des recherches purement locales.

(*Gazette de Gynécologie*)

#### Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intra-veineuses de sublimé

L'emploi des injections intra-veineuses de sublimé, est, bien entendu, une méthode d'exception ; et M. Gustave Singer, assistant à l'Hôpital général de Vienne, en vantant les résultats qu'il a obtenus, ajoute qu'il ne l'a utilisé que dans certains cas nettement déterminés, à savoir : 1° quand le rhumatisme articulaire aigu se développe à la suite du processus infectieux (érysipèle, phlegmon, état puerpéral, etc.) ; 2° quand il présente une marche anormale et des complications (frissons répétés, poussées répétées d'endocardite, récurrences rapprochées, métastase, etc.), donnant à l'affection les allures d'une pyohémie ; 3° quand le salicylate de soude échoue, ou quand le processus se localise dans quelque articulation.

La solution dont se sert, M. Singer, est formulée de la façon suivante :

Bichlorure de mercure. } Chlorure de sodium . . }	à 0,10 à 0,20 cent.
Eau.....	

10 grammes.

Avec la solution faible qui renferme 1 centigramme de sublimé pour un centimètre cube d'eau, les injections sont faites tous les jours ; avec la solution forte renfermant 2 centigrammes de sublimé pour 1 centimètre cube d'eau, les injections sont faites tous les deux jours.

La technique de ces injections est fort simple ; comme tout le monde, M. Singer les fait dans une veine du pli du coude. On commence par laisser pendre, pendant quelques minutes, le bras du malade, et, lorsque les veines sont suffisamment turgescentes, on applique au-dessus du coude un lien constricteur, qu'on a la précaution de ne pas trop serrer, afin de ne pas arrêter le sang dans les artères. La région étant ensuite soigneusement aseptisée par des lavages successifs avec de l'eau chaude, puis avec une solution alcoolique de savon, ensuite avec une solution de sublimé à 1 pour 1000, et, enfin, avec de l'alcool et de l'éther, on prend une seringue de Pravaz chargée de la solution et dont on a chassé l'air, on enfonce l'aiguille dans la veine, dans le sens du courant du sang veineux, c'est-à-dire de façon que la pointe de l'aiguille soit dirigée vers la racine du membre. Si l'on est bien dans la veine, la solution se colore légèrement en rouge. L'aide défait alors vivement le lien constricteur et l'on pousse lentement le piston de la seringue. On applique le doigt sur l'aiguille qu'on retire lentement. Il ne reste plus qu'à faire un petit pansement compressif, au niveau de la piqûre.

Comme six ou huit injections sont nécessaires pour amener la guérison, les injections sont faites alternativement à chaque bras, chez certains individus ; les veines de l'avant-bras peuvent aussi être utilisées pour les injections.

Comme dans tout traitement mercuriel, le malade veillera à l'hygiène particulière de sa bouche, dont les gargarismes fréquents avec une solution de chlorate de potasse forment la base. Si l'on constatait une simple tuméfaction du bord des gencives, on fera, plusieurs fois par jours, des badigeonnages avec :

Teinture de myrrhe..... } Teinture de ratanhia.... }	à 15 grammes.
---	---------------

qu'on pourra également employer, dilué dans l'eau, pour des gargarismes. Mais si, malgré ces précautions la stomatite venait à éclater — ce qui est fort rare — on cesserait de suite les injections.

(*La Press méde*)

#### Le traitement de la colique saturnine par les injections sous-cutanées de serum artificiel

Par le docteur A. DALÉARDE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

On sait combien est grande parfois la difficulté de provoquer une selle chez les malades atteints de colique saturnine. Les purgatifs les plus énergiques restent sans effets, il faut les répéter plusieurs jours ; pendant ce temps, le malade continue à souffrir de douleurs musculaires souvent très violentes et d'une constipation qui entraîne avec elle de l'anorexie et des vomissements.

Il était donc intéressant de trouver un médicament rapide dans son action, constant dans ses résultats et capable de produire à bref délai un flux intestinal et la disparition des douleurs. Le sérum artificiel, d'après nos recherches, semble remplir toutes ces conditions. Avant nous, SAHLI avait essayé un échec dans un cas de saturnisme chronique, et DESPLATS avait obtenu un succès chez un malade atteint d'encéphalopathie saturnine à qui il pratiqua une saignée suivie d'une injection de sérum.

Dans neuf cas d'intoxication aiguë par le plomb, se manifestant par les symptômes classiques de la colique saturnine, le sérum artificiel a supprimé la douleur, en moyenne cinq ou six heures après l'injection, et amené une diarrhée le lendemain de l'intervention. Cette débâcle intestinale durait deux à trois jours avec trois selles en moyenne par vingt-quatre heures sans l'administration d'aucun autre médicament. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore très rapidement, l'appétit reparait, les vomissements cessent en même temps que les douleurs musculaires, et le pouls, de ralenti qu'il était pendant la crise, redevient normal.

Il est important de noter que la quantité d'urine n'est pas augmentée d'une façon sensible comme cela se passe ordinairement après les injections de sérum artificiel, toute l'action du sérum semble se porter du côté de l'intestin, ce qui, dans le cas présent, ne peut être que favorable aux malades.

Nos neuf malades, observés dans le service de clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, étaient des ouvriers cérusiers (8 fois) et un ouvrier plombier. Tous travaillaient au plomb depuis plusieurs mois à deux ans et quelques-uns d'entre eux avaient déjà présenté plusieurs fois les accidents de colique saturnine ; cinq étaient fortement touchés, la constipation et les douleurs musculaires s'accompagnaient de céphalée, de vomissements et de névrite périphérique.

Le seul traitement institué consistait à injecter sous la peau de l'abdomen 500 cent. cubes de sérum artificiel (formule de HAYEM). Cette dose a toujours été suffisante pour amener la guérison dans les délais indiqués plus haut, sauf dans un cas particulièrement grave où elle a dû être portée à un litre, injecté en deux fois à deux jours d'intervalle. Le sérum n'a aucune action sur les paralysies saturnines, il ne supprime que les douleurs musculaires et la constipation ainsi que les symptômes surajoutés qui en découlent, tels que les vomissements et la céphalée. Aucune tentative n'a été suivie d'insuccès et dans tous les cas, le rétablissement complet du malade est survenu plus rapidement qu'avec les anciens modes de traitement.

(*L'Echo médical du Nord*)

#### Traitement des vomissements par le menthol

M. Morel-Lavallée a préconisé le traitement suivant des vomissements incoercibles :

Menthol.....	10 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	20 —
Alcool.....	60 grammes.
Sirop simple.....	30 —

A prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure. M. Mathieu vient à nouveau de vanter les bons effets du menthol contre les vomissements alimentaires des tuberculeux. Le menthol est donné de la façon suivante :

Menthol.....	20 centigrammes.
Julep gommeux.....	150 grammes.

Bien agiter avant de s'en servir.—2 à 4 cuillerées à bouche espacées après le repas.

Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux provoquées par l'ingestion des aliments sont supprimées ou atténuées ; elles n'entraînent plus le vomissement. Le menthol est, dans ces cas, un excellent succédané de l'eau chloroformée et de la glace.

M. Ferrand, étant d'avis que l'élément spasmodique joue un très grand rôle dans la pathogénie de ces vomissements, préconise les badigeonnages au pinceau de la région pharyngée avec la solution suivante :

Bromure de potassium.....	5 grammes.
Glycérine.....	50 —

Badigeonnages pratiqués soit au moment des quintes de toux, soit avant le repas, et qui, en diminuant la sensibilité du pharynx, modifient favorablement le réflexe provoqué par le passage des aliments.

(Revue de clin. thérap.)

#### Le traitement de l'épididymite blennorragique par le gaïacol

A la clinique du professeur Janowski (de Prague), on a traité cinquante cas d'épididymite gonococcique par des applications d'onguent gaïacolé sur le scrotum (*Wiener Klin. Rundschau*). Le malade est mis au lit, et les bourses sont nettoyées au savon pour rendre la peau plus perméable. Puis, on applique la pommade suivante étendue sur une pièce de gaze :

Vaseline jaune.....	10 grammes.
Gaïacol pur.....	1 —

F. S. A. Pommade.

et on couvre le tout d'une couche d'ouate. En cas de funiculite, on prolonge le pansement le long du cordon. On relève les bourses par une serviette ou par une attelle. Après le premier pansement, le malade éprouve pendant un quart d'heure environ une sensation de brûlure très supportable d'ailleurs. Bientôt toute douleur disparaît, et la nuit venue, le malade dort sans narcotique.

Immédiatement après l'application du gaïacol, la température s'abaisse de 5 à 8 dixièmes de degré, mais jamais Janowski n'a vu survenir ni complication générale, ni locale.

Le pansement est renouvelé matin et soir, sans que la sensation de cuisson de la première application se reproduise. Après sept ou huit pansements, tous les malades étaient suffisamment améliorés pour pouvoir quitter l'hôpital, et pour attendre la guérison définitive avec la pommade suivante :

Extrait de belladone.....	50 centigrammes.
Litharge.....	1 gramme.
Huile d'olive.....	10 grammes.
Onguent simple.....	20 —

Mélez. Usage externe.

(Rev. gén. de clin. et de thérap.)

#### La medication thyroïdienne dans le traitement du goître exophtalmique

L. WEILER.

L'auteur rapporte un cas de goître exophtalmique pour ainsi dire guéri par le traitement thyroïdien seul. Le cas était très grave, et les médications habituelles avaient échoué complètement.

L'avis presque unanime des auteurs contreindiquant tout à fait les préparations de thyroïde dans le traitement du goître exophtalmique est certes un peu trop catégorique. S'il existe de nombreux cas où ce médicament a complètement échoué, s'il existe des cas où il a provoqué des accidents, il en est d'autres, rares jusqu'à présent, il est vrai, où certains malades lui ont dû des améliorations et même des guérisons inespérées. Ce nombre de privilégiés, si petit qu'il soit, ne doit pas faire rejeter un médicament qui peut donner d'excellents résultats dans certains cas. Ce qui fait précisément le petit nombre de ces cas heureux, c'est le défaut d'application de ce médicament qui est réputé dangereux. Cependant, en surveillant de très près les malades, et en commençant par des doses faibles, je crois qu'on peut, sans crainte, prescrire la medication thyroïdienne dans le traitement du goître exophtalmique lorsque les autres médications habituelles ont échoué, quitte à en cesser l'administration à la moindre alerte.

(La Presse méd.)

#### Traitement de l'obésité par les préparations thyroïdiennes.

Le Dr Affanassieff a essayé sur six malades trois sortes de préparations thyroïdiennes pour combattre l'obésité.

1° La *thyroïdine Merck*, qui n'est autre qu'un corps thyroïde de mouton desséché et pulvérisé.

2° La *thyroïdine Poehl*, d'une préparation analogue à la précédente, mais débarrassée de certaines substances albuminoïdes.

3° L'*iodothyryne de Baumann*, préparation artificielle retirée du corps thyroïde par des procédés chimiques et contenant une combinaison iodée organique.

La thyroïdine de Merck fut donnée à la dose de 0 gr. 2 à 0 gr. 4.

La thyroïdine de Poehl à la dose de 0 gr. 6 à 1 gramme.

L'iodothyryne jusqu'à 1 gramme sans dommage.

La thyroïdine de Merck est plus rapide et plus complète dans son action que toutes les autres préparations. Elle doit être réservée aux personnes vigoureuses en interrompant de temps à autre le traitement.

Les deux autres préparations seront données aux malades plus faibles.

D'après Affanassieff, on peut affirmer que les préparations thyroïdiennes constituent un médicament vraiment efficace de l'obésité.

(Bull. de thérap.)

#### Nouveau traitement de la syphilis.

Un homéopathe de Lyon, le docteur Lalande, a proposé récemment devant la Société de Biologie de Paris de traiter la syphilis par des injections sous-cutanées d'une solution de poudre de corne de veau dans de l'eau salée dans les proportions suivantes :

Poudre de corne.....	60 grammes.
Chlorure de sodium.....	10 —
Eau distillée.....	1000 —

Les résultats qu'a obtenus l'auteur seraient satisfaisants et les récidives nulles chez des récidivistes traités depuis deux ans.

(Journal des Praticiens.)

**De l'influence de la lumière colorée dans le traitement des maladies nerveuses.**

M. RAFFEGEAU.—De nombreuses expériences ont prouvé l'action de la lumière colorée sur les *végétaux* sur les *animaux* et sur l'homme.

On est arrivé à obtenir un développement extraordinaire de certains végétaux en les couvrant de cloches de verre violet.

De même on est parvenu à accroître énormément l'embonpoint de certains animaux en les faisant vivre continuellement sous l'influence de la lumière violette.

A noter, en outre, l'action calmante des lunettes à verres bleus ou verts sur quelques animaux alors que le rouge les excite.

Ces derniers phénomènes se produisent également chez l'homme et c'est un fait depuis longtemps établi que les diverses couleurs du spectre solaire agissent d'autant plus sur notre vue et par elle sur notre disposition psychique qu'elles sont plus écartées dans le spectre ou que leur différence de chaleur est plus grande. Le rouge, qui est la couleur la plus riche en rayons caloriques, est excitant, le violet est froid, calmant.

Conformément aux faits déjà connus, l'auteur a constaté, dans une vingtaine de cas, quelques heures passées dans la chambre violette ont toujours amené un effet *sédatif*, tandis que le séjour prolongé dans la chambre rouge produit invariablement de l'excitation.

(Gazette Méd. de Liège)

**Un cas de roseole due à l'antipyrine.**

Les cas d'accidents cutanés consécutifs à l'ingestion d'antipyrine sont si connus qu'il n'y a plus intérêt qu'à signaler ceux qui se présentent d'une façon anormale, comme celui rapporté dans l'*Echo Médical du Nord* par M. BRONGNIART.

Les accidents consécutifs à l'ingestion d'antipyrine sont, on le sait, parfois assez graves et l'éruption s'accompagne parfois de fièvre très intense, d'accidents du côté des muqueuses, de démangeaisons, etc., etc. Dans le cas relaté rien de semblable. Tout s'est borné à l'apparition silencieuse de plaques de roséole, sans que même l'attention du malade ait été attirée de ce côté.

A signaler aussi que le malade avait pris autrefois de l'antipyrine sans en ressentir aucun effet nuisible, mais à cette époque sa constitution était très bonne. S'il a suffi actuellement d'une dose assez faible d'antipyrine pour amener des accidents M. Brongniart croit devoir en attribuer la cause à l'état de cachexie dans lequel se trouve maintenant le malade et qui favorise singulièrement l'action toxique d'un médicament jusque-là inoffensif.

" Il y aurait alors, dans toutes les intoxications médicamenteuses quelque chose de plus à considérer que la prédisposition naturelle de l'individu : ce serait, dans certaines circonstances, le peu de résistance qu'oppose, momentanément ou définitivement, aux médicaments, un organisme jusque-là assez puissant pour ne pas en subir l'action toxique."

(Abeille méd.)

**FORMULAIRE**

**Mixture contre la congestion des organes pelviens chez la femme**

Sulfate de magnésie.....	30 gr.
Sulfate de fer.....	} 8 gr.
Sulfate de manganèse.....	
Acide sulfurique dilué.....	8 gr.
Eau distillée.....	120 gr.

M. D. S.—A prendre, par cuillerée à bouche, avant le déjeuner dans un verre à Bordeaux rempli d'eau.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

**Constipation des enfants**

Sirop de fleur d'oranger.....	} à 10 grammes.
— de pêche.....	
Eau distillée de fenouil.....	} à 10 grammes.
— de tilleul.....	

Une demi-cuillerée à café trois fois par jour avant les tétées.

Eau distillée de tilleul.....	40 grammes.
Sirop simple.....	20 —
Bicarbonate de soude.....	0 gr. 40 centigr.
Magnésie.....	0 gr. 40 —

Une demi-cuillerée à café avant chaque tétée dans les cas de dyspepsie acide.

Pour les enfants plus âgés.

Huile de ricin.....	} à 5 à 10 grammes.
Huile d'amandes douces.....	
Sirop de fleur de pêche.....	} à 5 à 10 grammes.
Huile de ricin.....	
Vin de Malaga.....	

ou :

Poudre de rhubarbe.....	} à 5 grammes.
Magnésie calcinée.....	
Oléo-saccharure de fenouil.....	

Une pointe de couteau le matin à jeun. (Widerhofer.)

ou :

Eau distillée.....	80 grammes.
Sirop de cerises.....	20 —
Citrate de magnésie.....	20 —

ou encore :

Pepsine.....	1 gramme.
Acide chlorhydrique.....	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée.....	120 grammes.
Sucre.....	10 —

Une cuillerée à dessert après le repas. (Hénoc.)

Laxatif suivant chez les tout petits enfants :

Podophyllin.....	0 gr. 05 centigr.
Cognac.....	5 grammes.
Sirop de guimauve.....	95 —

Une à deux cuillerées à café tous les trois à quatre jours.

(Bouchut.)

Pour les enfants de cinq à dix ans, potion purgative :

Phosphate de soude.....	30 grammes.
Sirop de limon.....	15 —
Décoction d'orge.....	180 —

Deux cuillerées à bouche (Edward Ellis.)

Extrait hydro-alcoolique de cascara...	0 gr. 05 centigr.
Sirop simple.....	50 grammes.
Teinture de cannelle.....	2 —

De une à deux cuillerées à café. (Huchard.)

Réglisse.....	60 grammes.
Séné.....	60 —
Soufre lavé.....	30 —
Fenouil.....	30 —
Sucre.....	180 —

Une cuillerée à café pour les enfants, une cuillerée à soupe ou deux pour les adultes.

(Progrès Médical)

**Potion de nitrate de potasse et de sulfate de magnésie contre la congestion cérébrale**

Nitrate de potasse.....	0.75 cent.
Sulfate de magnésie.....	4 grammes.
Sirop de limon.....	15 —
Eau distillée.....	32 —

Une cuillerée à dessert trois fois par jour pour un enfant d'un an.

(Journal de méd. de Paris)



## TRAVAUX ORIGINAUX

### De l'emploi du *Solanum Carolinense* dans le traitement de l'épilepsie et autres affections Nerveuses Convulsives

M. E. de LAVAL-THYERNAY, M.-D., Victoria,  
New-Bedford, Mass.

L'emploi du *Solanum Carolinense* dans le traitement de l'épilepsie, du tétanos, l'éclampsie, et autres affections convulsives, ne date que depuis quelques années à peine, car Napier n'en préconisa son emploi dans le traitement de ces diverses affections, qu'en 1889.

Bien avant que Napier en connût l'emploi, les médecins nègres du Sud en faisaient usage dans le traitement de l'épilepsie et c'est Napier lui-même qui nous l'apprend.

On voit donc, qu'à l'instar de bien d'autres agents thérapeutiques, l'usage du *solanum carolinense* fut laissé pendant une très longue période, entre les mains de personnes ignorantes, avant que son emploi devint si l'on peut l'appeler ainsi, scientifique.

Napier étudia, mais d'une manière incomplète, les propriétés thérapeutiques du *solanum carolinense*, car il l'employa à peu près de la même manière que les nègres l'employaient eux-mêmes. (Vide *medical World* 1889. Pages 327 et suivantes.

Les observations publiées par Napier attirèrent l'attention des médecins, et ces derniers, aidés des travaux du chimiste Lloyds permirent de se rendre compte d'une manière définitive de la valeur thérapeutique et de la composition du *solanum carolinense*. L'emploi de cet agent thérapeutique, ne s'est pas encore généralisé, et son usage en médecine est encore restreint aux médecins américains, particulièrement les médecins-eclectiques. Il est curieux que l'on ait pas employé plus souvent ce remède dans le traitement des affections nerveuses convulsives.

Négligé comme je viens de le dire, les travaux de Sillman Crierger Shæmaker ont donné à l'emploi du *solanum* dans le traitement de l'épilepsie un nouvel essor, non seulement dans le traitement de cette affection, mais dans plusieurs autres comme le tétanos, l'hystéro-épilepsie, l'éclampsie des femmes enceintes, les convulsions chez les petits enfants, et les accidents convulsifs que l'on remarque chez les jeunes filles vers l'âge de la puberté.

Grand nombre de produits pharmaceutiques, agents thérapeutiques de valeur, ont disparu, soit tombés en oubli ou remplacés par d'autres plus actifs, mais je crois que le *solanum carolinense* étant mieux connu et employé d'une manière rationnelle devra garder un rang distingué dans la matière médicale.

Bon nombre de médecins imbus des doctrines de Bigelow, croient encore qu'il n'y a rien dans les remèdes, que la nature fait tout d'elle-même.

C'est très vrai, à un certain point de vue, mais les forces naturelles impuissantes nécessitent un aide, seul donné par un agent thérapeutique. Imbus de cette idée on a ralenti l'essor donné aux études thérapeutiques pour restreindre le traitement des affections dont souffre l'humanité, à quelques drogues et à l'omnipotent scalpel. Malgré tout on doit dire que la thérapeutique s'enrichit tous les jours d'un grand nombre d'agents thérapeutiques dont les précieuses

propriétés médicales permettent de traiter d'une manière rationnelle certaines affections qui naguère étaient considérées comme incurables.

A mon point de vue le *solanum carolinense* par son action particulière sur les centres nerveux, est appelé à rendre de grand service dans le traitement des affections nerveuses.

On ne doit pas considérer le *solanum carolinense* comme un panacée. Ce remède ne guérit pas tous les cas d'affections nerveuses. Car, on sait très bien, que seuls, certains épileptiques sont susceptibles de guérison tandis que la grande majorité semblent rester refractaires à la médication par les Bromures, etc., etc.

Chez les épileptiques il faut commencer de bonne heure le traitement si l'on veut en obtenir de bons résultats et c'est particulièrement à ce sujet; (*de la médication de bonne heure*) qui je veux attirer l'attention des médecins, sur la valeur thérapeutique du *solanum carolinense*.

Si l'on ne veut pas s'attirer des mécomptes et s'exposer à des insuccès il ne faut pas se servir d'un remède d'une manière intempestive, car bien souvent on enregistre un insuccès lorsque l'on s'attendait à une cure. On doit donc considérer le *solanum carolinense* comme un agent dont l'action thérapeutique se localise, si l'on peut l'appeler ainsi, à un certain nombre d'affections seulement et qui administré sous certaines conditions devra donner un résultat prévu, mais qui peut être diminué ou augmenté suivant le cas.

Mais si dans nombre de cas l'emploi du *solanum carolinense* n'a pas donné les résultats prévus on n'a jamais observé les accidents consécutifs, observés pendant le traitement par les Bromures et autres remèdes ordinairement employés dans le traitement des affections nerveuses.

Napier et, après lui nombre d'observateurs ont prouvé que le *solanum carolinense* possède des propriétés thérapeutiques exceptionnelles, propriétés que ne possèdent pas au même degré les plantes de la famille des Solanées telles que la Belladone, etc.

Car le *solanum* possède une action propre à lui-même, qui se traduit par des résultats différents de beaucoup de ceux obtenus des agents thérapeutiques employés ordinairement dans le traitement de l'épilepsie, etc., et de ceux appartenant à la famille de Solanées.

Le *solanum* comme son nom l'indique est une plante qui croît dans les états du Sud des Etats-Unis particulièrement dans les Carolines du Nord et du Sud. Cette plante est assez rare et comme seuls, ses baies ou fruits sont employés, dans la fabrication de ses préparations pharmaceutiques son prix est très élevé. Le *solanum carolinense* appartient à la famille de plantes connues en botanique sous le nom de Solanées.

Le chimiste Lloyds croit que les racines du *solanum* ont une valeur thérapeutique identique à celles des racines, mais la plupart des observateurs qui ont étudié les propriétés du *solanum* sont d'une opinion différente et croient que seules les baies ont une propriété thérapeutique vraie.

Lloyds prétend avoir obtenu des racines du *solanum* un glucoside qu'il a nommé la solanine qui s'obtient ordinairement des solanées indifféremment en employant, soit les baies, ou les racines du *solanum carolinense*.

Maintenant le *solanum carolinense*, doit-il ses propriétés thérapeutiques à ce glucoside seul, ou bien existe-t-il dans le *solanum* un

autre glucoside ou principe actif qui lui est propre et duquel il tient ses propriétés.

Cette question sur laquelle repose la valeur des propriétés thérapeutiques du solanum n'a jamais été résolue complètement. Comme les solanées doivent certaines de leurs propriétés au glucoside, la solanine, et possèdent en même temps un ou plusieurs principes actifs qui leurs sont propres, alcaloïdes, resinoides ou glucosides; et que d'un autre côté ces plantes ont une action sur le système et les centres nerveux, différant de beaucoup de celle du solanum carolinense on peut donc croire qu'il existe chez celui-ci un autre corps mal déterminé auquel le solanum carolinense doit ses propriétés thérapeutiques.

Napier, à l'instar des nègres, employa le solanum sous forme d'une teinture obtenue par la macération des baies ou fruits dans parties égales d'eau et d'alcool ou de whiskey. Cette préparation ne donnant pas de bien surs résultats, on rencontre aujourd'hui dans le commerce des préparations de solanum sous forme d'extraits fluides normalisés, contenant une quantité déterminée des principes actifs du solanum carolinense.

La préparation de l'extrait de solanum carolinense demande un soin tout particulier, car on doit se servir des fruits fraîchement cueillis, car la dessiccation fait disparaître ou détruit presque complètement la totalité des principes actifs contenus dans les baies ou fruits.

Cette destruction des principes actifs est-elle due seulement à la dessiccation, ou bien, la fermentation qui s'opère toujours plus ou moins durant la dessiccation, peut-elle aider à cette transformation? c'est plus que l'on sait, mais toujours est-il, qu'il faut opérer seulement avec des fruits frais, car les secs n'ont aucune propriétés thérapeutiques. L'emploi des préparations inertes, sont, à mon point de vue, de beaucoup comme cause, dans les cas où l'emploi du solanum comme remède, n'a pas donné de résultats ultimes.

On peut donc par cette particularité de préparation, expliquer comment il se fait que l'on a observé dans certains cas d'excellents résultats de l'emploi du solanum carolinense chez certains épileptiques, tandis que le même remède ne produisait aucun effet chez d'autres.

C'est ce qui peut-être est arrivé dans un certain nombre de cas.

Depuis Napier les propriétés thérapeutiques du solanum ont été étudiées de nouveau, et son action sur les centres nerveux, son dosage, sa composition chimique ont été reconnues et maintenant on possède des données assez certaines sur ces questions.

Comme nous l'avons vu *Lloyds* a pu isoler des racines du solanum, la solanine, mais il a isolé aussi, dit-il, un autre composé, la solanine. Ce glucoside n'existe point dans les autres solanées et seulement chez le solanum carolinense. Nous n'avons sur cette question, que des données très incertaines, car l'existence de la solanine est niée par plusieurs chimistes.

Mais comme chimiquement parlant, il existe dans le solanum carolinense une particularité d'action non identique à celle reconnue chez les différentes solanées, on peut donc croire à priori, à l'existence d'un principe actif différent dans sa composition, de la solanine et autres glucosides reconnus jusqu'aujourd'hui chez les solanées. La solanine du commerce est ordinairement obtenue du solanum tuberosa, la pomme de terre,

De plus, comme on l'a cru généralement, il doit exister entre le solanum carolinense et la belladone, atropa belladonna une similitude d'action, car ces deux plantes appartiennent toutes deux à la famille des solanées. Alors on se pose cette question. Le solanum carolinense et la belladone ont-elles une action thérapeutique, identique ou non?

Sillman Crieger et autres prêtent au solanum carolinense une action spéciale *per se* et le classent parmi les toniques nervins, antispasmodiques, diurétiques, et disent-ils, lui avoir reconnu une action éliminatrice de l'acide urique, qualité bien reconnue chez les éclamptiques soumises à une médication au solanum. Chez ces femmes atteintes d'albumine, celui-ci fait disparaître les symptômes d'urémie, et l'albumine.

On voit par là que l'action thérapeutique du solanum ne diffère que de peu dans les grandes lignes de celle de la belladone et l'hyoseyamus.

Parlant de l'action thérapeutique du solanum et de son utilité dans le traitement de l'épilepsie, le professeur Allison Maxwell dit que pour traiter avec succès l'épilepsie, affection qu'il considère "comme une névrose fonctionnelle" on doit employer des agents thérapeutiques dont l'action se porte sur les centres nerveux corticaux.

En parlant de l'emploi de la belladone et des autres solanées le professeur Bartholow nous dit que cette substance agit comme stimulant du ganglion cardiaque, en même temps qu'elle paralyse les terminus du pneumo-gastrique.

"De fait, on observe après l'ingestion de la belladone une augmentation ou accélération du pouvoir moteur du cœur et le contrôle inhibitoire est diminué. Par la stimulation des vaso-moteurs, la circulation s'accélère, la pression de la colonne sanguine s'élève, ce dû à la contraction des artéριοles. La réaction, qui s'ensuit, démontre que l'irritation des vaso-moteurs, disparaît, les mouvements du cœur se ralentissent, et deviennent de plus en plus faibles, les artéριοles se dilatant, la colonne sanguine s'abaisse même en dessous de la moyenne. *Vide Bartholow materia medica belladone.*

"Aussi la belladone a une action spéciale sur les filaments périsphériques des nerfs de l'iris, stimulant le sympathique et paralysant les nerfs oculo-moteurs dans ses terminus."

*Vide Bartholow, M. M., page 490-491.*

Cette dilatation de l'iris n'est pas observée seulement chez les patients à qui l'on donne la belladone ou ses alcaloïdes, mais aussi chez ceux à qui l'on fait prendre l'hyoseyamus et elle continue pendant longtemps, même après que l'on a cessé l'usage de la belladone. C'est dans la dilatation de l'iris due à l'ingestion de la belladone ou d'autres solanées que l'on se rend compte de la vaste différence d'action existant entre le solanum carolinense et celle-ci, car l'emploi de cet agent ne donne peu ou pas de dilatation pupillaire, quant à moi je ne l'ai jamais observée même chez celles de mes patientes, qui prenaient le solanum carolinense à hautes doses et depuis longtemps.

Considéré comme tonique le solanum agit comme la belladone et régularise les mouvements du cœur sans influencer beaucoup sur la pression artérielle.

De plus, le délire, les hémucinations, la sécheresse de la gorge, l'action ordinairement reconnue sur les glandes de la peau et de la

gorge, etc., suivant presque toujours l'action de la belladone font défaut sous l'influence du solanum carolinense, car bien souvent on remarque une moiteur de la peau et l'action du solanum indique une action sédative cérébrale identique à celle de l'hyoscyamus. Le délire qui suit souvent l'ingestion de la belladone dans certains cas et aussi celui observé chez quelques épileptiques, la stupidité qui suit les accès; semblent être plus facilement combatus par le solanum carolinense.

Le solanum carolinense cause chez les patients à qui on le fait prendre à doses ordinaires un *Etat de Somnolence* caractéristique identique jusqu'à un certain point à celui obtenu de l'hyoscyamus, mais beaucoup plus accentué, qui ne va pas jusqu'au sommeil complet. Ce n'est pas non plus le sommeil comateux comme celui résultant de l'empoisonnement par la belladone ou l'hyoscyamus, mais une somnolence caractéristique dont on peut facilement tirer le malade car on le réveille facilement, et réveillé, il a conservé ses facultés intellectuelles, répond aux questions, parle, prend de la nourriture, etc.

C'est en poussant l'action du solanum jusqu'à la somnolence dont je parle, que l'on obtient les effets roquis et curatifs, car si le patient n'est pas complètement sous l'effet physiologique, on ne peut pas espérer obtenir les résultats que demandent le traitement. Je citerai à ce sujet l'opinion de Selliman. "Chez un patient épileptique Selliman fit donner une once de la teinture de solanum carolinense avant chaque repas. Après avoir continué ce traitement dix jours, soudainement le malade s'endormit, et dormit pendant une semaine entière. Ce sommeil n'avait pas le caractère de coma car le malade s'éveillait facilement, prenait de la nourriture, répondait intelligiblement aux questions qui lui étaient posées. Durant cette période la température du corps et la respiration restèrent normales. A une certaine période la température du corps et la respiration restèrent normales. A une certaine période la température s'abaissa et même un peu au-dessous de la normale, mais on n'observa pas de dilatation de la pupille. *Vide Medical Brief, page 94.* Le malade de Selliman guérit de son épilepsie et cette somnolence disparut sans laisser de traces et cessa dès que l'on ne lui donna plus de solanum. Cet état de somnolence je l'ai observé dans la plupart des cas où pour obtenir un effet, (les accès convulsifs étant tels) il a fallu mettre le malade complètement sous l'effet du solanum. Je n'ai jamais observé de mauvais résultats, mon expérience sur ce point est identique à celle de Selliman.

Comme on le voit il faut donc sans crainte mettre le malade complètement sous l'influence du solanum, si l'on veut en obtenir l'effet désiré c'est la condition *sine qua non* du traitement. Il faut donc donner une dose assez forte pour amener une action sédative et exercer sur les centres nerveux une action prolongée sans crainte des résultats ultimes qui ne sont pas à craindre.

A présent, quels sont les épileptiques chez qui le solanum donne les meilleurs résultats. Une partie seulement sont guéris et chez les uns on observe une diminution des symptômes, plusieurs sont complètement réfractaires, mais il faut dire que ceux-ci le sont à toutes médications. Pour moi l'indication du solanum se trouve chez les jeunes épileptiques, particulièrement chez les petites filles, chez lesquelles on observe une tendance aux accès épileptiques dès

le bas âge. Chez les jeunes filles chez lesquelles l'établissement des règles coïncide avec les accès épileptiformes, le solanum a toujours guéri cet état.

C'est chez ces jeunes filles que le solanum devrait être employé chaque fois qu'il y a menace d'épilepsie.

Chez les hystériques le solanum semble ne pas avoir la rapidité d'action désiré et comme la volonté joue un grand rôle chez ces femmes, souvent il est difficile de préciser. Dans les convulsions éclamptiques, j'ai obtenu dans un cas d'excellents résultats, mais mon expérience dans le traitement par le solanum de cette affection ne me permet pas d'en préconiser l'emploi. Je n'ai jamais employé le solanum dans le tétanos mais les observations de Credier nous font espérer que le solanum doit avoir une excellente action dans le traitement de cette terrible affection. Le solanum carolinense se donne à la dose de 15 à 120 gouttes 1 gramme à 8 grammes de l'extrait fluide, 3 ou 4 fois par jour jusqu'à effet obtenu. Je rapporte ici quelques observations qui me sont propres :

#### Observation No 1.

Melle Annie B..., âge 14 ans, accidents convulsifs, réguliers, tous les jours, coïncidant avec l'établissement des règles, tombe comme dit sa mère, deux fois par jour, reste quelque fois deux ou trois jours sans accès. Traité au solanum, 30 gouttes après chaque repas. Après deux semaines de traitement les accès disparaissent pour ne plus revenir. Traitement continu pendant trois mois. *Guérison.*

#### Observations No 2, 3, 4.

Même état chez de jeunes filles, accidents épileptiques vers la puberté. Traitement par le solanum; chez deux d'entre elle, guérison. La troisième a cessé le traitement, et ne s'est plus présentée au Bureau, résultats ultérieurs inconnus.

#### Observation, 5.

Mad. Louise D... à la suite de chagrins de famille, l'épilepsie a fait son apparition. Le solanum n'a pas fait disparaître les accès, mais a diminué l'état d'irritation dans lequel était la malade; chez cette femme on voit tranquillement apparaître les symptômes d'insanité et de paralysie.

#### Observation, 6.

Louis C..., jeune garçon chez qui les accès épileptiques ont apparu à l'âge de dix ans. Traitement au solanum fait disparaître les accès mais le malade n'est pas encore guéri car la stupidité, et l'état d'irritation ne sont pas encore entièrement disparus. Amélioration, est encore sous le traitement.

#### Observation, 7.

Melle Marie-Louise X., épileptique depuis 15 ans. 2 mois de traitement; résultats nuls, seulement les accès ont diminué d'intensité et sont plus rares.

#### Observation, 8.

Melle A. B... épileptique depuis 15 à 16 ans, âgée de 30 ans, résultats nuls, continue encore le traitement, mais semble être très réfractaire à l'influence du solanum, tout a été employé chez cette malade en pure perte.

En présentant ce petit travail j'ai voulu moins donner les résultats de mon expérience personnelle, que présenter à la profession un agent thérapeutique qui employé dans le traitement de certaines affections nerveuses peut être vraiment utile, dont l'emploi

ne présente aucun danger et dont l'étude peut assurer plus tard un traitement dont la valeur réelle n'est pas à nier ou à négliger.

New-Bedford, Mass., 20 sept. 1898.

## REVUE DES JOURNAUX

### Des dangers de la surcharge alimentaire pendant l'allaitement MÉRIGOT DE TREIGNY.

La suralimentation peut se produire chez l'enfant au sein, comme chez l'enfant au biberon, quoique moins souvent chez le premier et elle peut aboutir chez l'un comme chez l'autre à des troubles dyspeptiques de même ordre, bien que de degrés divers. Dans ces deux cas, le processus est le même et parcourt les mêmes étapes. La première, surtout stomacale, se traduit par la tétée trop copieuse et, surtout trop rapide, suivie le plus souvent d'un vomissement en jet fort et abondant. Dans la seconde, phase gastro-intestinale, on voit se surajouter le tympanisme dur du ventre soit continu, soit par poussées et les modifications des selles qui, toujours mal digérées, constituent parfois des débâcles lientériques. L'infection intestinale chronique commence déjà à intervenir à ce moment comme le prouvent la fétidité des selles, l'excès des pigments urinaires (indican), et la fréquence des éruptions diverses. C'est encore l'infection qui, unie à l'intoxication, peut amener la dernière période de dépérissement avec gastro-entérite. Elle y aboutit fréquemment dans l'allaitement artificiel, mais quelquefois aussi dans l'allaitement naturel.

Le traitement devrait pouvoir être toujours prophylactique ; le médecin doit, en effet, se préoccuper autant de la surcharge que de l'insuffisance de l'alimentation et se défier des augmentations de poids dépassant notablement de moyenne, soit, 30 grammes dans le premier mois, 25 grammes dans le troisième, 15 grammes dans le sixième, 10 à l'an dans le neuvième et 5 grammes. L'apparition des signes gastriques nous avons étudiés, doit également attirer l'attention. Il devient alors indispensable de rechercher le poids des tétées et le temps employé pour arriver à ce chiffre. L'enfant sera rationné si besoin est et surtout un arrêt lui sera imposé au cours de la tétée.

Lorsque la dyspepsie est établie et qu'un examen minutieux a montré que les autres règles de l'allaitement ne sont pas transgressées, en particulier que les tétées ne sont pas trop fréquentes, il faut diminuer la quantité de lait prise à chaque tétée et ne pas se contenter de la ramener au chiffre classique, mais l'abaisser de beaucoup au-dessous du chiffre, sans se préoccuper de la perte de poids de l'enfant ; on arrive ainsi par tâtonnements et en recourant à la balance plusieurs fois par chaque tétée, si l'enfant est au sein, à trouver la dose que l'estomac peut supporter sans révolte, et on s'y maintient quelques jours, puis on tente prudemment de petites augmentations. Les auteurs recommandent également les lavages de l'intestin, le massage léger de l'estomac et même le lavage de l'estomac : Si l'enfant est levé au biberon, il faut le remettre immédiatement au sein.

(*Journal des Praticiens.*)

### Traitement de la rhino-pharyngite chez les enfants

Ce traitement doit être avant tout local. Un procédé fort simple (Gaston) consiste à introduire trois ou quatre fois par jours dans les narines, des tampons effilés en pointe, d'ouate hydrophile trempés dans la vaseline boriquée. L'enfant éternue d'abord, puis supporte le contact de l'ouate, renifle, et la vaseline pénètre dans les fosses nasales jusqu'à la cavité pharyngée.

A la vaseline boriquée, on peut joindre des substances astringentes telles que l'alun, le tannin et surtout l'antipyrine :

Vaseline.....	20 grammes.
Acide borique.....	1 —
Antipyrine.....	0 gr. 50 à 1 gr.

suivant l'âge.

On peut employer l'huile mentholée surtout chez les enfants qui ne supportent pas les tampons ou ne se les laissent pas introduire (Comby). A ces enfants, on instillera donc, matin et soir, dans chaque narine, une ou deux gouttes de mixture suivante :

Huiles d'amandes douces.....	10 grammes.
Menthol.....	0. 15 à 0. 50 centigr.

Aux enfants plus grands, on peut faire priser des poudres.

Aristol.....	} à 5 grammes.
Lactose.....	

ou bien :

Acéto-tartrate d'alamine.....	4 grammes.
Lactose.....	6 —

En même temps on emploie encore localement les vaporisations et les pulvérisations naso-buccales tièdes avec l'eau boriquée ou salée, avec les eaux sulfureuses d'Enghien, de Challes, du Mont-Dore, etc,

Ces moyens suffisent dans la grande majorité des cas. Si leur effet se faisait attendre, on pourrait agir ainsi directement sur la paroi pharyngienne par des badigeonnages avec de la sérosine à 5 pour 100, ou avec de la glycérine iodée (parties égales), ou avec la solution suivante :

Iode pur.....	0. 25 centigr.
Iodure de potassium.....	2 grammes.
Glycérine.....	20 grammes.
Essence de menthe poivrée.....	IV gouttes.

Deux, puis une fois par semaine, à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé autour d'une tige recourbée de façon qu'on puisse pénétrer derrière la luette, on pratique de simples attouchements du naso-pharynx, on fait avec le tampon des frictions assez énergiques qui contribuent puissamment au dégonflement et à la décongestion de la muqueuse.

Comme la plupart de ces enfants sont des lymphatiques, il est indiqué d'instituer en même temps un traitement général dont l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, une bonne alimentation formeront la base.

(*Journal de méd. de Paris*)

## FORMULAIRE

### Biennorrhagie. (WALTIER)

Sublimé corrosif.....	0 gr. 02 centigr.
Antipyrine.....	2 grammes.
Eau distillée.....	200 —

En injections 4 fois par jour.

A l'intérieur le soir pour la nuit :

Bromure de potassium.....	3 grammes.
---------------------------	------------

et :

Antipyrine.....	1 —
-----------------	-----

(*Le Progrès méd.*)

### Emploi de la glycérine dans le traitement des fièvres aiguës

Mariano, considérant que la constitution chimique de la glycérine lui permettait de l'employer dans le traitement des fièvres aiguës et en ayant obtenu de bons résultats, propose la formule suivante :

Glycérine très pure.....	30 grammes.
Acide citrique ou tartrique.....	2 —
Eau.....	500 —

A prendre 20 à 30 grammes chaque heure.

Ce mélange remplace l'alcool toutes les fois qu'il est indiqué, il est agréable, et l'estomac ne s'en ressent jamais incommodé, même par un usage prolongé.

(*Journal de méd. de Paris*)

**BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE**

Québec, le 28 Septembre 1898.

L'assemblée régulière de septembre du Bureau provincial de Médecine s'est tenue aujourd'hui à Québec, dans les salles de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

Sont présents: MM. les docteurs E. P. Lachapelle, président; Robert Craik et Laurent Catellier, vice-présidents; A. R. Marsolais, registraire; A. Jobin, trésorier; J. P. Boulet et J. A. MacDonald, secrétaires, et MM. les gouverneurs J. E. Baril, S. Bolduc, M. S. Boulet, T. L. Brown, M. Brophy, F. W. Campbell, L. J. V. Cléroux, J. Constantin, C. L. Cotton, T. Cypihot, A. Demers, J. L. Desroches, F. X. J. Dorion, Hon. R. Fiset, T. Fortier, Chs. E. Gingras, S. Girard P. E. Grandbois, J. E. Ladrière, H. Lafleur, N. McCConnell, Hon. D. Marsil, Chs. Marshall, L. P. Normand, E. F. Panne-ton, P. Pelletier, E. H. Prevost, E. L. Quick, L. J. A. Simard, L. J. O. Sirois, Eug. Turcot, A. Vallée, A. N. Worthington.

La séance s'ouvre à dix heures et quart sous la présidence de M. le docteur E. P. Lachapelle, président.

Le Dr J. P. Boulet agit comme secrétaire.

Lecture est donnée des minutes de l'assemblée ordinaire du 6 juillet dernier et de l'assemblée spéciale du 13 juillet.

Ces procès-verbaux sont adoptés et reçoivent les signatures du président et du secrétaire.

M. le trésorier présente son rapport, lequel est adopté.

En voici le sommaire:

**ÉTAT FINANCIER DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, LE 28 SEPTEMBRE 1898.**

*Préambule.*

12 juillet 1898. Après audition: Balance en caisse..... \$7732.49  
12 au 14 juillet 1898. Payé par le Dr L. LaRue, (ex-trés.) 270.44

\$7462.05

*Recettes.*

4 août 1898. Reçu du Dr L. Larue: Balance en caisse "Banque Nationale"..... \$7462.05  
Honoraires des licences ..... 1100.00  
Examens préliminaires..... 970.00  
Contributions..... 66.00  
Balance remise par le Dr A. T. Brosseau... 136.00  
Dr Austin, remise..... 50.00  
Intérêts sur dépôts..... 6.76

\$9790.81

*Dépenses.*

Gouverneurs, honoraires d'assemblée..... \$ 60.00  
Assesseurs, honoraires..... 190.00  
A. Déom, agent et assistance à M. Girouard, salaire et commission..... 225.00  
Annonces et impressions..... 554.72  
Livres et reliures..... 65.10  
Remises..... 200.00  
Examineurs, honoraires et dépenses..... 386.00  
Dr A. T. Brosseau: honoraires de secrétaire à juillet 1898..... 250.00  
Assurance de garantie, prime pour 4 officiers 80.00  
Papeterie..... 12.50  
Divers: timbres, voitures, étuis, etc..... 11.00

\$2034.32

Total des recettes: \$9790.81

Total des dépenses: 2034.32

Balance en caisse: \$7756.49

Plus cinq actions de la "Bank of Montreal", valant sur le marché à peu près 244, c'est-à-dire \$488.00 par action.

(Signé) ALBERT JOBIN,

Trésorier du Collège des M. et C. de la P. Q.

M. le Dr L. J. A. Simard se lève alors et propose, secondé par les docteurs M. S. Boulet et F. W. Campbell, qu'il soit résolu:

Que les membres du Bureau ont appris avec le plus grand plaisir que le gouvernement français a conféré au Dr E. P. Lachapelle le titre de chevalier de la Légion d'Honneur, et qu'ils désirent profiter de cette réunion pour lui offrir leurs plus sincères félicitations. Adopté unanimement.

M. le président remercie en quelques mots.

M. le Dr F. W. Campbell propose, secondé par le Dr J. A. MacDonald:

Que M. le Président soit autorisé à placer sur le cadre du portrait de S. Arnoldi, premier président du Collège,—portrait actuellement à l'Université Laval, à Québec, mais qui est la propriété du Collège—, une inscription portant son nom, la date de sa mort, et relatant le fait qu'il a été notre premier président.

Adopté.

Il est ensuite proposé par le Dr M. Brophy, secondé par le Dr Panne-ton.

Que le président et les vices-présidents, chacun dans son districts, soient autorisés à faire prêter le serment et à délivrer la licence à ceux qui y ont droit après l'adoption du rapport du comité des créances.

Adopté.

L'hon. Dr D. Marsil, appuyé par le Dr L. J. Desroches, donne avis qu'à la prochaine séance, il proposera qu'à l'avenir les candidats qui se présenteront devant le comité d'examens du Bureau Médical soient obligés de passer leur examen de clinique médicale et chirurgicale.

Le rapport du comité des créances est lu et adopté.

En voici la substance.

Les membres présents à la réunion du comité, le 26 du courant, étaient MM. les docteurs E. P. Lachapelle, président; L. Catellier, vice-président; L. J. A. Simard, ex-président; A. R. Marsolais, registraire; Albert Jobin, trésorier; J. P. Boulet et J. A. MacDonald, secrétaires, F. W. Campbell et H. Lafleur, ce dernier représentant l'Université McGill au lieu et place du Dr R. Craik empêché de venir.

Les gradués dont les diplômes, brevets et autres qualifications ont été trouvés conformes aux exigences de nos règlements et qui ont droit à la licence du Collège, sont les suivants:

Euclide Archambault, Jos. Zéphirin Beaumier, Wilfrid Bégin, Chs. E. Boisvert, Théophile D. Boulanger, Gordon Byers, Frederick Burke Carron, Jean Rémi Chrétien, Edouard Cook, Jules Alphonse Dion, John H. Finnie, A. MacKenzie Forbes, Louis Geof-frion, Jos. Ernest Lavoie, Louis Leclerc, J. P. Cyrinus Lemieux, Herménégilde Maranda, Frs. Moïse Peltier, Gustave Arthur Taschereau, David Warren.

Les docteurs Edw. Wm. Archibald, W. Delancy et Edgar Turgeon ont déjà rempli toutes les conditions leur donnant droit à la licence, mais ne l'ont pas reçue. Elle devra leur être octroyée.

Devront subir l'examen professionnel MM. les docteurs Roméo Beauchesne, Jos. Narcisse Boivin, Napoléon Boucher, Ernest R. Brown, Ernest S. Harding, Thos. Levitt, Chs. B. Rouleau.

Les bacheliers qui se sont fait assermenter sur leur diplôme et ont droit à leur brevet sont les suivants: MM. Roméo Beauchesne, B. L.; Jos. E. Bibaud, B. L.; Jos. Dominique Achille Chouinard, B. L.; Wm. Lemesurier Carter, B. A.; Désiré Houde, B. L.; Wilfrid Laberge, B. L.; J. Albert Paquet, B. A.; J. W. Leopold Ricard, B. L.; J. Omer Royer, B. L.; L. Dubois, B. L.; Paul Emile

Rochon, B. A. ; Edouard Verdon, B. A. ; Gabriel Brisset, B. A. ; Joseph Ayotte, B. L. ; Antonio Gauthier, B. L. ; Hubert Martel, B. L. ; Arsène Christin, B. L. ; Azarie Turcotte, B. L. ; Armand Bauséjour, B. A. ; Ernest Gagnon, B. L. ; Jos. L. L. Gagnon, B. L. ; Jos. Wilfrid Collerette, B. L. ; Hormisdas Ethier, B. A. ; Ernest Rudolf Brown, B. A. ; Ernest Stanley Harding, B. A. ; Wilfrid Comtois, B. L. ; D. Omer Choquette, B. L. ; Geo. Thibault, B. L. ; Olivier Demers, B.

Treize candidats se sont présentés à l'examen préliminaire. Quatre seulement ont été admis sur les lettres. Ce sont MM. Dobbin, J. A. Pilon, V. H. Cullen et Victor Painchaud.

Plusieurs candidats ayant payé l'honoraire soit pour l'examen préliminaire, soit pour la licence et ne s'étant pas présentés, le comité recommande l'adoption de la résolution suivante :

Résolu : Que M. le président soit autorisé à soumettre à l'appréciation de l'avisur légal du Collège la question suivante :

« Quand un candidat à l'examen préliminaire, à l'examen professionnel ou à la licence, renonce à passer cet examen ou à prendre cette licence, a-t-il droit à la remise complète de ses honoraires ou simplement à la moitié comme dans le cas d'insuccès ?

M. le Président agira alors selon l'opinion émise par l'avisur légal du Collège.—Adopté.

Le rapport du comité d'examen professionnel est lu et adopté.

Les examinateurs nommés par M. le président sont l'hon. Dr. Marsil pour la médecine opératoire et la gynécologie ; le Dr H. Lafleur, pathologie générale et chimie ; Dr N. McConnell, physiologie et histologie normale ; Dr A. Demers, pathologie interne ; Dr L. J. A. Simard, ophtalmologie, otologie et laryngologie ; Dr L. Catellier, pathologie externe ; Dr A. Vallée, maladies mentales et nerveuses, médecine légale et toxicologie ; Dr C. C. Sewell, toxicologie ; Dr L. J. Desroches, hygiène ; Dr L. J. O. Sirois, maladies des enfants ; Dr L. J. V. Cléroux, matière médicale et thérapeutique ; Dr Cotton, anatomie et bactériologie.

En l'absence du Dr Sewell, M. le Dr F. W. Campbell est prié d'examiner sur la toxicologie.

Sept candidats se sont présentés à l'examen le 27 du courant, mais un seul a passé un examen satisfaisant et lui donnant droit à la licence : c'est M. Ernest Stanley Harding.

Lecture est donnée d'une lettre du président de l'Association pharmaceutique de la Province de Québec, laquelle se lit comme suit :

Québec, 28 Septembre 1898.

A Messieurs les Gouverneurs du

Collège des Médecins et Chirurgiens

de la Province de Québec.

Messieurs,

Comme la vente et l'emploi des médecines dont la formule est inconnue, augmente considérablement d'année en année, et que, dans un grand nombre de cas, ces médecines sont nuisibles à la santé publique, il est de la plus haute importance que la mise en vente de ces préparations soit contrôlée par le gouvernement d'une manière plus efficace qu'elle ne l'est actuellement.

En conséquence, nous prions instamment le Collège des Médecins et Chirurgiens de nommer une commission chargée d'étudier cette question, et de faire rapport à la prochaine assemblée.

Les pharmaciens seraient heureux de prêter leur concours à cette commission. Les pharmaciens espèrent aussi pouvoir compter sur l'appui moral des médecins, pour empêcher aucune législation tendant à amender la loi actuelle, concernant la vente des drogues, etc., avant, au moins, que la commission que vous voudrez bien nommer ait fait son rapport.

Une délégation de l'Association de Pharmacie est à votre disposition, si vous désirez l'entendre.

Avec considération,

Votre dévoué,

(Signé) R. W. WILLIAMS.

Président de l'Association Pharmaceutique de la Province de Québec.

Une députation de la même association est également reçue pour le même objet.

M. le Président leur répond que c'est l'intention de ce Bureau de nommer un comité pour étudier des sujets identiques, et que les deux comités pourront s'entendre sur une action commune si le besoin s'en fait sentir.

M. le Dr. Baril donne avis qu'à la prochaine assemblée du Bureau provincial de médecine, il proposera. — Que ce Bureau prenne l'initiative d'un bill afin de faire décréter par le Gouvernement fédéral :

1.— L'abolition du droit de Fabrication, d'importation et de vente dans tout le Dominion, de remèdes secrets sous quelque forme que ce soit.

2.— La révision de la liste des poisons et des substances agissant comme poisons dans certaines circonstances.

3.— L'obligation, pour tout détenteur d'une marque de commerce ou d'un brevet protégeant la vente d'un remède contenant une ou des substances toxiques, d'indiquer sur le contenant ou l'enveloppe de tel remède le nom et la quantité proportionnelle de chacune des substances que ce remède contient ; le vente de tels remèdes devant être subordonnée à des règles établies par une commission médicale nommée à cette fin par les autorités provinciales.

A une heure de l'après midi, sur motion des Drs D. Marsil et Desroches, l'assemblée s'ajourne jusqu'à deux heures.

Séances de l'après-midi.

A deux heures et quinze minutes, la séance reprend son cours M. le Dr. Marsolais donne lecture du rapport suivant :

#### RAPPORT SUR L'AUDITION PROJETTE DES LIVRES DE L'ANCIEN BUREAU.

Je regrette, vu que tous les documents relatifs à l'administration des finances de l'ancien Bureau n'ont pas encore été remis au Bureau actuel, de ne pas pouvoir vous présenter aujourd'hui le rapport de l'audition qui aurait dû être fait par les auditeurs nommés le 13 juillet dernier.

Malgré ce contre-temps, néanmoins, je puis vous dire que le travail préparatoire à l'audition qui doit être faite par des comptables de profession, est déjà assez avancé : pour certaines parties même, telles que la perception des contributions annuelles — qui n'est pas la moindre —, il est presque complété.

Un seul ex-officier a refusé formellement de nous remettre ses livres de comptabilité, à l'exception toutefois des souches de reçus pour contributions annuelles qu'il a données. M. le Dr J. M. Beau-soleil, registraire sous l'ancien Bureau, prétend que ces livres, avec les pièces justificatives jusqu'à la date de la dernière audition acceptée par le Bureau médical du temps, sont sa propriété privée et qu'il n'a pas à les remettre au Bureau actuel. Il oublie évidemment que ces livres forment partie des archives du Collège des Médecins dont ils sont la propriété indiscutable, et que, par conséquent, le Collège a le droit de les réclamer.

Ce refus rend d'autant plus difficile la révision et la classification des documents actuellement en notre possession que l'ex-registraire, comme d'autres officiers d'ailleurs, outre les fonctions dévolues à sa charge, exerçait souvent les prérogatives de trésorier et, par là même, nous sommes privés d'un grand nombre de pièces nécessaires pour l'examen et pour l'audition de toute la comptabilité du Bureau.



Quant aux autres officiers, nous avons lieu de croire qu'ils nous remettront volontiers les quelques pièces qu'ils peuvent encore avoir en leur possession. Nous sommes du reste à faire les démarches nécessaires à cet effet et nous croyons avoir reçu tout récemment tous les documents de l'un d'entre eux.

Je suis convaincu qu'aussitôt que le Bureau actuel aura obtenus possession de tous les livres et pièces justificatives nécessaires, les auditeurs que vous avez choisis pourront se mettre à l'œuvre, et utilisant le travail de compilation et de classification déjà fait, terminer assez promptement le travail de l'audition de toute l'administration financière depuis 1889 jusqu'à 1898. Ils pourront alors vous soumettre un rapport qui vous permettra de bien vous rendre compte de la situation et d'adopter les mesures que vous jugerez nécessaires.

(Signé) A. R. MARSOLAIS, M.-D.,

Rég. C. M. et C. P. Q.

28 sept. 1898.

Adopté.

Il est proposé par le Dr L. Avila Demers, secondé par le Dr J. P. Boulet et résolu :

Attendu que les livres de caisse et autres concernant l'administration des deniers de la corporation du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec sont incomplets et ne constatent pas, pour les dix dernières années, toutes les recettes perçues ni toutes les dépenses faites par le Collège ;

Attendu que l'ancien registraire, le Dr J. M. Beausoleil détient encore plusieurs des livres de comptes et de caisse et autres pièces justificatives pouvant permettre l'audition complète des livres du Collège, détient illégalement, notamment le livre de caisse des recettes jour par jour et item par item, perçues ou faites par lui, le registraire ;

Attendu que le Dr Beausoleil n'a pas produit, suivant la loi, un compte de l'administration qu'il a faite des deniers du Collège, pendant qu'il a exercé l'office de registraire ;

Que le président soit autorisé à faire prendre, au nom du Collège, contre le dit registraire ou tout autre officier toutes les actions et poursuites permises en loi pour lui ou leur faire remettre les livres du dit Collège, à ce dernier, et pour lui faire rendre à ce dernier un compte fidèle et en justice de l'administration qu'il a faite de tous les deniers appartenant au Collège, durant tout le temps qu'il a exercé l'office de registraire ; et que le président soit autorisé au nom du Collège, à défendre à toute action s'en suivant, et qu'il soit autorisé, au nom du Collège, à plaider à toutes ces actions, soit en demande soit en défense, soit en premier soit en dernier ressort.

Adopté.

M. le président donne lecture de la consultation légale de M<sup>re</sup> Honoré Gervais, avocat, touchant le droit que le Collège peut avoir de fonder et entretenir une bibliothèque médicale pour l'usage de ses membres. La voici :

RAINVILLE, ARCHAMBAULT & GERVAIS,

Avocats.

Montréal, 23 août 1898.

Consulté par le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec sur la question :

“ Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec doit-il respecter le bail passé le 13 juillet 1898 entre le Bureau des Gouverneurs et le nommé Minier pour l'établissement d'une bibliothèque de livres de médecine ? ”

Je réponds :

La solution de cette question dépend de celle de cette autre question : le Collège des Médecins a-t-il le droit de faire l'enseignement de la Médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique dans la Province ?

Le Collège peut bien acquérir et aliéner des biens meubles et immeubles pour les fins suivantes :

1.—Régler la durée et la nature du cours des études médicales.  
2.—Surveiller ces études dans les écoles établies à cette fin.  
3.—Contrôler les examens pour l'obtention des degrés universitaires de médecine.

4.—Faire subir les examens requis pour obtenir la patente pour admission à l'étude ou à la pratique, à ceux qui ne sont pas bacheliers ès-lettres ou licenciés en médecine.

5.—Tenir un registre des médecins habiles à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique.

6.—Prévenir ou faire punir la pratique illégale de la médecine.

Ces pouvoirs sont plus particulièrement définis aux articles 3969, 3982 et 3983 des Statuts Refondus de la Province de Québec.

Il s'arrêtent les pouvoirs du Collège des Médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

Il peut bien acheter divers ouvrages de médecine pour l'usage des assesseurs.

Ce serait pourtant étendre le sens et la portée des dispositions législatives concernant le Collège, aussi loin que possible.

Les assesseurs sont censés connaître la science sur laquelle les candidats à la pratique sont examinés : ils ne peuvent pas s'attendre à se faire fournir par le Collège les ouvrages requis pour apprendre la science de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique.

Le Collège ne pourrait donc acheter pour l'usage des assesseurs que des vade-mecum ou répertoires pour la vérification rapide des réponses des candidats.

Il s'arrête le pouvoir d'achat d'ouvrages de médecine du Collège.

De là au pouvoir pour le Collège d'établir une bibliothèque avec ou sans circulation des ouvrages, il y a une grande différence.

L'établissement d'une bibliothèque comporte le pouvoir d'enseignement et celui de faire des dépenses très considérables requises à cette fin.

Ces deux pouvoirs ne sont consacrés ni expressément ni implicitement par les lois concernant le Collège.

L'on sait pourtant que les corps publics, mandataires légaux de l'autorité centrale ou souveraine, n'exercent que les pouvoirs qui leur sont conférés par les lois les concernant.

Le Collège des Médecins n'a qu'un pouvoir de contrôle et surveillance des écoles de Médecins et de la pratique de la médecine, à la place des inspecteurs qui seraient nommés par la législature ou l'Exécutif de la Province.

Le Collège des Médecins, comme tous les autres corps d'hommes de profession, a été créé vers l'établissement des corporations municipales, dans le même but ; de laisser autant que possible à chaque groupe de la nation, le soin de se gouverner lui-même.

Le Collège n'a donc pas mission ni droit d'établir la bibliothèque dont il est question dans le bail Minier devant Labadie, en date du 13 juillet 1898.

Les gouverneurs, en adoptant la résolution du 8 juillet 1898, en autorisation de ce bail, ont agi ultra vires.

(Signé) HONORÉ GERVAIS

Je concours.

(Signé) EUG. LAFONTAINE.

Il est proposé par le Dr Cléroux, secondé par le Dr Desroches et résolu :

Considérant que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec n'a aucun pouvoir de dépenser de l'argent pour maintenir une bibliothèque médicale et notamment pour maintenir le bail Minier ;

Que le président soit autorisé à dénoncer et à révoquer le bail entre le Collège et Minier,

suivant le cas, le Collège se retirant du dit bail et n'entendant jamais y donner suite et refusant de payer le loyer stipulé, n'en ayant pas bénéficié et ne voulant pas en bénéficier.

Il est encore proposé par le Dr Desroches, secondé par le Dr Cléroux, que le local de la bibliothèque du Collège ne soit pas changé d'ici au premier de mai prochain, pourvu qu'il n'en coûte rien au Collège et que, dans le cas où M. Déom refuserait de la garder jusqu'à cette date dans sa librairie, M. le président soit autorisé à la placer ailleurs, gratuitement.—Adopté.

M. le Dr Catellier propose ensuite, secondé par le Dr Cléroux, que le Conseil de discipline soit ainsi composé : M. le président et le secrétaire du lieu où se tient la séance, qui en font partie de droit, et les Drs R. Craik, D. Marsil, A. Vallée, C. C. Sewell.

M. le Dr Desroches propose, secondé par le Dr M. S. Boulet, qu'un comité composé de MM. les Drs Luchapelle, Marsil, Craik Campbell, Catellier, Pelletier, Cléroux, et du proposeur et du secondé, soit nommé pour faire changer le mode de votation à l'élection des gouverneurs et d'établir l'élection par district et au moyen de bulletins.—Adopté.

Il est proposé par M. le Dr M. S. Boulet, secondé par M. le Dr J. L. Desroches, et résolu :

Que le secrétaire du Bureau reçoive instruction d'écrire à tous les avocats qui ont pu occuper pour lui que leurs services ne seront plus requis, sauf le droit du président de s'entendre avec ces avocats, s'il y a lieu, mais après la communication de la présente résolution.

M. le Dr Sirois propose, secondé par le Dr Marsil :

Que M<sup>re</sup> Honoré Gervais soit nommé avocat du Collège dans toutes les actions et poursuites dans lesquelles ce dernier peut ou pourra être intéressé, avec instruction de faire faire les substitutions requises.—Adopté.

M. le Dr Cotton propose alors, secondé par le Dr L. A. Demers que le Régistrare du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec reçoive instruction d'avertir chacun des membres du Collège, au moins un mois avant le premier juillet de chaque année, de la somme qu'il doit pour cotisation annuelle.—Adopté.

Il est alors proposé par le Dr. Marsolais, secondé par le Dr. Lafleur, qu'un "Comité de Régie" composé du président, du vice-président de Montréal et du régistrare soit nommé pour régler la question de la bibliothèque, du salaire de l'agent, ou toute autre question urgente d'administration, avec mission de faire rapport à la prochaine assemblée du Bureau. —Adopté sur division.

Proposé par le Dr. Lafleur, secondé par le Dr Pelletier :

Que M. Siméon Mondou, de Montréal, soit nommé agent du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, au lieu et place de M. Avilla Déom, avec l'entente que les conditions de son salaire soient laissées à la discrétion du Comité de Régie. — Adopté.

Lecture est donnée d'une lettre du Dr. A. Bouillon, de Matane, suggérant quelques amendements à la loi concernant les charlatans.

M. le Dr. Baril propose ensuite, secondé par M. le Dr. Panne-ton :

1. — Qu'un comité composé de MM. les Drs. Lachapelle, Brophy, Campbell, Desroches et Baril soit formé pour étudier la question de la vente des remèdes secrets, brevetés ou non, et inviter les Bureaux médicaux des autres provinces et les différentes associations pharmaceutiques à concourir dans ce travail, si cela est jugé opportun, et faire rapport à la prochaine assemblée de ce Bureau.

2.—Que la législature de cette Province soit priée, par requête spéciale de ce Bureau, de ne pas légiférer sur cette matière de la vente des remèdes brevetés avant que le parlement fédéral n'ait pris le sujet en considération pour la part qui le concerne.

Il est entendu que les membres de ce comité renoncent à toute rémunération pour leur travail. — Adopté.

Sur motion du Dr Marsolais, secondé par le Dr Simard il est résolu : Que MM. les docteurs dont les noms suivent seront ceux parmi lesquels les officiers de Montréal pourront choisir, conformément à la loi, les assesseurs pour les examens des universités de Montréal pendant les trois années à venir savoir :

MM. les docteurs Hon, D. Marsil, Rodolphe Boulet, E. P. Benoit, Triganne (de Somerset) Gauthier, E. Turcot, Joyal, Dubé, J. O. Beaudry, Lalonde, Provost (Sorel), Cléroux, Cotton, Warthington, Quirk, Brown, Prendergast et J. H. Bell.

M. le Dr. Brophy propose, secondé par le Dr. L. Bolduc, que les Drs C. R. Paquin (1) et F. J. Langlais soient nommés assesseurs pour l'Université Laval à Québec conjointement avec ceux déjà nommés à la dernière réunion de ce Bureau, et que les officiers de Québec soient chargés de les assigner selon le besoin. — Adopté.

M. le Dr. Simard soulève la question de Madame Guertin à laquelle une licence de sage-femme a été refusée le 6 juillet dernier à cause de certaines accusations portées contre elle. Les deux côtés de la question ayant été considérés, le Dr. Cotton propose, secondé par le Dr. Simard, qu'une licence de sage-femme soit accordée à Madame Guertin.—Adopté.

La requête du Dr Frs. Jos. Bédard, de Weedon, comté de Wolfe, allègue :

1.— Qu'aussitôt ses examens de doctorat passés à l'Université Laval, en avril 1893, il est allé s'établir aux Etats-Unis et n'est revenu aux pays qu'à l'automne dernier, après l'assemblée du Bureau.

2. — Qu'à plusieurs reprises, notamment en février dernier, il a offert de son plein gré, sans en avoir été aucunement sollicité, de payer l'honoraire de la licence.

3.— Que n'ayant pu obtenir sa licence, il a compté sur la tolérance accordée habituellement aux jeunes médecins jusqu'à la prochaine assemblée du Bureau.

4.— Que, cependant, il a été poursuivi et condamné à cinquante dollars d'amende et quarante-neuf dollars et quarante deux cents de frais, ce qui est une forte somme pour lui.

En conséquence, il se recommande à l'indulgence du Bureau et demande de rentrer dans ses fonds.

Sa requête est appuyée par les signatures de plusieurs médecins.

Après examen du cas, et sans prétendre établir un précédent, il est résolu sur motion du Dr Pelletier, secondé par le Dr Catellier, que le trésorier soit autorisé de remettre au Dr Frs. Jos. Bédard, de Weedon, comté de Wolfe, la somme de cinquante dollars.

Le comité des créances, tel que nommé par M. le président, est confirmé dans ses fonctions pour les trois années à venir.

Le secrétaire est autorisé à faire clavigraphier les minutes de cette assemblée pour être transmises pour publication dans les journaux de médecine de cette Province, puis à les faire traduire et imprimer dans les deux langues et distribuer à chacun des membres du Collège.

Sur motion du Dr Provost, secondé par le Dr Turcot, il est voté des remerciements à l'Université Laval pour l'usage gratuit de ses salles.

Le Dr Cotton propose enfin secondé par le Dr Worthington, que des remerciements soient votés à M. le président pour la manière habile et impartiale avec laquelle il a conduit les délibérations de cette assemblée.—Adopté.

L'ordre du jour étant épuisé, cette assemblée s'ajourne à quatre heures et quarante-cinq minutes de l'après-midi.

(1) Depuis la séance M. le Dr C. R. Paquin ainsi que MM. les Drs P. V. Faucher et Chs. Verge, élus le 13 juillet ont déclaré ne pas pouvoir accepter la charge d'assesseur.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Leçon d'ouverture du cours sur les maladies des voies urinaires

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PAR M. LE PROFESSEUR  
TUFFIER.

Reconstituée au moyen de quelques notes prises par M. le Dr HENRI LASNIER,  
de Lévis.

Messieurs,

Nous allons faire la campagne 95-96 sur les organes génito-urinaires de l'homme; commençant au méat nous nous rendrons jusqu'au rein. Nous nous arrêterons en chemin selon que la route présentera quelque chose d'intéressant.

Le premier ennemi que nous allons rencontrer, la première bataille que nous allons livrer, c'est contre l'urétrite qui occupe ordinairement le méat, mais peut siéger à des distances plus ou moins éloignées sur le trajet de l'urètre.

Plusieurs agents peuvent être cause d'urétrite. Les agents physiques, chimiques, des microbes de différentes espèces surtout le gonocoque. De là deux grandes divisions des urétrites :

1ère Division : les urétrites non blennorrhagiques.

2ème " " " blennorrhagiques.

Avant de pénétrer plus loin voyons un peu la constitution du terrain sur lequel nous opérons, c'est-à-dire l'histologie du canal de l'urètre. Il est nécessaire de ne retenir que ceci : L'urètre est une membrane élastique tapissée d'épithélium cylindrique.

*Etiologie.* — L'étiologie des urétrites a été depuis longtemps très discutée et est très discutable. Les uns veulent leur assigner presque toujours une *origine traumatique*, pour les autres la cause est *idiopathique diathésique* sous la dépendance, par exemple, de la *goutte*, du *rhumatisme*, de la *grippe*, etc.....

Est-ce bien sûr que ces urétrites chez des goutteux, des rhumatisants ou des grippés peuvent venir sous l'influence d'une maladie générale ?

Messieurs, le fait est incontestable, il y a des gens qui à chaque attaque de rhumatisme ont une urétrite sans qu'on puisse incriminer d'autre cause que le rhumatisme.

Les *cantharides* dont on abuse trop souvent sont une cause d'urétrite. C'est un empoisonnement du sang qu'elles causent. On range ces urétrites parmi les urétrites diathésiques parce que l'empoisonnement détermine un état général.

Ces faits sont incontestables. Je le répète et c'est traiter par trop cavalièrement la question de l'étiologie que de dire comme on l'entend quelques fois : " Une urétrite c'est bien simple, c'est un gonocoque qui se rencontre avec une urètre."

Ça n'est pas si simple que cela même, dans les urétrites franchement blennorrhagiques, c'est-à-dire celles où la présence du gonocoque est bien constatée, il faut quelque chose de plus qu'un gonocoque et une urètre. Cette autre chose, c'est la prédisposition, ou si l'on veut, l'état de réceptivité.

Tout d'abord, disons qu'une personne qui a eu la blennorrhagie est fortement disposée à l'avoir de nouveau; elle la reprendra à propos de tout et à propos de rien.

Parmi les causes qui prédisposent, les unes sont générales comme le rhumatisme, la goutte, la fièvre typhoïde; les autres sont locales.

*Causes prédisposantes locales.* — Les *hypospates* y sont plus disposés que les autres, ce sont vraiment les malchanceux; ils ramassent les gonocoques plus facilement que les autres. Le *champagne*, la *bière*, l'*alcool*, ces liqueurs à elles seules irritent l'urètre, supposé même qu'il n'y aurait pas de gonocoques ou d'autres microbes, elles peuvent causer une urétrite plus ou moins légère.

Mais qu'est-ce qui irrite avant tout l'urètre, messieurs? C'est l'*excès de coït*. Voilà la principale cause prédisposante locale; celle qui prépare le mieux à recevoir la semence gonococcique ou à faire pousser la flore ordinaire de l'urètre, à rendre pathogènes les microbes saphytes qui sont les hôtes normaux de l'urètre.

Il faut l'une ou l'autre de ces causes prédisposantes, mais la cause déterminante pour toute une classe de chaude-pisses, la plus nombreuse, c'est le *gonocoque*.

Peut-on prendre une blennorrhagie sans gonocoques? On peut prendre une urétrite sans gonocoque, mais non une blennorrhagie, car, qui dit blennorrhagie, dit une urétrite dont l'agent spécifique est le gonocoque. Retranchez le gonocoque, vous retranchez la blennorrhagie.

L'homme se donne-t-il ou reçoit-il la blennorrhagie, ou met-il simplement son urètre en état de réceptivité.

Les partisans du gonocoque répondent en disant : "s'il n'y a pas de graines, ça ne pousse pas, c'est autre chose qui pousse."

Très bien, leur dirons nous. Mais on sait qu'à l'état normal, il y a quantité de microbes dans l'urètre de l'homme qui n'a jamais eu la blennorrhagie. Des examens nombreux l'ont prouvé. Il en existe en quantité, nous faisons bon ménage avec, mais viennent une des causes prédisposantes que nous avons énumérées plus haut, ces microbes deviennent malins pathogènes et nous avons une urétrite. Ce n'est pas répondre à la question que de dire : "pas de graine, pas de blennorrhagie." La question, c'est de savoir si parmi ces microbes, hôtes normaux de l'urètre, se trouve le gonocoque.

Nous rencontrons un microbe qui ressemble à s'y méprendre au gonocoque, tellement qu'on l'a appelé pseudo-gonocoque. Pour les adversaires de la spécificité de la blennorrhagie, ce serait absolument le gonocoque, mais un gonocoque atténué. C'est ce qui a fait nier l'autonomie de la blennorrhagie et fait dire que l'homme se donne la blennorrhagie, qu'il ne l'a reçoit pas.

Mais les bactériologistes affirment que ces microbes sont des microbes différents, que même en leur donnant de la virulence on n'est jamais parvenu à produire la blennorrhagie. A ceci, on répond que l'insuccès dépend que nous ne connaissons pas assez les caractères biologiques pour augmenter la virulence, que le gonocoque est bel et bien un hôte de l'urètre. La vérité est dans le milieu.

Nous admettons donc que l'homme peut se donner la blennorrhagie quelques fois. En effet, il est assez fréquent de voir survenir au cours d'une fièvre typhoïde une urétrite à gonocoques sans que l'homme se soit livré au coït, parce que la fièvre typhoïde venait le mettre en état de réceptivité.

Un autre a des habitudes de masturbation, il prend une fièvre typhoïde puis la blennorrhagie.

On a alors ce que l'on pourrait appeler une blennorrhagie au-

toctone. L'homme peut donc à la rigueur se donner la blennorrhagie, mais dans l'immense majorité des cas, il la reçoit, il va la chercher. Son urètre va au devant d'un gonocoque étranger, il le prend chez un individu malade dans un vagin infecté, et si sur cinq hommes qui vont avec la même femme trois prennent une blennorrhagie et deux sont indemnes, c'est que ces deux n'étaient pas en état de réceptivité on ne présentaient pas ces prédispositions dont nous avons parlées.

Le gonocoque est l'agent intermédiaire indispensable. Le gonocoque, voilà la pièce à conviction dans la grande majorité des cas pour dire qu'un homme n'a pas pris innocemment la blennorrhagie.

Il est donc intéressant de bien connaître ses caractères pour distinguer les blennorrhagies véritables d'avec les autres uréthrites, en vue du traitement qui diffère avec les différentes uréthrites, comme nous le verrons dans les leçons subséquentes.

Il se présente sous forme de petits grains rappelant un rein ou une fève.

Ces grains associés deux à deux se regardent par la face concave.

Ils peuvent être libres mais pour affirmer que l'on a affaire à de vrais gonocoques, ils faut qu'ils habitent les leucocytes. De plus il faut qu'ils soient intracellulaires et extra-nucléaires.

Ce n'est pas tout, pour être appelés gonocoques, ils faut qu'ils se colorent par toutes les méthodes de coloration simple, et qu'ils ne prennent pas le Gram un fait qui prouve que le gonocoque est bien l'agent spécifique, c'est que des expérimentateurs peuvent presque à coup sûr reproduire la blennorrhagie.

Des expérimentateurs enragés ont été jusqu'à inoculer le gonocoque à des moribonds quelques heures avant leur mort afin d'en étudier les lésions.

Dans les premières heures on ne remarquait rien d'anormal. Trois heures après, les leucocytes ont traversé les vaisseaux et on trouve des diplocoques dans la muqueuse. Après trois jours une véritable couche de gonocoques recouvre la muqueuse qui est rouge et œdématisée.

Les cellules cylindriques ont disparu et il y a desquamation complète de la muqueuse, le couche élastique est à nu, attaquée elle-même, elle portera une cicatrice dans la suite.

Variétés de blennorrhagie, un homme qui a eu plusieurs blennorrhagies et à des endroits différents sur le trajet de l'urètre, on dit qu'il a une blennorrhagie cordée.

L'urètre dans ce cas présente une série de durillons est dur, bosselé au niveau des cicatrices, bosselures, durillons sur lesquels on peut quelques fois compter le nombre de blennorrhagies antérieures.

Sous l'effet de cette formation de tissus cicatriciels, la longueur de l'urètre diminue et en se tendant fait décrire un arc de cercle au pénis, lui donnant une allure typique.

#### *Infection locale ou infection générale*

Une autre question que l'on peut poser est la suivante, La blennorrhagie est-elle une infection locale ou une infection générale ?

La blennorrhagie quelquefois, nous pouvons au moins dire, est une infection générale. En effet qu'on examine bien les symptômes qui l'accompagnent et les accidents qui la compliquent.

Le porteur d'une blennorrhagie présente presque toujours de l'inappétence. Il est pâle, anémique.

Comment expliquer ces symptômes autrement que par une infection générale. Et pourquoi ce retentissement à distance. Par exemple une cuisinière a une blennorrhagie prise de colère elle donne un coup de poing à son amant, elle est prise d'une arthrite dans le poignet.

D'autres, au cours d'une blennorrhagie sont pris de rhumatisme général, déformant ou d'abcès de la cornée, de myélite, de névrite.

Des recherches récentes ont découvert le gonocoque dans les exsudats de ces arthrites ce qui donne encore plus de certitude à la théorie de l'infection générale.

Il y aurait même des endocardites sous la dépendance de la blennorrhagie. On les explique par le fait d'une action associée, d'autres microbes reçoivent pour ainsi dire le coup de fouet par l'action du gonocoque, se mettent à proliférer et produisent l'endocardite ou d'autres complications en déversant dans la circulation, des milliers de microbes, qui sans la présence du gonocoque ne se seraient pas développés et n'auraient pas produit ces lésions.

#### *Marche de la blennorrhagie*

Après 4 à 10 jours elle rentre dans la période de déclin. Elle rétrograde en apparence. La douleur s'amende. "Dans ses flancs ne grince plus un fer de rasoir", mais l'écoulement n'en continue pas moins.

L'infection en certains cas, si elle n'est pas généralisée, elle est propagée. Alors elle gagne les glandes prostatiques, les testicules, monte dans la vessie et de là aux reins, et nous avons les terribles accidents de la prostatite, de l'orchite, de la cystite et de la néphrite que nous connaissons plus loin.

Ces complications ou ces accidents arrivent après un temps plus ou moins long si la blennorrhagie est laissée à elle-même.

#### *Ancien et nouveau traitement*

##### *Valeur comparative*

On disait autre fois: "Tant que la blennorrhagie n'est pas mûre, laissez faire, tout traitement est inutile. Vous ne réduirez pas d'ailleurs, la durée de la blennorrhagie et feriez souffrir votre patient."

Aujourd'hui on dit: Dès les premières heures soignez la blennorrhagie. Vous pouvez le faire sans trop de douleur pour le patient en utilisant des solutions faibles de permanganate de potasse au 5, 6, 7 millièmes. La douleur s'amendera rapidement et rapidement vous augmenterez le titre des solutions. Supposé que tout fût prouvé dans la vieille théorie, il y a toujours dans la nouvelle cet avantage: c'est qu'on entraîne par les lavages une quantité énorme de microbes contenus dans le pus ramené par le liquide qui passe dans l'urètre, microbes qui sans cela seraient résorbés dans l'économie et produiraient dans la suite plus de ravages.

Mais des nombreuses comparaisons qui ont été faites entre l'ancienne et la nouvelle méthode, il ressort que la durée de la blennorrhagie est de beaucoup raccourcie, que l'on peut faire les premiers lavages sans trop de douleur avec des solutions faibles et à la température normale du corps et que par un traitement précoce, on met le malade à l'abri de la plupart des complications qui surviennent dans la suite.

Il y a donc un intérêt capital à commencer le traitement dès les premières heures.

#### Traitement

Le traitement comme nous l'avons dit consiste à pratiquer des lavages au permanganate de potasse, mais il y a ceci, ces lavages doivent être faits d'une manière chirurgicale, c'est-à-dire rigoureusement antiseptiques. C'est la manière de les faire qui est tout.

#### Instruments nécessaires

Le médecin doit être muni d'une table, d'un bock à irrigations, dont le tube est terminé par une canule de Janet et qui peut être élevé à la hauteur que l'on veut depuis 0.50 centimètres jusqu'à un mètre, un mètre et cinquante, enfin un bassin étroit et long qu'on puisse mettre entre les jambes facilement et qui ne dépasse pas les genoux, une blouse et des serviettes.

#### Manuel opératoire

Le médecin endosse une blouse de toile pour préserver ses habits des jets de permanganate qui tachent le linge, retrousse ses manches pour avoir la liberté de ses bras et afin de pouvoir se laver les mains et les avant-bras. Il couche son malade sur un plan horizontale, la tête peu élevée. Les pantalons sont rabattus jusqu'aux genoux pour permettre de mettre le bassin entre les jambes recouvertes d'une serviette pour les préserver du liquide qui rejaillit assez souvent en dehors du bassin. Le liquide est à la bonne température, tout est prêt. Le médecin alors se lave les mains et les avant-bras comme pour toute opération chirurgicale et procède au lavage externe du gland et du sillon balano-préputial. Ce lavage fait, il arrose le méat, tâche de faire pénétrer un peu du liquide dans l'urèthre sans la toucher encore avec la canule. Quand une certaine quantité a pénétré il emplit l'urèthre sur le méat de la main gauche en retirant la canule qu'il tient dans sa main droite. Attend quelques secondes puis lâchant brusquement le méat il laisse le liquide s'échapper. Remplit de nouveau l'urèthre et la laisse se vider de la même manière jusqu'à ce qu'il ait passé la moitié de son litre d'eau (quantité que l'on prépare ordinairement pour un lavage).

Quand la moitié du litre a passé ainsi dans l'urèthre. On élève son bock à un mètre ou un mètre cinquante au-dessus du niveau de la vessie et on laisse le liquide pénétrer dans la vessie.

Ordinairement l'injection rentre facilement surtout si on commande au malade d'ouvrir la bouche et de respirer librement ou de forcer comme pour uriner. Il ouvre ainsi son canal et l'injection pénètre par son propre poids à moins que le patient souffre d'un rétrécissement.

Il arrive que l'urèthre étant très sensible et le malade pusillanime, on ne voit pas baisser le niveau du liquide dans le bock. Il faut savoir patienter, ne pas forcer l'urèthre, attendre à la deuxième séance pour faire pénétrer le liquide dans la vessie, se contenter alors de laver l'urèthre antérieure. Plus tard, aux lavages subsé-

quents, il vous sera possible de faire pénétrer le liquide dans la vessie. Du premier au septième jour on doit faire deux lavages par jour. Ensuit un seul suffira.

Vous augmentez le titre de la solution de jour en jour. Par exemple si vous commencez avec une solution à 1 pour 5000. Vous faites les deux lavages du premier jour avec cette solution. Le deuxième jour vous faites vos deux lavages avec 1 pour 4000, le troisième 1 pour 3500, le quatrième 1 pour 3000, le cinquième 1 pour 2000 et vous continuez avec cette solution sans dépasser.

Dès le deuxième jour, vous voyez l'écoulement devenir plus clair et la douleur diminuer.

On continue ces injections tant que l'on trouve des gonocoques dans la goutte du matin.

Il faut persister un léger écoulement alors que les gonocoques sont disparus. Pour le médecin la blennorrhagie est disparu par le fait de la disparition des gonocoques. Mais pour le malade ça n'est pas fini et ça ne sera pas fini tant que cette goutte ou ce petit suintement ne sera pas disparu. On emploie alors l'injection astringente de Ricord, qui fait très bien dans ce cas.

Il arrive que les malades ne peuvent supporter les envies fréquentes d'uriner, immédiatement après le lavage, ou pendant la première demi-heure. On peut faire disparaître cette sensation pénible, etc., immédiatement après le lavage ou pendant la première demi-heure. On peut faire disparaître cette sensation pénible en ayant soin d'injecter dans le rectum  $\frac{1}{4}$  d'heure avant le lavage 5 grammes de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0.50 centigrammes
Sulfate d'atropine.....	0.01 centigramme
Eau distillée.....	100. grammes

## REVUE DES JOURNAUX

### Epilepsie infantile.

Hôpital des enfants malades.—Service de M. GRANCHER

M. Grancher dans une leçon sur l'épilepsie infantile part de cette donnée que l'épilepsie est un syndrome dont la signification est mal définie et varie suivant les auteurs. Il n'y a pas unité dans la compréhension de ce mot : épilepsie ; que doit-on entendre par là ? Malgré tous les efforts qui ont été faits on n'est pas arrivé à la définir d'une façon précise ; plus on a étudié cette maladie, plus on a étendu ses limites, moins on est arrivé à dissiper toute confusion.

Plus grandes encore sont l'incertitude, la confusion quand il s'agit d'épilepsie infantile, c'est pourquoi M. Grancher prend occasion de la présence dans son service de deux enfants atteints d'épilepsie, chacun présentant un type différent de la maladie, pour revenir sur cette question.

Malgré la variabilité de ce symptôme tout le monde s'entend cependant, quand on parle d'épilepsie essentielle, particulièrement chez les adultes et les adolescents, on sait qu'il s'agit d'un drame en trois actes, d'une crise où s'échelonnent trois phases distinctes. La symptomatologie est donc tout au moins bien nette, bien définie, si l'étiologie, la nature, le pronostic même de la maladie restent obscurs.

Tout le monde sait que l'attaque dans la grande épilepsie motrice débute tout d'un coup, précédée ou non de *l'aura epileptica*, que le sujet pâlit, tombe comme foudroyé, tout le corps ou seulement une partie du corps atteints de convulsions toniques, la pupille dilatée et immobile,

Ce premier acte occupe un temps très court, il peut même passer inaperçu de l'entourage ; la deuxième phase est beaucoup plus frappante et non moins bien connue : c'est la phase des convulsions cloniques. Les membres, la langue sont le siège de petites secousses brusques, saccadées, la face est rouge, vultueuse, congestionnée, grimaçante ; une écume sanguinolente sort de la bouche, bref, on a là un tableau très effrayant pour l'entourage. Cette deuxième période dure plus longtemps que la première.

La troisième période est une phase de repos, les convulsions s'arrêtent, le malade pousse un grand soupir et tombe dans la stupeur, immobile, faisant entendre un ronflement sonore. Cette phase a une durée plus ou moins prolongée et peut même se continuer sans interruption avec le sommeil de la nuit. Cependant la durée moyenne est de 5 à 6 minutes et tout rentre dans l'ordre sans que le malade ait la moindre souvenance de ce qui s'est passé. Il se réveille obnubilé, très courbaturé, très fatigué et il lui faut quelquefois plusieurs jours pour se remettre. Ceci même peut permettre un diagnostic rétrospectif.

Tel est le tableau bien net de la grande attaque d'épilepsie essentielle, mais à côté d'elle il est toute une autre série de phénomènes qui en diffèrent complètement, sans cesser d'être épileptiques et c'est ici que commence la série des formes plus ou moins discutables de l'épilepsie. C'est sur ce terrain qu'on a étendu les frontières de la grande névrose et qu'éclatent les divergences de conception dont il a été parlé tout à l'heure. C'est surtout chez les enfants que ces phénomènes sont curieux à étudier.

On a rangé une partie de ces phénomènes sous la dénomination de petit mal, lequel n'a rien qui rappelle le grand mal, c'est-à-dire l'attaque dont la description sommaire vient d'être faite.

C'est ainsi qu'on voit un enfant s'arrêter subitement au milieu d'une phrase commencée, pâlir, être pris d'une sorte de machonnement, puis au bout d'un temps très court revenir à lui, se ressaisir et reprendre son occupation ou la conversation commencée, cela sans aucune prostration.

Ce tableau quoique peu chargé est cependant très caractérisé. Pour beaucoup d'auteurs, il appartiendrait encore bien mieux à l'épilepsie essentielle que la grande attaque qui peut être le résultat d'une lésion cérébrale, de la présence d'une tumeur par exemple.

D'autres petits malades ont un simple vertige, une perte de connaissance : il n'y a pas de chute, pas de convulsions cloniques, pas de pâleur de la face, c'est un accès avorté.

D'autres perdent également connaissance et exécutent pendant ce temps des mouvements coordonnés, systématisés tels, par exemple, des mouvements des bras rappelant les mouvements du lapin jouant du tambour, ces mouvements se répètent identiques dans une autre attaque.

Tantôt, toujours avec perte de connaissance, il survient seulement un tremblement généralisé, tantôt l'enfant entre dans une crise de sommeil plus ou moins prolongée.

Il existe une forme procursive dans laquelle le malade se met à tourner en rond ; à cette forme on peut rattacher la forme ambulatoire dans laquelle l'individu est poussé à marcher, il se tient droit devant lui et ne se souvient point, quand arrive le retour à l'état normale, de ce qu'il a fait ni où il a été. Rien ne le distingue quand on le rencontre sur un chemin ou dans la rue, d'un passant quelconque, rien ne frappe dans son attitude.

D'autres malades ont des accès d'angine de poitrine survenant subitement, avec perte de connaissance, accès d'angine de poitrine qui peuvent alterner avec de vraies attaques d'épilepsie ou exister seules.

Il y aurait encore d'autres formes très curieuses d'épilepsie qui seraient souvent méconnues du médecin, à plus forte raison du malade et de son entourage, ce sont des accès d'asthme, de spasme de

la glotte, de faux croup, de migraine, de tics douloureux de la face suivis d'inconscience.

C'est ici qu'on se trouve sur les frontières incertaines de la maladie, dans un domaine de la névrose très discutabile.

Si parmi ces phénomènes il en est qui ne méritent guère d'être rangés dans la grande névrose il en est cependant qu'on ne saurait en distraire.

Telles par exemples certaines formes impulsives : l'une, la forme ambulatoire dont il vient d'être parlé et qui a été décrite avec beaucoup de largeur par quelques auteurs sous le nom de "manie ambulatoire" dans laquelle les sujets peuvent, en état d'inconscience, exécuter de très longs voyages. On en a vu aller à Moscou ou à Bombay, sujets qui cependant, au cours de leurs vagabondes excursions, ressemblent à tout être ordinaire. Une autre forme, celle-ci beaucoup plus dangereuse est celle dans laquelle, sous l'empire d'hallucinations les malades frappent sans raison telle ou telle personne. De là des questions médico-légales de la plus haute importance. Il y a dans tous ces faits des problèmes variés et très difficiles.

Il est une autre variété d'épilepsie, c'est l'épilepsie partielle si connue sous le nom d'épilepsie-jacksonienne qui est une épilepsie corticale toujours fonction d'une lésion cérébrale quelconque.

On voit donc que le domaine de l'épilepsie est des plus étendus. Où s'arrête-t-elle ? Parmi les auteurs, les uns ont essayé de rétrécir ce champ trop vaste, les autres l'ont étendu à l'infini y comprenant même l'éclampsie infantile.

Lasègue cherchant à bien pénétrer la nature de la névrose la considérait comme une maladie *sui generis*, comme une dégénérescence évolutive, ne débutant jamais avant 8 ans, jamais après 20 ans, maladie donc toute d'adolescence, procédant toujours d'une hérédité directe ou indirecte, maladie toujours identique à elle-même chez le même sujet, fait très contesté par les autres. La règle fixait donc l'épilepsie sur des bases solides et étroites, éliminant du coup de son domaine toute les convulsions de la première enfance. La formule, comme on le voit, était très nette.

D'autre part Bourneville, Sollier et la plupart des auteurs disent tout le contraire de ce que croit affirmer Lasègue. Tous les épileptiques adultes, disent-ils, ont eu des convulsions dans leur enfance. Là donc où Lasègue avait tracé un fossé entre les convulsions de la première enfance et l'épilepsie, ces auteurs jettent un pont, faisant un tout de ces deux choses ; convulsions, épilepsie.

M. Féré, de son côté, affirme que les convulsions de l'enfance la crise en eût-elle été unique, sont de l'épilepsie.

Cette manière de voir est donc peu propre à limiter l'épilepsie à travers les périodes de la vie humaine et dans les faits. L'incertitude est donc très grande, elle l'est non seulement dans la symptomatologie, dans la nature de la maladie mais aussi dans l'étiologie.

M. Bourneville dit à propos de l'étiologie que l'hérédité est ici une hérédité indirecte par l'alcoolisme.

Ceci étant dit, M. Grancher présente les deux petits malades en question qui, comme on l'a dit, diffèrent sensiblement l'un de l'autre. Le premier est un garçon de 11 ans dont l'observation n'offre d'intérêt que par les détails qui ont été donnés par l'entourage. Le père qui a aujourd'hui 68 ans a eu, paraît-il des convulsions pendant son enfance ; il a uriné au lit jusqu'à l'âge de 16 ans. Il est resté nerveux, mais n'est point un alcoolique. La mère qui a 32 ans et d'une bonne santé, elle a eu 8 enfants venus normalement, qu'elle a tous nourris et qui sont bien portants, sauf le petit malade en question. Rien là que de très banal, mais ce qui est plus intéressant c'est l'histoire du malade lui-même. Il paraît qu'il a commencé à avoir des convulsions à 2 mois, que depuis, il n'a cessé d'avoir des crises épileptoïdes de durée variables, que ces crises ont été de plus en plus fréquentes, qu'il en a eu plusieurs par jour onze dans



la même journée, qu'elles ont été parfois subintrantes : constituant un état de mal de fort longue durée. Les crises sont précédées d'une aura donnant une sensation très nette au malade, lui permettant par exemple, quand il tient sa petite sœur dans ses bras de la lâcher avant la crise. Il urine dans son lit.

Lasègue recommande toujours chez les sujets épileptique ou supposés tels, de rechercher les malformations, cela éclaire souvent le diagnostic. Suivant lui y a toujours des déformations quelconques chez les épileptiques.

Chez le malade en question il y a de l'asymétrie du nez et de l'asymétrie crânienne, il y a un peu plus de saillie du pariétal droit, il n'y a rien du côté du voile du palais ni ailleurs. Cet enfant a la physionomie intelligente et non l'aspect abruti qu'ont souvent les malades de ce genre et, de fait, il est intelligent, il a seulement perdu le mémoire, il n'a pas le caractère méchant.

On voit que chez ce malade les limites fixées par Lasègue se trouvent en défaut et qu'il rentre dans la catégorie des épileptiques de Bourneville.

L'autre malade est une fillette de 14 ans. Elle n'offre rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels, ses frères ont eu des convulsions. elle n'a jamais été malade, sauf une rougeole à 6 mois, elle n'est point réglée. Cette enfant aurait eu, il y a un an des accès de vertiges survenus parfois pendant qu'elle travaillait à la couture chez sa mère, vertiges de quelques secondes de durée, sans perte de connaissance, à l'école elle a toujours été distraite et assez mauvaise élève.

Mais c'est en mars dernier que, pour la première fois, sont survenues les vrais crises de la névrose et qu'a débuté vraisemblablement la maladie, car il faut exclure les vertiges qui peuvent avoir été de toute autre espèce, on peut donc, chez cette petite malade, faire table rase de tout son passé.

Les attaques chez elle sont très particulières. Il n'y a pas d'aura ; tout d'un coup la malade exécute des mouvements rythmés de la tête, mouvements de salutation, de ses deux poings elle frappe sur ses cuisses et tout est fini, la crise est passée. Mais il y a eu perte de connaissance et autre phénomène important, la malade urine sous elle ; ne tombe jamais à terre.

Ce n'est donc pas de la grande attaque classique. Il y a huit jours, à la suite d'une discussion, elle parlait d'aller se jeter à l'eau parce qu'elle urinait sous elle.

La symptomatologie est donc très réduite chez cette jeune malade, c'est une de ces formes anormales dont l'énumération a été faite plus haut.

Cette fois voici une malade qui rentre dans la catégorie des épileptiques de Lasègue, car elle n'a jamais eu de convulsions dans son enfance et la maladie a débuté à l'âge de 13 ans.

Qu'y a-t-il donc de vraie dans la théorie de Bourneville que Ferré a établie d'ailleurs à l'état d'aphorisme, savoir qu'il n'y a rien de distinct entre l'éclampsie infantile et l'épilepsie, que les deux choses sont du même domaine et doivent être comprises dans le même cadre en pathologie ?

M. Grancher ne peut accepter cette conception ; il peut dit-il y avoir certaines relations entre ces deux choses, éclampsie, et épilepsie mais elles restent tout-à-fait différentes l'une de l'autre, épiformant deux entités pathologiques distinctes au point de vue clinique, distinctes dans l'étiologie, l'évolution, le pronostic, la thérapeutique.

L'éclampsie de la première enfance relève ordinairement des causes classiques énumérées par Trousseau, savoir de maladies de la bouche, du tube digestif, de l'anus, etc. C'est la règle ordinaire : l'enfant ne devient pas épileptique pour cela, c'est même assez rare.

Il n'y a donc pas corrélation fréquente, encore bien moins fatale, entre ces deux affections, ceci est important à retenir dans la

pratique, car il serait imprudent au médecin de prononcer, à propos d'une crise d'éclampsie, le mot épilepsie propre à jeter le désespoir dans l'entourage. D'ailleurs s'agirait-il de la véritable épilepsie il serait toujours bon de ne pas prononcer cet arrêt terrible, à moins que des stigmates de dégénérescence trop apparents rendent la chose trop évidente.

Au résumé, en ce qui concerne l'épilepsie, M. Grancher se rattache à la conception de Lasègue : pour lui l'épilepsie à une physionomie propre, bien nette qui la dégage de l'éclampsie, c'est quelque chose de très particulier, une entité pathologique tout à fait la part, malgré ses formes multiples, dans laquelle se rangent les deux malades qui ont été présentés, la deuxième représentant tout à fait le type de Lasègue.

(Abeille méd.)

#### Des tumeurs conjonctives bénignes du rectum

Cette question, peu ou insuffisamment connue, vient d'être mise au point par un ancien interne des hôpitaux, M. Longuet dans un mémoire et dont voici le résumé :

I.—L'existence de myxome, d'enchondrome, de fibrome purs du rectum ne repose encore sur aucun fait probant. Au contraire, les lipomes et les fibro-myomes sont indiscutables, et ne paraissent pas rares. Selon toute vraisemblance, bon nombre de polypes dits fibreux du rectum ne sont que des myomes, quand ils ne sont pas des produits inflammatoires.

II.—Les lipomes, lorsqu'ils sont pédiculés dans la cavité rectale, peuvent se reconnaître à leur consistance molle et à leur fine lobulation.

III.—Les myomes sont, au contraire, de consistance ferme, d'un contour bosselé et peuvent atteindre un volume considérable (12 livres). Tantôt ils se développent vers la lumière du rectum et dans cette évolution cavitaire ne tardent pas à se pédiculiser. Tantôt ils subissent l'évolution excentrique et se logent dans l'excavation sacrée ou remontent dans la cavité péritonéale. Histologiquement, comme à l'œil nu, ils sont en tout semblables aux myomes utérins.

IV.—Si d'une part le diagnostic de tumeur maligne, et celui d'adénome ont pu être écartés, si d'autre part, on est en droit d'éliminer les pseudo-tumeurs : papillomes, condylomes, hémorroïdes fibreuses, il faut penser à un lipome lorsque la tumeur est molle et lobulée, à un myome si elle est dure et bosselée, volumineuse.

V.—La constance des troubles rectaux, éprouvés, ténus, hémorragies répétées, obstruction incomplète qu'on relève dans toutes les observations, assombrit le pronostic de ces néoplasmes, malgré leur nature bénigne. Ce pronostic est particulièrement mauvais pour les myomes à évolution excentrique dont la cure chirurgicale est complexe.

VI.—L'extirpation et l'énucléation sont faciles pour les tumeurs à évolution cavitaire ; au contraire, les myomes extra-cavitaires nécessitent l'incision parasacrée avec ou sans résection du coccyx, et s'ils sont de siège très élevé, la laparotomie peut être la voie mixte, abdominale et périnéale combinées dans certains cas. L'ouverture du rectum au cours de l'ablation est à prévoir et la thérapeutique doit être menée en conséquence.

VII.—L'existence de néoplasmes (angiomes, tératomes et kystes dermoïdes) semble prouvée au niveau du rectum ; mais le trop petit nombre de faits ne permet pas encore de tracer une étude d'ensemble de ces tumeurs.

(Progrès Médical)

### Le traitement des fractures de la rotule

Cette question vient d'être traitée par le Dr L'Homme. Voici les conclusions auxquelles est arrivé notre confrère :

1° L'anatomie pathologique des fractures de la rotule démontre que, sans l'intervention sanglante, la consolidation osseuse est exceptionnelle. La réunion se fait presque toujours par un cal fibreux, et aboutit, le plus souvent, à des insuffisances musculaires et à des raideurs articulaires rendant le membre fracturé plus ou moins impotent.

2° Les méthodes qui ne comportent pas l'ouverture de l'article et n'aboutissent qu'à un cal fibreux, sont donc insuffisantes.

3° L'immobilisation passagère, la ponction articulaire, les révéulsifs peuvent avoir dans certains cas, tout au début, des indications.

4° L'usage des divers appareils de contention indirecte ou directe (griffes) est plus nuisible qu'utile.

5° A défaut de l'intervention sanglante, le massage constitue une méthode efficace. Il est indiqué chez les vieillards, les diathésiques, chez ceux qui, pour des motifs divers, ne peuvent ou ne doivent pas être opérés.

Le massage est également indiqué dans les fractures de rotule où les fragments ont subi un minime écartement, où les ailerons rotuliens ont été peu intéressés, où l'hémarthrose a été peu considérable.

6° L'arthrotomie large, suivie de la suture osseuse, est incontestablement le traitement de choix puisqu'il obtient dans le minimum de temps la restauration à peu près complète du membre.

La suture osseuse doit être précédée de l'ouverture large de l'article ; les procédés de suture extra-articulaire sont insuffisants.

Dans certains cas (fractures esquilleuses, friabilité de l'os) la suture osseuse sera remplacée avec avantage par la suture fibreuse périrotulienne (cerclage de la rotule ; suture en lacet). L'arthrotomie est une opération grave qu'on ne doit faire qu'à bon escient, avec la certitude d'une antisepsie et d'une aseptie irréprochables. Elle exige le consentement formel du malade.

7° L'arthrotomie avec suture osseuse est indiquée :

a) Dans les fractures ouvertes.

b) Dans les fractures directes avec plaie extérieure et graves désordres articulaires.

c) Dans les fractures indirectes avec grand écartement des fragments, hémarthrose considérable, déchirures ligamenteuses prononcées.

d) Dans les fractures anciennes mal consolidées, ayant pour résultat un membre impotent.

8° L'arthrotomie doit être suivie à brève échéance de tentatives de marche et de mobilisation du membre. Toutefois ces premiers essais doivent être prudemment conduits, pour éviter la rupture du cal de nouvelle formation. Ultérieurement le massage, l'électrisation, les douches, etc., seront avantageusement employés.

(Bulletin méd.)

### Troubles de la menstruation dans les maladies du cœur

Le Dr Guilnard vient de publier un travail pour montrer que l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, qui a été niée, est bien réelle.

De toutes les affections du cœur, celle qui a le plus d'influence sur l'utérus, est sans contredit le rétrécissement mitral. Qu'il date de l'enfance ou survienne plus tard, à la suite de rhumatisme, il est la maladie par excellence des congestions passives, celle dans laquelle la gêne circulatoire se fait le plus rapidement sentir dans les organes éloignés du cœur. Aussi la très grande majorité des désordres de la menstruation (dysménorrhée douloureuse, ménorrhagies, métrorrhagies) s'observe-t-elle chez les sujets porteurs de cette lésion cardiaque,

Viennent ensuite l'insuffisance mitrale, puis, les maladies de l'aorte.

Quant à la fréquence, l'auteur établit que les troubles menstruels d'origine cardiaque se rencontrent dans plus de la moitié des cas de cardiopathies.

C'est à la puberté qu'on voit se produire la première manifestation de cette influence.

Hâtive ou tardive, cette apparition des premières règles est souvent entrecoupée d'accidents de divers ordres. Si la jeune fille est atteinte de rétrécissement mitral pur, la cardiopathie la plus fréquente à cet âge, la lésion cardiaque est, dans des cas assez nombreux, restée jusqu'alors inaperçue. Aussi est-on surpris de voir que l'établissement des règles est difficile. « Souvent, dit Mathieu, il y a des pertes de sang excessives, de véritables métrorrhagies, de la dysménorrhée... Les époques sont douloureuses, irrégulières, souvenant d'une abondance excessive.

Ces symptômes ne sont pas faits pour mettre sur la voie du diagnostic d'une lésion cardiaque, car l'attention est surtout attirée du côté de l'appareil utéro-ovarien, à moins encore qu'elle ne dévie sur la chlorose.

Il ne faut donc pas se hâter de faire un diagnostic avant d'avoir pratiqué avec le plus grand soin l'auscultation du cœur chez les jeunes filles.

Après quelques menstruations régulières ou même aussitôt après la première, survient une période d'aménorrhée de plusieurs mois, puis se montrent des écoulements sanguins tantôt très abondants, tantôt à peine appréciables, et d'une telle irrégularité que la jeune fille ne sait plus s'ils correspondent ou non à une époque menstruelle.

Pendant tout le cours de sa vie génitale, la cardiaque est exposée à ces divers accidents.

Deux conditions sont essentielles à la production des hémorrhagies ; c'est d'abord un état général relativement bon, ensuite et surtout un cœur assez vigoureux pour lutter victorieusement contre la lésion. Le jour où le cœur faiblit, où les œdèmes et la dyspnée apparaissent, où, en un mot, la malade entre en asystolie, non seulement les hémorrhagies, mais les règles elles-mêmes se suppriment et font place à l'aménorrhée, quittes à reparaitre plus tard, lorsque la crise d'asystolie sera passée, lorsque le cœur aura repris le dessus.

Il est difficile d'affirmer si l'âge de la ménopause est modifié par l'existence d'une maladie de cœur, car cet âge est loin d'être fixe. Cependant, d'après les statistiques de Durozicz, on pourrait dire que la ménopause est hâtive partout où la mitrale est engagée et qu'elle est normale ou retardée partout où elle ne l'est pas.

Dans les lésions de l'orifice aortique, le retard de la ménopause serait remarquable.

D'ailleurs les cardiaques ne voient pas seulement leur ménopause avancée ou retardée de par le fait de leur lésion, elles sont aussi exposées, à ce moment peut-être plus qu'à tout autre, à des pertes sanguines considérables et répétées, à de véritables métrorrhagies.

Enfin, longtemps après la ménopause, on peut avoir de métrorrhagies qui paraissent être exclusivement sous l'influence d'une affection cardiaque.

La conclusion générale de cette étude est que, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un trouble de la menstruation (hémorrhagie ou aménorrhée) dont la cause reste ignorée, il faut songer au cœur et en pratiquer l'auscultation avec le plus grand soin, si l'on veut se mettre à l'abri d'une erreur de diagnostic.

Dans les cas de ce genre, c'est donc surtout le cœur qu'il faut soigner, sans oublier cependant qu'il peut exister aussi des lésions utérines qui doivent être traitées également ; en effet, la métrite est parfois l'intermédiaire entre l'influence cardiaque et l'hémorrhagie, la métrite ayant une origine quelconque ou bien rôle

vant directement de la congestion provoquée par la lésion cardiaque.

*Revue de Louvain*

### Traitement des cardiopathies chroniques par les agents physiques.

D'après M. le Dr ADRIEN PIATOT

La thérapeutique des cardiopathies chroniques s'est dans ces dernières années, orientée dans une voie nouvelle. Le but des récentes médications est, comme l'a dit M. Huchard, d'agir sur le cœur périphérique pour soulager le cœur central. Il en résulte que les agents physiques ont pris une place de plus en plus importante dans le traitement des maladies valvulaires et spécialement des cardiopathies artérielles. Dans les premières, ils éloignent et préviennent la décompensation en empêchant les stases sanguines abdominales et périphériques de se produire, dans les secondes, en diminuant le travail du cœur et en abaissant la pression vasculaire. Ils rendent encore de grands services dans les troubles fonctionnels du cœur, en atténuant son excitabilité, en faisant disparaître la tachycardie et l'arythmie et en agissant profondément sur la nutrition. L'amélioration obtenue est telle qu'elle peut faire croire une guérison complète, anatomique, alors qu'il ne s'agit que d'une guérison fonctionnelle (Huchard).

Les eaux minérales chlorurées sodiques faibles, le climat tempéré, les faibles altitudes, dans quelques cas l'hydrothérapie, enfin et surtout le massage et la gymnastique médicale constituent, avec le régime alimentaire exactement surveillé, la thérapeutique la plus efficace des cardiopathies chroniques. M. Piatot qui vient de consacrer une étude importante à l'examen des moyens physiques dans le traitement des maladies du cœur, est arrivé sur ce point à des conclusions formelles dont nous transcrivons ici ce qui a trait à la cure hydrominérale et au massage.

Comment doit-on concevoir l'installation des stations minérales pour cardiaques ?

Tout d'abord, à côté du traitement balnéaire (bains et eau en boisson) et le complétant, d'une façon indispensable, il doit y avoir la méthode adjuvante. Il faut donc que, dans chaque station, il y ait des gymnastes instruits et intelligents, capables par conséquent d'exécuter les prescriptions qu'ils reçoivent. Il est même désirable que des locaux soient aménagés dans l'établissement thermal, avec pliants à dossier, pour pratiquer les diverses manœuvres de gymnastique médicale. On doit en plus choisir des terrains — il y en a partout — capables d'être utilisés pour la cure de Oertel, qui rend des services incontestés chez les obèses cardiaques. On doit enfin avoir une installation complète pour la cure lactée et s'efforcer d'obtenir des hôtels ces tables de régime qu'à l'étranger on emploie depuis longtemps.

En dehors de ces questions, il est des points importants à considérer : le climat, l'altitude, etc.

Pour les affections artérielles, la principale indication, dit Huchard, consiste à combattre un phénomène précoce et constant, l'imperméabilité rénale, et c'est ainsi que les eaux de Vittel, Martigny, Contrexéville, Saint-Nectaire et Evian produisent des effets remarquables par la rapidité de leur absorption et de leur élimination. Mais il faudrait encore pouvoir y ajouter les effets de la thermalité qui produit une action réversive.

Pour les affections valvulaires, voici les conditions que doit remplir une station hydrominérale :

Les eaux doivent être faiblement minéralisées. Si elles l'étaient fortement elles agirait défavorablement, comme les eaux sulfureuses fortes, par exemple ; elle détermineraient sur tout l'arbre circulatoire une excitation exagérée que le cœur ne pourrait pas supporter, et qui serait capable d'asystoliser promptement les malades.

Pour la même raison, la station ne doit pas être située à une trop haute altitude, pas plus de 500 à 600 mètres.

La thermalité des eaux est importante puisqu'elle s'adresse à la cause (rhumatismes) et à l'effet (maladie de cœur).

Les eaux doivent avoir une action décongestive et diurétique parce que, dans les cardiopathies et surtout dans les cardiopathies artérielles, le rein est souvent l'organe compensateur du cœur.

Le climat doit être tempéré, modérément chaud, à l'abri du vent l'un des plus grands ennemis du cardiopathe), avec tendance à la stabilité barométrique, thermique et hygrométrique.

Le sol doit être suffisamment perméable pour ne pas permettre à l'humidité de s'y conserver longtemps.

La station doit être peu éloignée, parce qu'il est démontré que les long voyages, en chemin de fer et en voiture sont capables de déterminer des accidents graves et promptement mortels.

Ce que M. Piatot appelle la cure adjuvante consiste dans les mouvements de gymnastique passive et le massage.

Ces pratiques agissent :

- 1° En augmentant la diurèse ;
- 2° En favorisant l'oxydation plus complète des produits de désassimilation ;
- 3° En activant la capacité respiratoire ;
- 4° En régularisant les fonctions digestives et intestinales ;
- 5° En facilitant la résorption des œdèmes, la disparition des stases veineuses ;
- 6° En agissant directement sur la circulation (diminution de la tension artérielle, disparition de la tachycardie et de l'arythmie, diminution du nombre des battements cardiaques).

Le massage abdominal en outre semble agir sur la diurèse par le même mécanisme que la digitale, puisque l'augmentation des urines coïncide, par l'emploi de ces deux moyens, avec la vaso-dilatation et la diminution de la tension artérielle succédant promptement à un état de vaso-constriction et d'hypertension artérielle. Donc, l'augmentation de la diurèse est liée surtout à l'accroissement de la vitesse du sang dans le rein plus qu'à l'élévation de la pression vasculaire. Il s'agit là d'une véritable poussée sanguine, analogue à la brusque poussée de l'eau à travers une digue rompue. (H. HUCHARD.)

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

### A propos du traitement de l'avortement. De l'expression abdomino-vaginale de l'utérus.

P. BUDIN.

On administre le chloroforme car il est important que les parois abdominales, les parois vaginales et le périnée soient dans le relâchement le plus complet.

On prend les précautions antiseptiques les plus sévères pour les mains et pour les organes de la malade.

On procède ensuite à la dilatation de l'orifice ; on introduit l'index dans le canal cervical, puis l'index et le médium. Si par hasard, le tissu de la matrice résiste trop, après avoir abaissé l'utérus avec une pince à égrignes mise sur le col, on fait usage des bougies de Hégar.

Quand la dilatation obtenue est suffisante, quand deux doigts peuvent être introduits s'il s'agit d'un avortement de trois à quatre mois, quand un seul mois, on pratique le curage. Une main mise sur l'abdomen maintient l'utérus en place et le fixe solidement ; le doigt ou les doigts introduits dans l'intérieur de la matrice détachent lentement, régulièrement et complètement le placenta. Cette séparation est, en général, facile ; parfois, cependant, elle exige un certain temps : si on sent le placenta qui flotte dans la cavité utérine et qui reste encore adhérent par un pédicule, on continue les manœuvres jusqu'à décollement complet.

Il faut alors procéder à l'évacuation. Quelquefois, le placenta est entraîné par deux doigts qui le saisissent entre eux, ou par un seul doigt mis en crochet et prenant point d'appui sur le tissu placentaire ou mieux sur les vaisseaux résistants qui se rendent dans les cotylédons.

Si on échoue dans ces tentatives, si la masse de l'arrière faix est trop grosse ou si l'orifice utérin est trop petit, on ne doit pas céder à la tentation d'introduire des pinces, mais après avoir dilaté, frictionné le placenta, recourir à l'expression abdomino-vaginale.

On explore ensuite l'utérus, pour s'assurer qu'il ne reste rien dans sa cavité; on fait un grand lavage au sublimé, à 1 pour 4.000, en se servant de la sonde à canal en forme de fer à cheval puis on a recours aux écouvillons, ainsi que l'a conseillé Doléris. L'auteur emploie de gros écouvillons faits avec des côtes de plumes: on les recourbe légèrement, on les plonge dans une solution de sublimé et on les introduit dans l'utérus. Des mouvements sont exécutés de haut en bas et de bas en haut, grâce auxquels on nettoie successivement la paroi antérieure, la paroi latérale gauche, la paroi postérieure et la paroi latérale droite de l'utérus; on termine en imprimant à l'écouvillon des mouvements de rotation sur son axe. Toutes les parois sont ainsi successivement et vigoureusement balayées.

Quand deux ou trois écouvillons ayant été introduits, ils ne restent plus aucun débris d'arrière-faix ou de caduque, on en passe encore qui ont été plongés dans une solution de glycérine et de créosote à 1 pour 5 ou à parties égales, et on fait immédiatement un lavage de la cavité vaginale avec une solution de sublimé, afin d'enlever l'excès de créosote qui est caustique.

Si l'utérus revient bien sur lui-même et s'il n'y a aucune hémorragie, on peut ne point pratiquer le tamponnement; dans le cas contraire, on tamponne la cavité utérine et la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée.

*Le Progrès Médical.*

#### Premier cas de sutures du ventricule gauche du cœur.

ENRICO GIORDANO (de Naples).

Depuis quelques années déjà les chirurgiens ont conçu l'idée de la possibilité d'intervenir, dans les blessures du cœur. Farina, à Rome, a affectué, en 1896, la suture du cœur d'un individu qui avait reçu une blessure. D'autres, après lui, ont fait des essais dans ce sens.

L'auteur lui-même a eu à traiter un cas analogue dont il relate l'histoire.

Le soir du 6 juillet 1898, a été amené à l'hôpital un homme de 35 ans qui avait reçu un coup de couteaux. Immédiatement on a constaté une plaie due à un instrument pointu et située sur la limite interne de la paroi antérieure de l'aisselle gauche. Le coup était allé en sens oblique en dedans et en bas, à travers le deuxième espace intercostal en rasant la marge de la troisième côte. Cette constatation ayant été faite par le doigt introduit dans la plaie, l'auteur sans le retirer, a prolongé transversalement la plaie à travers les tissus mous, jusqu'au bord gauche du sternum et de là il est descendu avec une autre incision verticale jusqu'au bord supérieur de la cinquième côte; il mit à nu le lobe angulaire ainsi formé et fit une incision transversale dans le quatrième espace. Il a fait ensuite la résection de la troisième côte en la relevant en bas.

De cette brèche énorme une grande quantité de sang s'étant écoulée on a pu apercevoir sur la paroi externe du cœur, à travers une large ouverture du péricarde, une plaie presque transversale à l'axe de l'organe et longue de 2 centimètres. Les deux bords de la plaie réunis par une pince, l'hémorragie a cessé. On a, à l'aide d'une pince à forceps, comprimé ensemble le bord supérieur de la

plaie cardiaque avec le bord correspondant du péricarde et on a procédé à la suture.

Tout cela a été fait avec la plus grande rapidité.

L'état du malade qui, pour arriver à l'hôpital, avait dû faire un long trajet, était des plus crétiques.

Après l'opération, on le mit au lit et on lui injecta de la caféine par voie hypodermique. Le lendemain matin, il se trouvait dans un état relativement meilleur. Pendant les journées des 8, 9 et 10, rien n'est venu troubler la marche de la maladie.

Le matin du 11, un pus sanieux entourait la plaie; le liquide qui s'écoulait par le drainage avait pris un aspect ichoreux. Immédiatement, on a procédé à la pleurotomie.

La pleurésie purulente s'améliora. Dans les jours du 20 et du 21 la température qui était très élevée, baissa.

Le 23, on évacua du poumon gauche son contenu purulent. Le 26, le malade mourut. Malgré cet échec l'auteur conclut en disant que les résultats obtenus jusqu'ici sont de nature à encourager les chirurgiens à intervenir dans les blessures du cœur par un acte opératoire qui représente un des plus beaux progrès de la chirurgie moderne.

*La Riforma Méd.*

## FORMULAIRE

### Anesthésie locale

(Dobisch.)

Chloroforme.....	10 grammes.
Ether sulfurique.....	15 ---
Menthol.....	1 ---

En pulvérisation sur la région à opérer. Anesthésie durant 2 à 6 minutes.

### Chloto-anémie

Rummo (de Pise) et G. Dori.

Injections sous-cutanées de fer.

Citrate de fer ammoniacal.....	1 grammes.
Eau distillée bouillie.....	10 ---

Injecter dans région interscapulaire de  $\frac{1}{2}$  à 1 cc. de cette solution, soit 0,05 à 0,10 centigr. de citrate de fer.

*(La Semaine Médicale.)*

### Bronchopneumonie des enfants. (MARFAN)

Enfants de moins de 2 ans:

Sirop d'ipéca.....	20 grammes.
Poudre d'ipéca.....	0 gr. 30 centigr.

A donner en deux fois à 10 minutes d'intervalle.

Au-dessus de un an chez enfant cachectique:

Acétate d'ammoniaque

et Benzoate de soude comme expectorant.

Comme révulsifs:

Ventouses sèches.—Cataplasmes sinapisés. Frictions avec ouate trempée dans essence de térébenthine.

S'il y a un foyer localisé: vésicatoire durant deux heures, en achever l'action avec un cataplasme de fécule.

Si défaillance du cœur:

Injection hypodermique de  $\frac{1}{4}$  de gramme matin et soir d'huile camphrée au  $\frac{1}{10}$ . Alcool à petite dose 5 à 10 grammes.

Potion expectorante et stimulante:

Julep gommeux.....	} à 60 grammes.
Sirop de tolu.....	
Cognac.....	} à 1 gr. 50 centigr.
Acétate d'ammoniaque.....	
Benzoate de soude.....	

Une cuillerée à dessert toutes les heures selon l'âge.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## L'Antisepsie en Ophtalmologie

JEHIN-PRUME, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,  
Montréal.

L'ophtalmologie, comme du reste toutes les autres branches de la chirurgie, a adopté les progrès de l'antisepsie. Lorsque je dis adopté, ce n'est qu'une manière de parler puisque aujourd'hui la science ophtalmologique possède l'antisepsie non seulement comme mode préventif, mais comme traitement absolu faisant corps avec sa thérapeutique spéciale. Aussi diviserons-nous notre travail en deux portions distinctes : Antisepsie thérapeutique et antisepsie chirurgicale. Comme nous allons le voir, ces deux divisions sont parfaitement rationnelles, la première se basant sur la bactériologie proprement dite, la seconde sur la propreté opératoire.

### PREMIÈRE PARTIE

#### De l'antisepsie en chirurgie oculaire

Toutes les fois qu'un chirurgien est appelé à procéder à une intervention, trois questions d'antisepsie se présentent à son attention.

- a. Le sujet.
- b. Les instruments.
- c. L'opérateur.

#### A

Quelle que soit l'opération que l'on ait il faut faire subir au malade, une toilette générale, un bon bain de propreté et renouveler son linge de corps. Bien se rendre compte avant d'opérer, si l'œil du sujet est dans les conditions nécessaires. Il est facile de comprendre qu'il sera préjudiciable d'opérer sur un œil ayant, soit une irritation simple ou encore du catarrhe conjonctival. Il faudra tout d'abord mettre cet œil en état, en lui faisant subir un traitement rationnel.

Chez certaines personnes il existe de la conjonctivite chronique, de la blépharo-conjonctivite et aussi des troubles chroniques des voies lacrymales. Il est évident que ces sujets présentent des phénomènes constituant des dangers sérieux. Il faudra avant d'opérer leur faire subir un traitement préparatoire de façon à les mettre dans le meilleur état possible. La dacryocystite devra être opérée et faire de nombreux lavages des voies lacrymales soit avec de l'eau boriquée ou une faible solution de bi-chlorure d'hydrargyre. La seringue d'Admel rendra dans ces cas des services marqués. Le Dr ABADIE, de Paris, fait avant ses opérations de cataractes, une désinfection complète des voies lacrymales. Débridement et lavages au sublimé au 2000ième. Ce procédé que je continue à faire dans ma clientèle et dans mes services d'Hôpitaux est une précaution qui devrait être suivie par tous les ophtalmologistes. Il me vient à la mémoire une phrase du Dr Henry D. Noyes, de New-York, qui disait :

"I speak from a sad experience when I remember that supuration may attack the cornea several days after the operation, as the result of dacryo-cystitis, which had far years been in abeyance, but was lighted to fresh activity by the reaction of a perfectly normal cataract extraction."

On peut conclure de ceci, que puisqu'il existe des cas d'anciennes dacryocystites qui peuvent se réveiller sous le choc opératoire : Il est bon, de bien interroger le malade sur ses antécédents, et de suivre la méthode d'Abadie, devant couvrir notre responsabilité en ce qui regarde une injection par les voies lacrymales.

Le catarrhe nasal, par les voies lacrymales peut causer une série de dangers qu'il ne faut pas méconnaître. Aussi avant d'opérer sur un œil, il sera prudent d'examiner le nez, et si l'on trouve quelques troubles pouvant nous faire craindre une infection probable on pourra recommander au sujet des irrigations nasales ou des onguents.

A savoir :

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| (1) Chlorure sodium..... | 2 grammes. |
| Acide borique .....      | 10 —       |

Un paquet pour 250 grammes d'eau, en irrigations nasales.

- |                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| (2) Bi-chlor d'hydrarg..... | 0.15 centigrammes. |
| Aqua.....                   | 500 grammes.       |

En irrigations nasales.

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| (3) Chlor sodium.....    | 5 grammes. |
| Boricine.....            | 20 —       |
| Ex-fl-hydrast-Canad..... | 50 —       |
| Glycérine.....           | 100 —      |

Agiter la bouteille.

Une cuillerée à soupe dans 250 grammes d'eau pour irrigations nasales.

Nous nous servons habituellement du siphon de Weler qui est le système de douches nasales le plus à même de rencontrer toutes les éventualités.

- |                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| (4) Chlor sodium..... | 0.50 centigrammes. |
| Ac borique.....       | 2 grammes.         |
| Vaseline.....         | 20 —               |

Gros comme une fève dans les narines 5 à 6 f. p. j.

- |                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| (5) Menthol.....            | 0.05 centigramme. |
| Chlor sodium.....           | 0.50 —            |
| Ac borique eu boricine..... | 2 grammes.        |
| Vaseline.....               | 20 —              |

(idem)

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| (6) Menthol.....  | 0.05 centigramme. |
| Chlor sodium..... | 0.50 —            |
| Salol.....        | 1 gramme.         |
| Boricine .....    | 2 —               |
| Vaseline.....     | 25 —              |

(Idem)

Ceux qui connaissent l'étroite relation, existant entre les maladies des dents et les troubles oculaires comprendront qu'il est également important de procéder à un examen des dents, avant de faire une opération sérieuse sur un œil. M. le professeur A. A. FOUCHER, de Montréal, a, au dernier congrès de la B. M. A. à Montréal, fortement attiré l'attention des membres présents sur l'importance d'un examen attentif du système dentaire, avant les opérations, en ophtalmologie.

S'il existe sur l'œil ou ses annexes une tumeur; kyste, ptérygion, il sera important de l'opérer comme pouvant causer une irritation devant être dangereuse pour une intervention sérieuse.

\* \* \*

Toutes les précautions qui viennent d'être énumérées ayant été

scrupuleusement observées. Il est bon de préparer le malade à l'opération proprement dite.

Quarante-huit heures avant l'opération : lavages antiseptiques de l'œil à opérer. Ces lavages seront pratiqués toutes les trois heures soit avec de l'eau boricuée, de l'eau phéniquée ou une solution de bi-chlorure d'hydrargyre.

Voici les titres des solutions employées :

(7) Acide borique.....	20 grammes.
Aqua.....	500 —
(8) Boricine.....	30 —
Aqua.....	500 —
(9) Ac phénique.....	1 —
Aqua.....	200 —
(10) Bi-chlor hydrarg.....	Sol : 1 p. 5000
“	“ 1 p. 3000
“	“ 1 p. 2000

Vin 3t-quatre heures avant l'opération il faut tenir l'œil sous un bandeau.

ABADIE conseille les lavages au sublimé au 2000ième et bandeau simple au coton hydrophile.

BULL, de New-York, recommande les compresses hydrophiles au sublimé.

BULLER, de Montréal, recommande le pansement sec, à l'acide borique.

FOUCHER, de Montréal, emploie la même méthode.

J'ai personnellement employé depuis quelque temps, la *boricine*, ce produit semble vouloir donner satisfaction. Je l'applique en poudre sur une rondelle hydrophile et je l'emploie comme l'acide borique.

Je vais me permettre de donner mon *modus-operandi*, qui est une *mixture* de ce que j'ai vu et pratiqué dans les différents hôpitaux d'Europe et d'Amérique.

a) Lavages au sublimé, sol. 1 p. 2000. Ces lavages seront répétés toutes les quatre heures et auront lieu quarante huit heures avant l'opération.

b) (24 hrs avant l'opération). Continuer les lavages au sublimé. Rondelle hydrophile saupoudrée d'acide borique ou de boricine, bandeau hydrophile.

c) Au moment de l'opération, lavage extérieur de l'œil avec une solution de sublimé (1 p. 1000). Ce lavage comprend les paupières, la joue, le front.

d) Brossage du sourcil et des cils avec une petite brosse imbibée de sublimé. De WECKER, de Paris, recommande de laver les sourcils et les cils avec un tampon d'ouate imbibé dans une solution de cyanure, d'hydrargyre 1 p. 100. Cette méthode est également préconisée par Abadie.

e) L'œil devant être anesthésié avec de la *cocaine*, nous ne saurions trop insister sur l'usage de collyres parfaitement stérilisés. A la clinique du Dr Abadie, nous faisons usage des collyres stérilisés, en ampoules, (Naline, St-Denis, France), il est dommage que ces produits ne soient pas importés au Canada.

f) Une fois l'œil anesthésié, lavages des culs-de-sac conjonctivaux avec du sublimé au 1 p. 1000. Dans le but de bien nettoyer les moindres replis, je me serre d'une spatule, autour de laquelle j'enroule un tampon d'ouate, et à l'aide de celui-ci trempé dans une

solution de sublimé je parcours les moindres recoins de la conjonctive.

g) Je recouvre l'œil avec un tampon d'ouate imbibé de sublimé. Je fais ceci dans la crainte que quelque poussière ne tombe soit dans l'œil ou sur les paupières.

h) La tête et le cou du malade seront complètement enveloppés de serviettes préalablement stérilisées et trempées dans du sublimé à 1 p. 500.

Pendant l'opération on ne se servira que de tampons stérilisés, au sublimé 1 p. 1000.

\*\*\*

#### Linges et pansements

Toutes les pièces devant servir au pansement du malade, avant, pendant et après l'opération, devront être soigneusement stérilisées et conservées dans des bocaux hermétiquement bouchés à l'émeri.

Ces différentes pièces se composent de : rondelles boratées, coton absorbant, bandeaux de toile ou de flanelle, serviettes, devront subir un degré de stérilisation au plus haut possible.

Les rondelles, les bandeaux seront stérilisés à l'autoclave et conservés dans un bocal en verre.

Nous pouvons aujourd'hui nous procurer du coton absorbant parfaitement stérilisé, au sublimé, à l'acide borique, à l'iodoforme. Il est cependant très prudent de le faire passer à l'étuve et de le mettre à l'abri dans un bocal en verre. Ces bocaux seront eux-mêmes recouverts d'un capuchon en toile, devant les mettre à l'abri de la poussière (Dr E. Parizeau, Hôpital Notre Dame, Montréal) (Leçons aux Hospitalières).

Les serviettes auront été stérilisées à l'autoclave à une haute température, et placées ensuite dans une boîte en métal bien close. Celles devant entourer la tête du malade pendant la durée de l'opération, seront plongées dans une solution de :

Bi-chlor hydrarg.....	— 1 gramme
Aqua.....	— 500 grammes

Cela durant au moins une demi-heure. Les serviettes servant à l'opérateur et à ses aides seront stérilisées ; trempées dans une solution de sublimé au 1000ième, séchées à l'étuve sèche et placées dans une boîte en fer blanc, ou mieux en tôle galvanisée.

Un mot sur la table d'opération.

Celle-ci peut être en verre, en métal, ou bourrée en étoffe. Les dernières sont loin d'être recommandables, vu qu'elles s'éloignent de les principes de l'antisepsie moderne. Les tables en verre et au métal sont de beaucoup préférables, on peut les recouvrir de linges stérilisés et les matelas qui les recouvrent, peuvent être placés dans une étuve, et ainsi, après chaque opération.

\*\*\*

L'opération étant terminée, l'œil sera soigneusement lavé avec une solution de Bi-chlorure d'Hydrargyre à 1 pour 1000. On se servira de ouate hydrophile et d'un compte-gouttes :

N. B.—(A propos des comptes-gouttes, il ne faut pas se servir des premiers venus, on peut facilement infecter un œil en se servant d'un de ces petits instruments n'étant pas parfaitement propres. Aujourd'hui dans presque toutes les cliniques et services d'hôpitaux on se sert de flacons comptes-gouttes remplissant très bien toutes les exigences. Cependant si vous n'avez pas de ces flacons, il



est bon de laver les comptes-gouttes dans une solution de sublimé et de les conserver continuellement dans un facon spécial contenant une solution concentrée d'acide borique):

Done, l'œil étant bien lavé, la plaie parfaitement belle, (ne pas laisser de bribes d'iris, ni de corps vitré *Noyes*), on prescrit au malade de fermer doucement les yeux et on fait un pansement suivant l'opération. Dans les cas de cataracte nous faisons toujours un pansement sec à l'acide borique.

## B

La seconde partie de cette étude, comprend les soins à donner aux instruments, avant et pendant les opérations.

Les instruments d'ophtalmologie, demandent en raison de leur délicatesse un soin spécial. Il faut les conserver dans un endroit sec, où ne pourraient les atteindre les attaques de l'humidité.

Suivant la gravité de l'opération, nous classifions les soins à prendre en trois catégories :

- a. Grandes opérations.
- b. Moyennes opérations.
- c. Interventions simples.

a) Dans le premier cas, les instruments seront placés à l'étuve et portés à une température de 150°, cela pendant trente à quarante minutes. On peut également faire bouillir les instruments pendant quinze à vingt minutes d'ébullition par faite. Quand ils sont un peu refroidis on peut les plonger un à un dans un vase contenant de l'alcool à 95°. Ensuite on les place dans un plateau spécial contenant une solution d'acide Phénique 1 p 50. Quelques auteurs n'emploient pas l'acide phénique, ils se contentent de les couvrir d'une serviette imbibés de Sublimé a 1 p 1000.

b) Il est préférable de toujours placer les instruments soit à l'étuve, ou les faire bouillir. Il est cependant des circonstances dans lesquelles nous sommes obligés d'intervenir et souvent sans avoir sous la main le matériel antiseptique désiré. Nous pouvons alors placer les instruments dans deux l'alcool absolu pendant dix ou 15 minutes, ou dans du chloroforme ou de l'Ether. Ensuite on les placera dans un plateau contenant la solution phénique sus-indiquée.

Dans les très petites interventions on pourra simplement plonger l'instrument dans de l'alcool absolu ou du chloroforme, et l'employer ensuite avec un tampon d'ouate, hydrophile.

Durant une opération personne ne pourra toucher aux instruments, que l'opérateur et son premier aide, ou devra avoir soin d'empêcher aucun linge étranger de venir en contact avec eux.

## REVUE DES JOURNAUX

### Traitement des diarrhées chroniques chez les enfants

La *Revue des maladies de l'enfance* résume ainsi un travail de M. Hutinel paru dans la *Médecine moderne* :

1° *Diarrhées persistantes des enfants nourris au sein.*—Dans les premiers mois de la vie, souvent dès les premières semaines, on voit parfois survenir, sans cause appréciable, chez les enfants nourris par leur mère ou par une nourrice, une diarrhée verte, biliaire, caractérisée par l'émission, en vingt-quatre heures, de quatre ou cinq selles, assez abondantes, vertes et acides, avec des grumeaux blancs. Il n'y a, dans ce cas, ni fièvre ni vomissements; l'enfant tête bien, souvent même il augmente régulièrement de poids. Cependant les digestions semblent pénibles. Il y a des émissions gazeuses abon-

dantes, des coliques fréquentes et un peu de météorisme; le ventre est trop gros, il y a souvent un peu d'érythème aux fesses et l'aspect général n'est pas absolument satisfaisant. Ces accidents persistent souvent pendant des semaines et des mois et dépassent ainsi les limites d'une dyspepsie simple. On les attribue souvent à la nourrice et, de fait, il suffit parfois de la changer pour les faire disparaître, surtout si cette femme a un lait trop aqueux et trop abondant; mais, dans bien des cas, ils persistent après le changement de lait.

Le traitement sera alors d'abord celui des dyspepsies simples. On réglera les tétées, ou les éloignera s'il est nécessaire, et l'on veillera à ce qu'elles ne soient ni insuffisantes ni trop copieuses. Si l'enfant prend du lait stérilisé, en plus du lait de sa mère, on essaiera de s'en passer. On donnera de l'eau de Vichy ou de l'eau de chaux médicinale, par cuillerées à café, cinq ou dix minutes avant chaque tétée. Au besoin, on aura recours à la craie, associée ou non au bicarbonate de soude ou à la magnésie, parfois on donnera du sous-nitrate ou du salicylate de bismuth, du benzo-naphtol ou du phosphate de chaux et, si ces poudres ne produisent pas de résultat, on usera du tannin ou plutôt du tannigène ou de la tannalbine, par prises de 15 à 20 centigrammes, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. De loin en loin, on donnera une petite dose de calomel (2 à 5 centigrammes), d'huile de ricin ou de magnésie, si l'on craint des accidents d'infection.

2° *Diarrhées persistantes des enfants nourris au biberon.*—Il est très commun d'observer des diarrhées tenaces chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel. Le lait est parfois de mauvaise qualité, fermenté ou adulteré; souvent on ne le fait ni bouillir ni stériliser, et le biberon dans lequel on le donne, est loin d'être toujours d'une propreté irréprochable. Ce lait est fréquemment donné pur et, si on le coupe, le coupage est fait par certaines mères sans discernement. A ces causes de dyspepsie, il s'en joint une autre, plus importante encore. Presque toujours on donne trop de lait aux enfants nourris artificiellement.

Les enfants présentent parfois des régurgitations et des vomissements; la constipation alterne souvent avec la diarrhée et les matières fécales ont rarement leur couleur normale; souvent elles sont mélangées ou panachées. Chez les constipées, elles sont trop blanches et ont l'aspect du mastic; dans les cas de diarrhée, elles peuvent rester blanches et fétides, alors elles prennent à l'air une teinte vert-de-gris; mais souvent elles sont vertes, brunes ou mélangées. Les enfants ainsi allaités sont plutôt voraces et boulimiques qu'inappétents; leur langue est chargée, leur haleine, leurs selles et toute leur personne exhalent une odeur désagréable de beurre rance. Le ventre, d'abord dur et météorisé, s'élargit et finit par devenir mou et dépressible; le palper n'est pas douloureux, mais provoque des évacuations. Les veines abdominales sont dilatées, des hernies apparaissent quelquefois; les fesses, le pourtour de l'anus et toutes les parties habituellement en contact avec les matières sont le siège d'un érythème. Les urines sont peu abondantes, elles contiennent de l'indican ou de l'urobiline. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'atteinte profonde qu'a subie la nutrition. Si l'enfant est très jeune, il arrive presque fatalement à l'athrepsie; s'il est plus âgé, il devient rachitique.

De loin en loin se produisent des poussées d'infection intestinale. Alors le ventre se tend et se météorise, les selles deviennent plus fréquentes, plus liquides et plus fétides, il y a de la fièvre et le poids baisse rapidement. La mort peut survenir lentement, par le fait des progrès de la cachexie; ou bien elle est due à l'une des complications qui surviennent si fréquemment dans ces cas (purpura, abcès multiples, broncho-pneumonies, etc.).

La première indication à remplir est de modifier l'alimentation. Le mieux est de donner une nourrice et de régler prudemment les tétées, de façon à soumettre l'enfant à une diète relative, tant que ses fonctions digestives ne sont pas régularisées.

Mais, parfois, il est impossible de prendre ce parti ; alors il faut commencer par stériliser le lait, il faut le couper si les selles sont trop compactes et trop grasses, il faut le saler légèrement (Bouchut) ; il faut surtout éloigner les petits repas et éviter qu'ils ne soient trop copieux. Il vaut mieux, pendant quelques jours, que l'alimentation soit plutôt insuffisante qu'excessive.

Si l'on peut se procurer du lait d'ânesse, on en essaiera quelquefois avec succès. Si les selles sont fétides et la langue chargée, on aura parfois à se louer du képhir. Chez les enfants au-dessus de huit à dix mois, si les selles sont liquides et abondantes, on obtiendra souvent de bons résultats de la viande crue.

Il est bon de donner, quelques minutes avant les petits repas, une cuillerée à café d'eau de whisky, quelques centigrammes de bicarbonate de soude, une pincée d'une poudre composée, à parties égales, de bicarbonate de soude et de craie, un peu de carbonate de magnésium ou de magnésium associé au benzo-naphtol, etc. Après les repas, on peut donner une faible dose de pancréatine ou de papaïne ; mais ces médicaments ont généralement une action moins nette que la limonade chlorhydrique, dont il suffit de donner une ou même deux cuillerées à café avant ou après les tétées.

Dans les cas où les selles restent liquides malgré le changement de régime, le phosphate de chaux, les préparations de bismuth, le tannigène la tannalbine, parfois même le nitrate d'argent sont particulièrement indiqués.

Les eaux de Carlsbad ou de Châtel-Guyon, données d'une façon méthodique, peuvent régulariser les évacuations et rendre de réels services chez les enfants au-dessus d'un an.

(A suivre)

#### Interprétation de la séro-réaction dé widal.

G. MILIAN, Interne des hôpitaux de Paris.

Il arrive assez souvent que le séro-diagnostic donne des résultats contraires à ceux auxquels on s'attendait. C'est qu'on peut commettre quelques erreurs dans l'application de la méthode et, qu'ensuite, il faut savoir l'interpréter.

*Erreur à éviter.* — a) Les cultures renfermant parfois des amas microbiens spontanés, aussi faut-il vérifier, au moment même, celle qu'on emploie, avant de la mélanger au sérum suspect.

b) Lorsqu'on a employé le sang total et pas seulement le sérum pour provoquer l'agglutination, on peut ne pas voir les amas microbiens même volumineux qui flottent à la surface, si l'on immobilise la vie micrométrique sur le plan profond des globules rouges, faciles à mettre au point.

c) Tous les sérums, même normaux, produisent dans les cultures de légers agglutinements. Il ne faudrait pas prendre ceux-ci pour des agglutinements indiquant la fièvre typhoïde. Pour pouvoir dire que la réaction est positive, il faut que les amas soient volumineux et nombreux.

d) Il y a certains sérums nontyphiques qui agglutinent aussi nettement les cultures que le sérum typhique quand on fait la dilution dans la proportion de 1/10, mais ils n'agglutinent pas lorsqu'on fait le mélange à un degré de dilution plus élevé : 1/50, par exemple, vérification qui sera facile à faire après l'essai à 1/10.

\*\*\*

*Interprétation des résultats.* — *La réaction est négative.* — Peut-on dire, d'après cela, que le malade n'a pas une fièvre typhoïde ? Non, pas plus qu'on ne peut affirmer l'absence de tuberculose chez un tousseur qui n'a pas de bacilles dans ses crachats.

La séro-réaction peut être absente un jour et apparaître le lendemain. Elle apparaît le plus souvent vers le septième jour et avant le septième jour ; mais elle peut aussi être plus tardive, reculer son apparition à quinze jours, vingt jours, trente-neuf jours même ainsi que cela a été signalé. Chez le cobaye, la réaction agglutinante met

trois ou quatre jours à apparaître après l'inoculation expérimentale. Il y a même des observations où la séro-réaction n'est pas apparue, sinon pendant la convalescence ou pleine apyrexie.

Quoiqu'il en soit, l'absence de la séro-réaction n'exclut pas d'une manière absolue le diagnostic de fièvre typhoïde ; elle le rend seulement moins vraisemblable, surtout si l'examen est pratiqué à une époque avancée de la maladie.

*La réaction est positive.* — Il n'y a pas à hésiter la réponse est nette. Il faut seulement savoir qu'elle signifie non pas fièvre typhoïde, mais infection par le bacille d'Erberth.

Cette réaction a pu ainsi servir à diagnostiquer une infection éberthienne que ne révélaient ni la marche de la maladie, ni l'autopsie du sujet, mais que confirma d'une manière péremptoire l'examen bactériologique ; c'est ainsi que M. Achard put affirmer la nature éberthienne d'une ostéomyélite chronique ; c'est ainsi que MM. Chantemesse et Guinon dénoncèrent une infection éberthienne contemporaine d'une méningite tuberculeuse, prouvées toutes deux, la première, par l'examen bactériologique des viscères, la seconde, par l'autopsie. Ces résultats montrant surabondamment que, pour incriminer le séro diagnostic, il ne faut pas se contenter, comme l'ont fait certains auteurs, de pratiquer une autopsie, mais encore de pratiquer l'examen bactériologique des viscères.

Il y a des sérums typhiques qui agglutinent avec plus ou moins d'intensité ; une goutte de celui-ci agglutine dix gouttes de culture ; une goutte de celui-là agglutine 50, 100, 500, 2.000 gouttes et même plus.

La quantité maxima de culture, agglutinée par une seule goutte de sérum, mesure ce qu'on nomme le pouvoir agglutinatif. On énonce brièvement celui-ci en disant qu'un sérum agglutine à 1/50 à 1/100, etc. M. Courmont a voulu voir, dans l'intensité de pouvoir agglutinatif, une preuve de l'intensité de la réaction de l'organisme, ce qui serait d'un bon pronostic. Cette déduction, qui paraît des plus logiques, n'a pas été confirmée jusqu'ici.

Lorsque la réaction est positive, il ne faut affirmer l'infection éberthienne que si le malade n'en a pas déjà été antérieurement atteint. Il y a, en effet, des typhiques qui conservent pendant très longtemps la réaction agglutinante : On a pu constater un sérum agglutinant à 1/1800 chez un sujet ayant eu la fièvre typhoïde huit ans auparavant.

Ce fait de la persistance du pouvoir agglutinant peut servir ainsi à faire le diagnostic rétrospectif de fièvre typhoïde ; par contre, il enlève à la méthode un peu de sa précision pour le diagnostic immédiat, car une petite infection éberthienne antérieure, inaperçue, peut avoir laissé au malade qu'on examine un pouvoir agglutinatif qu'on rapporte à l'infection actuelle. Les infections éberthiennes bénignes sont heureusement rares et, par suite, ne suffisent pas pour amoindrir la méthode ; elles expliquent, au contraire, ses apparentes contradictions.

\*\*\*

*Résumé.* — *Causes d'erreur.* — 1° Amas microbiens spontanés de certaines cultures. Vérifier par l'examen microscopique celle qu'on emploie avant de pratiquer le mélange.

2° Il y a toujours quelques amas produits au cours des réactions quelles qu'elles soient.

Pour que ceux-ci soient caractéristiques ils doivent être nombreux et volumineux.

3° Certains sérums non typhiques agglutinent à 1/10 et même 1/40. Aussi est-il bon de confirmer la réaction à 1/10 par une réaction à une dilution plus étendue 1/50 ou 1/100, par exemple.

4° Les amas peuvent passer inaperçus si l'on immobilise la vie micrométrique au niveau des globules rouges, ceux-là flottant sur un plan superficiel par rapport à ceux-ci.

Lorsque la réaction est négative, cela n'exclut par d'une manière absolue le diagnostic de fièvre typhoïde, mais le rend seulement

moins vraisemblable, surtout si l'examen est pratiqué à une époque avancée de la maladie.

Lorsque la réaction est positive, elle révèle, avec une certitude absolue non pas seulement la fièvre typhoïde, mais l'infection éberthienne en générale. Pourtant, avant d'affirmer que l'infection actuelle relève bien du bacille d'Eberth, il faut s'enquérir des antécédents du malade, car certains typhiques conservent pendant des années un sérum doué du pouvoir agglutinatif.

(La Presse méd.)

#### Du phénomène des orteils et de sa valeur seméiologique.

BABINSKI.

Dans certains états pathologiques, l'excitation de la plante du pied provoque l'extension des orteils, en particulier du gros orteil. L'auteur désigne cette médification dans la forme du mouvement réflexe sous la domination de phénomènes des orteils.

En général, ce n'est pas seulement par le sens du mouvement que le réflexe normale diffère du réflexe pathologique ; le plus souvent l'intension est exécutée avec plus de lenteur que flexion ; en outre la flexion est d'habitude plus forte quand on excite la partie externe et c'est l'inverse pour ce qui concerne l'extension ; enfin, tandis que la flexion prédomine généralement dans les deux ou trois derniers orteils, c'est dans le premier ou les deux premiers orteils que l'extension, est ordinairement le plus prononcée.

Le phénomène des orteils peut se présenter sous des formes diverses, c'est-à-dire que le réflexe plantaire peut revêtir des caractères en partie pathologiques, en partie physiologiques. En voici des exemples ; chez certains sujets, l'excitation de la plante du pied provoque d'extension que dans le gros orteil ou dans les deux premiers orteils et donne lieu en même temps à une flexion des derniers orteils ; chez d'autres, les orteils s'étendent quand on excite la partie externe de la plante du pied de fléchissent lorsque c'est la partie interne du pied qui est excitée ; chez d'autres encore, le réflexe plantaire, quelle que soit la partie de la plante du pied qui est excitée, se manifeste tantôt par de la flexion, tantôt par de l'extension des orteils ; dans ce dernier cas, ce sont généralement les premières excitations qui donnent lieu à de la flexion.

Le phénomène des orteils a un lien avec l'exagération des réflexes tendineux et l'épilepsie spinale qui sont souvent sous la dépendance d'une lésion du système pyramidal, mais ce lien n'est pas, tant sans faut, indissoluble. Aussi observa-t-on fréquemment la réunion de ces signes chez un même sujet. Néanmoins, ils peuvent exister l'un sans l'autre ; en effet le phénomène des orteils fait parfois défaut dans un membre atteint de paralysie spasmodique avec exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde du pied, tandis qu'inversement on observe très nettement ce signe dans des cas où, malgré l'existence d'une lésion du système pyramidal, les réflexes tendineux sont normaux. affaiblis ou abolis, soit parce que la lésion est de fraîche date, soit parce qu'elle s'associe à des altérations des racines postérieures.

L'auteur fait remarquer que la valeur seméiologique de ce symptôme est surtout grande dans les cas où l'état des réflexes tendineux ne permet pas de déceler l'état du système pyramidal.

(Semaine Médicale)

#### Indications et résultats de la saignée

Par M. H. BRANTHOMME, Médecin adjoint de la Maison d'Ecouen.

L'antique médication dépurative a trouvé dans l'humorisme moderne un réconfort et un regain de vitalité ; un de ses moyens, la saignée, aussi vieille que le monde, au moins que le monde médical, puisqu'elle a dû, ainsi que les autres agents de cette médication,

naître comme une nécessité impérieuse du besoin d'imiter les procédés de la nature, suivant l'axiome : *sequere naturam*, qui a dû diriger les premiers médecins, comme il a conduit la philosophie des stoïciens, la saignée, dis-je, bénéficie dans une large mesure des idées qui régissent la thérapeutique actuelle.

Après des fluctuations diverses, des éclaircies ou des éclipses, la voilà qui reparait brillante et vivace. *Fluctuat nec mergitur*. Pour le moment elle revient "à la mode", elle tend à se faire accepter, ses indications étant comprises des médecins qui savent trouver dans son emploi une des meilleures parmi les médications immédiatement déplétives et dépuratives.

Journellement dans leurs services et leur pratique, des maîtres comme Landouzy, Huchard, Robin, font des saignées et montrent aussi bien dans leur enseignement clinique que dans leurs travaux, à la génération médicale dont nous sommes, l'immense parti qu'on peut tirer des prises de sang.

Les émissions sanguines reviennent en honneur ; la clinique n'est plus seule à proclamer leur indispensabilité ; les études de pathologie et de thérapeutique expérimentales qui caractérisent notre époque, ont permis de comprendre comment et pourquoi elles étaient salutaires. Ainsi que la médication dépurative à laquelle elles appartiennent, elles ont gagné aux travaux modernes une interprétation meilleure de leurs résultats, une étude plus affinée de leurs indications, une pleine connaissance de leurs moyens physiologiques.

En faisant un tableau succinct de quelques observations, nous trouvons :

- (Edèmes aigus du poumon, 3 cas, 3 succès.
- Congestion aiguë du poumon dans le cours de la grossesse, 1 cas, 1 insuccès.
- Coma urémique, 1 cas, 1 succès.
- Asystolie rénale, 2 cas, 2 succès.
- Asystolie cardiaque, 4 cas, 4 succès.
- Pneumonie lobaire chez un adulte, 1 cas, 1 succès.
- Pneumonie infectieuse chez un affaibli, 1 cas, 1 insuccès.
- Broncho-pneumonie, 1 cas, 1 insuccès.
- Hémorragie cérébrale grave, 1 cas, 1 insuccès.

Certes, ces faits ne sont pas très nombreux, mais ils prouvent cependant quelque chose. Les sujets de ces observations étaient tous, au moment de la saignée, dans une *situation critique* et réclamaient un secours immédiat ; c'est donc à l'actif de la saignée qu'il faut mettre la disparition du péril, et, dans les cas où elle a été infructueuse, il ne me paraît pas qu'elle ait été nuisible.

Les plus beaux succès de la saignée, comme on le voit, vont aux œdèmes aigus, à la congestion aiguë du poumon, aux états urémiques, chaque fois qu'il y a imperméabilité rénale, confirmant sur ce point les admirables résultats qu'elle fournit habituellement dans l'œdème puerpéral.

On voit encore qu'elle trouve son plein effet dans les maladies du cœur, quand ce dernier ne répond plus à l'impulsion de ses toniques habituels.

La pneumonie, dans ses formes congestives, est aussi justiciable des prises de sang.

Dans quelques pneumonies ou broncho-pneumonies, je n'ai tiré aucun bénéfice de la saignée. La saignée ne peut évidemment toujours guérir et cela prouve qu'il faut l'utiliser à propos. Elle devra, d'ailleurs, maintenant, dans les états plus particulièrement infectieux devant lesquels nous étions jusqu'ici désarmés, comme dans certains états dyscrasiques et certains empoisonnements, trouver un puissant auxiliaire dans la sérothérapie. La phlébotomie ouvrira la voie, débarrassera le terrain et facilitera dans une large mesure l'action du sérum artificiel. Le lavage du sang ou plutôt le lessivage du sang, comme le dit avec beaucoup de justesse M. le professeur Landouzy, deviendra le complément de l'ouverture de la veine.

Le fait unique d'hémorragie cérébrale que j'ai mentionné ne me permettra pas de formuler la moindre opinion à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, le champ d'action de la saignée est encore bien vaste, et nombreuses sont les affections dans lesquelles elle est souveraine, parfois arrachant les malades à une mort certaine, opérant de vraies résurrections et leur donnant une survie importante. D'autres fois, elle ne les dispute à la mort qu'pour un temps relativement court; mais ici encore, nous sommes fidèles à notre art et à notre mission: guérir quand nous pouvons, soulager seulement et prolonger l'existence quand nous ne pouvons davantage.

Je ne crois pas qu'on ait à regretter d'avoir fait une saignée inutile; on regrettera plus souvent de ne pas en avoir fait. La lancette peut, entre nos mains, être une arme de puissante réserve et de grande efficacité; nous ne devons lui demander que ce qu'elle peut nous donner, mais, cela, nous le pouvons et nous le devons. Dans bien des cas, quand on nous demandera le secours de notre ministère pour de grands malades, seraient-ils "chaussés de marbre et gantés de plomb", nous aurons encore, grâce à la saignée, souvent, plus souvent qu'on ne le pense, moyen de les rappeler à la vie.

(*La Presse méd.*)

#### La rétroflexion et le prolapsus de l'utérus.

Hôpital de la Pitié. M. TUFFIER

J'ai examiné devant vous trois malades atteintes toutes trois de déviation utérines. De ces trois malades, l'une a vingt-trois ans. A la suite d'une fausse couche de sept mois, elle présente des pertes peu abondantes, mais, avec ses pertes, elle a des douleurs. A l'examen, on constate une rétroflexion utérine. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une crête médiane postérieure qui indique qu'il s'agit de l'utérus. Celui-ci n'est pas adhérent, il est mobile; de plus, il est réductible, mais on n'opère la réduction qu'en déterminant des douleurs; en outre, l'utérus reste volumineux et il saigne. Nous avons porté le diagnostic de rétroflexion utérine avec endométrite hémorragique.

La seconde malade, qui a 23 ans également, a eu un accouchement mais, cet accouchement au lieu d'être relativement récent, comme dans le cas précédent, date de deux ans. Elle a peu de pertes, mais lorsqu'elle marche ou qu'elle s'assied un peu brusquement, elle souffre. Donc, ici, pas de phénomènes hémorragiques, des douleurs seulement. A l'examen, on constate également une rétroflexion utérine. L'utérus est légèrement mobile, il est gros, et on ne peut pas le redresser. Le col utérin est également très gros. Donc, rétroflexion avec utérus légèrement adhérent, légèrement mobile, mais irréductible, douloureux dans de faibles proportions.

La troisième malade est âgée de soixante-douze ans; elle a, elle un prolapsus utérin qui est apparu brusquement, il y a cinq semaines; elle a un peu d'incontinence d'urine. L'utérus a 13 centimètres de long: il fait issue sur la moitié de sa longueur environ; le col vient battre entre les cuisses, le cul-de-sac antérieur du vagin est entièrement déplié; en arrière, il existe encore un petit cul-de-sac. Il s'agit ici d'un prolapsus réductible en partie avec allongement de l'utérus.

Au premier abord, il n'y a aucun rapport entre ces trois malades, mais si je vous les présente, c'est pour vous montrer qu'elles sont en réalité quelque chose de commun. Tout d'abord, comment se sont produits les accidents? Chez la première malade, c'est à la suite d'une fausse couche; chez la seconde, c'est également à la suite d'un accouchement; chez la troisième, c'est à la suite d'un effort. Les deux premières ont une paroi abdominale solide, la troisième une vieille paroi flasque. Dans les trois cas, il s'agit d'une déviation utérine, déviation en arrière, déviation en bas; or, quels sont les

moyens de fixité de l'utérus? Celui-ci présente un corps et un col. Le corps est mobile dans tous les sens: c'est la région mobile. Le col est la région fixe, il est maintenu par le plancher pelvien. Le corps est maintenu, il est vrai, par les ligaments: ligaments larges, ligaments ronds, etc.; mais ces ligaments sont insuffisants pour maintenir l'utérus dans une fixité absolue. Donc, si l'utérus bascule, il basculera sur un axe qui correspond à l'extrémité supérieure du col utérin, portion qui répond au plancher pelvien. Si, le col restant en place, et les ligaments ronds, étant distendus, le corps utérin bascule seul il y aura rétroflexion; si l'utérus bascule tout entier autour de l'axe que nous avons indiqué, il y aura version. Maintenant, supposons que le plancher périnéal s'affaisse, chez les vieillards, par exemple alors prolapsus.

Les trois cas dont il s'agit sont donc des cas comparables, car dans les trois, il y a insuffisance des moyens de fixité.

Quelle est la pathogénie de ces trois cas?

1° Au moment de la grossesse, les ligaments larges se distendent, les ligaments ronds également. Après l'accouchement, les ligaments se rétractent proportionnellement à l'utérus. Supposons que, pour une cause quelconque, les ligaments aient été surdistendus, ils ne reviendront pas sur eux-mêmes dans une mesure suffisante, relativement à l'utérus; ils seront insuffisants, il y aura insuffisance des moyens de fixation. Telle est l'origine de la plupart des rétroflexions. Il y a bien d'autres causes de rétroflexion, d'ordre inflammatoire; mais, ici, nous n'avons en vue que la rétroflexion par insuffisance des moyens de fixité à la suite de l'accouchement. Dans le deuxième cas, c'est la même cause qui a été mise en jeu.

2° Chez la troisième malade, c'est encore la même chose; il y a insuffisance de plancher périnéal, du ligament inférieur, si je puis dire; à la suite d'un effort, l'utérus a fait hernie au dehors; il s'agit ici d'une hernie de faiblesse à travers un orifice affaibli chez une vieille femme, hernie avec cause prédisposante, parce que l'utérus était déjà allongé.

Mais la première malade présente en outre des hémorragies, la seconde des douleurs. La rétroflexion utérine simple ne donne lieu à aucun symptôme; pourquoi donc les hémorragies? La malade raconte qu'un mois après sa fausse couche, elle a eu son retour de couches, et, depuis, des pertes continuelles de sang; cela tient à ce qu'il est resté dans l'utérus ou un cotylédon placentaire ou un corps étranger quelconque; l'utérus s'est infecté, et la malade a eu une métrite hémorragique compliquant la rétroflexion; et, en effet, un utérus condensé se draine mal, il est tout disposé à s'infecter sous la moindre influence.

Chez la seconde malade, il n'y a pas d'hémorragies; il y a simplement des douleurs, beaucoup plus vives que chez la première malade; de plus, son utérus est irréductible. Pourquoi, d'abord, cette irréductibilité? Parce que son affection date de deux ans, c'est le deuxième stade de l'affection dont la malade précédente représente le premier stade; il y a d'abord eu endométrite, puis, autour de cette endométrite, le parenchyme utérin est devenu dur. En effet, quand on pratique le toucher, on sent un col dur, gros, irrégulier, presque un champignon: c'est un col de métrite parenchymateuse; ce qu'on constate au niveau du col permet de conclure pour le reste de l'utérus. Le muscle utérin s'est tordu sur lui-même, s'est sclérosé dans sa position vicieuse, et il est ainsi devenu irréductible.

L'utérus ne saigne pas: Pourquoi? Parce qu'actuellement il y a une métrite parenchymateuse; l'inflammation qui avait été primitivement cantonnée sur la muqueuse, s'est propagée au parenchyme; or, ce sont les inflammations de la muqueuse qui saignent. Pourquoi, maintenant, les douleurs qu'elle éprouve? Et cela d'une manière spéciale, car elle ne souffre que lorsqu'elle s'assied ou lorsqu'elle marche. C'est qu'elle a un utérus volumineux, et, en outre, un peu de paramétrite; elle a, en somme, une boule dur dans le pelvis,

cette boule heurte son périnée, son rectum quand elle s'assied, de même quand elle marche.

Quant à la troisième malade, elle n'éprouve que de la gêne, due, à la saillie de son utérus ; elle a, en même temps, un prolapsus de la vessie ou cystocèle et des uretères ; il ne faut pas oublier qu'une malade peut mourir d'une cystocèle par suite de la compression des uretères au niveau du prolapsus.

Quel sera le traitement pour ces trois malades ? La première malade il faut la traiter avec beaucoup de soins, car, sans cela, elle deviendra la seconde ; elle a un utérus non adhérent, mobile, réductible, on redressera l'utérus, on le dilatera, on trouvera des fongosités à l'intérieur, en tout cas on les recherchera, et on le tamponnera pour le maintenir redressé. Chez la seconde malade, on ne peut plus redresser l'utérus par des moyens simples ; mais il y a une première indication, c'est l'énorme col utérin sclérosé, inapte à la fécondation : on commencera par le supprimer. Quant au reste de l'utérus, on essaiera de le redresser ; si on le peut, c'est bien, si non, on est autorisé à raccourcir et à fixer les ligaments ronds.

Chez la troisième malade, vieille, à tissus flasques, tout ce que nous pourrions faire pour conserver son utérus serait inutile ; nous ne pouvons faire qu'une chose, c'est de lui enlever l'utérus, c'est de lui pratiquer la cure radicale de sa hernie.

Les déviations utérines et le prolapsus ont donc un même mécanisme ; la déviation par elle-même n'occasionne aucune gêne, mais elle est grave par les complications auxquelles elle donne lieu. Pour instituer une bonne thérapeutique, il faut, dans chaque cas faire un diagnostic précis, voir si la déviation est simple ou compliquée, primitive ou secondaire à des lésions inflammatoires annexielles, car, dans ce dernier cas, tout ce que vous pourrez faire sur l'utérus même ne servira de rien ; c'est aux annexes qu'il faudra vous adresser ; voir si l'utérus est mobile ou adhérent, et dans quelle mesure il est adhérent, voir enfin s'il est réductible complètement ou incomplètement, ou bien s'il est irréductible. Il faut, dis-je, avoir porté le diagnostic d'une façon précise, car la thérapeutique variera suivant chaque cas particulier.

(L'Indépendance Médicale)

#### Traitement de la chorée par l'ésérine

Par le Dr CARMELO SACCA

L'ésérine a été recommandée dans un grand nombre de maladies nerveuses. Harley, l'Ogle, Sée, la prescrivait dans l'épilepsie ; Layton, Bauvier-Lemaire dans le tétanos rhumatisal et traumatique.

D'autres l'ont ordonnée dans le délire alcoolique dans les tremblements alcooliques saturniens, ou jacksonniens, dans les tics douloureux et pastiques, dans l'athétose : Reiss l'a conseillée dans l'hystérie.

Dans la chorée, Bouchut le premier en recommande l'emploi. A son tour M. le Dr Carmelo Sacca a eu recours à ce médicament dans un cas de chorée avec de bons résultats.

La dose à laquelle il prescrivit ce médicament fut la suivante :

Sulfate d'ésérine chimiquement pur..... 1 cent.

Eau distillée..... 10 gr.

Injections sous-cutanées par quart de seringue de Pravaz en augmentant progressivement jusqu'à 1 seringue entière, c'est-à-dire 1 milligramme.

Il est bon d'avoir toujours une solution fraîche car ce médicament est facilement altérable. Parfois la piqûre est douloureuse ; pour éviter cet inconvénient on peut faire une pulvérisation de cocaïne préalable sur le point où doit porter l'injection. Parce moyen M. le Dr Carmelo Sacca, a obtenu d'une façon très rapide la guérison d'une chorée persistant depuis des mois, chez un homme de 34 ans et il pense avec raison que ce médicament déjà recommandé

par la haute autorité de Bouchut, mériterait d'être plus employé.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

#### Du traitement de l'alcoolisme par l'hypnotisme

Par le Dr J. RIBAKOFF (Vrucht, 1898, n° 18, p. 517-519).

L'auteur a eu l'occasion de traiter par l'hypnotisme 15 alcooliques dont quelques-uns seulement étaient hospitalisés ; de l'étude de ces 15 cas, il tire les conclusions suivantes :

1° Les alcooliques sont très facilement hypnotisables ;

2° L'hypnotisme est un bon agent thérapeutique de l'alcoolisme ;

3° L'action favorable de la suggestion se manifeste par l'amélioration de l'état général, la disparition de l'abattement, de la mélancolie et de l'apathie, par l'affaiblissement du penchant pour le vin, par la disparition des habitudes alcooliques ;

4° Quelquefois, après la première séance, on réussit à arrêter l'abus habituel des boissons alcooliques, et même à couper un accès d'alcoolisme ;

5° La répétition des suggestions empêche quelquefois l'ivrogne de satisfaire ses penchants pour un temps assez long ; le temps de l'abstinence varie beaucoup avec les malades ;

6° La guérison définitive est assez rare, les rechutes, au contraire, fréquentes. Tout dépend du degré de dégénérescence du malade ;

7° Les rechutes s'observent plus souvent lorsque le traitement n'a pas été assez prolongé ou lorsque le médecin n'a pas été exact aux séances qu'il a fixées ;

8° Il faut être très ponctuel et très attentif quant au temps fixé pour les séances ;

9° Pour que les résultats soient plus durables, il faut prolonger le traitement assez longtemps (jusqu'à un an au moins) ;

10° On peut hypnotiser à n'importe quel moment de la maladie, mais il est préférable de le faire lorsque le sujet n'est pas en état d'ivresse. Il est contre-indiqué d'hypnotiser pendant un accès de delirium tremens ou lorsque l'alcoolique est agité ; l'insuccès presque certain, dans ces cas, aurait une mauvaise influence sur la confiance qu'inspirent au malade le médecin et sa méthode.

E. MARGOULIÈS.

(La Presse méd.)

#### La gélatine contre les hématemèses de l'ulcère de l'estomac

L'action hémostatique de la gélatine a été utilisée dans les mérorragies, l'épistaxis, les pertes sanguines provenant d'hémorroïdes internes ; mais elle ne paraît pas avoir été signalée dans les gastrorragies dues à l'ulcère rond. Or, M. Poliakov, chef de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Moscou, vient d'observer un cas d'ulcère de l'estomac, dans lequel il a réussi à enrayer les vomissements de sang au moyen de la gélatine.

Il s'agissait d'une femme de 22 ans, qui depuis deux ans souffrait de cardialgie avec pyrosis et présentait des hématemèses très abondantes remontant à quatre mois et se reproduisant presque chaque jour. La diète absolue jointe à l'immobilité dans le lit ainsi que l'administration de sous-nitrate de bismuth à hautes doses n'eurent aucune influence sur ces hémorragies, et la patiente tomba bientôt dans un état de faiblesse extrême. Le cœur était dilaté, le pouls misérable et on voyait survenir des syncopes alarmantes. Dans ces conditions l'auteur prescrivit une solution de gélatine à 10<sup>2</sup>/<sub>0</sub> que la malade devait ingérer à la dose de 200 cc., répétées trois fois par jour. Dès le lendemain, il n'y eut plus de vomissements sanglants, et au cours des quatre semaines pendant lesquelles l'usage de la gélatine fut continué on ne nota que deux ou trois hématemèses peu abondantes et qui s'arrêtaient aussitôt qu'on administrait la solution gélatinée.

Actuellement, il n'y a plus trace d'hémorragie ni de douleurs gastriques. La patiente digère bien le lait bouilli, les œufs et la viande hâchée, et son état général s'améliore rapidement.

(*L'Union pharmaceutique*)

#### Sur l'action des rayons X sur la tuberculose

Voici à quelles conclusions sont arrivés MM. Bergouïé (de Bordeaux) et Teissier (de Paris) :

Les rayons X n'exercent aucune influence sur la morphologie, la vitalité et la virulence du bacille tuberculeux. Les effets physiologiques ou pathologiques observés sur les animaux sains ou tuberculés soumis aux rayons X plaident contre l'application de la radiothérapie à la tuberculose.

L'action des rayons X sur les lésions tuberculeuses expérimentales du cobaye et du lapin peut être considérée comme nulle. Les faits d'amélioration de la lésion locale ou de survie signalés chez les animaux soumis s'observent aussi fréquemment chez les animaux témoins.

L'inflammation réactionnelle entraînant, chez certains des animaux tuberculeux soumis aux rayons, la production d'hémorragies pariétales de l'intestin ou la formation d'un processus scléreux qui devient véritablement excessif lors des inoculations intra-pleurales de tuberculose, ne peut être considérée, dans les conditions actuelles d'expérimentation et quelle qu'en soit la cause, comme une réaction salutaire. Malgré la symphyse pleurale, les lésions tuberculeuses sont en effet plus étendues et plus diffuses chez les animaux soumis.

(*Arch. d'électr. méd.*)

#### Traitement de la syphilis

M. Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare, préconise contre la syphilis le sérum bichloruré dont il donne la formule suivante :

Bichlorure de mercure.....	0,50
Chlorure de sodium.....	2 grammes.
Phénol neigeux.....	2 —
Eau distillée stérilisée.....	200 —

20 centimètres cubes, soit 5 centigrammes de bichlorure de mercure, sont injectés tous les huit jours, en suivant strictement les précautions antiseptiques.

(*Anjou médical*).

#### Le chloroforme comme tœnifuge

On fait prendre en trois fois à sept heures, à neuf heures et onze heures du matin :

Chloroforme.....	4 grammes.
Sirop simple.....	35 —

A midi le malade se purge avec 35 grammes d'huile de ricin. Vers une heure et demie, il rend le tœnia presque toujours avec la tête.

(*J. de méd.*)

#### Reduction des hernies étranglées à l'aide du collodion

D'après M. le Dr SCHLIEP (de Stettin), les applications de collodion constitueraient un bon moyen pour réduire une hernie étranglée et réussiraient souvent même, dans les cas où l'éther répandu à profusion sur la tumeur herniaire reste sans aucun effet. Après avoir versé 50 grammes environ de collodion dans son coupe, on y plonge une mince couche d'ouate large comme la main, l'applique ensuite sur la hernie (la région ayant été préalablement rasée) et l'on rose avec le restant du liquide. Sous l'influence de la compression

uniforme exercée par le collodion, associée à l'action réfrigérante due à l'éther qu'il contient, la réduction s'obtiendrait presque tous jours très facilement.

(*La Semaine Médicale*.)

### FORMULAIRE

#### Mixture contre la dysurie blennorrhagique

Salicylate de soude.....	10 grammes.
Extrait de belladone.....	0 gr. 30 centigr.
Eau.....	195 grammes.
Teinture d'écoree d'or, amères.....	5 —

F. S. A.—A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux à trois heures.

(E. Gerbert.)

#### Bronchites aiguës

Goudron de Norvège.....	1 gramme.
Poudre de Dower.....	1 ou 2 gr.
Poudre de benjoin.....	Q. S.

F. S. A. 20 pilules non argentées dont le malade prend en moyenne quatre par jour.

(Guéneau de Mussy.)

ou :

Goudron.....	} à 2 grammes.
Poudre de Dower.....	
Poudre de benjoin.....	
Extrait de racines d'aconit.....	0 gr. 20 centigr.

pour 50 pilules, dont on prescrit 4 à 6 par jour.

ou :

Baume de tolu.....	5 grammes.
Gomme ammoniacque.....	2 —
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 50 centigr.
Savon médicinal.....	Q. S.

pour 100 pilules, 4 à 10 par jour.

ou :

Extrait de jusquiame.....	0 gr. 20 centigr.
Tartre stibié.....	0 — 05 —
Extrait thébaïque.....	0 — 025 —

pour 10 pilules argentées, 2 par jour à distance des repas.

ou :

Kermès.....	0 gr. 50 centigr.
Gomme ammoniacque.....	2 — 50 —
Extrait de digitale.....	0 — 15 —

pour 25 pilules, 4 à 10.

Poudre d'opium.....	0 gr. 25 centigr.
Kermès.....	} à 0 — 50 —
Extrait de polygala.....	

pour 50 pilules, 2 à 6.

On prescrira, s'il y a bronchorrhée :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01 centigr.
Extrait de datura.....	0 — 05 —
Camphre pulvérisé.....	Q. S.

pour 1 pilule, 1 à 3 par jour.

(*Le Progrès Médical*.)

#### Posologie infantile de l'éther sulfurique. (R. NOGUÉ)

De 0 à 15 mois.....	I à III gouttes <i>pro die</i> .
De 15 mois à 3 ans.....	III à X gouttes —
De 3 à 5 ans.....	X à XV gouttes —
De 5 à 10 ou 12 ans.....	XV à XX gouttes —

Dans une potion, par cuillerées à café.

(*Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.*)



## TRAVAUX ORIGINAUX

## L'Antiseptie en Ophthalmologie

JEHIN-PRUME, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,  
Montréal.

(Suite et fin)

C

## L'opérateur et ses aides

Toilette générale, toilette des mains.

Avant une opération le chirurgien et ses assistants devront endosser une tunique en toile et un tablier, qui auront si possible séjourné à l'étuve.

Pour les mains voici comment nous avons l'habitude de procéder.

Lavage au savon et eau tiède, brossage des mains avec une brosse conservée dans un flacon avec du sublimé. Toilette des ongles. On passe ensuite les mains dans de l'eau stérilisée, friction avec de l'éther et dernier lavage au sublimé à 1 p. 1000.

Durant l'opération le chirurgien aura à sa portée un bol contenant une solution de sublimé à 1 p. 1000: ceci pour y tremper ses mains s'il y a besoin.

Les aides devront prendre les mêmes soins. Après que les mains auront ainsi été lavées, il faudra bien faire attention de ne toucher à rien qui puisse les infecter. Combien de fois avons-nous vu des chirurgiens se laver les mains avec beaucoup de précautions et immédiatement après, donner des poignées de mains à des amis, aider les infirmiers à soulever le malade, ou encore, chose commune, mettre les mains dans les poches. Pour bien se laver les mains d'une façon antiseptique il faut quelques fois longtemps, mais pour les infecter il ne faut qu'une seconde.

## DEUXIÈME PARTIE

## De l'antiseptie en thérapeutique ophthalmologique

Dans le chapitre précédent nous avons étudié les soins antiseptiques à prendre en chirurgie oculaire. Vu les progrès de la bactériologie ophthalmologique, qui offre un sujet d'étude beaucoup plus vaste, qu'on serait tenté de le croire, les travaux contemporains ont porté sur le traitement antiseptique d'une foule d'affections de l'œil.

La première question qui s'est présentée, est la valeur microbicide des différents antiseptiques employés. Cette question a soulevé de nombreuses discussions qui se sont terminées sans beaucoup de résultats pratiques.

Quelles sont les principales substances antiseptiques employées en thérapeutique ophthalmologique; nous avons:

- Bi-chlorure d'hydrargyre.
- Oxicyanure d'hydrargyre.
- Cyanure d'hydrargyre.
- Bi-iodure d'hydrargyre.
- Acide phénique.
- Aqua chlorata (cod alle).
- Permanganate de potasse.
- de chaux.

Iodoforme.

Chlorure de sodium.

Acide borique.

Boricine.

De toutes les discussions nous croyons que la clinique est encore la seule chose pouvant nous conduire à une conclusion pratique sur la valeur des différents antiseptiques.

C. ABADIE se sert du bi-chlorure sol. 1 p. 1000 et 1 p. 2000 pour les voies lacrymales, injections de sublimé à 1 p. 2000. Dans les cas ordinaires lavage simple à l'acide borique 20 p. 500.

A. DARIER se livre à la même pratique.

Dans les cas d'ophtalmie purulente, lavages au permanganate de potasse ou de chaux.

OLE-BULL, de Christiania, emploie le sublimé à 1 p. 2000.

KNAPP, de New-York, use le sublimé en solution de 1 p. 5000.

LANDOLT fait bouillir ces instruments dans une solution d'oxicyanure d'hydrargyre 1 p. 100 ou 200. Il fait des lavages au sublimé en solution de 1 p. 2000 à 5000.

SCHWEIGGER se sert surtout d'acide phénique pour ses instruments.

A. A. FOUCHER, à l'hôpital, lavages au sublimé 1 p. 1000 et 1 p. 2000, pour les malades au dehors, ac borique ou boricine. Les instruments après avoir bouilli seront placés quelques instants dans du chloroforme et ensuite dans de l'acide phénique (sol. 1 p. 100).

MEYER, de Paris, fait laver les yeux de ses malades avec de l'eau bouillie.

CHIBRET stérilise ses instruments dans une solution de cyanure d'hydrargyre 10 p. 100. Lavages de l'œil au sublimé 1 p. 5000.

NUEL se sert de sublimé.

PANAS se sert de la solution suivante :

Biniodeure de mercure.....	0.05 centigrammes.
Alcool absolu.....	20 grammes.
Eau stérilisée.....	1 litre.

DE WECKER emploie pour les paupières du cyanure d'hydrargyre 1 p. 100.

SCHMIDT-REMPLEUR préconise l'emploi de l'aqua-chlorata de la pharmacopée allemande.

En somme on peut juger par la pratique des ophthalmologistes sus-mentionnés que le sublimé (bi-chlor d'hydrargyre) est le plus employé comme étant l'antiseptique le plus puissant.

A quelle dose devons-nous employer le sublimé, nous tirons à cet effet, le passage suivant, du travail de ANDREWS, de New-York.

Traduction :

“ Le sublimé, en pratique ophthalmologique, doit être employé à la dose de 1 p. 5000. Cette solution d'après WEEKS, tue les cocci du pus en deux ou trois minutes, Abbott prétend qu'il faut au delà de trois minutes. Schmidt-Rimpler établit qu'une solution même à 1 p. 1000 ne détruit le *staphilococcus pyogenus aureus* qu'après vingt-cinq minutes. La peau des paupières peut être désinfectée par des pinces de pansements, parceque ici la substance antiseptique reste assez longtemps en contact avec la peau pour arriver à ses fins; il en est différemment avec le sac conjonctival, dans lequel on ne peut faire agir le sublimé assez longtemps, à moins d'avoir des troubles du côté de l'œil. Lorsque le médicament antiseptique est simplement instillé dans l'œil, il est vite dilué par les larmes, don

la sécrétion se trouve augmentée par irritation; et par ce fait balayé hors de l'œil."

\*\*\*

Tous les sujets n'acceptent pas au même titre les différentes substances antiseptiques, il en est même qui présentent un degré d'idiosyncrasie tel, qu'il peut quelques fois se produire des troubles pouvant causer des résultats excessivement graves. L'observation suivante qui m'est personnelle démontre qu'il faut toujours être sur ses gardes.

Paris, 15 décembre 1893.

M. G..., âgé de 62 ans, ouvrier tapissier, cataracte aux deux yeux. Opération à faire dans trois jours : Oeil droit le premier :

Je commence à laver cet œil soigneusement avec une solution de bi-chlorure à 1 p. 2000, je discise le point lacrymal, introduis dans les voies lacrymales le couteau-sonde de Weber, lavage avec la même solution, avec la seringue Aduel Baudeau simple avec rondelle boratée et coton hydrophile.

Le lendemain matin congestion épouvantable, œdème conjonctival (bulbaire et palpébral) sécrétion purulente. Mon chef de service, croyant que j'avais mal interprété ses indications prend le patient sous ses soins après m'avoir fait un petit sermon de circonstance.

Cet état inflammatoire dura huit à dix jours, ce n'est qu'après que tous les symptômes eurent disparu qu'on put l'opérer. Tout ayant bien marché pour cet œil, il fut décidé d'opérer l'œil gauche.

Bien certain que les troubles survenus étaient dus à ma négligence, mon chef de service, me fit asseoir à côté de lui et opéra lui-même la désinfection de l'œil et des voies lacrymales de la même manière et avec la même solution que j'avais employée.

Le lendemain matin l'œil gauche était dans le même état que se trouvait l'œil droit après mon intervention.

C'était le sublimé qui avait causé tout le mal. Depuis cette expérience, je me méfie toujours du sublimé, tout en l'employant cependant à toutes les sautes. Car il est bien difficile de soupçonner un sujet à l'avance, sans avoir préalablement tatonné sur son degré de susceptibilité par rapport au médicament.

\*\*\*

L'acide phénique peut être employée en lavages en solution de 1 p. 200 et 1 p. 300. On l'emploie surtout pour la stérilisation des instruments en se servant d'une solution à 1 p. 50, y laisser tremper les instruments de 20 à 30 m.

La valeur antiseptique de l'acide borique, a été fort contestée. En effet c'est le plus faible de tous les antiseptiques. Il a l'avantage d'irriter fort peu l'œil du malade, et de donner de bons résultats dans les cas légers d'infections. C'est un médicament que l'on peut donner au malade, sans ne rien craindre vu que s'il ne fait pas de bien, il ne peut certainement causer aucun mal. Certains auteurs contestent absolument la valeur antiseptique à l'acide borique et ils lui préfèrent l'eau bouillie stérilisée, citons entre autres : *Alt, Howe, Nettleship*.

Nous ne parlerons pas de la boricine, qui est un produit spécial, dont la formule chimique ne nous est pas complètement connue. Il en sera de même pour le laurenol et une foule d'autres produits pharmacologiques.

L'iodoforme est employé comme pansement antiseptique, gaz, ouate. On en fait également usage en poudre et comme pommade. (1 p. 10). On recommande beaucoup le traumatol comme donnant d'excellents résultats.

Le permanganate de potasse et de chaux, sont employés en lavages dans les suppurations graves de l'œil, ophtalmie purulente des nouveau-nés, ophtalmie blennorrhagique. Ces médicaments sont employés aux doses suivantes :

Permanganate de potasse.....	0.30 centigrammes.
Aqua.....	1 litre.

lavages toutes les demi-heures.

Permanganate de chaux.....	0.25 centigrs.
Aqua.....	1 litre.

lavages toutes les heures.

\*\*\*

#### Thérapeutique antiseptique

*Conjunctivites simples* : Eau boriquée 20 p. 500 sol. bi-chlorhydrarg, sol. 1 p. 5000. Onguent iodoformé 1 p. 10.

*Conjunctivite aiguë*. Onguent iodoformé 1 p. 10, eau boriquée, sublimé 1 p. 2000.

*Conjunctivite purulente* des nouveau-nés et *conjunctivite blennorrhagique* : Permanganate de potasse ou de chaux, 1 p. 3000.

*Ulcère infectieux de la cornée*. Onguent iodoformé, lavages à l'acide borique ou au sublimé 1 p. 1000. Lorsqu'il y a hypopyon, nous ne saurions trop recommander les injections sous-conjonctivales.

Ces injections d'après Darier, de Paris, et Dinkler, de Berlin, serait un précieux mode de désinfection de la chambre antérieure. Voici du reste comment elles agissent :

*Reproduction* (1) : "Nous savons que la conjonctive est très riche en vaisseaux lymphatiques, Sappey a décrit dans la conjonctive deux réseaux, un superficiel et un profond. Ces réseaux seraient reliés entre eux, par des anastomoses. Nous savons d'un autre côté que la cornée est pourvue d'un système lacunaire communiquant avec le système lymphatique de la conjonctive. Il est donc aisé de comprendre qu'un liquide étant absorbé par les lymphatiques de la conjonctive sera porté dans la cornée.

Les lacunes de la cornée communiquent entre elles par de fines canalicules. On sait que la lymphe est portée de l'extérieur à l'intérieur, elle s'engage dans les lacunes en suivant les canalicules et gagnant ainsi les stomates inter-épithéliales de la membrane de Desmet, elle va trouver une issue dans la chambre antérieure."

On peut donc en conclure qu'un liquide étant injecté sous la conjonctive sera absorbé par les lymphatiques. Suivant alors le cours naturel de la lymphe, il sera porté dans la chambre antérieure, où il pourra produire son effet thérapeutique.

Pour les injections sous conjonctivales, on se sert d'une seringue de Pravaz et on injecte une solution de sublimé 1 p. 1000. Dose 4 à 5 gouttes, une fois tous les deux jours.

\*\*\*

En pratique ophtalmologique, un spécialiste doit avoir dans son cabinet de consultation des soins spéciaux. Il emploiera pour

(1) Jéhim-Prume Dr. Traitement des affections infectieuses du globe oculaire par les injections sous conjonctivales de sublimé : Foisy, éditeur, Montréal, 1896.

appliquer les onguents un pinceau pour chaque malade, ces pinceaux pourront être bouillis et désinfectés dans du sublimé, puis conservés dans une boîte bien close. Beaucoup d'oculistes emploient une spatule en argent ou en ivoire. Les compte-gouttes devront être différents pour chaque remède et conservés dans un flacon avec de l'eau boriquée. Nous ne saurions trop recommander les flacons compte-gouttes.

Les sondes lacrymales seront également conservées dans une boîte, puis au moment de s'en servir, plongées dans l'alcool absolu puis dans une solution d'acide phénique 1 p. 50.

Les seringues de Pravaz seront munies d'aiguilles en platine, pouvant être facilement flambées à la flamme d'une lampe à alcool.

Voici une liste des instruments que tous les spécialistes devraient avoir à leur disposition :

- Une étuve sèche Aduel pour instruments.
- Une bouillotte pour instruments.
- Une étuve pour pansements.
- Une lampe à alcool.

*Solutions*

Bi-chlor hydrarg.....	1 p. 5000.
“ .....	1 p. 2000.
“ .....	1 p. 1000.
Ac phénique.....	1 p. 100.
“ .....	1 p. 50.
Permang. de potasse.....	1 p. 3000.
Ac borique.....	20 p. 500.

*Onguent*

Iodoforme.....	1 p. 10.
Ac borique.....	1 p. 10.

*Poudre*

Iodoforme, Acide borique.

*Boricine.*

**Rapport des congrès**

*Résumé du rapport sur le traitement chirurgical du goitre, cancer et goitre exophtalmique exceptés*

Par Jacques-L. REVERDIN, de Genève.

Le traitement chirurgical du goitre a fait depuis trente ans d'immenses progrès, la mortalité opératoire s'est progressivement abaissée, la technique s'est perfectionnée, de nouvelles méthodes ont été créées et les indications se sont étendues.

Je divise les indications opératoires en indications d'urgence, de nécessité et de complaisance (ou cosmétiques). Les premières sont fournies par les troubles respiratoires menaçants et l'inflammation septique, les secondes par les troubles fonctionnels accusés, l'accroissement de la tumeur et l'inefficacité des moyens médicaux. Quant aux indications cosmétiques, la mortalité opératoire s'est tellement abaissée que l'on ne peut plus s'interdire d'une façon absolue de leur céder parfois. L'âge des malades, le volume de la tumeur ne constituent plus aujourd'hui des contre-indications mais dans quelques cas l'état général du goitreux ou les mauvaises conditions de lieu, l'impossibilité d'opérer aseptiquement peuvent arrêter le chirurgien.

Avant d'aborder la description des opérations proprement dites un mot des injections parenchymateuses; parmi toutes les préparations expérimentées la teinture d'iode et l'iodoforme sont seuls effi-

caces. La teinture d'iode est dangereuse à deux points de vue; elle a amené un bon nombre de fois la mort subite ou rapide et d'autre part elle modifie le goitre de façon à rendre fort difficile une opération en cas d'échec. L'iodoforme paraît sans dangers immédiats et n'amène pas l'induration de la tumeur mais, comme du reste la teinture d'iode, il ne paraît efficace que dans les goitres diffus et vasculaires qui cèdent souvent aussi au traitement médical (iode, thyroïde).

*Opérations proprement dites.* J'étudie d'abord les deux questions de l'anesthésie et de la mise à nu de la tumeur en général. L'anesthésie dans les opérations de goitre est fort discutée, les uns ne veulent que de l'anesthésie locale ou pas d'anesthésie du tout, d'autres croient l'anesthésie innocente. Mon expérience personnelle et le résultat de mes lectures m'amènent aux conclusions suivantes: dans les cas simples de goitres non suffocants avec dyspnée faible il n'y a ni danger ni inconvénient à administrer un anesthésique et pour ma part je suis absolument convaincu de la supériorité de l'éther; dans les cas graves au contraire il faut opérer sans anesthésie ou avec anesthésie locale; les cas intermédiaires sont difficiles à juger et l'abstention trop fréquente vaudra mieux que l'abus.

*Découverte de la tumeur.* L'incision de la peau doit être, sauf de rares exceptions, simple, la transversale (Kragenschnitt de Kocher) donne les cicatrices les plus belles et fournit plus de jour qu'il ne semble a priori; on peut employer aussi les incisions obliques ou coudées; les verticales donnent des cicatrices en corde et doivent être évitées.

Pendant l'incision des parties sous-cutanées, les veines ne doivent jamais être coupées autrement qu'entre deux ligatures à cause du danger d'entrée de l'air. Quant aux muscles les sternomastoïdiens sont simplement écartés, les muscles sous-hyoidiens coupés ou mieux leurs faisceaux séparés avec l'instrument mousse. Il reste alors au-devant du goitre une couche celluleuse appartenant à l'aponévrose moyenne qui sera sectionnée avec précautions; je donne à cette lame, que quelques auteurs ont appelée à tort capsule propre, le nom d'enveloppe aponévrotique; la capsule propre ou fibreuse appartenant à la glande doit au contraire être respectée. L'enveloppe aponévrotique incisée le goitre est à nu.

J'aborde maintenant la description des différentes opérations.

*Extirpation totale.* Elle sera passée sous silence puisque cette opération doit être abandonnée à cause des accidents généraux dus à la suppression totale de la glande.

*Extirpation partielle.* Le goitre mis à nu le lobe malade sera luxé en dehors de la plaie avec les doigts, soit de dehors en dedans, c'est la pratique la plus répandue, soit de dedans en dehors après section de l'isthme comme le fait Poncet.

Il faut ensuite lier les veines puis les artères; s'il n'y a pas de discussion pour l'artère thyroïdienne supérieure il n'en est pas de même de l'inférieure; les dangers de lésions du récurrent ont amené l'adoption de différents procédés, ligature tout contre la goitre (Bilroth), ligature sur le bord interne de la carotide (Kocher), mise à nu du nerf avant la ligature. Aucun de ces procédés ne paraît absolument sûr. J'ai fait à l'occasion du présent rapport quelques recherches sur ce sujet et j'ai trouvé qu'en adoptant l'incision transversale convexe en bas, en écartant en dedans avec la tumeur la carotide et la jugulaire interne, on peut lier la thyroïdienne inférieure sur le bord interne du scalène au moment où elle se coude pour devenir transversale, par conséquent loin du récurrent; deux points de repère peuvent servir de guide; l'artère se trouve juste sous la partie tendineuse de l'omoplatoidien et à un centimètre au-dessous du tubercule carotidien; sur le cadavre cette opération n'est pas difficile.

Le dernier temps de l'extirpation consiste dans la section de l'isthme et sa séparation de la tranchée.

Dans le *procédé de Kocher* l'isthme est sectionné mais on laisse une partie de la tumeur sur la partie latérale de la trachée de façon à éviter les lésions possibles du récurrent.

Dans le *procédé de Wolff* la compression digitale pendant l'opération permettrait de ne pas faire de ligatures ou d'en restreindre le nombre. Dans celui de *Doyen* les pédicules vasculaires sont écrasés avec un instrument spécial (clamp vasiotribe). Enfin le *morcellement* n'a guère été employé que par *Péan* et ne peut être qu'un procédé d'exception.

**Réséction.** Opération consistant essentiellement à enlever une partie de la thyroïde entre deux parties restantes de celle-ci. La résection déjà pratiquée autrefois de différentes façons a été surtout mise en honneur et réglée par *Mikulicz* dans le but de faciliter la conservation d'une partie de l'organe et d'éviter le myxœdème; dans le *procédé de Mikulicz* la ou les thyroïdiennes supérieures sont liées et la ou les parties conservées sont appendues aux vaisseaux thyroïdiens inférieurs. Dans le *procédé de Hahn* les thyroïdiennes supérieures sont liées et les inférieures simplement comprimées pendant la résection avec des pinces garnies de caoutchouc; dans celui de *Zoene von Manteuffel* la compression digitale est faite sur les thyroïdiennes supérieures et inférieures pendant la résection; dans celui de *Ostermayer* la tumeur est saisie avec une forte pince, coupée au-devant de celle-ci, puis on lie en plusieurs pédicules dans le sillon de la pince.

**Énucléation intraglandulaire.** Autrefois pratiquée par *Porta*, adoptée pour les kystes par *Burckhardt* et *Kottmann*, elle a été généralisée par *Socin* aux tumeurs solides. L'opération bien réglée par ce dernier chirurgien consiste, une fois le goitre mis à nu, à inciser la couche plus ou moins épaisse de tissu glandulaire qui enveloppe les tumeurs enkystées solides ou liquides et à énucléer celles-ci avec le doigt ou des instruments mousses; cette opération peut s'exécuter soit que les nodules néoplasiques soient uniques, soit qu'ils soient multiples. Le *procédé de Bose* consiste à étreindre pendant l'énucléation la base de la tumeur avec un lien élastique. *Roux* lie parfois les artères et *Nichans* les comprime temporairement avec des pinces garnies.

**Evidement de Kocher.** La coque de la tumeur est ouverte et la masse intérieure évacuée avec les doigts ou la cuiller tranchante.

**Énucléation massive de Poncet.** Elle consiste, la coque incisée, à énucléer en bloc les nodules ou les kystes autant que possible dans la capsule, mais en sortant parfois si les adhérences sont trop intimes.

**Exothyropexie.** Opération qui consiste à luxer la tumeur au dehors de la plaie et à la laisser dans cette situation recouverte d'un pansement. *Gangolphe* avait dans un cas de goitre suffocant luxé une partie de la tumeur pour faire la trachéotomie et abandonné les parties luxées à elles-mêmes. *Jaboulay* fit la luxation totale sans trachéotomie et en généralisa l'emploi comme moyen d'amener l'atrophie des goitres. La simple mise à l'air sans luxation a été aussi employée dans le même but par *Poncet* et *Jaboulay*.

**Opérations combinées.** Combinaisons de l'extirpation de la résection et de l'énucléation entre elles.

**Dislocation du goitre.** Opération consistant à déplacer sous la peau ou sous les muscles des parties causant par leur situation des accidents de compression et que l'on ne peut extirper, dernièrement décrite par *Wölfler*.

**Ligatures atrophiées,** surtout préconisées par *Wölfler*; c'est la ligature des artères nourricières de la thyroïde pour en amener l'atrophie.

Les opérations appliquées aux kystes sont la ponction simple, la ponction avec injection irritante, le drainage, l'incision avec ou sans résection et suture à la peau, l'énucléation; cette dernière doit être considérée comme l'opération de choix, l'incision comme méthode exceptionnelle, les autres doivent être abandonnées.

**Pansement, traitement consécutif.** Quelle que soit l'opération pratiquée, on recherche en général la réunion par première intention et le pansement est aseptique ou antiseptique.

Pour établir les résultats des opérations de goitre je me base sur un total de 6103 opérations dont 2120 ont été recueillies dans la littérature et les autres m'ont été communiquées par leurs auteurs sous la forme de statistiques intégrales; ces statistiques comprennent des opérations faites, pour quelques-unes au moins, depuis une époque déjà assez reculée de sorte que la mortalité opératoire calculée d'après elles est certainement au-dessus de la réalité actuelle; elle n'est cependant que de 2,88% tandis que d'après *Liebbrecht* elle était pour les opérations pratiquées avant 1851 de 31,4%.

Comparant sous le rapport de la mortalité les différentes opérations, je trouve au moyen des 3408 cas qui m'ont été communiqués avec détails qu'elle est de 18,97% pour l'extirpation totale, de 3,46 pour l'extirpation partielle, de 0,78 pour l'énucléation intraglandulaire, de 6,65 pour la résection; le nombre de cas concernant les autres opérations est trop restreint pour que leur taux de mortalité ait de la valeur. Il résulte de mes chiffres que l'énucléation l'emporte de beaucoup sur l'extirpation partielle et sur la résection et que la mortalité après l'extirpation totale est très élevée.

L'étude des causes de mort montre que ce sont surtout les complications respiratoires qui sont à redouter, puis viennent les troubles circulatoires, la tétanie, le myxœdème, les hémorragies et les complications septiques; il n'y a aucun décès à la suite de l'énucléation ni par hémorragie, ni par accidents septiques, ni par tétanie ou myxœdème.

En dehors des décès, il faut, pour juger la valeur d'une opération, tenir compte aussi des accidents non mortels qu'elle peut entraîner; je les divise en ce qui concerne les opérations de goitre en trois catégories: accidents dus aux lésions des organes voisins, accidents dus à l'infection, accidents dus à la suppression de l'organe glandulaire thyroïdien. Dans la première catégorie nous avons les lésions des veines et l'entrée de l'air, accidents faciles à éviter avec une bonne technique; les hémorragies artérielles, soit primitives ou retardées, soit secondaires; les dernières sont dues à l'infection, les secondes aux efforts de l'opéré ou à des ligatures mal faites; quant aux hémorragies primitives elles ne sont guère à redouter pour un opérateur un peu exercé mais je crois que les procédés de *Wolff*, de *Hahn*, de *Zoene von Manteuffel* sont dangereux sous ce rapport.

Quant aux dangers de l'énucléation par le fait de l'hémorragie primitive ils ont été fort exagérés et les chiffres de *Bergeat* et de *Bailly* montrent que la supériorité de l'extirpation n'est pas si grande qu'on l'a dit. Il faut néanmoins se tenir prêt à convertir une énucléation commencée en extirpation si l'hémorragie est trop abondante; cette éventualité ne se produit que rarement du reste.

Les lésions des nerfs et particulièrement des récurrents peuvent se produire dans toutes les méthodes, moins facilement cependant dans l'énucléation que dans l'extirpation; je ne suis pas en mesure de tirer des conclusions fermes de ma statistique ne sachant pas dans quelle mesure les opérés ont été examinés et suivis sous ce rapport. Les lésions des laryngés supérieurs, du sympathique, celles du larynx, de la trachée, de l'œsophage et des plèvres sont infiniment rares.

Les accidents septiques sont bien moins fréquents aujourd'hui et ceux qui peuvent se produire moins graves qu'autrefois; sous ce rapport la trachéotomie crée un danger et elle doit être évitée autant que possible; de fait elle peut l'être dans l'immense majorité des cas.

La tétanie et le myxœdème dus l'un et l'autre à la suppression des fonctions thyroïdiennes s'observent après l'extirpation totale surtout, exceptionnellement à la suite des extirpations partielles plus rarement encore à la suite de l'énucléation; je ne connais que

deux cas de tétanie et deux de myxœdème après l'opération de Socin.

Comparons maintenant, si possible, les résultats des différentes opérations de goitre soit sous le rapport plastique soit sous le rapport fonctionnel ; au premier point de vue l'incision transversale paraît donner les plus belles cicatrices et l'énucléation laisser au cou la forme la plus normale. Au point de vue fonctionnel les opérations de goitre donnent en général des résultats satisfaisants ; les troubles de la respiration, de la circulation, la dysphagie sont guéris ou améliorés, les paralysies récurrentielles peuvent être supprimées ou amendées dans un certain nombre de cas.

Toutes les opérations, sauf l'extirpation totale qui doit être proscrite, exposent à la *récidive* ; l'énucléation ne paraît pas y exposer plus que l'extirpation partielle et elle a ce grand avantage que, en cas de récidive, une nouvelle opération ne nous met pas en face des dangers de la suppression totale ou presque totale de la thyroïde.

J'en arrive maintenant à conclure de la façon suivante sur la valeur relative et les applications de chaque méthode ; l'énucléation est l'opération de choix ; sa mortalité est la plus faible, elle expose moins que d'autres aux accidents divers et en particulier à la tétanie et au myxœdème, elle n'est pas plus dangereuse au point de vue de la perte de sang. Il faut, il est vrai, pour qu'elle soit applicable, qu'il y ait un goitre solide ou liquide soit enkysté et vierge de traitements irritants ; ces conditions paraissent être réalisées dans l'immense majorité des cas sans que je puisse fournir sur ce point des chiffres précis.

Quant aux autres méthodes je mets à part l'*exothyropexie*, l'*énucléation massive* et l'*évidement* qui ne me paraissent avoir que des indications exceptionnelles et qui présentent des inconvénients divers ; les *ligatures artérielles* ne donnent de résultats certains que dans les goitres vasculaires ; en dehors des goitres exophtalmiques leur utilité doit être bien rare.

L'*extirpation partielle*, la *sésection* et les *opérations combinées* trouvent leurs applications dans les cas où le goitre n'est pas énucléable, soit qu'il soit diffus, non enkysté, soit qu'il ait été modifié par un traitement antérieur.

Les goitres anormaux par leur siège, goitres reliés et accessoires relèvent des mêmes méthodes opératoires et l'énucléation, quand elle est possible, est encore le procédé de choix ; suivant la situation de la tumeur il y aura lieu d'employer des incisions particulières ou de se donner du jour par des opérations préalables, telles que la résection du manubrium dans les goitres endothoraciques ; il faudra toujours se souvenir que ces tumeurs présentent les caractères ordinaires de vascularité des goitres en général ; ce caractère est particulièrement important à considérer s'il s'agit de tumeurs thyroïdiennes endolaryngiennes, endotrachéales ou de la base de la langue.

Enfin dans les goitres enflammés nous avons en présence l'incision et l'extirpation ou quelquefois l'énucléation. Sans vouloir établir une règle sans exceptions on peut dire que l'*extirpation* sera plus indiquée au début et l'*incision* plus tard ; il faut remarquer qu'à côté de la question d'âge de l'inflammation il y a celle de sa nature et de sa virulence qui joue aussi son rôle dans le choix à faire.

Académie de médecine (1)

Séance de 18 octobre 1898.

*Actinomycose de l'ombilic par inoculation directe*

M. le Dr J. REBOUL (de Nîmes) lit une observation d'actinomycose de l'ombilic par inoculation directe. Un homme de 21 ans

avait pris part aux travaux de la moisson en juillet dernier à Page canton de la côte Saint André (Isère) à cause de la chaleur, il travaillait nu jusqu'à la ceinture, ne gardant que son pantalon. Le soir, il était couvert de poussière, et avait retiré à plusieurs reprises quelques épillets de blé qui s'étaient logés dans son ombilic. Quelques jours après, il éprouve dans cette région des démangeaisons. Puis une tumeur se développe immédiatement au-dessous, tandis que de l'ombilic sortent des bourgeons qui grossissent progressivement.

Ce malade entre à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, le 23 août 1898. La tumeur ombilicale est ovalaire, d'une dureté élastique, limitée, située dans les plans superficiels au-dessus de l'ombilic, mais étroitement adhérente à la cicatrice ombilicale marquée par des bourgeons durs rouges, non saignants, entre lesquels se trouvent encore deux épillets. Le Dr Reboul fait le diagnostic d'actinomycose, et, le 27 août pratique l'ablation de la tumeur et l'omphaléctomie.

La tumeur mesurait 6 centimètres de long et 5 centimètres de large. Elle était formée de deux parties : l'une, sous-ombilicale, et développée dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, formait un véritable actinomycome, parsemé de points jaunes ; l'autre partie, ombilicale et formée de bourgeons, faisait corps avec le canal ombilicale.

La tumeur a été examinée par M. le Dr Dor (de Lyon), et par le Dr Reboul ; les deux examens ont montré de nombreux points d'actinomyces, et, au milieu ou à la périphérie des bourgeons ombilicaux, de petits abcès miliaires, contenant des glumelles de blé entourées de grains jaunes.

Il y a donc eu inoculation directe de l'ombilic par les glumelles de blé, chargées d'actinomyces. Ce cas indique une mesure prophylactique à prendre : les moissonneurs doivent être prévenus qu'il y a danger pour eux à contracter l'actinomycose quand ils travaillent le corps découvert, sans prendre les soins minutieux de propreté nécessaire pour les débarrasser des poussières qu'ils ont reçues pendant leur travail.

Le Dr Reboul présente en même temps les photographies de la tumeur, entière et sur coupe, et celle des glumelles de blé.

## REVUE DES JOURNAUX

### Traitement des diarrhées chroniques chez les enfants

(Suite et fin)

3° DIARRHÉES CHRONIQUES CHEZ LES ENFANTS SEVRÉS.— Les affections des voies digestives sont fréquentes et graves après le sevrage.

À la suite des entérites aiguës folliculaires, il arrive souvent que la diarrhée disparaisse et que la constipation s'établisse. Les enfants présentent alors, ru loin en loin, des poussées fébriles, avec inappétence, fétidité de l'haleine et des matières, à la suite desquelles ils expulsent pendant quelques jours des matières muqueuses ou pseudo-membraneuses. Ils maigrissent, pâlissent, sont sujets à des éruptions urticariennes ou vésiculeuses et rechutent avec une facilité désespérante.

D'autre part, chez les enfants pré-naturément sevrés, alimentés d'une façon déraisonnable avec des soupes grossières, des légumes, des fruits, des viandes et des liquides (vin, bière, thé, eau-de-vie) peu appropriés à l'état de leurs voies digestives, on voit souvent apparaître des troubles digestifs tenaces qui reproduisent, en l'accentuant encore, le tableau des nouveau-nés alimentés artificiellement.

Chez ces enfants il faut revenir à l'alimentation exclusivement lactée, et ne donner que du lait stérilisé ou bouilli, à intervalles soigneusement réglés, pendant longtemps. Au lait on ajoutera d'abord de l'eau de chaux médicinale, de l'eau de Vichy, ou du sel ; plus

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, Paris.

tard, quand l'état de l'intestin le permettra, on l'additionnera de substances féculentes pour en faire des bouillies légères et très cuites.

Si le lait échoue, on essaiera du képhir ou de la viande crue. Il importe surtout de donner avec persévérance, soit le lait, soit la viande crue, tant qu'on n'a pas obtenu un résultat presque complet.

Le traitement médicamenteux est le même que dans le groupe précédent. Mais si la diarrhée persiste, l'emploi de l'opium, sous forme de laudanum, d'élixir parégorique, d'extrait thébaïque, etc., est formellement indiqué ; mais en raison de la susceptibilité des enfants pour ces médicaments, il faut le donner à très petites doses, sagement fractionnées, et l'associer, dans une potion, à une poudre absorbante, comme le bismuth, ou à un astringent, comme ratanhia ou le tannigène, et en continuer assez longtemps l'emploi. Les préparations de phosphate de chaux sont particulièrement recommandables quand il y a des déformations rachitiques.

Les bains salés, les frictions stimulantes sur le tégument et les massages méthodiques de l'abdomen sont souvent utiles.

Les lavements astringents ou amidonnés sont tout indiqués dans ces diarrhées tenaces. Les lavements tièdes d'eau bouillie ou d'eau de guimauve ont pour rôle d'éviter la stagnation des matières dans l'intestin.

On doit, au cours de ces diarrhées, recourir fréquemment à l'emploi des laxatifs légers, soit du calomel, à très petites doses, soit des substances salines (citrates de magnésie, sulfate de soude, sel de Seignette), pour évacuer le contenu de l'intestin et pour modifier les sécrétions.

L'action stimulante de l'air pur n'est point à dédaigner. Aussi obtient-on parfois des résultats inespérés en changeant simplement de milieu des enfants qui semblaient condamnés à périr.

4° **DIARRHÉES CHRONIQUES DES ENFANTS DÉJÀ GRANDS.**— Chez les enfants de cinq à quinze ans, on peut rencontrer, en dehors de la tuberculose, et sans erreurs graves de régime, des diarrhées tenaces, pareilles à celles qu'on trouve chez certains adultes et dont la cause première est un trouble de la fonction stomacale.

La guérison est souvent longue à obtenir. On commence ordinairement par employer, sans grand succès, les préparations opiacées, les poudres absorbantes, les astringents, etc. ; mais on ne réussit qu'en modifiant sérieusement le régime.

Le lait est souvent mal toléré, de même que la viande crue. Les potages très cuits, épais et dégraissés, les purées de légumes secs, le riz, le macaroni, les pâtes, les œufs à la coque, les viandes très cuites et tendres, réussissent mieux. L'acide chlorhydrique est généralement utile.

Il est bon de donner, pendant un certain temps, tous les matins, une légère dose d'eau laxative (Hunyadi Jaros, Pullna, Montmirail, etc.), ou un sel neutre (sulfate de soude, sulfate ou citrate de magnésie) en très petite quantité et d'administrer ensuite, avant chaque repas, une petite dose d'opium (laudanum, élixir parégorique, gouttes noires anglaises, etc.). Le phosphate de chaux, sous forme de décoction blanche de Sydenham ou de glycéro-phosphate, est aussi nettement indiqué.

C'est dans ces cas qu'on obtient d'excellents résultats avec les eaux de Plombières ou de Carlsbad.

(Gaz. des Hôp.)

#### Un cas de paralysie généralé précoce

La Salpêtrière.—M. le Prof. Raymond

Je vous ai présenté au commencement de l'année scolaire une petite fille de 15 ans avec le diagnostic de paralysie générale. A ce moment, on pouvait prévoir sa mort à bref délai. Aujourd'hui, grâce à l'autopsie, on peut vérifier le diagnostic. Mais, auparavant, je vous rappelle l'histoire de cette maladie: comme antécédents héréditaires,

elle a eu un père grand alcoolique qui, à l'âge de 35 ans, a présenté des convulsions épileptiformes, puis, à la suite d'une de ces attaques de convulsions, il a conservé une hémiplegie droite avec aphasie, comme il arrive habituellement, mais cette hémiplegie ne dura que pendant quelques semaines. Une seconde attaque d'hémiplegie demeura, celle-là, permanente ; il est mort à 40 ans. Cette récurrence d'hémiplegie semble plaider contre l'alcoolisme, et, dès à présent, on pourrait se demander s'il ne s'agissait pas là de syphilis. La mère était nerveuse, elle a présenté pendant longtemps de l'incontinence nocturne d'urine, ce qui est un stigmate de dégénérescence. Pour ses enfants, on note de la polymortalité en bas âge, nouvel argument en faveur de la syphilis.

Les antécédents personnels de notre malade sont les suivants. Jusqu'à l'âge de 5 ans, un peu chétive, difficile à élever. A sept ans, elle eut une ophtalmie d'une durée assez notable, mais dont on ignore la nature : cependant cette ophtalmie a laissé des traces qui permettent d'établir son diagnostic rétrospectif : l'intelligence était excellente, la mémoire très bonne : elle était la première en classe. Tout d'un coup, l'intelligence faiblit, la mémoire s'en va, son caractère change, elle devient sombre, taciturne, son écriture devient tremblée, elle oublie des lettres et des mots : quand on l'examine elle chancelle, la marche n'est pas assurée, les réflexes sont exagérés elle présente une inégalité pupillaire et du nystagmus permanent. A l'examen du fond de l'œil, on note une choroïdo-rétinite pigmentaire double, trace de l'ophtalmie antérieure permettant de conclure certainement à la nature syphilitique de l'ophtalmie. Les troubles de la mémoire présentent ceci de particulier que certains compliments sont conservés, par exemple ce qui a trait à ses sentiments affectifs ; elle se rappelle tout ce qui concerne ses sœurs elle les attend à l'heure où elles viennent d'habitude la voir. Elle présente une attaque d'épilepsie d'abord partielle, sensitive, débutant par la jambe droite, puis envahissant la jambe gauche. Ces attaques d'épilepsie deviennent motrices. L'affaiblissement de la mémoire s'est étendu à toute l'intelligence : elle arrive à ne plus reconnaître sa mère. Ses membres se rétractent, elle a des eschares sèches au grand trochanter et au sacrum. Elle vit d'une vie végétative, indifférente à tout, ce n'est plus qu'un "tube digestif". Une broncho-pneumonie se déclare : elle en meurt.

Nous en arrivons à l'autopsie et à l'examen macroscopique du cerveau. Si nous le comparons avec un hémisphère cérébral d'un enfant du même âge conservé pendant le même temps dans une solution de formol un 1/10, on note une atrophie générale portant sur tous les lobes, on note aussi une méningite très nette et totale : tandis que sur un cerveau sain, on voit très bien les détails de la surface cérébrale ainsi que les vaisseaux à travers les méninges sur le cerveau malade, les méninges sont laiteuses, opaques, les vaisseaux sont invisibles, et il s'écoule un liquide séreux et même hémorragique lorsqu'on incise les méninges ; l'épaisseur de celle-ci est égale partout, mais elles reprennent leur aspect normal au collet du bulbe où elles se continuent avec les méninges médullaires qui sont parfaitement saines. On a décortiqué une partie de l'hémisphère après avoir laissé durcir assez de temps pour fixer les éléments anatomiques afin de ne pas créer des lésions artificielles, et, malgré cette précaution, on a arraché du tissu nerveux qui semble coïncider avec le réseau des vaisseaux venus des méninges. On note alors une série de produits jaunâtres à la surface, dans la profondeur et dans l'épaisseur de la substance grise exclusivement. La substance blanche ni les méninges ne sont touchées par ces productions jaunes. Celle-ci sont très nombreuses et disséminées sur toute l'étendue des hémisphères ; on ne note presque pas d'altérations dans les ventricules. Les artères de la base du cerveau ne présentent pas d'altérations à l'œil nu, ni production endothéliales. Les vaisseaux des méninges jouissent de la même intégrité.

A l'examen microscopique, la méningite a le type de la méningite



gite scléreuse, une série de fibrilles conjonctives réunies en groupes et, en certains endroits, au contraire, dissociées les unes des autres, quelquefois formant des lames, en certains endroits circonscrivant des espaces d'où s'écoulait le liquide qu'on a ponctionné et dont nous avons parlé. En se rapprochant de la base où les connexions sont plus intimes avec la substance cérébrale, ces lames sont de plus en plus épaissies. Les petits corps jeunes sont formés d'une coque fibreuse dont le contenu est calcifié, quelquefois ossifié. Il est facile de voir que ce sont là des gommes syphilitiques ; en effet, il y a deux périodes dans l'évolution des gommes syphilitiques. Pendant la période d'augmentation, il y a une enveloppe fibreuse, et à l'intérieur, des cellules de néoformation. Quand arrive la phase de désintégration, la coque fibreuse existe toujours, mais, à l'intérieur, les cellules deviennent granuleuses, se calcifient, puis s'ossifient. Ces productions jaunâtres sont donc des gommes déjà très anciennes.

Lorsqu'on fait la coupe d'une circonvolution, on note des lésions très intéressantes. Rappelons en quelques mots l'histologie normale. Vous savez que la substance grise s'étend en surface, et enveloppe les masses blanches. Dans cette substance grise, bien étudiée par Ramon y Cajal, on note plusieurs couches : de la périphérie au centre, la couche moléculaire, la couche des petites cellules pyramidales, la couche des grandes allures pyramidales, enfin la couche des cellules polymorphes. Ces cellules émettent des prolongements qui les associent les unes aux autres, ce sont les dendrites, et, en outre, les prolongements cylindre-axiles.

À la coupe, on aperçoit des fibres tangentielles et des fibres radiales. Celles-ci seraient celles qui mettent en communication les cellules pyramidales avec l'axe médullaire, les autres mettraient les cellules en rapport les unes avec les autres. D'après les coupes qui ont été multipliées et qui présentent toutes, plus ou moins accentuées, les mêmes lésions, je puis me permettre de conclure pour l'ensemble de la masse. On note une démyélinisation et une disparition des fibres radiales et des fibres tangentielles ; les cellules, elles-mêmes peu atteintes, sont donc isolées. C'est ce qui explique la dissociation des compartiments de l'intelligence, c'est ce qui explique également la perte de la mémoire. Les lésions ont débutés par la myéline, et non par les cellules, comme je l'ai moi-même enseigné jusqu'ici.

Dans notre cas, comme dans beaucoup d'autres qu'on a observés, l'origine est nettement syphilitique, car nous ne pouvons pas d'une part comparer ces lésions avec les lésions scléreuses du vieillard (athérome, artério-sclérose) ; nous ne pouvons pas non plus d'autre part incriminer le tabac, le surmenage, etc. ; il s'agit d'un cas pur de tout alliage, d'une paralysie générale chez un sujet jeune qui n'a pas encore eu le temps de subir toutes les influences qu'on donne comme causes de cette affection ; c'est là surtout ce qui fait l'intérêt de cette observation.

(L'Indépendance Médicale)

#### Traitement des infections puerperales par l'essence de térébenthine et d'autres essences aromatiques

par le Dr E. CORMINAS.

(Revista de Ciencias Medicas de Barcelona.)

Les bons résultats que j'ai obtenus dans le traitement des ulcères et des plaies les plus infectieuses, par l'emploi de l'essence de térébenthine, m'ont engagé à l'essayer dans les infections puerperales.

J'ai toujours employé les applications locales d'essence, sur le foyer infectieux lui-même, que ce soit la vulve, le vagin ou l'utérus, le corps ou le col. Le *modus faciendi* est de la plus haute importance pour le succès, de la médication. L'application d'essence ne doit jamais être permanente, mais se limiter seulement à des attouchements ou à des embrocations de la région infectée. En règle générale, une seule application d'essence par jour suffit ; dans les

cas de gangrène seulement, aujourd'hui si rares, ou de plaques d'aspect diphtéroïde, on peut les répéter deux ou plusieurs fois, mais cela est absolument exceptionnel. La technique est très facile : d'abord, on donne une abondante injection d'eau chaude ; dans la grande majorité des cas, l'injection doit être simplement vaginale, d'ailleurs, lorsque l'utérus est infecté, on peut presque toujours se passer des injections intra-utérines. On inbibé ensuite d'essence un tampon d'ouate, aseptique, et au moyen de pinces utérines courbes, on l'applique sur le foyer infectueux, en y exprimant l'essence, de façon que les tissus en soient bien imprégnés. L'application intra-utérine se fait toujours sans spéculum, en introduisant le tampon au moyen de pinces dont la concavité doit être dirigée du côté du pubis. On badigeonne au moyen de l'essence toute la surface interne de l'utérus, et l'on extrait le tampon en maintenant les pinces dans la même position.

Les résultats obtenus sont surprenants et immédiats ; ils se manifestent par des modifications dans le foyer même de l'infection et et dans la fièvre.

Ceux qui voudront se convaincre des bons résultats du traitement feront bien de procéder à leurs premiers essais dans les cas où les foyers d'infections résident à la vulve ou à l'entrée du vagin. Ils verront grâce aux applications d'essence, se modifier rapidement l'aspect des plaies et des ulcères infectueux, et cela les engagera à continuer. En même temps, quel que soit le point où réside le foyer d'infection, les bons résultats du traitement se manifestent par une chute de fièvre. Une application d'essence, bien faite, doit être suivie, au bout de quelques heures, d'une chute thermique. Pour obtenir l'apyrexie, il faut répéter parfois deux ou trois jours de suite les applications d'essence ; exceptionnellement, il faut les prolonger plus longtemps. Au point de vue de la guérison, les résultats ne peuvent être plus satisfaisants. Il y a un an que, dans une discussion à l'Académie et Laboratoire de sciences médicales, j'ai fait connaître l'emploi que j'avais fait, dans différents cas d'infection puerpérale, de l'essence de térébenthine toujours avec bon résultat. Depuis lors, tant à la Maternité qu'en ville, j'ai toujours obtenu la guérison de tous les cas, dont quelques-uns étaient très graves. Le médecin interne de la Maternité, Dr. Sau, a également obtenu les mêmes résultats dans les cas qu'il a traités suivant cette méthode. Le succès, d'ailleurs, ne peut être plus splendide et pour cette raison, je me permets de recommander cette médication avec instance, non parce que je l'ai inventée, mais à cause de ses résultats.

Les essences ont, en outre, d'autres avantages : celle de térébenthine comme les autres similaires sont fortement hémostatiques, ce qui est un avantage fort appréciable. D'un autre côté, son application évite de devoir recourir aux infections intra-utérines dans la majeure partie des cas, et on évite ainsi les accidents qui sont toujours à craindre par ce moyen ; d'ailleurs, en aucun cas je n'ai vu aucun accident à la suite de l'application intra-utérine des essences.

Quant à savoir quelle essence doit être préférée, c'est un point accessoire. Mon expérience se rapporte principalement aux essences de térébenthine et de bergamote. Cette dernière, moins irritante et d'une odeur plus agréable que la première, doit être préférée dans les cas ordinaires. Actuellement, j'essaie d'autres essences, car cette question de parfum, sans avoir une importance capitale, peut en avoir une grande cependant, afin que le traitement soit accepté avec facilité.

Je m'occuperai dans un autre travail plus étendu de la comparaison des diverses essences, de leur façon d'agir et d'autres points accessoires : ceci servira seulement de préface et de préambule.

(Belgique méd.)

**L'injection sous-cutanée d'eau salée sans appareil spécial.**

Mandé auprès d'un malade atteint d'un état grave, le médecin n'est pas pardonnable de ne pas avoir dans sa poche une seringue de Pravaz. Avec cet instrument il pourra dans un cas urgent pratiquer des injections sous-cutanées d'eau salée dans un cas d'anurie un état infectieux grave, dans une tendance syncope, suite d'une hémorrhagie abondante et d'un traumatisme.

Quand au liquide à injecter, poursuit M. Capitan, pas besoin d'aller chez le pharmacien, le médecin trouvera partout une casserole pour faire bouillir de l'eau et du gros sel. Ajouter une forte pincée de gros sel dans un demi-verre d'eau et faites bouillir aussi vite que possible. Inutile d'ajouter qu'il faudra aseptiser la seringue et son aiguille ; tremper les doigts dans l'eau-de-vie, frotter vivement l'aiguille avec un linge imbibé du même liquide et nettoyer soigneusement la place, soit le flanc, soit la fesse, soit de préférence, la partie antéro-externe de la cuisse. Rien ne sera plus facile de refroidir le liquide en plaçant la casserole dans un baquet d'eau froide, et si le temps presse, verser un peu d'eau salée dans un verre très propre, agitez la, puis la rejeter : vous un transvasez ainsi successivement de la casserole dans le verre le liquide, injecter.

Ces précautions prises, poussez rapidement une injection dans le tissu cellulaire sous cutanée, puis enlevez la seringue laissant l'aiguille en place remplissez-la et faites une nouvelle injection ; continuez de la même façon.

Incontestablement ce n'est pas amusant d'injecter ainsi 20, 40, 80 seringues. On y arrive pourtant assez vite. Il est possible d'injecter quatre à cinq seringues par minute. L'absorption se fait presque au fur et à mesure. Il ne reste qu'un œdème, minime, facile à faire disparaître par un léger massage. On peut donc ainsi en une demi-heure injecter 100 gr. d'eau salée ; ordinairement la moitié suffit pour une fois et permet déjà d'obtenir des résultats appréciables. On peut d'ailleurs recommencer deux à trois heures après. Quand l'injection est finie, un linge propre, au besoin un peu de compression, suffisent.

Nous estimons que M. Capitan, en indiquant au praticien les moyens d'improviser, sans outillage spécial, une médication très active, a rendu un grand service.

(*La médecine Moderne*)

**Petite chirurgie infantile; suture avec l'aiguille de Pravaz**

M. le docteur Auguy, dans les sutures pour plaies légères des lèvres, du cuir chevelu, donne la préférence à une aiguille de seringue de Pravaz assez grosse. On introduit, comme cela se pratique d'ordinaire pour les empêcher de se boucher, un fil d'argent sans laisser débiter le fil en avant. On transfixe alors les parties à suturer, et pour cela il est facile de donner à l'aiguille telle courbure que l'on veut. Le fil est poussé hors de l'aiguille et saisi à son extrémité ; l'aiguille retirée, le fil reste seul dans la place. Il ne s'agit plus que de le couper bien droit au ciseau et de le tordre, et l'aiguille reste montée pour le point suivant en retirant un peu le fil hors de la pointe.

Ce procédé est moins douloureux que l'emploi de l'aiguille de Reverdin ou de l'aiguille ordinaire plus qu'il faut, dans les deux cas, passer le volume de l'aiguille, plus le double volume du fil recourbe, en anse ; et cela ne se fait sans à coup ni tractions assez fortes. M. Auguy a pu faire ainsi sans trop de cris ni violence des sutures à des enfants qu'il eût fallu entièrement maintenir de force.

(*Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.*)

**FORMULAIRE****Mixture contre l'inappétence des femmes enceintes.**

(FORWOOD.)

Racine de colombo pulvérisé.....	} à 15 grammes.
Racine de gingembre pulvérisé.	
Feuilles de sené.....	4 —
Eau bouillante.....	475 —

Faites infuser un petit verre avant chaque repas, dans le but de remédier au dégoût pour les aliments qui s'observe souvent chez les femmes enceintes.

**Traitement des spasmes utérins**

(SPONDLY)

Eau distillée.....	200 grammes.
Sirop simple.....	50 —
Hydrate de chloral.....	4 —

Mélez. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

**Mixture d'aloès composée**

Aloès socotrin.....	10 grammes.
Bicarbonate de soude.....	15 —
Glycérine pure.....	16 —
Esprit de lavande composé.....	19 —
Essence de menthe poivrée.....	VIII gouttes.
Eau distillée.....	100 grammes.

Mélez. Une cuillerée à soupe, comme purgatif ; une ou deux à café comme stomachique et tonique.

**Traitement du chancre phagédénique par l'acide pyrogallique**

Acide pyrogallique.....	20 grammes.
Vaseline ou axonge.....	80 —

Autre formule :

Acide pyrogallique.....	40 grammes.
Vaseline.....	120 —
Amidon.....	40 —

Pour les plaies anfractueuses, avec prolongements multiples, il est bon de se servir de la poudre ainsi composée :

Acide pyrogallique.....	20 grammes.
Poudre d'amidon.....	80 —

Cette poudre peut être insufflée dans tous points au moyen d'un petit soufflet, analogue à celui qui sert pour la poudre des insecticides. Les pansements doivent être renouvelés deux fois par jour.

Il faut avoir soin de ne se servir que de préparations fraîches ou qui ont été maintenues dans des flacons bien bouchés, et empêcher l'humidité d'altérer l'acide.

**Iodoforme flexible**

(FOWLER)

Iodoforme.....	30 grammes.
Colle de poisson.....	240 —
Glycérine.....	22 —

On gélatinise la colle de poisson à l'aide de la vapeur, et l'on ajoute les autres substances ; le produit a une consistance convenable.

(*Journal de Méd. de Paris*)

**Dysenterie et diarrhées.**

(GELPKE, DE JAVA.)

Ecorce de grenadier.....	} à 10 grammes.
Ecorce de racine de gumarouba.....	
Méler et faire macérer 20 heures dans :	
Eau-de-vie blanche.....	750 grammes.

6 à 8 cuillerées à bouche dans les 24 heures.

(*L. Progrès méd.*)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Strepto-diphthérie

Par M. le docteur EUGÈNE PAQUET, de St-Aubert, l'Islet.

Nous allons faire la relation d'un cas de strepto-diphthérie. L'étude des symptômes cliniques nous a permis d'arriver pratiquement au diagnostic de cette association microbienne.

A. L..., institutrice, âgée de 19 ans, souffrait d'une amygdalite chronique. La maladie, malgré un traitement approprié, continuait sa marche en procédant par recrudescence. Les symptômes aigus apparaissaient aux périodes de la menstruation. Les amygdales, d'un rouge foncé, étaient hypertrophiées. Dans les anfractuosités se logeaient des dépôts pultacés.

Le 10 octobre 1897, nous sommes appelés auprès de notre malade. Elle est très agitée et souffre d'une céphalalgie d'une violence outrée. Les amygdales présentent les altérations déjà décrites.

15 octobre.—Le tronc, les membres et la face de notre patiente sont couverts d'une éruption scarlatineuse. La fièvre est très-élevée; le visage est pâle; les paupières sont bouffies. Les urines contiennent de l'albumine. Il y a de l'anasarque.

Nous faisons un examen minutieux du pharynx, mais nous ne pouvons pas constater les symptômes ordinaires de l'angine de la scarlatine à sa première période.

Suivant l'expression de Méry: "les fausses membranes sont épaisses, tomenteuses, grisâtres, formant bientôt un magma putride, lagineux. Les ganglions sont englobés dans une zone d'infiltration œdémateuse qui les réunit et les soude en quelque sorte."

Nous constatons un coryza séro-sanguinolent. Les glandes du cou ne forment qu'une masse qui se perd dans l'infiltration du tissu cellulaire avoisinant.

Ces symptômes rappellent la strepto-diphthérie. Nous ne pouvons pas, dans les circonstances, nous adresser au diagnostic bactériologique où aux cultures sur sérum. Mais l'observation clinique va nous prouver l'association du streptocoque au bacille Klebs-Loeffler.

Une épidémie de diphthérie et de scarlatine sévit avec intensité dans la paroisse et dans les localités voisines. Les cas se touchent; plusieurs éclatent sous le même toit. Les preuves cliniques nous paraissent suffisantes. Aussi notre malade reçoit-elle immédiatement 20 c.c. de sérum anti-diphthérique.

16 octobre, 10 heures A. M.—La voix et la toux sont étouffées, éteintes. Nous entendons le sifflement laryngo-trachéal. Les inspirations sont fréquentes et très profondes. Bientôt se montrent les premiers symptômes de la suffocation.

Pendant que se déroulent les phases dramatiques du croup diphthéritique, nous n'oublions pas le sérum. Nouvelle injection de 20 c.c. Il nous a rendu des services si précieux!

16 octobre, 11 heures A. P.—La malade a un accès terrible de suffocation. Le visage cyanosé, encore couvert ses stigmates de l'éruption scarlatineuse, exprime l'angoisse la plus triste. Après des efforts qui semblent vouloir emporter le malade et qui paraissent inutiles, il y a expulsion d'une fausse membrane d'une longueur de

6½ pouces. La partie supérieure forme un anneau complet. Le passage de l'air semble vouloir se rétablir. Il y a répit. La famille espère voir la guérison succéder à ce rejet brusque d'une longue membrane laryngo-trachéale. 3ème injection de 12 c.c. de sérum.

L'état de notre malade nous inspire, cependant, des craintes sérieuses. On entend des râles dans toute la poitrine. Les voies respiratoires paraissent tamponnées plus bas par quelque revêtement épais et plus ou moins détaché. Nous redoutons fortement la broncho-pneumonie infectieuse.

Des symptômes tirés de l'état du rein rendent le pronostic encore plus sombre. Il y a anurie. La diphthérie et la scarlatine peuvent provoquer une néphrite infectieuse mortelle. Nous luttons contre cette complication en suivant les conseils des maîtres: "cataplasmes de fleur de lin et de feuilles de digitale autour de la taille." Nous ordonnons la digitale associée au fer et à la quinine. La malade est au régime lacté depuis les premières manifestations de l'albuminurie.

17 oct. 2 heures A. P. — L'état du rein ne s'est pas amélioré. L'œdème se généralise malgré les diurétiques et l'antisepsie intestinale à l'aide du benzo-naphtol pour diminuer la toxicité urinaire.

Il ne faut pas toujours compter sur le rejet des fausses membranes. Notre patiente devait être emportée par une broncho-pneumonie associée à une néphrite infectieuse.

Comby l'a dit: "La broncho-pneumonie est la complication la plus fréquente et la plus redoutable du croup."

18 oct. 8 heures A. M. — Les symptômes laryngés et pulmonaires éclatent avec une nouvelle vigueur. L'aphonie est absolue! Les accès de suffocation se succèdent sans trêve pour la malade. Elle est en proie à une dyspnée terrible:

18 oct. 9 heures A. M. — Notre patiente a une crise épileptiforme et elle succombe bientôt dans le coma.

Le sérum anti-diphthérique n'a pas pu juguler cette maladie infectieuse. La malade, malgré quelques signes de récupération, a fini par s'éteindre dans une toxémie irréparable.

D'après Martin, "tout enfant qui, en même temps que la diphthérie, présente des signes de broncho-pneumonie; doit recevoir 20 c.c. de sérum antidiphthérique, et sans attendre l'examen bactériologique, 10 c.c. de sérum anti-streptococcique; la broncho-pneumonie dans la diphthérie étant presque toujours de nature streptococcique."

Pétruschky prétend que le sérum de Marmorok est dépourvu de toute propriété thérapeutique et que la sérothérapie antistreptococcique n'existe pas encore.

Tollemer écrivait au mois de juin 1898:

"La possibilité de procurer un sérum antistreptococcique a été démontrée; mais ce remède est encore en bas âge, et on ne doit pas sortir de son berceau, le laboratoire. On ne peut encore consacrer son emploi en médecine."

Nous terminons en reproduisant quelques remarques de Méry au sujet du traitement des associations microbiennes dans la diphthérie:

"Dans le traitement des diphthéries associées, on doit considérer la part qui revient à l'infection diphthérique elle-même, et celle qui regarde l'infection associée. En ce qui regarde l'infection diphthé-

“ rique, il est certain que l'action du sérum de Roux n'est en rien  
 “ entravée du fait de l'association, que ses indications restent les  
 “ mêmes ; cependant à cause de la gravité plus grande de l'affection,  
 “ on sera obligé de donner des quantités plus grandes de sérum.

“ Comment traiter l'infection associée ?

“ Deux voies s'offrent à nous ; l'emploi des sérums thérapeu-  
 “ tiques spéciaux au microbe associé tel que le sérum anti-strepto-  
 “ coccique.

“ On voit de là de quelle importance est le diagnostic bactériolo-  
 “ gique exact de la variété d'association.

“ Le sérum de Marmorik a déjà été employé et a donné des ré-  
 “ sultats intéressants qui permettent d'espérer quelque chose de  
 “ cette voie thérapeutique.

“ La seconde voie, c'est l'emploi local des antiseptiques.

“ On mettra en œuvre, bien entendu, en même temps, tous les  
 “ moyens dont nous disposons pour relever les forces, l'état général,  
 “ le cœur.”

#### Association Française d'Urologie (1)

CONGRÈS DE PARIS

20-22 Octobre 1898.

#### *Neurasthénie urinaire et crises de rétention aiguë d'urine.* (Suite) (2).

M. Robert SOREL (du Havre). — Depuis le mois d'avril 1897, pas de rétentions complètes ; mais le malade vide mal sa vessie ; il a des périodes où il pisse goutte à goutte par regorgement. — Tentatives répétées de cathétérisme sans succès. — *Contracture du sphincter.* — *Nouvelle méthode opératoire* contre cette contracture. — Ouverture du périnée. — Cathétérisme forcé avec une sonde béquille. — Sonde n° 20 à demeure pendant 14 jours. — Béniqués jusqu'au n° 50. — Puis dilatation progressive forcée jusqu'au n° 35 du dilateur à quatre tranches de Kollmann.

#### Congrès français de chirurgie (3)

Paris 17-25 OCTOBRE 1898.

#### *Sur un cas d'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin.* *Nouveau procédé antiplastique.*

M. le Dr PHOCAS (de Lille). — Dans un cas d'exstrophie de la vessie sur une fillette de treize mois, M. le Dr Phocas a exécuté le procédé suivant. Le mont de Vénus était divisé en deux par l'exstrophie vésicale. En rapprochant ces deux bourrelets cutanés, on recouvrait en partie la vessie exstrophée. Cette disposition a été mise à profit de la manière suivante. Les deux plis cutanés ont été rapprochés par les mains d'un aide devant la vessie. Le chirurgien a avivé ensuite les bords internes de ces plis, en taillant sur chaque bord un lambeau à la Mirault, adhérent par son bord supérieur ; des fils d'argent ont réuni les deux bords avivés. Quant aux deux lambeaux adhérents, ils ont été conduits en haut, réunis, entre eux, et attachés par des fils d'argent au pourtour de la partie supérieure de la vessie.

De cette façon, toute la surface extrophiée a été recouverte de peau. Par la partie inférieure sortent les deux sondes urétrales, qu'on a eu soin de placer dans les deux urètres. Ce procédé offre

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, Paris.

(2) La première partie de cette observation a été publiée au dernier Congrès d'Urologie, C. R., p. 209.

(3) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale 93 Boulevard Saint-Germain, Paris.

l'avantage de recouvrir la vessie par une portion cutanée, à l'aide de lambeaux cutanés, sans rien sacrifier. S'il échoue, on n'aurait à déplorer aucune perte de substance. Ce procédé n'est applicable qu'au sexe féminin.

#### *de la Néphrotomie*

M. le Dr PHOCAS (de Lillie). — J'ai pratiqué quatre fois la néphrotomie sur quatre femmes âgées de vingt-quatre, vingt-huit, trente-cinq et quarante-deux ans. Mes opérations datent de deux ans. Une fois, il s'agissait d'un rein tuberculeux ; une autre fois, d'un rein calculeux suppuré, et les deux autres observations se rapportent à des pyonéphroses ascendantes simples, à streptocoques et staphylococques. Dans tous les cas, on pouvait sentir le rein par la palpation bimanuelle ; il existait des urines purulentes, des douleurs, etc. Dans un cas, le diagnostic entre la pyonéphrose et l'abcès périnéphrétique était difficile, tellement la fluctuation de la région lombaire était superficielle. Dans tous les cas j'ai opéré par la méthode extrapéritonéale par incision lombaire. Le rein a été ouvert au bistouri sur son bord externe. Dans un cas, j'ai enlevé quatre calculs ramifiés. Le résultat immédiat de ces quatre néphrotomies a été excellent. Toutes les malades ont guéri primitivement. Les urines sont redevenues normales en qualité et en quantité, l'état général s'est relevé, le rein a diminué de volume. Au point de vue des résultats consécutifs et éloignés, trois de mes malades vivent et sont assez améliorées pour vaquer à leurs occupations. Une est morte douze mois après l'opération, d'une tuberculose aiguë. Toutes ont conservé des fistules. Dans un cas, la fistule est insignifiante et n'empêche pas la malade de vaquer à toutes ses occupations, de remplir ses devoirs mondains et même de danser. Les deux autres conservent des fistules plus gênantes. Cependant, dans un cas la malade s'est améliorée tellement qu'elle est devenue méconnaissable.

Parmi les malades néphrotomisées, l'une, atteinte d'une pyonéphrose à streptocoque, à eu une pshycoce post-opératoire (lypémanie, idée de suicide) qui a nécessité son internement dans un asile. Au bout de six mois elle a guéri et se porte très bien actuellement (dix-huit mois après l'opération). Elle conserve une fistule, mais il est permis de penser que si la folie n'avait pas empêché les soins ost-opératoires, le résultat local aurait pu être encore meilleur. De ces observations, je conclus que la néphrotomie est une opération bénigne et facile. Son efficacité doit être diversement appréciée, selon le but qu'on se propose et la variété de la pyonéphrose. En tant qu'opération d'urgence destinée à sauver la vie immédiatement menacée, l'efficacité de la néphrotomie est incontestable dans tous les cas. Mais l'effet curatif éloigné de l'opération diffère selon que la pyonéphrose est simple ou symptomatique d'une tuberculose ou de calculs. Dans la pyonéphrose simple, la néphrotomie paraît être l'opération de choix. Dans la pyonéphrose tuberculeuse, l'opération ne peut être qu'une intervention de nécessité. Quant aux suppurations rénales calculeuses, elles peuvent être considérées à ce point de vue comme tenant un rang intermédiaire entre les deux variétés précédentes.

#### *Chirurgie des voies biliaires. Nécessité du drainage par les voies biliaires accessoires dans les opérations pratiquées, aussi bien sur les voies biliaires principales que sur les voies biliaires accessoires.*

M. le Dr H. DELAGÉNIÈRE (du Mans). — En 1895, j'ai eu l'occasion d'attirer votre attention sur le drainage des voies biliaires accessoires comme moyen de désinfection des voies biliaires, et je vous ai exposé ma technique personnelle, consistant à faire l'abouchement de la vésicule à travers le muscle droit sur l'aponévrose antérieure même du muscle. Aujourd'hui je vous apporte les résul-

tats que j'ai obtenus par cette manière de faire dans dix nouveaux cas de chirurgie biliaire. Il ne s'agit plus seulement de simples cholécystostomies, mais aussi d'opérations complexes, pratiquées sur les voies biliaires principales.

Ces dix observations se répartissent ainsi :

Deux cas de cirrhose du foie, avec hépatoptose pour lesquels l'hépatopexie, puis une cholécystostomie temporaire furent pratiquées avec succès.

Un cas de cirrhose hypertrophique biliaire, où une cholécystostomie simple amena la guérison.

Trois cas de lithiase biliaire simple, avec infection des voies biliaires avec deux guérisons et une mort causée par l'infection préexistante.

Un cas de cysticotomie pour calcul.

Deux cas de cholédochotomies ; enfin, un cas d'hépaticolithiopsie après cysticotomie interne.

Tous les cas suivis de guérison : ce qui porte à un sur dix la mortalité de cette série opératoire.

Dans les opérations faites sur les voies biliaires principales, la cholécystostomie agit normalement en désinfectant les voies biliaires et en détournant au dehors momentanément le cours de la bile mais aussi en s'opposant à toute élévation de tension dans les voies biliaires ; en évitant par conséquent la rupture des sutures faites pour remédier aux incisions des conduits, et par suite tout écoulement de bile dans la péritoine. Grâce à l'établissement d'une fistule temporaire, on peut donc compter sur l'efficacité des sutures faites sur le canal cholédoque incisé, et dans tous les cas ces sutures devront être de règle, puisqu'elles ne peuvent pas être nuisibles.

Dans certains cas de vésicule atrophiee, on ne peut recourir à notre méthode général de cholécystostomie temporaire. On doit alors préférer les méthodes directes, ou en cas d'adhérences profondes, créer dans les adhérences un conduit pour l'excrétion momentanée de la bile.

Comme on le voit, notre façon de faire n'est pas seulement un procédé opératoire, mais une méthode générale appliquée à tous les cas de chirurgie biliaire.

### Congres de Chirurgie

Paris, 17-25 Octobre 1898.

#### Gastro-entérostomie

M. le Dr MONPROFIT (d'Angers) donne le résultat de dix-neuf gastro-entérostomies pour cancer et gastrite chronique.

Quatorze opérations ont été pratiquées pour cancer et ont donné deux morts opératoires survenues par suite d'épuisement dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'intervention, sans que l'autopsie ait fait reconnaître aucune complication opératoire.

Sur les douze malades ayant survécu, dix ont retiré un bénéfice notable de l'intervention ; les vomissements ont disparu, l'embonpoint est revenu et la santé générale a été améliorée pendant un temps variable. Deux malades ont continué à vomir et n'ont retiré aucun bénéfice appréciable de l'opération.

Cinq gastro-entérostomies ont été pratiquées pour gastrite chronique—ces cinq malades ont bien supporté l'intervention ; et tous les cinq ont vu disparaître les troubles gastriques pour lesquels ils ont été opérés.

Au point de vue des procédés opératoires employés, nous avons usé successivement de la gastro-entérostomie antérieure, selon Wœlfler, de la gastro-entérostomie de von Hacker, et du procédé en Y, de Roux, de Lausanne.

Si nous mettons de côté les deux malades qui ont succombé à l'épuisement quelques heures après l'opération, nous trouvons, au point de vue du fonctionnement de la gastro-entéro-anastomose suivant le procédé employé les résultats suivants :

Procédé de Wœlfler, neuf opérations : cinq résultats parfaits ; deux satisfaisants et deux mauvais. — Procédé de von Hacker, six opérations : cinq résultats excellents, un assez bon. — Procédé de Roux, deux opérations : l'une pour gastrite chronique, l'autre après gastrectomie, deux résultats parfaits.

Nous sommes donc d'accord avec la plupart des opérateurs pour pratiquer l'anastomose postérieure, soit latérale, soit en Y, toutes les fois que cela est possible, et pour ne faire désormais l'anastomose antérieure que dans les cas rares où elle est seule possible. Nous pratiquons la gastro-entérostomie exclusivement au moyen de sutures au fil de soie et nous n'avons jamais éprouvé le moindre ennui de ce chef. Aussi, sans vouloir porter un jugement définitif sur les procédés d'abouchement au moyen des sutures ou des boutons, qui sont employés par beaucoup de chirurgiens des plus autorisés, nous croyons que la majeure partie de la chirurgie gastro-intestinale peut se faire avec l'aiguille ordinaire et le fil de soie fine.

#### Craniectomie temporaire

M. Thomas JONNESCO (de Bucarest).—La craniectomie temporaire, qui permet de découvrir la surface de tout un hémisphère cérébral, l'hémicraniectomie, de pratiquer des explorations étendues de la surface et dans la profondeur du cerveau, et d'obtenir des décompressions complètes grâce à l'incision étendue de la dure-mère, et cela sans ces larges pertes de substances permanentes du crâne, est une opération idéale, à condition qu'elle soit parfaitement bénigne. La simplification du manuel opératoire, une instrumentation à la fois simple et évitant tout ébranlement cérébral, sont les conditions indispensables pour atteindre cette bénignité et faire entrer la craniectomie dans la pratique courante de la chirurgie. L'instrumentation de Doyen avait déjà simplifié l'opération et assuré en partie sa bénignité, mais on pouvait faire mieux et l'appareil instrumental dont je me sers maintenant me paraît bien supérieur par sa simplicité et surtout par son absolue innocence.

Je ne me sers que de trois instruments : le trépan à cliquet muni de la mèche perforatrice de Doyen, sans avoir recours aux fraises.

Les trous faits, les ports intermédiaires sont taillés par une scie mesuratrice, construite de façon qu'au moment de la mensuration de l'épaisseur de l'os, le curseur découvre la lame tranchante de la scie sur une hauteur égale à celle de l'os à scier. Pour faire sauter la table interne et tout le couvercle osseux, je me sers d'un instrument formé de deux tiges verticales et parallèles, dont une immobile et fixe, l'autre mobile courant sur une tige horizontale sur laquelle elle est visée. Les extrémités libres amincies des deux tiges verticales sont introduites dans les deux trous qui limitent un pont osseux. Les deux tiges sont rapprochées à l'aide d'un puissant levier, et les extrémités des tiges s'engagent si précisément dans la section osseuse, qu'elles en écartent les surfaces, en faisant éclater la lame interne sur toute l'étendue de la ligne de section du lambeau osseux, dont le pédicule cède en même temps, sans avoir besoin de se servir du ciseau et du maillet. Donc point de martelage-point d'ébranlement cérébral.

J'ai pratiqué seize craniectomies temporaires sur quinze malades, sur un microcéphale ayant fait l'hémicraniectomie bilatérale. — Ces seize interventions se décomposent ainsi : quatorze hémicraniectomies et deux craniectomies partielles, fronto-pariétales. — Dans onze cas, l'opération a été simplement décompressive et évacuatrice de l'œdème cérébral ; dans quatre cas, elle a été suivie de résection étendue de l'écorce cérébrale ; et une fois j'ai réséqué un segment de la dure-mère épaissie et adhérente. J'ai perdu un seul opéré, par hémorragie cérébrale secondaire à la suite d'une résection étendue et profonde de l'écorce, l'hémorragie a été trop rapide et la mort est survenue trop vite pour permettre une intervention secondaire qui aurait pu sauver le malade. Deux autres opérés, épi



leptiques et maniaques, ont succombé tardivement, un mois et six semaines après, l'un dans l'état de mal, l'autre par gangrène pulmonaire, mais non des suites de l'opération.

Les résultats thérapeutiques sont : deux cas d'épilepsie traumatique ancienne, dont une généralisée, l'autre Jacksonienne : craniectomie fronto-pariétale partielle, avec résection d'un segment de la dure-mère épaissie et adhérente, dans un cas ; résection de l'écorce ulcérée sur une étendue d'une pièce de cinq francs, dans l'autre cas ; les deux malades sont parfaitement guéris depuis cinq et six mois.—Une épilepsie Jacksonienne sans lésions apparentes : hémicraniectomie gauche, résection de l'écorce rolandique 3 × 4 centimètres. Guéri depuis un an.

Deux frères jumeaux hystériques et tombés dans un état de prostration et d'idiotisme depuis sept mois : hémicraniectomie gauche, œdème cérébral, décompression. Guéris depuis un an et demi.—Un épileptique et manie aiguë : hémicraniectomie, œdème cérébral, dépression par mobilisation du lambeau osseux. Guéris depuis quatre mois.—Quatre idiots, dont deux idiots épileptiques : hémicraniectomie, insuccès ; dans un cas, il y avait une atrophie très accentuée du lobe frontal gauche. — Un épileptique hémiplegique et aphasique ; hémicraniectomie gauche, résection de l'écorce rolandique, très amélioré. — Deux épileptiques avec manie aiguë, ayant subi préalablement, sans succès, la résection bilatérale du lymphatique cervical : hémicraniectomie, œdème cérébral ; ont succombé un mois et six semaines après, mais pas du fait de l'intervention.—Enfin un microcéphale idiot, a été très amélioré après la deuxième hémicraniectomie qui a été faite des deux côtés.

En somme, nous avons six guérisons, deux améliorations et six insuccès, et une mort opératoire, c'est-à-dire, 6,7 %, et deux morts tardives, 13, 3 %.

Doyen, sur trente-huit cas, accuse treize morts, donc 31, 5 % et une seule guérison thérapeutique, dix-sept améliorations et huit insuccès. Chifault, douze cas avec deux morts, donc 16, 6 %. La mortalité opératoire est : Doyen, 21 % ; Chifault, 8, 3 %. La mortalité tardive : Doyen, 10, 5 % ; Chifault, 8, 3 %. Sur une statistique générale de quatre-vingt-dix opérations, nous trouvons : soixante-neuf guérisons opératoires, quatorze morts opératoires et sept morts tardives. Sur les soixante-neuf guérisons opératoires, vingt-deux guérisons thérapeutiques, vingt-quatre améliorations et vingt-trois insuccès.

La mortalité opératoire est donc de 15, 5 %, tandis que dans la trépanation (Terrier, Chifault) elle est de 28, 7 %.

En somme : la bénignité plus grande de la craniectomie temporaire, son efficacité certainement supérieure, car elle permet l'exploration étendue et complète de la surface et de la profondeur de l'hémisphère cérébral ; la possibilité d'établir une large et permanente décompression du cerveau sans les larges et permanentes pertes de substance qui résultent de la trépanation, sont des avantages indiscutables de la craniectomie, qu'elle a acquise surtout grâce au manuel opératoire très simplifié par le procédé que j'ai exposé.

## REVUE DES JOURNAUX

### Rechutes dans la Fièvre typhoïde

Hôpital de la Pitié.—Service de M. Jaccoud.

Vous avez pu voir, depuis six semaines, couchée au n° 8 de la salle Laënnec, une femme atteinte de fièvre typhoïde, et à propos de cette malade se présente à nous, avec des particularités insolites, la question des rechutes dans la fièvre typhoïde.

Je n'ai pas à entrer ici dans les détails symptomatologiques de la longue évolution de cette maladie chez une femme de 24 ans, de

constitution très vigoureuse, évolution qui ne se distingue en rien du tableau ordinaire de la fièvre typhoïde.

Nous n'envisagerons donc ici que la question des rechutes ; cette femme en a fait deux et la dernière s'est présentée d'une façon assez exceptionnelle, mais que, pour ma part, j'ai rencontrée plus d'une fois dans l'étude toute spéciale et très approfondie des rechutes de la fièvre typhoïde que j'ai entreprise depuis longtemps sans interruption.

Chez notre malade, le premier cycle de la fièvre typhoïde a duré 28 jours, le deuxième 18 jours, que durera le troisième qui vient de commencer ? nous ne saurions le prévoir.

Mais avant d'aller plus loin il est bon de bien préciser ici la portée des mots ; il n'y a pas bien longtemps encore la signification attribuée aux expressions *rechute* et *récidive* n'était pas claire. En Allemagne encore ces deux mots n'ont pas le même sens que dans notre littérature médicale, les rechutes étant dans le langage allemand, nos récidives. Il importe d'être bien familiarisé avec cette terminologie médicale.

La *récidive* doit s'entendre de la répétition de la maladie chez le même individu, mais au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, de sorte que ce sont chez lui deux maladies qui sont séparées par un intervalle plus ou moins long d'état de santé parfait.

La *rechute*, au contraire, est la répétition de la maladie pendant la période de convalescence sans qu'il y ait, entre les deux actes morbides, la période d'état de santé normale qui sépare la maladie première de la maladie récidivée. Il y a encore une autre expression qui est très bonne et qui reste synonyme de rechute c'est le mot : *réversion*.

Donc la différence entre la rechute et la récidive repose tout entière sur la longueur de l'intervalle qui sépare les deux atteintes de la maladie et sur l'état de santé pendant cet intervalle.

Les mots sont donc ici d'une précision mathématique. Mais l'interprétation des faits serait souvent fort embarrassante si on n'avait pas bien présentes à l'esprit diverses particularités que mes recherches ont fait connaître. Je veux parler de la variabilité dans le temps écoulé entre la première défervescence et le commencement du nouveau cycle.

A ce point de vue on peut pratiquement diviser les rechutes en trois catégories.

Dans la première peuvent être rangées les rechutes qui arrivent après un intervalle de 4 à 10 jours, ce qui est la moyenne normale.

Dans la seconde prennent place les rechutes que j'ai dénommées *tardives* et que j'ai bien différenciées, lesquelles surviennent après un intervalle dépassant de beaucoup la moyenne classique de la première catégorie et atteignent 15 à 20 jours.

La troisième catégorie que, le premier, j'ai bien spécifiée et mes observations ont été confirmées depuis par d'autres, comprend les rechutes *rapides*, celles qui ne sont séparées de la chute définitive de la fièvre que par un intervalle de 24 heures ou même seulement de 12 heures. Ces rechutes rapides forment un groupe particulier absolument légitime, ce sont des formes *subintrantes* comme dans la fièvre paludique. Il n'y a pas de meilleure dénomination. La maladie, tant par l'observation thermométrique que par celle des symptômes, semble toucher à sa fin, vous vous attendez à voir s'établir une température normale, il n'en est rien, tout d'un coup le thermomètre remonte, la rechute s'établit sans même qu'il y ait eu place pour une défervescence complète entre les deux dernières observations thermométriques.

Ainsi éclairés sur les diverses modalités des rechutes dans la fièvre typhoïde, nous pouvons interpréter les faits que nous avons sous les yeux.

Dans le cas présent le premier cycle de la fièvre typhoïde, très régulier, de 18 jours de durée, comme nous l'avons dit, s'est terminé avec une température de 38°2 la malade se trouvant très bien. Sans



aucun phénomène précurseur le 20<sup>e</sup> jour le thermomètre remontait à 39°6 et le lendemain on constatait une température de 40°4 qui n'avait encore jamais été atteinte.

C'était l'ouverture du deuxième cycle qui fut thermométriquement beaucoup plus régulier que le premier, décrivant parfaitement les trois côtés du trapèze qui est, suivant la comparaison que j'ai adoptée, la caractéristique de la courbe de la fièvre typhoïde. Cette rechute fut également plus complète dans sa symptomatologie que le premier cycle, il y eut, en effet, des taches rosées qui avaient manqué dans la première atteinte, de la diarrhée, du météorisme plus intenses, et en plus encore, de la bronchite.

La durée fut également de 18 jours, 21 jours si on compte le temps pendant lequel se sont installées les hautes températures. Au 36<sup>e</sup> jour de la maladie le thermomètre était fixé à 38°, tout semblait faire prévoir la fin et nous nous attendions à voir la défervescence complète et le thermomètre revenir à la normale, quand, au bout de quatre jours après avoir oscillé entre 38 et 38°2, le thermomètre un matin remontait à 40°2. La deuxième rechute était installée, subintrante, comme la première, sans qu'il y ait eu place pour un retour, si fugitif fût-il, à la température normale.

Nous sommes aujourd'hui au 8<sup>e</sup> jour de la seconde rechute et le thermomètre est resté stationnaire entre 40°5 et 39°. Deux ou trois taches rosées ont reparu ; les phénomènes bronchiques qui avaient été observés dans la seconde rechute sont devenus maintenant beaucoup plus accentués. Les râles sont bien plus nombreux et au lieu de rester disséminés comme précédemment dans les lobes moyens et inférieurs ils ont envahi les lobes supérieurs ; on rencontre dans les fosses sus-épineuses une grande abondance de râles humides.

Lorsqu'il y a ainsi un catarrhe tardif, surtout localisé aux sommets, il faut songer non à une erreur de diagnostic mais à une tuberculose concomitante possible. Le diagnostic peut être tout d'abord assez difficile, il n'y a pas encore de bacilles dans les crachats, c'est trop tôt, la tuberculose est encore une tuberculose fermée. Mais alors que dans la fièvre typhoïde seule la convalescence finit enfin par s'affirmer, quand il y a tuberculisation le malade ne récupère pas, la localisation du catarrhe s'affirme de plus en plus, la fièvre devient irrégulière et persiste sans arriver à la défervescence. Il est assez rare de rencontrer cette persistance de la fièvre pendant plusieurs semaines à la suite de la fièvre typhoïde sans qu'il y ait tuberculose. Enfin, dans le dernier cas, l'état général reste mauvais au lieu de s'améliorer progressivement et c'est encore bien plus sur l'état général que sur l'état local qu'on peut étayer le diagnostic.

Quoiqu'il en soit, il est impossible de se prononcer tout d'abord, il faut attendre. Je me souviens avoir vu en consultation avec M. Dieulafoy une jeune fille qui avait eu une fièvre typhoïde assez grave, la convalescence semblait s'être bien établie quand, au bout de 3 à 4 jours d'apyrexie la fièvre revint avec catarrhe pulmonaire localisé aux sommets. Nous étions dans l'espèce très embarrassés n'ayant aucune raison de nous prononcer ni pour ni contre la tuberculose ; après une période douteuse de 10 jours nous avons eu cependant quelques raisons favorables nous permettant d'infirmer la tuberculose. Les faits sont venus justifier nos prévisions, n'empêche qu'ils s'est écoulé cinq semaines avant que tout soit complètement rentré dans l'ordre.

Pouvons-nous éprouver quelque embarras de ce genre chez notre malade ? Bien peu, car ici les rechutes se ressemblent toutes les deux et sont elles-mêmes assez semblables au premier cycle pour que nous puissions établir que nous sommes, bien toujours en présence d'une fièvre typhoïde.

Ce qu'il faut retenir du cas particulier c'est cette modalité spéciale des rechutes qu'il importe de bien connaître. Vous devez toujours ne pas perdre de vue la possibilité des rechutes sous quelque type qu'elles se présentent ; il est toujours désagréable d'être surpris dans la clientèle, il importe donc toujours de faire entrevoir la possibilité d'une rechute.

Les rechutes ne sont ni fréquentes ni rares. Je me suis attaché, comme je vous l'ai dit, à l'étude des particularités qu'elles présentent et j'ai établi autant que faire se peut, sur un chiffre aussi colossal d'observations, leur proportion. Sur 13,000 observations parsemées dans la presse médicale étrangère et française, j'ai trouvé 9, 1 de rechutes. La vérité c'est que leur fréquence est comprise entre 9 et 10. La rechute est en effet un phénomène très variable dans sa fréquence selon les années, le caractère des épidémies ; il s'ensuit que si pour apprécier cette fréquence, nous n'avions que des statistiques isolées et non un ensemble de statistiques, un bloc considérable, comme celui que je viens de vous présenter, nous pourrions arriver à des conclusions erronées et contradictoires.

C'est ainsi que des auteurs nous donnent des moyennes variées de la fréquence des rechutes ; Schultz, de Berlin, obtient 3,7 0/0 sur un chiffre de 2,584 observations embrassant une période de onze années, tandis que pour cette même période par exemple, la statistique des hôpitaux de Munich nous donne 21 0/0. Donc quand on ne se base que sur un seul relevé on peut avoir un chiffre ou trop considérable, comme dans ce dernier ou trop faible, comme dans le premier.

Et cette variabilité ne se rencontre pas seulement d'un lieu à un autre mais dans la même localité, dans le même hôpital d'une année à l'autre. Pour n'en citer qu'un exemple à l'hôpital juif d'Odessas où sont traités des malades de même provenance et de même race, les statistiques annuelles des rechutes offrent dans une période de huit années des écarts de 1,7 0/0 et 15,6 0/0.

On a dit que les rechutes avaient augmenté depuis l'usage des bains froids, ce n'est pas exact ; il n'y a aucune différence sensible entre les statistiques anciennes avant la thérapeutique balnéaire et les statistiques postérieures à l'emploi de cette nouvelle méthode de traitement. Les bains froids, n'ont donc de ce côté, aucune influence.

(Abeille méd.)

#### De la respiration de Cheyne-Stokes

Ce rythme respiratoire très spécial vient d'être l'objet d'une bonne étude publiée par MM. Lévy et Kœppelin dans la *Gazette des hôpitaux*.

Si l'incertitude règne encore sur le mode de production du syndrome de Cheyne-stokes, du moins il est bien connu symptomatologiquement.

Après une pause ou période d'apnée, les mouvements thoraciques reprennent graduellement, d'abord lents et superficiels ; progressivement, plus amples et plus fréquents, jusqu'à un *fastigium* dépassant même l'état normal ; la respiration est alors vive et bruyante. Puis survient une phase graduellement décroissante, les oscillations thoraciques diminuent et d'amplitude et de fréquence et finissent par s'arrêter, l'apnée se rétablit, en expiration incomplète. Pendant un temps variable (une demi-minute en moyenne), le malade est immobile, insensible, semblable à un cadavre. Après cette période, le même cycle recommence, les alternatives de repos et de dyspnée se succèdent toujours d'une façon régulière, périodique, sans intercalation d'autre phase.

La durée du phénomène n'est pas fixe. Il peut être si court et la pause si peu accusée, qu'il passe alors inaperçu. L'apnée est en général plus courte que l'hyperpnée, mais elle peut l'égaliser et même la surpasser. Les auteurs sont à peu près unanimes à reconnaître que ces deux stades ne sont pas proportionnels mais varient, en raison inverse l'un de l'autre.

Il y a en même temps des phénomènes concomitants, savoir : la tension artérielle est plus faible pendant l'apnée que pendant la dyspnée ; le pouls s'accélère pendant l'apnée, se ralentit pendant la dyspnée ; pendant la pause la pupille est contractée, ponctiforme, elle se dilate à la reprise respiratoire. On a signalé aussi des se-

cousses, des contractions musculaires, des troubles, des réflexes tendineux, etc.

Lorsque la respiration de Cheyne-Stokes ne se montre pas avec tous ses caractères, le diagnostic demande à être fait notamment avec la respiration à type méningitique de Biot, qui est caractérisée par des irrégularités non périodiques des mouvements tantôt lents, tantôt rapides, les uns superficiels, les autres profonds, sans aucun rapport constant de succession entre ces deux modalités, avec des arrêts survenant à des intervalles irréguliers, précédés et souvent suivis de soupirs prolongés.

Plus difficilement cause d'erreur sera le rythme du coma diabétique. Il consiste en inspirations profondes avec distension exagérée de la cage thoracique, suivies de courtes pauses en inspiration forcée et d'expirations brèves et gémissantes. La longueur et la profondeur des inspirations sont les signes caractéristiques de cette dyspnée.

La respiration de Cheyne-Stokes se monte surtout au cours de l'urémie. Il n'est pas d'affections du cœur où elle n'ait été mentionnée ; on la constate aussi dans la méningite tuberculeuse.

Quelle que soit la thérapeutique employée elle sera rarement efficace. L'apparition du rythme de Cheyne-Stokes constitue un signe de pronostic grave, et c'est la mort qui le plus ordinairement termine la scène. Toutefois, considéré d'abord comme fatal à brève échéance on croit, aujourd'hui, sa valeur pronostique moins absolue.

#### Le détatouage

Il arrive souvent que des personnes portant sur le corps des tatouages ridicules ou inconvenants ou faits dans un moment d'aberration, veulent à tout prix les faire disparaître. Les procédés mis alors en œuvre sont nombreux et M. Mabile, de Lille, vient de les rappeler.

On a raconté qu'on pouvait effacer les tatouages en les repiquant et en les lavant avec du lait de femme ; ce n'est là qu'un préjugé populaire. Si certains tatouages ont pu pâlir sous cette action, c'est que le lait avait commencé une fermentation et a eu une action irritante sur la peau ; mais voilà tout.

La vésication correspond à une excellente idée théorique. Elle fut, dès le début, toute empirique, puis, plus tard, essayée d'une façon toute rationnelle, mais la pratique ne confirma pas cette vue de l'esprit.

Variot essaya d'introduire par des piqûres des substances irritantes et non caustiques dans le derme, il se servit de teinture de cantharide, d'huile phéniquée, de tannin seul, de papaïne ; il déterminait de l'inflammation et c'est tout.

Le feu a été essayé, mais donne des cicatrices difformes. Il en est de même des caustiques ; en outre ces méthodes sont très douloureuses.

On doit à Variot une méthode sûre et scientifique. Il enduit les parties de peau tatouée avec une solution concentrée de tannin, puis à l'aide du jeu d'aiguilles des tatoueurs, il fait des piqûres très serrées sur toute la surface de la peau à décolorer en ayant soin d'empiéter sur la peau incolore. Une certaine quantité de tannin est ainsi introduite dans la partie superficielle du derme. Or, le tannin est antiseptique, hémostatique, et sert de mordant ou caustique. On passe ensuite le crayon de nitrate d'argent en frottant énergiquement sur les parties piquées au tannin. On laisse quelques instants jusqu'à ce que les piqûres se détachent en noir foncé par suite de la formation d'un tannate d'argent dans les couches superficielles du derme. On assurera la dessiccation de l'escharre pendant les trois premiers jours en saupoudrant plusieurs fois dans la journée avec la poudre de tannin. On empêchera ainsi le détachement prématuré de la croûte et la suppuration qui s'ensuivrait. Les deux temps de l'opération se font vite et sont très pénibles.

Les suites sont fort simples. Il y a dans les deux premiers jours une légère réaction inflammatoire, puis les jours suivants, les parties piquées au tannin et cautérisées au nitrate d'argent prennent une teinte noire foncée formant une sorte de croûte adhérente aux parties profondes et sont indolores vers le troisième ou quatrième jour.

Il ne convient de n'enlever par ce procédé qu'une plaque de tatouage grande comme une pièce de 2 francs en argent. On évite ainsi toute chance d'accidents et on n'entrave pas les occupations de la personne qui se fait détatouer.

Le résultat consiste dans la chute de l'escharre après quinze à dix-huit jours et la formation d'une cicatrice superficielle rougeâtre d'abord, qui se décolore progressivement et au bout de quelques mois est à peine apparente.

(Abeille méd.)

#### Les purpuras de l'enfance.

Par M. le docteur Maurice PERRIN, chargé du cours de clinique dermatologique à l'École de médecine de Marseille.

Le travail de revision et d'épuration, qu'oblige à faire pour toutes les questions la période scientifique dans laquelle nous nous trouvons, a été entreprise pour les purpuras par de nombreux auteurs : Hutinel, de Gimard, Claisse, Babes, Hayem, Marfan, Vidal.

Le purpura n'est qu'un symptôme, qu'une manifestation commune à divers affections. Le purpura n'est pas une dermatose bien définie, mais avant de décrire les purpuras, il faut essayer une description d'ensemble du purpura lui-même.

*Description des lésions cutanées.*— Le purpura est une éruption de taches multiples variant du rouge vif au noir, ne disparaissant pas par la pression du doigt et subissant les diverses transformations des épanchements sanguins. Tantôt les taches sont petites (forme pétéchiiale), tantôt ce sont de véritables ecchymoses ; les pétéchiies peuvent être saillantes, mais la manifestation papuleuse disparaît rapidement. Les taches prédominent aux membres, surtout aux inférieurs.

Le plus souvent l'éruption est symétrique et procède par poussées successives, mais il y a des exceptions à la règle ; la tache purpurique est due à l'accumulation de globules rouges du sang dans l'épaisseur du derme (purpura ectasique et purpura extravasif.)

L'hémorragie cutanée coïncide avec des symptômes généraux plus ou moins graves, de la fièvre et d'autres hémorragies muqueuses, séreuses ou viscérales ; mais il est inutile, cependant, de maintenir en purpura simple, purpura hémorragica, en purpura fébrile ou purpura apyrétique ; il vaut mieux retenir la concomitance des érythèmes au voisinage des articulations, de lymphangites, d'adénites ou d'anasarque.

*Des diverses formes de purpuras.*— Marfan admet trois variétés : 1° le purpura rhumatoïde ; 2° le purpura infectieux primitif ; 3° la maladie de Werlhof, il y a, enfin, un quatrième groupe de purpuras secondaires. Le but du rapporteur est de montrer qu'entre toutes les formes il n'y a qu'une différence de degrés.

*Partie clinique.*— Description d'un cas typique de purpura rhumatoïde (péliose rhumatismale de Schönlein ; purpura myélopathique de Faisans) : ce purpura se rencontre assez fréquemment au printemps, surtout chez les enfants de quatre à dix ans. L'affection, débute par un état gastrique avec vomissements bilieux et diarrhée, puis viennent des douleurs articulaires et musculaires, et enfin les taches (triade de Schönlein) ; les articulations peuvent présenter un certain degré d'épanchement, la peau est tendue et œdémateuse, rosée et douloureuse à la pression, les arthropathies ne sont pas mobiles comme dans le rhumatisme vrai, la température atteint 38 à 38°5 ; il y a de la céphalalgie, les poussées sont très

irrégulières et les récidives fréquentes. Quelquefois les phénomènes gastro-intestinaux prédominent et s'accompagnent d'ictère avec selles sanguinolentes, quelquefois le processus ne frappe que les muqueuses sans manifestation cutanée, les complications viscérales sont rares même du côté des reins.

*Purpura à forme suraiguë.*—Début brusque par des symptômes nerveux, dyspnée avec frissons, le malade est prostré, rate grosse, urine rare, mort en quatre ou cinq jours (purpura fulminans de Hénoc, typhus angelo-hématique de Landouzy).

*Forme typhoïde du purpura.* — C'est la variété atténuée de la forme précédente ; durée d'au moins quinze jours, la mort n'est pas fatale.

*Maladie de Werlhof* — Elle est encore d'un degré de gravité moindre ; les hémorragies sont les seuls symptômes, mais les acchymoses disparaissent rapidement ; les gencives peuvent donner lieu à un écoulement abondant, durée de quinze jours ; pas de fièvre.

*Discussion de chacune des variétés de purpuras et de leurs caractères respectifs.* — Rien de plus irrégulier, rien n'est plus imprévu que l'évolution de chacune des variétés ; il peut y avoir une transformation complète de la maladie, à l'apyrexie peut succéder rapidement un état fébrile et même une adynamie plus ou moins prononcée. Il y a donc de nombreuses difficultés dans la distinction des variétés : observations de Descouts, de Gimard, de Buequoy, de Faisans et de Marfan. Beaucoup de purpuras secondaires ressemblent plus à la maladie de Werlhof qu'aux deux autres variétés de purpura. Les hémorragies muqueuses et les phénomènes fébriles sont aussi très variables, et on passe insensiblement pour chaque symptôme d'un degré à l'autre.

*Étiologie et pathogénie, Age.*— Les cas sont fréquents de quatre à dix ans, très rares après vingt ans. Le purpura peut s'observer chez le fœtus et après la naissance, les petits hérédo-syphilitiques sont exposés plus que tout autre enfant aux hémorragies. Les hémorragies cutanées peuvent aussi reconnaître une cause mécanique (à retenir pour la médecine légale). Rappelons aussi que le cadre de l'hémophilie se rétrécit de jour en jour.

*Purpura infectieux secondaires.*— Ce sont des complications des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, des affections de l'appareil respiratoire et du tube digestif, des intoxications médicamenteuses ou alimentaires, des états cachectiques. Depuis longtemps, d'ailleurs, la nature infectieuse des purpuras secondaires est admise.

*Nature et pathogénie des purpuras.*—Cruveilhier décrit la phlébite capillaire hémorragique. Hayem invoque la dégénérescence graisseuse des artères, d'autres accusent l'origine nerveuse, mais c'est la bactériologie qui a le mieux éclairé ce point de la question, bien que les résultats ne soient pas toujours positifs (recherches de Strans, Widal, Le Gendre, Charrin, Bouchard).

L'infection agit sur les capillaires par ses toxines, soit directement, soit indirectement par l'entremise du système nerveux.

Hayem décrit comme altérations du sang : 1° la diminution considérable du nombre des hématoblastes ; 2° la faible rétractilité du caillot. M. Apert nie cette réaction du caillot. Pour M. Apert et pour M. Sortais, ce sont les altérations du rein et surtout celles du foie qui jouent un rôle prépondérant dans la pathogénie du purpura.

*Mécanisme de la lésion purpurique.*— Les toxines élaborées du fait d'une infection quelconque pénètrent dans la circulation, où elles altèrent la composition du sang et provoquent des taches purpuriques. À côté du rôle des toxines, il faut encore tenir compte des causes qui préparent le terrain (causes banales, froid, émotions, misères, surmenage et auto-intoxications, érythèmes multiformes à l'époque du sevrage observés par M. Sevestre).

De nouvelles recherches élucideront très probablement l'étude si complexe des purpuras. (Gaz. des Hôp.)

#### La réaction du sang au mercure chez les syphilitiques

M. S. Kuperwasser, de l'Institut impérial de médecine expérimentale de Saint-Petersbourg, étudie la réaction des leucocytes à l'égard du mercure comparativement chez les sujets sains et chez les syphilitiques. Il a fallu analyser le sang des uns et des autres avant et après l'introduction du mercure, le premier était nécessaire pour établir en général l'habitus du sang donné ; et l'analyse après la pénétration du mercure était indispensable pour pouvoir juger par comparaison si c'est effectivement sous l'influence du mercure que se sont produites des modifications du côté de la constitution morphologique des leucocytes.

Des nombreuses expériences qu'il a poursuivies et consignées dans plusieurs tableaux, l'auteur tire les conclusions suivantes :

I. Le sang des sujets bien portants réagit envers le mercure par une modification dans la constitution des leucocytes, qui se traduit par un accroissement notable de la proportion des jeunes et une diminution notable de la proportion des vieux.

II. Le sang des syphilitiques—indépendamment de la période de la maladie, indépendamment de ce que les manifestations extérieures existent ou non, ni de ce que les malades avaient ou non subi antérieurement le traitement spécifique (mercure, iode)—réagit au mercure par une modification de la constitution des globules blancs se traduisant par une diminution notable de la proportion des jeunes et un accroissement notable de la proportion des vieux.

Dans les cas des syphilitiques qui avaient subi le traitement ne datant pas plus de quatre mois, cette formule change absolument en se transformant en celle des sujets bien portants.

Ces conclusions fondées sur 29 cas personnels, et 19 appartenant au docteur Kowlowsky, peuvent être utilisées, ce nous semble, comme élément de diagnostic de la syphilis, sinon encore essentielle, du moins un des plus sûrs, car sur 48 observations on n'a rencontré qu'un seul cas faisant exception et encore était-il peu élucidé. Toutefois il suscite la question de savoir comment retentit sur notre réaction une maladie aiguë quelconque intercurrente. Cette question n'a pas été encore entamée, donc cette réaction n'est applicable que chez les syphilitiques qui ne sont pas autrement malades au moment de l'examen. À part ce qui a été dit, il peut se présenter beaucoup de questions analogues, mais nous ne prenons pas l'audace d'en donner des réponses, ni même de les énumérer.

Il nous semble possible que cette réaction puisse élucider certains problèmes encore discutés de la syphiligraphie, tels que, par exemple, la question de la relation de quelques maladies dites parasymphilitiques (Fournier) avec la syphilis, et qu'elle permette de déterminer d'une façon plus précise le domaine des maladies qui se développent sur le terrain syphilitique.

(Archives des sciences biologiques, Lyon méd.)

#### Traitement de l'eczéma professionnel des mains et des doigts

On sait que, parmi les différentes formes d'eczéma, l'eczéma professionnel se distingue par sa ténacité et par la résistance qu'il oppose aux traitements habituellement employés. D'après M. Rosas (de Vienne, ce qui réussit encore le mieux dans ces cas, c'est le nitrate d'argent qu'il emploie de la façon suivante :

Il humecte les plaques eczémateuses avec de l'eau, et passe dessus le crayon de nitrate d'argent, et, pour enlever le surplus de sel, il lave pendant quelques minutes avec une solution de chlorure de sodium les endroits sur lesquels il a passé le crayon.

La peau étant séchée, il applique sur les endroits cautérisés la pâte de Lasser, qui a la composition suivante :

Acide salicylique.....	2 grammes
Vaseline jaune.....	50 —
Oxyde de zinc.....	} 24 —
Talc de Venise.....	

Au bout de quelques jours, les croûtes noirâtres se détachent. On continue alors les applications de pommade, et, au besoin, on pratique une ou deux fois encore cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Ce traitement n'est pas très douloureux et donne des résultats satisfaisants.

Un autre tonique qui réussirait fort bien, surtout dans les crevasses eczémateuses des mains des ménagères, est, d'après M. ECLEFSEN (de Hambourg) la glycérine iodée formulée comme il suit :

Iodée pur..... 0 gr. 10 centigrammes.  
Iodure de potassium.... 0 gr. 25 —  
Glycérine..... 12 gr. 50 —

Cette solution est employée en badigeonnages qu'on fait matin soir dans les cas graves ; seulement le soir, avant de se coucher, dans les cas légers ; pour la nuit, le malade s'enveloppe les mains d'une bande de toile ou met des gants. On peut encore, dans les cas rebelles, faire sur les mains, le matin une application de vaseline boriquée et le soir, une application de glycérine iodée.

Sous l'influence de ce traitement, les démangeaisons cessent au bout de quelque jours, et, les malades ne se grattant plus, la lésion locale s'améliore rapidement. Dans les cas légers, la guérison survient ordinairement au bout de quinze jours ; dans les cas graves, le traitement doit être continué plus longtemps.

(La Presse méd.)

#### Contre le mal de dents

Dent creuse : y introduire un petit tampon d'ouate imbibée d'acide phénique dédoublé ; le tampon est sec, la douleur réapparaît : réitérer. A la rigueur, si la douleur est violente, 3 cent. de cocaïne en nature, localement ; mais pareille application peut être dangereuse. En cas d'insomnie prolongée pour douleur dentaire : sulfate de quinine 0,12, acide bromhydrique et teinture de gelsemium à XV gouttes, sirop de sucre 15 grammes, eau distillée 30. Un cachet de 0,12 d'exalgine, pour calmer après quelques minutes. En cas d'hyperacidité gastrique poudre (anglaise) de Seidlitz (sulfate de magnésie et bicarbonate de soude).— Le salicylate de soude est le sédatif le plus puissant de la douleur dentaire par refroidissement ou par périostite.

Le Progrès Médical.

#### Des injections profondes d'antipyrine dans la sciatique

M. le docteur KUHN prétend que si les médecins n'ont pas retiré de l'antipyrine des résultats satisfaisants dans le traitement de la sciatique, c'est qu'il n'ont pas employé une solution assez forte, ni poussé l'injection assez profondément. Dans quatre cas de sciatique rebelle, il y a injecté une solution concentrée (p. égale d'eau et d'antipyrine) l'a poussée dans le voisinage du nerf, de façon à exercer une action analgésique et il a obtenu une amélioration rapide.

La Chronique médical.

#### Sur l'extirpation des néoplasmes de la base de la langue.

M. Rémy.—Dans tous les cas ligatures des linguales à la grande corne de l'hyoïde. Premier cas : section unilatérale des muscles insérés à l'os hyoïde et, s'il est nécessaire, agrandissement de l'incision par la ligne médiane. Ainsi est créée une large ouverture.

Dans un autre procédé, comme le néoplasme est presque toujours unilatéral : incision comme pour la résection d'une des branches de la mâchoire, deux traits de scie à chaîne pour mobiliser une portion de maxillaire qui reste adhérente aux muscles du plancher, et la bouche est largement ouverte.

(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

## FORMULAIRE

### Chloro-anémie.

[RUMMO (de Pice) et G. DORI]

Injections sous cutanées de fer.

Citrate de fer ammoniacal..... 1 gramme.

Eau distillée bouille..... 10 —

Injecter dans région intercapulaire un demi à 1cc de cette solution, soit 5 à 10 centigrammes de citrate de fer.

(La Semaine Médicale.)

### L'insomnie chez les enfants.

(DAUCHEZ.)

1° Exercices physiques soutenus et progressifs ; marcher à pied matin et soir hors de la ville (de une heure à trois heures), lawn tennis, horticulture. L'enfant sera placé en pension à la campagne, en climat doux et tempéré.

2° Matin, et soir, l'enfant sera soumis aux applications du drap mouillé, suivi d'enveloppement dans un peignoir de molleton et et d'une sieste d'une heure au lit.

Au début, si l'enfant est irritable, on pratiquera des lotions tièdes à 30° ou l'enveloppement à cette même température.

3° Tout travail intellectuel sera suspendu ; la contention d'esprit sera évitée. On permettra cependant deux heures par jour des lectures coupées de promenades ou de travaux faciles (résumés d'histoire de littérature, cartes géographiques, dessin, chant, musique, etc.).

4° Aux heures des repas, le malade prendra une cuillerée à café de la solution suivante dans un demi-verre d'eau de Vichy :

Arseniate de soude..... 5 centigrammes.

Tartrate ferrico potassique..... 30 centigrammes.

Sirop d'écorce d'oranges amères } à à 75 grammes

Glycérine pur. .... }  
Pendant quinze jours

5° Et les autres jours un cachet de la poudre suivante :

Phospho-glycérate de soude..... } à à 4 grammes

— de potasse..... }  
— de chaux..... }

Sucre granulé..... Q. S.

M. S. A. Et divisé en 24 cachets.

6° Le soir, l'enfant sera couché le plus tard possible pour provoquer le sommeil et prendra de une à deux cuillerées à dessert du sirop suivant.

Sirop de chloral..... } à à 50 grammes

— de codéine..... }  
— de d'écorce d'oranges.... }

Bromure de potassium..... } à à 2 grammes.

— de sodium..... }  
— d'ammonium..... }

Dans un demi-verre d'eau.

7° Si l'insomnie persiste, faire lever et promener l'enfant une demi-heure, puis le recoucher.

8° Saison dans un climat de montagne.

(Journ. de méd. et de chr. prat.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## DE LA VARICOCELE (1)

**La cure radicale par la ligature double et l'excision des veines combinées à la résection étendue du scrotum**

Par M. le docteur M. T. BRENNAN, professeur adjoint à l'Université Laval, Montréal, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, etc.

Trouvant que dans nombre de cas de varicocèle, la ligature seule des veines ou la résection simple du scrotum était chacune une intervention insuffisante par elle-même, nous avons cru devoir, dès 1889, combiner ces deux opérations et y ajouter un troisième facteur—l'excision complète de la partie des veines comprises entre les deux ligatures.

Nous nous en sommes bien trouvé.

Voici notre manière de procéder :

Nous pouvons opérer à la cocaïne ou pendant l'anesthésie générale. La varicocèle est-elle double, on peut opérer les deux côtés dans la même séance—*Asepsie rigoureuse*.

*Premier temps.*—Une pince à longs mors courbes recouverts de caoutchouc, saisit un pli du scrotum, formé par la partie qui doit être réséquée. Cette résection doit suivre une ligne courbe dont l'extrémité inférieure origine à la partie antéro-inférieure de la bourse, près du raphé et dont la terminaison siège sur le trajet du canal inguinal, la partie intermédiaire passant en arrière du testicule à un centimètre environ du raphé postérieur. On incise la peau, aux ciseaux ou au couteau ras le clamp, en commençant par en bas; ou, ce qui vaut mieux bien souvent, on fait une boutonnière avec un bistouri vers le milieu du lambeau et on excise, d'abord en descendant, modifiant la position de la pince, à volonté, afin d'enlever plus ou moins de tissu et de régler la courbe de l'incision; lorsque la moitié inférieure est détachée, on s'occupe de la partie supérieure, modifiant encore la position de la pince, au besoin.

Un long couteau à amputation me paraît être le meilleur instrument tranchant; l'incision est nette et les tissus ne sont pas écrasés comme lorsqu'on se sert des ciseaux. Le but de cette incision longue et recourbée est de créer une cicatrice commençant en dessous du testicule et prenant un point de suspension haut sur la peau du pubis-cicatrice dont la rétraction assurera un soutien à l'organe.

La résection cutanée achevée, on enlève le clamp et on examine les parties mises à nu.

*Le deuxième temps* consiste à isoler rapidement, mais soigneusement, les paquets veineux, antérieur et postérieur. On y arrive d'ordinaire assez facilement à l'aide de la sonde cannelée et de quelques coups de ciseaux mousses. On dénude chaque faisceau vasculaire sur une étendue de 3 à 5 centimètres; une première ligature à la soie est passée près du testicule, dans l'angle inférieur de la dénudation; on fait un premier nœud. Une seconde ligature est placée 2 ou 3 centimètres plus haut et encore un premier nœud fait. La partie intermédiaire aux deux ligatures est excisée aux ciseaux complètement; ceci accompli, les fils sont resserrés, les deuxièmes nœuds faits et les fils coupés ras.

(1) Communication lue devant l'Association des Internes de l'hôpital Notre-Dame, Montréal, à la séance du 7 octobre 1898.

Quelques anses veineuses doivent être respectées, afin d'assurer la circulation de retour. Si on le juge nécessaire, on peut ajouter une couple de petites ligatures perdues, au catgut, vers le bas, sur quelques anses proéminentes; mais ici on n'excise pas.

*Le troisième temps* est celui de la suture de la peau. Après un nettoyage soigné du champ opératoire, le testicule qui était entouré d'une compresse humide stérile, est replacé et les lèvres de l'incision cutanée réunies au crin de Florence, par des points interrompus très rapprochés. On ne draine pas.

Un pansement aseptique termine l'opération; il est renouvelé dans 5 ou 6 jours.

On enlève les crins dans les 5 ou 8 jours qui suivent.

Le malade devra porter un suspensoir pendant quelque temps, éviter les efforts et la constipation.

Si on opère à la cocaïne, on peut ne pas se servir du *clamp*. Alors avec une solution à 1 % ou on fait une traînée épidermique qui limitera une incision en raquette, à talon supérieur. Si l'on emploie le *clamp*, on fait l'injection en dessus et en dessous tout près de l'instrument fixé.

Les avantages de cette intervention radicale à ciel ouvert sont: 1° une résection étendue du scrotum, avec formation d'une cicatrice qui tient la bourse ferme et s'oppose à la descente du testicule 2° l'excision, entre deux ligatures, d'une partie du paquet vasculaire, ayant pour résultat l'oblitération définitive des vaisseaux et la formation d'une cicatrice ou d'un bloc fibreux qui aide par sa rétraction à la suspension du testicule et qui, par la compression des vaisseaux restés perméables, s'oppose à la formation de nouvelles varices.

Les quelques observations qui vont suivre prises parmi plusieurs prouveront l'utilité et la bénignité de l'opération.

*OBSERVATION I.*—*Varicocèle gauche, masturbation, neurasthénie, opération, guérison.* Hilaire G... âgé de 18 ans, écolier; masturbation et spermatorrhée depuis 5 ans; neurasthénie depuis 3 ans. Il est obligé de suspendre ses classes, tellement son moral et sa santé sont compromis.

En février 1890, il présente une varicocèle volumineuse à gauche. Il fait remonter cette varicocèle à trois ans. Il y a sensibilité du testicule gauche et une sensation de pesanteur au périnée. Il dit avoir déjà eu des émissions nocturnes sanguinolentes. Je ne trouve rien de probant, ni dans l'urèthre, ni à la prostate, ni aux vésicules séminales; ces derniers organes cependant semblent plus douloureux dans la partie que je crois atteindre. Au mois de juin 1888, il avait été opéré pour un phimosis, mais il persiste des adhérences balano-préputiales fermes, près de la couronne.

*Opération en ville.*—Anesthésie au chloroforme. Résection étendue du scrotum; double ligature des veines isolées et excision de la partie intermédiaire; suture à la soie sans drainage. Les adhérences préputiales sont sectionnées aux ciseaux mousses.

Les fils sont enlevés vers le sixième jour. Réunion par première intention.

Traitement hydrothérapique, hygiénique et moral, institué pour combattre la neurasthénie et la spermatorrhée.

Il n'est revu qu'en 1893; étant américain, il s'était rendu chez lui trois semaines après l'opération et avait continué à porter un



suspensoir pendant 6 mois. Il a voyagé beaucoup pendant sa vacance, sans éprouver de désagréments. Il a pu reprendre ses études à l'automne et terminer son cours. L'état local est parfait : cicatrice linéaire à peine visible sur le trajet du canal inguinal, le reste est caché derrière le testicule. Le scrotum supporte bien celui-ci ; le crémaster fonctionne bien ; les veines paraissent normales ; aucune sensibilité anormale ni du cordon, ni du testicule ; celui-ci n'est pas atrophié.

N'a pas été revu depuis.

OBSERVATION II. — *Varicocèle double. Résection, double ligature, excision, guérison.*

G. L... âgé de 38 ans, fruitier, porteur d'une varicocèle gauche depuis 8 ans ; est apparue à droite depuis 1 an. Aucun symptôme nerveux ; est marié et père de six enfants bien constitués ; il accomplit ses devoirs conjugaux à la satisfaction des deux parties et quelquefois à cela... d'une troisième ! — mais il n'y a pas d'excès. Seulement, depuis l'apparition de la varicocèle, il a presque toujours éprouvé, après le coït, une sensation pénible de plénitude, de pesanteur, dans les bourses, au périnée et dans le côté gauche du bassin, avec "gonflement" du rectum et besoin de rejeter des gaz. Un ou deux coïts "debout", "pressé", l'ont particulièrement fatigué pendant une couple de jours. A la fin de sa journée — étant obligé d'être presque constamment debout et de forcer à rouler ou à soulever des barils ou des boîtes — les mêmes sensations pénibles se reproduisent, malgré un suspensoir qu'il porte depuis 4 ans. Il n'a jamais été masturbateur ; n'a jamais contracté aucune maladie vénérienne, ni subi de traumatisme génital. Constipation habituelle. Fait la *noce* de temps à autre, mais n'est pas alcoolisé. Père et mère rhumatisants. Lorsqu'il se présente à la consultation, nous constatons à gauche un très gros varicocèle avec bourse pendante et flasque ; testicule peu sensible ; à droite, veines plus petites, mais très pelotonnées. Varices superficielles à la jambe droite ; moins prononcées à la jambe gauche.

Il demande une opération, mais *ne risquera que son côté gauche*, dit-il. Opération habituelle sous chloroforme. Réunion par première intention ; plupart des fils enlevés le 5e jour. Quelques douleurs le long du cordon pendant une quinzaine de jours, avec sensation de plénitude dans le canal inguinal ; les anneaux et le canal sont sensibles au toucher. Dans un mois, tout avait disparu ; et 4 mois après nous opérâmes le côté droit par le même procédé.

Il a été revu depuis et se porte bien.

OBSERVATION III. — *Varicocèle gauche, neurasthénie, guérison.* Cette observation est due à la bienveillance de Monsieur le docteur C. N. Valin, de Montréal, le patient étant un de ses clients que nous avons opéré pour lui.

Le sujet est âgé de 36 ans. Porteur d'une varicocèle depuis 10 ans. Douleurs surtout depuis 2 ans ; nécessitant le port d'un suspensoir. Les douleurs s'irradiaient du testicule au cordon, au rein gauche ; elles se faisaient surtout sentir après une légère marche, dans la position debout et assise.

L'intervention opératoire fut décidée et nous opérâmes le 2 janvier 1896. Marche ordinaire. L'opération fut plus laborieuse que d'habitude vu la difficulté d'isoler complètement les paquets veineux ; elle dura presque une heure.

Le malade garda le lit une douzaine de jours. La réunion de la plaie se fit par première intention, excepté en un endroit où une suture, — sur dix-neuf —, gênée par un petit caillot, fit défaut et laissa granuler un petit point. La marche ne fut possible facilement qu'après un mois. Le port continu d'un suspensoir fut nécessaire pendant six mois ; mais un an après l'opération il fut abandonné définitivement ; et actuellement l'opéré se trouve très bien ; marche et se tient debout longtemps sans fatigue. La peau du scrotum, autrefois distendue et mince, est maintenant ferme, ayant repris sa tonicité.

Le testicule, comme surpris par l'opération qui lui soustrayait un apport considérable de sang, avait semblé vouloir s'atrophier, mais il a repris son volume antérieur. Le succès attendu a été très bon et la guérison s'est maintenue.

OBSERVATIONS IV, V, VI, VII — *Varicocèle et troubles psychiques.* Sont dues à l'obligeance de Monsieur le docteur S. Chagnon, médecin aliéniste de l'Asile St-Jean de Dieu, et présentent un intérêt tout particulier au point de vue du traitement de certaines maladies nerveuses et mentales.

OBSERVATION IV. — *Varicocèle gauche. Mélancolie spermatorrhée. Opération à la cocaïne. Amélioration de l'état intellectuel.*

Georges P..., 30 ans est admis à l'asile d'aliénés de St-Jean de Dieu, le 11 février 1897. Il est fils d'un père alcoolique, mort de pneumonie. Pas d'antécédents personnels frappants. Journalier de son état.

Il y a 4 ans, il a commencé à ressentir des pesanteurs et des élancements dans les parties génitales. Bientôt il a dû cesser tout travail. Trois ans plus tard, il a du priapisme ; "Ça me faisait mal à en mourir", nous disait-il : "Je ne savais que faire ; tantôt je me couchais, tantôt je me levais ; tantôt je courais les alentours ; et finalement, à défaut de femme, je me masturbais." — Avant cette maladie, il n'avait jamais été masturbateur. — Il vivait continuellement dans l'anxiété ; une attaque terminée, il songeait ensuite à celle qui devait survenir dans quelques jours, dans quelques heures. Bientôt des pertes séminales nocturnes et diurnes apparurent avec peu ou point d'érection. Le sujet ne se nourrissait plus que insuffisamment et ne dormait plus du tout.

Enfin, il devint mélancolique et c'est dans cet état qu'il est admis à l'asile.

Quelque temps après son entrée, le docteur Chagnon trouva un varicocèle énorme du côté gauche. Croyant qu'une intervention opératoire serait suivie d'une amélioration, d'une guérison peut-être, le docteur lui proposa l'opération et les intéressés l'acceptent. Assisté des docteurs Chagnon et Ethier nous la pratiquâmes à la cocaïne le 29 avril 1897. Les suites sont normales. Le soir même de l'opération — qui avait duré vingt minutes — l'opéré a des pollutions. Le 4ème jour, une autre pollution. Les fils sont enlevés le 7ème jour.

*Résultat.* — La mélancolie a diminué et le sommeil est meilleur. Les pertes séminales ont cessé et les érections sont rares. Il a encore des hallucinations de l'ouïe. Quant à la varicocèle, elle n'a pas réapparu ; cependant, au mois d'août 1897, il y avait encore un peu de sensibilité à la pression le long des vaisseaux sanguins.

Le patient meurt de fièvre typhoïde en janvier 1898.

OBSERVATION V. — *Epilepsie, délire épileptique, varicocèle, opération. Peu d'amélioration mentale.*



Michael W..., 24 ans, est admis à l'asile St-Jean de Dieu le 24 décembre 1896. Le père, alcoolique, est mort d'une maladie inconnue au patient.

W...a toujours été masturbateur. Il a des attaques d'épilepsie depuis 4 ans et présente périodiquement du délire à forme maniaque. Un jour il attire l'attention du docteur Chagnon sur ses parties génitales, se plaignant de pesanteur et de spermatorrhée. Le docteur constata une varicocèle gauche; mais il n'a pas pu savoir si elle avait précédé ou non le début de l'épilepsie.

Assisté des Drs Chagnon et Ethier nous opérâmes le 29 avril 1897, à la cocaïne. Pendant l'opération, le patient a une violente attaque épileptique. Suites normales.

Les points sont enlevés le septième jour.

Depuis l'opération les crises épileptiques se sont notablement éloignées; elles ont été près d'un mois sans apparaître, alors qu'avant l'opération elles étaient en moyenne de 3 ou 4 par semaine. Quant à son état mental, il y a eu peu de changement; il présente parfois quelques idées de persécution. Il n'a pas eu cependant d'excitation maniaque; et il a pu retourner dans sa famille, pendant quelque temps; durant ce congé, du 8 septembre au 18 novembre, il a eu une douzaine d'attaques. Nous avons pu examiner le résultat opératoire; il était excellent.

Le 12 mars, presque un an après l'opération, le malade est mort pendant une violente crise épileptique; il avait été en état de mal du 7 au 12 mars.

OBSERVATION VI. — *Varicocèle gauche et droite, état nerveux, troubles psychiques, neurasthénie, triple opération, guérison.*

Le patient, âgé de 21 ans, présente les premiers symptômes morbides en janvier 1895 des érections et des pertes séminales. Cinq mois après, tiraillement et douleurs dans l'aîne gauche; en octobre, la varicocèle est constituée. Alors le malade présente des symptômes nerveux divers: palpitations, céphalalgie, gastralgie, engourdissements, pertes de connaissance et une crise épileptiforme; terreurs nocturnes, sommeil agité, etc. A la suite d'une dernière crise, le patient est resté 4 ou 5 jours abasourdi, inconscient.

Au printemps de 1896, le docteur Chagnon trouve une varicocèle très prononcée à gauche, et une petite à droite; les bourses et les testicules sont très douloureux à la pression. Assisté des docteurs Chagnon et Ethier, nous opérâmes le 5 mars, sous chloroforme, le côté gauche.

Réunion par première intention; les points sont enlevés le 7e jour. Le 16 mars, le patient quitte notre hôpital privé bien amélioré; les symptômes nerveux presque disparus.

Les douleurs sont revenues plus tard dans le côté gauche au niveau de l'aîne et de l'endroit où la ligature supérieure avait été appliquée. Divers traitements ont été essayés, mais donnèrent peu de succès.

En octobre 1896, les symptômes du côté droit deviennent plus accentués. Le système nerveux a été très bien depuis la première opération.

Assisté des docteurs Turcotte, de St-Hyacinthe, des docteurs Chagnon et Ethier, nous opérâmes le côté droit le 21 décembre 1896, et le patient quitta notre hôpital le 31 décembre, bien.

Les douleurs du côté gauche ayant continué à faire souffrir le

patient et paraissant vouloir augmenter malgré tout, nous nous décidâmes à intervenir une troisième fois. Comme la douleur paraît avoir pour point de départ la ligature supérieure, nous faisons, après une injection de cocaïne, une toute petite incision et nous enlevons aux ciseaux, environ  $\frac{1}{4}$  de pouce de tissu fibreux, là où était la ligature de soie et nous fermons la plaie par une couple de points au crin. Depuis ce temps les douleurs et les symptômes nerveux ne sont plus revenus et le patient a pu reprendre et compléter les études supérieures que son affection lui avait obligé de suspendre. M. le docteur Chagnon a pu suivre ce monsieur, et encore cette année, 1898, nous assure que la guérison se maintient. Nous devons la rédaction de cette intéressante observation à notre excellent ami et collègue le docteur E. Ethier.

Nous regrettons ne pouvoir donner l'examen microscopique de la petite pièce, mais, en la préparant, un accident l'a rendu impropre à cet examen.

OBSERVATION VII. — *Varicocèle gauche, hypochondrie, opération à la cocaïne, aucune amélioration.*

Je regrette de ne pouvoir donner en détail cette observation, intéressante au point de vue mental vu que cette étude ne porte qu'indirectement sur notre travail et vu que celui-ci est trop long déjà. Nous ne donnerons donc qu'un résumé succinct, dû à la bienveillance de Monsieur le docteur Chagnon.

F. L..., âgé de 32 ans, est admis à l'asile le 20 juin 1896; il est cultivateur et célibataire. Une de ses sœurs est aliénée depuis 10 ans.

F. L... est très amaigri et présente de l'asymétrie faciale. Il porte une varicocèle gauche depuis l'âge de 15 ans. Ses troubles intellectuels remontent à 6 ans et consistent en conceptions hypochondriaques, dont le point de départ serait son varicocèle. Son état mental semble empirer graduellement depuis qu'il est sous observation, et le 18 mars 1897, nous lui faisons la cure radicale de sa varicocèle à la cocaïne.

Les suites opératoires furent excellentes, malgré que le patient ait enlevé son pansement à plusieurs reprises, afin de s'assurer si la guérison s'effectuait.

Malheureusement l'état mental ne s'est guère amélioré. En juillet 1897, il croit avoir de l'eau dans ses parties et se fait une incision avec un morceau de verre et quelques jours plus tard il s'applique un cautère, il s'était fait autrefois une entaille au côté gauche du cou pour empêcher la fièvre qui montait de son testicule gauche, d'atteindre le cerveau.

Il sollicite actuellement une castration pour se débarrasser de ses misères.

OBSERVATION VIII. — *Varicocèle traumatique à droite, cocaïne, opération, guérison.*

Un ecclésiastique de 29 ans, en jouant au foot-ball, reçoit un coup de pied sur le testicule droit qui lui fait perdre connaissance. Le médecin de la communauté le traite pour une orchite et constate une forte ecchymose du scrotum qui s'étend sur le trajet du canal inguinal, et l'aîne, et se répand sur l'abdomen assez loin. Trois mois après l'accident, le patient ressent des douleurs sur le trajet du cordon et dans le scrotum. Etant très scrupuleux et gêné, il se traite lui-même pendant presque deux ans. Finalement nous voyons

il était prêtre alors et nous constatons une varicocèle à droite; testicule douloureux; les veines sont grosses, assez peu tortueuses et surtout très dures restant proéminentes, le sujet étant couché.

Opération à la cocaïne dans notre cabinet de consultation. Le patient ne voulant permettre qu'à son frère médecin, d'assister, et en s'entourant de tout le secret possible. Les veines sont très dures et intimement unies entre elles et aux tissus contigus; une fois ligaturées et coupées, elles restent très béantes dans le petit moignon et on peut constater que la lésion prédominante semble être une périphlébite généralisée. Suites normales. Nous ne l'avons revu qu'une fois depuis que les points ont été enlevés, et cela 6 ou 7 mois après l'opération. Il se disait bien et que ce qu'il lui restait était chose insignifiante.

OBSERVATION IX. — *Varicocèle, hypochondrie, opération, amélioration.*

Le "type" était un campagnard de 22 ou 23 ans, et me fut envoyé par mon ami, feu le docteur R. Benoit. Il était tuberculeux, dyspeptique, imaginaire, hypochondriaque. C'était un masturbateur effréné; et il déclare que la cause qui l'a porté à se masturber était des douleurs à la nuque, des frissons le long de la colonne vertébrale, de l'oppression ou de l'angoisse précordiale, des rétractions du scrotum et des contractions du crémaster accollant les testicules, surtout le gauche sur l'anneau inguinal. Il raisonne que c'est une "gosse" qui veut rentrer dans le corps et que c'est le "jus de la vie" qui force pour monter au cœur; alors il se masturbe vigoureusement pour le faire descendre; il dit que parfois, quand c'est à la veille d'attaquer le cœur—et ça aurait été une mort certaine parce que ça se mêlerait avec le sang du cœur—il est obligé de travailler beaucoup plus fort, même deux ou trois fois, dit-il, il aurait été obligé de demander l'aide de ses amis pour échapper à la mort. Lorsque nous le vîmes il était de passage à la ville, se dirigeant dans le nord pour voir une sauvagesse qui avait des racinages pour renforcer ces organes-là. Nous lui fîmes comprendre qu'il n'y avait qu'un moyen de le guérir c'était de couper le canal qui conduisait au cœur; il consentit pourvu qu'il vit faire l'opération afin d'avoir la certitude que c'était bien coupé.

Nous l'opérons à la cocaïne, l'anesthésie plus ou moins bien réussie, mais il endure, expliquant toujours la marche suivie par le "jus de la vie" pour arriver au cœur. Nous devons vous dire qu'il portait une varicocèle double, grosse à gauche, petite à droite, avec réflexes crémastériens des plus susceptibles. Il n'a jamais voulu nous laisser opérer le côté droit, disant que ce côté n'avait rien à faire avec le cœur et que quand cette "noix-là" voulait rentrer dans le corps, c'était pour faire comme l'autre, le gauche.

Le lendemain de l'opération, il défit son pansement "pour voir s'il y avait du mauvais sang mâché de ramassé là" Il s'est infecté et il y a eu un peu de suppuration dans l'incision, qui a mis 3 ou 4 semaines à disparaître.

Quelques mois après l'opération, il nous fait dire qu'il était assez bien qu'il n'avait plus de crises violentes, qu'il ne se masturbait plus, nous lui avons dit que s'il se livrait à ce vice après l'opération qu'il pourrait en mourir subitement, car le vaisseau à l'endroit où il avait été attaché pourrait se briser et amener une hémorragie mortelle.

Quelque temps plus tard, il fut revu par son médecin qui constata que l'opération avait bien réussi localement, et que le sujet allait de fait mieux; le "type" dit alors que "la nature le forçait moins, mais il pensait que c'était parce qu'il prenait du "clageux" qu'une vieille lui donnait.

OBSERVATION X. — *Petite varicocèle, opération, amélioration.*

Nous terminons nos observations citées ici, par la première que nous pratiquons au mois d'octobre 1889. Nous n'avons pas tenu de détails de l'observation. Nous en donnons donc un court résumé.

Le sujet était un instituteur de mes amis. Il portait une varicocèle gauche peu volumineuse. Il était neurasthénique, et souffrait.

Étant craintif dans notre résection, nous n'enlevons pas assez du scrotum et nous ne prolongeons pas notre incision assez haut sur le canal inguinal. De plus, après avoir attaché nos ligatures, nous sectionnons simplement entre elles, sans enlever complètement un bout des veines. Nous avons eu tort et le résultat l'a démontré.

Le malade s'est trouvé mieux, mais son scrotum, est resté flasque, le testicule moins bien supporté qu'il ne l'aurait été, si la résection avait été assez étendue.

Nous avons tenté de le reprendre plus tard, mais il se trouvait assez bien, et surtout il ne voulait plus goûter ni du chloroforme ni du couteau.

À côté des succès relativement très encourageants que ces observations nous ont donnés, nous devons faire mention de deux succès complets, sans que nous puissions en signaler précisément les causes. L'un était un garçon de la campagne, ayant travaillé dans les manufactures aux États-Unis. Comme tare héréditaire il avait pour père un eczémateux alcoolique, et pour mère une rhumatisante. L'opération n'a pas amendé les troubles nerveux dont il se plaignait et les varices ont semblé se reproduire plus grosses qu'avant. Un de mes amis m'a appris que, plus tard, il s'était fait castrer dans un hôpital de Boston.

Le deuxième était un gros garçon de café (commis de bar), bien alcoolisé et portant d'énormes varices aux deux jambes. Une fois nous étions allés le recueillir avec l'ambulance pour une hémorragie par rupture d'une varice à la jambe.

Il n'a pas eu de soulagement et les dilatations se sont reproduites.

Le résultat que j'en ai eu c'est que j'ai fait l'opération gratis; il s'est dit plus mal par la suite; il reconnaissait volontiers que c'était moi qui l'avait opéré et... rendu pire; et à moi... il m'a chanté *pouille*.

En résumé, nous nous croyons justifié de formuler les conclusions suivantes:

1° On doit, dans la plupart des cas, combiner la résection du scrotum à l'exéscion des veines; c'est-à-dire préférer la *cure radicale* à toute autre opération.

2° Cette opération pratiquée aseptiquement est sans danger. La réunion s'obtient par première intention et la guérison est persistante la plupart du temps.

3° Il y a rarement de douleurs post-opératoires, si on a eu bien soin d'isoler les veines. Si ces douleurs se manifestaient, il faudrait exciser la partie qui avait été enserrée par la ligature. Ceci peut se faire à la cocaïne par une toute petite incision.

4° Quant aux résultats obtenus dans le traitement des phénomènes éloignés (neurasthénie, hypochondrie, spermatorrhée, masturbation, épilepsie, etc.), ils sont assez encourageants pour mettre l'opération au rang des bonnes mesures thérapeutiques.

5° La résection simple du scrotum doit être réservée pour les varicocèles peu considérables, de date assez récente ; avec veines mollasses, se vidant bien à la pression et dans le décubitus dorsal ; avec scrotum peu relâché, et avec absence de phénomènes réflexes prononcés. Cette résection doit être étendue et remplir les conditions formulées plus haut.

6° La cure radicale, telle qu'ici décrite, convient surtout aux varicocèles anciennes à veines plus rigides, aux scrotums flasques et pendants, avec symptômes locaux prononcés et grands troubles réflexes.

7° Dans aucun de nos cas nous n'avons pu retracer de syphilis acquise ou d'heredo-syphilis ; la lésion ne paraît pas être parasymphilitique ; parfois les abus sexuels sembleraient y entrer comme facteur ; dans un cas le traumatisme y figure nettement.

En terminant, nous devons dire que nous ne réclamons peut-être pas la priorité du manuel opératoire ; seulement nous donnons notre expérience avec la méthode que nous avons suivie et nous croyons cette intervention radicale la meilleure pour la grande majorité des cas, tant pour le résultat local à en obtenir et tant qu'aux résultats bienfaisants sur les phénomènes réflexes éloignés.

Montréal, 200 rue St-Hubert.

#### Congrès français de chirurgie (1)

Paris 17-25 OCTOBRE 1898.

#### *La Résection du sympathique cervical dans le traitement de l'épilepsie, du goitre exophtalmique et du glaucome.*

M. Thomas JONNESCO (de Bucarest). — Depuis le mois d'août 1896, quand j'ai pratiqué, le premier, la résection du sympathique cervical, étendue aux deux premiers ganglions d'abord, à toute la chaîne cervicale ensuite, dans le traitement du goitre exophtalmique et de l'épilepsie, j'ai répété cinquante-cinq fois cette opération. Depuis le mois de septembre 1897, quand j'ai réséqué, le premier, le ganglion cervical supérieur du sympathique dans le glaucome, j'ai répété huit fois cette intervention. Les résultats immédiats et tardifs que j'ai obtenus ont été publiés en partie aux Congrès de chirurgie de 1896 et 1897, au Congrès de Moscou et à l'Académie de médecine. Le but de cette communication est de faire connaître ma statistique intégrale, et de préciser, me basant sur des cas assez anciens et concluants, les effets thérapeutiques de l'opération et ses suites immédiates et tardives.

La résection même totale et bilatérale est une opération absolument bénigne, je n'ai perdu du fait de l'intervention aucun malade, et, pour réduire à rien le traumatisme, il est préférable de le faire en deux séances, espacées de 7 à 8 jours, enlevant chaque fois un sympathique. La résection du ganglion supérieur seul peut être faite sans aucun inconvénient en une seule séance.

Les suites immédiates sont insignifiantes ; les phénomènes oculaires post-opératoires : retrait du globe oculaire, chute de la paupière supérieure, rétrécissement de la pupille, s'observent toujours et sont permanents. Les suites tardives sont absolument nulles ; l'état général n'est nullement influencé, les opérés, depuis deux ans

et plus, sont dans un état de santé parfaite, et je n'ai jamais eu à enregistrer le moindre trouble trophique.

Quand aux effets thérapeutiques, voici ma statistique : Sur quarante cinq *épileptiques* opérés, six ont succombé, plus ou moins longtemps après l'opération, soit dans un état de mal, soit d'une affection intercurrente. Des trente-neuf qui restent, les uns sont trop récents pour pouvoir en parler, d'autres n'ont pas pu être suivis ; reste dix-huit malades suivis depuis assez longtemps : dix sont parfaitement guéris, n'ayant pas eu d'accès depuis deux ans (5), un an et sept mois (1), quinze mois à un an et demi (3), six mois (1) ; six sont notablement améliorés, et deux insuccès.

Donc 55 % de guérison, 28 % d'amélioration, et 15 % d'insuccès. Parmi les cas guéris, j'en signalerai un où l'épilepsie était associée à la chorée et où les deux affections ont été guéries par l'opération, et cela depuis deux ans. Ces excellents résultats, je les dois j'en suis convaincu, à l'opération que j'ai préconisée et pratiquée : la résection totale et bilatérale de la chaîne cervicale du sympathique, elle seule modifiant assez profondément la circulation encéphalique, chose qu'on ne peut obtenir ni par la simple section du cordon (Jaboulay), ni par la résection du ganglion cervical supérieur seul (Alexander), du moyen ou de l'inférieur, dont les effets ne peuvent être que passagers et incomplets.

Dans la *maladie de Baredro*, sur dix opérés, j'ai six cas types de Baredrovisme vrai avec six guérisons datant de 26, 25, 15, 11, 7  $\frac{1}{2}$  et 4 mois, dont un où la maladie de Baredro était associée au glaucome ; et quatre cas frustes et Baredrovisme secondaire, très améliorés mais non guéris. Dans un de ces cas, il y avait Baredrovisme et épilepsie. Dans un de ces derniers cas, je n'ai fait que l'ablation unilatérale du sympathique. Sauf mes deux premières opérées chez lesquelles je n'ai enlevé que les deux premiers ganglions, et qui sont parfaitement guéries aujourd'hui, chez tous les autres j'ai fait l'ablation totale de la chaîne sympathique cervicale. La modification profonde de l'état nerveux, la disparition très rapide des phénomènes oculaires, la chute du pouls et la disparition de la tachycardie sont les premières suites de l'opération ; la goitre diminue peu à peu et subit une dépression scléreuse qui va jusqu'à sa disparition complète. Ici aussi les bons résultats que j'ai obtenus sont dus à la résection très étendue ou totale que j'ai préconisée et pratiquée, à la place de la simple section du sympathique, seule intervention qu'on avait proposée et pratiquée avant moi (Jaboulay). Du reste, tous ceux qui ont entrepris, depuis ma communication au Congrès de chirurgie de Paris de 1896, le traitement de la maladie de Baredro par une intervention sur le sympathique, n'ont plus fait que la résection du sympathique plus ou moins étendue, comme je l'avais préconisé, y compris M. Jaboulay.

En somme, la résection du sympathique donne d'excellents résultats, surtout dans les formes vraies de la maladie de Baredro, là où les opérations sur le corps thyroïde donnent des résultats à peu près nuls (Schlesinger). Mais pour cela il faut enlever toute la chaîne sympathique, car Morat vient de démontrer que les nerfs vaso-dilatateurs du corps thyroïde suivent la chaîne thoracique et le ganglion cervical inférieur pour aboutir au corps thyroïde ; il faut donc enlever ce dernier ganglion pour avoir un effet durable et sûr (Briau, Th. de Lyon, 1897).

Dans le glaucome, sur sept résections du ganglion cervical supérieur et une résection totale du sympathique cervical, j'ai obtenu des résultats excellents et durables, surtout dans trois cas ; deux glaucomes chroniques simples où la vue s'est notablement améliorée et se maintient depuis onze mois dans un cas, depuis neuf mois dans l'autre. Les deux malades avaient subi préalablement l'iridectomie double sans résultat. Un d'eux avait conservé la perception lumineuse d'un côté opposé ; aujourd'hui, onze mois après l'opération, il distingue parfaitement les lettres de huit centimètres de hauteur à 1 m. 50 avec l'œil droit, à 1 mètre avec l'œil gauche.

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, Paris.

La seconde malade, opérée du seul côté où elle avait encore la perception lumineuse, et pouvait compter les doigts à 15 centimètres de l'œil, actuellement, neuf mois après, elle distingue tous les objets à 2 m. 75. — Enfin le troisième, atteint de glaucome chronique irritatif, qui souffrait de douleurs violentes périorbitaires et occipitales depuis dix ans, et qui avait subi la double iridectomie sans résultat, a vu cesser complètement ses douleurs immédiatement après la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur, et aujourd'hui, un an après l'opération, il ne souffre plus aucunement et sa vue s'est tellement améliorée qu'il écrit parfaitement, lit les lettres de sa femme et tous les imprimés. Son état nerveux s'est même tellement amélioré qu'il se déclare en excellent état, ne demandant que la durabilité de ce merveilleux résultat.

Dans les autres cinq cas, les résultats n'ont pas été aussi bons, soit qu'il s'agit de glaucome aigu, soit de glaucome chronique simple absolu.

En somme, comme l'opération est absolument bénigne, je n'hésite pas à la proposer pour toutes les formes de glaucomes, attendant que l'expérience nous montre les cas où son efficacité est plus certaine et plus durable.

#### *Traitement des hernies gangrenées:*

M. le Dr MONPROFIT (d'Angers). — Le traitement des hernies gangrenées ne doit pas être le même dans tous les cas qui peuvent se présenter en clinique.

La réaction de l'anse gangrenée, et la suture des deux bouts est applicable surtout dans les hernies qui ne s'accompagnent encore ni d'un état général très grave, ni d'une réaction inflammatoire très étendue des enveloppes de la hernie et des parois abdominales. Lorsque ces conditions sont réunies, la résection immédiate suivie de suture intestinale donne les meilleurs résultats.

Au contraire, si les accidents d'étranglement persistent déjà depuis quelques jours, et qu'on se trouve en face d'un véritable phlegmon stercoral avec réaction plus ou moins intense de la paroi abdominale, le mieux est d'inciser largement afin de parer aux accidents les plus pressants et de ne pas tenter la résection dans de mauvaises conditions.

Lorsque les phénomènes inflammatoires seront tombés, et que l'anus contre nature se sera constitué, la cure radicale par résection et sutures des deux bouts se fera avec les plus grandes chances de succès.

A l'appui de ces considérations nous citerons deux faits : le premier a trait à une femme atteinte d'accidents d'étranglement depuis moins de vingt-quatre heures, et qui subit probablement des tentatives répétées de taxis forcé par un empirique. Je trouvai sous une paroi saine en apparence, une anse gangrenée longue de 50 centimètres. J'en fis la résection et je pratiquai l'anastomose latérale après fermeture des deux bouts : au bout de huit jours, la malade était guérie sans incident.

Le second se rapporte à une malade atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale étranglée, depuis plusieurs jours avec phlegmon étendue de la paroi et gangrène de l'intestin. Je fis des incisions multiples afin de désinfecter la région et j'établis un anus artificiel. La malade revint à la vie, et un mois plus tard je pratiquai l'ablation de l'anus ombilical, la résection des deux bouts, et la suture intestinale : dans ce cas particulier, le bout supérieur étant très volumineux et le bout inférieur très atrophié, je fis l'implantation latérale du bout inférieur dans le bout supérieur après fermeture terminale de ce dernier. La guérison fut complète et définitive.

## REVUE DES JOURNAUX

### Pathologie et traitement des ulcères variqueux chroniques de la jambe.

Nous reproduisons de la "Thérapeutique Gazette" de Septembre l'excellent article suivant dû à la plume de notre écrivain invité à la dernière Convention de l'association Médicale Canadienne à Québec, M. le Docteur Ernest Laplace, de Philadelphie.

Les ulcères variqueux chroniques de la jambe forment une classe de cas qui non seulement viennent hanter les hôpitaux, mais sont pour le chirurgien un reproche brûlant et continu. Il n'y a que ceux qui ont rencontré un grand nombre de ces cas qui peuvent réaliser la somme des soins minutieux qu'ils demandent pour arriver à un certain degré d'amélioration et il n'y a aussi qu'eux capables de ressentir le désappointement et le découragement qui suivent un retour de l'affection bientôt après l'amélioration. Toutefois pour appliquer un traitement rationnel à cette affection rebelle nous devons d'abord considérer sa pathologie. L'ulcère variqueux est ainsi nommé avec raison parcequ'il dépend dans son existence d'un trouble sérieux de la circulation superficielle de la jambe.

Ce trouble résulte de l'état de dilatation et de faiblesse des veines, produisant une certaine stase, qui distend la peau, cause de l'œdème et en sorte que cette condition ne demande qu'un très léger traumatisme pour produire une excoriation : c'est là le point de départ de l'ulcère. Si nous recherchons la cause initiale des veines variqueuses nous nous heurtons à un problème très obscur en pathologie, et nous ne pouvons que dire que les parois de ces veines sont affaiblies grâce à une nutrition vicieuse, résultant d'une condition défectueuse de tout le système. Les veines sont attaquées très probablement dans leur couche musculaire ; la colonne sanguine qu'elles doivent supporter amène sur leur paroi interne une pression plus forte qu'elles ne peuvent supporter, d'où leur dilatation. Cette dilatation rend les valvules des veines variqueuses presque impuissantes à supporter la colonne du sang, et les veines atteignent parfois une distension énorme. La position debout et spécialement les vocations qu'exigent constamment cette position, tendent à aggraver les conditions pathologiques déjà décrites, et comme résultat, du moment qu'un léger traumatisme ou une petite excoriation a enlevé l'épithélium d'un membre congestionné passivement, un ulcère existe dont la tendance est, en raison de la défectuosité de la circulation, d'augmenter constamment et d'être accompagné d'hémorragies veineuses.

L'effort que fait la nature pour réparer résulte immédiatement dans la formation de granulations et la cicatrisation. D'un autre côté l'infection s'y jette et la suppuration vient compliquer le cas. Dans la période aiguë ces ulcères sont mous et sensibles, et plutôt hémorragiques, mais après avoir existé pendant des mois ou des années l'irritation chronique des bords de l'ulcère et des parties environnantes résulte dans la formation de fibres dans le tissu cellulaire environnant, d'où survient une formation calleuse dure. Cette induration vient encore entraver la circulation, de manière qu'avec le temps l'ulcère variqueux prend une teinte reluisante, foncée, dénotant une grande absence de sang dans ces parties. Cette rareté de sang est due à la compression des parties voisines par l'inflammation chronique qu'accompagne l'ulcère.

Pendant des années, à l'hôpital et dans la pratique privée, je me suis attaché au traitement de ces ulcères. Le principal point a été l'application des principes modernes d'asepsie, combinée avec le repos. Après avoir traité le malade de manière à améliorer son état général, je me suis occupé à enlever libéralement les bords de l'ulcère et à scarifier sa surface, transformant l'ulcère en tissu sain. On tenait ensuite le malade au lit dans la position horizontale sans

longtemps qu'il était nécessaire pour guérir entièrement l'ulcère. On pansait la plaie à intervalles réguliers pour la maintenir constamment aseptique. Dans la majorité des cas, après de grands efforts, je réussissais à guérir l'ulcère. On avertissait le malade de porter un bas élastique, et d'éviter la marche le plus possible. Dans plusieurs cas il était impossible de suivre cet avis, d'autant plus que la plupart de ces malades appartiennent à la classe des travailleurs. Comme résultat, en raison de l'usage de leur jambe, j'ai souvent trouvé que l'endroit où était l'ulcère devenait bientôt congestionné, bleu et enflé reproduisant la même vieille ulcération. C'est dans ces cas que le malade et le chirurgien sont tous deux découragés.

En analysant ces cas malheureux, je trouve que le traitement de l'ulcère était basé sur des principes vrais. J'enlevais la cause de l'ulcère en plaçant le malade au lit, en éliminant la congestion passive qui accompagne la veine variqueuse. L'ulcère était guéri en enlevant l'élément infectieux et en le transformant en surface aseptique saine, d'où la nature était capable de refaire le tissu fibreux et de le recouvrir de cellules épithéliales. Jusque là tout était correct et les indications du traitement étaient proprement remplies. Mais dès qu'on permettait au malade de marcher, et que la même cause revenait, il était naturel que l'effet fût aussi le même et se montrât par le retour de l'ulcère. Le point faible du traitement, toutefois, était le fait que les veines variqueuses et leurs effets n'étaient pas éliminés d'une manière permanente.

Je crois que l'ablation de la cause, c'est-à-dire la guérison de la veine variqueuse, devrait être le point de départ du traitement rationnel de ces ulcères, et voilà pourquoi je conseille de ligaturer et d'oblitérer toutes les veines (superficielles) de la jambe comme premier point de traitement. Le traitement des ulcères variqueux de la jambe, aigus ou chroniques, devrait aujourd'hui se résoudre dans la cure radicale des veines variqueuses de la jambe, et comme résultat l'ulcère aura immédiatement tendance à guérir, et demandera seulement de l'attention pour aider sa guérison. Bien plus, la cause étant enlevée par la complète oblitération de toutes les veines superficielles, les ulcères une fois guéris resteront ainsi d'une manière permanente, permettant aux malades de vaquer impunément à leurs travaux.

Pour l'oblitération des veines je me suis servi de deux moyens suivant la nature des veines variqueuses. Dans quelques cas les veines superficielles de la jambe sont dilatées d'une manière persistante, mais les veines longue et courte saphène ne sont pas distendues. Dans ce cas on applique une ligature au catgut sur ces veines à leur entrée respective dans les veines saphène et poplitée.

J'ai préconisé cette méthode en 1892, et j'ai eu des succès dans cette classe de cas. En autant que ces deux veines servent de drains à toute la circulation veineuse, leur ligature amène une stase simultanée et la coagulation du sang dans ces veines superficielles. Leur oblitération s'ensuit bientôt.

(P. V. F.)

(A suivre)

#### La technique des injections sous-cutanées d'éther.

A première vue, il semble tout à fait surperflu d'insister sur la façon de faire une injection sous-cutanée d'éther. Pourtant, quand cette injection est mal faite, et le cas n'est pas très rare, il peut survenir des accidents fort désagréables : tantôt c'est une douleur très vive, tantôt ce qui est plus grave, c'est une eschare qui se forme, tantôt une lymphangite qui apparaît, ou une notosité persistante quelquefois, du volume d'un œuf de poule.

Tous ces accidents peuvent, d'après M. Lautaret, être évités si l'on se conforme aux deux principes : 1° ne pas faire d'injections surperficielles ; 2° exécuter l'opération d'une façon aseptique.

L'asepsie de la seringue vient en premier lieu, et l'aiguille

en platine iridiée peut être flambée à la flamme d'une lampe à alcool : sa stérilisation ne laisse rien à désirer. Le médecin doit nettoyer ses mains, pour n'importe quelle opération, et aseptiser le champ opératoire, c'est-à-dire la peau de son malade : celle-ci sera savonnée, frottée et passée à l'alcool, puis à l'éther et au sublimé.

Pour l'injection, il faut soulever la peau et enfoncer l'aiguille sous ce pli dans un plan parallèle à la direction du membre ; le pli de la peau relâché, on appuie sur le piston de façon à vider lentement la seringue.

Le siège de prédilection pour ces injections est la peau des flancs, du dos ou de la région rétro-trochanterienne. La quantité d'éther à injecter dans un même point ne doit jamais dépasser un centimètre cube.

L'injection faite, on retire rapidement l'aiguille, on lave la petite plaie avec de l'alcool et on l'oblitére avec une goutte de colloidion antiseptique.

#### LA DIABÉTINE DANS LE DIABÈTE.

Le régime est la base du traitement des diabétiques. Parmi les substances qui sont interdites figurent, au premier rang, tous les aliments sucrés. Mais l'habitude d'édulcorer certains mets est telle que la privation de sucre est, pour beaucoup de malades, impossible à tolérer.

Pour y remédier, les chimistes se sont efforcés de trouver un corps qui possédât les propriétés édulcorantes du sucre, sans en avoir les inconvénients. C'est ainsi que certains composés de la série aromatique : la saccharine, la dulcine, la glucine furent introduites dans la thérapeutique. Mais, ces composés, qui, assurément, possèdent un pouvoir sucrant intense et sont absolument inoffensifs, pour l'économie du diabétique, ont aussi une saveur particulière qui amène assez facilement la répugnance.

Il n'en serait pas de même d'une nouvelle substance, le paraphénébol carbamide, désigné couramment sous le nom de diabétine comme le benzolsulfonide est appelé saccharine.

La diabétine, d'après les expériences de Stahl Kossel, Ewald, etc., même administrée à très fortes doses chez les animaux, soit par injections intra-veineuses, ne détermine aucun phénomène d'intoxication ; elle est donc d'une parfaite innocuité.

De plus, sa saveur est telle, que son emploi peut être longtemps prolongé chez le diabétique, sans amener de dégoût.

Le médecin doit savoir, en outre, que la puissance sucrante de la diabétine est à celle du sucre de canne comme 1 est à 200, et, qu'à ces divers titres, elle peut lui rendre de grands services dans les prescriptions du régime des diabétiques.

(La Presse méd.)

#### L'iode comme nouveau remède pour le sperme.

WYATT JOHNSTON (Montréal).

L'auteur a repris les expériences de Florence, de Lyon. Ce dernier préconise la formule suivante :

Iodure de potassium.....	1 gr. 65
Iode.....	2 gr. 54
Eau distillée .....	30 c. c.

On peut employer une solution moindre, mais l'iode doit tous jours se trouver en excès. La préparation bien connue de Gram ne peut pas servir. On doit employer cette solution froide, et la conserver dans des tubes de verre hermétiquement fermés.

En plaçant sur une lamelle de verre en regard de cette solution une goutte de liquide séminal, de façon qu'elles prennent contact par leurs extrémités, il se forme presque aussitôt des petits cristaux pointus d'un rouge brun. Ils sont de forme rhomboïdale et ressemblent tellement par leur forme, leurs dimensions et leur cou-

leur, à des cristaux d'hémoglobine, qu'on pourrait aisément les confondre si un examen approfondi ne venait montrer d'assez notables différences. Les comparer à de l'hémoglobine en donne une idée plus parfaite que n'importe quelle description et permettra de les distinguer d'autres cristaux qui pourraient se trouver également dans le liquide séminale.

Ils s'entrecroisent également volontiers, de la même façon que les cristaux d'hémoglobine.

D'après Florence (et les observations de l'auteur confirment son dire), ces cristaux sont plus solubles dans l'eau froide et très solubles dans l'eau chaude, et réapparaissent quand on refroidit cette dernière. Exposés à l'air ils disparaissent peu à peu, mais se reforment si on ajoute une goutte du réactif. Ils sont également solubles dans l'éther, l'alcool, les acides, ils fixent les alcalins et l'iodure de potassium. Ils résistent à de faibles solutions ammoniacales. Pour les avoir typiques et en grand nombre il faut considérablement délayer la tache que l'on examine.

Le sperme desséché donne d'aussi beaux résultats que s'il est frais : l'auteur l'a démontré à son cours en se servant d'une tache sur du linge datant d'un an, provenant d'un homicide. Tout récemment il a essayé de reproduire les cristaux, ils furent moins abondants ; cela tient, croit-il, plutôt à la difficulté d'obtenir avec cette tache une solution séminale, qu'au réactif lui-même.

La nature exacte de ces cristaux n'est pas encore connue exactement. L'auteur les considère comme représentant une forme spéciale d'iode cristallisé.

Ce qui occasionne la réaction n'est pas non plus démontré. Florence croit avoir isolé du sperme une substance qu'il appelle "viries perminé" et qui, d'après lui, serait l'agent de ce phénomène. Mais il recommande bien de ne pas la confondre avec la "sepermine" découverte et isolée par Poehl. Elle serait très soluble et résisterait complètement aux solutions ammoniacales.

Si l'on peut diluer suffisamment, la réaction s'obtient facilement dans un tube à essai. Un dépôt abondant de cristaux rouges ou bruns se forme à la partie inférieure. Dans ce cas, la preuve que la tache examinée a été bien produite par du sperme est faite sans l'aide même du microscope.

La plus petite fibre détachée d'un morceau de linge taché par du sperme est suffisante pour donner au microscope une abondante moisson de cristaux.

Jusqu'à quel point cette réaction est-elle caractéristique du sperme ? Pour Florence elle ne se produirait avec aucun des autres liquides organiques, tels que l'urine, le sang, la salive, les larmes, la bile, le lait, pas plus qu'avec le pus et le mucus nasal ou vaginal. Les sécrétions des glandes de Cooper ne la produisent pas non plus. L'auteur a répété maintes fois les expériences avec toutes les substances citées plus haut et les résultats ont toujours été négatifs ; il n'a jamais obtenu la réaction caractéristique.

(Journal de médecine de Paris.)

### La cirrhose chez les enfants

LANCEREAUX.

Vous ne verrez guère de cirrhoses chez les vieillards. Vous en verrez chez les enfants. Vous en verrez d'autant plus que vous saurez les reconnaître et que vous serez débarrassés du préjugé qui fait croire à beaucoup de médecins que l'induration scléreuse du foie est exceptionnelle dans le jeune âge.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, il y a des cirrhoses partielles, autour des kystes, par exemple. Elles n'ont aucun intérêt pratique.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, il y a des cirrhoses secondaires, celles qui se montrent quand il y a un obstacle au cours du

sang, cirrhose cardiaque, ou au cours de la bile, cirrhose biliaire. Une variété de cette dernière cirrhose, variété peu étudiée jusqu'à présent, se rencontre dans le premier âge, et est l'effet de l'étroitesse congénitale ou de l'imperforation des voies biliaires.

En somme, cette affection a les mêmes origines que chez l'adulte, elle n'en diffère absolument pas.

Effet de la syphilis ou d'un vice de conformation des voies biliaires chez le nouveau-né, elle est un peu plus tard ou syphilitique ou palutique, et à partir de l'âge de 10 à 12 ans, fréquemment alcoolique.

C'est aux caractères de ces manifestations hépatiques et à leur évolution que l'homme de science, désireux de faire un diagnostic complet, doit s'adresser pour en déterminer l'espèce, tout en tenant un certain compte des antécédents du malade et des désordres concomittants.

(Journ. de méd. int.)

## FORMULAIRE

### Contre la toux opiniâtre chez les enfants

par le docteur BLACHE.

Dans un verre de grog léger qu'on fait prendre par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, on ajoute de xx à xxx gouttes des mixtures suivantes :

- |  |             |
|--|-------------|
| I. Teinture de drosera.....                                    | 15 grammes. |
| Teinture de racine d'aconit.....                               | 6 —         |
| Liqueur d'Hoffmann.....  | 4 —         |
| II. Teinture de belladone.....                                 | 6 grammes.  |
| Teinture de grindélia.....                                     | 18 —        |
| Bromoforme.....  | x gouttes.  |
| III. Potion à donner toutes les heures par cuillerées à café : |             |
| Benzoate de soude.....   | 4 grammes.  |
| Teinture de coca.....  | 2 —         |
| Sirop de Tolu.....   | 30 —        |
| Julep gommeux.....   | 100 —       |
| Eau de laurier-cerise.....                                     | 4 —         |
| IV. Pour la nuit, 2 à 3 cuillerées à café du sirop composé :   |             |
| Sirop d'hydrate de chloral.....                                | 15 grammes. |
| Sirop de bromure de strontium.....                             | 20 —        |
| Sirop de polygala.....   | 30 —        |
| Eau de fleur d'oranger.....                                    | 6 —         |

(Rev. de tub.)

### Traitement médical des maux de dents

Ordonnez :

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| Sulfate de quinine.....    | 0 gr. 12 centigrammes. |
| Acide bromhydrique.....    | XV gouttes.            |
| Teinture de Gelsemium..... | XV gouttes.            |
| Sirop de sucre.....        | 15 grammes.            |
| Eau distillée.....         | 10 —                   |

F. S. A.

Dans un cas de vive douleur, on obtient un soulagement complet, après quelques minutes, par 0 gr. 12 centigr. d'antipyrine ; mais ce remède n'a pas, dans tous les cas, la même activité. Quand l'odontalgie survient après le repas, comme conséquence de l'hypéroacidité gastrique on tire les plus surprenants services des alcalis faibles. Mais le remède le plus puissant contre la douleur dentaire est le salicylate de soude, aussi bien dans le cas où le mal a pour cause le refroidissement, que dans ceux où il est accompagné simultanément d'une périostite.

(Le Correspondant Méd.)



## TRAVAUX ORIGINAUX

### RELATION D'UN CAS DE MONSTRUOSITÉ FŒTALE

#### Absence complète du cordon. Insertion du placenta dans le périnée de l'enfant

Par M. le Dr ALPHONSE LESSARD, de Québec.

Le 8 octobre dernier, à 5 heures du matin, j'étais appelé auprès de Mme F. H....., multipare, âgé de 38 ans, et rendue au huitième mois de sa sixième grossesse. Depuis la veille du soir, elle ressentait de légères tranchées et perdait un peu de sang. Au toucher, le col dur, épais et très peu dilatable présentait une ouverture de la grandeur d'une pièce de dix centins. Les douleurs étant peu fortes et très espacées, je recommandai le repos absolu et je laissai ma malade, promettant de revenir. Dans la journée, aucun changement ; les tranchées avaient presque disparu et la dilatation n'avait pas augmenté.

Le lendemain, à 4 heures du matin, on vient me chercher de nouveau en me disant que les tranchées ont recommencé et que la femme a perdu ses eaux, j'arrive chez ma cliente, et la première chose que je constate au toucher, est la proéminence du pied gauche. La dilatation de l'orifice utérin se fait lentement, et quoique plus vives que la veille, les douleurs sont encore peu rapprochées. Au bout d'une heure et demie, l'ouverture du col s'étant agrandie, j'y introduis mon doigt et je touche, à la racine de la cuisse, une masse charnue qui bouche presque complètement l'orifice. J'exerce des tractions sur le membre proéminent, et vingt minutes après, sortait un enfant mort, du sexe féminin, et présentant les anomalies qui font le sujet de cette relation.

D'abord, il y avait absence absolument complète de cordon et le placenta s'insérait sur le périnée de l'enfant. Le placenta, présentant la forme ronde ordinaire et d'un diamètre de six pouces, occupait l'espace compris entre la vulve, l'anus et les racines des cuisses, espace qui, cela va sans dire, était beaucoup plus grand que chez un enfant normalement constitué.

L'adhérence, sur tout le pourtour de la masse placentaire, était intime et complète, semblable à l'insertion du cordon, à l'ombilic ; tout autour la peau se relevait et constituait un prolongement d'un demi pouce environ, allant au devant du placenta et se soudant avec lui. Immédiatement en dehors, les membranes de l'amnios se repliaient pour envelopper l'enfant. La surface utérine de l'organe ne présentait aucune particularité digne de mention.

En avant, les organes génitaux et en arrière, l'anus, se trouvaient à demi cachés sous le bourrelet circulaire de la masse placentaire.

La colonne vertébrale, dans sa partie lombaire était rompue, et les fesses s'appliquaient sur le dos de l'enfant complètement plié en deux. Les membres inférieurs, présentant une luxation des hanches, étaient pour ainsi dire, écartelés, et retombaient de chaque côté du tronc. L'enfant donc, était en tout point, enroulé sur lui-même, mais par en arrière, le bassin s'appliquant sur les épaules.

Je crois intéresser quelque peu mes confrères en rapportant ce cas qu'on peut qualifier d'extraordinaire, car plusieurs auteurs que j'ai consultés n'en font aucunement mention.

Les suites de couches de Mme H. furent très heureuses. Elle avait eu, précédemment, cinq accouchements, tous normaux. La dernière grossesse avait été de même, parfaitement normale.

Malgré mes demandes réitérées, je ne pus me faire livrer cette pièce étrange, et je regrette infiniment de ne pouvoir démontrer la vérité de ce que je relate par la production de cette monstruosité. J'eus le temps néanmoins de la faire voir par un confrère qui, au besoin, témoignera de l'entière véracité de cette observation.

### Société medico-psychologique de Québec

Séance du 15 Octobre 1898, tenue au Protestant.  
Hospital for the Insane, Verdun, (Montréal).

#### PRESIDENCE DE M. VALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Election de nouveaux membres : — M. M. Henry M. Hurd, de Baltimore, Etats-Unis d'Amérique ; Ant. Ritti, de Charrenton, France ; A. R. Urquhart, de Perth, Ecosse et Villers, de Bruxelles, Belgique, sont nommés membres honoraires de la société.

Adoption des règlements de la société : — Les règlements de la société, préparés par M. M. Villeneuve et Chagnon, sont lus et adoptés.

#### COMMUNICATIONS.

##### *Certificat médical et internement :—*

M. VILLENEUVE.—À la dernière réunion de la société, j'ai attiré l'attention de ses membres sur la nécessité de modifier la forme actuelle du certificat médical d'internement. Depuis, j'ai continué mes études, et mes recherches et j'en suis arrivé à la conclusion qu'en modifiant la formule B de notre certificat dans le sens du certificat exigé en Angleterre, et notre formule C dans le sens de l'annexe du certificat en usage dans l'état de New-York, mais en les appropriant aux besoins spéciaux de notre province, nous serions aussi près de la perfection que possible.

En France, dans la grande majorité des cas, l'internement se fait par les soins de l'autorité administrative. En Angleterre, dans l'état de New York et dans beaucoup d'autres pays, la séquestration est ordonnée par les cours de justice, de diverses juridictions ; dans la province de Québec, c'est le surintendant médical d'un asile qui se prononce sur l'admission des aliénés dans l'asile sous son contrôle pour le district qui en relève. Les aliénés détenus dans les prisons font seuls exception à cette règle, pour les autres, la justice ne peut intervenir que s'ils sont dénoncés comme aliénés scandaleux ou dangereux. Le nombre des aliénés transférés des prisons par ordre du Lieutenant Gouverneur, ceux dénoncés comme scandaleux ou dangereux et colloqués sur mandats de juges de paix, magistrats de police, n'atteint pas le dixième des admissions ; il en ressort que 90% au moins des admissions sont ordonnées par le surintendant médical.

Le surintendant médical se trouve donc dans la position d'un juge, puisqu'il est appelé à exercer une fonction dévolue ailleurs à un juge et à décider de la liberté des individus, avec cette différence qu'il se prononce, non pas d'après l'examen de l'individu en cause et de l'audition des parties, mais sur l'examen des pièces qui lui sont fournies.

La plus importante de ces pièces est sans contredit le certificat médical. Ce certificat devrait donc fournir la preuve : 1°. Que l'individu est aliéné,— ce qui ne peut mieux se démontrer que par la relation des symptômes de folie constatée directement par le médecin : 2°. Qu'il y a nécessité de le placer dans un asile, soit dans un

but de traitement, de protection ou de sécurité publique, — ces différents points s'établissent par la forme d'aliénation mentale, dont le certificat médical devrait donner une idée suffisante, par l'étude des circonstances dans lesquelles se trouve le patient, de ses faits et gestes et des actes auxquels il s'est livré, les dépositions et les noms des témoins oculaires sont ici indispensables : 3°. Que l'état physique du patient permet de le transporter dans un asile, d'espérer des résultats favorables d'un traitement spécial, d'autoriser à croire qu'il pourrait devenir dangereux ou scandaleux.

Or, ainsi que je l'ai démontré à notre dernière réunion, cette pièce est la plupart du temps manifestement insuffisante. Beaucoup de ces certificats ne font aucune mention des signes de folie constatés directement par le médecin, ne rapportant les faits observés par d'autres personnes que d'une manière imparfaite ou quelquefois les grossissent démesurément, sans donner les noms des témoins oculaires, de sorte qu'il est impossible plus tard d'en contrôler l'exactitude. — enfin, n'établissent pas suffisamment quel est l'état physique du malade, tellement que de véritables moribonds ont été transportés à l'asile, sans que rien, dans le certificat médical, n'eût pu faire pressentir un tel état.

Pour obvier à ces inconvénients, la rédaction du certificat devrait forcer le médecin, en déclarant que l'individu est aliéné et doit être enfermé dans un asile, à énoncer séparément :

1°. Les faits observés par lui-même, lors de l'examen.

2°. Ceux qui lui ont été communiqués par d'autres, en donnant le nom et l'adresse des personnes qui lui ont fourni ces renseignements. Ce certificat devrait aussi contenir une déclaration précise sur l'état physique du patient. Le certificat anglais contient tous ces desiderata et d'autres différences de détail, qu'il serait utile d'introduire dans le nôtre, comme par exemple, la date précise de l'examen et la désignation exacte de l'endroit où il a été faite avec l'adresse postale et le domicile du médecin certificateur. La formule C qui est comme l'annexe de notre certificat médical et qui ne contient pas moins de 31 questions devrait être complètement remaniée, parce qu'elle ne répond pas au but que l'on se proposait d'atteindre. Je propose comme type pour ce remaniement, l'annexe du certificat médical de l'état de New York qui obtient par 10 questions d'une rédaction claire et précise, tous les renseignements supplémentaires que l'on puisse désirer. Je crois que la société devrait nommer un comité pour mettre cette question à l'étude et soumettre un projet de certificat médical, à sa prochaine séance.

La société adopte le vœu de M. Villeneuve et nomme un comité spécial composé de MM. Villeneuve et Anglin à l'effet d'étudier la question. Ils devront rédiger à nouveau la série des certificats nécessaires à l'internement des aliénés et les soumettre à la société à sa prochaine assemblée.

#### *Influence d'un traumatisme sur l'état mental.*

MR CHAGNON :— Les maladies incidentes, de même que les traumatismes, survenant chez les aliénés durant l'évolution de leur affection mentale, sont quelquefois d'un bon appoint au médecin aliéniste, en procurant une guérison rapide, qui, ou se serait fait attendre, ou encore, peut-être, ne se serait pas produite. Il m'a été donné d'observer dans mon service à l'asile St Jean de Dieu, un cas qui s'est terminé par guérison, après une durée de deux ans, grâce à un traumatisme.

SOMMAIRE :— Hugh James K..., 25 ans état de stupeur, plaie pénétrante de l'abdomen, guérison.

Hugh James K... est admis à l'Asile St Jean de Dieu, Longue-Pointe, le 19 Octobre 1796. Il est âgé de 25 ans. et fils de cultivateur. Il n'y aurait aucune tare héréditaire dans sa famille et lui-même ne présente aucun stigmate physique.

Il était conducteur de tramway depuis quelques jours lorsqu'il

survint au tramway dont il avait charge, un accident de peu d'importance, qui cependant suffit pour troubler son équilibre mental.

Ceci me passait une quinzaine de jours avant son entrée à l'asile.

A son admission, il présente une légère excitation maniaque, qui fait bientôt place à la stupeur, durant laquelle il devient parfois nécessaire de recourir à l'alimentation forcée. Cette stupeur n'est pas non plus toujours continue : elle est entrecoupée d'accès maniaques plus ou moins intenses, quelques idées ambitieuses se montrent parfois et des hallucinations de l'ouïe le rendent impulsif. Il verse enfin dans le gâtisme.

Le 13 juin 1898 au matin, il fait une tentative de suicide. Il s'enfonce un couteau dans la région épigastrique. La blessure se dirige de droite à gauche, suit le muscle droit sur une étendue de 1/2 pouce environ, et s'enfonce dans la ligne blanche par une ouverture légèrement oblique mesurant un pouce.

Monsieur le docteur Brennan est de suite appelé afin de pratiquer une laparatomie. On ne rencontre aucune perforation intestinale ou stomacale. Une couche superficielle de l'omentum est seule enlevée, mettant à nu une veine très gorgée. Légère hémorrhagie d'une veinule à ce même endroit. Ligature au moyen d'un catgut et l'abdomen est refermé. Lors de l'application des sutures profondes, le malade présente de l'axphyxie, arrêt de la respiration, danger imminent de mort. Tractions rythmées de la langue par la méthode Laborde, et il revient à la vie. Les suites opératoires sont excellentes, pas d'élévation de température, pas de suppuration. Les dernières sutures sont enlevées le 28.

Cette tentative de suicide, qui était la première, avait eu pour causes des hallucinations de l'ouïe, "il y a trop longtemps que l'on me fatigue, me dit-il, je préfère mourir". Durant la première semaine qui suivit l'intervention chirurgicale, il s'alimente très imparfaitement en dépit de nos sollicitations : il voulait mourir. Et déjà, nous nous voyions obligés de recourir à bref délai à l'alimentation forcée, lorsqu'il se décide tout-à-coup à prendre tout ce qu'on lui donne. A partir de ce moment, sa convalescence progresse rapidement, et le 31 août il pouvait retourner dans sa famille.

#### *Deux cas de troubles psychiques post-opératoires*

M. CHAGNON — J'ai eu l'avantage d'observer deux cas de troubles psychiques post-opératoires survenus, l'un à la suite de l'amputation de jambe. En voici les observations.

Sommaire.—Obs. No. 1. Madame D....., 34 ans, sarcome du sein, opération, manie aiguë.

Madame D... est admise à l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, le 26 mars 1891. Elle vient s'y faire opérer d'un sarcome du sein. L'opération est faite avec succès le 28 mars durant la matinée. La nuit suivante, elle dort peu, légère agitation durant la journée du 29, insomnie absolue cette même nuit du 29, et enfin crise de manie aiguë le 30.

Cet état se continue ; elle devient tellement agitée, tellement bruyante que son transfert à l'asile s'impose. Elle est admise à St-Jean de Dieu le 3 avril, et elle y meurt le 7 de délire aigu.

Nous apprenons de son mari, ce qu'elle n'avait pas déclaré, qu'à la suite de son mariage, il y a trois ans, elle avait présenté de l'excitation maniaque de peu de durée, et qu'une sœur était aliénée. Il a été impossible d'avoir des renseignements sur les ascendants.

Sommaire. — Obs. No. 2. Madame F..., 54 ans, arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne, amputation de la jambe, folie circulaire.

Madame F... est admise à l'Hôpital Notre-Dame le 5 juin 1894, pour une arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne datant de 5 ans environ.

ANT. HÉRÉD. Père mort à 77 ans de débilité sénile. Mère morte à 68 ans de la grippe. A eu 7 frères dont 4 sont morts en

bas âge, les 3 survivants sont en bonne santé; 3 sœurs sont en bonne santé.

ANT. PERS. A eu 11 enfants et une fausse couche. N'a jamais présenté de troubles nerveux. Il y a 18 ans, s'est aperçue qu'il lui venait une "tumeur" à la surface dorsale du pied. Gênée par son volume croissant, elle se la fait enlever 6 ans plus tard. La plaie ne guérit pas, il survient une nécrose des os, on lui enlève des séquestres: guérison pendant 6 à 7 ans, puis reprise de la maladie. Elle est alors admise à l'hôpital. Elle était à cette époque excessivement débilitée, et l'opération lui est proposée comme unique moyen de lui sauver la vie. Amputation de la jambe au tiers inférieur. Hémorrhagie secondaire très abondante. Laisse l'hôpital le 3 juillet.

A sortie de l'hôpital, Mme F. est très anémiée. Deux ou trois mois, plus tard elle commence à présenter des symptômes de mélancolie, "elle voit tout en noir, tout lui paraît gros comme des montagnes, elle va tomber dans la misère". Cet état mélancolique débute vers le soir, se continue jusqu'au lendemain soir, et est remplacé par une période de surexcitation mentale de même durée. Les accès mélancolico-maniaques se succèdent régulièrement depuis leur apparition et ne sont pas suivis d'intervalles lucides. Actuellement quoique moins marqués, ils sont encore parfaitement distincts. Leur début avait été tout à fait insidieux.

Dans le premier cas, il y a attaque antérieure de folie, hérédité collatérale, et peut être directe, puisque les parents sont inconnus, et le traumatisme n'aurait eu pour effet que de faire éclater les troubles intellectuels dans un cerveau déjà tout préparé.

La malade qui fait le sujet de la deuxième observation ne présente aucun antécédent névropathique, héréditaire ou personnel. L'on ne peut invoquer aucune préoccupation, la crainte de l'opération, la peur de la mort. Elle savait que l'opération seule pouvait lui sauver la vie, et elle s'y est décidée avec courage. Le résultat opératoire a été excellent: la guérison s'est produite rapidement. Il faudra donc conclure que l'opération seule a été suffisante pour provoquer les troubles mentaux.

#### *Alcoolisme et responsabilité,*

##### *Aspect social et Administratif de la Question.*

M. Villeneuve: Je désire soumettre à la société un rapport que j'avais été chargé de préparer pour la Cour du Banc de la Reine, sur la responsabilité d'un inculpé accusé d'avoir illégalement tenté de se suicider.

L'accusation avait été portée en vertu de l'article 238 du code criminel de 1892, qui se lit comme suit: "Celui qui tente de se suicider est coupable d'un acte criminel et passible de deux ans d'emprisonnement". L'inculpé ayant plaidé coupable lorsqu'il fut amené à la barre de la cour pour répondre à l'accusation portée contre lui, son plaidoyer fut accepté et la cour lui imposa une sentence d'un emprisonnement de neuf mois, sans que je fusse appelé à présenter mes conclusions. Desorte que mon rapport n'eut aucune influence sur la décision de la cour. Cependant, comme ce cas me semble présenter un grand intérêt non seulement au point de vue de la responsabilité dans l'alcoolisme, mais aussi et surtout au point de vue administratif et social de la question, j'ai pensé qu'il serait intéressant d'entendre les membres de cette société exprimer leur opinion.

Je vais vous lire textuellement mon rapport.

#### *Rapport concernant l'état mental de L. T.*

##### *Accusé d'avoir illégalement tenté de se suicider.*

L. T. maintenant détenu à la prison commune de Montréal est inculpé, devant votre Honorable Cour d'avoir le 24 juillet 1897, en la cité de Montréal, dans le district de Montréal, illégalement tenté de se suicider.

La tentative ou plutôt les tentatives de suicide dont L. T. est

incriminé, ont été faites dans une cellule d'un poste de police et les circonstances sous lesquelles elles se sont produites ont été racontées par les agents de police, à l'enquête préliminaire tenue par le magistrat de la Cour de Police.

Quant à l'inculpé, il déclare ne se rappeler de rien, si ce n'est qu'il avait bu fortement depuis deux ou trois jours et que vers les dix heures du soir le 24 juillet se sentant envahir par le délire alcoolique, dont il avait déjà éprouvé plusieurs fois les manifestations, il était allé demander protection au poste de police, et qu'on l'avait éconduit, en lui conseillant de s'en aller chez lui. Le détenu ajoute après cela, qu'il s'était remis à boire, puisqu'il avait perdu conscience de lui-même et n'avait repris ses sens que le lendemain matin, lorsqu'on est venu le chercher pour paraître devant le recorder. Il affirme qu'il n'a pas eu conscience de son arrestation pas plus que des tentatives de suicide qu'il a faites et qu'il n'en a conservé aucun souvenir.

Les agents du poste racontent qu'en effet L. T. s'était présenté au poste vers les 10 heures du soir dans un état marqué d'ébriété et leur avait dit qu'il voulait en finir qu'il y avait assez longtemps qu'il *courailait* et leur avait demandé de venir parler à sa femme qui était partie de chez lui et ne voulait pas y rentrer. Les agents lui conseillèrent de s'en aller tranquillement chez lui. Un peu plus tard on vint dire au poste, qu'un individu faisait du tapage sur la rue, les agents s'y rendirent et amenèrent L. T. au poste, car c'était lui qui troublait ainsi la paix publique, et l'enfermèrent dans une cellule en compagnie d'un autre prisonnier.

Lorsqu'il a été enfermé, l'inculpé était dans un état d'ébriété très avancé et il avait l'air égaré. Quelques minutes après, un constable s'entendant appeler par le compagnon de L. T. se rendit à la cellule et vit ce dernier qui gesticulait et sautait tout le long de la cellule. Un des prisonniers avait eu des évacuations alvines sur le plancher. Sur les plaintes de son compagnon, qui en avait peur, L. T. fut placé seul dans une autre cellule. Au bout de quelque temps le gardien du poste fut attiré près de cette cellule par les cris de L. T. qui chantait à tue tête *gai gai ça va bien* et il le vit qui essayait en même temps de se trancher l'artère radiale au poignet gauche avec un morceau de verre. Cette tentative a été sérieuse, car le détenu présente plusieurs cicatrices très marquées, transversales, occupant toute la largeur du poignet. L'agent lui fit un pansement et pour prévenir de nouvelles tentatives, il l'attacha avec une courroie. Quelque temps après, n'entendant plus rien, l'agent alla voir et vit T. pendu aux barreaux de la cellule au moyen de la courroie avec laquelle il l'avait attaché et dont il était parvenu à se défaire, on ne sait trop comment. Les pieds de T. touchaient à terre et il avait les genoux ployés, de sorte que s'il s'était redressé, "il n'aurait plus été pendu". Mais à ce moment, le prisonnier n'aurait certainement pas pu se relever, car il était comme mort, il avait la figure congestionnée et noire. Après avoir été détaché, il est retombé inanimé sur le plancher. A peine était-il revenu à lui, qu'il essayait de s'étrangler au moyen de sa cravate, enroulée autour du cou et attachée aux barreaux de la porte, couché à terre il faisait des efforts pour tendre le lien, en s'éloignant de la porte. Ne pouvant tirer la porte à lui, ce qui eut certainement été fatal pour T., le constable coupa la cravate qui le retenait et délivra T., en défaisant la cravate qu'il trouva très serrée autour du cou. Les agents ajoutent que T. entre temps s'était frappé la tête aux barreaux de la cellule comme pour se tuer.

La matérialité et la gravité des tentatives de suicide ne sont pas douteuses, elles sont affirmées par des témoins dignes de foi et le détenu lui-même en porte encore les traces. Quant à T. il déclare n'avoir jamais eu l'intention de se suicider, il ne se rappelle de rien et il n'accepte qu'avec une certaine hésitation le récit des agents de police.

Les circonstances dans lesquelles s'est accompli le délit, les af-

firmations du prévenu ne laissent pas d'être étranges, aussi la Cour a-t-elle jugé nécessaire avant d'imposer une peine au détenu de soumettre son état mental à l'appréciation médicale.

Pour bien apprécier l'état mental et la responsabilité d'un tel inculpé, il y a nécessité, comme le dit Legrain, dans ses études sur l'alcoolisme, non seulement de bien analyser par le même détail, les faits incriminés, mais de connaître aussi la personnalité de l'inculpé, de scruter son état de conscience, d'examiner son passé, ses habitudes, les circonstances qui ont précédé non-seulement de longtemps l'accomplissement du délit, mais l'état ébrié pendant lequel celui-ci a été soumis.

On sent bien qu'avant de poser la question de responsabilité relativement à l'acte soumis, il y aurait lieu de poser la question préjudicielle : si le délinquant était capable et dans quelle mesure de s'empêcher de boire.

C'est-à-dire que l'on doit se demander avec bon nombre d'auteurs, si les facultés mentales de l'inculpé avaient subi un obscurcissement complet au temps de l'action de par l'état ébrié et si c'est bien l'ivresse seule qui était en cause, c'est-à-dire s'il était ou n'était pas libre de ne pas boire ? S'il a bu en vertu d'une prédisposition spéciale, d'une impulsion irrésistible, d'un entraînement ? s'il était en possession de son libre arbitre, lorsqu'il a succombé à son penchant ? (1).

Actuellement L. T. ne présente aucun trouble intellectuel, son état de santé d'esprit pendant toute la durée de notre observation ne peut faire l'objet d'aucun doute ; sa lucidité est complète, sa mémoire est sûre et fidèle ; il se rend parfaitement compte de sa situation ; il répète volontiers qu'il regrette profondément ses excès de boisson auxquels il s'est livré ; ce qui est certain, c'est qu'il en apprécie les conséquences. Il ne délire sur aucun sujet et il n'éprouve pas de troubles sensoriels. Antérieurement du reste, sa raison n'avait jamais été suspectée excepté à l'occasion de ses excès de boissons. Les personnes de son entourage ont dit qu'une dose relativement peu considérable suffisait à le plonger dans l'ivresse et qu'il était comme fou lorsqu'il avait bu, une fois même il a été interné et maintenu dans un asile d'aliénés aux Etats-Unis, à la suite d'une tentative de suicide faite au cours d'un excès ébrié. T. affirme que sobre, il n'a jamais eu l'idée ni le désir de se suicider. Dans tous les cas il n'a jamais fait aucune tentative de suicide, en dehors de ses excès ébriés.

L. T. est âgé de 26 ans, il est marié depuis 6 ans. Son père est un respectable citoyen d'une sobriété absolue, d'une conduite irréprochable, d'une intelligence normale, et qui n'a jamais présenté aucun trouble intellectuel. Le fait qu'il conserve depuis longtemps (30 ans), le même emploi prouve la régularité de sa conduite. Son grand père paternel était alcoolique, faisait des excès fréquents et prolongés, un oncle paternel a été alcoolique, faisait des fêtes et tombait souvent dans le délire à l'occasion de ses excès. Une sœur de son père, mariée, est morte à l'asile St-Jean de Dieu, en deux semaines, d'une attaque de manie suraiguë survenue à la suite des fatigues subies et des veilles qu'elle avait faites pendant la maladie d'une de ses nièces et du chagrin qu'elle avait éprouvé de sa mort. Elle avait eu de fréquentes attaques de manie d'une grande intensité et d'une assez longue durée, avant et depuis son mariage, sous l'influence des causes les plus banales, tel que manque de sommeil pendant quelques nuits, contrariétés, etc.

(1) Magnan V. De l'alcoolisme, Paris, 1874 ; Vétault V. Etude Médico-Légale sur l'alcoolisme, Paris 1887 ; Riant A. Les irresponsables devant la Justice, Paris 1888 ; Legrain M. Hérité et alcoolisme, Paris 1889 ; Garnier P. La folie à Paris, Paris 1889 ; Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1893 ; Motet et Vétault. De la responsabilité des alcoolisés. Congrès de médecine mentale, Paris 1889 ; Proal L. Le crime et la peine, Paris 1894 ; Legrain M. Dégénérescence sociale et alcoolisme, Paris 1895 ; Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales, 2de série, Paris 1897 ; Lentz M. Des ivresses anormales et pathologiques, Bulletin à l'académie de médecine, Bruxelles, t. XII, No 2, 1898.

Le prévenu est de petite taille, le développement du crâne est relativement considérable pour un homme de sa taille, la pointure de ses chapeaux atteint le No 7. Une bosse sur la tempe gauche, une légère déviation du nez et l'effacement d'un des angles au menton, tout cela lui donne une apparence assez sensiblement asymétrique.

Les renseignements que je possède sur son existence ne sont pas très complets et sont sujets à caution. Ils m'ont été fournis par un de ses compagnons de classe, dont les souvenirs sont peu précis, par son père qui le craint, qui tremble que son fils ne s'ôte la vie et qui n'aimerait rien autant que de le voir enfermé, par sa femme qui semble portée à l'indulgence, par le prisonnier lui-même qui ne désire rien tant que sa libération et cherche dans ce but à atténuer l'effet de ses écarts.

A travers ces exagérations et ces réticences, le caractère et la conduite de L. T. se dégagent distinctement comme suit de l'observation clinique des faits. Au collège il a été considéré comme un garçon de talent, malgré une tendance à la paresse, il a bien réussi dans ses classes, parce qu'il lui fallait peu d'efforts pour apprendre. Mais il était tenu en défiance à cause de son caractère sournois et il était généralement regardé comme un être mal équilibré. Plus tard, après avoir quitté le collège, il s'est toujours acquitté avec intelligence, dans ses périodes de sobriété, des emplois qu'on lui a confiés. Ses derniers patrons disent que quand L. T. ne boit pas, il leur donne entière satisfaction, qu'il est un excellent employé, poli, de belles manières, laborieux et intelligent. Le fait de l'avoir gardé à leur service malgré ses écarts et de l'avoir repris après ses condamnations prouve assez la bonne opinion que ses patrons ont de son intelligence, de son travail et de son habileté. Ses habitudes d'intempérance se sont manifestées bruyamment surtout depuis son mariage. Avant cet événement, on n'avait rien remarqué, mais son père prétend qu'il buvait en cachette au dehors, avec des amis, et qu'il s'était ainsi habitué progressivement à boire. Quoiqu'il en soit, depuis son mariage, il s'est enivré fréquemment, ne passant pas un mois ou deux, sans faire des fêtes de plusieurs jours de durée, à part le temps où il a été enfermé soit à l'asile, soit à la prison, car les manifestations bruyantes de son ivresse, l'ont souvent fait arrêter sur la rue, et ses tentatives répétées de suicide l'ont amené devant les tribunaux plusieurs fois.

L'ivresse de L. T. présente presque toujours un caractère identique. Il s'enivre très facilement et les boissons alcooliques agissent chez lui avec une extrême rapidité. Quelques verres lui font perdre complètement contrôle de lui-même. Alors il boit avec rage, si l'on s'y oppose, il devient violent, un jour, il a terrassé sa femme et l'a saisie à la gorge pour se faire donner de l'argent pour boire encore. Quand il est ivre, il est méchant, agressif, frappe, brandit des armes et brise les meubles. Il a menacé son père et celui-ci a éprouvé plusieurs fois beaucoup de difficultés à le maîtriser. En peu de temps, quelquefois dans les 24 heures, le délire toxique paraît, il se manifeste par des cauchemars, des terreurs nocturnes et des hallucinations spécifiques qui ne tardent pas à apparaître. Il voit ses parents défunts, des animaux fantastiques, des punaises grosses comme des éléphants qui ouvrent d'énormes gueules, il voit des rats qui lui grimpent sur le corps, etc. Plusieurs fois il a eu des crises épileptiformes violentes, avec chute, convulsions toniques et cloniques, stertor, congestions intenses de la face et écoule à la bouche. Du moment qu'il est privé de boisson, le délire disparaît promptement et il reprend ses sens rapidement et les troubles intellectuels ne persistent pas au delà.

(A suivre)

## Congrès français de chirurgie

## Lésions des nerfs du membre supérieur dans les fractures du humérus.

Le Dr J. REBOUL (de Nîmes) communique trois faits d'intervention pour lésions des nerfs du membre supérieur, dans les fractures de l'humérus.

Observation I.— Une dame de 41 ans présentait, en mars 1894, une paralysie du nerf cubital gauche avec griffe, consécutive à une fracture du tiers moyen de l'humérus, produite 11 mois auparavant. Le Dr Reboul opéra en avril 1894 et constata que le nerf cubital, dans toute la partie moyenne du bras, était grisâtre, comprimé dans une gangue fibreuse et qu'au niveau du maximum de la compression, c'est-à-dire au niveau du cal, l'humérus présentait une saillie qui soulevait le nerf cubital comme une corde à violon l'est par le chevalet. Résection de la saillie osseuse, libération du nerf, électrisation, massage, douches. Progressivement, les fonctions du nerf cubital reviennent, les douleurs cessent, et depuis lors la malade a repris les fonctions normales de son membre supérieur gauche.

Observation II.— Une jeune fille de 14 ans est adressée au Dr Reboul pour une paralysie du nerf cubital gauche, avec griffe et ankylose au coude. Ces lésions étaient consécutives à une chute sur le coude, datant de 4 mois auparavant. L'opération faite le 9 mars 1896 montre une fracture de l'épitrôchlée et de la trochlée hypertrophiées; le nerf cubital est comprimé dans une gangue fibreuse épaisse, dans la rainure épitrôchléo-olécranienne. Résection de la trochlée et l'épitrôchlée. Libération du nerf cubital. Suites normales. Les mouvements du coude sont récupérés, la paralysie du cubital disparaît assez rapidement, la griffe cesse, et depuis lors la malade a recouvré les fonctions normales de son membre supérieur gauche.

Observation III.— M. X..., âgé de 26 ans, se fait, dans une chute de cheval, une fracture de l'humérus gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Immédiatement après l'accident, on constate une paralysie du nerf radial. Le membre immobilisé dans un appareil Hennequin, et, malgré la bonne contention de la fracture, la paralysie du radial persiste. Le Dr Reboul voit le malade un mois après. La consolidation est bonne. Mais la paralysie du radial persiste. La radiographie montre sur le fragment supérieur, en arrière et en dehors, un bec osseux saillant d'environ un centimètre. Opération le 8 Janvier 1898. Le nerf radial est comprimé par le bec osseux; ses fibres sont dissociées dans une gangue fibreuse. Résection de la saillie osseuse, libération des faisceaux nerveux. Électrisation, massage, douches. Progressivement, les fonctions du nerf radial se rétablissent et, en juillet, six mois après l'intervention, le malade peut monter à cheval et se servir de sa main gauche, comme auparavant.

De ces faits et d'autres semblables, le Dr Reboul conclut que l'intervention est formellement indiquée dans les lésions des nerfs produites par les fractures des membres. On doit opérer immédiatement si les signes de paralysie se manifestent après l'accident ou ultérieurement. Il y a tout avantage à opérer le plus tôt possible avant que les lésions des nerfs soient accusées: et l'on doit réséquer les fragments osseux qui peuvent devenir des agents de compression.

## Calcul de l'Urètre chez un enfant de 6 ans.

Le Dr J. REBOUL (Nîmes), présente un calcul qu'il a extrait par urétrotomie externe de l'urètre d'un enfant de 6 ans.

Cet enfant, malingre et souffreteux, sujet à des bronchites, présentait depuis quelques mois des troubles urinaires: douleurs dans la miction, fréquence des besoins d'uriner. Le 18 juin 1898, l'enfant est pris de la rétention complète d'urine. Le Dr Fabre, appelé, ne peut pratiquer le cathétérisme. Mêmes tentatives infructueuses sont

faites le même jour par le Dr Reboul. On sent dans la région périméo-scrotale de l'urètre, une poche liquide contenant un corps dur, oblong, et l'on pense à un calcul arrêté dans une poche urétrale et obstruant le canal. L'enfant rend par regorgement un peu d'urine purulente, ammoniacale. Malgré le traitement institué, la rétention d'urine persiste.

Le lendemain, à l'Hôtel-Dieu, tentatives infructueuses d'extraction du calcul par les voies naturelles. L'urétrotomie externe est faite immédiatement. L'incision de l'urètre ouvre une poche urétrale, remplie d'urine et de pus: elle contient un calcul enclavé et adhérent, que l'on peut assez facilement extraire. La muqueuse urétrale est fortement altérée. Évacuation de la vessie. L'exploration de la vessie est négative. Malgré l'altération des parois de la poche urétrale, on fait la suture de l'urètre et on installe une sonde à demeure pour permettre les lavages vésicaux. Le quatrième jour après l'opération, alors que tout allait bien, un lavage vésical, fait avec trop de force par un aide, fait rompre la suture. La réparation de l'urètre se fait dès lors par bourgeonnement. Broncho-pneumonie le 27 juin. Le 2 août, l'enfant sort de l'hôpital en bonne santé; miction normale, pas de troubles urinaires.

Ce calcul urétral enclavé dans l'urètre était probablement primitivement un calcul vésical qui s'est engagé dans l'urètre, où il s'est arrêté dans le cul-de-sac du bulbe, pouvant cheminer dans tout le canal, à cause de son volume. Une dilatation de l'urètre s'est produite au niveau et en arrière du calcul, les parois du canal se sont altérées et le calcul, devenu adhérent, a déterminé des phénomènes de rétention d'urine qui ont nécessité l'intervention. — L'extraction du calcul par les voies naturelles n'ayant pas été possible malgré plusieurs tentatives, il a fallu pratiquer l'urétrotomie externe.

Le Dr Reboul a fait la suture immédiate de l'urètre. — Mais, à cause des altérations des parois de l'urètre constatées lors de l'intervention et de la réparation par bourgeonnement de la plaie urétrale rendu nécessaire par une faute de technique, il y a à craindre un rétrécissement de l'urètre qui rende nécessaire la dilatation.

## REVUE DES JOURNAUX

## Pathologie et traitement des ulcères variqueux chroniques de la jambe

Par M. le Dr ERNEST LAPLACE, de Philadelphie.

(Suite et fin)

D'un autre côté, lorsque d'autres grosses masses de veines dilatées se forment dans la jambe, et n'affectent pas la veine saphène au-dessus du genou, je suis la méthode de Schède, qui consiste à faire une incision circulaire, environ deux pouces en bas du genou et directement à travers la peau, séparant toutes les veines comme elles se présentent, puis les saisissant et les ligaturant avec du catgut. On suture ensuite avec soin l'incision circulaire. C'est là la méthode la plus efficace pour arrêter la circulation veineuse superficielle et pour oblitérer les veines, qui empêchent le processus de guérison.

Ces plaies, après l'oblitération des veines, guérissent le mieux du monde quand elles sont complètement aseptiques, et dès l'abord l'opération exerce un effet bienfaisant sur les ulcères. Ils prennent immédiatement une apparence plus saine, et il survient des granulations qui refont les tissus effectivement, pendant que l'épithélium environnant augmente et comme l'ulcère, complétant le processus curateur.

La combinaison d'une opération pour l'oblitération de la circulation veineuse et du traitement local propre de l'ulcère suivant les méthodes chirurgicales modernes remplit toutes les indications de cette classe rebelle d'affections. Depuis que j'ai adopté cette mé-

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, arts.



thode, j'ai obtenu des résultats très flatteurs contre des ulcères des plus obstinés, vieux et calleux aux hôpitaux de Philadelphie et de St-Agnès durant les trois dernières années.

Une série de dix huit ulcères des pires espèces ont guéri et sont restés guéris. Une description détaillée de ces cas serait trop longue, puisque les principes suivis dans chaque cas sont précisément les mêmes, et ne demandent comme modifications que celles des endroits particuliers et du caractère de l'ulcère.

Je crois que la syphilis et la tuberculose peuvent compliquer ces ulcères variqueux d'où nous ne devrions jamais perdre de vue la diathèse dont le malade peut souffrir, afin de l'éliminer par un traitement approprié avant d'entreprendre le côté chirurgical. Dans les ulcères syphilitiques accompagnés de veines variqueuses nous avons donné un traitement spécifique général en outre d'une application locale d'un onguent consistant en 5 grains de chlorure de mercure ammoniacal pour un once de vaseline.

Quand l'ulcère avait pris une apparence saine, et que le tissu semblait comparativement libre de poison spécifique, on entreprenait l'opération sur les veines variqueuses, mais pas auparavant. Dans les ulcères tuberculeux, compliqués de veines variqueuses, on donnait un traitement tonique général consistant en sirop d'hypophosphites et en application locale de poudre d'iodoforme. Je prends toujours garde, toutefois, d'enlever d'abord tout le tissu malade avec la curette, et de peler les bords de la plaie. Quand la marche vers la guérison, alors que la plaie avait pris un caractère sain, semblait lente, menaçant de prendre un temps long avant que l'épithélium empiète sur les bords et recouvre la surface, on pratiquait la greffe, suivant la méthode de Thiersch. La surface granuleuse était ainsi entièrement recouverte d'épithélium, et dans le cours de deux ou trois semaines tout était complètement guéri.

Ce procédé de la greffe consiste à enlever de grands morceaux d'épi hélium de la cuisse de la manière suivante : Après avoir rendu ces morceaux aseptiques, on tient la peau tendue entre le pouce et le médian de la main gauche ; à l'aide d'un rasoir ou d'un bistouri tranchant, tenant l'instrument à un angle de 20° de la cuisse, par un mouvement de va-et-vient on enlève l'épithélium sans pénétrer, si possible, audessous de la couche papillaire de la peau. Ces morceaux d'épithélium peuvent mesurer d'un quart à un demi-pouce de large, et trois, quatre ou cinq pouces de long suivant les nécessités du cas. On applique de la gaze aseptique sur la plaie d'où on a enlevé l'épithélium et on la maintient avec un bandage ; ceci suffit au traitement de la surface excoriée. Les morceaux d'épithélium doivent couvrir complètement l'ulcère, et on les y maintient en position à l'aide de plusieurs épaisseurs de gaze stérilisée légèrement accumulée sur les parties.

Si cependant la suppuration s'y montrait et si la vie des greffes était en danger, ce danger est conjuré par les diverses couches de gaze qui sont faciles à enlever, de telle sorte que lorsque le pansement est enlevé toutes les couches de gaze peuvent être ôtées moins la plus profonde. De cette manière les greffes ne sont pas dérangées. On peut effectivement enlever à travers cette dernière couche de gaze les sécrétions et le pus.

Le peroxyde d'hydrogène nettoiera entièrement la plaie à travers cette couche unique de gaze, et l'application de quelque solution antiseptique est possible sans déranger cette dernière couche. Dans ce cas il devient nécessaire de répéter notre lavage antiseptique au moins tous les jours. Au bout de huit à dix jours on trouvera que toutes les greffes sont prises, tandis que, si on avait enlevé tout le pansement alors qu'il y avait évidence de suppuration d'ordinaire on aurait sacrifié ces greffes la troisième ou la quatrième journée.

Je crois que ceci est un point très pratique, essentiel au succès dans un grand nombre de cas. Dans mon expérience j'ai trouvé qu'il n'est pas toujours possible de faire nos meilleurs efforts pour

maintenir une condition aseptique des ulcères, spécialement s'il y a eu greffe. Un léger bandage appliqué au membre pendant quelque temps avant de permettre au malade de se lever suffit à compléter le traitement de ce qui a été pendant longtemps un état très ennuyeux, et pour le malade et pour le chirurgien.

(P. V. F.)

#### Traitement des coryzas

par le docteur GALLOIS (de Lille).

CORYZA AIGU.—I, *Traitement abortif*.—Inhalation fréquente avec teinture d'iode, eau de Cologne, chloroforme ou :

Acide phénique pur.....	} ââ	5 grammes.
Ammoniaque.....		
Alcool à 90 degrés.....	10	—
Eau distillée.....	15	centim. c.

Toutes les demi-heures, x gouttes sur un mouchoir. Remède de Brand.)

Prises toutes les heures, pendant le premier jour, avec :

Salol.....	5	grammes.
Acide borique.....	20	—
Tannin.....	1	—
Acide salicylique.....	1	—
Camphre pulvérisé.....	} ââ	2 grammes.
Acide borique.....		
Poudre de belladone.....	1	—
Chlorhydrate de cocaïne.....	10	centigr.
Acide borique.....	10	grammes.
Salol.....	10	—
Menthol.....	10	centigr.
Sous-nitrate de bismuth.....	6	grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	50	centigr.
Poudre de gomme.....	} ââ	6 grammes,
Poudre de guimauve.....		

Mêler avec soin. (Vigier.)

Badigeonnages des fosses nasales avec liqueur de Van Swieten. (Cardone.)

Chlorhydrate de quinine.....	1	gramme.
Glycérine neutre.....	15	—

Contre l'irritation de l'orifice des fosses nasales, on emploie avec succès la pommade suivante :

Sous-nitrate de Bismuth.....	5	grammes.
Vaseline.....	} ââ	5 —
Lanoline.....		

II. *Traitement palliatif*.—Doit être dirigé contre l'hyperesthésie et la sécrétion exagérée de la pituitaire, l'obstruction nasale, la céphalée et les névralgies faciales.

Pour cela user de l'action décongestive de la cocaïne : pulvérisations avec l'appareil Richardson, ou badigeonnages au pinceau dans les fosses nasales, avec :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1	gramme.
Eau distillée.....	100	centim. c.

Usage externe.

Plusieurs fois dans la journée.

Ou si l'on n'a pas de pulvérisateur à sa disposition, faire priser la poudre suivante toutes les trois heures :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1	gramme.
Sous-nitrate de bismuth.....	} ââ	10 —
Sucre de lait.....		

(Lermoyez.)

Chez les sujets sensibles à la cocaïne (névropathes, cardiaques.) la remplacer par le menthol.

Faire, toutes les deux heures, une injection légère avec :

Menthol.....	50	centigrammes.
Huile d'olives stérilisée.....	15	centim. cubes.

Ou un badigeonnage avec :



Menthol..... 50 centigrammes.  
 Vaseline..... }  
 Lanoline..... } à 5 grammes.

Ce qu'il ne faut pas faire : pendant la période aiguë, pas de lavages au siphon ou au bock, car ils sont pénibles et dangereux gonflant la muqueuse par inhibition, ils augmentent l'obstruction nasale, et peuvent entraîner dans l'oreille moyenne des mucosités infectées.

Après la phase aiguë, ils peuvent être employés contre l'écoulement muco purulent, s'il persiste. On les fait alors avec des solutions d'eau boriquée à 4 p, 100, de biborate de soude, de salicylate de soude à 1 p. 200.

Comme traitement général, bains de pieds sinapisés chauds, sinapismes sur les bras et les jambes ; tisanes chaudes et abondantes ; séjour dans une atmosphère chaude et humide, purgatif. Si une névralgie du trijumeau et un léger mouvement fébrile apparaissent, faire prendre à chacun des repas :

Chlorhydrate de cocaïne..... 5 centigr.  
 Analgésine..... 50 grammes.

Pour un cachet. Deux par jour.

(Nord. méd.)

**L'opération du strabisme**

M. E. Landolt (de Paris). Le strabisme guérit rarement sans opérations ; l'opération seul ne suffit pas non plus à sa cure.

Afin d'obtenir de l'intervention chirurgicale le meilleur résultat possible, il faut la baser, d'une part, sur l'étiologie du strabisme, d'autres part, sur l'anatomie et la physiologie des yeux strabiques.

L'étiologie a été indiquée déjà par Donders.

M. Landolt a fait, depuis plus de vingt ans, du strabisme et de son traitement, de son traitement chirurgical surtout, une étude approfondie, mesurant avec précision l'angle du strabisme, les excursions des yeux, l'amplitude de convergence, la vision monoculaire et binoculaire, etc.

Son procédé opératoire a suivi une évolution complète et diffère de celui ordinairement en pratique.

S'il résulte des recherches de Donders que le strabisme est une affection qui concerne toujours les deux yeux, l'auteur a démontré (Congrès de Washington, 1887), qu'une strabotomie influe toujours sur les deux yeux, si bien qu'il a pu l'appeler une opération binoculaire.

Il a mis en évidence (*Arch. d'ophthalm.*, 1881) que, même au cas où un seul œil, et toujours le même, est dévié, les altérations secondaires se manifestent toujours aux muscles des deux yeux. Ces altérations consistent essentiellement dans l'affaiblissement des muscles abducteurs, dans le strabisme convergent des muscles adducteurs, dans le strabisme divergent.

L'auteur a montré, de plus, que la ténotomie, agissant par reculement du muscle diminue considérablement l'action de ce muscle sans augmenter celle de l'antagoniste. Cette opération détruit souvent une des fonctions essentielles de la vision binoculaire, la convergence, et peut changer un strabisme convergent modéré en un strabisme divergent extrême.

Au lieu de chercher la correction du strabisme en réduisant la force des muscles oculaires au-dessous de celle de leurs antagonistes affaiblis, comme on le fait par le reculement, Landolt préconise, depuis de longues années, l'avancement des muscles affaiblis.

Cette opération doit se faire logiquement aux deux yeux. Ce n'est que dans le cas d'insuffisance ou de strabisme latent, que l'avancement monoculaire suffit. L'opération consiste dans le détachement du muscle et dans son attachement, par deux points de suture, près de la cornée. Dans le strabisme de degré élevé, on combine avec l'avancement la résection de l'extrémité tendineuse du muscle.

La résection d'une partie du corps du muscle suivie d'...

chement, sans avancement, à son tendon, pratiquée par M. Landolt, dès 1884, ne donne pas d'aussi puissants effets que la résection associée à l'avancement.

Le manuel opératoire est des plus simples et ne réclame pas d'instruments particuliers. Ce qu'il faut, c'est un crochet musculaire ou peu aplati, des ciseaux bec-de-corbeau, des aiguilles courbes, tous ces instruments plus fins et plus délicats que ceux encore employés en ophtalmologie. La pince à griffes obliques que Landolt a indiquée pour saisir le muscle à avancer, s'est montrée très utile aussi pour d'autres opérations.

L'auteur n'entend pas proscrire entièrement la ténotomie de la chirurgie oculaire ; mais son indications est rare, et elle devra être exécutée avec beaucoup plus de discernement que jusqu'à ce jour.

Les exercices orthoptiques, qui, seuls, ne suffisent pas pour la guérison du strabisme, sont cependant indispensables pour compléter l'œuvre de la chirurgie.

Ce n'est qu'en rétablissant, par leur intermédiaire, vision binoculaire et en harmonisant les mouvements des deux yeux, ce que l'avancement musculaire rend possible, qu'on obtient des résultats parfaits et durables des cures du strabisme.

(La Presse méd.)

**De l'intervention active dans les ulcères de jambe.**

(CRICKX.)

Les beaux succès obtenus par les greffes de Reverdin devaient évidemment engager les chirurgiens à essayer cette méthode dans les ulcères de la jambe. Des essais furent tentés mais le succès qui couronna bien souvent les efforts ne fut que passager ; tout comme les cicatrices minces des ulcères guéris spontanément, par un repos prolongé dans la position horizontale, celles des ulcères traités au moyen de ces greffes, ne tardaient pas à s'ulcérer à nouveau, aussitôt que le malade quittait la position horizontale.

Il en est tout autrement de la greffe massive ou greffe de Thiersch. La facilité de la technique et son efficacité ne tardèrent pas à lui faire des partisans. Actuellement, les succès de cette excellente méthode ne se comptent plus. Elle a le grand avantage de greffer sur la plaie ulcérée des lambeaux cutanés épais, qui donnent, si le repos au lit est suffisant, une cicatrice qui offre une résistance considérable à la récurrence.

Le seul inconvénient de ce moyen de traitement est la nécessité de la narcose, car, quoi qu'en disent les Allemands, c'est une intervention douloureuse. Si l'ablation d'un petit lambeau peut, à la rigueur, s'effectuer sans anesthésie, il n'en est plus de même quand il s'agit de recouvrir de vastes surfaces. C'est cependant un inconvénient assez sérieux, si l'on songe que les malades atteints de varices présentent souvent de l'athérome artériel et, par le fait, sont exposés à un certain danger.

La méthode de Schleich, l'anesthésie locale par infiltration, a permis à M. Crickx de découper des lambeaux presque sans douleurs et avec un résultat aussi bon que celui de ses précédentes opérations.

Voici comment il procède : il fait une série d'injections intradermiques à l'aide de la solution :

Chlorhydrate de cocaïne..... 10 centigr.  
 Chlorhydrate de morphine..... 2 —  
 Chlorure de sodium..... 20 —  
 Eau distillée..... 100 grammes.

Avant de procéder à ces injections, il applique sur la surface des ulcères des petites compresses de gaz neutre trempées dans la solution de cocaïne à 1-2 p. 100. L'anesthésie obtenue est suffisante pour permettre de procéder à l'avivement de la plaie, au moyen d'une brosse à ongles dure trempée dans la solution physiologique de sel marin, de préférence à la curette.

Sans vouloir entrer dans des détails sur la technique de la greffe cutanée, deux points sont de grande importance pour le succès de l'opération : c'est d'abord l'exclusion systématique de toute substance antiseptique au cours de l'opération. Le seul liquide qui doit être mis au contact de greffes ou de l'ulcère avivé est le sérum artificiel.

Une seconde remarque, c'est d'appliquer immédiatement le lambeau, que l'on vient de découper sur la surface avivée sans passer par l'intermédiaire d'un liquide plus ou moins chaud où le lambeau perdra toujours une partie de sa vitalité.

Les lambeaux greffés sont recouverts par un pansement humide au sérum artificiel. Tel est le procédé de guérison rapide des ulcères.

Evidemment, la cicatrice est plus épaisse et moins sujette par le fait même à s'ulcérer à nouveau. Il est cependant une précaution indispensable si l'on veut s'éviter des insuccès : c'est la nécessité d'un repos prolongé au lit, qui ne pourra être moindre qu'un mois.

La thérapeutique précédente n'est vraiment applicable qu'aux ulcères simples. Aussitôt que des dilatations veineuses accompagnent l'ulcère, la méthode est insuffisante. Il est, en effet, facile de comprendre que le mauvais état de la circulation de retour, constitue le facteur inévitable de la récurrence et que se borner à recouvrir la plaie ulcérée de greffes, c'est courir au devant d'un échec certain. Aussi faut-il de toute nécessité, avant de songer à traiter l'ulcère, essayer de rétablir dans la mesure du possible une circulation veineuse superficielle normale. C'est donc aux résections veineuses qu'il faudra s'adresser.

(Clin. des hôp. Bruxelles.)

#### Traitement du delirium tremens

Se basant sur une expérience de plusieurs centaines de cas, l'auteur soutient que le point essentiel du traitement est de supprimer la cause intoxicante, c'est-à-dire l'alcool.

Les bains chauds, ou l'air chaud comme dans les bains turcs, ou seulement l'eau chaude avec du massage, sont des moyens excellents. Il faut séquestrer et surveiller les malades. L'insomnie, l'agitation cèdent au quatrième ou cinquième jour. Le bain est généralement suivi de sommeil. Il ne faut pas employer les narcotiques.

On peut voir quelque fois les hallucinations continuer une semaine, ou deux. Le principal point du traitement est de veiller à l'élimination par la peau, l'intestin, les reins. Il ne faut pas donner de nourriture tant qu'on n'a pas assuré cette élimination. Alors on donnera des aliments chauds, facilement assimilables, à intervalles de quatre à cinq heures.

Ce n'est qu'après le retour du calme et du sommeil qu'on aura recours à la strychnine ou à la cinchonine. Si on ne peut donner de bains, on pourra employer des diaphorétiques, et surtout l'ipéca.

Il ne faut pas empêcher les mouvements du malade. On pourra le laisser à l'air quelques heures par jour ou le laisser libre dans une grande chambre, en le surveillant.

En ville, si l'on dispose de gardes-malades, de bains, et d'espace, on peut avantageusement traiter les malades chez eux. L'auteur condamne surtout absolument la vieille méthode qui consiste à déshabituer graduellement des boissons alcooliques. Le délire, en effet, n'est pas dû à la suppression de l'alcool, mais plutôt aux narcotiques qui en empêchent l'élimination.

(Méd. News, et Le Médecin.)

## FORMULAIRE

### Suppositoires vaginaux

(LUTAUD)

Huile d'eucalyptus.....	12 grammes.
Cire blanche .....	} à 90 —
Beurre de cacao.....	

Pour quatre suppositoires vaginaux en forme de bougie.  
On les emploiera contre la vaginite aiguë et le vaginisme.

### Traitement médical des phlébites

(HIRTZ)

Sulfate de quinine.....	1 gramme.
Extrait de colchique .....	0 — 45
— de digitale.....	0 — 25
— d'aconit.....	0 — 10

Diviser en 10 pilules. En prendre une tous les matins. La douleur est atténuée par des prises d'antipyrine.

Contre la phlébite rhumatismale pure, M. Hirtz recommande l'acide salicylique en application externe.

Lanoline.....	20 grammes.
Acide salicylique.....	10 —
Chlorhydrate de morphine.....	0 — 20

Onction sur la région malade deux fois par jour.

### Formule contre la tympanite

1° Poudre de noix vomique.....	0,30 cent.
— d'anis.....	0,15 cent.

Mélez et divisez en deux paquets. Un matin et soir.

2° Charbon en poudre, deux cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

### Prise contre les crampes d'estomac

Sous-nitrate de bismuth.....	1 grammes.
Sucre pulvérisé.....	4 —
Acétate de morphine.....	0 — 05 cent.

A prendre, un paquet avant chaque repas, deux fois par jour.

(Journal de méd. de Paris)

### Traitement prophylactique de l'héredo-syphilis à prescrire à la mère

Pinard a récemment conseillé une formule de traitement de l'héredo-syphilis. Pendant toute la durée de la grossesse, il fait prendre à la mère l'iodhydrargyrate de potasse à la dose journalière de 50 centigrammes,

Il prescrit l'une des deux formules suivantes :

I Sirop simple.....	300 grammes.
Biodure d'hydrargyre.....	0.10 cent.
II Biodure d'hydrargyre.....	0.10 cent.
Iodure de potassium.....	10 grammes.
Eau de menthe.....	20 —
Eau distillée.....	250 —

On fera prendre au déjeuner et au dîner une cuillerée à soupe de l'une ou de l'autre de ces deux potions.

Cette formule a l'avantage de réunir les qualités de l'iodure de potassium à celle du mercure, elle est plus active que le sirop de Gibert et est beaucoup mieux tolérée que celui-ci. Avec elle, on n'observe jamais de troubles digestifs, à peine dans certains cas a-t-on noté un peu de coryza.

D'après la formule de M. Pinard, la femme enceinte absorbe donc 5 milligrammes de sel mercuriel et 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour-

(Journal de médecine et de chirurgie prat.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La santé publique et l'industrie laitière

Par M. le Dr L. J. O. SIROIS, de St Ferdinand d'Halifax.

Le congrès de l'American Health Public Association, tenu à Ottawa, en septembre, s'est beaucoup occupé du *biberon au long tube* et a vigoureusement dénoncé son usage.

De son côté, le conseil d'hygiène de la Province de Québec, lors de sa dernière réunion, a décidé d'attirer l'attention publique sur les dangers de ce biberon et de prier, au nom de l'humanité, les pharmaciens et marchands de *cesser la vente* de ce mortel ennemi de l'enfance.

Certes, voilà un remède radical et le seul efficace dans le cas actuel, car tant qu'il y aura, sur le marché, de ces biberons au long tube, vous trouverez des mères trop affairées pour prendre le temps de faire boire le bébé, assez peu soucieuses de son bien-être, pour remplir sa bouteille le matin ou le midi pour s'en aller passer la demi-journée aux champs, ou peut-être chez la voisine.

Il est un autre sujet, analogue au précédent, sur lequel nous voulons attirer l'attention : l'influence de l'industrie laitière sur la santé publique.

Un fait s'impose : si au point de vue économique, l'industrie laitière a ramené l'aisance au foyer de notre cultivateur appauvri par une culture routinière, au point de vue hygiénique elle a puissamment contribué à faire décroître cette vigueur, cette force physique, cet état de santé florissant qui sont, d'ordinaire, l'apanage de la classe agricole.

L'idée peut paraître paradoxale, mais elle est d'observation générale.

Le cultivateur, lui-même, vous dit qu'il n'a pas la constitution robuste de ses pères et le médecin de campagne constate qu'une bonne moitié de ses clients sont des dyspeptiques confirmés, que les affections du tube digestif ne comptent plus leurs victimes dans nos districts ruraux.

Recherchez la cause de cette décadence, vous la trouverez dans un régime alimentaire defectueux.

Quelle différence entre l'alimentation du cultivateur d'autrefois et celle du cultivateur d'aujourd'hui.

Il y a vingt-cinq ans, trente ans, il se récoltait assez de blé pour la consommation domestique. On mangeait alors un pain bis, si vous le voulez, mais substantiel, nutritif, contenant assez de gluten et de matières grasses pour activer les fonctions de l'intestin. Le lait, doux, caillé ou égoutté, le lait de beurre, la crème, le beurre frais formaient surtout durant l'été, la base, la partie principale de l'alimentation des gens de la campagne. Durant les grandes chaleurs, à cette époque de l'année où l'agriculteur fait la plus large dépense de forces et d'activité pour la fenaison et la moisson, il trouvait dans les laitages de toutes sortes une nourriture facilement assimilable, promettant à l'estomac de se reposer des laborieuses digestions de soupe aux pois et de lard salé.

Et aujourd'hui ?

Aujourd'hui, notre cultivateur ayant abandonné la culture du blé pour celle des plantes fourragères, mange du pain blanc, fait

de farines légères, mais souvent adultères, ou du pain de sarrasin (buckwheat). Crêpes le matin, soupe et lard salé bouilli ou rôti avec œufs cuits durs le midi, idem le soir, tel sera le menu quotidien pendant six mois, le tout copieusement arrosé, aux trois repas, d'un thé dont la quantité supplée à la qualité. Plus de lait sur sa table. N'ayant que l'industrie laitière pour faire de l'argent ; cette situation nouvelle ayant créé des besoins nouveaux, il faudra se priver pour les satisfaire, et des cultivateurs ayant un troupeau de vingt ou trente vaches ne boiront pas un verre de lait, ne mangeront pas une once de crème et de beurre frais de mai à novembre : tout va à la beurrerie ou la fromagerie. Chez la plupart l'ambition va assez loin pour permettre de poser la loi suivante : la "quantité de lait consommée à la maison est en raison inverse de la quantité portée à la fabrique." Il se dépensera plus de lait chez le modeste ouvrier, le pauvre journalier, que chez le *gros habitant* qui envoie mille livres de lait, tous les matins, à la fromagerie.

Dans cette partie de la Province, où les érablières donnent un excellent rendement, le sirop et le sucre d'érable, prennent la place du beurre d'hiver, dont l'arome n'est pas très appétissant. Durant l'été, quand l'estomac se révolte pour ainsi dire instinctivement contre les aliments gras, le dessert devient plat de résistance, on fait un repas entier avec du pain et du sirop d'érable. A notre connaissance personnelle, des familles relativement peu nombreuses consomment de cinq à dix gallons de sirop par mois et de quatre à cinq cents livres de sucre par année, n'est-ce pas assez pour convertir le tube digestif en véritable usine à gaz ?

Sous l'influence de ce régime trop riche en hydrates de carbone, naissent les acidités, les fermentations anormales, les flatulences et leur conséquence directe : la dilatation de l'estomac. On vient consulter le médecin quand les forces commencent à décliner, il prescrit un changement de diète, recommande une alimentation plus rationnelle où le lait devra occuper une large place, mais ces prescriptions restent lettres mortes. Il y a, voyez-vous, la terre nouvelle à payer, la farine à acheter, les billets à rencontrer, il faut de l'argent pour solder ces obligations, chaque goutte de lait sera convertie en fromage et..... "Jean s'en va mangeant son bien avec son revenu", c'est-à-dire perdant sa santé et sa vigueur physique.

Voilà pour l'adulte, passons maintenant à l'enfant.

Naturellement les mères de familles se ressentent des effets du régime débilant dont nous venons de parler ; elle n'ont plus ces constitutions robustes dont l'image doit se retrouver chez leurs nourrissons. L'allaitement maternel va décroissant, dans nos campagnes. La plupart des femmes ne sont guère capables de nourrir leur nouveau-né plus de cinq ou six mois et encore ont-elles souvent recours à l'allaitement mixte. Rendu à six mois l'enfant est sevré, quelle nourriture lui donnera-t-on ? du lait : ce pain de l'enfance ? Oui, mais en attendant qu'il apprenne à manger pain, soupe, patates, viandes, etc. On vous montrera un marmot de sept ou huit mois en vous disant avec orgueil : "Il mange comme nous autres". Examinez l'abdomen de ces enfants : leur *gros ventre* prouve comme ces mères ont raison d'être fières.

Déjà, au point de vue de la force physique l'enfant de la campagne n'est guère supérieur à l'enfant des villes. Quoique nageant dans l'air pur et les rayons de soleil, ayant à sa portée un lait riche

et abondant (si on voulait bien lui en donner), il est fort souvent victime des affections engendrées par l'encombrement, les habitations humides, l'air impur et le lait pauvre des grandes villes.

Ainsi, ouvrez le troisième rapport annuel du conseil d'hygiène de la Province de Québec et consultez les statistiques des décès de l'année 1896, annexe B.

Prenons dix comtés au hasard, et donnons le tableau suivant :

	Mortalité totale	Enfants Mortalité totale	Athrepsie-diarrhée et gastro- enterite	Maladies inconnues	
Arthabaska.....	358	158	83	41	enfants de 0 à 5 ans
Bagot.....	389	174	89	9	
Beauce.....	730	354	148	57	
Beauharnois.....	365	210	74	3	
Bellechasse.....	390	157	56	26	
Berthier.....	376	204	108	23	
Champlain.....	596	302	160	15	
Dorchester.....	344	168	75	28	
Maskinongé.....	392	185	85	4	
Yamaska.....	459	213	95	25	
	4393	2125	973	231	

Sur ces 231 cas de mort par causes inconnues ou non spécifiées au moins la moitié peut être mise sur le compte des affections du tube digestif. Il suffit de connaître comment la généralité de nos gens caractérisent les maladies infantiles pour s'en convaincre. Nous arrivons donc aux résultats suivants :

Dans dix comtés agricoles, riches et prospères, sur une mortalité totale de 4393, le chiffre de 2125, ou cinquante pour cent, représente le taux de la mortalité des enfants de 0 à 5 ans, et 1088, c'est-à-dire vingt-cinq pour cent de la mortalité totale et cinquante pour cent de la mortalité infantile, le nombre des cas de mort attribuables à la gastro-entérite, l'athrepsie et autres maladies similaires. Cette triste histoire se répète dans les autres districts ruraux.

Y a-t-il moyen d'améliorer la situation, de réduire ces chiffres vraiment inquiétants pour l'économiste et l'hygiéniste ?

Nous n'hésitons pas à répondre : oui. Avec de la patience on parviendra à faire comprendre à nos compatriotes qu'ils pèchent par pauvre économie, en se privant de lait, cet aliment parfait si propre à soulager l'estomac des fatigues d'une diète trop uniforme, et préparent un triste avenir à leurs enfants en négligeant de leur assurer le plus riche des héritages : une constitution saine et robuste. La classe agricole est intelligente : l'extrême facilité avec laquelle elle sait adapter son système de culture aux conditions nouvelles, en est une preuve palpable.

Les prescriptions, les enseignements de l'hygiène moderne s'implantent lentement si vous le voulez, mais sûrement dans l'esprit populaire. Nous ne sommes plus au temps où l'habitation d'un varioleux, d'un diphtéritique, d'un rubeoleux, etc., devenait le rendez-vous de tout le canton.

Laissé à ses propres forces, le médecin est incapable de mener à bien cette croisade pour le rétablissement d'une hygiène alimentaire plus rationnelle.

Comme pour l'abolition du biberon au long tube, il faudra l'intervention du conseil d'hygiène. En appelant l'attention publique sur le sujet par l'entremise du clergé, du département de l'agriculture, des conférenciers agricoles, etc., il fera disparaître bien des

préjugés hantant l'imagination populaire, et le préjugé est toujours le plus grand ennemi du progrès.

On semble trop compter sur la fécondité de la race canadienne française ; cette source de force finira par se tarir bientôt, si nous ne savons conserver à notre population sa forte santé d'autrefois.

## Société medico-psychologique de Québec

Séance du 15 Octobre 1898, tenue au Protestant  
Hospital for the Insane, Verdun, (Montréal).

PRESIDENCE DE M. VALLÉE.

(Suite et fin)

C'est au cours d'excès semblable et presque toujours dans les postes de police où on l'avait enfermé pour ivresse bruyante, qu'il a commis ses tentatives de suicides, qui peuvent se chiffrer au moins par la dizaine,..... Il m'a été impossible de me procurer à ce sujet des renseignements exacts, car le prévenu ne conserva pas ou ne prétend pas conserver une seule trace du souvenir des actes qu'il commet pendant la période avancée de son ivresse ; ce qu'il prétend savoir, c'est ce qu'on lui a dit, voilà tout. A New-York où il a habité pendant les premières années de son mariage, le délire qu'il présente toujours lorsqu'il s'enivre, les attaques convulsives auxquelles il est sujet, l'ont souvent fait prendre pour un aliéné ou un épileptique, en l'absence de renseignements sur ses antécédents, et plusieurs fois il a été conduit à l'Hôpital Bellevue pour y être examiné en vue de son internement dans un asile d'aliénés, cependant, comme ces phénomènes morbides, malgré leur intensité disparaissent rapidement, par la privation de l'appoint alcoolique, il n'était pas donné suite à cette mesure, par suite du retour de la lucidité.

Une fois cependant à la suite d'une tentative de suicide par submersion, le 24 décembre 1894, il fut conduit à l'hôpital. Ayant présenté une attaque convulsive et comme il avait eu du délire, les médecins qui ne le connaissaient pas crurent à un épileptique délirant et remplirent un certificat d'aliénation mentale. Le lendemain il fut transféré à l'asile. Il y resta jusqu'au 30 mars 1895. Dès le lendemain de son arrivée, il était déjà parfaitement lucide, parlait raisonnablement et était en état de renseigner les médecins. Il se rappelait d'avoir bu et d'avoir fait du tapage dans un tranway, mais il n'avait conservé aucune trace du souvenir de la tentative de suicide et de son passage à l'hôpital, où il avait dû présenter pour le moins de l'obtusion intellectuelle, puisque les médecins certificateurs disent qu'il avait répondu comme un épileptique. Pendant toute durée de son séjour à l'asile, il n'eut pas de crises convulsives et il ne présenta jamais le moindre trouble intellectuel.

Nous avons vu précédemment, qu'en dehors de ses excès ébrioux L. T. n'avait jamais présenté aucun trouble intellectuel, qu'il était considéré comme un homme très intelligent et qu'il avait fait preuve d'une remarquable habileté dans les affaires.

Il résulte donc clairement de l'étude des phénomènes présentés par L. T. dans la nuit du 24 juillet 1897, contrôlée par celle d'accès identiques antérieurs, qu'il a fait sa tentative de suicide au cours d'un accès de délire alcoolique, assez prononcé pour qu'il soit possible de déclarer qu'il avait perdu totalement conscience de lui-même, qu'il était incapable d'apprécier la nature et la gravité de son acte et de se rendre compte que cet acte était mal, et qu'il était dans l'impossibilité de diriger sa volonté.

Mais il nous reste à résoudre la question préjudicielle, savoir : si le délinquant était capable, et dans quelle mesure, de s'empêcher de boire.

L. T. est assez intelligent pour connaître les conséquences de l'alcoolisme, il ne boit pas en vertu d'une idée délirante ou d'une hallucination, il ne reste donc qu'à voir si L. T. est poussé à boire fatalement et irrésistiblement par une impulsion, c'est-à-dire s'il est atteint de dipsomanie, sinon, si son pouvoir de résistance à l'appétence alcoolique est entier.

Magnan a décrit la dipsomanie un "entraînement irrésistible, qui pousse, par intervalles, l'homme à boire par excès des liqueurs enivrantes". Voyons en quelques mots d'après Magnan et avec lui tous les auteurs, quels sont les caractères cliniques de l'accès dipsomaniaque: Celui-ci est en général précédé de prodromes dont le principal est une dépression mélancolique avec tristesse, sentiment de langueur, découragement, modifications profondes dans le caractère. Avec ces symptômes mélancoliques, on note l'anxiété pré-cordiale, un serrement à l'épigastre et parfois à la gorge, puis des troubles de la sensibilité générale, une sensation de brûlure à l'estomac, d'ardeur au gosier, les malades ont une soif intense, non pas une soif qu'une boisson quelconque pourrait calmer, mais une soif particulière avec désir, tendance irrésistible à boire quelque chose d'excitant (Magnan). La lutte du dipsomane contre l'impulsion à boire, amène chez lui un état d'angoisse morale inexprimable, il succombe presque infailliblement, il boit alors en désespéré, "on peut dire qu'il boit avec dégoût pourvu qu'il boive" (Legrain),

Ainsi que nous l'avons vu précédemment le malade s'est habitué progressivement à boire, avec des amis, en cachette de son père. Peu à peu ses excès ébrioux sont devenus plus fréquents et plus considérables, tellement qu'il s'enivre maintenant très souvent. Le goût des boissons alcooliques s'est ainsi établi chez lui, par l'habitude: il en résulte un état d'appétence habituelle dont il se rend bien compte puisqu'il prend certains moyens pour se soustraire à ce penchant. C'est ainsi par exemple qu'il envoie sa femme retirer ses gages, afin de ne pas avoir d'argent sur lui. Cependant lorsque une occasion se présente d'accepter un verre d'un ami, ou d'en offrir pour célébrer une vente ou clore une transaction, il ne la fuit pas, il se dit qu'il n'y a pas de mal à prendre un verre et qu'il s'en tiendra là. Malheureusement, ce premier verre en attire une série d'autres, dont chacun doit être le dernier. Il pense toujours pouvoir s'arrêter à temps. Il y a loin de la genèse de ces excès de boissons à celle de l'accès du dipsomane, poussé irrésistiblement à boire par une impulsion incontrôlable, surgissant en dehors de toute occasion, précédée et accompagnée de symptômes caractéristiques, constituant une entité morbide bien définie, une maladie enfin, dont le dipsomane ne saurait être tenu responsable, pas plus qu'un typhique, de sa fièvre typhoïde pas plus qu'un tuberculeux de sa tuberculose. Le malade attribue ses fêtes à l'habitude et à l'occasion. J'ai en vain cherché par l'interrogatoire et par l'étude des circonstances, à trouver à ses excès ébrioux l'accompagnement des symptômes si caractéristiques de l'impulsion dipsomaniaque; mes recherches sont restées négatives. Son père sa femme n'ont jamais remarqué chez lui rien qui peut approcher de cet état.

On peut donc affirmer que L. T. n'est pas poussé à boire par une impulsion irrésistible et qu'il est par conséquent libre de boire ou de ne pas boire. Mais dans quelle mesure? Telle est la question qui se pose maintenant.

L'ivrognerie présente souvent, des caractères pathologiques, suffisants par eux-mêmes, pour mettre sur la trace d'une prédisposition morbide, et le prédisposé s'enivre facilement, sa résistance psychique en face de l'alcool est souvent si faible qu'on voit survenir l'ivresse après un excès qui ne compterait pas pour un homme équilibré. (Legrain). Bien plus cette ivresse prend rapidement la forme anormale et compliquée (Vétault).

Tel est absolument le cas de L. T. Il présente une susceptibilité anormale à l'action toxique de l'alcool indiquant une organisation cérébrale défectueuse, qu'il est naturel d'attribuer à une prédispo-

sition héritée de son grand-père, laquelle s'est aussi affirmé par l'alcoolisme délirant de son oncle et par la folie de sa tante survenue à la suite des causes les plus banales, insuffisantes pour ébranler un cerveau prédisposé. Quant au prévenu lui-même, je l'ai trouvé émotif; impressionable et d'une assez grande névrosité. Tel aussi il a été connu par les personnes de son intimité. Mais la dégénérescence ne s'affirme pas autrement chez lui, puisqu'il ne présente aucun des signes ou stigmates psychiques de dégénérescence mentale décrits par Magnan et ses élèves (obsessions, impulsions, craintes etc.,) et que dans les intervalles de ses accès, il présente un équilibre mental qui n'a jamais rien laissé deviner d'anormal.

On peut dire que parmi les facultés intellectuelles de l'inculpé, c'est la volonté seule qui serait en faute, et que son caractère dominant serait la faiblesse de la volonté, sans qu'il soit possible de trouver à cette défaillance de la volonté un caractère pathologique qui l'a différenciée nettement d'une habitude vicieuse. Dans la lutte entre le penchant à boire et la volonté, celle-ci succombe plus par la mollesse avec laquelle elle s'exerce en face de l'appétit pour la liqueur dont la satisfaction est recherchée pour lui-même, pour la plus grande part du moins, à l'occasion de circonstances qui pourraient être évitées, que parce qu'elle est impérieusement dominée par un penchant irrésistible à boire d'un caractère manifestement pathologique, surgissant en dehors de tout désir et de toute occasion.

Legrain a dit dans son étude sur l'hérédité de l'alcoolisme: "un autre fait capital que nous avons établi, est la transmission fatale de l'appétence pour les liqueurs fortes par voie d'hérédité, dans un grand nombre de cas". Dans ce même traité il ajoute "qu'un des grands caractères de la dégénérescence mentale est la grande facilité avec laquelle les malades se laissent influencer et qu'il sont le plus souvent faibles de volonté". Il est donc légitime d'admettre en faisant la large part de la fatalité chez le prévenu, que l'action volontaire peut-être amoindrie par une prédisposition qu'il tient de l'hérédité.

CONCLUSIONS: L. T. ne saurait être considéré comme un aliéné: on ne trouve chez lui ni affaiblissement mental ni trace d'un délire quelconque.

Au moment du délit incriminé, ses facultés mentales avaient subi par le fait de l'ivresse profonde dans laquelle il était plongé, un obscurcissement complet.

Comme le fait de l'ivresse ne relève pas de la maladie proprement dite, il ne m'appartient pas de me prononcer sur la responsabilité pénale de l'inculpé, dont l'appréciation revient à la justice.

Toutefois, en raison de l'hérédité morbide qui fait de lui un prédisposé, on peut admettre en sa faveur une atténuation de la responsabilité pénale.

Nous avons devant nous le cas d'un individu qui depuis de longues années s'enivre fréquemment et dont les tentatives de suicides au cours de ses excès ébrioux ne se comptent plus. Il néglige ses intérêts et n'a aucun souci de sa famille. Malgré de nombreuses condamnations et même un internement dans un asile d'aliénés, il ne s'est jamais amendé. S'il ne recherche pas les occasions de boire, il ne les évite pas non plus. Il y a tout lieu de croire qu'à sa sortie de prison, il recommence le même genre de vie, sans que les conséquences graves de son alcoolisme pour lui-même, et pour sa famille ne puissent l'arrêter, c'est donc un être nuisible pour lui-même parce qu'il attente à sa vie, pour sa famille qu'il néglige et pour la société à laquelle il devient à charge sans aucune rétribution.

Cependant, dans l'état actuel de notre législation sur les asiles d'aliénés et d'ivrognes et de l'organisation de l'assistance publique, nous ne pouvons rien pour l'amender et la prison semble être le seul asile que nous puissions lui offrir pour le protéger contre lui-même.

En effet la loi ne permet d'interner dans les asiles que des



nés; pour interner un alcoolique, il faut donc le rendre tributaire de la loi. L'ivresse simple, même d'habitude, ne justifie pas l'internement. Il faut que l'usage de l'alcool en fasse un véritable aliéné, c'est-à-dire qu'il présente des troubles intellectuels graves tels qu'on arrive à désigner l'intoxication sous le nom de folie alcoolique. Il ne s'agit pas ici d'un simple épisode ébrioux, mais d'une véritable folie, se présentant avec des symptômes bien connus. Le dipsomane, c'est-à-dire celui qui boit par impulsion irrésistible, tombe dans la catégorie des aliénés; il en est de même de ceux que ne peut restreindre la faiblesse de leurs facultés, congénitale ou acquise, et en un mot, tous ceux qui boivent, parcequ'ils sont aliénés.

Mais si la loi nous refuse d'interner l'alcoolique à moins qu'il ne soit aliéné ou qu'il ne présente des troubles intellectuels suffisants par leur gravité pour le faire déclarer aliéné, elle nous interdit de le maintenir à l'asile dès que ces troubles se sont dissipés. L'alcoolique sequestré dans un asile est en effet régi par la même loi que l'aliéné, en vertu de laquelle tout aliéné doit être mis en liberté, aussitôt que sa guérison est constatée.

Il y a bien des asiles pour les ivrognes mais ceux-ci peuvent s'y interner de plein gré, ils peuvent les quitter de même. Nulle personne ne peut y être conduite ou retenue contre son gré, à moins que le directeur ne soit autorisé à la recevoir et à la retenir, par un ordre de l'un des juges de la Cour Supérieure et cette procédure entraîne des frais. De plus, ces asiles étant des asiles privés, les alcooliques ne peuvent y être internés qu'à leurs propres frais, de sorte qu'ils ne sont accessibles qu'aux alcooliques ayant des moyens. L'alcoolique indigent quelque soient ses bonnes volontés de se faire traiter et son désir de se guérir ne peut y avoir accès, que s'il peut payer sa pension dont le prix est assez élevé pour le mettre hors de la portée des petites bourses. La Cour ne peut l'y envoyer que dans les mêmes conditions. Pour celui-ci, il n'y a que la prison pour asile. Or la prison ne saurait être considérée ni comme un lieu ni comme un moyen de traitement. Je crois qu'il y aurait lieu d'inviter les pouvoirs publics à fonder des établissements pour le traitement des alcooliques indigents et de passer des lois pour autoriser les cours de police à y envoyer certains alcooliques, dans des circonstances déterminées, plutôt qu'en prison et pour une période qui permettrait d'obtenir leur guérison, ou tout au moins de les assurer dans la mesure du possible contre les chances de récidive.

**EN RÉSUMÉ :** Les alcooliques dans les circonstances ordinaires ne peuvent être admis dans les asiles d'aliénés, ceux qui sont indigents ne peuvent être traités dans les asiles pour les ivrognes, parce que ce sont des établissements privés où il faut acquitter le prix de pension. Il y aurait lieu par conséquent de fonder des établissements spéciaux pour les ivrognes indigents. Les alcooliques acquittés de crimes ou délits devraient être sequestrés à temps dans ces établissements. Quant au cas particulier qui nous occupe, on peut se demander si L. T. est aliéné; s'il doit être reconnu responsable de tout délit commis sous l'influence de l'ivresse; si dans l'état de notre législation actuelle sur les asiles d'aliénés et les aliénés, il peut être admis et maintenu dans un asile d'aliénés et, si non, quelles sont les mesures à prendre à son égard.

**M. VALLÉE.**—La communication que vient de nous faire M. Villeneuve est très intéressante, seulement je ne partage pas entièrement les conclusions de son rapport. M. Villeneuve ne croit pas que L. T. soit responsable de la tentative de suicide faite pendant l'ivresse, mais il est d'opinion qu'il est responsable de son ivresse. Or il est évident d'après l'histoire de famille qu'il y a hérédité. L. T. compte plusieurs cas de folie dans sa lignée. D'un autre côté cet homme se montre d'une susceptibilité exagérée à l'action des alcooliques. Il lui suffit d'une dose relativement faible d'alcool pour le jeter complètement hors de ses gonds. Son ivresse n'est pas ordinaire: elle est caractérisée par un trouble mental tellement profond

qu'il ne lui reste aucun souvenir des extravagances dangereuses qu'il commet en cet état.

Du moment qu'il boit, il s'enivre; alors il perd toute conscience et se livre chaque fois à des tentatives de suicide. Dans son état ordinaire il n'a aucune disposition de cette nature. Il sait à quoi il s'expose en s'enivrant, néanmoins il recommence quand l'occasion se présente. Ne semble-t-il pas qu'il soit entraîné par une impulsion réellement irrésistible.

Il est bien vrai qu'il prétend que s'il boit, c'est qu'il le veut bien et qu'il pourrait s'en empêcher. Mais je crois qu'il faut accepter cette affirmation sous bénéfice d'inventaire et les dégénérés de cette espèce se font souvent illusion sous ce rapport. Est-ce qu'on n'entend pas souvent des aliénés, après leur guérison, émettre des prétentions analogues? Dans la suggestion à l'état de veille les sujets ne soustiennent-ils pas qu'ils sont libres, alors qu'ils ne le sont pas?

D'ailleurs M. Villeneuve regrette que nous n'ayons pas d'établissement spécial pour les déséquilibrés de cette classe, comme il en existe dans d'autres pays. Il serait prêt à recommander l'internement de L. T. non pas en prison ni dans un asile d'aliénés ordinaires, mais dans une institution spéciale. Alors à quel titre le fera-t-il interner? S'il est responsable, il doit répondre de ses actes et être trouvé coupable, c'est la prison qu'il mérite. Au contraire, puisqu'on propose de l'envoyer dans une maison de traitement c'est qu'on le considère comme un malade susceptible de guérir ou de s'améliorer.

Je suis de cet avis. En effet L. T. est un alcoolique, il souffre d'une maladie de la volonté et c'est là ce qui atténue la responsabilité dans une large mesure. Il est souvent très difficile pour le médecin légiste de se prononcer sur l'état mental d'un individu qui a commis pendant l'ivresse une action coupable. Ici le médecin est appelé à juger sans voir, théoriquement. Il doit tenir compte de l'individualité du sujet, de la nature de l'acte coupable et de la manière dont l'ivresse s'est produite. Quant à L. T. l'histoire de sa famille indique une hérédité assez chargée et bien qu'il soit intelligent dans les circonstances ordinaires de la vie, la manière brutale dont il s'enivre à la suite de l'ingestion d'une faible dose d'alcool témoigne d'une susceptibilité organique anormale. L'ivresse a bien des formes mais il semble que chez lui une véritable folie en soit la conséquence immédiate.

Il est alors décidé d'inscrire à l'ordre du jour de la prochaine séance, la question de l'alcoolisme et des établissements spéciaux pour le traitement des alcooliques.

Et la séance est levée.

E. P. CHAGNON,  
Secrétaire.

## REVUE DES JOURNAUX

### Quelle est la meilleure opération pour les Adénoïdes ?

Le lecteur assidu de la littérature rhinologique peut difficilement ne pas avoir noté que, pour l'ablation des masses de tissu lymphoïde du nasopharynx, appelées communément "adénoïdes", on a préconisé des procédés opératoires très différents.

Le galvano-cautère, le serre-nœuf, le curetage, le forceps, chacun à ses adeptes. Quelques opérateurs se servent rarement d'anesthésiques, d'autres y ont recours invariablement. La position qu'on donne au malade est aussi variée que les modes opératoires; quelques chirurgiens préfèrent la position assise, d'autres ce qu'on pourrait appeler la position couchée demi-courbée, et d'autres encore le vertex renversé, etc.

L'usage de la curette de Gottstein comme principale base semble prévaloir de préférence au forceps tranchant, bien que beaucoup d'opérateurs combinent les deux.

Compter sur la curette seule paraît être irrationnel, et de fait



elle a trompé dans ses résultats en raison de la structure des végétations lymphoïdes. Les portions lymphoïdes de ces tissus sont prises ensemble et attachées à la voute du palais par du tissu fibreux et vasculaire, formant des pédicules sessiles et des septa une sorte de placenta, variant beaucoup dans son étendue et dans sa fermeté.

Quand ce tissu fibreux prévaut et qu'il devient ce que l'on appelle "dur" et fibreux, il n'est pas raisonnable de s'attendre à ce qu'un instrument comme la curette de Gottstein, qui gratte plutôt qu'elle ne coupe les tissus, les enlève complètement. Un ongle petit, fort, aigu, tel qu'en possèdent certains chirurgiens, est éminemment supérieur à l'instrument de Gottstein, spécialement pour curetter les passages étroits qu'on trouve sur le mur de l'espace antérieur des trompes d'Eustache et à l'entrée des choanes et encore sait-on que les portions des pédicules fibreux et de tissu lymphoïde laissées en arrière amènent souvent un retour de la maladie. Ces tissus qui ne peuvent être entièrement enlevés par un ongle très fort, le sont encore moins par la curette qui gratte la surface.

Il faut quelque forme de forceps tranchant. Ce forceps, il est vrai, demande plus de soin et d'habileté pour sa manipulation que la curette, mais aussi il est nécessaire d'avoir plus d'habileté, de soin et de délibération pour bien faire cette opération qu'on ne le suppose généralement.

Pour un bon nombre d'opérateurs "l'ignorance c'est le bonheur"; car après une rapide opération avec la curette durant laquelle l'hémorragie trompeuse les encourage à croire qu'ils ont héroïquement fait leur besogne, ils oublient d'explorer la cavité une semaine ou deux plus tard, et de découvrir que près des choanes une masse considérable bloque encore le chemin, et la respiration nasale est encore difficile. La hâte en opérant est principalement due à l'hémorragie très profuse et à sa menace contre la respiration.

D'où, il paraît sage de placer le malade demi-penché avec la tête suffisamment pendante, et de procéder rapidement, mais sans hâte. Cela, va sans dire, nécessite une anesthésie complète, et suffisamment profonde pour assurer la tranquillité du malade, disons pendant cinq à huit minutes, temps durant lequel on peut se servir avec rapidité de l'ongle et de la curette, et les faire suivre du forceps tranchant qu'on guide le long de l'index gauche; ce doigt (le chirurgien se tient à la droite du malade) attire en avant le palais mou et touche constamment au bord aigu du vomer.

Le seul moyen vraiment pratique de dire si toutes les végétations ont été enlevées c'est la palpation, et celle-ci doit être faite avec soin, autrement quelques portions peuvent échapper à l'inspection.

Les observations ci-dessus sont d'accord avec grand nombre d'opérateurs compétents, et on les croit absolument conformes à ces principes généraux de chirurgie qui assurent la garantie et le succès; tandis que les méthodes suivies par beaucoup d'opérateurs ne sont ni sûres ni satisfaisantes. Il semble y avoir à présent beaucoup d'exagération mise sur la rapidité d'opération et sur une anesthésie de courte durée et trop peu d'insistance sur les difficultés et les dangers qui touchent de près l'ablation complète de quelques-unes de ces excroissances.

Quelque complète que l'opération paraisse avoir été, un examen attentif du naso-pharynx devrait être fait invariablement une semaine ou deux après.

(The Laryngoscope)  
(P. V. F.)

#### Traitement des grossesses extra-utérines.

Résumé du rapport lu au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.

Par M. le Dr PAUL SECOND.

Chirurgien de la Sapètrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de chirurgie

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.

PINARD.

Ces quelques mots résument au mieux la règle générale qui domine la thérapeutique actuelle des grossesses ectopiques. Quelques-unes de ces grossesses peuvent, toutefois, s'arrêter d'elles-mêmes dans les premières phases de leur évolution et guérir spontanément (Bouilly), mais elles sont la trop grande exception pour diminuer la portée de cette règle générale.

Ma tâche se réduit à mettre en valeur les arguments ou les faits sur lesquels on doit se baser pour savoir quand et comment il faut opérer.

Pour mener à bien cette étude, j'étudierai successivement : d'abord les grossesses ectopiques de moins de cinq mois; puis les grossesses ectopiques après le 5<sup>e</sup> mois, en prenant le soin d'envisager isolément, dans ces deux groupes, les grossesses à développement normal, et celles dont l'évolution est troublée, soit par la mort du fœtus, soit par une complication proprement dite.

#### PREMIÈRE PARTIE.

##### Traitement des grossesses extra-utérines de moins de 5 mois

I. *Traitement des grossesses extra-utérines de moins de 5 mois évoluant normalement.*— Quand la grossesse ectopique est seule en cause, quand elle est lésion unilatérale, l'ablation totale par laparotomie du kyste fœtal et des annexes intéressées est l'opération de choix. L'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure a donné quelques succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la laparotomie. Mais, lorsque la grossesse ectopique, reconnue ou supposée, s'accompagne de lésions évidentes des annexes de l'autre côté, ou qu'elle coexiste avec un néoplasme utérin (fibrome ou cancer), lui-même justiciable de l'ablation vaginale, il me paraît que l'on ne doit pas priver les femmes des avantages de l'intervention par voie vaginale, à cette condition, toutefois, que la grossesse soit encore assez jeune pour qu'on ne soit pas exposé à laisser dans le ventre les fragments d'un placenta trop volumineux.

La règle que j'adopte se formule donc, à mon avis, de la façon suivante :

En cas de grossesse extra-utérine de moins de 4 mois, quand il existe, en même temps, soit une lésion annexielle de l'autre côté, soit un néoplasme utérin, on doit, sauf exception, considérer l'opération de Péan comme l'opération la plus avantageuse. Passé le 3<sup>e</sup> et surtout le 4<sup>e</sup> mois, la laparotomie reprend tous ses droits. Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, séance tenante et par la même voie, procéder à l'ablation nécessaire.

Les grossesses tubo-interstitielles peuvent aussi être enlevées par hystérectomie vaginale, mais comme leur diagnostic est impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale. Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'extériorisation intra-utérine conseillée par Kelly).

Par contre, le siège intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal est une indication impérative de la laparotomie.

Les seules particularités à noter concernent les difficultés de l'énucléation, l'étendue des décollements et par conséquent l'obligation fréquente du drainage sous-pubien.

Lorsque le kyste fœtal siège dans une corne utérine rudimentaire, c'est encore à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.

II. *Traitement des grossesses extra-utérines de moins de 5 mois compliquées.*— Les complications des grossesses ectopiques de moins de 5 mois forment deux groupes principaux : les complications hémorragiques et les complications septiques ou suppuratives.

#### A. TRAITEMENT DES COMPLICATIONS HÉMORRHAGIQUES.—

Dans la longue série des complications hémorragiques qui s'échelonnent depuis l'hémato-salpinx jusqu'à l'inondation péritonéale, il y a forcément des cas limite dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'hémato-salpinx et l'inondation péritonéale), et deux de ces termes intermédiaires (l'hématocèle enkystée et l'hématocèle à poussées hémorragiques), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés mâtresses.

1° *Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité.*—L'incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et remise en place de la trompe ainsi réparée, est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte par le vagin, et d'autres par le ventre. Cette opération très conservatrice, et par conséquent séduisante, n'a, sans doute, que des indications exceptionnelles. Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'enlever la trompe gravide avec son contenu, et les règles du traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. Tout hémato-salpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intra péritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie. A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin, il faut faire la castration utéro-annexielle totale, par le vagin, durant les 4 premiers mois et, passé cette époque, par laparotomie.

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.*—En présence d'une hématocèle confirmée sans poussées hémorragiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix.

Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent : mais la colpotomie n'en conserve pas moins tous les avantages d'une opération d'attente, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le retour de l'hémorragie ou la constatation de grosses lésions annexielles exigeant l'ablation, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications par voie vaginale, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la castration utéro-annexielle totale. La colpotomie doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. La seule précaution à prendre pour lui conserver sa bénignité, c'est de vider la poche avec une extrême douceur, d'abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et d'éviter, en particulier, es manœuvres extérieures d'expression abdomino-vaginale.

L'incision vaginale n'est pas seulement applicable à l'hématocèle rétro-utérine proprement dite. Elle permet, aussi, d'ouvrir les collections plus latérales et les hématocèles sous-péritonéo-pelviennes. Quelques cas particuliers peuvent, toutefois, réclamer une autre voie d'évacuation comme l'incision ischio-rectale ou la laparotomie sous péritonéale. Lorsque cette dernière incision est indiquée, il est prudent de la combiner au drainage vaginal.

La laparotomie n'a donc ici que des indications tout à fait exceptionnelles. On doit y recourir à titre d'opération secondaires, plus ou moins tardive, quand la colpotomie est impuissante à empêcher l'évolution ultérieure de lésions annexielles non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Il est, enfin, nécessaire de la pratiquer d'emblée, quand la colpotomie commencée se heurte aux difficultés ci-dessus signalées (retour offensif de l'hémorragie : grosses lésions annexielles dangereuses à abandonner) et, bien entendu, quand il est impossible de remplir par le vagin les indications voulues. En cas d'hématocèle, la laparotomie conduit souvent à des ablations incomplètes qui nécessitent le drainage sus-pubien combiné ou non au drainage vaginal. Dans les cas trop difficiles et peu satisfaisants, tant au point de vue du pronostic immédiat qu'à celui des suites éloignées, il est probable qu'il vaut mieux faire la castration abdominale totale.

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorragiques successives.*—Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les indications respectives de la colpotomie et de la laparotomie sont pour ainsi dire renversées. On peut tenter la colpotomie. Mais au moindre retour de l'hémorragie, il faut être prêt à laparotomiser sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorragies profuses (inondation péritonéale).*—A côté des inondations péritonéales toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des hémorragies très abondantes susceptibles de s'enkyster, et, par conséquent, justiciables de l'expectation. Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorragie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant et déterminer les chances d'enkystement ; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 p 100 de mortalité et l'intervention 85 p. 100 de guérison ; comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : en présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorragie grave, il faut sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tout cas, aussi précoce que possible. Il ne saurait être ici question d'intervention par voie vaginale. La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité.

B. *TRAITEMENT DES COMPLICATIONS SEPTIQUES ET SUPPURATIVES.*—Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'incision vaginale est, sans discussion possible, le traitement de choix des hématocèles suppurées, comme de toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin. L'hystérectomie vaginale est l'opération la meilleure, quand il y a bilatéralité de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un placenta trop gros, et que l'ensemble de la masse à enlever ne soit pas trop volumineux. L'ablation par laparotomie reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravidées, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt abdominale que pelvienne. Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil, ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

(A suivre)

**Mobilisation précoce après toutes les opérations destinées à restituer le mouvement normal des articulations ou à créer des articulations nouvelles**

Par M. le Dr J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

La plupart des chirurgiens pratiquent l'immobilisation des articulations traumatisées. Ils y emploient plus ou moins régulièrement les appareils inamovibles.

La pratique est la même dans les cas dans lesquels le traumatisme des articulations n'en a pas altéré la forme et dans ceux dans lesquels toute la substance des articulations a été emportée. (Résections.)

M. Championnière estime qu'il y a lieu de réformer cette pratique aussi complètement qu'il y a lieu de réformer la pratique de l'immobilisation absolue des fractures.

Dans tous ces cas, l'appareil inamovible est inutile.

En outre, dès le premier pansement, la mobilisation méthodique de l'articulation doit s'imposer.

Citons parmi les cas dans lesquels cette pratique nouvelle doit être suivie :

Opérations sur le genou ; fractures de rotule suturées ; corps étrangers. Tous les traumatismes de cette articulation.

Résections de l'épaule, du coude, du poignet ; tous les traumatismes des mêmes articulations.

Ablation de tous les os du tarse pour pied bot.

A ces opérations il faut ajouter toutes celles qui visent la conservation ou la restitution d'un mouvement articulaire.

On applique l'appareil inamovible dans ces cas pour :

1° Supprimer ou prévenir la douleur ;

2° Supprimer ou prévenir l'inflammation articulaire ;

3° Éviter les déformations par déplacement des fragments mobiles entraînés hors de leur situation nouvelle.

1° D'après M. Championnière, la douleur est suffisamment évitée par un pansement bien matelassé qui tranquillise la région.

Lors du ou des premiers pansements, si la mobilisation donne un peu de douleur, elle en donne infiniment moins qu'on n'en observerait sur le même sujet si, après l'avoir immobilisé pendant plusieurs semaines on travaillait à le mobiliser.

2° Le repos complet d'une articulation par l'appareil inamovible n'a jamais eu aucune efficacité contre l'inflammation. Il y a là un préjugé contre lequel l'expérience nous permet de protester tous les jours ;

3° Les déplacements secondaires ne se produisent pas lorsque l'on provoque dès mouvements réguliers par une mobilisation précoce.

Pour les articulations les plus détruites on peut les provoquer dès le quatrième ou le cinquième jour sans risque.

Cette pratique est plus délicate que celle de l'application d'un appareil inamovible que l'on laissera plusieurs semaines. Mais elle permet d'obtenir des résultats auxquels on n'arrive jamais si on a laissé l'articulation nouvelle s'enraidir ou si on a laissé les muscles s'atrophier.

Même dans les cas dans lesquels l'article est enflammé, même dans les cas dans lesquels il est envahi par certaines formes de tuberculose, il se répare pendant le mouvement ; il se répare de façon à donner des membres qui fonctionneront promptement et régulièrement.

L'appareil inamovible dans l'immense majorité de ces cas de traumatisme articulaire est inutile et nuisible.

M. Championnière donne comme exemple parmi les résultats les plus typiques ceux des pieds bots qu'il opère par l'ablation de la totalité des os du tarse sauf la partie postérieure du calcaneum.

Après cette opération, sans avoir mis aucun appareil inamovible, il dépense et mobilise méthodiquement dès le quatrième ou cinquième jour. Dans bien des cas, dès la troisième ou la quatrième semaine, les sujets commencent à marcher.

Après les nombreuses opérations qu'il a faites, la réparation a toujours été bonne et la fonction a été excellente et promptement venue.

**Traitement des tumeurs érectiles par les injections interstitielles de perchlorure de fer.**

(Th. ANOER.)

M. Anger utilise pour le traitement des tumeurs érectiles, les injections de solution diluée de perchlorure de fer, selon la formule suivante :

Solution de perchlorure à 30°.....	25 grammes
Chlorure de sodium.....	15 —
Eau.....	60 —

Il procède ainsi : pour les petites tumeurs, il emploie la petite seringue de Pravaz ordinaire : il pique la tumeur avec l'aiguille isolée ; si une goutte de sang se présente à l'orifice de l'aiguille, il est certain alors d'être dans un lac sanguin de la tumeur. Il injecte alors quelques gouttes de la solution. En quelques mois la tumeur s'affaïse ; si la tumeur, au bout de ce temps, s'accroît de nouveau, il faut faire une nouvelle injection. Il est rare d'avoir besoin d'en faire de plus nombreuses.

Pour les angiomes de plus gros volume, il ne faut pas craindre d'injecter 15, 20, 40 gouttes de la solution ci-dessus ; on peut aussi employer cette autre solution, qui est plus active :

Solution de perchlorure de fer à 30°	25 grammes
Chlorure de zinc.....	3 —
Eau.....	60 —

L'injection doit se faire lentement et sans à coup ; dans les gros angiomes, il est nécessaire de pratiquer une compression périphérique sur les bords de la tumeur ; pendant l'injection, la tumeur se gonfle, mais ne vient dure que par la coagulation du sang qu'au bout d'un quart d'heure environ ; alors on peut lever la compression périphérique. La tumeur grossit d'abord pendant vingt-quatre heures et s'indure, puis la régression commence, mais elle est très lente et dure plusieurs mois.

Jamais il n'y a d'inflammation locale, ni de suppuration, ni d'escharification, quand on ne dépasse pas les doses suffisantes. Par ce moyen qu'il emploie déjà depuis trente ans, M. Th. Anger es venu à bout, en quelques années, d'angiomes très volumineux.

(Acad. de Méd.)

**Teinture d'iode simple dans le traitement des gastro-entérites infectieuses.**

L'iode et la teinture d'iode n'ont été, jusqu'à présent, administrés à l'intérieur que rarement : on ne les prescrivait que contre les vomissements, surtout des femmes enceintes. Grosch (*Berliner klinische Wochenschrift* d'après le *Bulletin général de thérapeutique*) a eu recours, depuis un an et demi à la teinture d'iode toutes les fois que la présence des matières septiques dans le tractus gastro-intestinal s'est manifestée par la fièvre, des vomissements, de la diarrhée et des douleurs aux extrémités. S'appuyant sur une expérience personnelle dans plus de trois cents cas, il considère la teinture d'iode administrée avec circonspection comme relativement innocue et comme un remède agissant sûrement dans certaines formes d'affections infectieuses aiguës du tractus gastro intestinal.

L'auteur qui, dans la fièvre typhoïde, a obtenu des résultats relativement non satisfaisants avec le calomel, s'est trouvé bien de l'emploi de la teinture d'iode ; chez les enfants, elle a exercé même une action abortive sur la marche de l'affection. Suivant l'âge des enfants, la teinture d'iode dissoute dans de l'eau sucrée leur est administrée à la dose de II à IV gouttes répétées toutes les huit heures. Dans la plupart des cas, il suffisait de la continuer pendant trois jours consécutifs. Les enfants se rétablissent avec une rapidité frappante, malgré la gravité notable de l'affection ; la guéri son sur-

vient ordinairement dans le cours d'une semaine. Les enfants prenaient volontiers le médicament qu'il toléraient très bien ; la fièvre disparut rapidement, les petits malades reprirent connaissance en peu de temps, l'appétit se releva, la convalescence fut traversée sans encombre.

Quant à la fièvre typhoïde chez les adultes, on leur administra la teinture d'iode à la dose moyenne de VI gouttes répétée trois à quatre fois par vingt-quatre heures. Grâce à ce traitement, l'issue fatale ne fut notée dans aucun cas, et les phénomènes morbides dangereux ne tardèrent pas à disparaître. Ici aussi la fièvre tomba à coup sûr, la diarrhée cessa, l'état général s'améliora, la céphalée, les douleurs au sacrum et les crampes aux mollets, ainsi que la sensibilité de la région splénique à la pression s'amendèrent rapidement ; l'appétit se rétablit ordinairement après quatorze jours.

Plus précoce était l'institution de ce traitement, meilleurs étaient les résultats obtenus. Ont été observées comme phénomènes secondaires : fâcheux hémoptysie peu notable dans un cas et angine de poitrine pectorale passagère dans un autre cas. Du reste, ces deux malades guérirent complètement.

A part l'huile de ricin prescrite contre la constipation du début et les alcooliques administrés de temps en temps, l'auteur avait recours à la teinture d'iode à l'exclusion de tout autre médicament interne.

La teinture d'iode fut aussi employée pour le traitement de gastro-entérites infectieuses aiguës avec fièvre élevée ou à marche traînante et avec phénomènes typhiques d'intensité moyenne. C'était surtout les cas de dysenterie avec fièvre, douleurs abdominales, vomissements fréquents, diarrhée fétide, douleurs de tête aux extrémités qui cédaient sûrement et rapidement à la teinture d'iode formulée comme suit :

Teinture d'iode simple..... 15, 18 gouttes.  
Sirop simple..... 20 grammes.  
Eau distillée..... q. s. p. 150 gr.

M. D. S.— A prendre par cuillerée à soupe, toutes les unes ou deux heures ou trois fois pendant vingt-quatre heures (suivant la gravité du cas).

Ce remède fut aussi prescrit avec avantage, à la dose d'une goutte, répétée trois fois par jour, contre la gastro-entérite aiguë des nourissons : les vomissements et la diarrhée vorte, fétide, disparaissent dans la plupart des cas. On s'en est bien trouvé aussi en cas de duodénite aiguë avec ictère, météorisme, coliques, contre l'influenza avec phénomènes gastriques et au début de l'appendicite.

(Méd. moderne)

#### La guérison des adénites cervicales sans cicatrice.

M. CALOT (BECK).— Les adénites cervicales sont infiniment moins graves par elles-mêmes, comme le remarquait déjà Bazin, que par les stigmates disgracieux qu'elles laissent et auxquelles le public attache une signification si fâcheuse.

L'extirpation, dans l'adénite, est la pire des thérapeutiques et cependant, presque tous les chirurgiens la pratiquent d'emblée et j'ajouterais de gaieté de cœur.

C'est contre cette manière de faire que je m'élève en avouant qu'elle a été aussi la mienne pendant de trop longues années.

L'objectif constant du chirurgien, en présence d'une adénite cervicale, doit être de guérir sans laisser de trace aucune.

L'évolution spontanée des adénites cervicales les conduit dans un temps plus ou moins rapide, soit à la résolution, soit au ramollissement.

La résolution, c'est la guérison spontanée, qui n'est pas rare, comme vous le savez.

Mais le ramollissement, au lieu de le redouter, comme beaucoup de chirurgiens, je le désire, parce que ce ramollissement, ce sera en-

core la guérison sans cicatrice aucune, non plus spontanée, mais rendue possible avec l'aide du chirurgien.

Traite immédiatement avant que la peau ne soit altérée, ce petit abcès froid par des ponctions soit pratiquées avec une très fine aiguille et des injections modificatrices ; si l'on est familier avec cette méthode, de traitement des abcès froids, en général, 99 fois sur 100 peut-être l'on obtiendra la guérison complète sans cicatrice.

J'ai injecté, avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, dans les ganglions, tous les liquides possibles : teinture d'iode, eau salée, naphthol camphré, cultures de staphylocoques ou de stuptocoques préalablement stérilisées, chlorure de zinc, essence de térébenthine.

De tous ces liquides, celui qui m'a le mieux réussi, c'est la solution de chlorure de zinc au 1/50. L'injection, répétée trois ou quatre fois, à deux jours d'intervalle, de deux ou trois grammes de cette solution, a amené presque constamment un commencement de ramollissement ; je continuais ensuite et je finissais le traitement par des ponctions et des injections de naphthol camphré.

(Bull. méd.)

## FORMULAIRE

### Mixture expectorante (BECK.)

Pour faciliter l'expectoration, on prend la potion suivante :

Chlorhydrate d'apomorphine..... 0.10 centigr.  
Acide hydrochlorique dilué..... 1.70 —  
Sirop simple..... 50 grammes.  
Eau distillée..... 200 —

Pour un adulte, une cuillerée à soupe toutes les deux à quatre heures, une cuillerée à café pour les enfants.

### Potion contre les convulsions de l'enfance

Teinture de colchique..... 8 grammes.  
Sirop de rhubarbe..... 60 —  
Gomme arabique pure..... 60 —  
Eau..... 250 —

Mélanger. Toutes les deux heures une cuillerée à café.

### Gargarisme contre la pharyngite chronique

(BAMBERGER)

Chlorhydrate d'ammoniaque ..... 5 grammes.  
Mellite de rose..... 50 —  
Eau commune..... 400 —

Se gargariser plusieurs fois par jour, dans les inflammations chroniques de l'œsophage et du pharynx. Bains de pieds sinapisés interdire l'usage du tabac.

### Poudre laxative et diurétique

Scille pulv..... }  
Digitale pulv..... } à à 0 gr. 05 centigr.  
Calomel..... }

Mélez avec soin et divisez en 3 prises.

On les administre, à une heure d'intervalle, aux personnes atteintes de maladies de cœur, afin de produire une action dérivative, résultant d'un triple effet sur le cœur, sur les reins et sur le foie. On peut y revenir au bout de deux ou trois jours, selon le résultat obtenu.

### Potion contre la dyspepsie

Acide salicylique..... }  
Borate de soude..... } à à 6 grammes.

Chauffez jusqu'à dissolution complète et ajoutez :

Eau distillée..... 120 grammes.  
Sirop simple..... 30 —

Une ou deux cuillerées à bouche matin et soir.

(Journal de médecine de Paris.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Un cas d'incontinence d'urine guéri par coïporaphie antérieure et postérieure

Par M. le Dr A. LAPHORN SMITH, B.A.M.D., Laval, M.R.C.S. Angleterre; chirurgien en chef à l'hôpital Samaritain, chirurgien à l'hôpital Western; gynécologue au Montreal Dispensary.

Depuis vingt-cinq ans, j'ai été consulté autant de fois que j'ai d'années de pratique, pour l'incontinence d'urine à la suite d'accouchements laborieux. Chez quelques-unes d'entre elles, après examen minutieux, j'ai trouvé des fistules, vésico-vaginales, ou vésico-utérines qui ont toutes été traitées de la manière ordinaire et ont guéries après opération. Chez d'autres, après un traitement de deux à trois mois, avec une mixture de fer, de strychnine et d'acide phosphorique, presque toutes ont été guéries. La cause d'incontinence, chez ces cas là, était la faiblesse, la lacération, ou la trop grande distention de la fibre musculaire du sphincter vésicale. La malade dont je fais mention aujourd'hui, qui fait exception à d'autres cas semblables que j'ai traités avec succès, s'est présentée au Montreal Dispensary il y a six mois.

Mad. M., âgé de 40 ans, eut un accouchement très difficile, il y a un an, il a fallu se servir des forceps et employer beaucoup de force pour extraire l'enfant. Depuis ce temps, elle est obligée de porter des garnis pour empêcher l'urine de tomber par terre. Son médecin, après maints essais a été incapable de la guérir. Quand elle était dans son lit elle pouvait retenir ses urines, une heure ou deux, ensuite l'urine commençait à sortir; si elle remuait ou prenait une grande inspiration, elle se sentait aussitôt mouillée. Quand elle travaillait ses urines la mouillaient continuellement et elle avait cette odeur d'urine corrompue.

Je la mis de suite sous l'influence du traitement dont j'ai fait mention et afin de la mieux observer, je la fis entrer au Samaritain où je la traitai une couple de semaines.

Après examen minutieux, je ne découvris aucune fistule; mais en remplissant la vessie avec de l'eau chaude salée, l'eau sortait, suivant les bords du cathéter; il n'y avait aucune contraction du sphincter. Elle avait de plus un large rectocèle, un cystocèle et un périnée déchiré.

Quoique j'aie vu un grand nombre de cas semblables où la malade avait fréquemment envie d'uriner, avec aussi la sensation continue d'urine dans la vessie, comme c'en est réellement le cas, je n'ai jamais vu un cas semblable amener l'incontinence.

J'eus de suite l'intention d'ôter une petite partie du sphincter relâché! Cela a été très aisé à faire après avoir ôté une lisière de la membrane muqueuse vaginale de la longueur de deux pouces et demi et de la largeur d'un pouce et demi. Pour rétrécir le sphincter, j'en fis la dénudation jusqu'au méat. Au lieu d'accoler les bords en cordons de bourse comme j'ai l'habitude de faire, je le fis avec une suture de catgut cachée dans la membrane muqueuse de la vessie

jusqu'à l'urètre. Le tout fut recouvert de la membrane muqueuse vaginale après l'avoir suturée avec soin. L'opération d'Heger fut faite sur la paroi vaginale postérieure avec des sutures de catgut, profondes et superficielles. Cela fit un bon support à la vessie. Le catgut était heureusement bon, les tissus sains, j'eus union par première intention. Le succès a été complet. Elle pût tousser, se tourner dans son lit, dès le premier jour, sans perdre une goutte d'urine. Deux semaines après elle marchait aisément, sans se mouiller sous ce rapport elle était aussi bien qu'avant son mariage.

250 rue Bishop, Montréal.

## Société française d'Electrotherapie (1)

RÉSUMÉ DE LA SÉANCE DU 17 NOV. 1898.  
(PRÉSIDENTE DE M. APOSTOLI).

*Présentation de cautères et lampes d'exploration.*

M. GAIFFE présente des cautères et des lampes à monture complètement métallique, ce qui permet de les flamber ou de les passer à l'étuve avant leur emploi. Leur fabrication mécanique permet de les établir à très bon marché.

*Traitement électrique de la gastralgie hystérique. Contribution de la franklinisation à l'électrodiagnostic*

Par M. APOSTOLI

et M. PLANET (assistant de la clinique du Dr Apostoli).

A propos de l'observation d'un cas grave de gastralgie hystérique, datant de dix ans, rebelle aux médications classiques, et soupçonnée d'origine tabétique, qui a disparu par la seule franklinisation, ils lisent une note dont voici les conclusions générales :

1° Certaines gastralgies manifestement hystériques peuvent simuler un symptôme précoce et souvent isolé du tabes au début.

2° Le diagnostic différentiel entre ces deux espèces de gastralgie trouvera dans la franklinisation bien appliquée et bien interrogée un élément précieux de conviction.

3° Le traitement électrique (statique) décèle très rapidement et dès le début de son application, les états hystériques, par la mise en lumière des perversions périphériques de la sensibilité. Il confirme souvent ce diagnostic immédiat par leur mutabilité plus ou moins grande.

4° Ce même traitement électrique, appliqué un temps suffisamment long, combattra avec succès la gastralgie hystérique dont le diagnostic sera ainsi doublement éclairé par la thérapeutique.

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitement des grossesses extra-utérines.**

Résumé du rapport lu au *Congès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.*

Par M. le Dr PAUL SECOND,

Chirurgien de la Salpêtrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de chirurgie.

(1) M. le Dr D. Labbé, secrétaire général de la société, a bien voulu nous transmettre ce compte rendu.



(Suite et fin)

## DEUXIÈME PARTIE

## Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois

Dans le traitement des grossesses de cette catégorie, la précision du diagnostic préalable reprend un peu ses droits. La laparotomie devient la seule opération possible dans tous les cas, sauf pour certains kystes fœtaux. Enfin, les questions à résoudre pour déterminer les règles opératoires les plus sûres se confondent, à tout instant, avec celles que soulève la chirurgie courante des grosses tumeurs abdominales. Je me crois donc autorisé, dans cette deuxième partie de mon rapport, à plus de brièveté que dans la première. Adoptant la même division que pour les grossesses plus jeunes, j'envisagerai à part les grossesses se développant sans accidents, jusqu'à l'extraction possible d'un fœtus vivant et viable, et les grossesses troublées dans leur évolution, soit par la mort du fœtus, soit par une complication proprement dite.

I.—*Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois, avec fœtus vivant.*— La laparotomie est la seule opération possible, et les divergences ne portent que sur deux points : l'époque de l'intervention et le choix à faire entre l'extériorisation du kyste ou son ablation totale.

*Quant faut-il opérer ?* Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est à terme. Lorsque le fœtus est vivant, mais pas encore viable ou même quand il est, viable, mais point à terme, la réponse est plus délicate. Lorsqu'un fœtus est vivant, mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'intervention immédiate s'impose. Lorsqu'on est au contraire plus près de l'époque de viabilité, on peut essayer de sauver mère et enfant à cette condition tout à fait irréductible, que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère. L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième ? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux circonstances le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention.

*Comment faut-il opérer ?* L'élytrotomie doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'extériorisation abdominale du sac, avec abandon du placenta ; l'extériorisation avec ablation du placenta : l'ablation totale du kyste fœtal. Les faits le démontrent et la prudence l'exige ; il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta. A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la première concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La deuxième se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorragie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour obtenir l'hémostase. La troisième, enfin, répond au cas, dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a rupture secondaire du sac, avec fœtus libre dans la cavité abdominale. Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas, que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

II.—*Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.*—**TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES DE PLUS DE CINQ MOIS COMPLIQUÉES D'HÉMORRAGIE PAR RUPTURE OU DE PÉRITONITE SUPPURÉE.**— L'hémorragie par rupture commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la laparotomie d'urgence. L'extériorisation du kyste doit être tentée, mais, les dif-

ficultés de l'hémostase exigent souvent des interventions plus complètes et notamment l'ablation complète du placenta. A son tour, la péritonite suppurée ne fait que précipiter l'urgence de la laparotomie sans modifier beaucoup la nature de l'intervention.

B. **TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE PLUS DE CINQ MOIS AVEC FŒTUS MORT.**— 1° *Grossesse avec mort récente du fœtus.*— Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant au point de vue des complications hémorragiques à redouter. Sauf urgence, il est donc prudent d'attendre que la circulation inter-hysto-placentaire soit ralentie et de reculer l'intervention ; à cette condition, toutefois, que le retard ne dépasse jamais six semaines. Il importe en effet beaucoup de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal.—La même similitude se retrouve dans le traitement. L'élytrotomie doit être repoussée. Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile ; hémorragie par décollement placentaire ; absence du sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.

2° *Grossesse avec fœtus mort depuis plus longtemps.*— L'élytrotomie reprend ses droits et devient une bonne opération, quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas, et ses résultats sont d'autant meilleurs que l'ablation du placenta est ici très indiquée. L'extirpation partielle du sac peut-être fait quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un sac de dimension minimum, dont on assure le drainage par une contre-ouverture vaginale. Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les événements consécutifs.

Ce dernier procédé peut être employé en cas de fœtus libre dans la cavité abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, en cas de fœtus libre, il vaut mieux enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un sac complet, l'extirpation totale du kyste est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais ses indications n'en demeurent pas moins exceptionnelles. Quant à la castration utéro-annexielles abdominale totale, c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les indications, tout à fait restreintes, se résument de la manière suivante : elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels ; une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident ou suppuré.*— Un vieux kyste fœtal n'a de spécial que son assuaire et les manœuvres particulières d'extraction que celui-ci nécessite. Il peut se compliquer de lésions péritonéales suppuratives exigeant la laparotomie d'urgence, et celle-ci se termine, suivant les cas, par une extirpation totale, ou par une ablation



complète avec drainage consécutif. En général, c'est le kyste foetal qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. Tantôt le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur annexielle relativement mobile. Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux. Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un kyste spontanément ouvert au niveau de l'abdomen, dans le vagin, dans le rectum, ou dans la vessie dans les deux premiers cas, leur incision n'est que l'agrandissement de la fistule préexistante. En cas de fistule rectale, il faut, sauf exception, se garder de la mettre à contribution, et inciser largement par l'abdomen ou le vagin. Quant aux kystes ouverts dans la vessie, ils peuvent s'évacuer par l'urètre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois ; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par cystotomie ou laparotomie.

Pour compléter ce qui précède, peut-être devrais-je donner la technique détaillée des opérations dont j'ai discuté les indications ; je ne le crois pas. A m'engager dans cette voie, je risquerais trop d'oublier les limites ou même l'esprit de mon rapport. Et bien que chirurgien, j'y renonce. S'il était possible qu'il y eût, parmi nous, des adversaires de l'intromission chirurgicale dans le domaine obstétrical, peut-être penseraient-ils qu'en procédant de la sorte, je me laisse aussi guider par ce fait que les grossesses ectopiques de plus de 5 mois vont, comme on l'a dit, plus souvent vers l'accoucheur que vers le chirurgien. Ce serait une erreur. Je sais bien que, dans les écrits consacrant la fusion nécessaire et les très justes noces de l'obstétrique et de la gynécologie, leur ménage à trois avec la chirurgie n'a pas toujours été vu d'un très bon œil ; et, fait bien inquiétant pour votre rapporteur, on a même écrit que " si le médecin n'est que l'un ou l'autre accoucheur ou gynécologue, il ne serait jamais qu'un savant incomplet, un monorchide scientifique". Cette boutade de mon ami Auvard contient bien sa part de vérité. Le gynécologue idéal, ainsi qu'il le nomme devait être, en effet, accoucheur émérite, médecin consommé et chirurgien merveilleux. Mais, hélas ! cette trilogie est peut-être difficile à réaliser par un seul ; et, mieux vaut, sûrement, poursuivre le fonctionnement de notre art par la division du travail que de nous soupçonner de monorchidie réciproque. Pardonnez-moi la forme un peu légère de cette digression et n'en voyez que le fond. Dussiez-vous me rappeler à l'ordre, je n'en resterais pas moins heureux d'avoir saisi cette occasion si naturelle aujourd'hui, de proclamer la valeur des services que nous pouvons nous rendre, et la nécessité formelle de notre parfaite union.

#### DISCUSSION

M. LAROYENNE (Lyon) n'a jamais dit qu'il ne fallait pas intervenir dans les hémorragies liées à la grossesse extra-utérine. En réalité, comme il a vu beaucoup d'hématocèles guérir spontanément, il pense qu'on ne doit pas intervenir dans tous les cas. C'est ainsi que, quand la tumeur n'atteint pas l'ombilic, que les accidents sont moyens, on peut, à condition de ne pas quitter la malade, attendre. En revanche, si le ventre grossit, si des phénomènes d'anémie se montrent, il faut intervenir et rapidement. Ce qui est important pour la conduite à tenir, c'est moins la soudaineté que la continuité de l'hémorragie.

M. MARTIN (Rouen) demande à M. Segond quelle est la conduite à tenir quand le sac est trop friable pour être marsupialisé, comme cela est arrivé récemment à M. Martin. L'ablation totale était l'indication théorique, vraie, mais si on l'avait faite, on tuait la malade.

M. KIRIAC (Bucarest) laisse les annexes saines, mais depuis qu'il a vu, chez la même malade, se produire deux grossesses extra-

utérines, il se demande s'il n'y aurait pas lieu de faire la castration totale.

Il signale le cas d'une malade qui présentait simultanément une grossesse normale et une grossesse extra-utérine. La malade avorta, puis 2 mois après, on enleva du cul-de-sac postérieur un fœtus. Comme la température s'éleva, on enleva par la laparotomie le placenta et l'utérus ; la malade guérit.

M. JONNESCO (Bucarest) est laparotomiste à outrance, car cette opération, mieux que toute autre, permet de se rendre compte des lésions, d'explorer le petit bassin, etc.

M. SOLOWIEFF (Moscou) demande, étant données les malformations fréquentes des enfants produits dans les grossesses extra-utérines, si M. Segond possède une statistique démontrant l'utilité des efforts faits pour conduire à terme ces fœtus.

M. D. MANGIN (Marseille). — Toute grossesse extra-utérine reconnue avant sa rupture, ce qui est fort rare au début, sera opérée si possible par la laparotomie.

Toute grossesse extra-utérine rompue, déterminant une inondation sanguine, sera opérée immédiatement par la laparotomie, après injections de sérum artificiel à hautes doses.

Quand l'hémorragie se reproduit par poussées successives, on pratiquera une laparotomie tardive.

Quand l'hématocèle s'enkyste et ne présente pas de tendance à la résorption au bout d'un mois ou un mois et demi au plus, l'intervention se fera de préférence par la voie vaginale, si cette voie est accessible.

Il y a aussi lieu d'intervenir en cas de transformation purulente de l'hématocèle ; la voie de choix est encore ici la voie vaginale.

En présence d'une inondation ventriculaire, opérer immédiatement par laparotomie.

Les hématocèles qui n'ont pas de tendance à la résorption au bout d'un mois et demi sont infectées.

M. Pozzi signale certains cas où après la mort du fœtus, le placenta continue à végéter : c'est ainsi que chez une femme qui avait été opérée pour des grossesses extra-utérines, on crut, 5 mois après la deuxième opération, à une troisième grossesse extra-utérine, alors qu'il s'agissait d'un petit morceau de placenta, greffé très haut, qui avait échappé lors de l'intervention, et qui avait descendu depuis.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chr.)

#### Traitement de la diarrhée catarrhale par l'eau de chaux effervescentes

M. le professeur Jaworski (de Cracovie) vient d'attirer l'attention sur une vieille préparation pharmaceutique un peu oubliée ces temps derniers, l'eau de chaux. Elle lui a réussi pour un grand nombre de diarrhées ; mais, la forme dans laquelle elle semble faire merveille est la diarrhée par catarrhe chronique de l'intestin.

Cette diarrhée par catarrhe chronique de l'intestin a les caractères suivants. Les selles liquides sont recouvertes de mucosités, contiennent ordinairement une forte quantité de bile et ont une très mauvaise odeur ; la moindre faute diététique augmente notablement leur nombre ; la défécation s'accompagne ordinairement d'émission d'une grande quantité de gaz. Quant aux malades eux-mêmes, ils se plaignent d'avoir constamment soif, accusent une sensation de douleur vague ou de plénitude dans la région ombilicale ; le ventre est sensible à la pression, souvent douloureux ; l'appétit est nul, ou, autrement dit, l'inappétence est absolue.

C'est dans cette forme d'entérite catarrhale, que le professeur Jaworski a obtenu des résultats excellents par l'emploi systématique de l'eau de chaux. Il donne aux malades, simultanément, deux solutions, une d'eau de chaux effervescente faible et une d'eau de chaux effervescente forte, qu'il formule de la façon suivante :

I. *Eau de chaux effervescente faible :*

Eau saturée d'ac. carbonique.....	1 litre.
Carbonate de chaux.....	} à 2 grammes.
Salicylate de chaux.....	

II. *Eau de chaux effervescente forte.*

Eau saturée d'ac. carbonique.....	1 litre.
Carbonate de chaux.....	4 grammes.
Salicylate de chaux.....	3 —

Ces deux solutions sont administrées de la façon suivante :

Tous les matins à jeun, une heure ou une demi-heure avant son premier déjeuner, le malade prend un demi-verre, soit 100 grammes, de la solution forte, et trois fois par jour, après chacun des trois principaux repas, un demi-verre de la solution faible. Dans les cas sérieux, il est préférable que l'eau soit préalablement chauffée ou plutôt tiédie. Mais, comme la composition et la saveur de l'eau de chaux effervescente se modifient quand on la chauffe, on procède de la façon suivante :

On fait chauffer presque jusqu'à ébullition un demi-verre d'une eau alcaline quelconque, (eau de Carlsbad ou de Vichy, par exemple) ; on y verse le demi-verre de l'eau de chaux forte et le malade prend ce mélange, aussi chaud qu'il peut le supporter, à jeun, une heure avant son premier repas.

Dans les cas où le malade prend l'eau de chaux froide, il doit avoir soin de laisser partir d'abord le surplus d'acide carbonique et, pour cela, n'avaler son eau qu'après qu'elle sera restée quelques minutes dans le verre.

Lorsque, au bout de quelques temps, les selles reprennent, sous l'influence de ce traitement, leur aspect normal, on remplace l'eau de chaux forte du matin par l'eau de chaux faible. Par conséquent, le malade prend encore pendant huit à quinze jours, le matin à jeun, un demi-verre d'eau de chaux faible, et, comme précédemment, un demi-verre d'eau de chaux faible après chacun des trois repas principaux. Au bout de ce temps, et les résultats acquis se maintenant toujours, on supprime le demi-verre du matin, et le malade continue encore pendant un ou deux mois l'eau de chaux faible, à la dose d'un demi-verre après chaque repas.

Dans les cas graves, où la diarrhée s'accompagne de coliques, de douleurs et de ténésme, il est utile que le malade garde le lit pendant les premiers jours et ait le ventre entouré de compresses chaudes.

Il va de soi que tous ces malades doivent en même temps suivre rigoureusement un régime alimentaire spécial.

Comment expliquer l'action bienfaisante de l'eau de chaux dans ces diarrhées ?

Il est possible que, déjà, dans l'estomac, les sels de chaux neutralisent en partie les acides et affaiblissent la vitalité des agents de fermentation ; le chyme ainsi modifié devient probablement moins irritant pour la paroi intestinale malade, en même temps que l'acide salicylique de la solution exerce une action modératrice sur les fermentations de l'intestin. Il se peut encore que le carbonate acide de chaux précipite une partie des ferments et rende moins irritante leur action sur la muqueuse enflammée de l'intestin ; enfin, on peut supposer que la chaux se précipite des sucs alcalins et forme, à la façon du bismuth, une couche protectrice à la surface de la muqueuse malade.

Quoi qu'il en soit, l'effet de l'eau de chaux effervescente, dans la diarrhée par catarrhe chronique de l'intestin, est des plus remarquables. La sensibilité de l'abdomen, les gargouillements, le ténésme disparaissent rapidement et les selles prennent une consistance plus ferme, solide. La soif, dont ces malades sont ordinairement tourmentés, disparaît au bout de quelques jours, ce qui est d'un avantage inappréciable, car les malades renoncent spontanément à l'ingestion d'une grande quantité de liquides, si nuisible pour la cure des diarrhées chroniques.

L'eau de chaux effervescente ne rend pas des services que dans la diarrhée par catarrhe chronique de l'intestin. Mais si, dans cette affection, l'eau de chaux exerce une action curative sur la lésion même, dans d'autres affections du tube digestif, elle n'a de prise que sur le symptôme diarrhée et encore son action est passagère, c'est-à-dire ne dure que tant qu'on continue la médication. C'est donc à titre de médication symptomatique que l'eau de chaux réussit dans la diarrhée qu'on observe dans la dilatation, idiopathique ou par cancer, de l'estomac ; dans la diarrhée par ulcérations tuberculeuses de l'intestin, où elle fait en même temps disparaître les douleurs ; dans la diarrhée des goutteux, etc., etc.

R. ROMME.

(*La Presse méd.*)

### Le rôle des bactéries dans l'étiologie des affections gastro-intestinales du nourrisson

par Th. ESCHERICH.

Ce travail comprend deux parties distinctes. Dans la première, l'auteur, après avoir passé en revue les gastro-entérites produites par les fermentations anormales de l'intestin et par l'auto-intoxication, montre qu'à côté des gastro-entérites d'origine toxique, il en est d'autres qui relèvent d'une véritable infection.

Depuis longtemps déjà, il était difficile d'expliquer par l'auto-intoxication intestinale certaines gastro-entérites qui, sous forme d'épidémies, se déclaraient dans des hospices d'enfants et frappaient les nourrissons alimentés avec du lait stérilisé ou même nourris au sein ; le début brusque, l'apparition des symptômes généraux graves et, plus tard, celle de complications manifestement inflammatoires montraient également que, dans ces cas, il s'agissait plutôt d'une infection que d'une intoxication ; enfin, la constatation des divers microorganismes pathogènes dans les tissus des nourrissons qui avaient succombé à ces gastro-entérites était encore une preuve à l'appui de l'origine infectieuse de ces catarrhes intestinaux.

Pour établir d'une façon plus précise l'existence de ces gastro-entérites infectieuses, l'auteur a fait l'examen bactériologique des selles de ces enfants, et ses recherches lui ont permis d'isoler, dans le groupe des gastro-entérites une forme relevant de l'infection du tube digestif par le streptocoque.

Le tableau clinique de ces gastro-entérites est très variable. Dans les cas légers, on trouve seulement une irritation de la muqueuse intestinale se manifestant par des selles séreuses expulsées en jet. Dans les cas graves, à début aigu, le complexe symptomatique se rapproche progressivement du choléra infantile : les phénomènes toxiques graves, l'hyperpyrexie et les convulsions ouvrent la scène ; les selles liquides renferment du sucre, de l'albumine qui se coagule par la chaleur, des cellules épithéliales, des hématies et du mucus coloré en vert. Malgré ces symptômes bruyants, l'affection tourne souvent court et les enfants finissent par guérir.

Le terminaison mortelle survient ordinairement dans les cas où l'infection se généralise, ce qui s'observe généralement chez les enfants déjà depuis longtemps malades et affaiblis. Dans ces cas, le processus inflammatoire se localise principalement dans le gros intestin, les complications pulmonaires et la fièvre apparaissent ; et, bien que les symptômes d'entérite cèdent, les enfants succombent à la septicémie ou à la marche progressive des complications pulmonaires.

L'examen bactériologique des selles montre, dans ces cas, la présence des streptocoques (à côté des coli-bacilles) disposés sous forme de diplocoques, ou en chaînettes plus ou moins longues. Dans les cas légers, on les trouve seulement dans les selles ; dans les cas graves, on en trouve aussi dans le sang et dans l'urine.

À l'autopsie, on constate un catarrhe inflammatoire aigu de l'intestin avec tuméfaction et ulcération des plaques de Peyer et des

follicules clos. Des streptocoques nombreux se trouvent dans les parois intestinales et dans les lymphatiques sous-séreux; en petit nombre ils existent encore dans les vaisseaux du foie et des reins, dans le myocarde; dans les poumons, ils existent en grand nombre à côté des pneumocoques.

Ces streptocoques ne sont pas très virulents; leurs propriétés pathogènes ne sont pas encore suffisamment connues.

À côté de cette gastro-entérite à streptocoques, l'auteur a pu étudier un cas où l'agent infectieux était le staphylocoque; dans d'autres cas, on a signalé le bacille pyocyanique. Il en résulte donc qu'il existe une gastro-entérite due à un catarrhe infectieux aigu de la muqueuse gastro-intestinale, produit par l'invasion des pyogènes, et analogue au catarrhe et à l'inflammation que ces mêmes microorganismes provoquent dans d'autres muqueuses.

Quant au coli-bacille, il produirait, d'après l'auteur, une colite dysentérique dont il a observé trois cas. Dans ces trois cas, le sérum de chaque malade agglutinait les coli-bacilles isolés de ses selles à lui et était sans action sur les coli-bacilles des selles des deux autres.—(Ibid.)

R. ROMME.

### I. Rétrécissement traumatique. II. Rétrécissement blennorrhagique. III. Hypertrophie de la prostate (1)

Hôpital Necker—Service de M. ALBARRAN (Policlinique du Samedi)

Voici un homme de 42 ans qui n'a jamais eu de blennorrhagie ni de troubles urinaires antérieurs à la maladie actuelle. Le 11 février dernier il est tombé à califourchon sur une planche, et a eu de suite une première urétrorrhagie en dehors de la miction. Le lendemain seulement survint une rétention complète d'urine qui nécessita une ponction de la vessie. Le malade resta cinq semaines à l'hôpital; depuis son accident il a toujours mal uriné et a eu plusieurs fois des mictions douloureuses, fréquentes et des urétrorrhagies.

Cette symptomatologie est l'histoire résumée et très simple de la rupture de l'urètre; l'accident datant déjà de plusieurs mois, nous ne pouvons aujourd'hui apprécier l'étendue de la rupture, mais il est à croire qu'elle n'a pas été complète puisqu'il n'y a pas eu d'hématome du périnée. Il n'y a eu vraisemblablement qu'une rupture interstitielle, rupture de la muqueuse et rupture incomplète des corps caverneux.

Dans ces cas l'urétrorrhagie suit immédiatement l'accident et se fait en dehors de la miction, la rétention est la règle. Le cathétérisme est difficile, souvent impossible, le mieux est d'employer une petite sonde à bécuille et de suivre la paroi supérieure du canal qui n'est pas ordinairement intéressée; souvent on arrive mais souvent aussi on échoue, c'est ce qui est arrivé chez ce malade à qui on a dû faire la ponction.

La ponction n'est cependant pas à conseiller, il vaut mieux tout de suite recourir à l'urétrorotomie externe et aller à la recherche de la rupture pour la suturer. Cela est d'autant plus indiqué dès le début qu'on est presque toujours obligé de le faire dans la suite. En effet la règle dans les ruptures de l'urètre, c'est le rétrécissement consécutif contre lequel l'urétrorotomie externe s'impose.

C'est ce qui est arrivé ici, le malade a un rétrécissement traumatique classique, rétrécissement cicatriciel; suivant l'ordre habituel des choses, ce rétrécissement est survenu de bonne heure. À l'encontre des rétrécissements blennorrhagiques qui sont toujours tardifs, n'arrivant qu'au bout de bien des années, les rétrécissements traumatiques sont ordinairement précoces, survenant au bout de quelques semaines, nous disons ordinairement car il y en a aussi de tardifs. M. Bazy en a fait connaître quelques cas n'étant survenus qu'au bout de plusieurs années; mais ce sont là des faits exceptionnels.

(1) Clinique des maladies des voies urinaires.

Le rétrécissement traumatique siège ordinairement à la région bulbulaire, celle qui a été directement intéressée dans les chutes sur le périnée et c'est un rétrécissement unique contrairement encore aux rétrécissements d'origine blennorrhagique qui sont multiples.

Ici chez ce malade, en essayant le cathétérisme d'abord avec une sonde à boule on est arrêté net au bulbe jusqu'ou d'ailleurs on a cheminé sans rencontrer d'obstacle.

Ne passant pas avec la sonde à boule il faut essayer avec une bougie filiforme; si on échoue il faut la replier en baïonnette, car ainsi modifiée elle s'insinue plus facilement que lorsqu'elle est droite.

La difficulté de passer réside en effet dans ce fait que l'orifice sténosé ne se trouve pas dans l'axe du canal de l'urètre mais bien sur une partie latérale; dans ces conditions l'orifice est plus facilement rencontré avec la sonde en baïonnette. Si, ce qui arrive aussi parfois, le rétrécissement est long et tortueux il est plus facilement franchi avec une bougie en spirale.

Une fois le rétrécissement franchi il faut laisser la bougie à demeure car on n'est pas sûr plus tard de retrouver son chemin.

Le cathétérisme n'est pas la seule exploration à faire ou tout au moins à tenter dans des cas semblables. Il faut s'enquérir de l'état de la vessie; ordinairement quand le rétrécissement s'est formé rapidement les accidents urétraux ou vésicaux ne sont pas très sérieux mais ils existent cependant chez notre malade, les urines sont parfaitement claires, tandis que d'habitude il y a un peu d'urétrite postérieure et de cystite.

Ici nous n'avons donc qu'un accident purement local sans retentissement du côté de la vessie; il nous faut cependant savoir si le malade vide sa vessie ce dont nous pouvons nous assurer par le toucher rectal puisque nous ne le pouvons faire par la sonde. Le toucher rectal nous indique: 1° que la vessie est vide; le malade a uriné il y a peu de temps. 2° qu'il existe un commencement d'hypertrophie de la prostate, 3° que le rétrécissement occupe toute la partie antérieure du bulbe.

Doit-on faire chez ce malade l'urétrorotomie interne ou l'urétrorotomie externe avec résection de l'urètre. Les conditions sont ici excellentes pour une urétrorotomie externe puisque le rétrécissement est unique, parfaitement limité et puisque l'urètre et la vessie ne sont pas infectés. D'ailleurs elle-même l'urétrorotomie externe avec résection de l'urètre est toujours préférable à l'urétrorotomie interne qui ne peut détruire complètement la sténose et qui est suivie de récurrences rapides arrivant en série alternante avec les opérations. Enfin dans le cas présent il y a encore une autre raison qui milite en faveur de l'urétrorotomie externe, c'est l'hypertrophie commençante de la prostate.

À l'urétrorotomie externe doit être jointe la résection de l'urètre car l'urétrorotomie simple exposerait au même inconvénient que l'urétrorotomie interne c'est-à-dire à la récurrence. En effet si après l'urétrorotomie on se borne à suturer les bords de la plaie urétrale, la réunion de tissus la plupart du temps mâchurés se fera avec une cicatrice épaisse et irrégulière qui reproduira ce rétrécissement. Il convient, dans l'espèce d'avoir une suture linéaire, régulière, propre et pour cela portant sur des tissus sains. Force est donc de faire la résection de tout le noyau fibreux occupant la place de la plaie traumatique; il n'est donc pas besoin de s'occuper de la paroi supérieure qui n'a pas souffert, la résection doit porter exclusivement sur la paroi inférieure dans laquelle on fait une résection en tranche de melon, suivie de la suture, laquelle porte alors sur des tissus sains et bien vivants.

II. À côté de ce type de rétrécissement traumatique voici un exemple de rétrécissement blennorrhagique.

Il s'agit d'un homme de 36 ans qui a eu une première blennorrhagie à 17 ans, blennorrhagie suivie d'ailleurs de nombreuses autres, ou plutôt jamais guérie. Depuis deux ans seulement il éprouve de la gêne de la miction, et urine goutte à goutte.

Voici donc un rétrécissement qui s'est manifesté seulement 17 ans après l'accident primitif ; la sclérose s'est formée lentement. De plus il est à prévoir, que ce rétrécissement n'est point unique et que nous allons en trouver toute une série.

Ici avant tout cathétérisme il importe de laver le canal avec soin pour ne pas inoculer l'urètre postérieur et le col de la vessie, ce qui malheureusement est peut-être déjà fait.

Les lavages opérés, il faut s'armer d'un explorateur à boule, et explorer le canal. Nous sentons déjà dans la région pénienne des points raboteux qui sont autant d'anneaux fibreux de rétrécissements ; à la partie antérieure de la région périnéale l'explorateur n° 21 est arrêté. Prenant alors un explorateur plus petit on constate un rétrécissement serré occupant toute la région périnéale antérieure, plus près du bulbe une bougie filiforme même ne passe plus, seule une bougie en baïonnette franchit l'obstacle.

De cet exemple rapproché du précédent découlent bien les différences essentielles existant entre le rétrécissement traumatique et le rétrécissement blennorrhagique.

Quelques mois seulement séparent le premier de l'accident initial, tandis que le second a mis 17 ans à se former, là il y a un rétrécissement unique, ici il y en a tout une série étagée, les plus profonds étant les plus serrés ; là le rétrécissement occupe un point constant qui est la partie postérieure de la région périnéale immédiatement en avant du bulbe, ici le ou les rétrécissements peuvent occuper tous les points de la région périnéale tous jusqu'au bulbe mais ils ne vont pas plus loin. Les rétrécissements blennorrhagiques ne dépassant pas en effet l'urètre antérieur ; qui dit rétrécissement de l'urètre postérieur dit rétrécissement traumatique.

Si l'aspect, l'évolution des rétrécissements blennorrhagiques sont si différents des rétrécissements traumatiques, différent aussi est le traitement. Il ne peut être question ici d'urétrotomie externe et de résection de l'urètre vu la longueur sur laquelle s'étagent les rétrécissements. Il n'y a que deux moyens à employer : la dilatation progressive et l'urétrotomie interne. Le premier est long et loin de réussir toujours, en effet pour arriver à la guérison et être à l'abri des récidives il faut arriver à pouvoir passer le n° 60 de Béniqué ; si comme cela arrive le plus fréquemment et ce qui arriverait très vraisemblablement ici, on ne peut faire passer que le n° 40 Béniqué la dilatation est insuffisante et la récidive est certaine ; elle sera d'autant plus rapide que le malade sera plus négligent à se sonder à la suite du traitement. L'urétrotomie interne s'impose donc ; après l'urétrotomie une sonde à demeure continuera le traitement.

III. Voici un malade âgé de 63 ans, c'est un prostatique, qui a eu, il y a deux ans, une rétention d'urine complète ; depuis il s'est toujours sondé lui-même, la contractibilité de la vessie est très affaiblie, et il a de l'urétrite postérieure, de la cystite, au résumé tous les maux qu'amènent les sondages fréquents. Le problème qui se pose ici est de guérir la cystite et d'améliorer la prostatisme.

On doit donc tout d'abord examiner la prostate en s'armant d'un explorateur à boule. Chez ce malade on rencontre d'abord un spasme de la région membraneuse la voie cependant est libre, la portion prostatique est assez serrée, trop serrée même pour qu'il soit possible d'apprécier quand on est arrivé dans la vessie. Prenant une sonde à bécuille et renouvelant le cathétérisme on s'aperçoit qu'on n'arrive pas dans la vessie puisqu'il ne sort pas d'urine. La sonde est arrêtée par le lobe moyen de la prostate. Avec une autre sonde à bécuille de moindre calibre et de courbure différente on arrive à passer par dessous l'obstacle, on constate que la contractibilité de la vessie est très faible, on est obligé de la presser fortement pour la vider ; de plus on retire une notable quantité du pus. Le malade se sondait souvent mais sans jamais laver sa vessie comme on le lui avait appris. On voit enfin que l'hypertrophie de la prostate porte

principalement sur le lobe moyen, l'organe n'est point augmenté en longueur, l'urètre a sa longueur normale.

Cette constatation de l'absence de l'hypertrophie totale est un point capital au point de vue du traitement.

Mais de nouveaux renseignements sont encore nécessaires. Cette hypertrophie limitée au lobe médian est-elle une hypertrophie simple ou est-elle la résultante de l'invasion de la tuberculose ou le fait d'un néoplasme ? Pour résoudre cette question il faut s'enquérir s'il n'y a pas de douleurs irradiées, s'il n'existe pas de ganglions profonds, s'il n'y a pas d'œdème résultant d'une compression veineuse. Il faut toujours se méfier quand on rencontre ainsi un noyau dur occupant un des lobes de la prostate. Chez notre malade il n'y a rien, pas de douleurs, pas de ganglions.

Enfin il faut voir l'état des reins. Le rein droit est augmenté de volume mais le rein gauche n'a rien, du côté droit il y a un peu de pyélo-néphrite ce qui est assez naturel chez un homme qui a une rétention depuis deux ans.

Au résumé on a affaire ici à une hypertrophie moyenne de la prostate limitée au lobe médian, il y a de la cystite et des lésions ascendantes légères ; l'état général est très bon, la contractibilité de la vessie quoique affaiblie n'est pas abolie.

Pour ce qui est de la cystite, pour la guérir, il faudra recourir aux lavages nitrés et il faudra régulièrement sonder le malade.

Quand au second point que nous avons signalé la guérison du prostatisme, c'est là un cas type où la prostatectomie est indiquée. En effet le lobe médian seul est en cause et seul fait saillie au niveau du col, il faudra avant de recourir à l'intervention chirurgicale bien vérifier le fait par la cystoscopie ou au moyen d'un explorateur métallique.

Il est possible aussi, probable même, que la castration soit capable d'apporter une amélioration, mais la castration doit être réservée aux prostatites diffuses.

(Abeille méd.)

#### La dysménorrhée hystérique et son traitement

Chez les vierges et chez les nullipares la dysménorrhée est loin d'être toujours liée soit à des lésions inflammatoires de l'utérus, soit à des causes mécaniques ; elle reconnaît souvent pour cause l'hystérie, et l'on trouve alors chez ces malades des stigmates de cette névrose ; d'autre part, chez elles, la douleur utérine est souvent précédée d'une aura à siège variable.

M. Vedeler, de Christiana, aurait, d'après la *Semaine médicale*, trouvé un autre caractère de ces dysménorrhées hystériques.

Ce symptôme consiste en une sensation douloureuse provoquée par le doigt explorateur lorsqu'il exerce une pression à travers la voûte vaginale sur le col utérin, au niveau de son orifice interne. Ce point douloureux est situé d'habitude en avant et à gauche, bien que l'utérus ne soit le siège d'aucun processus inflammatoire. En même temps, la matrice se trouve parfois attirée à gauche et comme fixée dans cette position ; quand on essaye de lui imprimer des mouvements, la malade éprouve de la douleur. Ce phénomène résulterait d'une contraction spasmodique des muscles du ligament large lié à l'hyperesthésie utéro-vaginale, mais il ne serait nullement dû à une immobilisation de la matrice par des exsudats. En effet, comme M. Vedeler l'a constaté maintes fois, le spasme en question peut se dissiper brusquement : l'utérus récupère alors sa mobilité et revient dans la position médiane normale, puis la contraction spasmodique se répète pour cesser de nouveau au bout d'un certain temps, et ainsi de suite.

Dans le traitement de la dysménorrhée hystérique il faut, d'après notre confrère, éviter les narcotiques et le décubitus horizontal prolongé, qui ne font qu'aggraver l'état de la patiente. Les meilleurs moyens auxquels on puisse avoir recours, en dehors de

traitement général de l'hystérie (hydrothérapie, psychothérapie, isolement dans une maison de santé), sont le seigle ergoté, les bromures et les applications électriques.

L'ergot de seigle donne souvent des résultats rapides, surtout lorsqu'il s'agit de douleurs franchement utérines que les malades localisent à la symphise pubienne. M. Vedeler prescrit dans ces conditions l'ergotine à la dose de 0 gramme 10 répétée trois fois par jour. Cette médication est continuée pendant toute une période intermenstruelle. Si les règles suivantes sont moins douloureuses, l'ergotine doit être donnée encore pendant un mois. L'action favorable de ce médicament est parfois si rapide et si complète qu'elle ne peut être attribuée qu'à la suggestion.

Lorsque la douleur n'est pas ressentie à la symphise pubienne, mais plus latéralement, vers les ovaires, et qu'elle revêt un caractère plutôt continu que paroxystique, les bromures se montrent plus utiles que le seigle ergoté.

La faradisation de l'utérus constitue un bon moyen pour combattre la dysménorrhée hystérique. On introduit une électrode en forme de sonde dans la cavité utérine ou bien l'on applique simplement sur le col une électrode en boule, tandis que l'autre électrode est promenée sur l'abdomen. Les séances faradiques doivent être continuées pendant plusieurs mois.

(*Gazette de Gynécologie*)

#### La mort immédiatement après opération

VITTORIO CAPRARA (de Milan.)

La mort immédiate, brusque et sans cause apparente, a depuis longtemps attiré l'attention des médecins. C'est une question qui intéresse aussi la médecine légale sans parler de l'intérêt anatomopathologique qu'elle présente.

Après avoir passé en revue les opinions des savants modernes qui ont étudié ce sujet, l'auteur arrive à examiner la mort subite au point de vue clinique. Deux cas typiques peuvent se présenter. Un individu jouissant d'une excellente santé devient tout à coup livide et tombe raide mort sans proférer un seul mot, ni faire aucun mouvement. A l'autopsie on ne trouve généralement aucune lésion appréciable et on attribue le cas à une syncope cardiaque. Dans l'autre cas, un individu bien portant, du moins en apparence, pâlit tout à coup ou se congestionne, la tête s'incline sur l'épaule, il tombe par terre, perd connaissance, a un rale, lâche involontairement de l'urine ou des excréments et meurt au bout de deux ou trois minutes. A l'autopsie on trouve les lésions encéphaliques ou pulmonaires qui expliquent suffisamment la mort. Il peut être d'une certaine importance de faire un diagnostic rétrospectif et d'établir d'après les lésions si la mort a été instantanée ou non. Un symptôme d'une très grande valeur est la persistance de la liquidité du sang et la distribution égale de sang liquide dans tout le système circulatoire.

La mort instantanée après une opération chirurgicale est une complication relativement rare et voilà pourquoi ce sujet n'a guère occupé les chirurgiens. Parmi les causes qui produisent la mort subite après les opérations il faut citer : la suppuration prolongée, les privations, la misère physiologique, l'âge avancé. Le sexe paraît aussi avoir une influence considérable sur l'issue de l'opération : l'homme, par suite de son intempérance, ses excès de travail et de fatigue, est moins résistant que la femme.

Une complication moins rare qu'on observe dans certaines opérations, c'est la congestion pulmonaire et la pneumonie qui souvent amènent rapidement la mort. Ce sont spécialement des individus d'un âge avancé qui sont pris d'une congestion pulmonaire à la suite d'une opération chirurgicale même légère.

L'alcoolisme ainsi que le diabète sont des causes assez fréquentes de mort subite post-opératoire. Le chloroforme, le choc opératoire

sont deux facteurs dont le concours peut bien produire un décès subit chez des personnes affaiblies.

La mort instantanée après l'administration du chloroforme n'est pas non plus un fait absolument rare : mais ce qui est plus fréquent, c'est la syncope au commencement de la chloronarcose. Cette anesthésie peut tuer immédiatement ou par l'arrêt du cœur en diastole ou bien par absorption trop forte de chloroforme. Dans ce dernier cas ce sont les mouvements respiratoires qui s'arrêtent d'abord. La syncope par arrêt du cœur est généralement mortelle et sans remède, tandis que la syncope produite par la trop grande quantité du narcotique peut disparaître avec la respiration artificielle. L'emploi du chloroforme est contre-indiqué dans les maladies du cœur.

Une cause de mort instantanée qui est plus fréquente qu'on le suppose et à laquelle on prête peu d'attention c'est la longue durée de l'opération et la perte de sang. Aussi dans certains cas le chirurgien doit prendre la précaution d'injecter du serum artificiel aux malades anémiés.

Il faut encore mentionner la pénétration de l'air dans les veines comme une des causes de la mort subite comme post-opératoire. Enfin il y a des cas où l'on ne trouve pas d'autre explication que l'effet du choc nerveux.

(*L'Indépendance Méd.*)

#### De l'emploi de l'analgésie hypnotique dans les accouchements

P. JOIRRE (de Lille).

Le manuel opératoire est des plus simples, il consiste uniquement à placer une des mains sur les yeux du sujet qui ferme spontanément les paupières sous cette légère pression. L'autre main est appliquée sur le ventre, et en même temps l'on fait une suggestion verbale, douce, lente, persuasive, sans avoir l'air en quoi que ce soit d'imposer à la patiente une volonté ou une idée qui s'insinue doucement, qu'elle accepte, et qu'elle réalise sans se douter qu'elle est suggestionnée.

L'auteur dit que ce procédé peut être aisément appliqué par tout médecin capable de faire un accouchement ; il suffit, en effet, de bien se rendre compte de la manière de faire, ou de l'avoir vu employer une fois pour être en état de l'utiliser, car il ne présente aucun des dangers de l'état profond de l'hypnose.

L'auteur ne prétend pas que l'on obtiendra toujours une analgésie absolue chez tous les sujets auxquels on appliquera ce procédé, mais il croit qu'on l'obtiendra dans la majorité des cas ; il affirme que toujours on pourra diminuer considérablement la souffrance, et que s'il se présente quelques cas absolument réfractaires ils seront tout à fait exceptionnels.

L'auteur ajoute que, même dans les cas où le succès ne sera pas complet, il n'y aura aucun désagrément à craindre ni pour le médecin ni pour la malade, car on n'aura pas promis d'avance à cette dernière de la faire accoucher sans douleur, et quand bien même on n'aurait réussi qu'à diminuer quelque peu la somme de souffrance qu'elle pouvait éprouver, elle ne pourra que s'en montrer reconnaissante.

Le résultat à obtenir vaut la peine que les médecins s'en préoccupent et fassent quelque effort pour réussir tous à appliquer ce procédé. Ils ne doivent pas oublier que leur rôle n'est pas uniquement de soigner et de guérir, mais plus souvent encore de soulager. Il ne suffit pas dans les accouchements de faire de l'antisepsie et de rester spectateur impassible des douleurs contre lesquelles nous pouvons et nous devons lutter.

(*Bulletin de la Société centrale de Médecine du département du Nord.*)



**L'injection sous-cutanée d'eau salée sans appareil spécial**

Mandé auprès d'un malade atteint d'un état grave, le médecin n'est pas pardonnable de ne pas avoir dans sa poche une seringue de Pravez. Avec cet instrument il pourra dans un cas urgent pratiquer des injections sous-cutanées d'eau salée dans un cas d'anurie, un état infectieux grave, dans une tendance syncopale, suite d'une hémorragie abondante et d'un traumatisme.

Quant au liquide à injecter, poursuit M. Capitan, pas n'est besoin d'aller chez le pharmacien, le médecin trouvera partout une casserole pour faire bouillir de l'eau et du gros sel. Ajoutez une forte pincée de gros sel dans un demi-verre d'eau et faites bouillir aussi vite que possible, inutile d'ajouter qu'il faudra aseptiser la seringue et son aiguille ; tremper les doigts dans de l'eau-de-vie, frotter vivement l'aiguille avec un linge imbibé du même liquide et nettoyer soigneusement la place, soit le flanc, soit la fesse, soit de préférence la partie antéro-externe de la cuisse. Rien ne sera plus facile de faire refroidir le liquide en plaçant la casserole dans un baquet d'eau froide, et si le temps presse, verser un peu d'eau salée dans un verre très propre, agitez-la, puis la rejetez : vous transvasez ainsi successivement de la casserole dans le verre le liquide à injecter.

Ces précautions prises, poussez rapidement une injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, puis enlever la seringue laissant l'aiguille en place, remplissez la et faites une nouvelle injection ; continuez de la même façon.

Incontestablement ce n'est pas amusant d'injecter ainsi 20, 40, 80 seringues. On y arrive pourtant assez vite. Il est possible d'injecter quatre à cinq seringues par minute. L'absorption se fait presque au fur et à mesure. Il ne reste qu'un œdème, minime, facile à faire disparaître par un léger massage. On peut donc ainsi en une demi-heure injecter 100 gr. d'eau salée ; ordinairement la moitié suffit pour une fois et permet déjà d'obtenir des résultats appréciables. On peut d'ailleurs recommencer deux à trois heures après. Quand l'injection est finie, un linge propre, au besoin un peu de compression, suffisent.

Nous estimons que M. Capitan, en indiquant au praticien les moyens improviser, sans outillage spécial, une médication très active, a rendu un grand service.

(*Médecine Moderne*).

**Un nouveau procédé de castration chez l'homme**

M. le Dr PANTALONI (de Marseille). — Au cours d'une castration faite pour tuberculose du testicule, je fus amené à enlever en entier le cordon qui était le siège d'un abcès froid au niveau du point où il franchit le détroit supérieur du bassin pour gagner l'excavation. Ce malade est guéri depuis trois ans.

Chez un enfant atteint de cancer du testicule, je pratiquai la même opération et je dus enlever, en même temps que tout le cordon, un ganglion péritonéal, le long des vaisseaux testiculaires. L'enfant succomba six mois après son cancer (Lymphadénome).

Enfin, dans un troisième cas, je fis une laparotomie latérale et e pus explorer et enlever deux ganglions qui étaient très appréciables au doigt. Ce malade guérit.

Ces observations me conduisent à ce nouveau procédé de castration chez l'homme, qui est basé sur ce fait qu'on ne doit jamais opérer une tumeur maligne sans explorer les ganglions avoisinants.

La technique est la suivante : le malade est placé sur un plan incliné et le côté à opérer un peu plus élevé que le côté sain, de façon à rejeter les intestins aussi loin que possible du champ opératoire. L'incision part des bourses et suit le bord externe du muscle grand droit. La tumeur est ensuite enlevée. Un aide tire sur le cordon, qu'on coupe le plus haut possible. Ensuite, les vaisseaux servant de point de repère, on va à travers le péritoine pariétal, à la recherche des ganglions lombaires ; et on extirpe tous ceux qui sont bien ap-

préciables au doigt. Puis on ferme l'abdomen par le procédé ordinaire.

La recherche des ganglions lombaires est relativement facile, si les intestins sont vides ; elle est difficile dans le cas contraire.

(*Gazette médicale de Paris*)

**Alimentation des tuberculeux à l'hôpital**

D'après M. Letulle, les malades de Paris demandent des drogues et se croient mieux soignés quand ils sont médicamentés à l'intérieur. Il recommande de ne donner aucun médicament funeste pour l'estomac, la place d'armes de la défense du tuberculeux.

M. Letulle a fait dresser pour son service une liste des aliments autorisés, défendus et recommandés pour les malades et pour leurs parents.

*Aliments défendus* : Gibier, homard, langoustes, écrevisses, vin, alcool, liqueurs quelconques, bonbons, sucre d'orge, biscuits, prunes, groseilles, noisettes, amandes, noix.

*Aliments autorisés* : Croissants, petits pains, chocolat, confiture, sucre, châtaignes cuites, marrons cuits, bière, café, thé, cerises, fraises, abricots, gâteaux, pommes, figues, dattes, pâtisseries, pain d'épices.

*Aliments recommandés* : Fromages, crème fraîche, beurre, rillettes, foie gras, saucisson, graisse d'oie, jambon, poulet rôti, rosbif froid, œufs frais, sardines, thon, maquereaux, sardines à l'huile, orange, raisin, pêches, miel, gâteaux secs.

(*La Presse méd.*)

**FORMULAIRE****Sirop de l'enfant Jésus.**

Calmant pour les jeunes enfants (insomnies, convulsions, etc.).  
Chaque cuillerée à café contient :

Bromure de potassium.....	0,05
— de sodium.....	id.
— d'ammonium.....	id.
— de calcium.....	id.

Sirop de belladone.....	1 gr.
— de fleurs d'oranger.....	5 gr.

Mode d'emploi : 1 à 4 cuillerées à café suivant l'âge.

(*Bull. de Phar. de Lyon.*)

**Traitement de la diarrhée chez les enfants.**

M. le docteur Michon (d'Essoyes) a traité avec succès des nourrissons atteints de diarrhée, par l'application de feuilles de vin rouge sucré (par parties égales) aussi chaud que l'enfant pouvait le boire.

Le vin rouge pur, sucré et très chaud, me semblait indiqué, à cause du tannin et de l'alcool, deux astringents.

En 1896, ce traitement a été employé avec succès pendant une épidémie qui régnait sur la garnison de Reims.

(*Journ. de clin. et de thérap. inf.*)

**Élixir dentifrice antiseptique.**

Salol.....	3 grammes.
Alcool à 90 degrés.....	150 —
Essence de badiane.....	} à 50 centigrammes.
Essence de géranium.....	

Essence de menthe..... 1 gramme,

**Vin quino-phosphate (A. ROBIN).**

Hosphate neutre de potasse.....	15 grammes.
Eau.....	20 —
Vin de quinquina au grenache....	450 —
Siaop de quinquina.....	50 —
Acide phosphorique.....	1 goutte.

(*Gaz. Heb.*)



## TRAVAUX ORIGINAUX

## De l'emploi des sels de l'acide soziodique dans le traitement des affections nazales

Par M. E. de LAVAL-THYERNAY, M. D., Victoria.

New-Bedford, Mass., U. S.

Le traitement du catarrhe nasal présente souvent de graves difficultés, particulièrement dans certaines variétés de cette affection.

Les résultats négatifs, sont le plus souvent observés dans le traitement du catarrhe nasal atrophique, la carie ou nécrose ethmoïdale, l'ozène, etc.

Ces résultats négatifs, sont dus à plus d'une cause dont plusieurs sont indépendantes de toutes formes de traitement et sur lesquelles le médecin n'a aucun contrôle.

On peut considérer certaines de ces causes comme extérieures, telles sont les conditions atmosphériques, climatiques, sous lesquelles vivent les patients, leurs occupations, etc., de plus certaines diathèses.

Par exemple les personnes vivant dans les climats humides, froids, exposés aux changements brusques de la température sont plus exposés aux affections nazales, par conséquent aux rechutes que celles habitant un climat sec et régulier.

Ces conditions atmosphériques et climatiques jouent un grand rôle comme cause de l'affection et ont une très grande influence sur la durée du traitement et les résultats ultérieurs.

Dans la Nouvelle Angleterre 65 % des habitants souffrent du catarrhe nasal. L'air que l'on respire contient une notable quantité de vapeur d'eau, car à certaines périodes de l'année, la saturation ou humidité se lève de 15% à 98%, par conséquent les cas de catarrhe nasal sont plus nombreux dans ces parages que dans le Sud de la Californie les plateaux élevés du Colorado, etc.

Que cette condition ait une action spéciale comme cause de l'affection dont nous parlons se prouve par l'expérience qui nous démontre que très souvent un catarrhe nasal même l'asthme lié à cette affection se guérissent seulement en passant dans un climat sec et régulier.

Sur les rivages de l'Atlantique le catarrhe nasal a un caractère particulier.

Maintenant chez les ouvriers des fabriques de coton, de laine, ou chez ceux qui travaillent dans les usines où l'air contient des débris ou poussières végétales, minérales, etc., on remarque que le catarrhe nasal est très souvent compliqué et que la forme atrophique ordinairement prévaut.

L'action continue de ces poussières sur les muqueuses, détermine des conditions pathologiques aggravant l'affection primaire.

Si d'un côté l'art médical lutte contre des conditions atmosphériques ou hygiéniques presque incontrôlables, il existe d'autres causes d'irritation dont le contrôle est facile.

Ce qui est du contrôle médical c'est l'emploi d'une méthode de traitement rationnelle et le choix des remèdes.

On rencontre très souvent en pratique des cas de catarrhe nasal chez qui l'emploi d'une mauvaise méthode de traitement a permis à

l'affection de se propager indéfiniment, ou bien a déterminé des complications, soit du côté de l'oreille, de la gorge, etc.

Un exemple entre mille. Très souvent certains médecins ordonnaient aux patients, des irrigations nazales au chlorure de sodium (sel connu) faites à la diable. Résultat toujours nul souvent désastreux. La macération continue des membranes muqueuses aide à l'affection ou en masque les progrès, ou bien détermine des complications du côté de la trompe d'Eustache, catarrhe de celle-ci, troubles de l'oreille interne, surdité, etc. Pourtant les irrigations alcalines, bien faites, sont nécessaires et d'un emploi constant dans le traitement du catarrhe nasal et leur valeur thérapeutique bien reconnue.

Si on avait stérilisé la solution de chlorure de sodium, et ajouté un antiseptique, pris quelques précautions, défendu au malade de s'exposer à l'air froid au moins  $\frac{1}{2}$  d'heure après avoir fait l'irrigation tout aurait bien été. La faute ici n'est pas à la méthode mais bien à son emploi et l'action intempestive d'une substance.

Depuis très longtemps, on considère que le seul moyen rationnel de traiter les affections nazales, est de tenir les voies aériennes dans un état d'asepsie plus ou moins complet. Cet état d'asepsie s'obtient par l'emploi de substances thérapeutiques dont le nombre est légion, mais qui ne procurent pas toujours les résultats requis.

A part de l'état pathologique que l'on a à combattre, dans le traitement des affections nazales, nous avons à préserver les voies nazales de l'infection. Cette infection a lieu par l'air inspiré qui sert de véhicule aux germes de tous genres répandus dans l'atmosphère. Ces germes pénétrant dans les cavités aériennes, nazo-pharyngiennes trouvent en s'y déposant sur la surface des muqueuses, dans les interstices, les ulcérations, les dépôts caseux, les lacunes un nidus.

C'est dans ce milieu déjà profondément altéré et modifié par les conditions pathologiques existantes que ces germes trouvent un nidus, terrain où ils peuvent se reproduire avec facilité et rapidité. La présence de ces germes peut modifier et transformer l'état pathologique antérieur et même déterminer *per se* des conditions ou un état pathologique différant de beaucoup de l'état primitif et normal.

On connaît l'action du bacille diphtérique, qui sous certaines conditions transforme une légère irritation, en une affection toujours très dangereuse, souvent mortelle.

De plus, les voies nazales même, étant à l'état normal, certains germes peuvent y produire des conditions pathologiques et rendre les voies aériennes impropres à jouer dans la nature le rôle qui leur est assigné.

Souvent par cause d'infection on voit survenir durant le cours d'une affection nazale des complications à l'oreille, à l'œil, etc., parce que ces germes ont pu pénétrer jusqu'à ces organes sans encombre.

La plupart des antiseptiques employés en chirurgie n'ont pas les qualités désirées dans le traitement des affections des voies aériennes. Ils sont pour la plupart trop irritants. Le sublimé corrosif et les autres préparations mercurielles, l'acide carbolique, l'iode offrent trop de difficultés d'emploi pour que l'on en fasse un usage journalier, et leurs propriétés toxiques en rendent l'emploi dangereux et impossible aux patients voir même au médecin.

D'autres substances employées comme antiseptiques sans être

toxiques ou irritantes, ont une odeur nauséabonde qui empêche d'en généraliser l'emploi malgré qu'elles possèdent des propriétés vraies. C'est une véritable torture pour le malade de pratiquer des insufflation d'iodoforme, d'aristol dans le nez, etc. A part ces raisons, il en reste d'autres à considérer. L'usage continué pendant une certaine période des antiseptiques considérés comme non toxiques, peut causer chez ces organes si délicats une irritation intense (le menthol, l'huile d'eucalyptus par exemple) alors il faut en cesser l'emploi, interrompre le traitement et exposer le patient à des accidents ultérieurs.

On a trop souvent observé les tristes résultats d'une cautérisation avec l'acide chromique, etc., d'un curetage mal fait pour se rendre compte des résultats funestes d'une interruption dans le traitement. Il faut donc de toute nécessité employer des antiseptiques dont on peut, à volonté, contrôler les effets sans exposer les patients à des complications, même simplement à un retard.

J'emprunte à l'*American Medical Chirurgical Bulletin* les quelques lignes suivantes à l'appui de ce que je viens de dire. "L'expérience nous enseigne que plusieurs de ces produits chimiques aseptiques ont une action non seulement indifférente mais aussi "dangereuse." A.M.M.C, 1897.

Donc, nécessité absolue d'un agent dont les propriétés antiseptiques soient réelles sans être dangereuses.

C'est pour obvier à ces difficultés que l'on a préconisé l'emploi de l'acide sozoiodolique ou pour mieux dire, de ses sels comme antiseptiques dans le traitement des affections nazales. L'emploi de cet agent thérapeutique est général en chirurgie.

Les travaux d'expérimentation sur les propriétés thérapeutiques du sozoiodol ont démontré qu'à part du Sozoiodolate de mercure tous les sels de l'acide Sozoiodolique n'ont aucunes propriétés toxiques. Les travaux de Langâart, de Sübbert, de Spiérig, Müller tout en démontrant la valeur des propriétés thérapeutiques et antiseptiques du Sozoiodol, ont prouvé aussi que ces produits n'ont aucunes propriétés toxiques.

Les propriétés toxiques et caustiques du *Sozoiodolate de mercure*, celui-ci les possède à l'instar des autres sels de ce dernier, mais suivant certains auteurs à un degré moindre.

Comme je l'ai déjà dit les antiseptiques employés ordinairement en médecine possèdent tous des propriétés toxiques; à ce sujet parlant de l'emploi de l'acide carbolique l'*American Bulletin* dit: "L'acide carbolique lancé dans la circulation, n'y rencontre pas une quantité suffisante d'acide sulfurique pour entrer en combinaison" alors l'acide carbolique, détermine bientôt une intoxication," alors, il était tout indiqué, étant donné la valeur thérapeutique de cet acide que l'on cherchât une combinaison qui fit disparaître ses mauvais effets sur le rein, etc. L'indication des acides phéno-sulfuriques, se présentait dès ce moment. En combinant à ces acides l'iode, on a obtenu un corps "l'acide Sozoiodolique", dont l'action antiseptique est de beaucoup supérieure à celle de ses composants et en même temps privée de toutes propriétés toxiques.

"Merks Bulletin"

Cet acide contient d'après Merks 56% d'iode et 20,03% des résidus du phénol.

Shæmaker *mat. med.* 772 lui donne la composition suivante: L'acide di-iodo-phéno-sulfurique contient 55% d'iode, 20% de phé-

noles et 7% de soufre" et il ajoute: "ce corps a été découvert par un de nos compatriotes." Tel que rencontré dans le commerce à l'état de pureté l'acide sozoiodolique se présente sous forme d'aiguilles cristallines, solubles dans l'eau, l'alcool et la glycérine. On croit que l'intensité des propriétés antiseptiques du sozoiodol sont dues à ce que l'iode qu'il contient est en proximité immédiate du groupe des hydrosels.

L'acide sozoiodolique se combine avec les métaux et les alcalins et forme des sels acides, et comme les propriétés de ceux-ci sont plus accentuées que celles de l'acide sozoiodolique, on emploie ses sels de préférence. Les principaux sels de l'acide sozoiodolique, sont :

Le sozoiodolate de potassium.

Sozoiodolate de sodium.

Sozoiodolate de mercure.

Sozoiodolate de zinc.

Les sels d'aluminium ne sont presque jamais employés.

Le sozoiodolate de sodium, employé le plus souvent est prescrit sous le nom de sozoiodol.

Les travaux de Langâart, et autres, ont prouvé que les sels de l'acide sozoiodolique, détruisent entièrement et rapidement les bactéries les plus rebelles., Shoemaker, leur prête aussi une action destructive intense des micro-organismes du pus.

D'après Longâart les *staphylocoques*, les *streptocoques*, le *microbe du pus vert*, le *sporille du choléra*, le *bacille diphthérique de Loeffler*, sont détruits entièrement, par les sels de l'acide sozoiodolique.

D'après ces observateurs les propriétés antiseptiques de l'acide sozoiodolique sont plus fortes que celles du *bichlorure de mercure* et n'ont pas comme celui-ci des propriétés toxiques, *Am. Med. Clin. Bull.* 1887 *Merks, Bulletin Shoemaker op cit Page 772.*

Les recherches subséquentes de Langaart Seifert, Stein Buffalini, ont démontré que l'acide sozoiodolique, en passant, à travers l'économie chez les animaux à sang chaud n'est pas décomposé, car administré, même en quantité considérable son action, sur le rein est nulle, et que jamais on a observé de l'albumine dans les urines.

On doit l'emploi de l'acide sozoiodolique en médecine au Docteur W. H. Wagner et c'est sur ses indications, que Lassar, en étudia les propriétés. Les sels de l'acide sozoiodolique ont "à part des propriétés antiseptiques qui sont connues à leur groupe" conservé les propriétés thérapeutiques appartenant aux corps qui les composent. Tel le sozoiodolate de mercure a conservé les propriétés des autres préparations mercurielles et peut être employé avec avantage dans le traitement de la syphilis, etc.

Les solutions alcalines, les carbonates, l'eau de chaux, les solutions saturnines, l'ammoniaque détruisent les propriétés thérapeutiques des sels sozoiodoliques en formant de nouvelles combinaisons plusieurs sont inertes.

Emploi des différents sels-sozoiodoliques. Le sozoiodolate de potassium, *sozoiodol-potassium* s'emploie au lieu d'iodoforme. Chaque fois que celui-ci est indiqué. Il est inodore et ses propriétés antiseptiques, ont plus de valeur que celles de l'iodoforme. A mon point de vue l'iodoforme considéré comme antiseptique, à une médiocre valeur et est inférieur à grand nombre d'autres agents thérapeutiques, au fond toutes ses propriétés sont dues à l'iode; on doit toujours préférer le *sozoiodolate de potassium* à l'iodoforme particulière-

ment dans le traitement des affections nazales. On l'emploie en sol. 7 % ou en poudre mêlé au sucre de lait ou au *talc* 7 %, 10 %.

Le soziodolate de sodium, *soziodol-sodium*, possède les mêmes propriétés que le soziodolate de potassium, mais dans le traitement du catarrhe nasal il donne de meilleurs résultats et est employé en solutions ou en poudre de 7 %, à 10 %.

Le soziodolate de mercure, *soziodol-mercure*, est insoluble dans l'eau mais soluble dans une solution de *chlorure de sodium*, sel connu. Son emploi est contrindiqué dans le traitement des affections nazo-pharyngiennes parcequ'il est trop irritant cependant dans l'*ozène syphilitique* on a obtenu de bons résultats. Il y a danger cependant d'irritation du poumon s'il est employé en insufflations. De plus ce sel doit être plutôt employé en injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, j'ai employé le soziodol de mercure dans un cas d'*ozène syphilitique* avec succès mais ses qualités irritantes empêchent d'en préconiser l'emploi. Le soziodol de zinc est celui des sels soziodoliques qui m'a donné les meilleurs résultats. On l'emploie en solution de 7 o/o à 20 o/o. On l'emploie aussi en poudre. Mêlé au *talc*. De toutes les préparations *soziodoliques*, le *soziodolate de zinc*.

*Soziodol-zinc* est celle qui m'a donné les meilleurs résultats dans le traitement du catarrhe simple de l'*ozène*, le catarrhe atrophique. Il est nécessaire d'en surveiller l'action et ne pas l'employer en solutions concentrées car son action escharotique peut causer des accidents. Comme je l'ai déjà dit les sels soziodoliques détruisent entièrement les *micro-organismes*, car une solution de *soziodolate de zinc* détruit entièrement en deux heures de contact le *pneumo-bacille*, *bacille pyocyanus B. Streptocoque pyogenes*, les *streptocoques aureus et albus*. Comme plusieurs de ces *micro-organismes* jouent un grand rôle dans le catarrhe atrophique, il faut absolument préserver les voies nazales de leur infection. C'est en employant dans ces diverses affections, les sels soziodoliques que l'on combat avec plus de succès, l'*infection micro-organique* et l'*affection primaire*.

En consultant mes notes je vois que sur 13 cas de catarrhe atrophique 6 ont été guéris. Amélioration chez 4 cas et 3 cas ont abandonné le traitement, chez deux cas d'*ozène* j'ai obtenu la disparition de l'odeur et un curetage a fait disparaître les végétations; ces patients emploient encore des irrigations de soziodolate de zinc. Dans le catarrhe simple le soziodol-sodium ou potassium semble réussir mieux que les autres sels soziodoliques.

Comme l'on dit souvent la valeur thérapeutique du soziodol est toute prouvée et les médecins, sans être spécialistes, qui ont très souvent des cas de catarrhe à traiter, devraient en faire plus souvent l'emploi. Le prix des sels soziodoliques est un peu élevé mais les résultats qu'on en obtient sont si bons qu'il ne faut pas pour cela en négliger l'emploi.

#### LETTRE DE M. A. LAPHORN SMITH.

M. LE RÉDACTEUR

de *La Revue Médicale*,

Cher Monsieur,

Permettez-moi de corriger une erreur qui se trouve dans mon rapport d'un cas d'incontinence d'urine publié dans votre numéro

du 7 décembre. En parlant de la manière de rétrécir la sortie de la vessie, il est dit que "je le fis avec une suture de catgut caché dans la membrane muqueuse de la vessie. On aurait dû dire caché dans la paroi musculaire de la vessie; même il faut prendre beaucoup de précaution afin de ne pas laisser les fils pénétrer à travers la muqueuse dans la vessie parcequ'alors il y aurait un calcul vésical, formé autour du catgut.

En vous remerciant,

Je suis votre serviteur,

250 rue Bishop, Montréal.

A. LAPHORN SMITH.

## REVUE DES JOURNAUX

### La Cocaine dans le traitement des maladies de l'œil

Le Dr THEOBALD, dans le "John Hopkins hospital Bulletin", s'élève contre l'usage intempestif que fait trop souvent le praticien général dans le traitement des maladies de l'œil, surtout des conjonctivites. La cocaine amène une sécheresse de la cornée, rend son épithélium lâche et facile à enlever soit par le toucher avec des instruments, ou même par le simple mouvement des paupières. "Tout agent qui a un effet aussi marqué sur la nutrition de la cornée indique certainement que son emploi n'est pas sans danger, à moins qu'il n'y ait une indication évidente de son emploi. Le champ d'utilité de la cocaine, à part son action anesthésique, est extrêmement limité." Je puis à peine m'arrêter à penser, dit l'auteur, qu'il y ait quelque indication de la prescrire comme remède dans les maladies des yeux, quoiqu'elle puisse être utile quelquefois pour augmenter l'action d'autres médicaments, tels que l'atropine ou l'homatropine, l'application des astringents ou des caustiques, etc.

(P. V. F.)

### De l'antitoxine dans la pratique ophtalmique

Par le Dr Geo. M. POWERS, de l'Université de Californie.

Le 18 mars 1898 vint à mon cabinet de consultation une malade de la campagne qui souffrait d'une conjonctivite granulaire étendue, de kératite vasculaire et d'ulcère de la cornée sur les deux yeux. Elle était anémique et débilitée.

Commençant avec le traitement ordinaire local et général, j'employai le 22 de mars le forceps de Knapp pour exprimer le contenu des granulations; le mieux dans l'état général se maintient jusqu'au 29, alors que la paupière supérieure de l'œil gauche devint considérablement gonflée, un pus épais sortait entre les paupières, et en renversant la paupière supérieure on la trouvait raide et recouverte d'une membrane d'apparence diphtérique; le trente, l'œil droit était affecté de même façon et l'œil gauche plus mal; le trente et un, les deux cornées montraient des signes de ramollissement, et la situation était très alarmante. Comme il ne m'était arrivé aucun cas semblable depuis plusieurs années, je n'avais pas tout d'abord pensé à l'usage de l'antitoxine, mais dès que l'idée m'en vint à l'esprit, j'obtins immédiatement et j'injectai dans la cuisse près de 500 cc. du sérum antidiphtérique de Parke, Davis & Cie., vers 3 h. p.m. du trente et un de mars.

Le lendemain matin la membrane et les sécrétions purulentes étaient disparues pour ne plus revenir, heureux résultat que, j'en suis sûr, l'on peut mettre au crédit de l'antitoxine.

Par malheur, les cornées étaient tellement affectées déjà qu'il en est résulté un leucôme central sur chacune, et une petite synéchie antérieure de l'œil gauche.

Le trachôme était presque guéri (par l'antitoxine ou par l'inflammation purulente?) et les opacités ont graduellement disparu à un degré considérable. La malade ne se rappelle pas d'avoir été jamais exposée à la diphtérie en aucun endroit, et elle n'avait pas de symptômes constitutionnels.

Je regrette grandement de ne pas avoir eu d'examen bactériologique de la membrane qui s'était formée sur la conjonctive, mais son apparence était caractéristique. Je devrais faire apologie au Président du Comité de la Société Médicale de Californie pour lui avoir rapporté que je ne m'étais aucunement servi de l'antitoxine dans ma pratique, si ce cas ne m'était survenu aussi longtemps après ma réponse.

### Les vices de conformation de l'urètre et leur traitement

Faculté de Médecine de Paris.—M. Hartmann.

Les vices de conformation de l'urètre sont au nombre de six :

- 1° Diverticules ;
- 2° Rétrécissement du méat ;
- 3° Poches urineuses ;
- 4° Épispadias ;
- 5° Hypospadias ;
- 6° Fistules uréthro-pelviennes.

Les trois premières catégories ont une importance relativement peu grande et leur traitement ne présente, en somme, aucune difficulté.

Les diverticules de l'urètre consistent en la présence d'un orifice au-dessous du méat urinaire.

Cet orifice, beaucoup plus petit que celui du canal urétral, ne présente, somme toute, aucune importance, car l'urine n'y passe jamais.

Cependant, il y a un cas où l'existence de cet orifice acquiert une grande importance, notamment dans la blennorrhagie.

Il arrive, en effet, dans un certain nombre de cas, que le traitement approprié ayant fait disparaître l'affection gonococcienne, celle-ci récidive constamment. On examine le méat, on n'y trouve rien, et l'on se demande vainement pourquoi la blennorrhagie ne disparaît pas.

Eh bien ! Messieurs, elle ne disparaît pas parce qu'il existe dans ces cas un diverticule où le processus gonococcien s'est réfugié. Il faudra donc y songer, rechercher ce diverticule et y porter tous les efforts thérapeutiques.

Le traitement des rétrécissements du méat urinaire est très facile : il suffira de sectionner la bride. Divers procédés ont été préconisés ; mais quel que soit le procédé que vous emploierez, vous ne devrez jamais oublier le principe qui domine toute intervention dans ce cas, à savoir : *pratiquer toujours une section sur la paroi inférieure du canal.*

Les poches urineuses se trouvent situées sur la paroi inférieure du canal et déterminent l'incurvation de la verge en haut.

Le traitement consiste à ouvrir largement la poche et à l'exciser.

Je vous dirai, à la fin de cette leçon, comment il convient de traiter les fistules uréthro-pelviennes ; j'ai hâte d'arriver au traitement des deux vices de conformation les plus importants, traitement difficile, long, qui exige de la part du chirurgien la connaissance approfondie des deux procédés que je vais vous exposer, ainsi que beaucoup de patience, je veux parler du traitement de l'épispadias et de l'hypospadias.

Sous le nom d'épispadias et d'hypospadias, on désigne l'ouverture du canal urétral soit sur la paroi supérieure (épispadias), soit sur la paroi inférieure (hypospadias).

Deux grands procédés dominent le traitement de ces vices de conformation : l'un de Thiersch, l'autre du professeur Duplay.

*Procédé de Thiersch.*—Thiersch, avant d'aborder le traitement à proprement parler de l'épispadias, pratique une opération préliminaire qui consiste en la création d'une fistule d'uréthro-périnéale.

Cette opération préliminaire a une énorme importance, car elle

permet de faire dévier le cours de l'urine et met ainsi les parties sur lesquelles vont porter les efforts du chirurgien à l'abri de l'irritation que le passage des urines pourrait déterminer.

L'opération préliminaire pratiquée, la fistule uréthro-périnéale créée, Thiersch commence par reconstituer le gland. Pour cela, il avive les bords des deux portions du gland et les sutures ; mais pour éviter les tiraillements résultant de l'introduction préalable dans le canal d'une sonde, Thiersch fait une incision sur la ligne médiane. Cette incision permet d'enfoncer la sonde dans la profondeur du canal. Ceci constitue le premier temps de l'opération.

Pendant le deuxième temps, on procède à la reconstitution de la portion pelvienne de la verge. Pour cela, Thiersch taille deux lambeaux sur le dos de la verge, rabat celui du côté droit de telle sorte que sa face cruentée regarde en haut et le suture en faisant passer les fils à travers l'autre lambeau du côté gauche qu'il fait glisser sur le premier.

Vous comprenez donc que la surface cruentée du lambeau droit se trouve placée sous la surface cruentée du lambeau gauche, tandis que la surface cutanée de ce dernier se trouve constituée ; ainsi si la paroi supérieure du canal est reconstituée.

Le gland et la portion pelvienne de la verge reconstitués, il reste à combler deux orifices, l'un antérieur, situé entre le gland et la portion pelvienne, l'autre postérieur, situé derrière cette portion. Pour combler l'orifice antérieur, Thiersch utilise le prépuce énormément développé dans les cas d'épispadias. Après avoir pratiqué une boutonnière dans le prépuce, il fait passer le gland à travers cette boutonnière et fait rabattre le prépuce sur l'orifice antérieur.

Quant à l'orifice postérieur, il taille un premier lambeau qu'il rabat sur la verge puis un second lambeau que par un mouvement de bascule il ramène sur le premier.

*Procédé de Duplay.*—J'arrive maintenant au procédé imaginé par le professeur Duplay presque simultanément avec celui de Thiersch et qui s'applique particulièrement au traitement de l'hypospadias, bien qu'on puisse s'en servir également pour le traitement de l'épispadias.

*Premier temps.*—Redressement de la verge. Point des plus importants dans le traitement de l'hypospadias, car comme vous le savez, la verge dans ce cas est fortement incurvée en arrière ; cette incurvation augmente encore considérablement au moment de l'érection. Pour obtenir ce redressement, Duplay sectionne carrément la bride qui maintient la verge incurvée en arrière. La verge redressée, il la tire fortement en haut et en avant, la rabat sur le pubis et la maintient dans cette position à l'aide de bandelettes agglutinatives.

*Deuxième temps.*—La reconstitution du gland est absolument identique à celle du procédé que je viens de vous décrire ; il est donc inutile d'y revenir.

*Troisième temps.*—Reconstitution de la portion pelvienne de la verge. Le professeur Duplay procède à cette reconstitution à l'aide de deux lambeaux taillés des deux côtés de la ligne médiane ; chacun de ces lambeaux est taillé de telle façon que la lèvre interne de l'incision est disséquée sur une petite étendue, tandis que la lèvre externe l'est, au contraire, sur une grande étendue.

En même temps qu'il procède à la reconstitution de la portion pelvienne de la verge, le professeur Duplay obture l'orifice antérieur. Quant à l'orifice postérieur, il se garde bien d'y toucher et vous en comprenez facilement la raison.

Rappelez-vous ce que je vous disais en vous parlant du procédé de Thiersch pour l'épispadias. Je vous ai dit que Thiersch, avant d'aborder le traitement à proprement parler de l'épispadias, pratiquait une opération préliminaire en créant une fistule uréthro-périnéale.

Je vous ai indiqué l'importance de cette fistule pour le résultat thérapeutique (irritation évitée).

Or, dans l'hypospadias, l'orifice postérieur est précisément la fistule artificielle créée par Thiersch. Il faut donc profiter de son existence, et, je le répète encore une fois, l'obturer serait une grande faute.

Pour revenir au procédé de Duplay, il me reste à ajouter que, habituellement, on laisse une sonde à demeure pour éviter l'accolement possible des parois.

Il faudra prendre garde que cette sonde ne s'obture : vous y arriverez en faisant de fréquents lavages.

Enfin, un dernier mot. Le procédé du professeur Duplay, quoique employé particulièrement dans les cas d'épispadias, peut également être employé dans les cas d'hypospadias.

Et, maintenant, n'oubliez jamais le grand principe qui domine toute la thérapeutique dans les vices de conformation qui nous occupent. Quello que soit la méthode à laquelle vous ayez recours, il ne faudra jamais se presser. Vouloir obtenir la guérison par une seule opération, sera une faute. *Il faut procéder par temps progressifs.*

Quant à la question de l'âge, on croyait, autrefois, qu'il ne fallait pas opérer avant l'âge de la puberté.

Or, le professeur Duplay s'oppose énergiquement à cette manière de voir. Pour lui, il faut intervenir *le plus tôt possible*. Dès que l'enfant pourra supporter une opération, vers l'âge de deux à trois ans, on pratiquera le redressement de la verge.

Plus tard, vers cinq ou six ans, on procédera à la reconstitution de la portion pelvienne de la verge et, enfin, on terminera l'opération vers la période de la puberté.

Il me reste maintenant à dire quelques mots du traitement des fistules uréthro-pelviennes.

Premier point important à établir.

Lorsque vous vous trouverez en face d'un malade porteur d'une fistule uréthro-pelvienne, gardez-vous bien de l'assurer d'une guérison rapide.

Sachez qu'il est très difficile d'arriver à la fermeture de la fistule, et cela pour deux raisons : d'abord parce que la paroi est courte, ensuite parce qu'elle est amincie.

On recourt donc à l'autoplastie en employant les différents procédés en usage (méthode indienne : lambeau taillé dans le voisinage; méthode française : lambeau qu'on fait glisser).

Je n'ai pas à insister sur ces différentes méthodes, car elles sont les mêmes que dans tous les cas où l'on a recours à l'autoplastie.

(L'Indépendance Méd.)

#### Traitement des anévrismes par la gélatine en injections sous-cutanées

Dans la discussion qui se poursuit actuellement à l'Académie de médecine, M. Laborde a fait à M. Lancereaux les objections basées sur l'expérimentation physiologique et d'où il résulterait que la gélatine introduit par la voie sous-cutanée ne serait pas absorbable. A ce propos, M. Lancereaux a rappelé l'expérience suivante, qui a été le point de départ de ses recherches sur ce sujet. Voici le protocole de ces expériences.

**EXPÉRIENCE.** — Lapin mâle, adulte, bien portant, pesant 2770 grammes; fixé sur le dos, pas d'anesthésie; on met à nu la carotide et on y adapte une canule.

A 3 h. 29, on fait une prise de 5 centimètres cubes environ de sang carotidien, qui est reçu dans un tube à essais; au bout de trois minutes on constate un commencement de coagulation et, au bout de quatre minutes, la prise est totale et l'on peut retourner complètement le tube.

A 3 h. 45, on injecte dans le péritoine, dans l'espace de cinq minutes, 100 centimètres cubes d'une solution de gélatine à 2 p. 100, stérilisée et maintenue à 38 degrés dans un bain-marie.

A 4 h. 12, on fait une prise de 5 centimètres cubes de sang;

au bout d'une demi-minute on constate déjà un commencement d'adhérence aux parois du tube; au bout d'une minute la coagulation est totale et on peut retourner le tube.

A 4 h. 20, nouvelle prise de 5 centimètres cubes de sang qui coagule complètement au bout d'une minute. A 4 h. 35, il en est de même.

A 5 h. 35, dernière prise de 5 centimètres cubes de sang qui ne coagule complètement qu'au bout de deux minutes et demie.

On ferme la plaie; le lendemain et les jours suivants le lapin se porte bien et ne paraît pas se ressentir de l'opération qu'il a subie.

Il résulte de cette expérience que la gélatine introduite dans le péritoine, c'est-à-dire dans un territoire lymphatique, arrive jusqu'au sang, sans avoir perdu sa propriété coagulatrice. Les faits observés, plus tard, chez l'homme, ont confirmé cette conclusion expérimentale.

Devant les réserves faites par M. Huchard et les objections sur lesquelles a insisté M. Laborde, il est bon, croyons nous, de rappeler ici exactement la technique opératoire suivie par M. Lancereaux. Voici la description qu'il en donne lui-même:

" A. La solution de gélatine dont nous nous servons de préférence est la suivante :

Gélatine blanche..... 4 à 5 grammes.

Solution NaCl (à 7 p. 1000.... 200 centimètres cubes (1).

On place cette solution dans un ballon; on ferme le ballon à la lampe et on stérilise à 120 degrés. Il est bon de faire préparer d'avance plusieurs ballons semblables, stérilisés; on les met quelques jours à l'étuve à 38 degrés et on met de côté ceux qui se troublent et dont la gélatine ne se solidifie pas par le refroidissement.

B. Pour injecter la solution de gélatine sous la peau, nous nous servons d'un appareil qui consiste en un matras de 500 centimètres cubes, facilement stérilisable à 120 degrés, ou même, tout simplement, en y faisant bouillir de l'eau pendant un quart d'heure. Au matras s'adapte un bouchon en caoutchouc, traversé de deux tubes de verre; l'un d'eux plonge jusqu'au fond du matras et se trouve relié par un tube en caoutchouc avec une aiguille en platine iridiée de fort calibre; l'autre, très court, est relié par un tube en caoutchouc, avec une poire à soufflerie, ou une pompe foulante, comme celle de l'appareil Potain. Sur le trajet de ce dernier tube se trouve un petit ballon de verre, rempli d'ouate et destiné à purifier l'air qui va comprimer le liquide.

On commence par stériliser le matras, comme il est dit plus haut; on fait bouillir le bouchon avec ses deux tubulures, le tube en caoutchouc qui le relie à l'aiguille et cette dernière. En même temps, on place le ballon de gélatine dans un bain-marie à 37 degrés et, lorsque la gélatine est liquéfiée, on ouvre le ballon et on déverse son contenu dans le matras stérilisé, que l'on ferme rapidement par le bouchon stérilisé, lui aussi, par l'ébullition. Le matras est alors placé dans un bain-marie à 37 degrés.

On lave soigneusement l'endroit où l'on fera l'injection, de préférence la fesse, et l'on y introduit l'aiguille profondément, dans le tissu cellulaire, de façon que la pointe se trouve en voisinage de l'aponévrose sous-jacente. L'injection doit être faite rapidement et terminée dans l'espace d'environ un quart d'heure.

Dans ces conditions, l'injection, contrairement à ce que l'on a prétendu, n'est pas douloureuse; l'absorption se fait rapidement et n'est suivie d'aucune réaction locale ou générale. L'effet, comme nous le disions plus haut, se produit assez vite; il est prudent, dès lors, d'imposer le repos absolu au malade et de s'abstenir de palper la poche anévrismale, immédiatement après l'injection. Des manœuvres trop violentes risquent de disloquer les caillots récemment formés.

(1) La solution à 1 p. 100 nous a paru peu active



Cette injection est répétée tous les six à huit jours jusqu'à l'oblitération de la poche.

Lorsqu'une collatérale importante s'ouvre dans la poche de l'anévrisme, il est bon d'employer des solutions plus faibles (1 à 1,5 pp. 100) et de laisser, entre deux injections consécutives, un intervalle de huit à dix jours.

(Gaz. des Hôp.)

#### Traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées

Cette thérapeutique a été exposée au congrès de Nantes par M. le professeur LEDUC. Elle repose sur un procédé d'aspiration laryngée qui permet aux malades d'introduire dans les voies respiratoires, les poudres médicamenteuses, sans l'emploi du laryngoscope, sans le secours du médecin, aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire et, cela avec une perfection et une sûreté parfaites; la poudre entraînée par le courant d'air aspiré, recouvre la muqueuse du larynx, les cordes vocales et la trachée, d'une couche uniforme, comme si elle avait été répandue avec un tamis, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en pratiquant l'examen laryngoscopique après une aspiration. Seules les parties externes des cordes vocales qui, pendant l'aspiration se trouvent dans l'abduction, ne sont pas recouvertes.

Le seul instrument nécessaire est un tube de verre de 6 millimètres environ de diamètre intérieur, de 20 à 25 centimètres de longueur, ayant, à l'une de ses extrémités, une crosse d'un centimètre de longueur, et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube; à 4 centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une surface propre la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire; la poudre entraînée par le courant d'air, pénètre profondément dans les voies respiratoires et, si l'opération est bien faite, ne se répand ni dans la bouche, ni dans le pharynx.

M. Leduc affirme que depuis qu'il emploie cette méthode il a obtenu de tels succès qu'il considère maintenant la laryngite tuberculeuse comme la manifestation la plus facile à guérir de la tuberculose. Il n'emploie comme médicament que le di-iodoforme en poudre impalpable, quatre à huit aspirations par jour, suivant les cas. Lorsqu'il existe de la douleur, il ajoute au di-iodoforme un peu de chlorhydrate de cocaïne, ou un peu de chlorhydrate de cocaïne et de morphine, et nous prescrivons :

Di-iodoforme..... 8 grammes.  
Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gr. 08 centigr.

en poudre impalpable, deux à six aspirations par jour.

ou bien :

Di-iodoforme..... 8 grammes.  
Chlorhydrate cocaïne..... 0 — 08  
Chlorhydrate morphine..... 0 — 04

en poudre impalpable.

M. Leduc a essayé beaucoup d'autres poudres, mais les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants qu'avec le di-iodoforme.

(Abeille méd.)

#### De la pharyngomycose

par M. LUBET-BARBON.

Cette affection se caractérise par des points blancs situés sur les amygdales et quelquefois sur les piliers ou le voile du palais. Ces amas, gros comme une tête d'épingle ou une lentille, semblent sortir des cryptes de l'amygdale à la manière d'une houppes, en saillie blanc grisâtre, d'aspect caseux. On ne peut les détacher par la friction; ils semblent adhérents; si on les enlève avec une pince, à la

place qu'ils occupaient, on trouve une crypte. La petite masse enlevée est dure sous le doigt et, au microscope, on la voit composée d'une gaine d'épithélium pavimenteux contenant dans son épaisseur et dans sa portion émergente des tubes de leptotrix. C'est une véritable kérato-mycose de l'amygdale.

Tant que le mal reste limité à l'amygdale palatine, il ne se traduit que par peu de symptômes subjectifs. Le plus souvent on ne s'aperçoit de l'angine blanche que par hasard. Mais lorsque l'amygdale linguale ou les follicules du pharynx sont envahis, à plus forte raison quand l'affection gagne le voile et les piliers, il s'ensuit une sensation de cuisson et de gêne assez marquée. Les enfants se plaignent d'une impression de corps étranger, comme d'un cheveu resté dans le fond de la gorge qu'on ne peut ni cracher ni avaler, et qui serait posté à la base de la langue. Les enfants raclent incessamment leur gorge pour expulser ce cheveu, mais en vain. D'autres cherchent à l'atteindre avec le doigt. D'autres fois, la déglutition, principalement la déglutition de la salive, est gênée et même douloureuse. Enfin le fond même de la muqueuse peut mal tolérer la présence de cette cause d'irritation, s'enflammer et donne lieu à de la fièvre et aux accidents ordinaires et communs à toutes les angines.

Le diagnostic est à faire avec l'amygdalite pultacée simple. Mais dans cette affection les phénomènes sont plus aigus, le fond de l'amygdale est plus rouge; de plus, l'endroit pultacé, bien que sortant parfois d'une crypte, n'est pas adhérent, ou, s'il l'est, les bords de la petite plaque sont rouges et enflammés. Il y a en même temps gonflement de l'amygdale et phénomènes réactionnels plus marqués, soit du côté du pharynx, soit du côté des ganglions du cou.

On peut penser à de l'amygdalite lacunaire ou cryptique. Mais ses amas caséux sont faciles à évacuer, il suffit de presser d'avant en arrière sur l'amygdale, avec le doigt ou quelque instrument, pour la voir se vider par tous les trous dont elle est criblée, et son contenu s'écrase facilement et a cette odeur particulière, *sui generis*, du smegma amygdalin.

Lorsque les houppes de mycose sont très rapprochées, elles peuvent former une plaque épaisse ressemblant à une fausse membrane diphtérique.

Dans ce cas, on remarquera qu'elle n'influe pas sur l'état général; que, en même temps que la plaque principale, il y a aussi des points isolés et de petit volume, sur le reste de l'amygdale et sur les follicules de la région, enfin que, en l'absence de tout traitement irritant, il n'y a jamais d'adénite. De plus, en enlevant avec une pince, ce qui est toujours possible, un des points blancs, on voit qu'il s'enfoncé dans la muqueuse à la manière d'un clou, au lieu d'être simplement adhérent à sa surface.

Comme traitement, il faut d'abord mettre le pharynx des malades dans les meilleures conditions d'asepsie: les gargarismes chloralés, les badigeonnages iodés ou plutôt iodurés, l'iodure de potassium étant un mauvais milieu de culture des mycoses. M. Lubet-Barbon prescrit deux ou trois badigeonnages du pharynx par jour avec un pinceau de coton trempé dans une solution aqueuse au 1/3 d'iodure de potassium.

Ensuite, il faut détruire point par point tous les nids dans lesquels se développe le champignon, après avoir cueilli tous les houppes qui émergent de l'amygdale. Pour cela il faut d'abord avoir soin de cocaïner la partie malade, en badigeonnant la région avec une solution au 1/20 de chlorhydrate de cocaïne. Puis on saisit avec une pince à mors plats chaque petite masse et on l'arrache; la matrice que forme la crypte saigne légèrement; mais cet arrachement n'est pas douloureux. Quelquefois on voit encore du blanc dans le fond des cryptes et il semble que l'amygdale en soit pour ainsi dire farcie. Il faut dans ces cas pratiquer la discision, ou mieux le morcellement de l'amygdale, ce qui permet la destruction plus profonde de la production épidémique.



Lorsqu'une portion de l'amygdale aura été ainsi nettoyée, on cautérise les points malades, soit avec la pointe du galvano-cautère, soit, et mieux, en touchant chacun d'eux avec un stylet sur l'extrémité duquel on a coulé une perle d'acide chromique fondu. Aussitôt la cautérisation faite, on fera, pour en arrêter les effets, un lavage du pharynx avec de l'eau tiède.

Pour arriver à un résultat, il faut plusieurs séances, suffisamment espacées pour ne pas amener une inflammation trop marquée. La durée du traitement est d'un mois et demi à deux mois.

(Annales de Méd. et de Chir. inf.)

#### Traitement de la syphilis congénitale

Le traitement spécifique de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson ne réussit pleinement qu'avec le secours d'une bonne hygiène alimentaire, c'est-à-dire de l'allaitement maternel ; il faut donc savoir qu'il échoue presque toujours quand l'enfant, privé du sein maternel, est soumis à l'allaitement artificiel direct ou indirect.

Le traitement lui-même comprend l'administration du mercure sous une forme convenable. Certains médecins prescrivent la *liquur de van Swieten* qu'ils donnent à la dose de 10 gouttes par jour, pendant le premier mois, et en augmentant de 10 gouttes par mois d'âge.

A la liqueur de van Swieten, administrée par la voie buccale, on peut, avec M. Comby, préférer les *frictions mercurielles*, qui sont applicables à tous les enfants, quel que soit leur âge, ne déterminent jamais de salivation et font disparaître en une ou deux semaines toutes les manifestations.

Ces frictions doivent être faites tous les matins, pendant cinq minutes, avec un chiffon de flanelle sur lequel on étend *un gramme et même deux grammes d'onguent napolitain*.

On frictionnera aujourd'hui sur la foie, demain sur la rate, après-demain dans l'aisselle gauche, puis dans la droite, etc., en changeant de place tous les jours. On laisse la pommade et le chiffon sur la peau, pour assurer l'absorption du mercure.

S'il y a des syphilides cutanées, on donne en même temps, tous les jours, un *l. un de sublimé à 1 p. 10,000* (un, deux, trois grammes de sublimé, suivant la quantité d'eau employée), dans une baignoire en bois ou émaillée. En même temps, on panse les lésions locales (ulcérations cutanées, gommées) avec de l'*emplâtre de Vigo*, et on se sert de la *pommade au calomel à 1 pour 10* pour les lésions des muqueuses (coryza, syphilides labiales, anogénitales, etc.)

Le traitement mercuriel est continué tous les jours pendant trois mois. Le quatrième mois, on laisse dix jours de repos à l'enfant ; le cinquième mois, quinze jours, puis on cesse le traitement un mois sur deux (sauf retour des accidents.)

La seconde année on fait des frictions mercurielles un mois sur trois, et on donne l'*iodure de potassium* (à la dose de 20 centigr. par jour), également un mois sur trois. La troisième année, on continue les frictions un mois sur trois et on porte la dose d'iodure à 40 centigrammes par jour. La quatrième année, on ne fait plus de frictions mercurielles, mais on donne de l'iodure à la dose de 50 centigrammes par jour un mois sur quatre. La cinquième année, plus de traitement, sauf rechute.

En procédant ainsi, on guérit les syphilis héréditaires et on prévient les échéances tertiaires tardives.

(La Presse méd.)

#### Traitement des fractures du maxillaire inférieur.

D'après M. Dr POTELET (1).

Les fractures du corps du maxillaire inférieur peuvent être divisées au point de vue étiologique en trois classes : 1° les fractures

par cause directe : 2° les fractures par cause indirecte : 3° les fractures doubles que nous proposons d'appeler mixtes. Chez ces dernières, un des traits de fractures, habituellement antérieur, mais pouvant être postérieur, est lié à l'action d'un traumatisme direct, tandis que l'autre résulte de l'action indirecte du trauma. Cette seconde fracture indirecte se produit selon le mécanisme de la flexion ou de l'extension, soit que la courbure du maxillaire ait été exagérée, soit qu'au contraire elle ait été redressée.

Le déplacement dans les fractures du maxillaire inférieur relève de causes multiples, dont les principales sont : 1° L'action directe du trauma ; 2° la direction des traits de fractures de la taille des biseaux des surfaces fragmentaires (Malgaigne) ; 3° la tonicité musculaire (J.-L. Petit, Boyer) ; 4° l'influence de la pesanteur.

Accessoirement, le déplacement peut encore être dû, ainsi que l'admettent certains auteurs, à l'épanchement sanguin. Ce dernier est d'ailleurs exceptionnellement abondant.

L'examen radiographique pourra, à l'heure actuelle, rendre de grands services, non pour permettre le diagnostic de la fracture qui, le plus souvent, s'impose, mais pour préciser la direction des traits de fracture, notion qui peut être importante au point de vue thérapeutique.

Sans parler des accidents infectieux qui peuvent venir compliquer les fractures du maxillaire inférieur, et surtout les fractures ouvertes, accidents sur la nature et la gravité desquels tous les auteurs insistent, M. Potelet nous montre qu'il existe un point spécial intéressant de l'histoire des fractures du maxillaire inférieur chez les sujets jeunes. Il s'agit ici des accidents de l'évolution de la dents de sagesse, qui peuvent être provoqués par la fracture et, une fois produits, peuvent retentir à leur tour d'une façon fâcheuse sur l'évolution de la fracture.

La thérapeutique comporte deux indications : 1° la désinfection buccale ; 2° la contention des fragments préalablement réduits.

La désinfection buccale ne peut être réalisée d'une façon absolue. Néanmoins l'expérience démontre que les grands lavages antiseptiques répétés ont une action favorable sur la marche de la consolidation, et s'opposent efficacement aux complications infectieuses.

Parmi les nombreux appareils préconisés dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur, quelques-uns méritent d'être conservés, notamment les frondes et les appareils modernes de Cuning, de Martin (de Lyon).

Lorsque le déplacement est nul, ou très peu accentué, la simple fronde suffit.

Si, au contraire, le déplacement est notable, les accidents septiques menaçants, la préférence doit être donnée aux appareils régulièrement appliqués après prises de l'empreinte de l'arcade dentaire. Pour M. Potelet, c'est l'appareil de M. Martin qui paraît présenter les plus grands avantages.

La ligature dentaire ne peut être réservée qu'aux cas simples ne s'accompagnant d'aucun déplacement, ou seulement, d'un déplacement léger. On aurait tort d'y renoncer complètement.

La ligature osseuse trouve ses indications dans les cas de fracture oblique, à trait très incliné, ou dans les fractures à fragments multiples. On peut comparer, dans ce cas l'emploi de la ligature osseuse au procédé de cérelage de la rotule préconisé par M. Berger. Cependant, même dans ces cas, à causes du milieu septique, dans lequel se trouve exposée la fracture, peut être vaudrait-il mieux avoir recours encore à l'emploi de l'appareil de Cuning, ou à celui de M. Martin, qui permettent une facile désinfection.

La suture osseuse, étant donné le perfectionnement des appareils précédents, ne trouvera que bien rarement ses indications, d'autant que, d'après l'auteur, cette méthode est fatalement condamnée et doit être absolument proscrite lorsque la suture ne peut être

(1) POTELET. Contribution à l'étude des fractures du maxillaire inférieur et particulier de leur traitement (thèse de Paris, no 605, Steinheil).

pratiquée en dehors de la cavité buccale la muqueuse gingivo-buccale étant plus ou moins déchirée.

(Journal de méd. de Paris)

#### Traitement du faux croup

Dans cette affection, le traitement peut être considéré à deux points de vue : 1° prophylactique ; 2° curatif.

1° La prophylaxie consiste, quand on redoute la production des accès du faux croup et qu'on a constaté des symptômes de catarrhe laryngien, à recommander aux parents de ne pas laisser le petit malade dormir trop profondément et de le réveiller le soir vers 11 hrs et minuit, en lui faisant prendre de temps en temps une cuillerée de boissons chaudes, En même temps, on combat le catarrhe laryngien.

2° Si, malgré ce traitement, l'accès se déclare, ou si l'on est appelé en plein accès, voici le traitement que préconise M. le professeur CORDUËS, de Bruxelles. On applique sur la région du larynx une éponge trempée dans l'eau chaude et l'on fait placer devant la bouche de l'enfant un petit appareil à inhalation, dans lequel on met soit de l'eau ordinaire, soit une eau alcaline, soit une solution à 1 0/0 de bicarbonate de soude de chlorure de sodium, de chlorate de potasse.

Les vomitifs ne doivent être prescrits que quand il y a menace de suffocation par suite d'une accumulation considérable de mucosités dans le larynx ou dans les bronches. Dans ce cas, M. Cordus recommande les formules suivantes :

1° P. Tarte stibié..... 0.10 centigrammes.

Potion gommeuse..... 60 grammes.

M. à prendre par cuillerées à café toutes les cinq minutes, sans toutefois dépasser trois cuillerées. Si, après la troisième cuillerée, le vomissement ne se produit pas, on tâchera de le provoquer en titillant la muqueuse du pharynx.

2° P. Poudre d'ipéca..... 0.60 centigrammes

Sirop d'ipéca..... 60 grammes.

M. une cuillerée à dessert jusqu'à effet vomitif.

3° P. Sulfate de cuivre..... 1 gramme.

Eau distillée..... 100 grammes.

M. une cuillerée à café ou à dessert tout les cinq minutes.

Lorsque l'accès est terminé, l'enfant s'endort paisiblement, le lendemain, rien, si ce n'est un peu de toux aboyante, ne rappelle la scène qui s'est passée la veille. Parfois cependant, on constate de temps à autre, un petit sifflement, in lieu d'un léger spasme de la glotte, et qui réclame un traitement spécial. Ce spasme caractéristique de la laryngite striduleuse, sera combattu par les antispasmodiques et surtout par le bromure de potassium.

P. Bromure de potassium..... 2 à 3 grammes.

Eau de tilleul..... 90 —

Sirop de fleurs d'oranger..... 30 —

M. une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Après la guérison du faux-croup et pour prévenir les récidives, il sera bon de soumettre le malade aux pratiques hydrothérapeutiques de lui faire des lotions froides de tout le corps, afin de l'endurcir et de lui permettre de s'exposer sans danger aux intempéries de l'air.

Il va de soi que s'il s'agit d'adénoïdiens ou de porteurs de grosses amygdales, il faudra faire disparaître ces lésions par une intervention chirurgicale. De même, quand les petits malades sont lymphatiques ou scrofuleux, on doit s'efforcer de combattre ces modalités pathologiques par l'hygiène et le traitement *ad hoc*

(Abeille n.° .)

## FORMULAIRE

### Manie aigue

(KADT)

L'auteur aurait obtenu de bons résultats en prescrivant la médication suivante :

Sulfonal..... 1 gramme.

Bicarbonate de soude..... 0 gr. 25 centigr.

Pour un cachet.

Faire ingérer de un à trois cachets par jour ; dans certains cas rebelles, on pourra augmenter progressivement la dose et atteindre 4 et même 5 grammes.

### Antifeorine

ou acétanilide : poudre cristalline, peu soluble, en cachets de 0.25 à 0,50 ; *pro dic* 1 à 2 grammes ; produit facilement la cyanose ; alors la suspendre, quoique cette cyanose ne soit souvent pas grave ; *anal-gésique*.

(L'Indépendance Médicale)

### Pommade contre l'impetigo du cuir chevelu et de la face chez les nourrissons

(M. W. P. KISTLER).

Acide salicylique ..... 1 gramme.

Sous-nitrate de bismuth..... 20 —

Onguent rosat..... 50 —

Poudre d'amidon..... 7 — 50

Mélez.—Usage externe.

S'agit-il de la variété humide de l'eczéma impétigineux, on applique sur la tête et sur la face des compresses de tarlatane enduites d'une couche épaisse de cette pommade. Si, par contre, on a affaire à la variété sèche, squameuse, il faut faire sur les parties atteintes des onctions avec la pommade ci-dessus formulée. Ces applications qu'on doit répéter fréquemment ne tardent pas à amener la production d'une croûte blanche et sèche, sous laquelle le prurit et la congestion de la peau diminuent rapidement, ce qui rend possible la formation d'une cuticule épidermique saine.

(Gaz. des Hôp.)

### Pommade antinevralgique.

(MAYET.)

Chloral..... 0 gramme 50.

Menthol..... 0 — 60

Beurre de cacao..... 2 —

Blanc de baleine..... 1 —

En applications au niveau du point douloureux ou sur le front, dans la migraine.

### Potion contre la dyspepsie

Teinture de fève Saint-Ignace.....

Teinture de cannelle..... } à 10 grammes.

— de badiane.....

— de mars tartarisée.....

Mélez. Trente gouttes avant chaque repas, dans la sixième partie d'un verre d'eau.

Dans l'intervalle des deux repas, une cuillerée à café de charbon de Belloc dans du pain azyme.

### Potion contre la nephrite

(NEUMANN.)

Nitro-glycérine..... 1 gramme.

Alcool rectifié..... 10 —

Eau distillée..... 40 —

Huit gouttes par jour en trois fois, et si le médicament est bien supporté, on va jusqu'à douze gouttes.

(Journal de médecine de Paris.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

### De l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés, complications provoquées par les traitements intempestifs. Prophylaxie

Par M. le docteur L. GAUTHIER, oculiste à Québec.

Bien souvent des médecins accoucheurs rapportent des observations d'enfants atteints d'ophtalmie purulente des nouveau-nés qui ont présenté des complications graves du côté de la cornée, complications survenues par la faute évidente d'un traitement mal dirigé.

En écoutant ces observations on voit qu'il s'agit le plus souvent d'enfants atteints d'ophtalmie purulente, d'apparence benigne au premier abord, mais qui au lieu d'être traités simplement par les cautérisations légères ou au nitrate d'argent, subissaient en outre des lavages avec une solution plus ou moins concentrée de sublimé. Ce sont ces lavages intempestifs qui semblaient avoir provoqué ces troubles du côté des cornées.

Ces complications consistent généralement dans une infiltration, une opacification blanchâtre occupant toute l'épaisseur de la cornée, mais rarement toute son étendue. En prenant cet aspect blanchâtre, cette membrane semble en même temps perdre une partie de sa résistance, car sa forme devient globuleuse.

Elle est tout d'abord infiltrée mais non ulcérée, ce n'est que si l'on continue l'application quand même des solutions de sublimé au lieu de les suspendre qu'elle arrive à s'ulcérer et à se perforer.

Dans la plupart des cas observés jusqu'ici, cette lésion, les premiers jours, inquiétante, n'a pas tardé à s'atténuer et à disparaître même complètement dès que l'action irritante du médicament a disparu et que le médicament est lui-même supprimé. En laissant l'enfant tranquille et en se contentant d'instiller journallement une ou deux gouttes d'une solution d'atropine les cornées ne tardent pas à reprendre leur transparence parfaite.

Je viens d'être témoin, dans ma clientèle, d'un fait qui rentre complètement dans cette catégorie. Là encore, l'usage des lotions de sublimé combiné à l'insufflation de l'iodoforme a failli avoir un résultat désastreux.

Le 7 juin dernier j'ai été appelé en consultation par un confrère pour voir un enfant âgé de 10 jours et atteint d'ophtalmie purulente dès le second jour de sa naissance. A droite, la sécrétion purulente avait été assez abondante, le gonflement des paupières notable; l'œil gauche n'avait eu presque rien. Le traitement consista tout d'abord en cautérisations avec une solution de nitrate d'argent à 2% pratiquées deux fois par jour, insufflations de poudre d'iodoforme, lavages avec une solution du sublimé à un pour deux mille. Après une ou deux cautérisations, l'œil gauche fut guéri et laissé tranquille. Quant à l'œil droit, la suppuration diminua rapidement, mais les paupières restèrent gonflées. La suppuration avait cessé après 4 jours de traitement; on supprima les cautérisations et on se contenta de mettre dans l'œil un peu de poudre d'iodoforme et de le lotionner avec la même solution de sublimé. Bien que la suppuration fut tarie et que tout parut aller pour le mieux, les paupières de l'œil droit restaient fermées. Au 8e jour le Docteur voulut quand même se rendre compte de l'état de la cornée et à sa grande stupé-

faction, il constata qu'elle n'était plus transparente et qu'elle avait pris un aspect blanchâtre. Inquiet il me fit appeler en consultation.

Je constatai, en effet, qu'il n'y avait plus d'ophtalmie purulente en jeu, que toute sécrétion purulente avait disparu, mais la cornée de l'œil droit avait pris un aspect blanc laiteux dans une grande partie de son étendue. Toutefois il n'y avait encore ni ulcération ni perte de substance; par suite de son ramollissement, elle avait pris une forme globuleuse.

Pour moi, le doute n'était pas possible, ces lésions cornéennes étaient la conséquence de l'action irritante provoquée par l'iodoforme associé aux lavages de sublimé. Quand nous voyons, en effet, survenir une complication du côté de la cornée dans une ophtalmie purulente, de par le fait de l'ophtalmie purulente elle-même, nous trouvons en même temps une suppuration abondante, un gonflement des paupières, du chémosis, qui sont les signes d'une ophtalmie purulente. Ici, au contraire, l'altération de la cornée existant seule pour ainsi dire, ne devait pas relever de l'affection à peu près guérie, mais bien de l'action trop prolongée de substances irritantes.

Un pronostic non défavorable fut porté mais à la condition de supprimer désormais l'iodoforme, le sublimé et de se contenter de lavages boriqués et de l'instillation d'une ou deux gouttes d'une solution de sulfate neutre d'atropine,

Comme dans les cas déjà rapportés par MM. Romiée, Defize, Van den Bergh l'amélioration ne se fit que lentement et aujourd'hui les cornées de l'enfant sont presque complètement transparentes.

Comme on le voit, ces faits sont d'autant plus intéressants à bien connaître qu'ils peuvent donner naissance à des méprises bien funestes pour ces petits malades.

Dans l'ophtalmie purulente, en effet, la maladie peut déjà par elle-même, dans les cas graves et négligés au début, s'accompagner de lésions cornéennes presque semblables à celles qui sont provoquées par le sublimé. Dès lors si, au lieu de considérer comme il convient la lésion cornéenne comme due à l'action nuisible du sublimé, et de supprimer aussitôt ces lavages, on redouble de rigueur dans le traitement, croyant à une aggravation de la maladie la catastrophe est certaine.

Pour éviter cette erreur on tiendra compte des signes différentiels suivants :

Lorsque la lésion cornéenne dépend de la maladie elle-même, elle ne se montre d'abord que dans les formes graves et mal soignées au début. En outre, l'infiltration au lieu d'être d'un blanc laiteux, diffuse, sans ulcération, commence par un point jaunâtre circonscrit, suivie rapidement de perte de substance de tissu cornéen. Enfin ce qu'il y aura encore de mieux à faire dans les cas douteux ce sera de ne jamais employer les lotions de sublimé ou tout au moins de les supprimer si on les a déjà employées.

Dans un récent article M. le docteur Romiée, de Liège, critique assez vivement le traitement prophylactique de l'ophtalmie purulente, y compris le système Crédé qui sembla pourtant jouir d'une grande faveur parmi les accoucheurs dans ces dernières années.

Ici, je ne peux mieux faire que de citer mon maître, M. le docteur Ch. Abadie, de Paris.....

« Sans aller aussi loin que M. Romiée, je trouve comme lui qu'il faut apporter au traitement préventif de l'ophtalmie purulente

plus de discernement et de réserve, mais je crois que l'instillation d'une à deux gouttes de nitrate d'argent à 2% peut être réellement utile quand il y a eu réellement infection. Nous savons, en effet, d'une façon certaine, que le nitrate d'argent possède une action efficace et sûre sur le gonocoque.

Ses propriétés prophylactiques semblent probables quand l'infection est récente. Mais en employant systématiquement dans tous les cas même ceux où il n'y a pas infection l'instillation d'une solution en somme assez forte de nitrate d'argent qu'arrive-t-il ? Il arrive qu'on provoque une véritable ophtalmie d'ordre chimique qui, le premier et le second jour, tout au moins, peuvent en imposer à l'entourage. Alors que va-t-il se passer ? Au lieu de laisser disparaître d'elle-même cette ophtalmie qu'on a provoquée, on va la soigner comme une véritable ophtalmie purulente spontanée. Pour peu qu'on continue les cautérisations désormais pourtant intempestives, les lavages avec des solutions de sublimé toujours nuisibles, etc., cette maladie qu'on continue à entretenir quand même s'aggravera et les cornées finiront par être compromises.

M. Romiée fait observer avec réserve que les statistiques échauffées à grand renfort de chiffres ne prouvent pas grand chose. Ainsi M. Valude, qui a voulu substituer l'iodoforme au nitrate d'argent affirme que ses statistiques sont aussi belles que celles de Crédé. Pourtant à mon avis, la substitution de l'iodoforme au nitrate d'argent n'est justifiée en aucune façon. Dans l'ophtalmie purulente confirmée, l'iodoforme n'ayant aucune action utile, sa puissance prophylactique reste encore beaucoup plus douteuse que celle du nitrate d'argent. En outre, si aux insufflations d'iodoforme, on ajoute des lotions de sublimé, on provoque la formation d'un iodure de mercure dont l'effet est désastreux pour la cornée."

Et monsieur Abadie continue en disant que les résultats fournis par ces statistiques sont surtout dus à ce que l'on évite l'infection par les soins plus attentifs donnés à la femme avant, pendant et après l'accouchement et à l'enfant immédiatement après la naissance. Du reste il est bien certain que la véritable prophylaxie consiste à éviter que des matières virulentes viennent cautaminer la surface conjonctivale de l'enfant.

Pour résumer je dirai : Quand un enfant vient au monde on doit prendre toutes les précautions possibles pour qu'il ne soit pas contaminé au moment du passage dans le canal vaginal.

Toute femme ayant un écoulement suspect devra être soigneusement désinfectée. Les yeux de l'enfant, aussitôt après la naissance, la peau du voisinage, doivent être nettoyés soigneusement avec une solution antiseptique quelconque inoffensive, soit de l'eau boriquée, soit simplement de l'eau bouillie, de façon à enlever toute matière septique qui pourrait pénétrer dans le cul-de-sac conjonctival.

Si la désinfection du côté de la mère étant malgré tout suspecte, on craint une ophtalmie purulente, on pourra recourir au système Crédé, à l'instillation de une à deux gouttes de nitrate d'argent à deux pour cent dans le cul-de-sac conjonctival et ce moyen doit être préféré à l'iodoforme et au sublimé, car ces deux agents n'offrent rien qu'un désastre pour les cornées.

Il faudra, aussi, bien se rendre compte que le seul fait d'avoir instillé dans l'œil un collyre de nitrate d'argent provoque une ophtalmie légère qu'il ne faudra pas prendre pour une ophtalmie purulente gonococcique.

Si en haut de quarante-huit heures cette ophtalmie abandonnée à elle-même, au lieu de rétrocéder spontanément s'accroît, si la sécrétion purulente augmente, si la tuméfaction des paupières est plutôt exagérée que diminuée, cela prouve que, malgré le traitement prophylactique, on a devant soi une ophtalmie purulente vraie.

Dès lors, procédant avec beaucoup de soin, on retournera chaque paupière isolément aussi complètement que possible et on touchera la surface de la conjonctive toutes les 12 heures avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à deux ou trois pour cent suivant l'abondance de la sécrétion.

Comme lavages, les solutions même faibles de sublimé ou d'acide phénique devront être absolument proscrites. Des lotions boriquées ou au permanganate de potasse à un pour deux mille sont toujours suffisantes.

Tant que les cornées, qui doivent être surveillées avec soin tous les jours, sont intactes, l'accoucheur peut continuer ces soins et conduire la maladie jusqu'à la guérison, mais que pour une raison ou une autre, gravité exceptionnelle de la maladie, soins mal dirigés, lavages trop répétés et trop irritants, survienne une complication quelconque du côté des cornées, l'assistance d'un médecin oculiste devient nécessaire. Dès que la fragile cornée du nouveau-né est atteinte, la direction du traitement devient par cela même très délicate et exige parfois une expérience consommée.

La situation de l'accoucheur qui voudrait quand même en face de ce cas grave se passer de l'aide d'un bon oculiste serait comparable à celle d'un oculiste qui, à son tour, aurait la prétention de mener à bonne fin une version ou une application de forceps difficile.

## REVUE DES JOURNAUX

### Generalités sur les maladies des voies respiratoires

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur Potain.  
Leçon d'ouverture.

Les maladies des voies respiratoires sont certainement, de toutes celles que vous aurez, au cours de cette année, à observer à la clinique, les plus fréquentes. Vous n'ignorez pas de quel poids l'une d'elle, la tuberculose pulmonaire, pèse sur la morbidité de la population parisienne.

Cette prédominance des maladies des organes respiratoires n'a rien qui doive vous étonner ; l'appareil respiratoire n'est-il pas de tous nos systèmes organiques celui qui a les rapports les plus complets avec le monde ambiant ? Ces rapports ne sont-ils pas beaucoup plus intimes, beaucoup plus prolongés que ceux qui contractent avec les agents extérieurs et l'appareil digestif et la surface de notre corps lui-même ? N'est-ce pas aussi celui qui a les moindres moyens de défense extérieure ?

La surface du corps, en effet, est défendue par la peau qui ne se laisse point facilement franchir par les ennemis du dehors auxquels, elle oppose, par son imperméabilité, une excellente barrière défensive, et puis les sensations cutanées du froid, du chaud, de la douleur ne sont-elles pas pour nous autant d'avertissements ? Il en est de même pour l'appareil digestif qui est en partie protégé contre toute invasion funeste par les propriétés organoleptiques même des substances ingérées, par leur saveur, leur odeur, etc., lesquelles nous mettent immédiatement en défiance. Cependant il est bon de dire que cette protection est ici limitée, elle ne prévaut pas, par exemple,

contre la fièvre typhoïde qui envahit le territoire digestif sans aversissement préalable, mais c'est là une exception.

Il n'en va pas de même des voies respiratoires autrement accessibles aux agents extérieurs.

Vous connaissez tous l'expérience de Tyndall qui consiste à faire pénétrer par un orifice étroit dans une chambre obscure un faisceau de lumière. Toute la partie de la chambre noire qui est traversée par le faisceau lumineux s'éclaire ; or, l'air lui-même ne s'éclaire pas, ce qui s'éclaire c'est la myriade de corpuscules solides, tenus en suspension dans cet air, lesquels arrêtent les rayons lumineux et nous les renvoient. Ce qui le prouve c'est que si l'air de la chambre a été préalablement filtré, la partie qui est traversée par le faisceau lumineux ne s'éclaire pas. Ces corpuscules ainsi tenus en suspension dans l'air ambiant sont des poussières, des débris de toute sorte, animaux végétaux, minéraux, dont on peut définir la nature sous le champ du microscope.

Or ces poussières, ces détritiques qui nous enveloppent, pénètrent constamment les voies respiratoires et cela, depuis le moment où a lieu le premier acte respiratoire, à notre naissance, jusqu'à notre dernier soupir. Et dans cet intervalle, qui est long pour une vie humaine de durée moyenne, nous n'avons pu nous arrêter de respirer et par suite d'absorber ces poussières. A chaque mouvement inspiratoire, il en pénètre une quantité notable ; qu'on juge de celle qui est ainsi absorbée en l'espace de 24 heures et qu'on juge de l'encombrement qui ne tarderait pas à se produire dans l'arbre respiratoire si de ce côté nous n'avions également un certain nombre de moyens de défense qu'il me reste à vous faire connaître !

Les poussières contenues ainsi dans l'air que nous respirons sont pour la plupart du temps des poussières inertes qui produisent en général peu d'excitation de la muqueuse, mais pour peu qu'elles soient plus irritantes et par suite plus dangereuses, elles provoquent une toux expulsive salutaire. En grande partie ces poussières s'arrêtent dans les fosses nasales, dans l'arrière gorge, se mélangent aux mucosités qu'elles y rencontrent et sont, ou bien expulsées avec elles par l'éternuement et l'action de se moucher, ou bien dégluties, de sorte qu'elles ne pénètrent pas ou peu dans les ramifications de l'arbre bronchique. D'ailleurs pénètrent-elles plus profondément leur présence produit peu d'effet, jusqu'à leur expulsion par la toux et par les crachats. Cependant si pénétrant plus profondément elles se fixent dans les petites bronches, leur présence est plus nocive et peut produire la dilatation bronchique. Elles ne déterminent tout d'abord que peu d'effet, qu'une légère hypersécrétion bronchique, mais peu à peu le calibre des bronches augmente, devient double, d'un diamètre très supérieur d'ailleurs à la masse des corps étrangers qui y séjournent, la dilatation s'est ainsi faite d'elle-même, à la longue.

On a cherché beaucoup d'explication à cette dilatation et on a beaucoup discuté sur sa pathogénie. L'explication qui me semble la plus plausible est celle-ci : Ce n'est pas par une accumulation des sécrétions amenées elles-mêmes, dans l'espace, par la présence des corps étrangers que se produit la dilatation, mais ces corps étrangers agissent ici indirectement en déterminant une sclérose interalvéolaire, le parenchyme pulmonaire devient tissu rétractile. Cette rétractibilité en raison de la rigidité des parois thoraciques ne peut s'exercer que dans un sens en tirant sur les bronches ; celles-ci sont-elles mêmes rétractiles et si leur rétractibilité est aussi grande que celle des tissus voisins, il y a équilibre de forces et la bouche conserve son calibre mais si la rétractibilité de cette dernière est la plus faible, la bronche cède et se dilate.

En dehors de la dilatation bronchique les poussières inertes qui sont ainsi amenées par l'acte respiratoire dans l'arbre bronchique n'ont pas d'action nocive sur les bronches elles-mêmes.

Nous verrons tout à l'heure ce qu'une certaine catégorie de ces poussières, telles que les poussières charbonneuses, deviennent quand elles ont pénétré dans les alvéoles.

Le plus grand danger que fait courir aux voies respiratoires l'air inspiré chargé des poussières ambiantes est le fait de la présence des bactéries, dont on trouve ici une flore des plus abondantes et des plus variées.

En effet, outre que l'arbre respiratoire peut être ainsi envahi par les pneumocoques, les staphylocoques, les streptocoques, bacille de Koch, il peut l'être aussi par le bacillum coli commune, d'autres encore.

Cette invasion se fait elle en dehors de la maladie ? ou autrement dit, rencontrant les bactéries dans le tissu pulmonaire, malade, doit on se demander si la présence de ces bactéries est cause ou effet ? La réponse est toute faite puisqu'on a constaté la présence de ces bactéries en dehors de toute maladie. En effet chez des sujets, des enfants particulièrement, morts de toute autre maladie qu'une affection des voies respiratoires, on a trouvé dans l'arbre bronchique des bactéries diverses, les mêmes que celles qu'on trouve dans des affections des voies respiratoires bien déterminées.

Ces bactéries si nombreuses que nous venons d'énumérer, peuvent donc élire domicile dans l'arbre bronchique sans effet nocif et elles ne détermineront de maladie que quand elles auront acquis un état de virulence suffisant ou quand les tissus seront mal défendus contre elles.

Car là aussi nous avons aussi des moyens de défense successifs et assez nombreux.

Des bactéries ainsi engagées dans l'air inspiré, la plupart s'arrêtent dans les fosses nasales qui constituent un merveilleux champ de défense par leur surface très étendue, leurs anfractuosités sans cesse lubrifiées par les mucosités, très propres, comme nous l'avons vu, à arrêter les corps étrangers, à les englober et à les éliminer naturellement avec elles.

La bouche est encore un champ de défense quoique moins parfait que les fosses nasales ; là en effet, les poussières chargées de bactéries échappent plus facilement que dans les fosses nasales à l'action des mucosités, la bouche est d'ailleurs une cavité beaucoup plus large ; laissant aisément passer les corps étrangers, tout le monde sait qu'il est dangereux de respirer la bouche ouverte.

La trachée peut encore offrir un obstacle à l'invasion des bactéries, comme des poussières, qui, arrivées à la partie supérieure de l'arbre bronchique, peuvent provoquer la toux expulsive bienfaisante dont nous avons parlé.

En tout état de cause, si les poussières et les bactéries dont elles sont chargées ont pénétré plus avant dans les bronches, les moyens de défense ne sont pas épuisés. Les poussières rencontrent partout une muqueuse armée de cils vibratiles animés de mouvement ascendant des mucosités chargées des corps étrangers, lesquels sont ainsi rejetés avec elles au dehors.

Cette sécrétion muqueuse ainsi mise en mouvement par les cils vibratiles est donc un excellent moyen de protection. Quand, malgré ces moyens de défense, les premières voies de l'arbre respiratoire sont franchies, que sont également franchies les bronches, que les bactéries sont arrivées ainsi dans les dernières ramifications bronchiques, nous trouvons encore contre elles des moyens de défense, ces moyens de défense résident dans l'action des leucocytes ou cellules migratrices. En raison de propriétés spéciales, ces cellules sont appelées vers les bactéries dont elles s'emparent et qu'elles dévorent. Ou bien elles les digèrent, ou bien elles les versent dans le torrent lymphatique. C'est cette dernière chose qui arrive pour les poussières charbonneuses qui sont respirées et qui produisent à la longue l'anthraxose. Ces poussières charbonneuses, sans s'arrêter, comme nous l'avons dit pour d'autres poussières, dans les petites bronches pour être le point de départ de leur dilatation, arrivent dans les alvéoles, c'est là qu'elles sont rencontrées par les leucocytes qui s'emparent d'elles et les versent dans le torrent lymphatique pour les déposer dans les ganglions du hile.



Cette action des leucocytes, dite phagocytose, a été très bien mise en lumière par des expériences qui ont été faites sur des chiens auxquels on injectait une culture de pneumocoques. Dès le premier jour, très peu de temps après l'injection, on remarquait une exudation alvéolaire qui était une préparation à la pneumonie, mais au bout de six heures, l'action de la phagocytose entraînait en jeu et au bout de 24 heures les bactéries avaient été englobées. Donc une lutte s'établit de suite après la pénétration des bactéries entre ces bactéries et les phagocytes, dans cette lutte les phagocytes ne sont pas toujours victorieux et c'est alors que s'installe la maladie.

Ceci établit donc d'une façon péremptoire le rapport existant entre la maladie et la bactérie. Les bactéries sont les agents indispensables à la maladie, la démonstration expérimentale en est faite mais, grâce à la propriété des phagocytes, la maladie n'est pas la conséquence inéluctable de la présence des bactéries.

Il y a en outre un rapport habituel entre la nature de la maladie et le genre de bactéries en jeu. C'est ainsi que le pneumocoque a son habitat plus particulier dans les alvéoles pulmonaires et produit la pneumonie, que le staphylocoque se rencontre ordinairement dans la bronchite et aussi le streptocoque, ce dernier plus particulier à la trachéo-bronchite chez les enfants, que le bacille de Koch envahit destructivement les alvéoles pulmonaires et les bronches.

Cependant il ne faudrait pas conclure de là à la spécificité absolue, il n'y a pas qu'un seul microbe spécial à chaque maladie. C'est ainsi qu'il n'y a pas seulement des pneumonies à pneumocoques, mais aussi bien il existe des pneumonies à streptocoques, des observations de ce genre ont été publiées.

D'ailleurs une culture microbienne pure est exceptionnelle dans les affections pulmonaires, c'est ainsi que dans la broncho-pneumonie des enfants on rencontre à la fois pneumocoques et streptocoques. La règle générale est la complexité de la flore microbienne, l'unicité est l'exception ; dans la tuberculose le bacille de Koch est associé à d'autres bacilles, ce qui aggrave d'ailleurs la maladie. Dans la tuberculose apyrétique à forme lente, seul le bacille de Koch est en jeu, au contraire dans la forme pyrétique aiguë, il y a association d'autres microbes.

De même, il est une forme de pneumonie qui n'est point une pneumonie fibrineuse que j'ai dite pneumonie congestive, dans laquelle se trouvent en action des microbes multiples, si on s'en rapporte à l'analyse des crachats. Il est vrai qu'on peut objecter que cette analyse n'a qu'une valeur toute relative, les crachats pouvant contenir des microbes étrangers à la maladie récoltés en chemin, dans les parties supérieures de l'arbre bronchique. Mais on a ponctionné directement le poumon malade et on a retiré diverses espèces de bactéries.

Tels sont donc les dangers que nous font courir, quand nous ne sommes pas en état de défense, les poussières et les bactéries que nous absorbons dans l'air inspiré. Mais les maladies que nous avons présentement en vue ne naissent pas toujours directement de l'air inspiré elles proviennent aussi parfois d'une auto-infection ; les bacilles qui ont pris leur habitat dans la bouche, dans la gorge et qui y restent avons-nous dit inoffensifs quand l'organisme est en bon état d'équilibre, prennent tout d'un coup une virulence nouvelle quand la santé s'altère. Cette virulence est créée en nous et par nous. Et cette virulence, ce ne sont pas seulement les microbes contenus dans la bouche et dans la trachée qui sont susceptibles de l'acquérir, mais aussi les microbes contenus dans les bronches. C'est ainsi qu'on voit des pleurésies traumatiques sans lésions extérieures, aboutir à la tuberculose par suite de l'ébranlement donné au système de défense qui jusqu'alors avait prévalu contre le bacille de Koch.

Les ganglions sont la grande réserve des agents infectieux c'est là qu'ils aboutissent, qu'ils sommeillent plus ou moins longtemps. C'est ainsi que chez les tuberculeux guéris on trouve de gros tu-

bercules crétacés, jaunâtres dans les masses ganglionnaires et dans ces tubercules se trouve des bacilles bien vivants d'une virulence même exagérée qui tout d'un coup peuvent déterminer l'invasion d'une granulie aiguë.

C'est donc dans ces ganglions, en dedans de nous, qu'est puisée la maladie, elle se développe sous des causes adjuvantes diverses quand l'organisme est mis en état de moindre résistance.

C'est le système nerveux qui est le grand régulateur de la défense de l'organisme, c'est lui qui procure la victoire ou produit la défaite, son rôle est ici complexe.

Deux systèmes de filets nerveux se partagent la besogne en ce qui concerne l'appareil pulmonaire, ce sont le grand sympathique et le pneumogastrique. Le premier commande aux vaisseaux, c'est l'agent actif de la circulation, le second a dans sa sphère d'action les bronches, leur contractilité, la motricité des cils vibratiles, déterminant, par voie réflexe, l'hypersécrétion bronchique qui est un de nos moyens de défense.

Les troubles du système nerveux peuvent faire naître les maladies microbiennes en annulant les moyens de défense dont il est le régulateur. Ollivier a démontré que dans l'hémorragie cérébrale il se produisait parfois des lésions pulmonaires du côté opposé à l'hémisphère atteint, qu'une piqûre d'un hémisphère pouvait être le point de départ d'une hémorragie pulmonaire du côté opposé.

Une compression du pneumogastrique peut produire une pneumonie du même côté, c'est à la compression du pneumogastrique que Hano a attribué la tuberculose qui éclate chez les malades atteints d'anévrisme de l'aorte.

C'est encore à la perturbation du système nerveux que sont dues certaines pneumonies nées sous le coup d'impressions morales très violentes.

Hutinel cite l'exemple d'un enfant qui, subitement et très profondément troublé par la foudre qui venait de tomber à ses pieds, fut pris de frisson, de fièvre, une pneumonie se déclara.

Un agent beaucoup plus fréquent dans la détermination de la pneumonie c'est le froid. Vous n'avez pas oublié que Pasteur a démontré que les poules refroidies étaient beaucoup plus accessibles aux inoculations charbonneuses. Ici l'action du froid sera analogue ; cependant la médecine expérimentale aussi bien que l'observation des faits quotidiens semblent donner un démenti à cette action du froid. Des animaux comme des individus ont pu subir un refroidissement intense sans en éprouver d'inconvénients ; l'organisme est tout de suite en effet, en état de défense par la contraction des capillaires qui fait refluer le sang de la périphérie vers le centre. La douche, le bain froid ne causent pas de pneumonies. Mais il s'agit là d'un froid intense il est vrai, mais peu prolongé ; il n'en est pas de même quand il s'agit d'un refroidissement modéré mais prolongé, ce genre de refroidissement expose à des dangers et on voit à sa suite souvent apparaître des pneumonies parce qu'il se fait là une soustraction graduelle de calorique à l'organisme.

Le froid réparti sur une surface limitée du corps comme le froid produit par un vent coulis est beaucoup plus propre à mettre en action les agents producteurs de la maladie que le froid agissant sur toute la surface du corps. Ne voit-on pas un courant d'air froid agissant sur une seule articulation, le poignet, par exemple, produire une fluxion rhumatismale de cette articulation.

Une action analogue se produit sur les voies respiratoires.

L'air froid inspiré est peu dangereux, car cet air se réchauffe dans les premières voies aériennes ; un air peut être moins froid mais chargé d'humidité, de givre ou de flocons de neige est beaucoup plus dangereux, car il n'est pas susceptible de s'échauffer comme l'autre.

Des agents d'ordre banal peuvent donc être la cause déterminante des maladies microbiennes. La lutte a été longue parmi les médecins, entre partisans de la pathologie microbienne et les adver-



sa. res, les uns et les autres étaient dans le vrai : le bacille est toujours le facteur de la maladie, mais il faut pour sa mise en valeur certaines conditions de l'organisme ou certaines influences extérieures, qui restent les causes banales de la maladie.

On a pu croire un instant que l'agent microbien étant à la source de toute maladie, il suffirait de le détruire pour empêcher ou entraver la maladie, malheureusement il n'en est rien, et si l'antisepsie chirurgicale a été une source si féconde d'admirables succès, l'antisepsie médicale n'a encore rien donné. Il nous reste en médecine à augmenter la résistance de l'organisme, et à suivre la voie ouverte aujourd'hui, des vaccinations qui compte déjà de si admirables découvertes.

(Abeille n. .)

#### Des crampes des mollets dans la pneumonie

par le Dr DEPASSE.

Je soigne en ce moment une vieille dame de 75 ans, atteinte de pneumonie double. Dans la nuit du 20 au 21 juillet, elle est prise de malaise, d'oppression, de fièvre, d'insomnie, et je la vois le 21 au matin. A mon arrivée, elle me dit elle-même : "Docteur, je suis prise d'une pneumonie à droite, mes crampes me le disent." J'ai déjà, en effet, trois fois en dix ans, soigné cette dame pour une pneumonie droite, et chaque fois la maladie a débuté par les symptômes classiques accompagnés de crampes dans les mollets. C'est donc la quatrième fois aujourd'hui ; ces crampes sont atrocement douloureuses ; les mollets sont durs, contractés, et les frictions les soulagent momentanément ; des crampes existent des deux côtés ; or les trois autres fois la jambe droite seulement était douloureuse. Cette observation m'en a rappelé une autre où aussi chez une femme âgée, j'avais observé des crampes dans la pneumonie. Il y a de cela une quinzaine d'années et je n'avais pas attaché d'importance à la chose, bien que je l'aie con-signée dans mon observation à cette époque.

Or, chose bizarre, la vieille dame que je soigne en ce moment, et qui est au 5<sup>e</sup> jour de sa maladie, a ce matin du souffle à gauche, avec matité et il est évident qu'elle commence une pneumonie gauche ; je rappelle qu'au début elle a eu des crampes dans les deux jambes.

Y a-t-il une relation entre la pneumonie et ces crampes ? J'ai d'abord cherché si, dans les auteurs, on avait signalé ce symptôme ; je l'ai trouvé nulle part, ni dans Grisolle, ni dans les dictionnaires de Dechambre ou de Jaccoud on n'en parle. A l'article crampes de Zuber (dictionnaire encyclopédique) il n'y est pas fait allusion.

Est-ce une affaire nerveuse par réflexe, et la moelle épinière joue-t-elle un rôle ? Je serais tenté de le croire, car ce n'est pas une affaire cérébrale. Les deux malades auxquelles j'ai fait allusion, ne présentaient aucun phénomène cérébral, l'intelligence était complète, les idées calmes, pas d'agitation, pas d'alcoolisme ; si c'est une affaire médullaire, faut-il en accuser les toxines du pneumocoque ? et alors ranger ces crampes parmi des névralgies toxiques, comme par exemple celles des saturnins ou autres ?

Ou bien ces crampes n'apparaissent-elles qu'au même titre (réflexe, tendineux) dans les coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales, gastriques, diphtériques, cholériques ?... Il me semble qu'on peut sans invraisemblance supposer une intoxication par les toxines du pneumocoque, intoxication qui serait facilitée par un retard dans le fonctionnement des reins. Mes deux malades étaient en effet de vieilles femmes ; il est vrai qu'il n'y avait pas d'albuminurie on pourrait alors faire rentrer ces crampes dans la catégorie des symptômes précoces de la maladie de Bright qui ont été étudiés par le Dr Dieulafoy.

(La France Méd.)

#### Les méfaits des pessaires vaginaux

FR. NEUGEBAUER.

Ce travail complément de celui que l'auteur publia antérieurement (Archiv f. Gynak. Bd XLIII, Heft 3, 1893) n'est pas un réquisitoire contre les pessaires. Le Dr Neugebauer se plaint, au contraire, de l'ignorance forcée de l'étudiant à l'égard de la petite chirurgie gynécologique, totalement délaissée dans beaucoup de grandes cliniques. Et pourtant il vaudrait mieux, pour la plupart des futurs praticiens, savoir, par exemple, appliquer un pessaire que d'avoir vu (à distance) enlever utérus et annexes. C'est donc dans un but charitable et non proscriptif que l'auteur a patiemment recueilli cette énorme documentation (364 cas).

Après un historique très curieux et très complet (qui commence aux ex-votos d'Herculanium), Neugebauer énumère ses observations. Nous ne pouvons songer à les analyser : signalons seulement l'étrange diversité de la prothèse, depuis le citron et le fourneau de pipe jusqu'aux pessaires les plus classiques. L'ancienneté de leur séjour dans le vagin est parfois énorme : 40 ans dans un cas de Leegert (obs. 222). Souvent même on ne les découvre qu'à l'autopsie, et il faut alors trouver dans leur charpente une note d'hôtel pour pouvoir leur assigner une date au moins approximative ! (cas de Hyrtl, obs. 279) !

Incidemment l'auteur rapporte une trentaine de cas de corps étranger du vagin (verres à boire, pots de confiture, œufs de poule, etc...) où l'on peut voir aussi bien de la prothèse que de l'onanisme.

Dans la dernière partie de ce travail, nous trouvons le résumé de tous les accidents observés. Ce sont d'abord et surtout les fistules : 37 recto-vaginales, 42 vésico-vaginales, 13 cas de fistules multiples, 3 uréthro-vaginales, 2 urétéro-vaginales. Après les fistules viennent les passages dans le cul-de-sac de Douglas (4 cas), l'utérus 11 cas, l'avortement (4 cas), l'étranglement du col utérin dans l'orifice du pessaire (15 cas), celui du pénis lui-même pendant le coït (Schröder), celui des tumeurs utérines etc... Il faut signaler encore la coexistence ou le développement du cancer (18 cas), les périmétrites, péritonites (19 cas), et enfin 13 cas terminés par la mort (péritonite le plus souvent). Nous ne pouvons énumérer toutes les complications observées, non plus que les modifications subies par le pessaire (incrustations) ou les voies génitales (fongosités, atrésies). En tout cas, tous ceux qu'intéresse le sujet trouveront dans ce consciencieux mémoire une mine inépuisable de renseignements. (Samml. Klin. von Vortrage Volkmann, cxcviii, Vov. 1697, p. 1077).

Signalons pour finir un intéressant mémoire du même auteur (Kroniki Lekarski, 1798, nos. 2, 3 et 4—Varsovie), sur les corps étrangers de l'utérus : une partie des observations précédentes entre dans sa composition. Ses observations au nombre de 70, ont été d'ailleurs publiées au Congrès Allemand de Gynécologie de 1897 : un grand nombre d'entre elles sont citées ou brièvement analysées dans notre mémoire sur les corps étrangers de l'utérus.

R. DE BOVIS.

(Gazette de Gynécologie)

#### Traitement des hémorragies par les applications locales du serum gélatine.

M. A. SIREDEY.—Je désire appeler l'attention de la Société sur les excellents résultats que l'on obtient dans le traitement des hémorragies, par des applications locales de serum gélatiné, suivant la méthode de M. Paul Carnot.

J'ai eu l'occasion de traiter, depuis quatre mois, neuf cas de métrorragies graves, tant à la ville qu'à l'hôpital, et avec un succès constant.

Il s'agissait de métrorragies, dues à des corps fibreux, à des fausses couches, à la rétention de débris placentaires ou décidaux.

Plusieurs de ces cas avaient résisté aux moyens ordinaires : injections chaudes prolongées, tamponnement, etc.

Le traitement employé a consisté dans l'un des deux procédés suivant :

Après injection d'eau bouillie tiède destinée à nettoyer le vagin des caillots qu'il contenait, je badigeonnais la cavité de l'utérus avec un tampon de ouate imbibé de gélatine ; j'introduisais dans la cavité utérine une lanière de gaze stérilisée imbibée de sérum gélatiné.

Sans avoir recours au tamponnement serré, on obtient presque toujours ainsi l'arrêt de l'écoulement de sang.

Dans un cas, en ville, n'ayant pas de sérum gélatiné à ma disposition, au moment de ma visite, j'ai prescrit à la malade une injection d'un litre de sérum gélatiné, en ayant soin de placer le siège sur un coussin élevé, de manière à assurer la stagnation du sang dans les culs-de-sac vaginaux, au contact du col utérin.

Dans le traitement des épistaxis, l'emploi de tampons gélatinés ou d'injections gélatinées donnent également d'excellents résultats.

La préparation du sérum est très simple ; en voici la formule : chlorure de sodium, 7 grammes ; eau, un litre ; gélatine, 50 grammes. La stérilisation se fait à l'autoclave, mais il faut avoir soin de ne pas dépasser 105° ; sans cela, la gélatine subirait des modifications dans son mode de coagulation.

On peut y ajouter (sans que cela soit indispensable), du sublimé à 1/1000 ou de l'acide phénique à 1/100 et faire préparer des flacons de différent volume qui se conservent assez longtemps.

En somme, cette méthode a été efficace dans tous les cas où je l'ai employée jusqu'ici. Elle a, sur tous les autres procédés d'hémostase, l'avantage d'être d'une parfaite innocuité.—(Ibid.)

#### La maladie de Friedreich ou ataxie héréditaire

M. le professeur Rauzier a donné dans le *Nouveau Montveller médical* une description concise, mais très nette de cette affection, qui est presque toujours confondue soit avec la sclérose en plaques, soit avec le tabes.

La maladie décrite par Friedreich, dans des mémoires successifs parus en 1861, 1863 et 1876, sous le nom d'*Ataxie héréditaire*, et dénommée en 1882 par Brousse (de Montpellier) *Maladie de Friedreich*, est une affection rare, caractérisée : au point de vue anatomique, par des lésions multiples et systématiques de la moelle ; au point de vue symptomatique, par un mélange de symptômes les uns appartenant au tabes, les autres à la sclérose en plaques ; point de vue étiologique, enfin, par son début précoce et son caractère familial.

A. SYMPTÔMES.—Le sujet atteint de la maladie de Friedreich "appartient par sa tête à la sclérose en plaques et par la partie inférieure de son corps au tabes" (Charcot). Le tableau clinique consiste essentiellement en "une incoordination lente et progressive des quatre membres, datant de l'enfance et attaquant plusieurs personnes de la même famille, commençant par les jambes et envahissant le tronc et les bras, finalement la langue, le larynx et les yeux ; n'amenant pas de troubles sensitifs, ni d'anomalies oculo-pupillaires, ni de douleurs fulgurantes, ni de paralysie des sphincters" (Ladame).

a) Les troubles moteurs sont essentiellement caractérisés par :

1° De l'incoordination et de l'incertitude dans les mouvements des membres inférieurs, démarche tabéto-cérébelleuse ou ataxo-tibutante) et des membres supérieurs ;

2° L'ataxie statique, ou instabilité (inquiétude musculaire) au repos, quelquefois accompagnée du signe de Romberg ;

3° Un certain degré de parésie ou plutôt de faiblesse musculaire ;

4° Des mouvements involontaires : tremblements, mouvements

choréiformes ou athétosiformes dans les membres ; mouvements convulsifs dans la face, la tête ou le tronc ; tremblement fibrillaire de la langue. Toutes ces anomalies sont exagérées par la fatigue ou les émetions et peuvent être atténuées par les efforts de la volonté.

La *dysarthrie* peut être rangée dans le même groupe de symptômes ; la parole est lente, embarrassée, mais moins scandée et moins explosive que dans la sclérose en plaques.

b) La *sensibilité* est habituellement indemne ; les douleurs sont rares et, lorsqu'elles existent, plutôt vagues que fulgurantes ; au point de vue objectif, on a noté quelquefois des hyperesthésies ou des anesthésies.

c) Comme *troubles sensoriels*, on ne signale guère que le *nystagmus* ; celui-ci a été observé dans 90 0/0 des cas ; il est habituellement horizontal, quelquefois vertical, oblique ou rotatoire et s'observe plutôt dans les mouvements volontaires de l'œil qu'au repos ; il donne au regard un aspect vague et étrange.

La maladie de Friedreich ne comporte ni paralysies oculaires, ni troubles pupillaires.

d) Les *reflexes rotuliens* sont abolis comme dans le tabes, les réflexes cutanés conservés.

e) Comme *troubles trophiques*, on note seulement : 1° Un pied bot spécial (pied creux avec cambrure et tassement exagéré dans le sens antéro-postérieur), accompagné d'*hyper-extension des orteils*, surtout du gros orteil, et d'un relâchement des ligaments articulaires ; 2° une *déviatio n vertébrale*, qui est le plus ordinairement une *scoliose*, à laquelle vient quelquefois se joindre une cyphose ou une lordose.

f) Il est fréquent d'observer des troubles vaso-moteurs, (refroidissement, cyanose, œdème des extrémités) et *stértoires* (salivation, polyurie, hyperhidrose).

g) Il n'existe pas de *troubles génito-urinaires*, ni de *manifestations organiques*. L'intelligence est ordinairement intacte ; le vertige et la céphalée sont les seuls troubles cérébraux que l'on note avec quelque fréquence.

B. EVOLUTION.—L'évolution se fait en général de la façon suivante : l'incoordination motrice apparaît la première dans les membres inférieurs, ou elle évolue progressivement ; elle atteint ensuite les membres supérieurs ; puis surviennent le nystagmus, la dysarthrie, la scoliose, le pied bot, enfin, après huit ou neuf ans, l'impotence fonctionnelle est complète, le malade est infirme à jamais.

La marche de l'affection est lente, mais fatalement progressive ; on peut observer des rémissions prolongées et des aggravations rapides survenant sous l'influence de maladies intercurrentes, surtout de maladies infectieuses ; mais il n'y a point à attendre de guérison ou même de rétrocession spontanée.

Par contre, la durée de la maladie est très longue (dans un cas de Vizioli elle s'est prolongée 46 ans), et les sujets succombent généralement à une infection intercurrente.

C. ETIOLOGIE.—la maladie de Friedreich apparaît le plus ordinairement, dans l'enfance ou au début de l'adolescence, presque toujours entre six et quinze ans ; elle se développe rarement après 16 ans et frappe les deux sexes.

C'est une *maladie familiale* au premier chef, plus encore qu'une maladie héréditaire : dans une même famille elle peut atteindre la plupart des rejetons (7 ataxiques sur 8 enfants dans un cas d'Ormerod), et elle apparaît généralement au même âge chez tous les sujets issus d'une même lignée.

L'hérédité, quand elle existe, peut être directe ou atavique, similiaire ou simplement névropathique.

L'hérédosyphilis a été incriminée dans un cas de Raymond ; mais d'autre part, Déjerine a vu la syphilis survenir, chez un sujet, plusieurs années après le début d'une maladie de Friedreich.

Enfin, depuis quelque temps, on fait jouer un certain rôle aux maladies infectieuses (rougeole, coqueluche), dans la genèse, ou tout au moins la provocation, de la maladie de Friedreich.

D. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue anatomique, la maladie peut être considérée comme une maladie d'évolution frappant les faisceaux médullaires à développement tardif.

Au point de vue du pronostic, on peut dire de la maladie de Friedreich qu'elle constitue une infirmité incurable; elle ne menace pas l'existence, mais apporte un obstacle définitif à la vie sociale de l'individu. Le traitement peut être considéré comme nul.

(La France méd.)

**Traitement médicamenteux de la néphrite chronique**

La médication qui convient le mieux dans la néphrite chronique est la médication par les alcalins, le tannin et l'acide gallique.

L'indication des alcalins découle de ce fait: que les néphritiques sont presque toujours des arthritiques présentant de l'hyperacidité de leurs humeurs.

Parmi les alcalins qui corrigent cette acidité, il faut attribuer la préférence au benzoate de lithine. Ce sel se donne sous un petit volume; de plus, il fournit de l'acide benzoïque qui agit comme désinfectant du rein. M. Lemoine (de Lille) le prescrit à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 par jour; il lui adjoint 25 centigrammes de bétol, excellent désinfectant des voies digestives, et comme la lithine est parfois mal supportée par l'estomac, il ajoute encore un peu de bicarbonate de soude. Il formule donc les cachets suivants:

Benzoate de lithine.....	50 centigrammes.
Bétol.....	25 —
Bicarbonate de soude.....	20 —

Pour un cachet.—A prendre 2 ou 3 par jour.

Ces cachets ne doivent pas être ordonnés au moment du repas, les alcalins pouvant influencer sur l'acidité de l'estomac, mais mieux vers 10 heures du matin et 5 heures du soir. Le malade prendra en même temps un verre d'eau alcaline (Vals, Pougues, Saint-Parize) qui aidera encore à décongestionner le rein.

Si l'on a à traiter un individu chez lequel de temps en temps on observe une diminution de la quantité des urines, qui en outre deviennent plus ou moins colorées avec même quelques globules rouges, on pourra recourir à l'acide tannique ou à l'acide gallique, surtout employés en Angleterre, à la dose de 1 gramme par jour:

Acide gallique.....	50 centigrammes.
Bétol.....	25 —

Pour un cachet.—A prendre 2 par jour.

Comme ces substances acides sont irritantes pour la paroi stomacale, il faut faire prendre les cachets au moment du repas; de cette façon, la médication pourra être suivie longtemps sans intolérance de l'estomac.

Cependant, à ces deux acides, M. Lemoine préfère le tannin, qu'il prescrit à petites doses, de 1 à 2 grammes par jour, et qu'il fait prendre en cachets au moment du repas:

Tannin.....	} à 50 centigrammes.
Poudre de quinquina.....	

Pour un cachet.—A prendre 2 par jour.

(La Presse méd.)

**Attention placentaire après avortement. Inutilité de l'Expectation. Ce qu'on doit attendre du Ballon de Champetier.**

Par le Docteur JACOB.

Le ballon de Champetier s'impose chaque jour davantage dans la pratique médicale, et sans doute l'usage de cet instrument se généralisera encore lorsque toutes les circonstances dans lesquelles il peut être utile seront bien connues des praticiens.

C'est à ce point de vue que nous relatons l'observation suivante:

Le 1er septembre dernier nous fûmes appelés auprès d'une femme qui venait manifestement de faire une fausse couche. Agée de 29 ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels, bien réglée depuis l'âge de 13 ans, cette dame s'était mariée en avril, avait vu ses dernières règles du 3 mai au 4 juin, et peu après cette date avait commencé à présenter tous les symptômes fonctionnels du début de la grossesse. Ce début de grossesse était bien réel puisque, à notre arrivée, nous trouvâmes encore sur le lit, entre les jambes de la malade, au milieu de caillots sanguins, un embryon d'environ trois mois qui avait été expulsé quelques heures auparavant et qu'on n'avait pas osé toucher avant l'arrivée du médecin. Une injection antiseptique chaude ayant été donnée, et l'asepsie des mains faite, nous pratiquâmes le toucher. Le col était long, complètement refermé, rejeté contre la paroi vaginale postérieure et l'orifice du col nullement dilatable. Le corps de l'utérus rejeté en avant, en antéflexion, au palper, dépassait de quatre travers de doigt la symphyse pubienne. Les douleurs avaient presque totalement cessé. On ne constatait aucun écoulement sanguin. Prescription: injections antiseptiques chaudes faites régulièrement toutes les deux heures. Et nous attendîmes. Le lendemain (2 septembre), le surlendemain (3 septembre), la température était normale (37°), le pouls étant à 80 pulsations. Jusque là nous avions pu espérer, malgré tout, que l'expulsion du délivre se ferait spontanément; 48 hrs s'étaient écoulées, la délivrance ne pouvait être que tardive et l'on ne pouvait plus avoir même une probabilité sur le moment où elle se ferait.

Nous proposâmes alors de pratiquer la délivrance artificielle, et cela pour deux raisons: d'une part la crainte d'une infection toujours possible, malgré les précautions prises, d'autre part la possibilité d'hémorragie.

Mais la malade avait appris par un confrère de ses parents que l'expulsion pouvait être spontanée, bien que très tardive, et sur notre réponse, à sa demande que l'intervention n'était pas "urgente" elle ne voulut pas se résoudre à se laisser dilater le col et délivrer artificiellement.

C'est ainsi que la situation resta stationnaire tout un mois..... jusqu'au 1er octobre. La malade, femme intelligente et suivant à la lettre les prescriptions médicales ne présenta aucune élévation thermique.

Cependant voyant que l'expulsion ne se faisait toujours pas et sur nos instances réitérées, elle finit par se décider.

Le 2 octobre au soir, après les précautions de rigueur, introduction dans l'utérus d'une tige de laminaire. Nous ne pouvons faire pénétrer qu'une tige extrêmement mince. Le 3 au matin, introduction d'une tige de laminaire un peu plus volumineuse. Le 3 dans l'après midi, pressés d'en finir, nous eûmes recours aux bougies de Hegar et nous appliquâmes ensuite le ballon de Champetier, petit modèle. La malade était tellement pusillanime que nous fûmes obligés de prier un de nos confrères de venir donner le chloroforme pour atteindre ce résultat. En appliquant ce ballon nous nous proposons de provoquer une dilatation suffisante pour nous permettre de faire le curage digital que nous avons l'intention de faire suivre du curettage. Après l'application du ballon, une double ligature est mise sur le tube cylindrique; nouvelle injection antiseptique chaude et de nouveau nous attendons. Dans la soirée, revenus près de cette malade, nous apprenons qu'il n'y a eu aucune douleur expulsive. Nous constatons que le tube cylindrique du ballon est extrêmement gonflé; nous retirons alors du ballon la valeur d'une cueillerée à café de l'eau aseptique que nous y avons introduite. Nouvelle injection antiseptique chaude.

Le lendemain matin, quand nous arrivons, la malade nous apprend que dans la dernière partie de la nuit, elle a eu de violentes douleurs et qu'elle a perdu quelques caillots de sang. Nous retirons du vagin le ballon et derrière ce ballon nous sentons un petit pla-

centa à peine retenu au niveau du col utérin. Nous n'avons aucune peine à l'extraire ; il pesait 33 grammes. Huit jours après, cette malade vaquait de nouveau à ses occupations, elle, qui avait dû, tout un long mois, garder le lit et se soumettre à toutes sortes de précautions, tout le temps que son utérus n'était pas entièrement évacué.

Cette observation nous paraît montrer une fois de plus l'inutilité de l'expectation dans les cas de rétention placentaire à la suite d'avortement.

Sans doute, quand dans ces circonstances analogues, on est appelé à donner ses soins à des femmes très propres, le danger de l'infection immédiate et à grands fracas est considérablement réduit (bien qu'il persiste dans une certaine mesure) mais encore, comment prévoir les conséquences d'un avortement suivi d'une délivrance tardive et plus ou moins complète ? Ne sait-on pas, au sujet des affections utérines, soignées dans les services de gynécologie, qu'on trouve fréquemment comme point de départ un avortement plus ou moins compliqué ? et d'ailleurs, à côté du danger d'une affection plus ou moins atténuée ou lointaine, n'existe-t-il pas le danger d'hémorragie ?

Si les accoucheurs, en grand nombre, ont été partisans de l'expectative dans les cas de rétention placentaire, cela tient en partie à ce que l'observation avait appris que la délivrance peut être spontanée bien que tardive, — mais surtout à la crainte que ces accoucheurs avaient de déterminer des accidents en intervenant.

Or, aujourd'hui, la délivrance artificielle dans de pareilles circonstances est une opération bien réglée et ne présentant aucune espèce de danger. Dans la rétention placentaire suite d'un avortement, attendre est toujours inutile souvent dangereux. Il ne faut donc pas hésiter à pratiquer artificiellement la délivrance.

Nous répétons qu'à ce point de vue le ballon de Champetier, bien manié, peut rendre les plus grands services. Dans tous les cas, il produira la dilatation suffisante pour procéder au curage digital, suivi du curetage — bien souvent il deviendra un moyen thérapeutique complet, provoquant à l'évacuation de l'utérus, c'est-à-dire guérissant à lui seul.

(Marseille Médical)

#### De la résistance du cordon ombilical

par le docteur QUEIREL.

Les expériences ont été faites presque toujours immédiatement après la délivrance ; le placenta était déposé sur un gâteau de bois, percé d'un trou central laissant passer le cordon ; à l'extrémité de celui-ci on suspendait un sac que l'on remplissait peu à peu de sable jusqu'à rupture.

Les expériences sont au nombre de 118. Les fœtus ont été divisés en cinq catégories : vivants, mort-nés, à terme, avant terme, macérés.

Sur 97 enfants nés vivants à terme, 2 fois un poids égal et 14 fois un poids moindre à celui de l'enfant ont suffi à rompre le cordon ; 81 fois il a fallu un poids supérieur et parfois de beaucoup (6 fois plus de 7 kilogr. et 2 fois plus de 10 kil.)

Sur 2 fœtus mort-nés à terme, il a fallu un poids supérieur à celui de l'enfant ; de même sur 2 fœtus avant terme nés vivants.

Quant aux fœtus mort-nés avant terme, sur 7 dont le poids était inférieur à 2000 grammes, 2 fois il suffit d'un poids insignifiant pour rompre le cordon ; c'étaient deux jumeaux.

Pour les fœtus macérés, le cordon était aussi résistant.

Somme toute, il est rare qu'un fœtus puisse, par son propre poids, déterminer la rupture du cordon.

La rupture a rarement lieu au niveau de l'ombilic de l'enfant ; elle se fait généralement au niveau du cordon, en bec de flûte ; les

artères s'allongent, la section de la veine est nette, l'amnios semble lacéré. L'épaisseur du cordon n'a pas grande influence sur sa résistance, pas plus que le poids du placenta,

(Rev. obst. intern.)

#### Traitement des brûlures par le chlorate de potasse

M. le Dr Larger, de Maisons-Laffitte, traite les brûlures par le chlorate de potasse ; il emploie la solution saturée à froid en bains locaux ou même généraux, aussitôt après l'accident. Dans la pratique et en cas d'urgence, il suffit de jeter, sans aucune mesure, les cristaux de chlorate de potasse dans l'eau froide que l'on agite un peu, et dans laquelle, en raison de sa faible solubilité, le sel ne se diffuse qu'au degré voulu.

Le remède est efficace dans toutes les brûlures, même profondes, mais son action est particulièrement évidente dans les cas d'érythème dû aux brûlures superficielles, si étendues soient-elles. Le soulagement est immédiat et la douleur ne tarde pas à se dissiper.

(Bulletin méd.)

## FORMULAIRE

#### Pommade contre les engelures

1° Sous-acétate de plomb.....	2 grammes.
Acide phénique.....	50 centigr.
Oxyde de zinc.....	15 grammes.
Vaseline.....	} à 20 —
Lanoline.....	
2° Sous-acétate de plomb.....	2 —
Sous-nitrate de bismuth.....	6 —

#### Traitement médical des maux de dents

Sulfate de quinine.....	0 gramme 12
Acide bromhydrique.....	XV gouttes.
Teinture de gelsemium.....	XV gouttes.
Sirop de sucre.....	15 grammes.
Eau distillée.....	30 —

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chr.)

#### Traitement des hémorroïdes par le calomel

par NÆGELI.

En saupoudrer les bourrelets et laxatifs ; le prurit rapidement disparaît ; calomel en suppositoire si les hémorroïdes sont internes.

—Voici, encore, une formule de pommade :

Vaseline.....	} à 10
Lanoline.....	
Calomel.....	0,05
Ajouter ou non extrait thébaïque	
ou de belladone.....	0,20

(Bulletin méd.)

#### Lavement alimentaire

(TOURNIER).

Bouillon.....	140 grammes.
Jaune d'œufs.....	n° 6
Vin.....	20 grammes.
Chlorure sodique.....	2 cuillerées à café.

Il faut battre longtemps les œufs, au moins cinq minutes, pour que le mélange soit bien lié. Le lavement est injecté tiède, son volume ne doit pas dépasser 250cc. Le lavement doit être tiède et donné très lentement, le malade étant couché.

(Rev. internat. de méd. et de chir.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## RAPPORT

## des trois dernières séances de la Société Médicale

*De l'avortement incomplet, de la conduite à tenir. Traitement*

Les trois dernières séances ont été remplies exclusivement par des considérations pratiques sur le traitement de l'avortement.

Ce sujet toujours plein d'actualité a fixé à un haut point l'attention des membres. Traité avec beaucoup de goin et d'érudition par MM. les docteurs Grondin, Brochu, Simard et Ahern, cette question est une de celles qui ont été le mieux traitées devant la Société jusqu'à ce jour.

Aussi tous les médecins en ont largement bénéficié.

Comme ce rapport, pour être complet, devrait être très long, on me permettra de le limiter aux points les plus saillants de la pratique. C'est à M. le Dr Grondin, comme il a déjà été dit du reste, que nous devons le travail fondamental des trois séances. Dans un énoncé aussi classique que documenté de la question il nous montre toute l'importance qu'il y a pour le praticien de revenir sans cesse à cette étude et cela d'autant plus que les opinions des maîtres sont encore fortement controversées.

Toutefois on peut dire que les auteurs se divisent en deux camps sur cette question. D'un côté les partisans de l'intervention hâtive et de l'autre ceux de l'expectation armée. De nos jours, dit-il, les premiers semblent faire école. C'est pourquoi se basant sur des statistiques probantes et sur 200 observations personnelles depuis 10 ans, il se déclare franchement pour l'intervention hâtive, et pour l'intelligence de la question et les besoins de la pratique, pose la question à peu près comme suit :

1° Faut-il intervenir quand le fœtus est expulsé seul ? Sans hésiter il répond dans l'affirmative.

2° Quand faut-il intervenir ? Se basant sur des statistiques irrecusables établissant que l'expulsion se produit dans le grand nombre des cas en dedans des quatre premières heures qui suivent la sortie de l'œuf on doit, d.t-il, intervenir de 6 à 24 heures après telle expulsion, selon les circonstances plutôt avant, rarement après, mais advenant de l'hémorragie il faudra agir sans aucun retard.

3° De quelle manière faut-il intervenir ?

a) En premier lieu par les injections intra-utérines d'eau chaude.

En cas d'insuccès c'est à la dilatation digitale ou instrumentale qu'il faut avoir recours. Alors l'œuf sera facilement décollé et entraîné au dehors avec le doigt, s'il n'est pas trop adhérent.

Dans le cas contraire on remplacera le doigt par la curette.

La curette mousse seule doit être choisie, il va sans dire que la plus rigoureuse antiseptie sera observée dans tous les détails. La curette ne servira qu'à entraîner au dehors les portions d'arrière-fait qui se détacheront le plus facilement.

Le nombre de séances n'y est pour rien, le principe est de tout enlever, nettoyer complètement la cavité utérine de la manière la plus antiseptique, de ne produire aucune lésion.

Pour ce qui est des avortements qui se produisent jusqu'au 3ème mois il est à peu près entendu de tous qu'une injection intra-utérine bien faite avec une sonde appropriée suffira pour vider complètement l'utérus.

Le conférencier cite le fait que lors de son séjour à Dublin il avait noté une série de 50 cas dans lesquels l'injection seule avait eu un plein succès 49 fois.

Voilà pour les 2 premiers mois, période durant laquelle l'avortement s'effectue en un seul temps.

Ce n'est plus la même chose si on envisage la question du 3ème au 6ème mois. Là l'avortement en un temps est l'exception. De fait, plus la grossesse est avancée plus l'avortement ressemble à un accouchement à terme.

Quelle est donc la question la plus pratique, la plus importante à considérer dans le traitement de la rétention du placenta dans les avortements du 3ème au 6ème mois ? Il n'y a pas à en douter c'est l'hémorragie. Voilà bien en effet le grand danger. De l'intervention bien faite dépend entièrement la vie de la malade.

Le traitement de l'hémorragie diffère suivant que l'œuf est intact ou que le fœtus est expulsé.

Dans le premier cas, de simples injections vaginales chaudes répétées amèneront dans la majorité des cas l'expulsion de l'œuf en entier. Si ce moyen reste sans effet et que l'avortement est considéré inévitable il faudra rupturer les membranes, ce qui nous amènera à traiter le deuxième cas où le fœtus est expulsé avec rétention du placenta. Alors on continuera les injections vaginales chaudes qui arrêteront l'hémorragie en vidant l'utérus.

Si malheureusement l'hémorragie continue, et que la femme est en danger, c'est le ballon de Champetier de Ribes qui rendra le plus grand service. En arrêtant l'hémorragie il dilatera le col pour permettre le décollement du placenta et son extraction facile par les moyens précités. Y a-t-il rétention placentaire sans hémorragie que faut-il faire ?

Ici encore on doit intervenir de suite contrairement à l'opinion des partisans de l'expectation armée. Car attendre la fièvre ou la mauvaise odeur des lochis serait exposer délibérément la femme aux plus funestes conséquences. Qui pourra nier que le plus grand nombre de femmes qui vont s'échouer dans les hôpitaux doivent à un avortement traité selon la méthode expectante les affections plus ou moins graves vg, métrites, périmétrites, affections des annexes, etc., dont elles souffrent.

Comment donc faut-il intervenir ? On a préconisé le tamponnement intra-utérin.

Nous nous en sommes servi, dit le Dr Grondin, pendant quelques temps, mais à la suite d'une observation de Bar au cours de laquelle on a noté une infection fatale du péritoine causée par le passage des liquides utérins chargés d'iodoforme par les trompes nous avons abandonné ce traitement.

Pour le Dr Grondin il n'est qu'un seul moyen efficace et sûr de vider l'utérus lorsque le curage digital est insuffisant, c'est le curetage à la curette mousse avec l'antiseptie la plus rigoureuse. Cette intervention suivie d'un bon drainage avec une mèche de gaze iodoformée n'offre pas de danger et protège la femme contre ces nombreuses complications mentionnées plus haut. Si un premier curetage n'est pas suffisant on doit le répéter.

De fait il cite le cas d'un curettage répété 6 fois avant d'arriver à un résultat satisfaisant.

Ici le conférencier demande si on peut lui citer un seul cas de mort à la suite d'une intervention semblable bien faite ?

Pour lui il n'en connaît pas.

D'un autre côté peut-on en dire autant de l'expectation armée ? Malheureusement, dit-il, tous les auteurs rapportent quelques cas de mort.

Pour appuyer ses conclusions le Dr Grondin termine par la lecture de quelques pages magnifiques de Dubois.

Alors Monsieur le président invite les membres à donner leur opinion sur cet important sujet.

Monsieur le Docteur Paquin fait au savant conférencier l'interpellation suivante : "La méthode d'intervention hâtive avec les procédés chirurgicaux que vous avez indiqués pour le traitement de l'avortement incomplet, est-elle tellement sûre dans ses résultats et tellement supérieure aux autres méthodes, qu'il en résulte une obligation morale stricte, pour le praticien en général, de l'adopter à l'exclusion de toute autre ? Qu'advenant le cas où une autre méthode serait préférée, (méthode expectante *vg*) et qu'il en résulterait les complications désastreuses que vous avez mentionnées : jusqu'à quel point ce médecin serait-il responsable ?

Le Dr Grondin répond que pour lui-même il est tellement convaincu des avantages et de la supériorité de cette méthode qu'il se ferait un devoir de l'adopter de préférence à toute autre en toute occasion et que quiconque aurait la même conviction doit être tenu en conscience de choisir cette méthode de préférence à toute autre.

Alors M. le Dr Brochu entame la discussion sur cette réponse donnée à l'interpellation du Dr Paquin, réponse qui lui paraît un peu trop exclusive.

Après avoir fait l'éloge du travail intéressant qui vient d'être lu il croit devoir lui opposer certaines réserves.

Tout en concédant au Dr Grondin que la méthode hâtive avec les procédés de dilatation large de l'utérus, du curetage digital et peut être de l'emploi très réservé de la curette puissent constituer une méthode de choix entre des mains expérimentées, il croit cependant que dans certaines conditions de nécessité de la clientèle générale, dans certains cas d'urgence et pour des praticiens peu exercés d'autres procédés consacrés par l'usage, plus simples, plus à la portée de tous et moins exposés aux accidents opératoires, tout en étant assez sûrs dans leurs résultats, pourraient fournir matière à discussion et rendre légitime la liberté de choix sans troubler la conscience du praticien.

Ainsi contre les hémorrhagies menaçantes ou graves de l'avortement la méthode du tampon classique réalisée dans les conditions antiseptiques que nous connaissons aujourd'hui est peut être encore la méthode la plus appropriée à la gravité des cas et aux besoins pressants de la pratique journalière. C'est au moins une méthode de nécessité qui ne doit pas être réjetée dans tous les cas.

De même contre les dangers des retentions placentaires et de la septicémie il s'exprime à peu près comme suit : Tout en admettant le principe de l'intervention hâtive dans le cas de placentas en partie décollés, mais partiellement adhérents je crois devoir prendre la responsabilité de conseiller l'usage de la pince mousse

qui m'a rendu de grands services durant les 20 dernières années, sans jamais avoir eu d'accidents à regretter. Comme premier moyen d'intervention je considère la pince comme un instrument moins aveugle et aussi efficace que la curette et dans tous les cas beaucoup plus à l'abri des accidents opératoires et dont les médecins les moins expérimentés peuvent se servir à peu près sans crainte.

Il ne conseille pas cependant la pince comme un procédé de choix à l'encontre du curettage digital qu'il reconnaît être moins aveugle et plus sûr quand il peut être réalisé dans des conditions favorables et strictement antiseptiques, mais il ne croit pas que ces conditions puissent toujours être réalisées suffisamment entre les mains de la clientèle générale et sans lesquelles cependant le curettage digital expose peut être plus que tout autre aux complications déjà énumérées.

Comme exemple de ce qu'on peut réaliser avec la pince mousse le docteur cite deux cas de placentas retenus dans l'utérus pendant 2 et 3 mois à la suite d'avortements de 2½ mois, qu'il réussit à enlever après dilatation par le seul procédé de la pince complété d'irrigations antiseptiques répétées les jours suivants.

Et comme preuve que les choses ont été réussies à point il témoigne que ces deux femmes ont conçu de nouveau l'une après 3 mois et l'autre 5 mois après ; qu'elles ont toutes deux mené leur grossesse à bonne fin.

D'après son expérience il affirme que ce procédé réussit dans la plupart des cas. Il peut d'ailleurs être complété par l'usage de la curette.

Après une courte réponse du Dr Grondin et un résumé de la question par le Docteur Simard la séance est ajournée.

(A suivre)

C. R. PAQUIN,  
Secrétaire.

## REVUE DES JOURNAUX

### Etat de la langue dans les principales maladies

Par M. le Dr M. COFFINAS

Il est intéressant de connaître l'aspect et l'état de la langue dans les principales maladies : cette connaissance aide souvent à établir le diagnostic.

I. *Fièvre typhoïde*.—L'aspect de la langue dans cette affection diffère beaucoup suivant la période de la maladie. Au début, elle est ordinairement molle, large, humide ou légèrement collante, recouverte d'un enduit plus ou moins épais qui, le plus souvent, au dire de M. Davasse, occupe seulement la base et les bords de l'organe et simule ainsi une sorte de V à ouverture antérieure. Cet aspect peut rester tel jusqu'à la fin de la maladie et de cette stabilité on peut en général tirer un pronostic favorable. Toutefois il faut dire que dans quelques cas exceptionnels, bien que les caractères offerts par la langue ne changent pas, la maladie n'en devient pas moins très grave. La rougeur de la pointe ou des bords, un pointillé rouge disséminé sur toute la surface supérieure de la langue, sont des phénomènes qu'on observe également dans la première période. A une époque un peu plus avancée, la rougeur augmente d'intensité et la sécheresse vient s'y joindre ; la maladie continuant à faire des progrès, la langue finit par devenir sèche au point qu'on la dirait à demi rôtie ou grillée. Elle se recouvre d'un vernis brun ou noirâtre, brillant, croûteux, traversé par des gerçures ou des crevasses, du fond desquelles on voit assez souvent sourdre des gouttelettes de sang. Ce vernis est formé à la fois par la dessiccation de la salive



du mucus et du sang. Lorsque la langue en est complètement recouverte, elle est petite et racornie, ses mouvements sont incertains, difficiles et douloureux, et le goût est presque entièrement aboli. Cet aspect de la langue coïncide avec un trouble profond de l'hématose et de l'innervation.

Lorsque la terminaison de la fièvre typhoïde doit être heureuse, la langue revient peu à peu à son état normal, elle se dépouille de ces enduits croûteux qui laissent à nu une surface rouge luisante, mais encore sèche et fendillée, dépourvue en partie de son épithélium, celui-ci se régénère peu à peu. Plus tard la langue redevient blanchâtre, humide, vermeille, et la guérison ne tarde pas à se confirmer si la convalescence est bien conduite.

II. *Embarras gastrique fébrile.*—La langue large, épaisse et étalée, présentant sur ses bords l'empreinte des dents, est recouverte d'un enduit muqueux, blanchâtre et épais, parfois teinté en jaune par la bile, enduit bilieux. Quelquefois on aperçoit des petits points rouges et saillants sur lesquels Stoll avait beaucoup insisté ; ce sont les papilles de la muqueuse linguale, mais ils n'apparaissent en général qu'un peu plus tard, vers la fin de la maladie, quand la guérison s'avance et que les dépôts épithéliaux se détachent.

Notez les différences considérables qui existent entre la langue de la fièvre typhoïde et de celle-ci, et de quelle utilité peut être cette chose simple, l'examen de la langue.

L'état de la langue dans l'embarras gastrique ressemble beaucoup à l'aspect de cet organe chez les malades soumis au régime lacté absolu. M. Jaccoud insiste beaucoup sur cette apparence à laquelle il faudra toujours songer.

III. *Rougeole.*—Dans la rougeole normale, la langue conserve ordinairement son humidité ; son pourtour ou sa pointe seulement sont le siège d'un rouge-rose assez vif, sa base étant la plus souvent recouverte d'un enduit blanc ou jaunâtre plus ou moins épais ; ce n'est qu'exceptionnellement et dans des cas d'une certaine gravité qu'elle se montre sèche et offre une rougeur très prononcée.

Mais il est un signe particulièrement important, c'est l'exanthème buccal (signe de Koplix) à la période prodromique de la rougeole. En 1896, Koplix a signalé l'apparition sur la muqueuse et principalement sur la face inférieure des joues d'un exanthème pendant la période prodromique de la rougeole, c'est-à-dire à un moment où le diagnostic de rougeole est, comme on sait, difficile. Pour Koplix, cet exanthème serait pathognomonique de la rougeole.

Hawick a voulu vérifier ce fait à l'occasion d'une épidémie de rougeole qui a sévi, en 1897, dans le service du professeur Haulner. Il a pu examiner au point de vue de la présence de ce signe de Koplix, 52 enfants qui ont eu la rougeole ; 45 ont présenté le signe de Koplix à un moment où ils n'offraient encore aucun signe de rougeole.

Cet exanthème se présente sous forme de petites effervescences d'un blanc bleuâtre, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entourées d'une auréole inflammatoire des dimensions d'une lentille. Ces efflorescences occupent ordinairement la face interne des joues, quelquefois celle des lèvres ou même la langue ; leur nombre est variable, et le plus souvent on trouve de chaque côté 6 à 20 taches, jamais elles ne deviennent confluentes.

IV. *Scarlatine.*—C'est dans la scarlatine, parmi les fièvres éruptives, que cet organe nous présente les modifications les mieux tranchées. La langue, dit Marfan, qui dès le début présentait une coloration rose de la pointe, et un enduit blanchâtre sur le reste de sa face supérieure, ne tarde pas à se dépouiller de cet enduit, et présente dès le second ou le troisième jour cet aspect caractéristique, si important que, dans le cas où l'éruption n'existerait plus au moment de l'examen, il suffit à lui seul ou presque à lui seul à permettre de formuler le diagnostic de la scarlatine. La langue, en effet, dépouillée de son enduit saburral, subit, du 3<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> jour, une véritable desquamation qui commence dès le 2<sup>e</sup> jour, s'étend de la pointe

vers la base, et lui donne un aspect caractéristique. En effet, la langue est d'un rouge vif ; sur sa surface lisse vernissée tranchent les saillies caractéristiques des papilles linguales qui lui donnent l'aspect framboisé (langue framboisée), cette desquamation est plus ou moins étendue, suivant que l'exanthème buccal a été plus ou moins intense. Quelquefois bornée à l'extrémité de la langue, elle l'envahit d'autres fois tout entière. Dans ce cas, la muqueuse de toute la cavité bucco-pharyngée présente une desquamation analogue : la face interne des joues, le voile du palais, la face postérieure du pharynx, les amygdales, (si l'exsudat a rapidement disparu), présentent un aspect vernissé, une coloration rouge, tout à fait caractéristique, qui peuvent persister pendant sept à huit jours, et même davantage, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'épithélium se reforme et acquiert une épaisseur suffisante. Lorsque cette desquamation de toute la cavité buccale est aussi intense, le malade y éprouve des sensations très pénibles, de sécheresse, d'empâtement, mais il n'y a pas de véritables douleurs. Cette desquamation de la langue n'appartient guère qu'à la scarlatine.

V. *Varicelle.*—Dès le premier jour de l'éruption et parfois même avant l'exanthème, la muqueuse bucco-pharyngée peut être prise ; les enfants ont les gencives tuméfiées, la langue épaisse et saburrale, les joues gonflées, la gorge sensible ; ils présentent de la salivation. Un examen attentif montre alors des vésicules arrondies et superficielles occupant le voile du palais, la face interne des joues, la langue, les gencives, la face muqueuse des lèvres. La vésiculation est si éphémère sur une muqueuse sans cesse humectée par la salive, qu'on ne peut généralement pas la saisir ; mais on voit à sa place de petites érosions arrondies, blanc-jaunâtres, limitées par une collerette rose ; il n'en faut pas davantage pour reconnaître la localisation de la varicelle sur la muqueuse de la bouche.

VI. *Variole.*—A part les pustules qui peuvent se développer à sa surface, la langue dans la variole n'offre rien de bien particulier à noter. Quand elles sont nombreuses, cet organe se congestionne, se tuméfie, ses mouvements deviennent difficiles et on l'a vu même devenir le siège d'une inflammation phlegmoneuse profonde qui n'est pas sans danger. Le plus souvent, la langue se montre humide, pâle ou rosée, avec une couche plus ou moins épaisse à la base.

VII. *Coqueluche.*—Nous rapprochons des fièvres éruptives, parce qu'on l'observe surtout chez l'enfant, la coqueluche, dont nous ne ferons que signaler l'ulcération sublinguale.

Dans la moitié des cas environ, surtout chez les enfants qui ont des dents, dit M. Comby, la projection de la langue en avant à chaque quinte finit par amener l'usure, la déchirure, la rupture du frein, conséquemment une petite inflammation diphtéroïde, qui dépasse quelquefois les limites du frein, tant en surface qu'en profondeur. Cette lésion est généralement peu importante.

VIII. *Grippe.*—La langue prend un aspect soit blanchâtre, soit jaunâtre, porcelainée, comme l'a décrite M. Faisans. Chez l'enfant, ce signe existe dans la minorité des cas. Exceptionnellement on a noté la rougeur, la sécheresse et l'aspect framboisé.

IX. *Pneumonie.*—La langue est ordinairement blanche et chargée dès le début, surtout dans les pneumonies bilieuses. Quelquefois, chez les enfants surtout, elle reste presque naturelle. Dans les formes graves elle devient profondément sale et jaunâtre, puis se recouvre d'un enduit fuligineux, comme chez les typhiques. Chez les vieillards cette sécheresse de la langue se produit de très bonne heure et peut constituer presque l'unique symptôme de la maladie.

X. *Choléra.*—Dans les périodes qui précèdent l'algidité, la langue n'offre pas d'altération bien appréciable, elle conserve ordinairement sa souplesse, sa couleur et son humidité ; c'est tout au plus si elle se recouvre quelquefois d'un léger enduit blanchâtre ou grisâtre. Dans la période algide, la langue devient pâle ou livide ; en même temps elle participe au refroidissement progressif qui s'empare des extrémités ; comme celui de ces parties, il est beau-

coup plus prononcé que ne semblerait le comporter la température générale du corps appréciée à l'aide du thermomètre placé dans le creux de l'aisselle. Dans la période de réaction, la langue peut présenter des altérations qui se rattachent ordinairement au mode de terminaison de l'affection et ne présentent rien de particulier. C'est alors qu'elle peut devenir rouge, sèche, fendillée, etc. Pendant la convalescence, on a vu quelquefois apparaître sur la langue des plaques de muguet et l'exfoliation de l'épithélium survenir après le dépouillement des enduits.

XI. *Dans les pyrexies intermittentes.* — Dans les fièvres intermittentes simples, cet organe n'éprouve ordinairement qu'un petit nombre de changements.

XII. *Entérite aiguë.* — La langue est presque toujours recouverte d'un large enduit saburral; elle devient assez rapidement rouge à sa pointe et sur ses bords, rarement dans toute son étendue, sauf à la fin de la maladie.

XIII. *Entérite chronique.* — La langue, rarement recouverte d'un enduit blanchâtre, se dépouille plus ou moins de son épithélium, et l'on aperçoit sur sa face dorsale, sur ses bords et sa pointe quelques papilles rouges et saillantes.

XIV. *Dysenterie aiguë.* — Les caractères que présente la langue sont en rapport avec l'existence de certaines complications; l'embarras gastrique existe-t-il, la langue est saburrale; l'état bilieux est-il accentué, la langue offre alors un enduit spécial, jaunâtre, en même temps l'inappétence, les nausées, les vomiturations prennent une importance plus grande. Dans les périodes plus avancées de la dysenterie, la langue devient rouge; plus tard, elle offre une tendance à devenir sèche et même fuligineuse.

XV. *Dysenterie chronique.* — La langue n'est presque jamais normale, sauf pendant les rémissions plus ou moins passagères de la maladie; ses papilles sont à nu; elle rougit, se dessèche, devient plus ou moins tardivement fuligineuse et finit par se couvrir de muguet.

Kelsch et Kisner, dans leur livre des maladies des pays chauds, insistent peu sur les caractères de la langue; il semble que la langue, au lieu de présenter des caractères fixes, varie avec les formes si dissemblables de la maladie.

XVI. *Rhumatisme articulaire aigu.* — La langue est en général large, aplatie, humide et recouverte d'un enduit épais d'un jaune sale, qui s'étend à toute la surface papillaire. Cet organe est humide comme la peau.

XVII. *Langue des phtisiques.* — Que le patient ait ou n'ait pas des troubles gastriques, qu'il y ait ou non de la fièvre, la langue est toujours au début de la phtisie nette et humide, comme à l'état normal. D'où cette formule de Lasègue: "Tout patient qui a la langue nette et humide, qui mange de bon appétit et qui a de la fièvre le soir, est un phtisique."

Dans les périodes terminales, survient une gastrite dont M. Marfan a décrit les lésions dans sa thèse inaugurale. Or, cette gastrite, on peut la diagnostiquer presque à coup sûr par l'état de la langue: la langue devient rouge, sèche, dépouillée, elle acquiert les caractères des phases prodromiques du muguet, et de fait, le muguet germe assez souvent dans la bouche des phtisiques atteints de gastrite.

XVIII. *Diabète sucré.* — La langue est sèche, colle au palais dont elle se détache avec peine, quelquefois rouge et fendillée, brunâtre, ses papilles se sont hypertrophiées en certain temps pour former comme des touffes de poils (langue pileuse) qui tranchent sous forme d'ilots blanchâtres, particulièrement au niveau du V lingual, sur le fond érythémateux. Dans ces papilles allongées qui donnent à certains la sensation permanente d'avoir un cheveu ou un fil dans la bouche, s'insinuent des filaments de leptothrix et par fois des amas de spores d'oidium albicans.

Nous croyons d'avoir rappeler que l'état saburral des voies di-

gestives, avec une langue blanche, est parfois le premier signe du coma diabétique.

XIX. *Goutte.* — Certains gouteux se plaignent de douleurs dans l'épaisseur même de la langue, d'autres de sécheresse de la bouche très pénible.

XX. *Alcoolisme.* — La muqueuse linguale est rouge, d'aspect érythémateux dans les gastrites ulcéreuses, fendillée, desquamée, avec des papilles saillantes et hypertrophiées.

XXI. *Urémie.* — D'une façon générale, la langue est blanche avec des bords roses ou rouges; la partie centrale est épaisse et jaunâtre. D'autre fois, elle est sèche et rappelle la langue urineuse décrite par Guyon. Elle peut acquérir une importance clinique plus remarquable encore: on a affaire dans ce cas à la forme pharyngo-buccale de l'urémie décrite par Lancereaux et étudiée de nouveau par Barré sous le nom de stomatite urémique.

XXII. *Infection puerpérale généralisée (grande infection).* — La langue est d'abord humide, rouge à la pointe et sur les bords, d'un jaune sale au milieu; au cours normal de la maladie, elle devient sèche et fuligineuse. Elle suit donc l'infection et nous renseigne sur sa marche.

XXIII. *Ictère grave.* — La langue est ordinairement tremblante, est d'abord épaisse et saburrale puis rouge noirâtre et rôtie. C'est la langue de perroquet de la fièvre typhoïde.

XXIV. *Troubles trophiques.* — Les plaques jaunes sont très rares sur la langue. Un des plus beaux exemples connus est celui rapporté par le Dr Wichlam Leggèlès. Le malade était atteint d'ictère et présentait en outre du xanthélasma aux paupières, à la conjonctive, à la paume des mains, au coude gauche, à l'oreille droite et à la moitié gauche du nez. Sur les bords de la langue de chaque côté existaient des plaques blanches jaunâtres allongées, légèrement proéminentes, mais sans induration; il y avait aussi une tache jaune de même nature sur la ligne médiane de la voûte palatine et une autre près de la veine linguale; les plaques de la langue étaient nettement délimitées et variaient de la dimension d'un pois à celle d'une pièce de cinquante centimes. Vers la pointe de la langue, deux de ces plaques étaient le siège d'une légère perte de substance que recouvrait une croûte sans douleur. Au microscope on constatait à un faible grossissement des trainées noires, longues et étroites, immédiatement sous la membrane muqueuse, et à un grossissement ces trainées noires se montraient sous la forme d'une prolifération de cellules du tissu conjonctif, dont la plupart avaient subi la dégénérescence graisseuse, ce qui n'est d'ailleurs que la reproduction des lésions que l'on trouve dans la peau.

XXV. *Maladie d'Addison.* — Les Addisoniens peuvent également présenter des taches noires sur la muqueuse linguale, taches qui accompagnent la mélanodermie et l'abattement physique, symptômes cardinaux de l'affection. Mais dans ces cas frustes, où la clinique pourrait faire croire à la neurasthénie pure, la présence des taches pigmentées sur la langue peut reformer le diagnostic.

Tels sont les principaux caractères de la langue dans les maladies rencontrées le plus fréquemment.

(L'Indépendance Méd.)

#### Luxation ancienne du coude

Service de M. DUPLAY.

M. Duplay fait l'histoire d'un jeune garçon de 14 ans qui, il y a 17 mois, fit une chute sur le coude. Ce qui se passa en ce moment, ce jeune homme ne le saurait dire, il sait seulement qu'il fut endormi par le médecin qui le vit après son accident, et qu'il se réveilla le bras placé dans un appareil plâtré où il resta un mois environ. Au bout de ce temps comme il ne pouvait se servir de son membre il entra à l'hôpital Trousseau où il fut radiographié comme il l'a été

de nouveau dans le service de M. Duplay où il a été envoyé il y a quelque temps.

Ces deux radiographies montrent une luxation du coude en arrière et corroborent le diagnostic clinique qui avait déjà été fait, diagnostic qui s'appuyait d'ailleurs sur des signes classiques.

L'articulation du coude, en effet, se présente, augmentée de volume, dans son diamètre antéro-postérieur particulièrement. En arrière on sent très nettement la saillie anormale de l'olécrâne et en avant on perçoit également, un peu au-dessous du pli du coude, une saillie osseuse qui n'est autre que l'extrémité inférieure de l'humérus, il existe enfin au dehors une saillie exagérée de l'épicondyle qui semble être le résultat d'une fracture ancienne de cette éminence.

Il y a en outre une certaine atrophie musculaire.

Les symptômes fonctionnels sont en corrélation avec les signes physiques. Ce jeune malade, en effet, ne peut se servir de son membre normalement, car la flexion s'approche de l'angle droit sans pouvoir aller au delà ; il ne peut arriver à mettre la main sur la tête ni la porter à sa bouche. Il y a un arrêt absolument insurmontable qui s'oppose à la flexion, l'apophyse coronoïde du cubitus vient butter d'une façon absolue contre une calle qui se trouve placée au pli du coude, obstacle qui n'est autre chose que l'extrémité inférieure de l'humérus.

Ce jeune garçon a donc été atteint d'une luxation en arrière du coude ; sur la radiographie qui a été faite dernièrement dans le service de M. Duplay et que ce dernier fait passer sous les yeux de son auditoire, on voit très nettement la position anormale de l'olécrâne en arrière du plan vertical de l'humérus.

A son origine cette luxation a été très vraisemblablement méconnue, en tout cas elle n'a point été réduite. A ce propos M. Duplay insiste, bien que ce soit un peu en dehors du sujet qu'il a actuellement en vue, soit les luxations anciennes du coude et leur traitement, sur les signes qui permettent de reconnaître une luxation du coude en arrière dès le début, pour peu que l'épanchement sanguin et le gonflement soient médiocres, ou dès que cet épanchement et le gonflement ont un peu diminué.

L'avant-bras étant étendu sur le bras on recherche, pour se rendre compte s'il y a une luxation, les trois saillies osseuses ; l'olécrâne, l'épicondyle, l'épitrôchlée ; sur une articulation normale, ces trois saillies se trouvent sur une même ligne horizontale ; au contraire y a-t-il une luxation, la saillie olécrânienne se trouve au-dessus de cette ligne horizontale.

D'autre part, prenant encore pour point de repère ces trois saillies osseuses l'avant-bras étant fléchi, à l'état normal le plan vertical qui passe par l'épicondyle et l'épitrôchlée, le bras étant regardé de profil, rase la face postérieure de l'olécrâne ; au contraire y a-t-il une luxation, ce même plan vertical se trouve bien en avant de la face postérieure de l'olécrâne, celle-ci étant plus ou moins fortement portée en arrière.

Enfin dans la luxation du coude en arrière il est toujours aisé de reconnaître, à moins d'un gonflement considérable de l'articulation et d'une infiltration non moins notable des tissus péri-articulaires, la saillie que fait en avant au-dessous du pli du coude, l'extrémité inférieure de l'humérus, saillie large et arrondie qui s'oppose, comme il a été démontré tout à l'heure à propos du malade dont il est question, à la flexion complète de l'avant-bras sur le bras.

Le diagnostic est donc d'ordinaire facile et il est d'autant plus important de le poser de bonne heure que, récentes, les luxations du coude sont le plus souvent très faciles à réduire à l'opposé des luxations de l'épaule et de la hanche par exemple qui, par suite de l'interposition d'une bride tendineuse, d'un débris de la capsule, etc., peuvent être parfois même primitivement, très difficiles à réduire. Pour la luxation du coude, la réduction se fait le plus simplement du monde à l'insu du blessé lui-même qui peut, et doit même autant

que possible, ne pas se douter qu'il est atteint de luxation, et cela par un procédé peu compliqué, le procédé du genou qui consiste pour l'opérateur, le malade étant assis, à placer son genou dans le pli du coude et à exécuter sur ce dernier, comme point d'appui, la flexion de l'avant-bras sur le bras, et à refouler en même temps l'olécrâne d'arrière en avant avec la main restée libre.

On peut ainsi réduire de suite des luxations récentes particulièrement chez les enfants chez qui ces sortes de déplacements sont très fréquents.

Par contre, il ne faut pas oublier que les fractures du coude méconnues et non réduites, deviennent très rapidement irréductibles, beaucoup plus rapidement que les luxations de l'épaule et même de la hanche. Il est à peu près de règle qu'une luxation du coude n'est déjà plus guère réductible au bout de deux mois ; en tout cas au bout de six mois c'est fini et M. Duplay n'a jamais vu une luxation de cet âge être réduite par les moyens ordinaires, quelle que soit la force déployée.

Chez le jeune garçon qui fait l'objet de cette leçon, chez qui l'accident date de 19 mois, il ne saurait être question de tenter une réduction ordinaire de la luxation, les déformations osseuses rapides qui ont eu lieu au contact des parties déplacées, les ossifications des ligaments ou tendons, la rétraction de ces derniers, la formation d'un nouveau tissu fibreux péri-articulaire sont autant d'obstacles insurmontables aux moyens ordinaires de réduction.

Que si malgré tout, en cas semblable on cherche à réduire par des moyens violents on risque de produire des fractures, des délabrements osseux et musculaires et d'arriver ainsi à un résultat désastreux. Il est donc dangereux de recourir aux méthodes de force pour réduire une luxation ancienne du coude et, à ce point de vue, la luxation devient déjà ancienne au bout de deux mois.

Il ne reste donc plus pour rendre au coude sa forme et son intégrité fonctionnelle que trois méthodes :

1° L'ostéotomie.

2° L'arthrotomie.

3° La résection.

La première consiste à fracturer l'olécrâne ou mieux encore à en faire la section ; on a quelquefois obtenu de cette façon la réduction de la luxation et une restitution fonctionnelle sinon complète, du moins très satisfaisante, mais cependant c'est là un résultat trop aléatoire pour faire de cette méthode la méthode de choix.

La seconde de ces méthodes, l'arthrotomie consiste à sectionner le triceps et à pénétrer directement dans l'articulation qu'un peut alors réduire, après section d'une partie des trousseaux fibreux qui l'entourent, mais là encore, il y a quelque chose de très aléatoire, on peut sectionner trop ou trop peu du triceps et le résultat peut n'être pas toujours très satisfaisant, on peut ne réduire qu'imparfaitement ou ne pas réduire du tout et l'articulation peut en outre, étant privée de ses moyens de soutien, ne plus répondre à ces besoins fonctionnels.

L'opération de choix est certainement la troisième des méthodes qui viennent d'être énumérées, la résection non pas la résection typique, c'est-à-dire celle comprenant à la fois l'extrémité inférieure de l'humérus et l'extrémité supérieure du cubitus et du radius, mais une simple résection partielle comprenant seulement l'extrémité inférieure de l'humérus qu'on abattra par un trait de scie. Il n'est point nécessaire, dans des cas analogues à celui dont il s'agit ici, de sectionner l'extrémité supérieure du cubitus, tout au plus si la tête radiale causait une gêne dans l'adaptation nouvelle de l'articulation peut-il être permis d'abattre la capsule radiale.

C'est là, sans conteste, la meilleure intervention à laquelle on puisse recourir, c'est le procédé de choix, on obtient ainsi, particulièrement chez les jeunes sujets des résultats merveilleux.

(Abeille n. 13.)

**Technique des injections sous-cutanées de gélatine**

M. Deguy, sans insister sur l'action cangulante de la gélatine, fait connaître le modus faciendi de ces injections et surtout les phénomènes locaux ou généraux qu'elles peuvent déterminer.

Donnons d'abord le formulaire des injections de gélatine.

Voici la formule employée par MM. Lancereaux et Paulesco :

Gélatine.....	10 grammes.
Chlorure de sodium.....	10 —
Eau.....	1000 —

Stérilisez. Commencer par injecter 50 cc., puis augmenter jusqu'à 150 cc.

MM. Huchard et Deguy, contre les hémoptysies des tuberculeux, emploient la formule suivante :

Gélatine.....	7 grammes.
Chlorure de sodium.....	10 —
Eau.....	1000 —

Dissoudre à chaud, filtrer et stériliser. Commencer par des injections de 50 cc.

Les mêmes auteurs, dans des cas d'anévrysmes, ont employé des solutions plus concentrées :

Gélatine.....	2 grammes.
Chlorure de sodium.....	10 —
Eau.....	100 —

Commencer par 25 cc., puis 50 cc.

M. Lancereaux conseille les injections sous la peau de la cuisse, M. Deguy sous la peau de la paroi abdominale.

M. Deguy se sert de la seringue de Straus armée d'une aiguille assez longue (5 cent. environ) et d'assez fort calibre. Il faut avoir soin de stériliser la seringue en la faisant bouillir pendant dix minutes dans l'eau filtrée additionnée d'un peu de bicarbonate de soude.

Il faut bien aseptiser la peau au niveau de la piqûre en la lavant successivement avec de l'eau de savon et avec des tampons imbibés d'éther sulfurique, puis de liqueur de Van Swieten. Charger la seringue en chassant les bulles d'air. On poussera l'injection assez lentement si le malade est sensible ; il faudra quelquefois jusqu'à dix minutes pour injecter la dose nécessaire, 50 cc. Comme la seringue de Straus ne contient que 20 grammes de liquide, on sera obligé de la charger une seconde fois, en ayant soin de laisser l'aiguille en place. On fait un léger pansement en laissant en place pendant une heure un tampon étalé imbibé de sublimé, et c'est suffisant.

Comme nous l'avons déjà indiqué, les doses sont de 25 cc. pour la solution forte et de 50 pour la solution faible. On augmentera progressivement les doses selon la tolérance du malade. On peut séparer les séances d'injections ad libitum de deux à cinq jours selon la quantité injectée et selon qu'elles sont plus ou moins bien supportées.

Malgré toutes les précautions prises, les injections gélatineuses peuvent déterminer des accidents de deux sortes : généraux et locaux.

Comme accidents généraux, on peut voir survenir de l'hyperthermie pouvant varier de 38 à 40 degrés et durant en général un jour ou deux.

Les accidents locaux sont des accidents pseudo-inflammatoires de trois ordres : des accidents douloureux, une rougeur diffuse pseudo-inflammatoire ; une induration spéciale et diffuse des tissus ; induration en masse donnant assez la sensation de l'induration d'un anthrax. Cette induration peut mettre un temps assez long à se dissiper.

(Journal des Praticiens) Lyon méd.)

**Vulvo-vaginite des petites filles**

Tous les jours, et une seule fois par jour, jusqu'à guérison complète, en les prolongeant quelques jours après la guérison, on pratique des lavages vulvaires et des injections vaginales avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000.

L'enfant est placée dans la position obstétricale, couchée en travers de son lit sur un carré de caoutchouc dont les deux coins, pendant sur les côtés, sont épinglés pour former une gouttière qui conduit le liquide dans un seau. Le lavage est fait avec un bœck laveur contenant un demi-litre de la solution tiède. On commence par promener le jet sur la région clitoridienne, les lèvres, l'hymen, l'anus. Puis on adapte à la canule une petite sonde en caoutchouc que l'on fait pénétrer dans le vagin par l'orifice de l'hymen. Cette introduction est ordinairement facile. On fait passer ainsi dans le vagin les deux tiers du liquide sous une pression modérée. Puis on lave encore la vulve. Dans la journée, l'enfant est nettoyée et garnie avec de l'ouate hydrophile stérilisée, après chaque miction.

Dans la plupart des cas, ce traitement aboutit à la guérison en trois semaines environ.

Mais il y a des formes rebelles. Alors, il s'agit le plus souvent de vulvites très anciennes dans lesquelles le gonocoque fait parfois défaut. Quand on a constaté l'inefficacité du permanganate de potasse, on essaie des lavages avec une solution de sublimé à 1 p. 10,000 ou de résorcine à 1 p. 100 ; ou de nitrate d'argent à 1 p. 3,000 ; si on ne réussit pas, on mettra dans le vagin des bougies à l'iodoforme, et on appliquera sur la vulve une pommade antiseptique, soit à l'iodoforme à 1 p. 30, soit à l'ichtyol à 1 p. 30, soit au précipité rouge à 1 p. 100.

En luttant avec persévérance, on finira par triompher de l'affection, et ainsi on mettra l'enfant à l'abri des complications, quelquefois très sérieuses, qui peuvent en découler.

Il est bon d'ajouter que ce traitement local, facile à mettre en œuvre à l'hôpital, est difficilement accepté en ville par les familles, surtout lorsqu'il s'agit de fillettes un peu grandes. Le médecin aurait mauvaise grâce à insister outre mesure ; mais il devra dire, avec la discrétion nécessaire en pareil cas, que, sans traitement, l'affection sera très longue et pourra se compliquer d'accidents divers.

(Journal de médecine et de chirurgie prat.)

**Le rôle de la bouche de l'opérateur dans l'infection des plaies chirurgicales.**

W. HUBENER

Le point de départ de ce travail ont été les recherches de Flügge, que nous avons longuement analysées ici il y a un an. Flügge a montré que, lorsqu'une personne parle, même à voix très basse, elle projette un nuage de gouttelettes microscopiques, chargées de bactéries de la bouche, lesquelles viennent se déposer, au bout de quelque temps, sur les objets environnants. A cette occasion, Flügge se demandait si certains cas de suppuration des plaies, après une opération rigoureusement aseptique, ne devraient pas être attribués aux bactéries projetées de la bouche du chirurgien au moment où il donne des ordres ou des explications.

C'est pour vérifier ce point que Hubener a entrepris, à la clinique de Mikulicz, une série d'expériences qui furent conduites de la façon suivante :

Sur une table, qui devait figurer la table d'opérations, étaient disposées, en forme de croix, quatre boîtes de Petri. L'auteur, après s'être rincé la bouche avec une culture de prodigiosus, s'est placé à 50 centimètres environ de la boîte la plus rapprochée, et pendant 10 minutes, a parlé, (en comptant) tantôt à voix ordinaire, tantôt à voix basse, tantôt à haute voix. Ces expériences ont montré que, dans tous les cas, et surtout quand on parlait à haute voix, des cultures de prodigiosus se développaient dans les boîtes de

Petri et que ces cultures étaient particulièrement abondantes dans les boîtes les plus rapprochées de la bouche.

Dans une seconde série d'expériences, conduites comme les précédentes, l'auteur parlait à travers un masque. Ce masque, qui rappelait celui d'Esmerich pour chloroformisation, se composait d'une feuille de gaze hydrophile pliée en deux et fixée dans une monture en fil de fer; le masque, qui recouvrait la moitié inférieure du nez et de la bouche et descendait au-dessous du menton, se fixait derrière les oreilles au moyen de branches de lunettes.

Ces expériences, pendant lesquelles l'auteur ne s'est pas contenté de compter, mais a toussé et éternué ont montré que le masque retient presque toutes les bactéries et que, dans la majorité des cas, les boîtes de Petri restent stériles. Si l'on songe encore que, dans ces expériences, l'auteur s'était préalablement rincé la bouche avec une culture de prodigiosa, on est conduit à admettre que, dans les conditions ordinaires et même en cas de stomatite ou de rhino-pharyngite du chirurgien, le masque constitue une barrière suffisante contre les bactéries, qu'il empêche de passer de la bouche de l'opérateur sur la plaie du malade.

Pour voir, enfin, si la plaie ne pourrait être infectée par le malade qui, sous le chloroforme ou l'éther, a une respiration bruyante, des quintes de toux, etc., l'auteur a, au cours de diverses opérations, disposé des boîtes de Petri sur l'abdomen, la poitrine à côté de la tête du malade, pendant qu'on lui donnait le chloroforme. Ces expériences ont fourni des résultats négatifs.

L'auteur a fait, enfin, quelques expériences sur des lépreux. En les faisant parler sur des boîtes de Petri, sans masque et puis avec le masque, il a trouvé que, sans masque, ils projettent, dans l'espace de dix minutes près de 90,000 bacilles lépreux; avec le masque, ce nombre est de 20 à 70 fois moins considérable.

(La Presse méd.)

#### La chloroformisation.

M. le professeur BERGER vient de consacrer une leçon clinique à l'étude de la chloroformisation; il a formulé, d'une manière claire et précise les règles qui doivent être présentes à l'esprit de tout praticien appelé à administrer le chloroforme.

Il importe avant tout de se rappeler que la chloroformisation exige une attention continue et rigoureuse à l'égard des phénomènes physiologiques produits par le chloroforme sur l'économie.

Il en est un dont l'observation doit primer tous les autres, ce sont les phénomènes que l'on observe du côté de la respiration; les perturbations de cette fonction annoncent presque toujours la proximité de ces accidents; cette surveillance de la respiration se fait avec l'oreille.

L'examen de la coloration de la face et la recherche des réflexes oculaires ont une importance presque égale; jamais, dans une chloroformisation régulière, le sujet ne doit être cyanosé ou présenter la coloration grisâtre de la face et des muqueuses qui indique un trouble certain de la circulation.

La recherche du réflexe palpébral est un guide très sûr, mais dont les indications n'ont cependant pas une valeur absolue.

Le début de la chloroformisation a une influence déterminante sur toute la durée de cet acte chirurgical. Une chloroformisation troublée dès le début sera toujours une chloroformisation difficile et parfois même dangereuse.

Le chloroforme doit être administré d'une manière continue, au début et pendant la période d'excitation; il doit être donné avec des intermittences réglées, dans la période de tolérance.

Ce n'est que par un système d'oscillations que l'on parvient à déterminer les véritables limites entre lesquelles on peut maintenir le sujet dans la résolution chloroformique, on évitant le réveil et les accidents, mais en se tenant surtout à distance de ces derniers.

A mesure que la chloroformisation se prolonge, les limites de la période de tolérance se resserrent et l'on peut, avec de moindres doses, voir se produire des accidents de surcharge chloroformique.

Quand il y a le moindre doute sur l'interprétation des phénomènes que présente le sujet soumis au chloroforme il faut immédiatement supprimer celui-ci, jusqu'à ce que l'on soit parfaitement au fait de la situation du malade.

Avant toutes choses, enfin, le chirurgien doit être parfaitement sûr de la bonne qualité du chloroforme qu'il emploie.

En se conduisant d'après ces principes, les accidents pourront presque toujours être surpris dès leur apparition et arrêtés à temps. Il faut savoir se servir de chloroforme sans crainte, comme le chirurgien se sert d'un couteau qui est un instrument très dangereux, mais qui est très sûr entre les mains de celui qui sait s'en servir.

(Concours méd. et Gaz méd. de Liège.)

#### Furoncle et furonculose. Leur traitement.

Le traitement abortif du furoncle comprend de nombreux procédés: cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent, attouche-ment avec une solution alcoolique d'acide phénique à 10 %, de sublimé à 1 %, application de rondelles d'ouate hydrophile imbibées d'alcool camphré, d'alcool absolu saturé d'acide borique, d'une solution boriquée chaude à 50°. La teinture d'iode ou la ponction faite avec la pointe fine du thermocautère ou du galvano-cautère semblent être plus efficaces que les moyens précédents.

A la période d'état, l'incision est nécessaire dans les furoncles volumineux, tendus, à base large et indurée, recouverts de téguments épais et rouges. Dans l'immense majorité des cas, quand le furoncle est de petit ou de moyen volume, qu'il évolue rapidement vers la superficie, que le sommet acuminé et aminci laisse en peu de jours apparaître le tourbillon, il faut appliquer des pansements humides boriqués ou des cataplasmes de fécule de pomme de terre, faits avec de la fécule délayée à froid dans une solution à 4 % d'acide borique et porté ensuite à l'ébullition.

Le traitement général n'est indiqué que chez les malades pré-disposés à des éruptions plus ou moins confluentes de furoncles, à des poussées récidivant à intervalles variables.

M. Brocq recommande l'usage fréquent de bains sulfureux, les lavages du corps avec l'alcool camphré, le port de toile fine plutôt que de la laine. En cas de glycosurie, il faut instituer le traitement spécial. L'antisepsie intestinale, dans le cas contraire, devra être pratiquée, suivant les conseils de M. Bouchard.

Naphtol B.....	} à 50 centigr.
Magnésie anglaise.....	
Salicylate de bismuth.....	

pour un cachet. En prendre deux par jour.

M. Robin ordonne un grand lavement froid d'un ou deux litres et trois cachets par jour de

Soufre sublimé.....	0. 10 centigr.
Camphre pulvérisé.....	0. 02. —

pour un cachet.

M. Gingeot conseille soit l'usage des eaux sulfureuses, soit la solution suivante:

Hyposulfite de soude.....	36 grammes.
Eau distillée .....	300 —

à prendre trois cuillerées à café par jour.

M. Brocq s'est bien trouvé de la teinture de colchique. A l'heure actuelle, et c'est le traitement qui paraît donner les meilleurs résultats, on recommande l'usage de la levure fraîche de bière (2 à 3 cuillerées à café par jour).

Enfin l'hygiène alimentaire doit être des plus sévères, proscrire une alimentation trop abondante, les corps gras, les fromages avan-



cés, la charcuterie, les moules, les fraises, le gibier, certains poissons, etc, remplacer le vin par de l'eau, et même de l'eau de goudron.

(Gaz. des Hôp.)

#### Traitement de la chlorose

Dans une leçon faite à l'École de médecine d'Angers, M. le docteur Thibault donne la formule suivante : Pour guérir la chlorose, usez des moyens suivants : beaucoup de repos, une alimentation choisie, de petites doses de fer et pas de *vin de quinquina*. L'auteur se préoccupe beaucoup de l'état des voies digestives et conseille de différer l'emploi des préparations martiales jusqu'à la disparition des douleurs gastriques. Il donne la préférence à l'oxalate de fer qu'il associe volontiers à la rhubarbe de chaque 15 centigr. pour un cachet. Administrer deux cachets par jour. A l'exemple du professeur Potain, il remplace parfois le protoxalate de fer par le manganèse à la dose de 20 cent. dans certaines anémies graves ; il prescrit les préparations arsénicales à doses progressives pour arriver au bout de deux semaines à 20 ou 30 gouttes par jour. — Ces doses nous paraissent bien élevées.

(Anjou médical)

#### Traitement de la névralgie et de la céphalalgie par les pulvérisations d'éther

Un moyen fort simple qui, d'après M. Humm (de Brunswick), réussit dans presque tous les cas de névralgie ou de céphalalgie et de migraine localisée, consiste dans les pulvérisations d'éther sulfurique. Ces pulvérisations, qui peuvent se faire avec un pulvérisateur ordinaire, à la portée de tout le monde, sont continuées jusqu'à ce que la peau sur laquelle on dirige le spray d'éther se recouvre d'un enduit blanchâtre.

Ces pulvérisations réussissent même dans les cas où les antinévralgiques et les analgésiques habituellement employés échouent. Le plus souvent, une seule pulvérisation suffit pour faire disparaître presque immédiatement la douleur ; quelquefois pourtant on est obligé d'appliquer le spray deux ou même trois fois.

Les pulvérisations d'éther ne provoquent jamais d'accidents du côté de la peau sur laquelle on dirige le jet d'éther.

#### Les cures de raisin

Il existe une certaine analogie entre la composition du lait et le jus de raisin. Aussi des auteurs ont conseillé la cure de raisin dans certaines maladies du cœur, dans le catarrhe de la vessie, dans la dyspepsie atonique avec constipation. M. Piatot conseille d'en manger 4 à 5 livres par jour ; Dujardin-Beaumetz se contente de dire au malade de ne s'arrêter que quand apparaît le dégoût ou le gonflement stomacal. Troussseau et Pidoux conseillent aux malades de manger 1 kil.  $\frac{1}{2}$  à 4 kil. par jour en rejetant les pépins et les pellicules. Commencer par un demi kilogr. et manger de préférence les raisins du matin, plus purgatifs et plus diurétiques.

(Journal des Praticiens.)

#### L'iodure de potassium et l'iode dans le traitement de la syphilis

On sait que, dans le traitement de la syphilis, l'administration de l'iodure de potassium a pour but d'amener la révolution et la résorption des produits tertiaires formés ou en train de se former. Pour amener ce résultat, l'iodure de potassium doit être donné pendant un certain temps à haute dose, et dans ces conditions, quand on fait prendre 10 et 12 grammes d'iodure par jour, la médication coûte cher.

Or, d'après M. Radestock (de Dresde), on peut éviter cet inconvénient, en donnant au malade de la teinture d'iode en nature à la dose de 10 à 30 gouttes par jour, répétée 3 fois par jour, ou bien encore en administrant la solution iodo-iodurée de Brown-Séquard :

Iode métallique..... 40 centigrammes

Iodure de potassium..... 2 grammes.

Eau distillée..... 50 —

à prendre trois fois par jour, avant chaque repas, une cuillerée à café dans un verre d'eau rougie.

La Presse méd.

## FORMULAIRE

#### Traitement du goître exophtalmique.

(KANT.)

L'auteur propose la formule suivante :

Sulfate de duboisine..... 1/2 millig.

Eau..... 2 gram.

A prendre deux fois et au plus trois fois, par jour.

L'auteur cite un cas où ce traitement, continué pendant cinq mois avait procuré une atténuation très marquée des accidents qui caractérisent ce médicament et produit parfois de la somnolence et de l'ébriété.

#### Contre la dysurie blennorrhagique.

(E. GERBERT.)

Salicylate de soude..... 10 gram.

Extrait de belladone..... 0 gr. 30

Eau..... 195 gram.

Teinture d'écorce d'oranges amères..... 5 gram.

F. S. A. — A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux à trois heures.

#### Pommade contre l'adenite chronique.

1° Axonge..... 30 gram.

Chlorhydrate d'ammoniaque..... 5 —

Camphre..... 2 —

M. s. a.

Applications soir et matin.

2° Autre pommade :

Iodure de potassium..... 1 gram.

Eau distillée..... 5 —

Extrait de cigue..... 2 —

Axonge ou vaseline..... 30 —

M. s. a.

(Journal de médecine de Paris.)



## TRAVAUX ORIGINAUX

## RAPPORT

des trois dernières séances de la Société Médicale  
De l'avortement incomplet, de la conduite à tenir. Traitement  
(Suite)

Aux réserves faites par M. le Dr Brochu à la méthode dite "l'intervention hâtive dans l'avortement". M. le Docteur Grondin répond qu'il serait oiseux de s'arrêter à discuter ces procédés qui sont jugés et mis dans l'oubli depuis vingt ans. Que le tampon dans ces conditions lui paraît plutôt le meilleur moyen de déterminer l'infection et il se demande "ce qu'on pourrait bien faire avec une pince si ce n'est de pincer l'utérus".

Quand on parle de certains succès, dit-il, avec la pince, c'est peut-être qu'on oublie de compter les complications de métrite, paramétrite, salpingite, etc., qui ont pu survenir à la suite de ces interventions risquées.

Les deux procédés: "tampon et la pince" lui paraissent dangereux et comme la discussion se fait en présence non seulement de médecins mais d'élèves en médecine (ce qui nous oblige, dit-il, à faire de l'enseignement en même temps), il ne peut pas donner son appui ouvert à des procédés aussi dangereux.

Le Docteur Brochu reprend la parole pour maintenir ses assertions sur l'usage du tampon comme le moyen le plus approprié dans les cas d'urgence pour le médecin de la clientèle générale surtout. Il trouve très étrange l'objection qui tend à affirmer que le tampon est le meilleur moyen de produire l'infection quand tous les gynécologues s'en servent habituellement comme moyen préservatif contre l'infection extérieure à la suite de toute intervention sanglante sur l'utérus. Il se croit également justifiable de recommander aux médecins peu habitués, l'usage de la pince mousse contre les rétentions du moins par adhérence partielle à l'encontre de la curette surtout, qui même entre des mains des spécialistes n'a pas manqué de produire trop souvent des accidents opératoires des plus graves.

Comme l'heure est déjà avancée et que d'autres membres semblent désireux de parler sur le sujet le Docteur Brochu se réserve le droit de revenir sur cette question à la prochaine séance.

Alors M. le Dr Arthur Simard demande la parole :

Il ne croit pas à l'absolutisme professé par M. le Dr Grondin en faveur de l'intervention hâtive (curettage) pour la cure de la rétention placentaire dans l'avortement. Il est convaincu au contraire que cette opinion n'est ni classique, ni appuyée sur des preuves suffisantes pour entraîner la conviction.

Les avortements, dit-il, peuvent être divisés avec Auvard en deux grands groupes : Ceux qui se produisent dans les trois premiers mois et qu'on appelle embryonnaires, vu que ça se fait ordinairement en un seul temps, et ceux qui se font de 3 à 6 mois et qu'on appelle expulsion fœtale, parcequ'ici le travail se fait en deux temps.

Tout le monde est d'accord sur la conduite à tenir dans l'avortement des premiers mois. Mais là où la divergence d'opinion se dessine nettement, c'est quand il s'agit de statuer du traitement de la rétention placentaire après les trois premiers mois, époque où les 4/5 des cas de rétention se rencontrent.

Il faut bien s'entendre sur le mot rétention, dit-il. L'arrière-faix est expulsé dans les six premières heures, le plus généralement.

On commence à parler de rétention lorsque ces six premières heures se sont passées sans résultat.

Doit-on intervenir toujours comme le veut M. le Dr Grondin de 6 à 24 heures ? et faire une véritable opération sanglante ? voilà ce qu'il s'agit de résoudre.

Pour rendre la discussion plus claire, il divise en 3 groupes les résultats qui peuvent se produire alors qu'il y a rétention.

1° groupe, rétention sans accident.

2° groupe, rétention avec hémorrhagie.

3° groupe, rétention avec septicémie.

1° groupe. Il y a rétention et pas d'accidents. Doit-on intervenir ? Pourquoi ? N'est-il pas vrai que dans l'immense majorité des cas le délivre est expulsé avant 48 heures ? De plus, avec de l'antisepsie et de la gaze antiseptique dans le vagin, on peut attendre très longtemps. Tarnier ne rapporte-t-il pas des cas de 33 jours et même de 57 sans aucune alerte ?

D'ailleurs il est clair, que si les accidents font défaut, qu'il est inutile d'aller se mettre en demeure d'en produire. Par conséquent point n'est besoin d'intervention, ni curette, tout se résout dans peu de temps et le plus naturellement du monde. C'est là l'opinion de Tarnier et Budin.

2° groupe. Ici il y a hémorrhagie et par conséquent danger.

Que faut-il faire, doit-on intervenir par la curette ?

Il y a d'abord une question à trancher au sujet de l'hémorrhagie dans l'avortement. On n'a jamais le droit, en conscience, d'employer un moyen qui agit *directement* sur la vie de l'enfant. Ces moyens (introduire une sonde, vider l'utérus, rupturer les membranes) ne peuvent être employés que dans le cas où le médecin est *moralement* certain de la mort du produit de la conception. Cependant on peut employer tout moyen qui est dirigé (par sa nature même) contre un accident qui met la vie de la femme en danger et si ce moyen cause la mort ou l'expulsion de l'œuf, tant pis, ce n'était pas le but cherché : tant pis si l'enfant a souffert de l'emploi d'un moyen qui n'était pas directement dirigé contre son existence.

Maintenant lorsque la rétention s'accompagne d'hémorrhagie, doit-on intervenir, faite le curettage comme le préconise M. le Dr Grondin ?

Ici encore, il est de l'opinion émise par ses maîtres Tarnier et M. le prof. Budin qui veulent que les douches et le tampon antiseptiques soient la méthode de choix et qui donnent dans l'immense majorité des cas des succès parfaits (Tarnier, 498, antisepsie).

Malgré les dires de M. Grondin le tampon antiseptiquement fait est un très bon moyen (Budin). Si par hasard ces moyens ne réussissent pas, ce qui est rare, faudrait-il faire le curettage ? Eh bien non, dit-il. Il croit établir la vraie doctrine en citant l'opinion de son maître, M. le prof. Budin, opinion magistralement développée dans sa dernière clinique faite à "la Clinique de la rue d'Assas".

Lorsqu'il s'agit d'intervenir, que ce soit avec les doigts, voilà ce qui résume toute la doctrine. Pas d'instruments, les doigts qui sentent le travail en train de se faire et qui savent respecter l'utérus et faire une besogne non aveugle. Naturellement, après le détachement et expulsion des cotylédons, pansement connu. L'expression abdomino-génitale peut aussi aider à vider l'utérus. Bref, les doigts et les

doigts seuls : Qu'est-il besoin de curette dit Tarnier ? En effet, pourquoi la curette ou l'intervention sanglante est-elle mauvaise et condamnée par l'école Française d'obstétrique ? C'est parce que la curette est avant tout *dangereuse, aveugle, insuffisante, inutile.*

*Dangereuse*, perforations (nombreux cas), hémorragies séricieuses, ouvre les portes à l'infection, etc.

*Aveugle*, on ne se rend jamais compte exactement de ce que l'on fait sur un utérus mou. (Tarnier-Budin).

*Insuffisante*, l'expérience a prouvé que les curettages les mieux faits n'ont jamais été complets et que des débris de placenta étaient expulsés plusieurs jours après des opérations les mieux faites, Tarnier Budin II 506. D'ailleurs des autopsies ont établi que la curette enlevait des bandes de muqueuse et en laissait une grande partie et ensuite, qu'à l'endroit où le placenta était adhérent la paroi utérine était très mince, ce qui expliquait les nombreux accidents dus aux perforations par instruments.

*L'intervention systématique*, comme méthode de choix est de plus *inutile* dans l'immense majorité des cas vu que avec les moyens ordinaires et non dangereux en eux-mêmes, on réussit à combattre les dangers de l'hémorragie (etc.) et à tout mener à bonne fin.

En résumé les moyens ordinaires réussissent le plus généralement. Quand il faut intervenir, le faire comme M. Budin le conseille.

*L'intervention immédiate instrumentale* est un mauvais moyen, plus tard elle ne peut jamais devenir une méthode de choix urgente. Elle peut être, tout au plus, employée dans des cas très rares, par des médecins rompus aux opérations gynécologiques qui peuvent risquer le danger des accidents.

On a parlé dans cette discussion de l'emploi de la pince. Il n'est pas plus partisan de la pince que de la curette pour détacher des cotylédons adhérents, seulement, il croit que l'on peut à la rigueur se servir, *sans trop de danger*, de la pince à mors mousses pour entraîner au dehors un œuf ou un morceau de cotylédon détaché complètement et encore retenu dans le col (Tarnier 516).

Enfin *rétenion avec septicémie.*

D'abord on ne doit pas en avoir, car si l'antisepsie est bien faite la septicémie ne se montrera pas et si elle voulait poindre on en aurait facilement raison.

Par l'emploi de l'antisepsie utérine et vaginale si bien connue aujourd'hui, on nous a dit "il vaut mieux vider dès l'abord l'utérus parce que l'on ne sait pas faire une antisepsie suffisante pour prévenir la septicémie". Si on n'est pas en état de faire une antisepsie suffisante pour prévenir et enrayer la septicémie, le même médecin à qui l'on conseille l'intervention hâtive pour prévenir l'infection, pourra-t-il mener à bonne fin une opération qui demande des connaissances bien plus grandes d'antisepsie chirurgicale et une installation spéciale, des aides entendus, etc., etc., et exige que l'opérateur soit rompu à la pratique de l'antisepsie dans les opérations gynécologiques, vu qu'il va ouvrir de grandes voies d'absorption ? Il ne le croit pas.

Et si c'est pour curetter un utérus infecté, alors que l'on sait qu'après un curettage bien fait la température monte à 40°, 41° dans les 24 heures qui suivent l'opération, par résorption et absorption microbienne et de toxines par des voies plus largement ouvertes, pense-t-on qu'il n'y aura pas danger de le voir, ce médecin

non rompu aux opérations, apporter une plus grande quantité de germes du dehors, dans un milieu si bien disposé à la culture ?

Il n'est pas discutable aujourd'hui que le curettage puisse être une méthode de choix, une méthode usuelle, dont on doit préconiser l'emploi dans la pratique journalière, mais ses avantages ne sont pas suffisants pour justifier son emploi systématique (Ribemond).

D'ailleurs il est classique de prétendre que dans le cas rare où l'antisepsie échouera, l'intervention avec les doigts comme le préconise M. le prof. Budin est la méthode de choix et la seule qui doit être entre les mains de tous et d'un chacun.

Monsieur le Dr Grondin se dispose à répondre, mais comme l'heure est avancée on ajourne la discussion.

(A suivre)

C. R. PAQUIN.

Secrétaire.

## REVUE DES JOURNAUX

### Du diabète sucre

Hôtel-Dieu.—Service de M. DIEULAFOY

M. Dieulafoy présente sur la table de l'amphithéâtre deux bocalux renfermant dix litres d'un liquide de coloration pâle et insignifiante, n'offrant aucun indice particulier. Ce liquide pourrait tout aussi bien être un liquide ascitique, alors que c'est tout simplement une urine. Devant cette énorme quantité émise en un seul jour, le diagnostic se fait en partie d'emblée sans interrogatoire du malade. Il s'agit d'une polyurie simple ou d'un diabète sucré, phosphaturique, ou azoturique.

Pour savoir tout de suite si c'est là une urine de polyurique, il n'y a qu'à rechercher la densité ; dans la polyurie l'urine a une densité faible qui varie de 1001° à 103° ou 1005° ; par contre, si, par exemple, on a une urine ayant 1022 de densité, on peut être assuré qu'il s'agit d'une urine de diabétique, mais ce peut être une urine de diabète sucré ou de diabète phosphaturique ou azoturique. D'emblée, à ne consulter que la densité du liquide le diagnostic est assez délicat à faire ; dans le diabète azoturique la densité de l'urine peut atteindre ce qui est dans l'espèce un chiffre très élevé, 1024 à 1027, d'autre part il y a des urines de diabète sucré dont la densité ne dépasse pas 1022, 1023. Mais si on a comme ici une urine ayant une densité de 1035, le diagnostic est fait d'emblée, c'est une urine de diabète sucré ; il n'y a pas d'observation, M. Dieulafoy n'en connaît pas du moins, d'une urine de diabète azoturique dont la densité dépasse 1028. On est donc bien en présence d'un diabète sucré, diagnostic confirmé d'ailleurs par la réaction clinique, point sur lequel M. Dieulafoy n'insista pas ; maintenant, une leçon devant être faite ultérieurement à ce sujet.

M. Dieulafoy insiste sur la nécessité de comprendre les diabètes sucrés en deux catégories, les petits et les gros diabètes, division qui n'est point artificielle. Les petits diabètes sont ceux dans lesquels la quantité de sucre ne dépasse pas 10 à 15 grammes par 24 heures. Ces diabètes ne se manifestent d'ailleurs par aucun symptôme particulier, jusqu'au jour où éclate un signe révélateur, un anthrax par exemple. On va alors tout de suite à l'analyse qui démontre la présence de sucre chez un individu normal d'apparence, qui n'urine pas d'une façon exagérée, dont l'appétit est modéré, qui n'a pas de soif exagérée.

On ne sait jamais quand on entre dans le diabète, on peut très bien rester 5, 10 ans sans aucun signe révélateur et mourir de toute autre chose que du diabète.

Ces petits diabètes n'ont donc pas grande portée, on n'est pas perdu pour avoir chaque jour 15 grammes de sucre dans l'urine et on peut très bien ignorer son état, les signes révélateurs faisant défaut.

A côté de ces petits diabètes il y a les grands où les malades pissent 100 à 200 grammes et plus de sucre. Ces malades sont-ils plus que les autres menacés ? Pas fatalement, ils peuvent longtemps rester tels sans troubles sérieux, il en est qui, même sans prendre aucune précaution, supportent très bien cette énorme déperdition de sucre. Il en est qui viennent dire, au médecin : " laissez moi mon sucre je ne puis supporter le régime draconien qui m'est imposé " et ces malades sont parfois un peu dans le vrai.

D'ailleurs ces grandes quantités de sucre sont variables d'une époque à l'autre de l'existence, il y a des diabètes passagers.

Ici l'urine dont il est question contient 428 grammes de sucre. M. Dieulafoy a fait peser 428 grammes de sucre et présente le bloc que cela constitue, bloc très respectable. La comparaison de Claude Bernard de l'organisme humain transformé en canne à sucre est donc juste ; nous fabriquons le sucre tout comme la plante.

Le malade dont il s'agit est entré dans le diabète d'une façon peu commune. Si le diabète azoturique débute quelquefois brusquement, il n'en est pas de même du diabète sucré ; cependant il existe une demi-douzaine d'observations où il y a un début semblable, la quantité de sucre étant d'emblée montée à 250 ou 300 grammes.

C'est le cas ici ; le malade est un facteur de la Compagnie de l'Ouest, très vigoureux, très musclé, habitué à porter sur le dos de très lourds fardeaux. Alors qu'il faisait une période de 28 jours après, il eut de l'enflure des jambes et de la bouffissure de la face, en même temps, il urinait beaucoup.

Ce malade était-il à cette époque albuminurique ? Il ne le sait pas. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il fut envoyé à l'hôpital et qu'il y est resté 9 mois, c'est qu'on lui donnait du pain de gluten et que, pour apaiser sa faim peu commune, on lui donnait quatre fois la ration ordinaire de viande et de pain, et encore n'en avait-il pas assez. Sa soif était à l'avenant de son appétit, il buvait 8 à 9 litres de liquide par jour.

Il est sorti de l'hôpital de Montpellier, est allé à la mer, pensant s'y guérir, puis en fin de compte est venu à Paris pour s'y faire soigner. Il est entré dans le service de M. Brisseaud, où lui fut continué le régime alimentaire ancien, mêmes quantités de nourriture et de boisson. A cette époque, il eut un gros furoncle, puis de l'érythème aux parties génitales, de la balanite.

Il est entré dans la suite à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dieulafoy.

Ce malade a donc un diabète dont le début a été brusque, début accompagné d'un état asthénique ; l'œdème qui s'est montré à ce moment a été peut être seulement de l'œdème asthénique. Il est possible qu'il y ait eu, à ce moment, de l'albuminurie, mais, ce qui paraît certain, vu le régime de suite employé, c'est qu'on a trouvé du sucre, et sans doute beaucoup de sucre, dans les urines.

C'est donc une observation de plus à ajouter aux autres de personnes entrées brusquement dans le diabète. Sauf cette particularité : l'œdème généralisé du début, sauf aussi l'obscurité de la pathogénie, tout le reste dans ce diabète est d'ordre banal.

Chez ce malade le diabète étant survenu brusquement on n'a pas observé les symptômes révélateurs qui mettent ordinairement le médecin sur la voie, tels par exemple que la presbytie, les taches sur le pantalon, signe sur lesquels a insisté Trousseau, tels encore que la balanite. Ce signe est assez fréquent, M. Dieulafoy a recueilli un certain nombre d'observations de malades porteurs d'une balanite très intense, balanite d'une longue durée et chez qui on avait négligé de faire l'analyse des urines ; or à l'examen M. Dieulafoy trouvait de suite une quantité de sucre allant jusqu'à 52 à 75 grammes. Chez les femmes il est assez commun d'observer de l'intertrigo vulvaire, symptôme révélateur qui a été signalé par Hardy.

Chez le malade actuel il est un fait sur lequel il est bon de s'arrêter, c'est l'existence possible et même probable de l'albuminurie au début.

La question de la coexistence avec le diabète de l'albuminurie est une question toute actuelle ; les diabétiques qui sont en même temps albuminuriques sont-ils de vrais brightiques ? existe-t-il de lésions rénales avec tout le cortège de symptômes qu'elles entraînent y compris l'urémie ? Est-ce seulement une albuminurie passagère sans lésions brightiques.

Le problème des rapports du diabète avec l'albuminurie est assez difficile à élucider. Il est certain, et M. Dieulafoy en a observé plusieurs cas, qu'il est des diabétiques qui ont des reins brightiques et qui succombent urémiques ; les deux maladies : diabète et brightisme peuvent marcher de conserve, mais ordinairement les sujets sont plus brightiques. Il ne faut donc pas perdre de vue que le brightisme peut être une complication terrible du diabète : Mais dans quelle dépendance les deux maladies sont-elles l'une de l'autre ? nous n'en savons rien malgré tous les travaux qui ont été dans ces dernières années publiés à ce sujet, malgré les recherches qu'en 1882 M. Bouchard a fait connaître dans ses études, sur les maladies par ralentissement de la nutrition.

Depuis le travail de Bouchard, dans une Revue publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 22 août 1894, Jacobsen a repris la question, mais il a eu le bon esprit de ne pas donner de conclusion. Plus récemment en 1897 il y a eu une très bonne thèse de Goudard sur l'albuminurie diabétique dans laquelle l'auteur essaye d'étayer de très longues conclusions qui d'ailleurs, d'après M. Dieulafoy, ne concluent rien du tout.

On se paye de mots, dit M. Dieulafoy, quand on vient parler de vices de nutrition, cela ne veut rien dire.

Le plus souvent, dans 50 0/0 des cas, quand l'albuminurie vient compliquer le diabète, il s'agit d'une albuminurie simple sans brightisme, c'est le cas chez le malade en question.

Quand il y a du vrai brightisme, le pronostic est fort grave, seulement dans ce cas.

Une autre question qui se présente ici est celle de la coexistence du diabète azoturique avec le diabète sucré ; le malade de M. Dieulafoy rend 80 grammes d'urée au lieu de 24 ou 27 grammes qui est le taux normal. Quand on arrive à rendre 80 grammes d'urée, on est en plein dans le diabète azoturique. Les deux diabètes peuvent donc aussi marcher de pair, quelle corrélation y a-t-il entre eux ? Ici règne la même obscurité que dans la question de l'albuminurie diabétique ; on reprend ici comme là par le mot : vice de nutrition.

La pathogénie est tout aussi inconnue, M. Dieulafoy termine cette causerie sur le diabète en disant comme il comprend le traitement du diabète, ce qu'il a exposé d'ailleurs dans une communication à l'Académie de médecine à la date du 23 juillet 1895.

S'il s'agit d'un malade ayant 25 ou 56 grammes de sucre, il n'y a pas de quoi s'émouvoir et il est bien inutile de faire subir le régime draconien qu'on impose quelquefois au malade. Ce qu'il faut retenir c'est que le malade ne doit pas maigrir ; c'est une faute de le sevrer comme on le fait habituellement, avec un gramme d'anti-pyrine à prendre le matin et le soir, avec 0 gramme 50 de bicarbonate de soude, on voit en 36 heures disparaître les 30 ou 50 grammes de sucre constatés précédemment dans l'urine. Il est inutile de faire dans la nourriture du malade, de ces suppressions radicales dont on a trop souvent l'habitude, un petit diabétique peut manger un peu de pain, un peu de pommes de terre ; on peut lui permettre même un peu d'alcool, son café avec le petit verre. Quand il sera revenu à 4 ou 5° de sucre, il sera désormais inutile de se préoccuper de son diabète, si le sucre revient, il faut de nouveau serrer un peu la vis.

Tel est d'ailleurs le cas le plus habituel. On peut donner de l'arséniate de soude, une cuiller à café à chaque repas d'une solution contenant trois centigrammes d'arséniate de soude, pour 80 grammes d'eau ; cette solution est préférable à la liqueur de Fowler.

Le diabétique peut-il prendre du lait ? On a cru devoir supprimer le lait à cause de la lactose ou sucre du lait ; M. Dieulafoy est

d'avis contraire. La lactose ne se transforme pas en glycose, cela a été démontré. Donc le malade peut prendre du lait et il le doit.

En ce qui concerne les gros diabétiques il faut les laisser boire à leur soif et manger à leur faim, c'est ce qui a été fait et est fait encore chez le malade actuel. Il faut laver son sucre par les liquides ingérés et ne pas le laisser s'accumuler dans l'organisme. Il est inutile de supprimer totalement les féculents. On doit donner 0 gramme 25 d'antipyrine, c'est ce qui se fait ici, qu'à si l'antipyrine reste sans effet, il faut virer de bord et donner l'arséniate de soude.

(Abeille méd.)

#### Luxation complète du pouce en arrière, réduction par la méthode de douceur

Par le docteur MORY, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Un homme de trente-deux ans fait une chute de bicyclette le 21 août, et se relève avec une luxation du pouce droit sans s'être rendu compte de la manière dont s'était produit l'accident. Un médecin consulté le lundi prescrit des sangsues qui ne prennent pas et le blessé, comprenant fort bien qu'il y a quelque chose de déplacé dans sa main, va consulter un second médecin le mardi soir. Des tractions énergiques sont exercées sur son pouce, et on applique ensuite une petite attelle palmaire destinée à ramener peu à peu les os en place. Cependant, le blessé, qui est ébéniste dans un grand magasin, conserve encore cette fois des doutes sur le résultat des manœuvres assez douloureuses qu'il a subies et, profitant d'une installation radioscopique qui sert de réclame à la maison, il constate lui-même le déplacement complet de sa phalange en arrière et va, le mercredi soir, consulter un troisième médecin. Je me trouvais par hasard chez ce dernier, qui voulut bien faire appel à mon concours et me fit constater, après ablation de l'appareil dont la pression devenait de plus en plus douloureuse, les signes les plus nets d'une luxation complète du pouce en arrière; le doigt avait sa direction normale, mais l'on sentait à la face palmaire la tête du métacarpien sur laquelle la peau commençait à s'enflammer. Je saisis le pouce et me rendis compte que toute tentative de traction nouvelle serait vaine; d'un autre côté, nous n'avions ni pinces de Farabeuf ni pinces de Larrey; je priai donc mon excellent confrère de maintenir la main blessée en flexion et en pronation forcée de manière à annuler l'action du long fléchisseur du pouce, puis je saisis moi-même le doigt luxé, mes deux index au-dessous de la tête métacarpienne, mes deux pouces sur la base de la phalange du côté dorsal; j'exerce ainsi doucement, progressivement et sans espoir de succès, une double pression en deux sens opposés en même temps que je relève le doigt jusqu'au voisinage de l'angle droit; mais à notre grande satisfaction, la luxation se réduit brusquement au moment où j'allais atteindre cet angle; quelques massages, une compresse d'eau blanche complétèrent le traitement, et le malade, très satisfait, cela va sans dire, reprit son travail le lendemain matin et ne l'a plus quitté depuis.

Voilà le fait tel qu'il s'est présenté; c'était la première fois que je me trouvais aux prises avec cette espèce de luxation et la résistance absolue qu'elle paraissait offrir aux efforts d'extension jointe au mauvais renom qui lui a été fait, à tort peut-être, m'avait tout d'abord donné l'impression que je ne réussis pas. C'est pour cela que je n'ai pas cru devoir laisser tomber dans l'oubli les résultats que m'a donnés la méthode de douceur.

J'ai revu mon blessé il y a peu de jours, à part une petite escharre sèche due à la mortification de la peau par la pression de l'attelle qui lui avait été appliquée en désespoir de cause, il n'a présenté aucun accident consécutif. Sa première phalange a perdu environ la moitié de son mouvement de flexion, à cause de la distension prolongée du tendon fléchisseur je le suppose, mais son articulation métacarpo-phalangienne fonctionne très bien.

Il m'a déclaré que je lui avais fait beaucoup moins de mal pour lui remettre ses os en place qu'il n'en avait eu dans les tentatives inutiles d'extension faites précédemment; j'avais eu de mon côté la sensation que j'aurais pu facilement vaincre une résistance bien plus considérable que celle que j'avais rencontrée; on peut donc conclure légitimement de ce fait que les luxations complètes du pouce sont susceptibles d'être réduites par les méthodes de douceur et que la flexion et la pronation forcée de la main m'ont permis d'obtenir cette réduction avec la plus grande facilité; je suis même porté à penser que cette luxation doit perdre en partie au moins la fâcheuse réputation que lui ont valu les instruments imaginés pour la réduire et que l'observation des principes généraux applicables à la réduction des déplacements articulaires, notamment en ce qui concerne l'influence des muscles et la direction à imprimer à la tête luxée, rendra le plus souvent l'emploi des pinces inutiles.

(Gaz. des Hôp.)

#### Le régime végétarien et ses indications thérapeutiques

Le régime végétarien a pris, ces temps derniers, une place assez importante dans le traitement diététique de diverses maladies. Le médecin le prescrit assez volontiers, et, en cela, il suit un peu inconsciemment la mode qui, aujourd'hui, veut qu'on boive de l'eau et qu'on mange peu de viande aux repas. Pour lui, la sanction scientifique de ce régime dans l'avantage considérable que les légumes ont sur la viande: celui de ne pas former ou de former peu de toxines dans le tube digestif. Aussi, chaque fois qu'il existe un soupçon d'auto-intoxication d'origine intestinale, met-il en avant le régime végétarien, il l'emploie souvent encore comme adjuvant du régime lacté.

Mais, à côté des avantages, le régime végétarien a aussi des inconvénients, et de ceux-ci on ne parle ordinairement guères. Ils existent pourtant, et il faut les connaître, surtout quand il s'agit de soumettre un malade à un régime auquel il n'est pas habitué. En second lieu, quand on les connaît, il est facile de voir s'ils sont contrebalancés par les avantages qu'on recherche; autrement dit, on peut établir l'indication thérapeutique en toute connaissance de cause.

\* \* \*

D'après M. Strasser, qui a publié récemment sur cette question un travail fort intéressant dans le "Wiener medical Presse", l'inconvénient principal du régime végétarien réside dans l'insuffisance alimentaire des substances dont il se compose (céréales, légumes féculents, légumes herbacés, salades, fruits).

La valeur alimentaire des substances végétales est non seulement inférieure d'une façon absolue à celle des aliments tirés du règne animal, mais encore la résorption des principes nutritifs (substances albuminoïdes, matière grasse, sels) des légumes et des herbacées se fait moins bien que celle des principes nutritifs de la viande. Avec la préparation culinaire habituelle, on retrouve, d'après M. Strasser, dans les matières fécales d'un individu soumis au régime végétarien, 41 pour 100 de substances albuminoïdes, 30 pour 100 de graisses et 56 pour 100 de sels, c'est-à-dire que presque la moitié des principes nutritifs des aliments végétaux ingérés traverse le tube digestif comme un corps étranger sans être utilisée, sans être résorbée ni assimilée.

La raison de ce fait est double. D'abord, dans les aliments végétaux, les principes nutritifs se trouvent inclus dans une sorte de coque de cellulose sur laquelle les sucs digestifs de l'homme ont peu de prise; en second lieu, dans le tube digestif de l'homme, qui n'est pas adapté à l'alimentation végétale comme celui des herbivores, les aliments végétaux restent trop peu de temps pour subir toutes les modifications nécessaires à leur absorption.

L'inconvénient résultant de l'absorption insuffisante des principes alimentaires des végétaux peut être évité par l'emploi des farines de légumes et de céréales, préparées industriellement, c'est-à

dire ne contenant plus de cellulose. Dans ces conditions, le déchet, c'est-à-dire la proportion des principes nutritifs non assimilés, n'est plus que de 3 pour 100. Seulement, il faut se dire que, sans parler de difficultés de l'alimentation par les farines, on perd le bénéfice de l'emploi des aliments végétaux en nature.

Le peu de valeur alimentaire des substances végétales a encore un autre inconvénient. Pour fournir à l'économie la quantité nécessaire de principes alimentaires, l'individu mis au régime végétarien doit manger beaucoup, c'est-à-dire ingérer une grande quantité d'aliments. Si un estomac et un intestin sain arrivent facilement à bout de la masse alimentaire, il n'en est pas de même lorsque l'un ou l'autre, ou les deux à la fois sont atoniques, c'est-à-dire frappés d'insuffisance motrice ; en second lieu, la surcharge continuelle de l'estomac et de l'intestin, prolongée trop longtemps, peut amener à elle seule cet état d'atonie.

Les avantages du régime végétarien résident en premier lieu dans ce fait, qu'on n'a presque pas à compter avec la décomposition des substances albuminoïdes dans l'intestin et que la fermentation intestinale se fait principalement aux dépens des hydrates de carbone, donnant surtout lieu à un développement de gaz. En second lieu, il semble que le travail intime de résorption et d'assimilation s'effectue plus facilement avec les substances végétales qu'avec les aliments tirés du règne animal. M. Strasser invoque à l'appui de cette hypothèse la leucocytose alimentaire, qui serait beaucoup moins marquée après un repas végétarien qu'après un repas composé de viande.

\* \* \*

Le régime végétarien, dont le peu de valeur alimentaire fait que les individus qui le suivent se trouvent dans un état d'hyponutrition ou au moins d'équilibre nutritif, est tout d'abord indiqué chez une catégorie de malades dont M. Strasser donne une description très typique.

Ce sont des individus de la classe aisée, adonnés aux plaisirs de la table, qui mangent beaucoup et boivent trop, font peu d'exercices physiques, sont obèses, vaguement gouteux, souvent artério-scléreux, pléthoriques, congestionnés, et en même temps nerveux ou même neurasthéniques. Il n'est pas rare de trouver chez eux de l'albuminurie sans néphrite véritable, de la glycosurie ; presque toujours ils se plaignent de constipation opiniâtre.

Chez eux, le régime végétarien exclusif intégral agit à la façon d'un lavage des tissus. On peut l'établir d'emblée, sans transition, en le composant de légumes, féculents et herbacés, de céréales, de racines alimentaires, de salades, de fruits. Sous l'influence de ce régime, on voit progressivement la pléthore abdominale et générale disparaître, la constipation céder, les urates devenir moins abondants dans l'urine, celle-ci auparavant trop acide prendre une réaction neutre ou même alcaline, les phénomènes nerveux disparaître.

Pour produire tout son effet, le régime végétarien doit être continué pendant deux ou trois mois, ce qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir chez ces malades. On peut même dire que ce régime est celui auquel le malade devrait se condamner pour toute sa vie, car la rechute se produit infailliblement au bout de quelque temps, chaque fois que le malade reprend son ancien genre de vie. Et de rechute en rechute, ces malades deviennent, suivant leur tempérament, les uns franchement gouteux, d'autres brightiques, d'autres encore artério-scléreux.

Il arrive quelquefois qu'après huit ou quinze jours de régime végétarien, les malades qui y sont soumis présentent un affaiblissement notable des forces. L'indication est alors formelle : il faut leur donner, une fois par jour, un peu de viande, mais pour neutraliser les effets de cette alimentation carnée, il est indiqué de renforcer le régime alimentaire en prescrivant du raisin en quantité de 1 à 2 kilogrammes par jour.

Un second groupe de malades chez lesquels le régime végéta-

rien exclusif rend, d'après M. Strasser, des services signalés, sont les artério-scléreux. Pas plus qu'un autre régime ou qu'une autre thérapeutique, le régime végétarien n'a la prétention de guérir l'artério-sclérose. Mais son avantage, particulièrement appréciable dans cette affection, c'est de mettre le malade à l'abri de l'auto-intoxication dont la gravité s'accroît de l'état des reins chez ces malades. En second lieu, il combat et fait disparaître la pléthore abdominale. Les effets du régime végétarien sont particulièrement marqués quand on l'emploie concurremment avec le régime lacté. Mais, il faut savoir que les artério-scléreux supportent mal l'usage prolongé des liquides.

Le régime végétarien est encore indiqué dans certaines affections du tube digestif. Ce que nous avons dit plus haut des inconvénients de ce régime indique suffisamment que, dans les catarrhes aigus de l'estomac et de l'intestin, ainsi que dans les catarrhes chroniques avec dilatation considérable de l'estomac et sécrétions abondantes, ce régime ne peut qu'aggraver la situation. D'après M. Strasser, il réussirait par contre, admirablement, dans les dyspepsies nerveuses, dans les dyspepsies avec ou par atonie de l'intestin, et surtout dans les dyspepsies provoquées par une sorte d'anesthésie de l'intestin (Rosenheim) ayant pour résultat une constipation opiniâtre compliquée de coprostase.

Le régime végétarien doit être conduit d'une façon variable chez ces malades. Si l'on se trouve en présence d'un malade peu vigoureux, affaibli, présentant une atonie catarrhale du tube digestif, il est préférable de n'arriver au régime végétarien intégral que progressivement, et de le faire suivre seulement pendant peu de temps, pendant trois à cinq semaines, suivant les résultats obtenus. Mais si l'état des forces est encore satisfaisant et surtout s'il s'agit de malades atteints de dyspepsie nerveuse ou de dyspepsie par anesthésie de l'intestin ou tout simplement de constipation habituelle, le régime végétarien intégral doit être établi d'emblée et continué jusqu'à ce qu'il produise tout son effet.

Chez tous ces malades, mais principalement chez les dyspeptiques nerveux et les constipés, le régime végétarien peut être secondé par une cure de raison (Hausmann). Il va de soi qu'une cure de raison intense, comportant l'ingestion de 2 à 4 kilogrammes de raisin par jour, est incompatible avec le régime végétarien intégral. Cette cure est particulièrement utile dans les dyspepsies s'accompagnant de congestion du foie.

Une affection dans laquelle, d'après M. Strasser, le régime végétarien donne de bons résultats, est la chloze. Ces malades, qui éprouvent ordinairement un dégoût pour la viande, acceptent fort bien le régime végétarien, qui réussirait surtout combiné avec le régime lacté (Winternitz). Ce qui leur convient le mieux, ce sont les légumes verts, les légumes herbacés les fruits ; les céréales et les pommes de terre réussissent moins bien.

Au début de ce régime, l'appétit se relève, et, au bout de quelque temps, on constate une amélioration de tous les symptômes. Il est difficile d'expliquer d'une façon précise la raison de cette amélioration. Peut-être le régime végétarien agit-il surtout en régularisant les fonctions de l'intestin, et pourtant l'amélioration survient aussi bien chez les chlorotiques avec parésie de l'intestin que chez ceux dont l'intestin fonctionne normalement. Peut-être faut-il compter avec la résorption et l'assimilation plus facile des végétaux (épinards). Personnellement, M. Strasser pense que le rôle principal revient au changement : le régime végétarien, pour le tube digestif, serait ce que le changement d'air est pour les poumons.

Si les chlorotiques acceptent volontiers le régime végétarien, ils s'en fatiguent aussi très vite. Au bout de trois à cinq semaines, l'appétit devient moins vif et les malades se trouvent en danger d'hyponutrition.

Il faut alors revenir au régime ordinaire, d'autant que le bénéfice du régime végétarien est déjà acquis.



Les indications et les avantages du régime végétarien intégral ou mitigé dans la néphrite, le diabète, la goutte, les dermatoses sont trop connus pour que nous ayons à y insister. Chez les obèses gros mangeurs, il a l'avantage de les maintenir dans un état d'hyponutrition aboutissant à l'amaigrissement, en leur permettant au même temps d'ingérer une grande quantité d'aliments pour calmer leur faim. Chez eux, on insistera sur l'usage des légumes ne contenant pas de grandes quantités de substances hydrocarbonées et on maintiendra l'équilibre alimentaire de l'économie dans l'usage des œufs, du fromage, du lait au besoin.

R. ROMME,  
Préparateur à la Faculté.  
(*Presse méd.*)

**Influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux  
pelviens et les glandes mammaires de la femme ;  
applications à la thérapeutique gynécologique**

M. le Dr Bouqué a donné lecture d'un rapport sur un travail de M. le Dr Hertoghe (d'Anvers) relatif à l'influence que peuvent exercer les produits thyroïdiens sur les organes génitaux de la femme et sur la sécrétion du lait par les glandes mammaires. Ce travail montre bien quelles sont les affinités physiologiques qui existent entre les organes sexuels de la femme et la glande thyroïde. On n'ignore pas, du reste, que les anciens médecins avaient déjà songé à l'existence de ces rapports ; aussi M. Hertoghe cherche-t-il à bien établir cette opinion des anciens.

Avant toute chose, il commence à montrer ce que deviennent les fonctions de l'utérus chez les femmes qui sont privées de corps thyroïde, et il n'a pas de peine à voir que chez toutes les femmes atteintes de myxœdème, la menstruation est toujours très abondante, souvent profuse et, au fur et à mesure que ces femmes avancent en âge, leurs règles durent de plus en plus longtemps, deviennent de véritables métrorrhagies et finissent même par constituer des pertes sanguines continuelles.

Ces prémisses établies, M. le Dr Hertoghe étudie l'action de la thyroïdine tant chez la femme saine que chez la femme qui allaite ; il fait voir également que, chez les femmes en état de gestation et qui présentent une hypertrophie de la glande thyroïde, il se fait toujours une sécrétion mammaire prématurée et très abondante.

Ce qui résulte surtout des études de l'auteur, c'est que le suc thyroïdien est doué d'une action physiologique incontestable et sur l'utérus et sur les glandes mammaires ; que ce suc possède une action inhibitoire, anémiant, ou tout au moins vaso-constrictive sur les organes génitaux pelviens de la femme, action qui se manifeste par une diminution dans la quantité de sang rejeté hors de l'utérus pendant les périodes menstruelles. Et cette action est telle que, si on vient à donner trop longtemps ou trop abondamment le suc thyroïdien aux femmes, on voit leurs règles diminuer de plus en plus et parfois même disparaître.

D'un autre côté, le même suc thyroïdien exerce sur les glandes mammaires une action excitatrice manifeste ; sous son influence, on voit augmenter d'une manière considérable, la quantité de lait fournie par l'administration de ce suc chez les nourrices qui voient diminuer leur lait et revenir leurs règles,

Chez des femelles d'animaux qui allaitent, il est facile d'établir, comme l'a fait le Dr Hertoghe, que le suc thyroïdien a pour effet d'augmenter la proportion de lait de 11,5 à 15,5. Il faut faire remarquer également ici que cette augmentation de la sécrétion laiteuse ne tient pas seulement à une augmentation de la proportion d'eau dans ce lait, mais que celui-ci conserve toutes ses qualités à la suite de l'intervention de ce médicament.

M. le Dr Hertoghe établit également que, chez la femme enceinte et chez la femme qui allaite, le sang est surchargé de thy-

roïdine. Or, c'est précisément à cette surcharge du sang par la thyroïdine qu'il faut attribuer certains phénomènes physiologiques dont l'explication n'a pu être donnée jusqu'à ce jour. L'amaigrissement, l'aspect tiré de la physionomie, l'altération de l'humeur et du caractère, que l'on rencontre si souvent chez les femmes dans cet état, les vomissements opiniâtres qui surviennent souvent dès les premiers jours de la grossesse, parfois même dès les premières heures qui suivent la conception, doivent être rapportés à l'action d'un sang hyperthyroïdé sur les centres nerveux.

Suivant M. le Dr Hertoghe, c'est également à l'augmentation subite de la thyroïdine dans le sang, qu'il faut rapporter la poussée brusque de lait qui s'effectue le 3<sup>e</sup> jour après l'accouchement et qui s'accompagne le plus souvent d'une poussée fébrile et de malaises divers. L'hyperthyroïdine du sang qui apparaît à ce moment serait le résultat de l'expulsion du fœtus et de ses annexes.

Par de nombreuses expériences faites sur des animaux de laiteries, M. le Dr Hertoghe a établi aussi que l'augmentation de la sécrétion laiteuse sous l'influence de l'usage de la thyroïdine ne se fait d'une manière instantanée, mais qu'il faut, en général, trois à quatre jours pour constater cette augmentation dans la production du lait.

On sait aussi que l'involution de l'utérus après l'accouchement se fait d'une manière plus rapide chez les femmes qui allaitent que chez celles qui ne nourrissent pas leur enfant. La thyroïdine augmentant la sécrétion laiteuse, a donc aussi pour effet d'augmenter la rapidité du retour de l'utérus à son état normal. Or, il semble facile de se rendre compte de cette action de la thyroïdine. Nous savons, en effet, que le phénomène de l'involution utérine est le résultat de la dégénérescence graisseuse et de la résorption des fibres musculaires de l'utérus qui avaient, du fait de la grossesse, pris un développement considérable. D'un autre côté, nous savons aussi que le suc thyroïdien possède une action oxydante des plus marquées sur les graisses de nouvelle formation. On conçoit donc que les particules graisseuses résultant de la dégénérescence des fibres musculaires utérines se trouvent plus rapidement oxydées dans un sang chargé d'une plus forte proportion de thyroïdine.

En résumé donc, d'après M. le Dr Hertoghe, plus le sang est riche en thyroïdine, plus l'activité utéro-ovarienne est réduite et plus la puissance mammaire est exaltée.

De ces différentes considérations et des expériences de M. le Dr Hertoghe, il est facile de déduire un certain nombre d'applications à la thérapeutique. Les principales de ces indications sont les suivantes :

1<sup>o</sup> Les hémorrhagies myxœdémateuses relèvent directement de cette médication ;

2<sup>o</sup> Il en est de même des hémorrhagies qui reconnaissent pour cause des endométrites et des ovarites même anciennes ;

3<sup>o</sup> Toutes ménorrhagies, quelles qu'elles soient, sont heureusement influencées par la thyroïdine. Les hémorrhagies cancéreuses, fait qui paraîtra incroyable, se tarissent rapidement sous l'influence de quelques jours (trois ou quatre) de thyroïdisation. Les symptômes (douleurs, gonflements et congestion) diminuent également d'une manière très appréciable ;

4<sup>o</sup> Chez les femmes qui avortent facilement, et dont la menstruation trop abondante entraîne chroniquement le germe fécondé, le suc thyroïdien diminue le molimen et la congestion utérine. Dans un cas rapporté en détail par l'auteur, une femme, stérile depuis sept années, a pu concevoir et mener sa grossesse à bonne fin grâce à l'action inhibitoire de la thyroïdine ;

5<sup>o</sup> La thyroïdine est utile dans les cas de myome utérin, de descente de la matrice, de rétroflexion avec hémorrhagies, et, en général, dans tous les cas où il y a intérêt à réduire le volume, la congestion et la sensibilité de l'utérus ;

6<sup>o</sup> Enfin, en raison de l'action spéciale exercée par la thyroï-



dine sur les glandes mammaires, il y a lieu d'administrer ce produit aux nourrices dont la lactation périclite.

(Gazette de Gynécologie)

#### La maladie de Thomsen

**Étiologie.**—Cette myotonie congénitale a été décrite pour la première fois par Thomsen, qui en était atteint lui-même. Comme facteur étiologique, on ne peut guère invoquer que l'hérédité et principalement l'hérédité similaire. Car on voit souvent plusieurs personnes d'une même famille être atteintes de cette affection qui est habituellement congénitale. Elle peut, il est vrai, se développer pendant l'adolescence ou à un âge plus avancé. Mais, en cherchant bien, on en trouve presque toujours les traces dès la première enfance.

**Symptomatologie.**—La maladie de Thomsen consiste surtout dans une raideur spasmodique qui atteint les muscles volontaires au début des mouvements et disparaît bientôt après.

Bien que tous les muscles puissent être le siège de cette raideur spasmodique, elle atteint de préférence les muscles des membres inférieurs, ceux de la main et des doigts. Les gens atteints de cette affection, surtout quand elle est prononcée, ont un peu la démarche spasmodique. Le froid, les émotions augmentent la raideur pathologique. L'excitabilité mécanique et électrique des nerfs est ordinairement normale ou peu diminuée, tandis que celle des muscles est augmentée. Aussi il n'est pas rare de constater une réelle hypertrophie des muscles.

La sensibilité n'est altérée dans aucun de ses modes.

Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux.

Nombre d'auteurs ont signalé la tendance à la mélancolie et à la taciturnité des malades atteints de myotonie congénitale. Certes on serait triste à moins !

**Diagnostic.**—On pourrait facilement confondre la maladie de Thomsen avec :

1<sup>o</sup> La paralysie pseudo-hypertrophique, dans laquelle la paralysie est beaucoup plus prononcée.

2<sup>o</sup> Le tabes dorsal spasmodique, dans lequel la rigidité spasmodique est permanente.

3<sup>o</sup> La ténanie, affection transitoire curable, dans laquelle les contractions se montrent par accès.

4<sup>o</sup> Les contractures hystériques, qu'on diagnostiquera facilement par les anamnésiques.

5<sup>o</sup> Les crampes fonctionnelles, qui n'apparaissent que dans certains mouvements dirigés vers un but déterminé. De plus, ces crampes augmentent au lieu de disparaître, quand on continue le mouvement.

**Pronostic.**—La maladie de Thomsen suit une marche lente, progressive, et, une fois installée, n'a guère de tendance à disparaître. Sans compromettre la vie ni la santé générale, ce n'en est pas moins une affection très gênante.

**Anatomie pathologique.**—La lésion musculaire consiste dans une hypertrophie très marquée des fibres musculaires. Quant à la lésion nerveuse, elle n'est par encore connue, si toutefois elle existe.

**Traitement.**—On a essayé avec un égal insuccès la strychnine, l'hyosciamine, l'atropine et bien d'autres alcaloïdes qu'il sera prudent de laisser de côté. L'hydrothérapie, le massage, la gymnastique, l'électricité galvanique, statique et faradique, constituent des moyens plus rationnels auxquels il faudra avoir recours.

(L'Indépendance Médicale)

#### Du cautère mitigé dans le traitement de la phthisie pulmonaire

M. le Dr COCULET, de Montguyon, estime que si nous n'avons pas encore de spécifique sûr de la tuberculose, si nous ne possédons rien qui puisse sûrement arrêter son évolution, nous devons, nous

pouvons combattre, vaincre l'irritation inflammatoire qui accompagne la lésion tuberculeuse et souvent la précède. De là sorte, on enrayer sa marche, et on empêche le bacille d'infecter les points enflammés. Aussi l'idée maîtresse qui le guide dans le traitement de la tuberculose est celle-ci ; chaque foyer malade doit être combattu autant que possible par des révulsifs permanents, si la lésion est chronique ; temporaire et plus ou moins énergiques, si la lésion est aiguë et passagère.

M. Coculet réalise cette idée par l'emploi systématique du cautère mitigé ; si en dix points différents il entend des craquements dans la poitrine d'un tuberculeux, en ces dix points il applique un cautère et non pas en un seul ; c'est là dit-il, le secret de ses succès.

Voici comment il procède ; il taille un petit carré de diachylon de cinq à six centimètres carrés ; avec des ciseaux, il enlève dans son milieu une plaque ronde ou ovale de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes à un franc ; appliquant alors le carré de toile-dieu de façon que le point fenêtré corresponde au foyer même de la lésion marqué sur la peau au crayon bleu anatomique, il applique la pâte de Vienne qu'il engage à préparer à l'alcool à 90° l'effet est alors plus rapide ; en six ou huit minutes, d'habitude, la peau prend à ce niveau une teinte grisâtre uniforme. Il enlève soigneusement la pâte en râclant avec un couteau. Il suffit de quelques lotions locales à l'eau fraîche pour faire disparaître complètement la douleur jusque-là très vive. Comme pansement un petit carré de diachylon.

Au bout de dix à quinze jours, la zone grisâtre s'est éliminée peu à peu ; quand la suppuration menace de se tarir, M. Coculet taille et découpe dans une feuille de papier à cigarettes un morceau de même grandeur et de même forme que la petite plaie, il l'enduit avec gros comme un grain de chanvre de pommade au garou ; il n'en faut pas en excès, sinon elle fondrait au contact des tissus et irait irriter la peau voisine, on applique alors exactement ce petit pansement sur le cautère ; par dessus le tout, un carré de toile-dieu pour maintenir.

Le cautère, tout comme le sainbois, à une période donnée, peut amener une manière d'eczéma artificiel avec suintement séreux et démangeaisons, notre confrère considère ce résultat comme de bon augure.

Il est important de prescrire ; pommade au garou et non l'épis-pastique, cette dernière pouvant amener à la longue un retentissement rénal.

Si le cautère est difficile à supporter et trop douloureux, on peut essayer la pommade à la cocaïne à 1/100.

(Abeille méd.)

#### Le journalisme à sensation et l'hystérie

WILLIAM LEE HOWARD (de Baltimore)

L'hystérie se manifeste par des exagérations, par le travestissement des faits, par le désir fiévreux d'exhiber son "moi" aux yeux du public. Les malheureuses victimes de l'hystérie iront à n'importe quel excès mental, physique ou financier pour satisfaire leur rage de notoriété.

La base du yellow journalisme (journalisme jaune ou chauvin) est certainement aussi hystérique que les manifestations des faiseurs de miracle des XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles, lorsque des prélats annonçaient des remèdes merveilleux contre la possession du diable.

L'auteur fait un tableau clinique du yellow journalisme. Il constate d'abord qu'un renseignement avec force détails donné hier par un journal jaune est aujourd'hui démenti par des journaux de santé normale, mais la feuille reste coi.

Un des traits caractéristiques des hystériques c'est de ne pas

se souvenir de leurs bêtises, de leurs sottises, ni de leurs méfaits. La contradiction des faits pour eux est un stimulant qui les pousse dans les voies tortueuses du mensonge. Que ce soit en le ridiculisant ou avec indignation qu'on parle d'eux, peu importe, c'est là l'unique désir de l'hystérique. Ignorez son existence et il cesse d'exister. Tous les efforts mentaux sont faits pour attirer l'attention. L'hystérique brûle d'envie de trouver quelque chose de nouveau, d'"épatant" chaque jour. Les journaux chauvins présentent ces symptômes nuit et jour. La mobilité d'esprit de ces malades, l'excitabilité excessive de leur imagination demande toujours des histoires sensationnelles.

Les émotions sexuelles et religieuses sont les causes fondamentales de l'hystérie et toujours les symptômes prédominants de cette maladie. Aussi les journaux jaunes appuient particulièrement sur les sujets de ce genre. Sur une page on trouvera l'histoire d'un crime sexuel avec tous ses détails répugnants; à côté il y a des images de la toilette intime de quelque actrice connue ou le récit d'une intrigue amoureuse d'une femme américaine avec un musicien tzigane. A la page suivante on lira des aperçus historiques sur un Saint ou une Vierge, de nouveaux faits de la vie de Notre Seigneur Jésus-Christ, des gravures de martyrs, de saints.

L'hystérie est contagieuse et devient bientôt épidémique. Une grande partie du public est dirigée par la suggestion. Prenez un individu névrosé qui lit tous les jours un journal jaune et qui par conséquent reçoit chaque jour une suggestion de nature à troubler en lui l'élément émotionnel et vous aurez bientôt un individu hystérique. Ce cas affecte rapidement d'autres individus qui sont en contact avec ce malade et en fin de compte il se produit une épidémie.

Le trait prédominant des journaux jaunes c'est leur impulsivité morbide qui apparaît sous des formes diverses et à des degrés différents. Quand elle prend la forme sous laquelle elle se présente dans les journaux jaunes, elle montre aussi la diminution de résistance du jugement et du discernement moral, du sentiment de la responsabilité personnelle.

Comme la plupart des épidémies d'hystérie, celle des journaux chauvins aura aussi son déclin et sera une des curiosités de la médecine psychologique.

(New-York Medical Journal).

#### La valeur de l'urée pour le traitement de l'ascite chez les cirrhotiques

Les cliniciens étant loin d'être d'accord sur les propriétés diurétiques de l'urée dans la cirrhose hépatique, MM. les Drs J. Sabrazès, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, et O. Dion ont institué à ce sujet, sur 4 individus atteints de cirrhose atrophique du foie, des expériences qui ont consisté à dresser pour chacun de ces malades une courbe de l'excrétion urinaire après l'avoir soumis à un régime alimentaire fixe et lui avoir ensuite administré de l'urée.

Ces essais ont donné un résultat nettement favorable dans un cas seulement, chez un saturnin âgé de 60 ans, et présentant un début de cirrhose à allure bénigne. En effet, sous l'influence de l'urée prise à la dose progressivement croissante de 5 à 20 grammes par jour, cet homme vit son ascite diminuer peu à peu et, enfin, disparaître complètement.

Chez un second patient, âgé de 71 ans, on a obtenu une légère amélioration en ce sens que l'hydropisie se reproduisait beaucoup plus lentement durant toute la période où il absorbait journellement 10 grammes d'urée, dose qu'on n'a pas cru devoir augmenter, la diurèse s'étant maintenue très suffisante.

Pour les deux autres malades, dont le premier était âgé de 51 ans et le second de 47 ans et qui présentaient une cirrhose grave, l'action de l'urée a été nulle, bien qu'on en eût administré jusqu'à 21 et 30 grammes par jour.

En conséquence, MM. Sabrazès et Dion estiment que l'efficacité de l'urée est réelle dans les formes bénignes de cirrhose atrophique avec ascite, mais qu'on peut s'attendre à voir échouer cette médication toutes les fois qu'on se trouve en présence de symptômes graves.

Le fait que l'administration de l'urée à haute dose entraîne parfois la disparition de l'ascite chez les cirrhotiques ne permet pas cependant de considérer cette substance comme un spécifique de l'atrophie du foie. En effet, l'urée n'agirait dans ces cas qu'à l'instar du lait ou de la lactose et de tout un groupe d'agents thérapeutiques qui activent la diurèse en augmentant la concentration moléculaire du sang.

(Semaine Médicale)

### FORMULAIRE

#### Pommades et vernis dermatologiques ayant la couleur de la peau

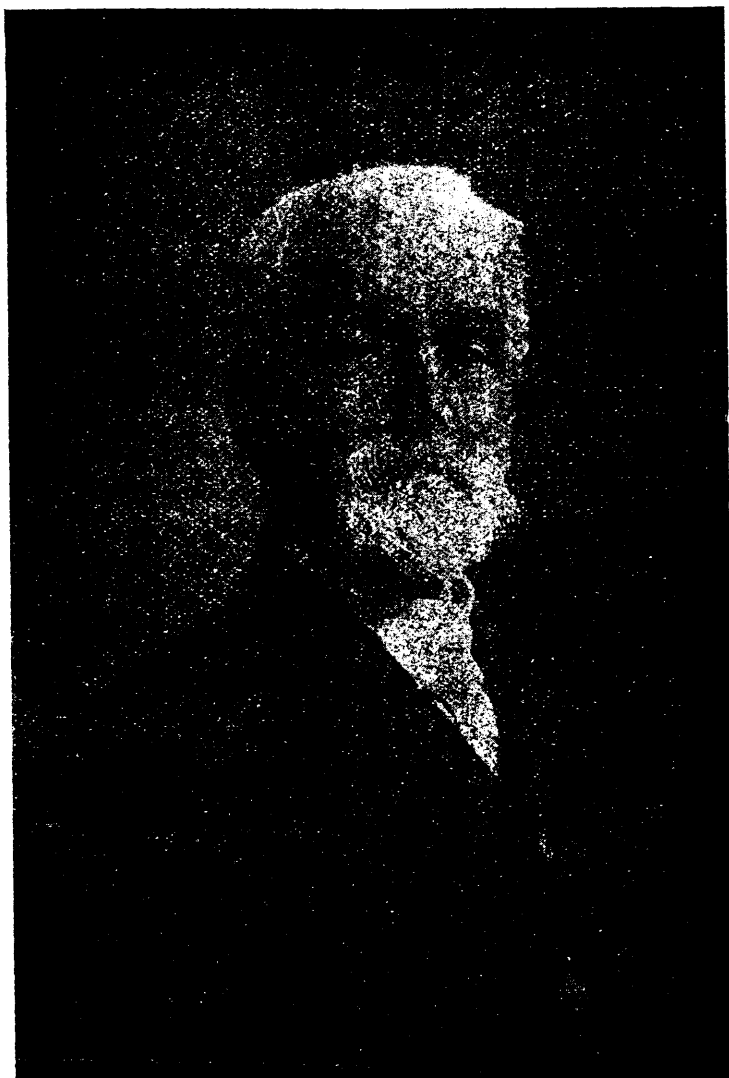
Argile rouge.....	3 centigrammes.
Glycérine.....	VI gouttes.
Pommade à l'oxyde de zinc.....	10 grammes.
Mélez.—Usage externe.....	
Argile rouge.....	24 centigrammes.
Glycérine.....	xx gouttes.
Solution d'éosine rouge à 2 p. 1,000.....	VIII —
Pâte à l'oxyde de zinc.....	40 grammes.
Mélez.—Usage externe.....	
Ichtyol.....	40 centigr. à 1gr 60
Pâte à l'oxyde de zinc.....	40 grammes.
Solution d'éosine rouge à 2 p. 1,000.....	XXIV à XL gouttes.
Mélez.—Usage externe.....	
Argile rouge.....	3 centigrammes.
Solution d'éosine rouge à 2 p. 1,000.....	3gr50
Eau distillée.....	50 à 55 grammes.
Gélatine.....	12gr50 à 15 grammes.
Glycérine.....	10 gr. à 12gr50
Oxyde de zinc.....	20 à 25 grammes.
Mélez.—Usage externe.....	

Avec la formule ci-dessus on obtient un vernis plus dur ou plus mou, suivant qu'on augmente ou qu'on diminue la quantité de gélatine et d'oxyde de zinc, d'une part, et celle d'eau et de glycérine, d'autre part.

Argile rouge.....	2 centigrammes.
Solution d'éosine rouge à 2 p. 1,000.....	II gouttes.
Oxyde de zinc.....	40 centigrammes.
Glycérine.....	3 grammes.
Gélatine.....	20 —
Mélez.—Usage externe.....	

Ce vernis à la gélatine a donné à M. le docteur Rausch (d'Essen-sur-la-Ruhr) des résultats particulièrement favorables dans le traitement de la séborrhée sèche de la face. Notre confrère s'est également très bien trouvé de l'emploi de cette préparation additionnée de sublimé, contre les syphilides de même localisation.

(Gaz. des Hôp.)



CHARLES EUSEBE LEMIEUX, M.-D.

## NECROLOGIE

En juillet 1886, un jeune homme pâle, écrasé de fatigues, était à scier misérablement du bois de chauffage dans un faubourg de Québec lorsqu'il vit venir à lui et le regarder en souriant par dessus ses lunettes un Monsieur de haute taille, d'apparence et d'une démarche fières, qui sans dire un mot, saisit une extrémité de la scie et termine le trait commencé. Puis, un sourire bienveillant sur les lèvres, le Monsieur s'assit sur une bûche et tend la main au jeune homme on ne peut plus surpris : "Mon ami, lui dit-il, vous êtes bien heureux de pouvoir ainsi prendre un peu d'exercice. Vous êtes dyspeptique sans doute, et ce traitement vous est bon ?"

"Pardon, Docteur, répond le jeune homme, je digère très bien, mais mon estomac est aussi ennuyeux que ma bourse quand je ne gagne rien. Je fais ce travail pour avoir de quoi payer ma pension et mes cours de médecine. — "Je l'avais pensé, et voilà pourquoi je voudrais vous encourager et scier du bois avec vous, si j'en avais le temps."

Les lecteurs l'ont nommé, ce cœur d'élite que ce seul trait nous montre sous son vrai jour, cet homme d'une honnêteté scrupuleuse, d'une intégrité parfaite, au jugement sûr, c'était le Dr Charles Eusèbe Lemieux dont la profession médicale, surtout de notre district, déplore la perte, aujourd'hui ; et ce jeune homme, permettez-moi de l'ajouter, c'était celui qui vous présente ces notes.

Le Dr Lemieux (1) est né à Québec le 21 septembre 1824 ; il était fils de Charles Lemieux, tanneur, et de Dame Julie Gagnon, tous deux de cette ville. Il fit ses études classiques au Séminaire de Québec et ses études médicales à l'Ancienne Ecole de Médecine, tout en suivant le bureau du Dr Painchaud.

Reçu médecin en 1848 il entre comme chirurgien à l'Hôpital de la Marine et y reste dix années, sous la tutelle du Dr James Douglass, tout en acceptant et conservant la charge de médecin visiteur de l'Hôtel-Dieu de Québec. En 1858, il entre dans la pratique

privée, mais son énergie et son travail incessant le portent dans l'exercice trop fréquente de demander plus que ne lui permettaient ses forces, et il est contraint deux ans plus tard de laisser le Faubourg St-Roch pour aller résider rue Ste-Ursule, Haute-Ville. L'Université Laval sut apprécier ses talents et ses hautes qualités en l'appelant à la Chaire d'Anatomie Pratique en 1856. Ensuite successivement professeur de Médecine Légale, de Physiologie et de Pathologie Générale, il revient à la chaire d'Anatomie qu'il garde jusqu'à sa mort.

Ses Cliniques à l'Hôtel-Dieu ont laissé un trop bon souvenir chez ses nombreux élèves pour ne pas les rappeler.

A la mort du Dr Jackson il est nommé doyen de la Faculté de Médecine et occupe ce poste le reste de sa vie. Il prit une part active à la formation et aux délibérations du Collège des Médecins et Chirurgiens de cette province, dont il fut Vice-Président de 1883 à 1886 et Président de 1886 à 1889. En lui la Société Médicale de Québec perd son Président Honoraire, et l'Université Laval une âme dévouée qui veillait sur elle avec un soin jaloux.

Après une vie de labeurs considérables généralement très rémunérateurs, cet homme a préféré à la fortune les bons souvenirs qu'il laisse à ses clients, surtout à ses pauvres. Car sa charité, qu'il savait si bien masquer, était aussi grande que sûre. Il portait en face de la pauvreté et des misères un diagnostic et un traitement aussi efficaces qu'en face de la maladie.

Terminons par une dernière indiscretion. Savez-vous comment ce cœur généreux s'était habitué à se tenir debout à l'arrière de sa voiture d'hiver ? C'est que presque toujours sa place était prise par des provisions et même du bois de chauffage qu'il allait porter avec ses soins gratuits à ses malades pauvres.

Le Dr Lemieux, marié en 1853 à Delle Belsimir Paradis, eut deux enfants, Madame notaire Gauvreau, de cette ville, et feu le Dr Chs Eusèbe Lemieux, jr., enlevé trop tôt, il y a 4 ans, à l'affection de ses parents et de ses confrères.

DISCIPLINE.

(1) Nous devons à l'obligeance de notre confrère M. le Dr J. D Brousseau, la connaissance des états de service de notre regretté professeur.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### RAPPORT

des trois dernières séances de la Société Médicale

*De l'avortement incomplet. Traitement.*

(Suite)

Le Dr Grondin fait quelques remarques comme préambule à la discussion qui doit se continuer et prétend que l'on s'écarte du terrain sur lequel il s'est placé dans son travail : c'est le traitement de l'avortement incomplet, et non de l'avortement en général qu'il a exposé et qu'il a voulu soumettre à la critique.

Le Dr Brochu reprend la discussion et tout en acquiesçant aux restrictions qui viennent d'être énoncées, il croit devoir relever, tout d'abord, certaines assertions qui ont été émises à la dernière séance, à l'encontre de l'usage du tampon et de la pince qu'il a préconisés dans certains cas particuliers de la pratique générale, et qui lui ont paru peu justifiés au point de vue scientifique.

Il a été tout à fait surpris d'entendre le Dr Grondin proclamer, sans restriction aucune, que la question du tampon dans le traitement des avortements était jugée depuis vingt ans et que ce procédé lui paraissait le meilleur moyen de produire l'infection.

Le Dr Brochu cite l'enseignement du professeur actuel de l'obstétrique à l'Université Laval, les témoignages d'autorités telles que Tarnier, Charpentier, Budin, Auvard, etc., pour prouver que le tampon réalisé dans les conditions antiseptiques que nous connaissons est encore le moyen classique, enseigné et mis en pratique dans les milieux les plus autorisés, pour lutter contre les hémorragies graves de la grossesse à toutes les périodes.

Si le tamponnement vaginal n'est pas toujours suffisant pour arrêter complètement toute hémorragie, du moins il les diminue considérablement et en abrège le cours en excitant les contractions utérines et en favorisant la sortie de l'œuf au complet et même le décollement et l'expulsion du placenta retenu dans l'utérus.

Quant à l'objection du danger de produire l'infection par le tamponnement vaginal contre les hémorragies, elle ne peut s'expliquer dans la bouche d'un gynécologue qui connaît mieux que tout autre les règles de l'antisepsie suivant lesquelles ce procédé doit s'appliquer et qui comme tous les autres gynécologues se sert habituellement du tamponnement léger du vagin à la même gaze iodoformée comme un moyen préservatif, à la suite de toutes les opérations sanglantes sur l'utérus. Ce n'est pas le fait de conseiller l'usage du tampon qui nous fait reculer de vingt ans en arrière, mais bien cette dernière objection qui n'a trait eu sa valeur et son opportunité qu'à l'époque déjà reculée où l'on n'avait aucune idée des théories de l'infection et des applications de l'antisepsie dans l'art obstétrical.

Le Dr Brochu ajoute que, d'ailleurs, il ne conseille pas l'usage du tampon d'une manière systématique dans le traitement de l'avortement, surtout de l'avortement incomplet. Dans ce dernier cas, ce n'est que comme moyen de nécessité, c'est-à-dire lorsque le placenta n'est pas décollé et qu'il peut s'écouler encore, avant son expulsion, une période de temps assez considérable durant laquelle une malade déjà épuisée par des pertes résultant du décollement de la première partie de l'œuf, ne serait pas en état de supporter une

nouvelle hémorragie, ou bien lorsque le médecin, par suite de certaines exigences de la pratique, peut avoir à craindre de ne pas se trouver auprès de sa malade dans le temps opportun, si l'hémorragie déjà commencée venait à s'aggraver subitement. Alors le tamponnement vaginal antiseptique dans ces conditions d'urgence et de nécessité paraît offrir les meilleures garanties pour rencontrer les exigences de la malade et du médecin ; il est de plus le moyen le plus facile et le plus à la portée de la masse des praticiens de la clientèle générale : la méthode du curettage digitale devant rester la méthode de choix entre les mains des spécialistes ou des médecins placés dans des milieux plus favorables tels que les milieux hospitaliers.

Lorsque, au contraire, le placenta est décollé dans sa plus grande partie ou qu'il se présente dans le col utérin, qu'une hémorragie déjà considérable semble vouloir se continuer, alors ce n'est plus au tampon qu'il faut recourir, mais à l'intervention immédiate. Le moyen le plus simple, le plus facile, le plus prompt, qui donne la plus grande sûreté au point de vue de l'antisepsie, et qui expose moins que d'autres procédés chirurgicaux aux accidents opératoires serait, d'après le Dr Brochu, la pince mousse, non la pince à fausse germe de Larcet trop encombrante, mais une sorte de pince à pansement dont les mors fermés, forment un véritable petit cylindre qui peut servir de dilatateur pour le col et qu'on peut introduire dans l'utérus sans danger de blesser ses parois. On peut se servir pour extraire les parties libres du placenta de cette pince ou même pour faire un véritable râclage ou curettage de la cavité utérine, qui ne diffère du curettage à la curette mousse que parce qu'il l'opère transversalement ou parallèlement à la paroi utérine, est non perpendiculairement ; ce qui éloigne tout danger de perforation si facile avec la curette lorsque l'utérus est aminci ou ramolli comme cela existe souvent dans les cas d'avortement.

Le Dr Brochu qui s'est servi de cet instrument avec des avantages incontestables, et sans complications opératoires, dans une période de vingt années, alors même que prévalait la méthode de l'expectation armée, dit qu'il n'a jamais compris le mépris et l'opposition systématiques que l'on manifeste, en certains endroits, à l'égard de cet instrument, qui ne pêche pourtant contre aucune des règles fondamentales de l'antisepsie absolue, et surtout, de la part des partisans longtemps avérés de la curette, dont les méfaits remplissent aujourd'hui la littérature médicale et que la méthode du curettage digital va bientôt faire tomber des mains des spécialistes eux-mêmes.

Le Dr Brochu croit le procédé de la pince moins aveugle que la curette, et exposant beaucoup moins aux accidents opératoires. Il a de plus l'avantage de pouvoir être appliqué sans douleur vive, sans chloroformisation, par le médecin le plus isolé : la sensibilité et l'avertance de la malade restant comme une garantie pour empêcher toute fausse manœuvre aux dépens de la paroi utérine, ce qui n'existe pas pour le procédé de la curette qui exige l'anesthésie.

Il n'est pas besoin d'appuyer sur la nécessité de faire précéder et suivre l'application de la pince, de toutes les mesures antiseptiques indiquées pour les autres procédés.

Le curettage à la pince mousse (bien que cette expression puisse surprendre), n'est peut-être pas plus apte, il est vrai, d'après le Dr Brochu, à enlever complètement du premier coup tous les co-

tylédons placentaires adhérents pas plus que le curettage à la curette mousse ou même le curettage digital. Mais, même en cas de premier échec, il réussit presque toujours à arrêter le cours d'une hémorragie menaçante : c'est là le danger le plus à craindre et qui nous force à intervenir avec urgence, le danger de l'infection par rétention de parcelles placentaires étant plus éloigné, nous permettra durant les jours suivants de le prévenir ou de le combattre avec le secours des moyens antiseptiques, régulièrement appliqués, en même temps qu'on renouvellera les mêmes tentatives pour enlever les derniers résidus placentaires.

En mettant en comparaison les deux procédés préconisés comme méthode de choix dans le traitement de l'avortement incomplet par le conférencier d'une part (l'application du ballon de Champelier dans certaine condition et le curettage digital) et d'autre part avec les procédés du tamponnement vaginal à la gaze ou au coton antiseptiques et la pince mousse que le Dr Brochu a préconisée dans certains cas particuliers, l'avantage reste à ces deux derniers sous bien des rapports. Non seulement ils sont plus à la portée de la masse des médecins, plus en rapport avec les exigences de la pratique générale, mais ils l'emportent au point de vue des règles fondamentales de l'antiseptie qui doivent nous guider dans toute intervention obstétricale.

En effet le ballon de caoutchouc substance organique de même que le doigt s'imprègnent facilement des germes et des spores qui se cantonnent dans leurs spores comme dans un abri de culture, mais ils résistent mal aux substances antiseptiques énergiques, et leur asepsie n'est le plus souvent que relative, malgré l'application de procédés de la désinfection la plus minutieuse qui sont toujours longs et compliqués ; tandis que le tampon avec la gaze ou le coton antiseptiques non seulement est peu aptes à introduire des germes vivants ou agents infectieux mais peut même servir par ces substances antiseptiques à détruire sur place les germes qu'une toilette antiseptique imparfaite des organes génitaux auraient pu y laisser ; tandis que la pince de son côté, comme tous les instruments métalliques peut être désinfectée d'une manière absolue, en quelques minutes par le flambage à la lampe à l'alcool ; et que ce mode de désinfection est le plus simple, le plus sûr qui peut être improvisé en trois minutes auprès d'une malade en cas d'urgence.

Si l'on réfléchit d'un côté que la moindre lacune dans le procédé d'antiseptie et d'asepsie obstétricale expose aux complications les plus sérieuses, et si l'on se rend bien compte des imperfections auxquelles le défaut d'habitude dans l'application de ces détails expose la masse des praticiens de la clientèle générale surtout, pour nous, le procédé long et compliqué de la désinfection nous porte à croire que le curettage avec le doigt, bien qu'étant la méthode de choix entre les mains des spécialistes rompus aux précautions antiseptiques préparatoires, n'est pas destinée à se généraliser parmi la masse des médecins de la clientèle générale qui ont cependant souvent à faire face aux accidents du cours de la grossesse.

Le Dr Brochu termine ses remarques en citant une page du guide de thérapeutique spéciale de Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris et qui lui paraît fournir la note juste et nous résumer la discussion qui vient d'être faite sur le traitement de l'avortement. "Après l'expulsion incomplète, des fragments de l'œuf sont

restés dans l'utérus. S'il n'y a pas d'accidents (hémorragies, septicémie), l'expectation est la règle ; la femme doit rester au lit comme après un accouchement normal pour permettre la régression de l'utérus ; les débris placentaires sont expulsés soit par fragment à la suite des coliques, soit en très minces débris qui passent inaperçus.

Quand il survient des accidents représentés soit par une hémorragie, soit par la septicémie, une thérapeutique active est indispensable mais suivant le tempérament du médecin, elle peut être timide ou hardie.

Les timides, qu'on pourrait encore appeler les *antiévacuateurs* de l'utérus, se contentent d'opposer à l'hémorragie le *tamponnement vaginal*, et contre la septicémie les injections intra-utérines abondantes, répétées une à deux fois par jour. Les injections doivent être fortes avec un liquide faiblement antiseptique (bichlorure de mercure au 1/10.000 ou acide phénique à 1/400 afin d'éviter les accidents d'intoxication, elles doivent surtout agir mécaniquement en entraînant les débris retenus.

Les *hardis* sont partisans de l'évacuation utérine à l'aide de moyens chirurgicaux, ils représentent le camp des *évacuateurs*. Dilater le canal cervical par l'emploi de laminaire, si la gravité des accidents en laisse le temps, ou dans le cas contraire en faisant usage de dilateurs métalliques ; nettoyer la cavité à l'aide de l'index, d'une curette mousse, d'une pince à faux germe le tout complété par une injection abondante, telle est la conduite à laquelle ils se conforment, réservant le tamponnement intra-utérin au cas où, après cette intervention, l'écoulement sanguin continue avec une certaine abondance.

Les deux camps des évacuateurs et des antiévacuateurs ont leurs partisans convaincus. Si on consulte les statistiques on remarque que les moyens doux suffisent la plupart du temps à conjurer les accidents, toutefois il faut reconnaître qu'entre des mains habiles, l'évacuation donne d'excellents résultats et place la femme dans de meilleures conditions pour la guérison, de telle sorte qu'une méthode ne saurait s'imposer à l'exclusion de l'autre.

"Au spécialiste rompu aux opérations gynécologiques, on peut conseiller l'intervention, mais au médecin qui n'en fait pas sa spécialité et qu'un manque d'habitude doit rendre prudent et timide, mieux vaut conseiller les moyens doux, qui, s'ils sont moins efficaces, au moins ne sont pas dangereux."

Le Dr Brochu ajoute que ces dernières remarques, de Auvard, lui paraissent les plus justes et les plus opportunes, surtout pour l'auditoire de cette Société, devant lequel s'est faite cette discussion des traitements de l'avortement incomplet et qui se compose en plus grande partie de médecins de la clientèle générale, les spécialistes étant l'exception, d'autant plus que l'auteur écrivain bien connu, en faisant un "guide de thérapeutique spéciale" n'écrit pas pour prôner des idées exclusivement personnelles, mais surtout pour mettre à la portée du praticien l'exposé le plus judicieux de la science courante et de l'art thérapeutique : la vulgarisation de la science ne devant pas être limitée à ce qui passe par la filière d'un seul esprit, mais devant plutôt refléter les idées de l'ensemble des maîtres de la science.

Comme aucun autre membre ne manifeste le désir de parler

sur cette question, Monsieur le Président, prend la parole pour résumer la discussion.

(A suivre)

Dr C. R. PAQUIN,  
Secrétaire.

## Société française d'Electrothérapie (1)

Séance du 16 décembre 1898 (Présidence de M. DOUMER)

### Essai sur le traitement des lithiases par les courants de haute fréquence

Le Dr MOUTIER rapporte une série d'observations concernant des malades atteints de lithiasse biliaire et de lithiasse rénale, qu'il a traités avec succès par les courants de haute fréquence.

Il montre que le traitement électrique peut remplacer dans certains cas la cure thermale.

Ces résultats sont conformes à ce que nous apprend la théorie : M. le Professeur Bouchard a en effet démontré que les lithiases étaient des affections dues à un ralentissement de la nutrition, tandis que le Professeur D'Arsonval nous a appris que les courants de haute fréquence étaient un des moyens les plus énergiques d'activer la nutrition.

*Six années de pratique électrothérapique en gynécologie dans le traitement de l'endométrite, d'après la méthode du Dr Apostoli.*

Le Dr Mme KAPLAN-LAPINA fait connaître les résultats qu'elle a obtenus dans les nombreux cas d'endométrite qu'elle a eu à traiter au cours de sa pratique. Ce travail, accompagné de treize observations, la conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° Le traitement le plus rapide et le plus efficace de l'endométrite fongueuse et de celle consécutive à une rétention placentaire est le curettage suivi ou non de l'application des divers topiques antiseptiques intra-utérins.

2° L'endométrite catarrhale compliquée de lésions annexielles non suppurées et d'un état constitutionnel neuro-arthritique plus ou moins accusé est surtout justiciable d'un traitement électrique local et général approprié (d'après la méthode d'Apostoli).

3° Localement, le traitement de choix sera la galvanocautérie chimique intra-utérine répétée deux à trois fois par semaine, pendant 10 à 15 fois, à doses progressivement croissantes.

4° Le traitement général additionnel sera, suivant la prépondérance relative de la neurasthénie hystérique ou arthritique, soit la statique, soit la haute fréquence, ou bien les deux modes associés.

## REVUE DES JOURNAUX

### Le déjeuner américain trouve irratiionnel, d'après nos connaissances actuelles de la physiologie de la digestion

Par BOARDMAN REED, M.-D., Philadelphie.

Un Français judicieux a remarqué en substance que les américains prénaient leur dîner à l'heure du déjeuner. C'est un fait que sur le continent d'Europe c'est une coutume presque universelle de rompre le jeûne le matin avec un très léger repas consistant généralement en bien peu d'autre chose, que des *rolls* et du café ou du chocolat. En aucun pays probablement on prend un aussi fort déjeuner qu'aux États-Unis. Ceci peut bien ou non être préminent parmi les fautes hygiéniques qui font des américains le peuple le plus dyspeptique du monde, mais c'en est sans doute une des causes. Il n'est pas raisonnable d'attendre des organes digestifs un travail aussi énergique et aussi efficace dans la matinée que plus tard dans la journée.

(1) Communication de M. le Dr Labbé, secrétaire général de la Société.

La circulation est alors moins active, et le système nerveux ne s'est pas élevé à sa plus grande énergie. On devrait naturellement supposer, cependant, que les sucs gastrique, pancréatique et intestinal ne peuvent pas fournir promptement les quantités nécessaires pour digérer un déjeuner très copieux à l'heure du déjeuner aussi bien que plus tard.

Des personnes en santé, fortes, qui travaillent en dehors peuvent s'y faire sans doute, à l'habitude de commencer la journée par un repas copieux, et n'en être pas plus mal ; mais c'est tout différent avec les personnes dyspeptiques et délicates. Colles-ci presque toujours se trouvent mieux d'une nourriture légère aussitôt après le réveil, renvoyant à plus tard leur premier repas substantiel.

Mais ce commencement de la journée avec un gros repas compliqué, à peine moindre en quantité et en variété que le dîner, n'est pas la seule erreur diététique dont se rend coupable la majorité de notre population. L'ordre relatif dans lequel l'Américain vrai prend les différentes variétés des aliments qui rentrent dans son abondant déjeuner est contraire aux enseignements de la physiologie. Par exemple, il est bien établi que la digestion de la fécule est commencée par l'action de la ptyaline sur elle dans la bouche, aussi bien que dans son trajet à l'estomac ainsi que durant les vingt ou trente minutes de son séjour dans l'estomac, c'est-à-dire pendant que le contenu de l'estomac continue à être neutre ou très faiblement acide. La repartition d'acidité pour arrêter la digestion des féculents est différemment appréciée par différentes autorités. Ewald et Boas l'ont trouvée retardée par 0.07 par cent d'acide chlorhydrique et arrêtée par 0.12 par cent. Chittenden affirme qu'elle est arrêtée par 0.005 par cent. Ce degré d'acidité est atteint par l'estomac normal à la fin des premières quinze ou vingt minutes, après le commencement d'un repas et en beaucoup moins de temps lorsque la sécrétion d'acide chlorhydrique est excessive, comme il arrive fréquemment chez les dyspeptiques.

Lorsque la viande ou un bouillon gras forme une des premières parties du repas, le contenu de l'estomac devient acide plus tôt que lorsqu'on prend du lait ou des végétaux ou des céréales. Il s'ensuit alors que nos aliments amylacés, quand ils forment partie d'un repas mixte doivent : 1° être pris toujours au commencement du repas et, 2° être aussi complètement mastiqués et ensalivés que possible, de manière à assurer une prompte conversion du sucre, et c'est seulement sous cet état qu'ils sont susceptibles d'absorption et d'assimilation.

Les déjeuners que l'on sert dans la plupart des hôtels de première classe, aussi bien que dans un grand nombre de familles privées riches dans notre pays commencent avec les fruits (souvent grandement acides) de toutes espèces, tels que raisins, oranges, etc., suivis de quelque forme de gruau (la plus grande partie de fécule) arrosé de lait ou de crème, et à peine mélangé d'un peu de salive. Souvent il a été pris assez de fruits acides auparavant pour rendre le contenu de l'estomac trop acide probablement pour permettre la digestion des aliments farinacés, même si quelque salive—le seul liquide capable de les digérer qu'ils peuvent rencontrer avant d'entrer dans le duodénum—s'était incorporée à eux. Dans la table publiée par Boas comme représentant les résultats obtenus par Ewald et lui-même, on donne aux acides organiques un pouvoir décisif d'empêcher la digestion de la fécule, bien qu'à un moindre degré que celui de l'acide chlorhydrique.

Le troisième plat est ordinairement du beefsteak ou des côtelettes de mouton, qui, dans un estomac normal sont presque sûres de stimuler la sécrétion du suc gastrique à un degré tel qu'il élève l'acidité du contenu de l'estomac au-dessus du point de digestion des féculents, en supposant que le fruit acide du premier plat ne l'ait pas encore fait.

Pour rendre encore plus impossible toute digestion des féculents dans l'estomac à ce temps du déjeuner, la plupart des per-



sonnés, y compris les enfants et les jeunes adultes en santé, qui ont évidemment une abondante sécrétion gastrique, sont d'ordinaire encouragés à stimuler, leurs glandes peptiques à une augmentation de la sécrétion du suc gastrique acide par un usage abondant de poivre, de sauces épicées ou d'autres condiments. Si ces repas étaient pris sans être accompagnés ou suivis d'aliments féculents, ce ne serait pas aussi mauvais, mais en règle générale on mange en même temps des patates et du pain chaud de toute espèce, et très souvent on termine le repas avec du gâteau et du sirop une des combinaisons des carbo-hydratés les plus indigestes et des plus flatulentes.

Une autre habitude particulièrement américaine c'est de boire de l'eau de glace, souvent en grande quantité, à chaque repas. Ceci retarde la digestion, tant en faisant baisser la température du contenu de l'estomac qu'en diluant trop le suc gastrique. L'eau de la glace est aussi capable d'endommager sérieusement la membrane muqueuse toute délicate et de produire plus tard une inflammation catarrhale chez des malades déjà prédisposés à cette affection.

Est-il étonnant que les américains en si grande proportion souffrent de troubles de l'estomac, et spécialement des conséquences variées d'une indigestion de féculents? Si on doit faire un aussi bon repas le matin, les plats devraient être servis dans l'ordre suivant : pour faire courir le moins de risque possible : 1° céréales bien mastiquées et accompagnées de *rolls* ou de pain et de beurre pour entraîner beaucoup de salive ; 2° des patates avec un peu de pain et de beurre, si on le désire ; 3° de viande ou d'œufs, avec un peu de salade ; 4° de fruits ; 5° de café ou de chocolat.

(The Journal of the American Medical Association)

(Dr P. V. F.)

### Le vésicatoire

Par M. le Dr LEMOINE.

Vous venez de voir, Messieurs, l'exposé des arguments des partisans et des détracteurs du vésicatoire. En devons nous rester là et ne pas nous faire, pour notre part, une opinion personnelle? Non certes, et sans vouloir vous imposer en rien aucune de mes idées, permettez-moi de vous montrer dans quels cas il faut mettre des vésicatoires, dans quels cas il n'en faut pas mettre.

Sachez d'abord, Messieurs, qu'il est des maladies où ce n'est pas le vésicatoire qui s'impose, mais où l'entourage vous impose le vésicatoire. C'est, hélas, un fait de constatation journalière que le médecin est obligé de céder aux sollicitations pressantes d'un entourage qui a été lui-même bien souvent traité et peut-être guéri par le vésicatoire et à qui semble extraordinaire l'hésitation compréhensible, vous le savez maintenant, du médecin devant l'application de cet agent.

Ceci dit en passant, voyons les indications et contre-indications de la vésication cantharidée dans les maladies des poumons.

Dans la pneumonie, Messieurs, dans la broncho-pneumonie de l'adulte et celle de l'enfant, dans les congestions pulmonaires grip-pales, ne mettez jamais de vésicatoire. Il y est totalement inutile, je dirai plus, il y est nuisible. Vous connaissez ces affections, vous savez combien facile est le déplacement de la congestion et comme il faudrait la suivre à coups de vésicatoire, permettez moi l'expression, pour la combattre utilement. Et, de plus, l'affection est souvent fort étendue en surface et votre révulsion n'a lieu que sur une surface restreinte. Pourquoi alors, dans ces différents cas, ne pas la combattre par d'autres moyens si efficaces et notamment par les bains chauds, qui décongestionnent fort bien en faisant un appel sanguin à la totalité de la surface entamée ; voilà de la révulsion utile, généralisée et qu'on peut répéter autant de fois que le besoin s'en fait sentir.

Arnoyan, de Bordeaux, prétend que la broncho-pneumonie de la coqueluche, les vésicatoires sont indiqués. Il le prétend mais n'en donne pas la raison et c'est en vain que je la cherche.

Si dans ces affections pulmonaires je prescris le vésicatoire chez

l'adulte, c'est avec plus de vivacité encore que je m'élève contre lui chez l'enfant et chez le vieillard. Chez l'enfant, je le récuse absolument et chez le vieillard je trouve la révulsion inutile. Ne faites pas de révulsion, donnez de l'alcool en quantité suffisante et vous en retirerez de plus réels avantages.

Dans la pleurésie l'exclusion de tout vésicatoire s'impose. Il est impossible, sur un thorax couvert de plaies, de faire une ponction aseptique et c'est un des grands arguments à opposer aux partisans du vésicatoire, d'autant plus que le vésicatoire ne guérit pas une pleurésie ; vers la fin de la maladie, quand l'exsudat ne se résorbe pas assez vite, il est, je l'admets avec Ferrand, un stimulant utile. Mais pourquoi vouloir toujours être en retard sur son époque et se refuser à employer des médications plus modernes et de beaucoup plus sûres ; je veux, en l'espèce, parler de la ponction de la plèvre qui offre une innocuité si complète.

Il ne faut pourtant pas être exclusif et il est une maladie où je prescris toujours le vésicatoire et où je m'en trouve très bien : c'est la tuberculose. Quand on a affaire à une tuberculose bien localisée, où les signes d'auscultation sont bien nets et dont la marche semble s'accroître, mettez à l'endroit malade des vésicatoires, mais des petits vésicatoires, de la grandeur d'une montre tout au plus ; renouvelez les très fréquemment et vous vous assurerez bientôt que vous avez là un moyen thérapeutique de premier choix toutes les fois, mais toutes les fois seulement, qu'il y a un foyer tuberculeux localisé. Et ici je suis d'accord avec les médecins qui s'occupent de tuberculose, notamment Grancher et nombre de médecins du Midi ; mais, par contre, je vais à l'encontre de l'opinion des médecins allemands, de ceux de Davos en particulier.

Dans certaines affections cardiaques, le vésicatoire joue un rôle utile. Les lésions mitrales surtout sont souvent heureusement modifiées par l'application de vésicatoires de petite étendue, mais souvent répétés. Chez les artério-scléreux aussi, qui viennent à un moment donné, à présenter de l'arythmie cardiaque, mettez une mouche de Milan vers le second espace intercostal et vous verrez, en bien des cas, le cœur se régulariser.

Les maladies de l'estomac sont redevables au vésicatoire de quelques guérisons. Lorsque cet organe est touché, qu'il existe des troubles de sécrétion chez les nerveux, les alcooliques, l'application d'un vésicatoire de quatre centimètres sur cinq, au creux épigastrique, réussit presque toujours, non pas à faire disparaître la lésion, mais à en atténuer les symptômes douloureux et surtout les vomissements.

Je ne vous conseillerai pas, Messieurs, d'employer le même moyen dans les affections du foie. Dans les cas de cirrhose alcoolique qui sont curables, on peut obtenir une révulsion tout aussi utile par les pointes de feu. La cantharide du vésicatoire pourrait influencer cet organe chargé de l'importante fonction de l'élimination des produits excrémentitiels et mieux vaut s'abstenir de toute médication qui serait une entrave possible à cette élimination.

Enfin, dans les maladies du système nerveux central, la méningite en particulier, nombreux sont les médecins qui appliquent de larges vésicatoires. C'est une mauvaise médication et je ne vous la conseillerai pour ma part, que dans les lésions du système périphérique, certaines névralgies très douloureuses où l'emploi de petits vésicatoires rend évidemment des services.

Dans le rhumatisme, et c'est par là que je terminerai cette revue nosologique, on a usé et abusé du vésicatoire. Il calme un peu la douleur, c'est vrai, mais retenez bien que le rein du rhumatisant est douteux, qu'en tout cas il peut être à la limite, comme je vous le disais tout à l'heure, et qu'avant tout il faut se garder de l'irriter. Nous avons, du reste, en notre pouvoir, d'autres médications aussi actives : les pointes de feu, le gaiacol, l'acide salicylique, etc.

Voilà, Messieurs, ce qu'on dit du vésicatoire, par quels arguments on le défend, par quels autres on le bannit de la thérapeu-

tique ; voilà, aussi, ce que, pour ma part, je crois devoir en penser. De cet exposé de la question, retenir les avantages, les inconvénients de ce traitement et rappelez-vous surtout qu'en médecine un électionisme bien entendu doit toujours guider notre jugement dans le choix des différents procédés de la thérapeutique.

(L'Echo médical du Nord)

### Contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique

Par le Dr GEORGIO NICOLICH (de Trieste)

Le chirurgien appelé à traiter un malade d'hypertrophie prostatique se trouve aujourd'hui dans une position bien difficile pour choisir et donner la préférence à un des nombreux traitements qui, depuis quelques années ont été proposés, d'autant plus que nous n'avons pas encore des données suffisantes pour juger quel traitement convient dans chaque cas.

J'ai été un des premiers en Autriche à pratiquer la résection des canaux déférents dans le but de diminuer le volume de la prostate hypertrophiée ; peu de temps après les publications de Parone et d'Isnandi, c'est-à-dire en octobre 1897, j'ai fait la première *vésectomie*, le résultat fut tellement bon que je n'aurais jamais cru avoir les déceptions que j'ai observées plus tard. Je n'ai pas été le seul du reste à conserver la vasectomie comme une opération qui nous aurait mis dans la condition de vaincre une infirmité des plus pénibles, contre laquelle on avait proposé des opérations même dangereuses, comme la prostatectomie, la castration, la ligature des artères iliaques internes.

On s'aperçut bientôt que tous les cas d'hypertrophie prostatique ne guérissent pas avec la vasectomie, mais on ne peut dénier à cette opération toute valeur, j'ai observé des guérisons que je peux considérer comme radicales et bien des auteurs citent des cas semblables. Malheureusement nous ne pouvons encore connaître d'avance les cas que la vasectomie peut guérir. Il semble que la forme qu'affecte l'hypertrophie de la prostate à une grande valeur pour le succès de la vasectomie et on devrait soumettre les prostatiques qu'on veut opérer à un examen attentif à l'aide du systoscope, comme je conseille à M. Desnos, pour voir si l'obstacle à la miction est dû à la tuméfaction en masse de la prostate ou à une saillie intravésicale même petite qui, chez les individus dont la glande ne fait aucune saillie dans le rectum, est de nature à emporter une entrave sérieuse à la miction. Chez ces derniers la vasectomie est le plus souvent impuissante, car elle limite son action au corps même de la prostate.

C'est chez ces malades que l'opération de Bottini, selon moi, est indiquée, et nous devons au Dr Frendenberg, de Berlin, donner le mérite d'avoir fait connaître toute l'utilité qu'on peut retirer de cette opération dont on parlait beaucoup, mais qu'on ne faisait pas.

Voilà bientôt un quart de siècle que Bottini faisait connaître sa méthode de traitement de l'hypertrophie prostatique et pourtant les chirurgiens, on ne s'en occupe pas même, comme Dittel et Ultzmann, ou s'ils le font, comme Thomson, ils la jugent moins dangereuse que l'incision prostatique de Mercier, mais ils ne se montrent pas trop disposés à la mettre en pratique. En France, dès 1880, on pouvait lire dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* une description de la méthode, suivie d'un chaud plaidoyer en sa faveur due au Dr Julien.

Jusqu'en 1890, on peut dire que l'opération n'a été faite que par son inventeur ; depuis cette époque, quelques chirurgiens ont essayé l'incision galvanique de la prostate, mais ce fut Frendenberg qui eut le mérite de donner une grande impulsion pour la mettre en pratique ; il fit quelque modification à l'instrument de Bottini et à l'Association médicale de Berlin, au mois d'octobre 1897, il donna la relation des résultats de ses opérations ; il présenta

en même temps un cas très intéressant. Il s'agissait d'un malade âgé de 63 ans qui, depuis trois ans et demi, ne pouvait pas émettre une goutte d'urine sans user de la sonde ; au mois de juin 1894, Casper lui avait fait la castration sans aucun résultat, il devait toujours se sonder et, malgré l'évacuation et le lavage vésical, il y avait toujours de la cystite. La prostate était molle et faisait saillie dans le rectum, avec le toucher rectal on ne pouvait pas atteindre son bord supérieur.

En avril 1897 Frendenberg pratiqua à ce malade l'opération de Bottini, il fit trois incisions : une en bas de trois centimètres de profondeur, une de la même grandeur sur le lobe latéral gauche et une de deux centimètres sur le lobe antérieur. Six heures après l'opération le malade peut uriner volontairement, au sixième jour il vidait complètement sa vessie et au bout d'un mois il put se passer de sonde.

Six mois plus tard le malade urinait avec un bon jet six ou huit fois dans les 24 heures, une seule fois pendant la nuit et l'urine était limpide.

J'ai pratiqué six fois l'opération sur cinq malades qui étaient tous en état de rétention chronique complète depuis une date variant de quelques semaines à dix-huit mois et j'ai obtenu trois guérisons ; chez les deux autres, j'ai observé une amélioration mais je ne pourrais pas affirmer si je l'ai due à l'opération ou à la sonde à demeure, d'autant plus que ces malades n'ont pas pu faire moins de continuer l'usage de la sonde au moins une fois dans la journée.

Le cas le plus intéressant a été celui d'un homme de 74 ans, malade depuis plusieurs années. En 1896 il souffre de dysurie et rétention incomplète sans distension, la vasectomie n'apporte aucune amélioration, il doit se sonder deux fois dans les 24 heures.

En février 1897, il est obligé de revenir à l'hôpital ; je constate la présence d'un calcul phosphatique que j'opère avec la lithotritie ; la rétention était déjà complète et le malade devait se sonder huit fois dans la journée.

Au mois d'août 1898, le malade revient à l'hôpital dans un état lamentable, il est obligé de se sonder à chaque heure, et malgré cela il souffre énormément.

La prostate est très grosse et dure, la lobe gauche est tellement dur qu'on pourrait croire à l'existence d'un calcul prostatique ou d'un cancer. L'exploration cystoscopique démontre une forte saillie intravésicale, surtout en correspondance du lobe moyen. Je pratique l'opération de Bottini, fais-ant deux incisions de deux centimètres de profondeur, une en bas et deux latéralement ; sonde à demeure pour 24 heures, pas d'hémorragie ni de fièvre. Le jour suivant le malade peut uriner 200 grammes de liquide après dix-huit mois de rétention complète. Pendant six jours évacuation et lavage de la vessie ; une semaine après l'opération, le malade n'est plus sondé, il urine bien chaque deux heures et n'a pas une goutte d'urine résiduelle.

Après un tel succès on se voit tenté de croire que l'opération est indiquée chez tous les prostatiques en état de rétention complète ou incomplète. Je ne suis pourtant pas de cet avis et je crois, d'après mon expérience, qu'il y a des cas à prostates molles glandulaires qui ne font pas une saillie intra-vésicale contre lesquelles la vasectomie est plus indiquée que l'opération de Bottini, qui pourra très bien réussir dans tous les cas où le cystoscope démontre que le pourtour du col vésical est occupé par des saillies prostatiques.

(La France Méd.)

### Traitement de la goutte

Par le Dr G. LEMOINE (de Lille)

Le type du goutteux qui se présente le plus souvent est celui d'un homme jeune encore, de 38 à 40 ans, bien portant en apparence, d'une corpulence assez forte et haut en couleurs il aura

pris subitement d'un accès de goutte aiguë, et vous demandera de le débarrasser au plus vite des douleurs intolérables qui l'exaspèrent. Que ferez-vous ?

Les avis sont partagés au sujet du traitement de cette affection. Les uns, comme Galien, préconiseront la patience et la flanelle et se contenteront d'une douce expectative, situation exempte de tout souci pour le médecin, mais qui ne laisse pas d'être parfois terrible pour le malade, par ses manifestations survenant au cœur et au cerveau.

Que faut-il pour enrayer l'accès aigu ? Deux médicaments priment tous les autres : le colchique dont on a beaucoup médité et le salicylate de soude prôné par G. Sée.

Le colchique est un vieux médicament employé depuis plus d'un siècle. Comment agit-il ? rien de certain n'a été établi sur son action, cette médication nous a été transmise par l'empirisme ; ses propriétés ne sont pas dues à ce qu'il favorise les éliminations des urates et de l'acide urique, car rien de tel ne se voit après son emploi, c'est probablement en agissant directement sur les centres nerveux qu'il exerce son efficacité.

On l'accuse d'être trop actif et favoriser les métastases ; à mon avis ces reproches sont immérités. Employé chez un vieux goutteux dont le cœur est en dégénérescence et dont les reins éliminent très mal, des accidents peuvent survenir, mais il est évident que l'on met sur le compte de la médication ce que l'on doit reprocher à l'organisme défectueux du malade. Au goutteux en plein accès, donnez donc le colchique, cependant vous veillerez à ce que les reins fonctionnent bien, sinon vous pourriez favoriser l'accumulation du médicament. Cependant, si vous bornez l'usage du colchique aux malades dont les reins sont sains, plus de la moitié de ceux que vous traiterez ne pourront en prendre, car la majorité aura toujours une lésion plus ou moins grave de l'appareil rénal. Aussi, lorsque vous aurez affaire à un rein malade, mais encore suffisant, préparez cet organe avant de le soumettre au traitement et ordonnez le régime lacté durant deux à trois jours, après quoi vous prescrirez le colchique.

Il est cependant des contre-indications à l'emploi de ce médicament : vous devez le proscrire chez le goutteux dont le cœur est en dégénérescence, proscrivez-le de même au goutteux ayant déjà présenté des manifestations urémiques ou pseudo-urémiques.

Vous trouverez ce médicament sous des formes diverses : le vin de colchique, préparé avec le bulbe du colchique, la teinture de colchique, enfin, la colchicine, alcaloïde de la même plante, qui se donne en granules.

Je préfère la teinture, tant à cause de ses propriétés que pour la facilité de son emploi ; la dose est de XXX gouttes par jour, en trois portions espacées de huit heures en huit heures durant trois jours.

Voici ma façon de procéder : après examen préalable des urines et de l'état du rein de mon malade et lorsque cet organe est indemne de toute lésion : je fais prendre, le premier jour, XXX gouttes de teinture, en suivant la méthode que je viens de vous indiquer ; le second jour, j'en donne XX gouttes ; le troisième, X. Si vous avez affaire à un rein plus ou moins malade, après avoir soumis votre goutteux au régime lacté, commencez à lui donner du colchique, mais à une dose moins forte. Les granules de colchicine sont de 1 milligramme, vous en donnerez à raison de 1 à 3 milligrammes, par jour. J'aurai cependant un conseil à vous donner : lorsque vous prescrirez ce médicament, ne le dites jamais à votre malade. Certes, il en est à qui la médication ne cause pas la moindre appréhension, mais, en général, on a peur du colchique, bien des médecins le redoutent encore, à plus forte raison le goutteux qui n'en connaît ni les propriétés ni les contre-indications, et si, par malheur, une complication survenait, votre client s'en prendrait

à vous, son médecin, qui, à son avis, avez employé un produit dangereux, sinon nuisible.

Mais, après examen sérieux du goutteux, lorsque vous aurez trouvé, chez lui, les contre-indications du colchique, vous pourrez avoir recours au salicylate de soude. Ce fut G. Sée, le premier, qui appliqua ce produit au traitement de cette affection. Remarquant les rapports étroits qui unissaient l'accès de goutte et l'accès rhumatismal, il crut bon d'employer la même médication pour ces deux états pathologiques. Le salicylate est donné ici à dose assez élevée contre les accès aigus ; vous en donnez 6 grammes le premier jour, et 4 grammes les second, troisième et quatrième ; vous ne diminuerez la dose à 2 et 3 grammes que quelques jours après, lorsque la crise est en décroissance.

Ces doses assez fortes de salicylate sont bien supportées, mais à une condition, s'est de mettre le malade au régime lacté absolu et de lui donner des boissons abondantes.

Cette médication est surtout recommandée par les goutteux à tempéramment rhumatismal et ayant eu, à une époque antérieure, quelques attaques de rhumatisme. Dans ce cas, le salicylate agira très bien, mais, en général, il agit moins vite que le colchique. Par conséquent, vous ne l'emploierez que lorsque vous aurez à traiter un goutteux, où le colchique ne peut être donné, ou bien lorsque ce dernier médicament n'aura donné aucun résultat satisfaisant. Le salicylate peut être mis au second plan comme auxiliaire utile du colchique.

L'antipyrine réussit parfois dans les accès très douloureux où la réaction nerveuse est plus intense que ne semble l'indiquer l'état local, à raison de 2 à 3 grammes par jour : notre malade sera toujours soumis au régime lacté et prendra des boissons en abondance. Ce traitement pourra être suivi durant quatre à cinq jours.

On a employé encore quelque succédané de l'antipyrine tels que l'analgésine, la phénacétine.

Il faudra instituer un *traitement local* qui sera un excellent adjuvant à la médication générale. Cependant, avec Rendu, j'estime que les applications chaudes et le maintien d'une température élevée autour de l'articulation ne peuvent que la congestionner et augmenter la tension sanguine d'une façon notable ; la douleur, par cela même, sera plus intense. Je prescrivis, au contraire, des compresses d'eau très froides que je fais mettre sur la jointure tuméfiée en ordonnant de les renouveler dès qu'elles réchaufferont ; l'eau simple peut être remplacée avantageusement par l'eau blanche qui exerce une action décongestive efficace. Le goutteux prendra, en outre, des bains de pieds un peu froids (28 à 30 degrés) et cela 2 à 3 fois par jour ; ces bains sont pénibles au début, mais le malade s'y fait d'autant plus facilement qu'il en éprouve l'action bienfaisante. Comme application locale, on a prôné des pommades à la cocaïne, du salicylate de méthyle ; je ne me sers pas de ces produits, préférant les compresses froides dont l'effet calmant ne peut être contesté et qui ne présentent pas les inconvénients de ces médicaments aromatiques.

Quant au régime alimentaire, vous proscrirez la viande et le poisson, conseillant surtout les légumes verts, cuits au lait ou à la crème ; tout alcool, toute boisson alcoolisée est interdite, vous ne permettrez que le lait, l'eau de Vichy (Saint-Yorre, Célestins), les boissons diurétiques (queues de cerises, stigmates de maïs, uva aussi) : vous ordonnerez encore les alcalins sous forme de salicylate, carbonate ou benzoate de lithine à raison de 0 gramme 50 par jour ; ces sels luttent avantageusement contre la diathèse goutteuse surtout acide.

(Nord. méd.)

### Traitement de la néphrite aiguë a frigore

Dans la néphrite aiguë a frigore, l'indication principale est de lutter contre la congestion rénale se traduisant par une diminution du taux des urines. Avant tout, il faut donc pratiquer une révulsion énergique au niveau du rein, les communications intimes, existant entre les vaisseaux de la peau et les vaisseaux du rein, assurent le succès certain de cette médication.

Toutes les fois que le sujet est suffisamment sanguin et résistant, M. Lemoine (de Lille) conseille d'appliquer, au niveau du rein, huit à douze sangsues ; il faut avoir soin, par un trait tracé au crayon dermatographique, d'indiquer l'endroit où elles doivent être placées. Il ne faut pas craindre de laisser saigner le malade ; à cet effet on applique sur les piqûres des cataplasmes bien chauds qui seront de bons adjuvants pour l'écoulement sanguin et la décongestion. Enfin, au bout de deux heures en moyenne, on arrête l'écoulement sanguin bien que, si le malade est résistant, il puisse être continué durant quatre à cinq heures.

Si l'entourage s'oppose formellement à l'emploi des sangsues, on peut recourir aux ventouses scarifiées qui donnent le même résultat. Enfin, si le malade est très anémié, si la famille s'oppose à toute émission sanguine, on peut employer les ventouses sèches ou les pointes de feu ; mais, toutes les fois qu'on le peut, il faut avoir recours aux sangsues et aux ventouses scarifiées. Grâce à ces médications, le taux des urines est rapidement augmenté et la décongestion diminuée d'une façon notable.

On peut en même temps employer le traitement décongestif à distance, et M. Lemoine fait toujours purger ses malades, et cela pour deux raisons : il décongestionne leur intestin et le désinfecte en même temps. Comme purgatif, il faut rejeter ceux qui sont absorbés par os-mose et s'éliminent par les reins, tels les purgatifs salins. On donnera par conséquent de l'huile de ricin à la dose de 20 à 30 grammes selon les individus.

Ce n'est pas encore tout. Si les urines ne sont pas assez abondantes, s'il survient en même temps quelques symptômes tels que céphalée, courbature persistante, il ne faut pas hésiter à faire une injection de sérum artificiel de 400 à 500 grammes.

A ces soins fondamentaux il faut joindre quelques précautions supplémentaires. Il faut faire boire abondamment le malade, lui donner des eaux alcalines : Pougues, Vals, Vichy, Centrexéville, Vittel, boire même de l'eau pure qu'on peut rendre agréable, en y ajoutant soit un peu de sirop de groseille ou de grenadine, soit du vin du Rhin, de la Moselle ou du Bordeaux blanc. Le malade doit boire ses trois litres d'eau par jour.

Les eaux alcalines sont utiles dans ces cas, car les alcalins jouent un rôle décongestif très notable dans les congestions rénales. On peut donc donner encore du benzoate de soude à la dose de 1 gramme 50 à 2 grammes par jour, en trois paquets. Si la fièvre est violente et s'il existe des symptômes d'infection rénale, on peut associer le salol au benzoate de soude.

(Gaz. des Hôp.)

### De l'influence de l'alimentation sur le début de la marche de l'enfant

M. le Dr CHAUMIER, après avoir rappelé les travaux relatifs à la date de la marche chez les enfants, donne dans la *Gazette Médicale du Centre* des tableaux indiquant la date à laquelle ont commencé à marcher 1,200 enfants observés par lui.

De cette statistique il découle qu'à 10 mois il marche presque le dixième des enfants en ne tenant pas compte du genre d'alimentation, au même âge il marche beaucoup plus d'enfants (1/3 en plus) élevés au sein, tandis qu'il ne marche que le vingtième des enfants élevés au biberon ; alors qu'à 11 mois il marche un peu plus du sixième des enfants en général, il marche au même âge 21,124 0/0 des enfants élevés au sein, c'est-à-dire plus du cinquième

et seulement 12,264 0/0 des enfants élevés au biberon ; tandis qu'à un an il ne marche pas encore le tiers des enfants pris en totalité, ce tiers est largement dépassé chez les enfants élevés au sein, alors que ce n'est que le cinquième qui est dépassé chez ceux élevés au biberon. A 13 mois on dépasse la moitié chez les enfants élevés au sein, moitié qu'on ne dépasse qu'au 14<sup>e</sup> mois si l'on réunit les enfants nourris artificiellement et naturellement, et à cet âge chez les enfants au biberon on n'atteint pas le tiers ; chez ces derniers ce n'est qu'à 15 mois qu'il marche autant d'enfants qu'il en marche à 13 mois parmi les enfants au sein. A 15 mois, il marche plus des trois quarts des enfants au sein.

En continuant la comparaison on voit que l'avantage reste jusqu'au bout aux enfants élevés au sein ; la différence diminue nécessairement, mais même aux âges extrêmes, il en reste une, puisque à 2 ans alors qu'il marche 97,867 0/0 des enfants au sein, il ne marche que 91,721 0/0 des enfants élevés au biberon.

(Abeille m. :.)

## FORMULAIRE

### Lotion parasiticide

La formule suivante est une des meilleures préparations parmi celles en usage à la consultation quotidienne de Saint-Louis. Elle est indiquée contre la phthiriose du cuir chevelu et surtout contre la phthiriose du pubis.

Bichlorure d'hydrargyre.....	0 gr. 25
Essence de térébenthine.....	30 —
Glycérine.....	40 —
Alcool camphré.....	175 —

Dans la clientèle on peut remplacer l'alcool qui est d'un prix inférieur par un alcoolat ou un mélange d'alcoolats aromatiques, donnant ainsi tout au moins à la préparation un aspect agréable.

(Le Concours méd.)

### Traitement de la nevragie trifaciale et de la migraine.

M. le docteur Ph. de Lostalot prescrit dans sa clientèle le liniment suivant avec le plus grand succès, et qui a le grand avantage d'être d'une préparation et d'une application faciles ;

Éther sulfurique.....	50 gr.
Alcool de mélisse.....	50 —
Menthol.....	10 —

Un fort tampon d'ouate est imbibé de cette mixture et porté rapidement sur tous les points douloureux. Il en résulte un refroidissement intense comparable à celui obtenu par le stypage. En quelques minutes les douleurs disparaissent ou s'atténuent, et ce soulagement persiste plusieurs heures, l'évaporation lente de la solution continuant à se faire pendant un certain temps après l'application.

(Bull. de thér.)

### Melange pour injections intra-urétrales contre la blennorrhagie

(M. DE VALANDE)

Menthol.....	0	gramme 02
Acide salicylique.....	0	— 10
Acide phénique.....	} à 0	— 20
Acide lactique.....		
Essence d'eucalyptus.....		
Salicylate de méthyle.....		
Résorcine.....	0	— 50
Eau.....	100	—

Méléz.— Usage externe.

Cette formule est basée sur le principe qu'un mélange de plusieurs antiseptiques est doué de propriétés thérapeutiques plus énergiques qu'une seule de ces substances employées même à dose élevée. Utilisée en injections intra-urétrales chez les blennorrhagiques de son service par M. le Dr A. Pousson, professeur agrégé chargé du cours des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Bordeaux, cette solution paraît avoir donné à notre confrère des résultats suffisamment favorables pour qu'elle mérite d'être expérimentée par les praticiens.

(Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## RAPPORT

des trois dernières séances de la Société Médicale

*De l'avortement incomplet. Traitement.*

(Suite)

Séance du 18 décembre 1898.

Monsieur le Dr Grondin, en quelques mots, nous dit qu'on n'a pas détruit par des arguments et des faits solides ses avancés, on ne l'a pas suivi complètement sur le terrain où il s'était placé en traitant cette question, et il croit que sa position prise au commencement de la discussion est raisonnable et qu'il est plus sur d'empêcher une maladie qui menace, que de l'enrayer, une fois qu'elle est survenue.

Monsieur le Président déclare alors la discussion close, mais il désire ajouter quelques mots sur le sujet.

“ Les deux grands dangers de l'avortement, dit-il, sont l'hémorragie et l'infection ? ”

Que pouvons-nous contre l'hémorragie ?

Avant l'expulsion de l'œuf, quand il y a perte sanguine un peu considérable, on doit faire un bon tamponnement : “ et j'entends par bon tamponnement non-seulement un tamponnement qui enrayera l'hémorragie, mais aussi un tamponnement fait avec toutes les précautions antiseptiques les plus strictes.

Sans cela, cette intervention devient un danger.

Après l'expulsion de l'œuf, lorsqu'il y a rétention du placenta et des membranes il faut vider l'utérus.

On essaye d'abord les douches d'eau chaude stérilisée qui souvent amènent bientôt l'expulsion du délivre.

Si elles restent sans résultat, on doit dilater le col utérin et curetter avec le doigt, c'est-à-dire détacher le placenta avec un ou deux doigts et l'expulser en comprimant l'utérus, ou l'enlever avec des pinces appropriées.

Voilà pour le traitement de l'avortement avec hémorragie.

Lorsqu'on se trouve en face d'une élévation de température ou de lochies fétides, il n'y a pas de retard possible, ni d'hésitation, il faut vider immédiatement l'utérus, par les moyens indiqués plus haut.

D'un autre côté doit-on attendre la présence de ces symptômes ou de l'un d'eux pour intervenir ? En principe évidemment non : la médecine doit être avant tout préventive ; il vaut toujours mieux empêcher l'éclosion de ces complications que d'attendre leur apparition pour les combattre.

Cependant il serait peut-être plus prudent d'attendre, quand pour quelque raison il serait impossible de faire une intervention aseptique. Car une telle intervention n'est pas toujours facile.

Les circonstances, le manque d'aide, le peu d'habitude de celui qui opère, le peu de sûreté qu'offre une personne peu accoutumée à faire de l'antisepsie ce sont là autant de raisons qui s'opposent à une intervention sûre.

On doit d'ailleurs s'en consoler lorsqu'on sait que dans la grande majorité des cas où le placenta n'est pas expulsé avec l'œuf, il l'est dans les 24 heures qui suivent.

On peut donc dire qu'après 24 heures, on doit, quand on peut le faire d'une manière convenable, vider l'utérus.

Inutile d'ajouter que toutes les interventions, digitales ou autres, pour exploration ou traitement, doivent être faites avec les plus grandes précautions antiseptiques.

L'utérus doit toujours être lavé avec une solution de Bichorure au 5,000 dans de l'eau stérilisée, chaque fois qu'on y a introduit le doigt ou un instrument ; c'est une règle absolue qui ne souffre pas d'exception.

## 3e séance

Après les remarques judicieuses de M. le Président qui résumait la discussion, le Dr Brochu demande la permission de faire le rapport des deux derniers cas d'avortement qu'il a eu à traiter depuis un mois, c'est-à-dire, durant la période précisément où ce sujet a été discuté devant cette Société.

Sans vouloir revenir à la critique des opinions qui ont été émises sur le sujet, le Dr Brochu croit que le rapport de ces deux cas particuliers qu'il soumettra à l'appréciation de M. le Président, sera de nature à faire mieux comprendre comment certaines conditions que l'on rencontre dans la pratique peuvent nous permettre de dévier des méthodes systématiques ou réputées cliniques, mais qui ne peuvent pas rencontrer malgré tout toutes les indications et qui ne peuvent pas toujours être applicables dans tous les cas ; ce rapport servira également à justifier certaines réserves qu'il a cru devoir opposer à la méthode d'intervention hâtive par le moyen du ballon de Champetier pour la dilatation large de l'utérus et par les procédés du curetage digital ou du curetage à la curette mousse.

Le premier cas est celui d'une femme, âgée de 46 ans, ayant eu onze enfants, habituellement soumise à un travail pénible, ayant souffert de symptômes métriques depuis un an sans recourir aux soins du médecin.

Le 20 novembre après deux mois de retard dans ses mois, elle commença à éprouver des douleurs qui rappelaient les coliques utérines et qui furent suivies d'une perte de sang, d'abord modérée mais qui augmenta au point de devenir menaçante au bout de six heures environ. La malade était d'avance épuisée par des vomissements qui avaient été presque incoercibles depuis le début de la conception.

A l'examen il constata que l'utérus était entr'ouvert, les membranes rompues, mais le placenta n'étant décollé dans aucune partie, du moins apparemment ; l'organe était extrêmement sensible en rétroflexion et tout à fait immobile.

La malade avait déjà des troubles de la vue avec tendance synopale.

Je confesserai, dit-il, de suite qu'elle a été ma conduite dans ce cas d'urgence, d'accord avec les principes que j'ai émis durant cette discussion.

J'exprimerai de nouveau que l'hémorragie me semble l'accident le plus à craindre même dans les avortements de 2 et 3 mois, du moins dans la clientèle ordinaire où le médecin ne peut surveiller régulièrement ses malades et n'est pas toujours certain d'être présent dans le moment le plus critique. Dans ce cas-ci j'avais, pour me rappeler cette conviction, la connaissance de la mort accident



telle de l'une des sœurs de cette patiente, six ans auparavant, dans le cours d'un avortement, au troisième mois.

Dans l'hémorragie modérée du début, cette femme avait été laissée à la méthode expectante; repos absolu, calmants. Mais l'hémorragie s'étant aggravée inopinément, vers le milieu du jour, on fit une course aux médecins du quartier, alors engagés dans les devoirs des visites à domicile, et ce ne fut qu'après une heure et demie d'attente et d'angoisse que l'on put amener un médecin auprès d'elle: celui-ci n'arriva que pour être le témoin de la mort par syncope, conséquence d'une hémorragie trop brusque.

Cet accident ne s'est-il pas produit dans des conditions vis-à-vis desquelles la nécessité met souvent le médecin de la clientèle générale? Et ces conditions que le médecin a souvent à subir n'imposent-elles pas, dans le traitement des avortements, des mesures préventives différentes de celles auxquelles on peut l'arrêter dans les milieux hospitaliers ou un personnel complet permet la surveillance assidue des malades et l'intervention immédiate dès les premiers signes de complication sérieuse.

C'est particulièrement pour rencontrer ces cas de nécessité qu'il conseille l'usage du tampon contre le danger des hémorragies.

Dans le cas dont il soumet le rapport à l'appréciation de cette société, malgré qu'une partie de l'œuf fut expulsée, le placenta restant encore presque totalement attaché à la paroi utérine et pouvant, de plus, par son décollement ultérieur produire une nouvelle hémorragie que sa patiente ne paraissait pas en état de supporter, il n'a pas cru qu'aucune méthode d'intervention ne pût mettre sa malade en plus grande sûreté contre le danger éventuel à redouter, l'hémorragie, tout en favorisant le décollement du placenta sans violence, que la méthode du tampon réalisé dans les conditions antiseptiques que nous connaissons aujourd'hui, au risque de compléter la sortie du placenta décollé plus tard par le moyen de la pince.

D'ailleurs, par le fait de la complication de rétroflexion utérine avec adhérence périmétrique je ne pouvais, dit-il, nullement espérer mettre à profit la méthode d'intervention préconisée par M. Budin et rappelée ici par M. le Dr Simard, qui consiste à intervenir, en dehors du secours de tout instrument, par le curettage digital et l'expression *abdomino-vaginale* surtout qui aurait été manifestement impossible.

La méthode de dilatation forcée de l'utérus et du curettage à la curette dans les mêmes conditions lui paraissaient également hasardeuse et peu à l'abri du danger de ranimer les complications inflammatoires périmétriques. Il appliqua un premier tamponnement avec la gaze iodoformée et le coton hygroscopique au sublimé.

Ce tamponnement fut renouvelé, en son absence, par un de ses confrères qui ne remarqua aucun signe de décollement, mais le lendemain en enlevant ce second tampon il constata que le placenta était décollé et se présentait à l'orifice utérin, il n'eut pas de peine à l'enlever avec la pince.

Il pratiqua à la suite immédiatement, et durant les jours suivants, des injections antiseptiques, ajoutant tous les deux jours, des agents plus énergiques ergotine, puis teinture d'iode non seulement pour détruire toute fermentation microbienne dans cet utérus enflammé et maintenu dans une position vicieuse

par l'écoulement des sécrétions morbides mais aussi pour modifier le parenchyme déjà altéré par l'inflammation chronique.

La sensibilité utérine qui permettait à peine, au début le moindre contact des instruments diminua rapidement, et les dernières injections intrautérines furent supportées sans aucune réaction douloureuse. La convalescence fut heureuse et sans autres troubles.

Il fit remarquer que ces cas d'avortement avec rétrodéviations ne sont pas très rares: l'on sait parfaitement, dit-il, que ces positions anormales de l'utérus, toujours plus ou moins compliquées d'un état inflammatoire, sont précisément l'une des causes les plus efficaces de l'interruption du cours de la grossesse et des avortements au troisième mois.

(A suivre)

Dr C. R. PAQUIN,  
Secrétaire.

## REVUE DES JOURNAUX

### La sciatique formes. causes et traitement

Le pronostic et le traitement de la sciatique sont dominés par son étiologie. La forme bénigne de Lasègue (sciatique, névralgie de Landouzy) dépend d'une cause transitoire, accidentelle; les moyens de la guérir sont nombreux, efficaces, variés. La forme grave (sciatique névrite de Landouzy) est souvent d'une ténacité désespérante. Cette ténacité dépend soit d'une continuité de la cause primitive, habitation humide, par exemple, soit d'une tare organique, goutte, diabète, syphilis, blennorrhagie, paludisme, etc. Tant que cette cause n'est pas reconnue et supprimée, la guérison complète ne saurait guère être obtenue.

\* \* \*

A la suite d'un refroidissement, après avoir passé une nuit couché sur le sol, après s'être longtemps assis sur un banc humide, sur l'herbe mouillée (sciatique des pêcheurs à la ligne), après une contusion du nerf (équitation, longue course en bicyclette sans entraînement, sur une selle mal faite), un malade est pris d'endolorissement, de crampes. Les souffrances, dans cette forme, sont beaucoup plus vives que dans la forme grave. Le moindre mouvement, un effort quelconque (éternuement, toux, défécation), peuvent déterminer des paroxysmes névralgiques atroces.

Pendant cette période de début, extrêmement douloureuse, le mieux est de maintenir le malade au lit, de provoquer une sudation générale par des boissons chaudes abondantes, une sudation locale par des enveloppements ouatés; le coton, dit au jaborandi, peut être utilisé pour ces enveloppements. Comme topique local, le meilleur calmant est, assurément, la pommade au dermatol (5 grammes de dermatol pour 20 grammes de vaseline). L'intensité de la douleur peut obliger à donner, non de l'opium, qui augmenterait la constipation, déjà très tenace en raison de la douleur, mais du chloral, de la morphine, soit par la bouche, soit en injection *loco dolenti*. Quand il y a ébranlement, insomnie, plutôt que douleurs très vives, le valériane d'ammoniaque (4 à 6 grammes de la solution, le soir, dans une infusion chaude) réussit fort bien. A cette période, l'anti-pyrine, le salicylate, donnent peu de résultats.

La première poussée aiguë un peu calmée, le moyen héroïque est la pulvérisation au chlorure de méthyle. Celle-ci sera faite à petit jet, en éventail, sur une très grande étendue et non avec un gros jet en ligne suivant le trajet du nerf. Le jet sera dirigé obliquement par rapport à la peau. Les grosses cupules blanches produites par le jet perpendiculaire peuvent donner des escarres. Le jet sera changé de place, sitôt le givre blanc apparu.



La faradisation réussit également fort bien. Le malade sera placé, le pied nu du côté malade, sur une plaque un peu grande mouillée d'eau salée. Un pinceau métallique fin, relié de préférence au pôle positif, sera promené sur tout le membre sans grand souci du trajet du nerf. Courant fort sans être insupportable, assez fort pour déterminer quelques contractions musculaires. En électrisant le jarret, surtout au niveau du sciatique poplitée externe, on se défiera des soubresauts brusques, qui font souvent chanceler et souffrir beaucoup le malade. Il est utile que celui-ci place les deux mains sur le dossier d'une chaise pour avoir un bon point d'appui. Le pinceau sera promené jusqu'à rougeur vive de la peau. La faradisation a présenté l'avantage de ne laisser aucune trace, aucune pigmentation, tandis que, sur les peaux très fines, le chlorure de méthyle donne parfois des pigmentations assez durables.

Deux ou trois séances, soit de siphon, soit de faradisation, à deux jours d'intervalle, suffisent, en général, à la guérison.

A défaut de ces moyens, les frictions à l'essence de thérébentine sont l'agent le plus rapide. Il est sage de prévenir le malade de ne les faire ni près du feu, ni à la lumière d'une bougie.

\* \* \*

Dans toute sciatique résistant à ces modes de traitement, arrivant à s'accompagner d'atrophie musculaire, on doit tout d'abord rechercher la cause soit locale, soit générale. Il suffira parfois de faire quitter un appartement humide ou au rez-de-chaussée, d'éloigner le lit d'une cloison en plâtre fraîchement refaite, de substituer, chez un bureaucrate, à un fauteuil de crin froid et dur, un fauteuil de drap bien rembourré, pour avoir un premier soulagement. Les varices ont une importance spéciale; des bas élastiques avec genouillère montant très haut, l'enveloppement par une bande de flanelle un peu large et taillée en bigis, font disparaître bien des endolorissements chroniques; la résection de paquets variqueux accolés au nerf a réussi dans plusieurs cas très tenaces observés par Quenu. Les diverses causes de compression, jarrettières circulaires, tumeurs diverses du bassin, et surtout constipation, seront recherchées avec soin.

Quelques sciatiques dues à des taras générales ont des caractères spéciaux. La sciatique diabétique est presque toujours bilatérale. Elle ne s'améliore, comme l'a montré Worms, qu'avec un régime très sévère. La sciatique palustre offre des paroxysmes intermittents; les injections sous-cutanées de quinine réussissent souvent fort bien. La sciatique syphilitique, remarquable par ses paroxysmes nocturnes, cède vite au traitement mixte. La sciatique blennorrhagique est très rebelle; elle persiste aussi longtemps qu'il reste la moindre trace d'écoulement, ou même, après la disparition de l'écoulement, la moindre trace de rétrécissement urétral. La sciatique de l'hystérie succède souvent à un accès; elle offre le contraste de douleurs atroces avec anesthésie complète cutanée du membre; en dehors du traitement ordinaire (douche, isolement), elle cède bien à la faradisation, mieux encore aux étincelles statiques.

Dans ces sciatiques tenaces, ordinairement peu douloureuses, le chlorure de méthyle sera surtout appliqué au moment des poussées subaiguës. S'il existe des points fixes et persistants, l'application par les tampons stypes de Bailly de Chambly, application soutenue, profonde, réussit mieux que la pulvérisation. En cas de sciatique avec zona, le stypage des îlots d'herpès, quand les vésicules commencent à s'éteindre, est un incomparable moyen.

Tous les autres traitements locaux, pointes de feu, vésicatoires en longue bandelette, bains de vapeur, applications chaudes, frictions de toute espèce, sont de beaucoup inférieurs au courant continu. Le courant continu a l'avantage de calmer la douleur et de faire disparaître l'atrophie musculaire. Cette atrophie, effet de la névrite, contribue pour beaucoup, une fois produite, à éterniser la fatigue et les douleurs. La position du malade sera la même que pour la faradisation, le pied sur une plaque grande bien mouillée, reliée au

pôle négatif. Un rouleau, rolié au pôle positif, sera promené pendant dix minutes environ, non seulement sur tous les points douloureux, mais sur tous les muscles atrophiés. Une intensité de 8 à 10 milliampères est très suffisante. Les séances seront faites tous les deux jours seulement. Les jours intermédiaires pourront être employés à des massages, des bains de vapeur, des frictions, des siphonnages, etc. La durée du traitement dépasse bien rarement six semaines. L'amélioration de l'amyotrophie est, au point de vue du pronostic de la durée, le meilleur élément.

(La Presse méd.)

#### Traitement de la syphilis par les injections de serum artificiel bichlorure (1)

Présidence de M. PETIT

M. MAURANGE expose la technique de Chéron pour le traitement de la syphilis par le sérum bichloruré. L'injection est pratiquée dans la fossette rétro-trochantérienne à l'aide d'une aiguille de platine iridilé de 3 centim.  $\frac{1}{2}$ , enfoncée perpendiculairement à la surface cutanée. Cette longueur de l'aiguille est nécessaire, car l'injection, pour être absolument indolore, doit être poussée en plein tissu musculaire.

La formule adoptée par l'auteur est la suivante :

Blechlorure de mercure.....	0 gr. 50 centigr.
Chlorure de sodium.....	2 grammes.
Acide phénique neigeux.....	2 —
Eau distillée stérilisée.....	200 —

“ La quantité de bichlorure introduite chaque fois dans le tissu musculaire est de gramme 05 dissous dans 20 cc. de sérum artificiel dont nous avons donné la formule. Dans les cas où il est urgent d'agir très promptement, avec une grande énergie, on peut augmenter la quantité de bichlorure; la tolérance est très grande (jusqu'à 8 et même 10 centigrammes). L'injection doit être faite tous les 6 ou 8 jours, suivant la rapidité d'action qu'on juge nécessaire. La solubilité du sel assure une élimination régulière du mercure, comme l'indiquent les nombreuses analyses d'urine que nous avons pratiquées. Les résultats obtenus sont très rapides, 4 ou 6 injections, quelquefois un plus petit nombre, suffisent pour amener la disparition des lésions syphilitiques. Si l'on a affaire à une syphilis maligne et résistante, on peut sans inconvénient augmenter le nombre des injections. La vraie stomatite n'a jamais été constatée. Ce n'est que dans les cas de mauvais entretien de la bouche que quelques rougeurs et quelques érosions légères ont été observées au niveau de la couronne des molaires. Ces lésions ont disparu sans soins spéciaux ”.

M. Chéron pense avoir ainsi “ trouvé la meilleure solution de la question du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sels solubles de mercure ”. Pour notre part, il nous est difficile de souscrire à cette prétention, tout en reconnaissant qu'il y a dans l'association du sublimé au sérum artificiel, et dans l'emploi de ce sel hydrargyrique en solution étendue, une idée que nous regardons comme d'autant plus heureuse que nous la soutenons depuis longtemps déjà. Depuis sept ans que nous étudions la question des injections hypodermiques nous avons en effet fréquemment insisté sur la nécessité de diluer le principe actif. Pour ce qui est du sublimé en particulier, nous avons adopté dans notre pratique précisément la solution à 1 centigramme par 4 cc. préconisée par M. Chéron. Quant à l'association au sérum artificiel nous l'avons également adoptée dans un grand nombre de nos formules; nous avons reconnu que l'addition de chlorure de sodium au titre du sérum artificiel (7 grammes 50 p. 1,000) dans les solutions de sels solubles de mercure—dont nous nous sommes fait, dans une série d'articles, l'ardent défenseur—facilitait singulièrement

(1) Société de thérapeutique, séance du 14 décembre 1898.

l'assimilation par les tissus, fait important lorsque l'on se sert comme nous le recommandons, de solutions très étendues.

Voilà pourquoi nous traitons systématiquement depuis bientôt près de cinq ans la plupart des cas de syphilis de la façon suivante : dès que le chancre est reconnu, nous pratiquons tous les deux jours dans la fesse une injection intra-musculaire de la totalité de la solution suivante :

Sublimé..... 0 gr. 1 centigr.

Solution de NaCl à 7 gr. 50 p. 1000. à cc.

La solution est contenue dans une ampoule fermée à la lampe et stérilisée à 105°. Chaque ampoule n'est stérilisée que pour une seule injection. Nous nous servons de la seringue stérilisable entièrement en verre, modèle de Lüer et de l'aiguille de 4 centimètres en platine iridié. Nous faisons ainsi une série ininterrompue de 20 injections en 10 jours. Après un repos de 15 jours, un mois suivant les cas, nous recommençons une série de 10 injections (20 jours). Il est rare qu'une dernière série de 10 injections soit nécessaire (20 jours) pour que les malades aient obtenu tout le bénéfice du traitement mercuriel. Ces injections sont si peu douloureuses qu'elles peuvent être faites dans notre cabinet et n'interrompent ni la marche ni les occupations habituelles. Bien plus, quelques-uns de nos malades les pratiquent eux-mêmes après un court apprentissage ; la piqûre toujours intra-musculaire, est alors faite dans la partie antéro externe de la cuisse, tantôt à droite, tantôt à gauche. Nous avons pu ainsi montrer à notre collègue de la Société de thérapeutique, le Dr Le Gendre, un jeune homme de 26 ans qui s'injectait lui-même tous les deux jours les 4 cc. réglementaires.

Dans les syphilis graves nous avons injecté jusqu'à 2 centigrammes tous les jours pendant 6, 8, quelquefois 10 jours ; nous n'avons jamais dépassé cette dose, et nous n'avons jamais regretté de ne l'avoir pas dépassée. Donc, sur le point de concentration de l'injection, sur le point de l'association du sel hydrargyrique et du sérum, nous sommes tout à fait d'accord avec M. Chéron. Comme lui nous proclamons et nous écrivons depuis des années que toute concentration de sublimé au delà de 1 p. 1,000 doit être condamnée ; que spécialement la formule d'Estreicher, 5 centigrammes pour 1 cc. doit être absolument bannie du formulaire du praticien.

Mais là où l'accord cesse, c'est lorsque M. Chéron, dans le but d'obvier aux inconvénients du traitement quotidien nécessaire avec les injections de sels solubles préconise l'injection massive de 5 centigrammes de bichlorure tous les 6 ou 8 jours. Il est vrai qu'il essaie de justifier cette pratique en une phrase : " La solubilité du sel assure une élimination régulière du mercure comme l'indiquent les nombreuses analyses d'urine que nous avons pratiquées." Nous pensons que cette méthode thérapeutique ne doit pas être acceptée et cela pour de nombreuses raisons. M. Chéron a eu le particulier bonheur de n'avoir pas jusqu'ici d'accidents graves. Mais de leur défaut, il ne faudrait pas conclure qu'ils ne puissent pas se produire. Si l'on consulte les statistiques de ceux qui emploient le sublimé d'une façon exclusive et qui, comme Lewin, ont leur expérience basée sur plus de cent mille cas, nous trouvons que la stomatite *immédiate*, celle qui débute après la deuxième ou la troisième injection, dans les huit premiers jours du traitement, se montre 20 fois sur cent à l'hôpital, 3 fois sur 100 dans la clientèle ; que la simple diarrhée est fréquente (8 à 10 0/0) et que si les autres complications ont cessé de se produire, c'est précisément parce que les doses employées n'ont, dans aucun cas, été supérieures à 2 centigrammes. Et nous comprenons la réserve de M. Morel-Lavallée qui se propose d'essayer la méthode de M. Chéron, mais ne peut se défendre d'éprouver quelque crainte au sujet de la quantité de sublimé injectée en une fois. Nous ne sommes pas maîtres en effet de l'élimination. Et à ce sujet l'examen des urines ne prouve absolument rien. Les accidents d'intoxication que provoquent les frictions ou

les pilules retentissent encore assez rarement sur le rein : l'albumine même passagère peut ne pas coexister avec une stomatite grave, ou l'entérocolite hydrargique. Dans ces cas, l'analyse des urines décèle cette élimination régulière du mercure dont M. Chéron se déclare satisfait. Et cependant les accidents peuvent être assez sérieux pour contre indiquer une médication que l'uroscopie continuerait à recommander.

La méthode proposée par M. Chéron est à la fois condamnée comme dangereuse par les partisans des injections solubles et comme insuffisantes par les partisans des injections insolubles. Il faut retenir la valeur une fois de plus affirmée de la solution de sublimé dans le sérum et la dilution du principe actif au 1/4.000. Mais le praticien se trouvera bien de n'injecter qu'un centigramme, un centigramme et demi au plus tous les deux jours, c'est-à-dire 4 à 6 cc., de la formule de M. Chéron, dans laquelle nous ne contesterons que l'utilité de comprendre 1 0/0 d'acide phénique. Notre expérience nous permet d'affirmer que l'action analgésique de l'acide phénique n'est ici nullement nécessaire, ainsi que le témoigne le fait que nous avons rapporté de nos malades faisant eux-mêmes leurs piqûres. Il est, croyons-nous, peu utile d'injecter 20 centigrammes d'acide phénique par injection, ce qui augmente d'autant le total des matériaux toxiques à éliminer par le rein.

(Progrs Médical)

#### L'extrait de rate en thérapeutique

Par Campbell CLARK

L'auteur a étudié la valeur thérapeutique de l'extrait organique de rate chez un certain nombre d'aliénés. L'idée de cet essai thérapeutique lui a été suggérée par une opinion assez répandue qui prétend que la rate est souvent diminuée de volume chez les sujets atteints d'aliénation mentale ; dans certains cas, on aurait même constaté son absence.

L'auteur a expérimenté son traitement dans les diverses formes d'aliénation. Une première série de sujets, pris parmi les malades les plus gravement atteints, a été soumise au traitement, sans en retirer aucune amélioration.

Dans une seconde série, formée de sujets atteints de folie récente et survenue sous l'influence de causes physiques, l'influence du traitement a été plus heureuse sur l'état mental. Mais ce sont surtout les modifications organiques de l'économie générale qui sont remarquables. D'une façon générale, l'administration d'extrait de rate augmente les échanges nutritifs, active la circulation de la peau et par suite en stimule les sécrétions. L'auteur en conclut que l'emploi de l'extrait de rate, grâce à son action favorable sur la nutrition générale, est un agent physiologique précieux, appelé à rendre des services dans le traitement des affections mentales. L'action stimulante procurée au cerveau par l'extrait de rate est plus durable que celle obtenue par le traitement thyroïdien ; ce dernier produit une stimulation réelle, mais qui n'est que passagère, sans réserve de *vis nervosa*. On n'a pas à craindre les effets toxiques de l'extrait organique de rate. Ce dernier s'administre sous forme de tablettes ou sous forme d'extrait fluide.

(Edinburgh medical Journal.)

#### Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré spontané

Par le docteur QUEIREL,

Professeur de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille

Sur 2082 accouchements qui ont eu lieu à la Maternité du 1er janvier au 30 juin 1898, nous avons observé 462 accouchements prématurés spontanés, c'est-à-dire plus du cinquième : 207 au huitième mois, 129 au septième mois, 126 au début du neuvième.

C'est surtout chez les femmes qui ont travaillé ou fatigué que nous retrouvons ces accouchements, et qui ont travaillé jusqu'au bout de leur gestation.

Sur 1151 femmes entrées en travail, il y a eu 410 accouchements avant terme, plus du tiers ; sur 931 femmes entrées depuis quelque temps, le travail s'est déclaré prématurément 52 fois (1/18).

Sur ces 462 femmes, nous avons relevé 290 journalières, 83 brodeuses, 29 repasseuses, 10 blanchisseuses, 3 vendeuses, 2 allumettières, 2 artistes, 39 sans profession, 5 sans profession bien définie.

La cause la plus fréquente de l'accouchement prématuré est incontestablement l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Un neuvième est dû à une cause mécanique : hydramnios, bas sin rétréci, grossesse gémellaire ; le reste est le résultat de l'infection exogène : syphilis, grippe, etc., ou auto-intoxication gravidique : albuminurie, ictère, anémie.

La mortalité des mères a été nulle, celle des enfants a été effrayante : plus de la moitié.

(Gaz. des Hôp.)

#### Traitement de la tuberculose laryngée

M. le Dr Castex indique dans le *Bulletin de laryngologie* les principaux moyens à employer dans la tuberculose laryngée.

A la première période, indépendamment du traitement général, le traitement local par la révulsion pré-laryngée et les pulvérisations est indiqué.

La révulsion se réalise par l'application répétée d'une éponge plongée dans de l'eau très chaude ou d'une flanelle chauffée. La teinture d'iode est moins utile parce qu'elle ne répète pas l'action révulsive comme les deux moyens précédents. Le vésicatoire est excessif ici. Il incommoder sans résultats proportionnés. Exceptionnellement la révulsion pré-laryngée augmente plutôt les troubles. Il faut alors y renoncer d'emblée.

Les pulvérisations chaudes ont pour effet de décongestionner et de désinfecter dans une certaine mesure la muqueuse laryngée. On doit les pratiquer au moyen d'un pulvérisateur à chaudière. Pour les solutions à mettre dans le récipient, on a le choix entre :

a) Benzoate de soude.....	1 gramme.
Eau distillée.....	100 —
b) Acide phénique.....	1 —
Eau distillée.....	100 —
c) Menthol cristallisé.....	1 —
Teinture d'eucalyptus.....	10 —
Alcool à 90°.....	70 —
Eau distillée.....	150 —

Quelques malades ont de l'intolérance au début pour les pulvérisations, sous forme de nausée ; mais l'habitude s'établit assez vite. D'autres y sont absolument réfractaires.

On peut voir des laryngites bacillaires au début aggravées par la simple pulvérisation d'eau chaude comme si ce léger traumatisme n'était pas supporté. C'est dire que l'emploi des simples pulvérisations demande à être très surveillé dès le début.

A la seconde période ce sont surtout les attouchements avec l'acide lactique qui doivent être employés à parties égales d'acide et d'eau distillée.

Enfin à la troisième période on ne peut guère que tâcher de soulager le malade et combattre la dysphagie.

Les pulvérisations antiseptiques (solution phéniquée à I p. 100) y contribuent en entravant les infections secondaires.

La cocaïne, la morphine, l'antipyrine sont les médicaments les plus recommandables :

Chlorhydrate de cocaïne.....	2 grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	1 —
Antipyrine.....	1 —
Glycérine neutre.....	60 —

Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau distillée (pour gargarismes ou pulvérisations) avant les repas.

Le menthol, la caféine, l'orthoforme ont pu calmer la douleur de malades non influencés par la cocaïne ou la morphine.

On peut encore calmer les douleurs en laissant fondre dans la bouche des fragments de glace, en faisant boire le malade couché ou en lui donnant une paille pour absorber les liquides dans un verre. Dans les formes avancées, on recourra aux lavements créosotés chauds, en surveillant dans les urines si le médicament est bien absorbé :

Créosote de hêtre.....	2 grammes.
Salol.....	2 —
Iodoforme.....	0 — 05
Huile d'olive.....	200 —

(Journal de médecine et de chirurgie prat.)

#### Nature et traitement de la migraine

Par M. le Dr FRIESER (de Vienne)

La plupart des auteurs donnent à la migraine presque la valeur d'une entité morbide. En général on est tenté d'y voir simplement une névralgie de siège spécial, et la thérapeutique est avant tout symptomatique, visant à combattre l'élément douleur. M. le Dr Frieser, de Vienne, qui a étudié attentivement une série de 29 cas de migraine, a été frappé de l'échec presque régulièrement obtenu par les analgésiques ordinaires et l'étude de ce cas l'a amené à cette conclusion que toujours la migraine n'est qu'un symptôme pouvant relever de causes diverses. Il est des cas où la migraine dépend exclusivement de troubles utérins, de déplacements en particulier. Parfois une otite moyenne, un catarrhe de la trompe d'Eustache entretiennent l'hémicranie. Mais de toutes les causes de la migraine, il n'en est pas de plus importantes que les troubles digestifs. La constipation chronique, la dilatation de l'estomac, les dyspepsies chroniques sont causes habituelles de migraine. Souvent on ne trouve pas d'autre cause qu'une insuffisante digestion des amylacées. Dans tous ces cas ce n'est qu'en combattant la cause du mal, qu'on pourra l'atteindre. C'est pourquoi dans le traitement de la migraine lorsqu'on a pu établir par exclusion son origine dyspeptique, le premier soin du médecin doit être d'instituer le régime.

Autant que possible, on n'introduira dans l'estomac que des aliments de digestion complète et facile ; le thé, le café, les fruits acides seront proscrits et le régime tout entier surveillé exactement. Lorsque le lait est mal supporté, le koumys peut être utile et de cette façon on peut arriver à éloigner les attaques ou même à les faire disparaître.

Au moment de l'accès, le médicament qui, d'après M. le Dr Frieser, donne les meilleurs résultats est le menthol, sous forme de valérianate de menthol suivant la formule.

Valérianate de menthol.....	5 grammes.
Eau distillée.....	25 —
Sirop de capillaire.....	30 —

15 gouttes, 2 fois en une heure.

Chez les anémiques les préparations ferrugineuses sont utiles.

Quant aux analgésiques habituellement recommandés, l'antipyrine, la phénacétine, l'antifébrine et plus récemment le salophène, le salol, la lactophénine, M. le Dr Frieser n'en a jamais vu de bien bons résultats. Par contre il s'est bien trouvé de la benza-cétine et de la tréphinine. L'une et l'autre s'administrent en cachet de 0 gr. 50.

Dans certains cas, ceux en particulier qui s'accompagnent d'un rétrécissement marqué de la pupille, la caféine rend de très grands services.

On peut employer la formule ci-dessus :

Citrate de caféine.....	} à 0 gr. 50
Menthol.....	
Quinine.....	

En 10 paquets 1 toutes les 2 heures.

D'après le Dr Frieser le menthol n'en reste pas moins un des meilleurs analgésiques et l'expérience lui a montré que ce médicament donnait plus que tout autre de bons résultats dans le traitement de la migraine.

(Gaz. Hebd. de Méd et de Chir.)

### Anatomie normale du placenta à terme

Par le docteur DELORE (de Lyon)

Le placenta est un organe cavitaire. La preuve c'est qu'une injection colorée faite par un des orifices profonds du sinus circulaire teint toutes les villosités.

La caduque constitue la paroi utérine. Elle forme des voûtes séparées par des replis qui font des sillons ou pendentifs. Ils groupent es cotylédons et peuvent être considérés comme des charnières.

Le chorion est le squelette; il adhère fortement par l'implantation des pilliers et les villosités traînantes.

Les arbres villeux au moyen de fibres conjonctives s'attachent au sommet des voûtes s'ils sont grands. Les moyens s'attachent aux pendentifs.

Les villosités traînantes couvrent la surface du chorion, auquel plusieurs adhèrent.

Les villosités en traînes enlèvent plusieurs villosités.

Les espaces destinés à la circulation maternelle se divisent en : région cavernueuse, région villeuse et région aréolaire sous-caduque. Pendant la vie ils sont en état d'érection.

La gélatine de Washon favorise la circulation des hématies maternelles entre les villosités.

Le sang du fœtus pénètre dans la villosité si fragile, par deux artères, après un trajet de 1m50 et après avoir subi cinq coudures.

Le sang de la mère entre dans le sinus coronaire, qui est un vestibule où son choc s'atténue. Il pénètre dans la région cavernueuse, monte dans la villeuse pour se réfléchir sous la caduque et revenir à la périphérie près de son point d'entrée. Ce mode est analogue à l'injection qu'on pratique dans une vessie avec une sonde à double courant.

Les causes de la circulation sont : un courant dérivé provenant des sinus utérins; les efforts de la femme et probablement les contractions insensibles de l'utérus qui relativement au placenta se comportent comme la main qui presse une éponge gorgée de sang.

Le placenta-type est grand, à bords minces; son sinus circulaire est complot; les vaisseaux choriaux abordent la périphérie, son chorion est transparent.

Un placenta de négresse présente une veine choriale avec un tronc unique et richement arborisé. Les vaisseaux villeux sont nombreux et sessiles sur une pièce présentée.

L'artère unique d'un cordon est un tiers plus petite que la veine.

(Gaz. des Hôp.)

### Quelques chiffres sur l'hérédité de la grossesse gemellaire

Par le docteur P.-A. LOR (de Marseille).

L'influence de l'hérédité dans la grossesse gemellaire est admise sans conteste par certains auteurs, et discutée par d'autres. " Il y a des familles, dit M. Pinard, qui ont pour ainsi dire le privilège des grossesses multiples."

De toutes les influences, l'hérédité maternelle est certainement celle qui est la mieux démontrée. L'influence masculine, qui peut surprendre, est cependant non douteuse, mais moins fréquente que la première.

L'enquête à laquelle nous nous sommes livré, et qui a été faite aussi soigneusement que possible, semblerait démontrer combien peu importante est l'influence de l'hérédité sur la gemellité. Exception faite pour les cas d'hérédité maternelle, qui se sont rencontrés treize fois, l'on verra que ceux où l'hérédité est nulle sont en majorité.

Sur 82 observations, nous trouvons :

Hérédité maternelle directe, mère jumelle....	13
— paternelle — père jumeau....	7
— ancestrale, grand-père du mari.....	2
— — grand'mère du mari.....	1
— — grand'mère de la femme	3
— — grand-père de la femme.	9
Sans hérédité.....	47

Total ..... 82

(Ibid.)

### Les amygdales considérées comme portes d'entrée des infections générales

(Par JESSEN)

Après avoir fait l'historique assez incomplet de la question l'auteur apporte quelques cas d'infection générale ayant débuté par des angines, et où la localisation tonsillaire ne fut que la première étape d'une invasion de l'organisme.

Le premier cas est celui d'une angine gangréneuse suivie de pyémisme articulaire.

Le second est relatif à une femme de 78 ans morte de pyémie à la suite d'angine.

Le troisième se rapporte à une jeune fille de 17 ans, qui 12 jours après une angine à streptocoque, fut prise de pneumonie compliquée de pleurésie et de péricardite. Dans les crachats on retrouva du streptocoque sans pneumocoques, ni bacilles de Pfeiffer.

Le quatrième cas est celui d'une jeune femme de 24 ans qui à la suite d'une d'angine à staphylocoque pyogenes aureus eut une pneumonie double avec staphylocoques, et mourut de septicémie. A l'autopsie on retrouva le même microbe dans tous les organes.

S'appuyant sur tous ces faits et sur les rapports du développement exagéré des amygdales avec la scrofule, le Dr Jessen pense que la scrofule n'est autre encore qu'une infection générale atténuée à point de départ tonsillaire.

(Gaz. Hebd. de méd. et de chirurgie.)

### Les bactéries du vagin et leur signification pratique

Dans l'*American Journal of Obstetrics*, M. J. Whitridge Williams termine un assez long mais intéressant article par les conclusions suivantes :

1° Nous admettons avec Krouig que la sécrétion vaginale des femmes enceintes ne contient pas de cocci pyogéniques ordinaires, n'ayant trouvé le staphylococcus épidermidis albus que deux fois dans 92 cas, mais jamais le streptococcus pyogenes, ou le staphylococcus aureus ou albus.

2° La variation dans les résultats des divers investigateurs est due à la technique qu'on a suivie pour obtenir la sécrétion.

3° Comme le vagin ne contient pas de cocci pyogéniques, l'auto-infection par eux est impossible; et lorsqu'on les trouve dans un utérus puerpéral c'est qu'ils ont été introduits du dehors.

4° Le gonocoque se trouve d'ordinaire dans la sécrétion vagi-

nale, et, peut durant l'état puerpéral, s'étendre du col dans l'utérus et les trompes.

5° Il est possible, mais non encore démontré, dans des cas rares, que le vagin puisse contenir des bactéries, qui peuvent donner origine à de la saprémie et à une endométrite putréfactive par auto-infection.

6° La mort par infection puerpérale est toujours due à une négligence des précautions aseptiques de la part du médecin et de la garde malade.

7° On doit éviter l'infection puerpérale en lui évitant autant que possible les examens vaginaux et par la culture de la palpation externe. Lorsqu'on doit faire des examens vaginaux, les parties génitales externes devraient être nettoyées et désinfectées avec soin, et les mains rendues aussi aseptiques que pour une laparotomie. Les douches vaginales ne sont pas nécessaires et sont probablement nouvelles !

#### Nouveau mode d'expression du placenta

Comme on sait, dans l'expression du placenta d'après le procédé de Credé, il faut exercer une pression énergique sur l'utérus de façon à l'abaisser vers la concavité du sacrum. Cette pression n'est pas toujours inoffensive, aussi pour l'éviter M. R. Boudberg a-t-il modifié le procédé de Credé de la façon suivante (Wratsh).

Le paroi abdominale de la parturiente étant autant que possible relâchée, on malaxe le paroi abdominale avec beaucoup de soin, on enfonce les 4 doigts d'une main derrière le fond de l'utérus, le pouce et l'éminence Thenar embrassant l'utérus en avant, tandis l'autre embrasse le segment inférieur de l'utérus, le bord cubital de la main s'appuyant sur le pubis, le pouce appliqué sur une des faces latérales de l'utérus et les autres doigts sur l'autre face latérale. Il importe surtout de pénétrer derrière le fond de l'utérus avec beaucoup de lenteur. Dès que les contractions utérines s'annoncent, on commence à exprimer très doucement, les deux mains allant à l'encontre l'une de l'autre.

Cette pression doit augmenter et ensuite diminuer très lentement d'intensité, à mesure qu'augmentent les contractions utérines. L'auteur insiste particulièrement sur l'importance de la lenteur de la décompression qui doit encore continuer un peu jusqu'à suppression même si le placenta est sorti dès le début de la manipulation. Si on n'est pas arrivé à exprimer le placenta, on attend que les contractions utérines recommencent et l'on répète la même compression et de pression lente et graduelle ; mais il ne faut pas lâcher tout à fait l'utérus dans les intervalles entre les contractions. Grâce à la compression exercée au-dessus du pubis, le vagin s'allonge un peu, son diamètre transversal diminue et le placenta une fois arrivé dans le vagin est aussitôt expulsé à la vulve sans qu'une manipulation spéciale soit nécessaire pour cela.

Si la paroi abdominale est trop épaisse ou si l'accouchement est prématuré et s'il est impossible d'embrasser avec les deux mains l'utérus on introduit deux doigts dans le vagin en les y étalant dans les deux culs-de-sac et on repousse l'utérus en haut, tandis que l'autre main embrasse le fond de l'utérus et le comprime.

Ce procédé a été appliqué dans près de 1000 cas, et sur ce nombre six fois seulement il a fallu introduire la main dans l'utérus pour décoller le délivre.

*Gaz de Gynécologie.*

#### De l'augmentation de poids qui chez le nouveau-né peut indiquer une mort prochaine

La courbe du poids des nouveau-nés, peut non-seulement rendre compte de leurs progrès mais aussi indiquer par une élévation rapide du poids une mort prochaine. C'est ainsi que M. Durante a communiqué à la Société anatomique l'observation d'un enfant,

dont la courbe avait toujours été satisfaisante et qui a présenté, à partir du 29 juin une augmentation brusque du poids de 125 grammes en six jours. A ce moment, apparition de quelques râles et état général peu satisfaisant. Mort, le 6 juillet, après une diminution de poids insignifiante ; à l'autopsie tuberculose pulmonaire.

Cette augmentation de poids, précédant de peu la mort n'est pas exceptionnelle chez le jeune enfant. M. Durante a apporté l'observation de 8 autres enfants, présentant cette même anomalie du poids, plus ou moins marquée dans les derniers jours de la vie.

Quoique cette augmentation de poids terminale puissent s'observer dans des circonstances très diverses, elle paraît être surtout fréquente chez les enfants succombant à une insuffisance hépatique, par stase ou par dégénérescence graisseuse.

(*Abeille méd.*)

#### Traitement de la fièvre typhoïde par le sérum sanguin d'homme convalescent

M. WALGER a eu à traiter quatre cas de fièvre typhoïde qui, par leur marche clinique, semblaient devoir être graves. Il injecta à chacun de ces malades 10 cent, cubes de sérum sanguin emprunté à des individus qui venaient d'avoir la fièvre typhoïde. La maladie prit alors un caractère plus favorable et se termina par la guérison. M. Walger n'hésite pas à attribuer cet heureux résultat aux injections.

Dans chacun de ces cas, aussitôt après l'injection, on vit l'état général s'améliorer et la fièvre disparaître. Chez deux malades, on constata une atténuation des symptômes locaux et en particulier la cessation de la diarrhée. Dans un cas de rechute, il fit deux injections de sérum, mais il affirme qu'une seule eut été suffisante.

Bien que cette statistique soit trop peu étendue pour permettre d'apprécier la méthode, les observations sont assez probantes pour montrer que cette méthode de traitement mérite d'attirer l'attention.

(*Bulletin méd.*)

#### Pansement du cordon ombilical à l'alcool.

Lorsqu'après la naissance le cordon ombilical est en voie d'élimination, il arrive souvent, surtout dans les classes pauvres, peu habituées aux soins de propreté, que la plaie ombilicale vient à suppurer, ce qui n'est pas sans inconvénient et sans danger. Il est donc utile de posséder un moyen de faciliter cette élimination sans suppuration, et il est à souhaiter que ce moyen soit d'application au simple que possible. L'alcool possède précisément des propriétés dessicantes et antiseptiques qui l'ont fait employer par M. ROGER von BUDBERG. Il l'a employé dans deux cents cas observés principalement dans les classes les plus pauvres de la population, chez lesquelles l'élimination du cordon sans suppuration est une rareté. Grâce à ce pansement, la suppuration de l'ombilic a disparu, le cordon s'est rapidement desséché et s'est détaché en laissant une plaie ombilicale parfaitement sèche.

L'emploi de ce pansement est des plus simple. Après avoir lavé le nouveau né dans un bain et vidé le cordon du sang qui y était contenu, M. von Budberg fait essuyer soigneusement ce cordon et le fait envelopper d'un morceau d'ouate hydrophile imbibé d'alcool. Par dessus, on met un autre morceau d'ouate lâchement appliqué et, comme à l'ordinaire, le pansement est maintenu par une bande en ceinture. Jusqu'à la chute du cordon, ce pansement est renouvelé une ou deux fois par jour. Pendant ce temps, l'enfant n'est pas baigné. Cependant, si la famille tient à ne pas renoncer aux bains, il n'y a aucun inconvénient à les permettre.

Les premiers jours, et surtout quand le cordon est épais, M. von Budberg emploie l'alcool absolue qui a une action très dessi-

cante. Cependant, on peut employer aussi de l'alcool moins concentré, mais il doit être pur, pour n'être pas irritant pour la peau.

Ce pansement n'est pas douloureux pour l'enfant, à condition, toutefois, de veiller à ce que l'alcool ne s'écoule pas sur les organes génitaux, qui sont très sensibles, ni sur les points de la peau qui seraient excoriés.

(Ibid.)

#### De l'influence de l'alcool sur l'échange des matières.

Par le Dr ROSEMANN.

On considérait jusqu'à présent l'alcool comme un aliment d'épargne, comme une substance qui empêche la décomposition des albuminoïdes.

De nouvelles recherches tendent à montrer que cette conception est fautive. Certains auteurs ont même, d'après certaines expériences, montré que l'alcool favorise la décomposition des albuminoïdes. Si l'on donne à des personnes privées de nourriture de l'alcool, on constate une augmentation de l'élimination de l'azote ! L'auteur ayant absorbé dans l'après-midi du premier jour de jeûne, 50 grammes d'alcool, a constaté une augmentation de l'azote dans l'urine ; en absorbant quelques heures plus tard une nouvelle quantité d'alcool, il constate que le taux de l'azote se relève de nouveau. Cette augmentation n'est donc pas due uniquement à l'augmentation de la diurèse.

La conclusion de l'auteur est que l'alcool n'est pas un aliment d'épargne, qu'il ne favorise pas ni diminue la décomposition des substances albuminoïdes.

(Gaz méd. Belge.)

#### Le permanganate de potasse contre les gercures du mamelon.

D'après un praticien russe, M. N. DOMBROVSKY, un excellent moyen de traitement des gercures du mamelon consisterait en des badigeonnages avec une solution de permanganate de potasse de 2 à 5 p. 100, répétés plusieurs fois par jour. Sous l'influence de ces badigeonnages, la guérison des excoriations se ferait très rapidement, n'exigeant qu'une huitaine de jours au maximum. Les premières applications provoquent au niveau du mamelon une légère sensation de brûlure, qui ne tarde pas, du reste, à disparaître. Ce traitement ne constituerait pas de contre-indication à continuation de l'allaitement ; toutefois pour que le médicament ne puisse être absorbé par le nourrisson, on devra avant de lui donner le sein, en laver le bout à l'eau tiède et couvrir toute la région d'une étoffe imperméable ou d'une forte compresse en toile, dans laquelle on aura percé un petit orifice destiné à livrer passage au mamelon.

(Sem. med.)

#### Bacille du chancre mou.

MM. Brocq et Lenglet sont parvenus à obtenir des cultures pures du streptobacille du chancre mou et produire de nouvelles cultures pures avec le réensemencement.

Des inoculations positives ont été faites à l'homme en séries avec les cultures, et ont suivi de nouvelles cultures pures.

On trouve le bacille dans les chancres dus à l'inoculation de la culture pure.

La vie des cultures du chancre mou est brève, trois jours après et presque toutes sont mortes et le repiquage échoue.

Le microscope montre à ce moment la disparition des éléments bacillaires.

(Soc. de derm. et de syph.,)

## FORMULAIRE

### Pommade contre l'orgeolet

Précipité rouge.....	0	gramme 10
Vaseline.....	20	—

M. S. A.

### Ellixir dentifrice antiseptique

Salol.....	3	grammes.
Alcool à 90°.....	150	—
Essence de badiane.....	} à à	0 — 50
Essence de géranium.....		
Essence de menthe.....	1	—

### Vin quino-phosphate

(A. ROBIN)

Phosphate neutre de potasse.....	15	grammes.
Eau.....	20	—
Vin de quinquina au grenache.....	450	—
Sirup de quinquina.....	50	—
Acide phosphorique.....	1	goutte.

### Traitement de la maladie de Basedow

M. le professeur Dieulafoy indique, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, la méthode thérapeutique qu'il emploie le plus souvent dans le goitre exophthalmique : elle consiste dans l'usage de l'ipéca qui, d'une façon générale, combat efficacement l'érythisme vasculaire, dans la forme suivante :

Poudre d'ipéca.....	4	cgr.
Poudre de feuilles de digitale.....	2	cgr.
Extrait d'opium.....	½	cgr.

Pour une pilule.

On donne tous les jours, à intervalles suffisants, 2, 3, 4 pilules suivant la tolérance des malades. Il ne faut jamais arriver jusqu'au vomissement ; à peine doit-on susciter un très léger état nauséux. Si c'est nécessaire, on diminue le nombre des pilules ou la quantité d'ipéca contenue dans chaque pilule ; ou inversement, on élève les doses avec ménagement ; on tâtonne enfin, de façon à ne pas dépasser les limites de la tolérance. Cette médication, modifiée suivant les besoins, doit être continuée sans interruption au moins pendant des mois. A l'ipéca M. Dieulafoy associe volontiers la valériane d'ammoniaque et surtout l'hydrothérapie, qui doit être indéfiniment prolongée.

(Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.)

### Emulsion Taenifuge pour enfants

(M. T. GUIDO)

Acide salicylique.....	0	gr. 50
Extrait éthéré de fougère mâle.....	0	gr. 75
Gomme arabique.....	7	grammes.
Sirup simple.....	50	—
Eau distillée.....	100	—
Essence de cannelle.....	X	gouttes.

F. S. A.—Faire prendre tout le contenu du flacon en deux fois dans l'espace d'une heure, le matin à jeun.

### Composition et emploi de l'antitussine

L'Antitussine vantée comme remède contre la coqueluche, les angines et les pharyngites est composée comme suit :

Difluordiphényl.....	5	parties
Vaseline.....	10	—
Graisse de laine.....	85	—

Cet onguent sera frictionné énergiquement sur la poitrine, le cou et le dos (entre les deux omoplates).

(Pharm. Centr.)



## TRAVAUX ORIGINAUX

## RAPPORT

des trois dernières séances de la Société Médicale

*De l'avortement incomplet. Traitement.**(Suite et fin)*

M. le Dr M. D. BROCHU.—Le deuxième cas est celui d'une jeune femme, anémique et nerveuse, qui vers le troisième mois après la disparition de sa menstruation remarqua un retour de l'écoulement sanguin. La perte étant modérée, elle ne s'en préoccupe guère durant les deux premiers jours; mais, s'étant risquée à faire une marche un peu fatigante, elle fut surprise pendant qu'elle était sur chemin, par des coliques utérines et une augmentation rapide de l'hémorragie; on dut la ramener chez elle, non sans un état de très grande faiblesse. Malheureusement, dit le Dr Brochu, j'étais absent lorsqu'on en vint me faire la demande de me rendre auprès d'elle; ce ne fut qu'après une heure de retard que je pus être présent pour lui donner des soins.

A mon arrivée, la jeune femme avait tendance aux syncopes avec obnubilation de la vue et les assistants travaillaient à la ranimer et à l'empêcher de perdre connaissance. Elle avait perdu une quantité considérable de sang.

Mon premier soin fut de donner deux injections hypodermiques d'éther et d'ordonner des stimulants; puis après le lavage et antiseptie hâtive des mains de procéder à l'examen. Le vagin était rempli de caillots et l'écoulement sanguin se faisait encore, l'os utérin était dilaté et le placenta décollé sur sa plus grande étendue excepté à la partie postérieure sur une ligne peu étendue.

Cette malade, quant à son état général, se trouvait dans des conditions identiques à la première et bien propre à inspirer au médecin une intervention d'urgence: anémie aiguë, obnubilation de la vue, défaillance ou tendance syncopale; l'état des organes génitaux et les conditions de l'œuf, cependant, différaient nettement et faisaient naître et me semblaient devoir justifier des procédés d'intervention tout-à-fait opposés.

En présence de cette malade que la persistance de l'hémorragie eut pu mettre dans un bien grave danger de mort par syncope comme cela arrive malheureusement bien souvent, dans la clientèle générale, et lorsqu'en même temps le placenta décollé en grande partie était pour ainsi dire flottant dans l'utérus, croyez vous qu'il me soit venu à l'idée de recourir à la méthode de temporisation au moyen du tamponnement vaginal, comme dans le premier cas, dans le but de prévenir une nouvelle hémorragie brusque tout en favorisant le décollement et la sortie du placenta partiellement adhérent? Nullement. La méthode d'intervention hâtive s'imposait trop évidemment; et il me paraissait trop facile d'extraire immédiatement la plus grande partie du placenta et d'amener à la suite la rétraction utérine et la cessation de toute hémorragie, comme l'expérience me l'a souvent prouvé! Ce procédé de la pince à mors mousses est d'ailleurs le plus expéditif dans ces cas d'urgence; car on peut l'appliquer sans douleur pour ainsi dire, sans risque par conséquent de produire par l'inhibition l'accident de la syncope fatale; il ne nécessite pas l'anesthésie ni la dilatation large préalable de

l'utérus comme pour l'application des procédés de la curette ou du curage digital: procédés compliqués, que le médecin isolé dans la clientèle générale et privé de l'assistance voulue ne peut pas réaliser d'une manière sûre et convenable, et qui d'ailleurs répondent peu aux conditions d'urgence des injections d'eau bien chaude et répétées, exigent également du temps et ne sont pas toujours sûres.

Aussi, après les soins antiseptiques des mains et la stérilisation de ma pince à la lampe à alcool, sans même m'attarder à la toilette des organes génitaux internes protégée par une couche de sang qui continuait de s'écouler, ais-je pu en quelques secondes enlever sans réaction douloureuse et sans résistance la plus grande partie du placenta, à l'exception d'un endroit restreint sur la paroi postérieure de l'utérus. La rétention de quelques portions du placenta ne me préoccupait guère du moment que je pouvais mettre ma malade à l'abri du danger de la mort par hémorragie. Je savais avoir le temps d'intervenir opportunément le lendemain lorsque la malade aurait repris assez de forces.

Cette extraction hâtive des parties libérées du placenta fut suivie de la cessation complète de l'hémorragie; la malade eut une réaction franche quelques heures après, et le lendemain je pus intervenir librement pour faire le curage de la cavité utérine avec les lavages ordinaires et l'application d'antiseptiques énergiques. Ce n'est qu'à la seconde intervention que je réussis à enlever les derniers débris placentaires; la convalescence a été des plus heureuses.

Le Dr Brochu ajoute que l'on ne soit pas surpris de l'entendre dire que, pour faire ce curage, il se soit servi de la pince comme premier instrument, afin d'enlever les parties flottantes ou ramollies de l'enveloppe, sans risque de blesser sérieusement la paroi utérine et qu'il a complété l'opération par l'injection avec la curette irrigatrice de Auvard qui lui a permis d'appuyer légèrement pour actions ner le curettage, sur le siège des adhérences, mais sans ramener au dehors aucun débris appréciable après le travail de la pince qui opère un véritable curettage comme la curette mousse avec cette différence qu'on ne détermine aucune pression perpendiculaire à la paroi utérine avec l'extrémité de l'instrument, ce qui évite les dangers de perforation d'une paroi ramollie ou trop amincie, ou de blessure des branches importantes des artères utérines avec hémorragie consécutive.

Bien que la discussion devrait être régulièrement close par les remarques de M. le Président, le Dr Brochu espère qu'on lui permettra quelques observations en réponse à certaines critiques qui ont été adressées à ses opinions.

L'emploi de la pince, à l'intérieur de l'utérus, dans quelque condition que ce soit, n'a pas paru trouver grâce auprès des orateurs qui ont pris part à cette discussion, si l'on excepte cependant le Dr Simard. M. le Dr Ahern lui même dont l'habileté à manier les instruments est bien reconnue nous avoue n'avoir jamais pu rien faire de bon avec les pinces en obstétrique. Le Dr Brochu cite à l'encontre de cette opinion, le fait que le professeur Tarnier est devenu partisan de la pince, sur ses vieux jours, du moins pour extraire les parties décollées des membranes ou du placenta dans les avortements. Cette pratique du chef de l'École Française dans l'obstétrique suffit au Dr Brochu pour lui faire garder un procédé dont il s'est servi avec avantage depuis 20 ans dans les cas d'urgence et

là où on pouvait légitimement se montrer expéditif et épargner du trouble aux malades.

On s'est plu à rappeler certains faits mis au compte de la pince, par différents médecins devant des sociétés médicales en Europe et qui ont été rappelés par M. Budin au cours d'une conférence dans laquelle il faisait le procès des divers instruments, surtout de la curette et de la pince pour en arriver à préconiser la seule intervention par le curettage digital et l'expression abdomino-vaginale dans tous les cas de rétention placentaire. Le Dr Brochu se plaît à faire remarquer que les applications que l'on a voulu faire de ces faits pèchent par la base. Il s'agit, en effet, de mécomptes d'opérateurs de la curette mis au jour par la pince, comme dans le cas d'Alberti rappelé par M. le Président, ou l'opérateur après le râclage avec la curette, (*instrument aveugle et perforant* comme il l'a été prouvé surabondamment dans cette discussion), s'est aperçu qu'il restait quelque chose de flottant dans la cavité utérine; alors s'armant d'une pince il tira au dehors une anse intestinale! Et dire que l'on tente sérieusement de mettre de pareils faits au compte de la pince.

Cela me paraît un procédé aussi étrange que serait celui dont on se servirait envers un honnête homme qui, pénétrant dans un lieu immédiatement après un malfaiteur bien reconnu, y découvrirait les traces d'un crime, puis allant faire connaître ce fait aux autorités verrait celles-ci chercher d'emblée à mettre ce crime à sa responsabilité.

Dans le même article du journal médical où l'on puise ces rapports, on voit une page entière consacrée à nous faire connaître les méfaits de la curette, et l'on nous parle ensuite d'accidents graves mis au compte de la pince, (probablement parce que celle-ci a servi à les mettre au jour) dans des cas où cet instrument inoffensif n'a été introduit dans la cavité utérine qu'après que les opérateurs eussent fait jouer peut-être en peu trop à l'aveugle la *lamefavorit* désormais reconnue comme un instrument *malfaisant*. Le Dr Brochu déclare que ce n'est pas avec de pareils faits d'observation qu'on lui fera tomber la pince des mains.

A l'encontre des assertions qui ont été faites devant cette société sur l'inocuité du curettage digital, le Dr Brochu rappelle un fait donné par M. Budin lui-même, dans sa conférence sur ce procédé, où il refusa d'intervenir, par aucun procédé en présence d'un cas d'avortement incomplet qui fut amené dans son service, et cela par la crainte de rencontrer un utérus trop ramolli ou trop aminci par suite d'une infection avancée. Le cas s'étant terminé par la mort, l'autopsie prouva la justesse de vue de l'éminent accoucheur car la paroi utérine était tellement mince que la moindre tentative, même avec le doigt, eut produit la perforation. Voilà un fait bien propre à inspirer une crainte salutaire aux médecins peu habitués aux opérations obstétricales ou gynécologiques et la prudence même aux partisans de l'intervention hâtive, et des procédés compliqués, surtout s'ils ne sont pas certains d'avoir le coup d'œil de M. Budin.

Le Dr Brochu termine en rappelant le point de vue où il s'est mis dès ses premières remarques dans cette discussion. Il n'a pas voulu exalter la méthode du tamponnement vaginal et l'usage de la pince contre les accidents hémorragiques et les rétentions placentaires dans les avortements, à l'encontre des procédés des douches chaudes et de la dilatation large de l'utérus avec le curettage digi-

tal et l'expression abdomino-vaginale qu'il reconnaît devoir être les procédés de choix, dans les milieux favorisés ou entre les mains des spécialistes, mais il a voulu simplement rappeler des procédés de nécessité aux médecins de la clientèle générale; procédés plus simples, plus expéditifs, plus à la portée de tous, et qui réussissent dans la plupart des cas, pourvu que pour ces procédés comme pour tous les autres on ne néglige aucune des règles et des mesures antiseptiques, avant, pendant et après leur application.

C. R. PAQUIN, M.-D.,  
Secrétaire.

## REVUE DES JOURNAUX

### L'alcoolisme.

Par M. le professeur M. DEBOVE.

Je traiterai cette année des intoxications et de quelques maladies du système nerveux dont je n'ai pu aborder l'étude dans mes leçons des années précédentes.

Je commencerai par les intoxications. Elles sont très nombreuses, très diverses: on peut être empoisonné par des poisons minéraux, le plomb, l'arsenic, le phosphore; on peut être empoisonné par des matières organiques telles que l'alcool, le tabac, la morphine, qui fait tant de mal à certains névropathes; on peut être empoisonné enfin par les produits des sécrétions microbiennes, et comme cette dernière variété d'intoxication comprend toutes les maladies infectieuses, il est permis de dire que le domaine des empoisonnements est immense et s'étend presque à la moitié de la médecine.

Parmi tant de formes d'empoisonnement, quelle est celle qui doit nous occuper d'abord? Je commencerai par la forme la plus répandue, dont l'agent n'est que trop connu, par l'alcoolisme. Son étude nous offrira une espèce de schéma, auquel il sera intéressant de comparer l'intoxication des maladies infectieuses.

Une raison moins scientifique, mais qui a sa valeur, a déterminé mon choix.

Parmi les auditeurs qui assistent à cette première leçon, se trouvent un certain nombre de mes amis et de mes élèves, qui viennent moins pour s'instruire que pour me donner un témoignage de sympathie; d'autres sont des étudiants qui viennent au moins une fois, à la leçon d'ouverture, pour connaître la physionomie de leurs professeurs; le plus grand nombre, je l'espère, y prendra l'intention de suivre régulièrement ce cours: aux uns comme aux autres, je devais une leçon qui ne fût ni trop technique ni trop ennuyeuse.

C'est pour cela que, certain d'intéresser tout le monde, j'ai choisi l'alcoolisme, de préférence même à l'intoxication par la morphine. Ce dernier poison est cependant bien curieux, mais il n'exerce ses ravages que sur une certaine classe de la société, tandis que l'alcoolisme sévit dans toutes les classes, et qu'on peut dire de lui ce que La Fontaine disait de la peste:

Ils ne mouraient pas tous,  
Mais tous étaient frappés,

Les alcooliques sont innombrables; nous en voyons partout, aussi bien à l'hôpital que dans les classes privilégiées. L'alcoolisme constitue un véritable danger public; la France, plus que les autres nations est menacée, car, il faut le dire, elle tient aujourd'hui le record en cette matière; vous verrez tout à l'heure que je n'exagère rien.

Jusqu'ici, je n'ai jamais manqué l'occasion dans mes leçons, à l'hôpital ou à la Faculté, de faire le procès de l'alcool; mais, après les données précises que j'ai recueillies pour la préparation de ce cours, je suis plus convaincu que jamais que les progrès croissants de l'alcoolisme sont devenus pour notre pays, je le répète, un redoutable péril national.

Faisons d'abord l'historique de la question car elle n'est pas nouvelle, et le mal a sévi dans tous les temps.

\* \* \*

Le mot alcool, dans le sens que nous lui donnons aujourd'hui, est un mot récent. C'est un mot arabe "al-cohol" signifie "le subtil", et était employé pour désigner certaines poudres impalpables; le sens moderne vient de Lavoisier, qui a ainsi dénommé le produit de la distillation des liqueurs sucrées ayant subi la fermentation; quant au mot alcoolisme, il a été créé en 1849 par Maguns Huss, et il est entré maintenant dans la langue courante.

Mais, si le mot est relativement nouveau, la chose est fort ancienne, elle se perd dans la nuit des temps. L'alcoolisme est certainement contemporain de l'intervention des boissons fermentées; or j'ignore, et je crois que tout le monde ignore quel est l'inventeur de ces boissons; si c'est à Bacchus qu'on les doit, il faut avouer que c'était un dieu bien malfaisant. Pour quelques avantages qu'ils en tirent, les hommes doivent tant de misère à l'alcool!

Ses seuls bons effets, c'est d'être un anesthésique et de diminuer la sensation de fatigue. Il produit aussi une excitation cérébrale qui combat momentanément les peines morales, dissipe les chagrins et amène une certaine gaieté factice: c'est cela qui le fait rechercher avec tant d'avidité.

La croyance répandue dans le peuple, c'est qu'il donne de la force. Jamais l'alcool n'a donné de la force à personne. Ce qui a accrédité cette erreur chez les ouvriers parisiens, presque tous alcooliques, c'est que, mis au régime de l'eau, ils se sentent immédiatement affaiblis, au point de ne pouvoir continuer leur travail. Ils en concluent que l'alcool les soutenait.

Le fait est exact, mais l'interprétation est fautive. L'alcool n'a jamais donné de force; ce qui provoque la faiblesse, c'est la suppression du poison alcoolique c'est-à-dire de l'excitant habituel. Il en est de l'alcool comme de tous les autres poisons, de la morphine par exemple, dont la suppression brusque met le patient dans un état pitoyable.

Dans le cours de ces leçons, j'emploierai toujours le mot alcool d'une façon générale pour désigner le toxique: qu'il s'agisse du vin ou d'autres boissons alcooliques, c'est toujours l'alcool qui produit les accidents.

Sans remonter jusqu'au déluge, bien que l'histoire de Noé m'en donne le droit, je me bornerai à vous dire que les Grecs et les Romains ont connu l'alcoolisme. C'était à Sparte, un mal si répandu que Lycurgue, avait imaginé, pour le combattre, de donner en spectacle aux jeunes Spartiates des ilotes qu'on avait préalablement fait enivrer. De nos jours, bien des citoyens libres présentent spontanément le même exemple, mais leur vue ne produit pas le même dégoût qu'autrefois, et le procédé de Lycurgue a perdu de son efficacité.

A Athènes, Solon était si persuadé des dangers de l'ivresse que ses lois punissaient les marchands qui vendaient du vin non additionné d'eau. Que les lois humaines sont changeantes! Aujourd'hui, on poursuit les marchands qui "moillent" leur vin, c'est-à-dire qui ne livrent pas un poison assez concentré! Je préfère la morale de Solon à celle du laboratoire municipal.

On dit que, dans l'ancienne Rome, la loi défendait l'usage du vin aux femmes. Cela prouve deux choses; la première que les hommes en avaient constaté sur eux-mêmes les mauvais effets; la seconde, que dès cette époque, ils exigeaient des femmes des vertus qu'ils se gardaient bien de pratiquer.

A quels excès alcooliques on pouvait se livrer au temps de l'empire romain, vous avez la notion par vos souvenirs classiques, par les éloges qu'Horace accorde au falerne, et le *nunc est bibendum* est un chant qui paraît avoir été souvent répété.

Pétrone, qu'on ne lit pas au collège, mais que les médecins peuvent consulter, nous apprend, dans son festin de Trimacion, jus-

qu'ou allaient les excès de table. A cette époque, dans la meilleure compagnie lorsqu'on avait pris une quantité suffisante de nourriture pour être plus que rassasié, on se faisait vomir afin de pouvoir recommencer.

Si maintenant nous regardons une civilisation qui s'est développée en dehors de la civilisation gréco-latine, celle des Arabes, nous voyons qu'ils sont indemnes, grâce à la sagesse de leur législateur et prophète Mahomet, qui défend l'usage du vin. J'ai vu cependant des Musulmans qui prenaient du cognac et du champagne sous prétexte que le prophète n'avait pu défendre ce qui n'existait pas de son temps. Ces Musulmans s'étaient civilisés à notre contact, et la première chose que l'on emprunte à une civilisation c'est généralement ses vices.

Dernièrement, j'ai appris qu'à notre imitation les Arabes d'Algérie avaient perdu leur sobriété. Il y a quelques années, quand on trouvait un Arabe alcoolique, c'était un ancien turco ou un ancien spahi libéré et rentré dans ses foyers. Depuis, ceux-ci semblent avoir fait école et, par leurs exemples, transmis leurs vices à une population qui en avait été jusque-là préservée.

Mais revenons à l'Europe et à la France.

Au moyen âge, l'alcoolisme paraît avoir sévi; il existe même des édits de Charlemagne destinés à en réprimer les abus.

Un peu plus tard, entre en scène un nouveau facteur, qui ne sera d'abord qu'une curiosité pharmaceutique, un produit de laboratoire, mais qui bientôt rendra l'alcoolisme plus facile, en livrant le poison à dose concentrée et en le mettant à la portée de toutes les bourses. Au XI<sup>e</sup> siècle, les Arabes comme l'indique l'étymologie du mot "alambic", découvrent la distillation.

Vers l'an 1300, Arnaud de Villeneuve, en distillant du vin, obtient l'eau-de-vie et, dans l'enthousiasme de sa découverte, s'exprime en ces termes:

"Qui croirait que du vin l'on peut retirer, par des précédés chimiques, une liqueur qui n'a ni couleur du vin, ni ses effets ordinaires? Cette eau de vin est appelée par quelques-uns eau-de-vie, et ce nom lui convient puisqu'elle est une véritable eau d'immortalité. Déjà on commence à connaître ses vertus; elle prolonge les jours, dissipe les humeurs peccantes ou superflues, ranime le cœur, entretient la jeunesse, etc."

De tous les noms qu'on pouvait donner à ce nouveau produit, le moins exact était celui d'eau-de-vie, à moins qu'on ne parle par antiphrase; ce serait plutôt eau de crime, de honte et de mort qu'il faudrait l'appeler, car beaucoup doivent à ce breuvage l'inspiration criminelle, la dégradation morale et la mort.

"L'alcool, dit M. Gladstone, fait de nos jours plus de ravages que ces trois fléaux historiques: la famine, la peste et la guerre. Plus que la famine et la peste, il décime, plus que la guerre, il tue; il fait plus que tuer, il déshonore."

La famine, on peut espérer qu'elle disparaîtra, grâce aux progrès de l'agriculture et à la facilité des moyens de transport. La peste sera vaincue par la médecine. La guerre est la honte de l'espèce humaine, mais c'est un fléau intermittent et même elle met parfois en évidence l'héroïsme de certains individus et de certains peuples. Quant à l'alcoolisme, c'est un mal continu, dégradant; certaines nations s'y sont soustraites par des remèdes énergiques; aurons-nous le même courage? Je n'ose l'affirmer, mon patriotisme aimerait à le croire.

A l'époque de la Renaissance, on paraît ne pas avoir seulement cultivé les lettres et les arts, le culte de Bacchus semble avoir été fort en honneur. Rappelez-vous l'œuvre de Rabelais et ses éloges des longues "beuveries". Le nom même de ses personnages est typique: c'est Grandgousier, c'est Gargantua; dont le premier cri à sa naissance est pour réclamer: "A boire!". J'en veux un peu à Rabelais, qui était médecin, d'avoir fait ainsi l'éloge de l'intempérance; mais, il était plus littérateur encore que médecin, et tenait

à flatter les goûts de son prince François Ier. Ce dernier, cependant, fut obligé de blâmer chez ses sujets ce qu'il pratiquait lui-même, et l'ordonnance suivante qu'il a signée vaut mieux que l'exemple qu'il donnait :

“Quiconque sera trouvé ivre sera incontinent constitué prisonnier au pain et à l'eau pour la première fois.

“Si secondement il est repris, sera en outre battu de verges ou de fouet, puni d'amputation d'oreilles et d'infamie, et de bannissement de sa personne.”

Il fallait que l'ivrognerie eût atteint un bien haut degré, pour qu'on essayât de la refréner avec une pareille sévérité. Si ces lois étaient remises en vigueur, ce serait un bien triste spectacle que de voir dans les rues la majorité de la population parisienne privée de ses oreilles !

Vers la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, Libavius de Hallé, en Saxe, découvrit qu'on peut faire de l'eau-de-vie sans employer le vin, par la fermentation des grains et des fruits amylacés ou sucrés. L'alcool industriel était trouvé, et désormais cette boisson mortelle allait être mise à la portée de toutes les bourses ; l'alcoolisme allait pouvoir se développer dans toutes les classes de la société.

Mais jusqu'à Louis XVI, et dans la première partie de son règne, l'eau-de-vie ne se vendait que dans les officines des pharmaciens, c'est-à-dire, selon l'étymologie, des vendeurs de poisons. Un édit de 1678 en permit la vente à tout marchand ; dès lors, les abus ne tardèrent pas à se manifester, comme le prouvent les deux citations suivantes de la Bruyère : “Celui-là, dit-il en parlant des jeunes gens de la cour, est sobre et modéré qui ne s'enivre que de vin ; l'usage trop fréquent qu'ils en ont fait le leur a rendu insipide ; ils cherchent à réveiller leur goût déjà éteint par des eaux-de-vie et par toutes les liqueurs les plus violentes ; il ne manque à leur débauche que de boire de l'eau forte.” Ne semble-t-il pas que La Bruyère ait prévu l'absinthe ?

Il dit encore ailleurs : “Si nous entendions dire des Orientaux qu'ils boivent ordinairement d'une liqueur qui leur monte à la tête, leur fait perdre la raison et les fait vomir, nous dirions : cela est bien barbare.”

Vous m'objecterez peut-être que jusqu'ici tous mes documents sont empruntés à des historiens, à des moralistes, à des législateurs, et que je ne cite aucun médecin. C'est que la science médicale est de date récente. Au temps de Louis XIV, elle n'existait véritablement pas.

La médecine était alors une sorte de religion ; le culte de l'antiquité grecque et latine faisait à cette époque commenter les œuvres d'Hippocrate et Galien, comme les théologiens commentent les textes sacrés. Par exemple, dans la fameuse querelle de l'antimoine, Guy Patin, doyen de la Faculté de médecine, se refusait à admettre ce corps dans la thérapeutique, sous prétexte qu'il n'en est pas question dans Hippocrate ni dans Galien.

De tels médecins se souciaient peu d'étudier la nature, et si nous cherchions dans leurs écrits ce qu'ils pensent des effets de l'alcoolisme, nous trouverions sans doute qu'ils se bornent à approuver le précepte de l'école de Salerne recommandant, par hygiène, de se griser au moins une fois par mois.

Puisque j'ai cité Guy Patin comme doyen de la Faculté de médecine, je vous ferai remarquer que, de son temps, la Faculté de médecine ne ressemblait pas à ce que nous entendons aujourd'hui sous ce nom. Les médecins formaient une corporation analogue à toutes les autres, ayant ses privilèges, et plus jalouse de les défendre que de sauvegarder la santé publique.

C'est à partir du siècle dernier que la médecine commence à prendre un caractère scientifique ; au lieu de se contenter de philosopher sur les ouvrages anciens, on observe la nature. Alors le nombre des ouvrages sur l'ivrognerie, l'intempérance devient considérable ; il suit une progression pour ainsi dire croissante jusqu'à nos jours,

et les livres sur la question deviennent tellement nombreux que l'énumération en serait aride et fastidieuse. Je constate seulement que tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître le danger de l'alcoolisme ; et, dans ces derniers temps, le péril a tellement augmenté, que l'attention des médecins est sans cesse attirée de ce côté.

Mais tandis que les Anciens avaient surtout en vue l'alcoolisme aigu et ses effets les plus grossiers, les modernes voient dans l'alcoolisme chronique un danger tout autrement sérieux et grave.

Bien que je me sois refusé tout à l'heure à faire la bibliographie complète de la question il faut que je fasse exception pour les travaux de MM. Lanceraux, Magnan, Laborde, Legrain, Motet, Riche, Daremberg, Joffroy, Sérieux et Servaux, Anthéaume, Ruysen, etc., etc.

En ne citant pas les noms de ces auteurs, je m'exposerais à commettre souvent des plagiats, puis c'est à leurs publications que j'emprunte presque toute la substance de ces leçons. Je me réfère aussi à certains travaux parlementaires tels que le rapport si documenté de M. Claude et le discours de notre maître et collègue, le professeur Lannelongue.

Tous ces auteurs sont d'accord sur le danger de l'alcoolisme, et y voient une menace pour l'existence même de la nation française.

Cependant, ils ne s'entendent pas sur la cause véritable de l'intoxication. Les uns incriminent les eaux-de-vie ; les autres les alcools d'industrie ; d'autres enfin, et je suis de cet avis, croient qu'il faut attribuer surtout le mal à l'augmentation de la consommation de l'alcool, sous quelque forme qu'il soit ingéré.

C'est sa quantité qu'il est importante et non la forme sous laquelle on le prend. Aussi, ce que nous devons considérer, est-ce d'abord la totalité de l'alcool absorbé par l'individu, puis la susceptibilité particulière de chacun des individus : les uns peuvent bien supporter une forte dose de toxique, les autres en supportent mal une dose minime.

(A suivre)

(La Presse méd.).

#### Traitement des affections de l'amygdale linguale et de la base de la langue.

E. ESCAT (de Toulouse).

L'amygdale linguale ou quatrième amygdale, peut être affectée d'amygdalite catarrhale simple, d'amygdalite phlegmoneuse, d'hypertrophie chronique, d'amygdalite lacunaire caseuse, de mycosis de syphilis, de tuberculose et de lupus ; la base de la langue, sur laquelle elle s'étale, peut aussi être le siège de troubles nerveux variés, paresthésie, glossodynie postérieure, de varices, de tumeurs bénignes et malignes.

Il y a lieu de diriger contre chacune de ces affections un traitement spécial.

\*\*\*

*Amygdalite catarrhale.* — On pourra employer les bains de gorge et les gargarismes à l'acide borique, au borate de soude et au chlorate de potasse ; mais quand le caractère infectieux sera nettement accusé, il sera préférable de recourir aux gargarismes antiseptiques, à l'acide phénique et au thymol à 1 pour 1000, au phénosaly! à 1 pour 200, à l'acide salicylique à 1 pour 1000 à la résorcine à 1 pour 100, au sublimé à 1 pour 10.000, au salol, sous la formule suivante :

Salol.....	1 gramme.
Alcool 90°.....	} à 50 —
Glycérine.....	
Eau bouillie.....	400 —

La dysphagie et la douleur seront combattues par :

1° Des badigeonnages sur la base de la langue au moyen d'un porte-ouate faiblement recourbé, imbibé de l'une des deux solutions suivantes :

- a) Menthol. .... 1 gramme.  
Huile d'amandes douces ou huile  
de vaseline..... 50 —  
b) Menthol..... 0.50 centigr.  
Alcool..... 5 grammes.  
Glycérine..... 45 —

2° Des pulvérisations de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 50 ou à 1 pour 100 dans l'eau de laurier cerise ou mieux de chlorhydrate d'holocaïne. Ce produit découvert par Taüber (de Berlin) et préconisé par Coosemans comme succédané de la cocaïne, mérite vraiment d'être utilisé comme analgésique, étant moins toxique et moins désagréable à la gorge que ce dernier médicament; toutefois, l'holocaïne a l'inconvénient d'être peu soluble. On prescrira avec succès la solution suivante, avec un pulvérisateur à soufflerie :

- Chlorhydrate d'holocaïne..... 0.50 centigr.  
Alcool 90°..... } à 10 grammes  
Glycérine..... }  
Eau de laurier cerise..... 30 —

Quand la douleur, localisée à la région de la grande corne de l'os hyoïde, sera longue à rétrocéder et surtout vive, on appliquera un petit vésicatoire de 4/5 sur la région de l'os hyoïde.

L'emploi du salol et du benzoate de soude par voie interne constituera le traitement général.

\* \* \*

*Amygdalite phlegmoneuse.* — Dans cette affection, les prescriptions précédentes sont applicables, surtout au début, quand le diagnostic différentiel avec l'amysgdalite cartarrhale est encore incertain.

On y joindra les boissons froides et glacées, qui peuvent réellement soulager les souffrances du malade.

La plupart des auteurs se sont montrés jusqu'ici peu partisans de l'incision précoce de l'abcès, préférant abandonner ce soin à la nature; mais l'expérience a démontré que l'expectation, en certain cas, pouvait être dangereuse, en raison de l'œdème sus-glottique qui pouvait survenir. On incisera donc dès que le diagnostic de l'abcès sera certain.

\* \* \*

*Hypertrophie chronique.* — Contre cette affection si banale, les résolutifs sont impuissants et les caustiques chimiques insuffisants ou dangereux. Deux méthodes seulement peuvent donner de bons résultats :

1° La cautérisation par le galvano-cautère qui, sous le contrôle du miroir laryngien, peut être manié avec facilité. Avec cet agent on limite la cautérisation à son gré en étendue et en profondeur. Après une pulvérisation ou un attouchement avec une solution de cocaïne à 1 pour 10, on procédera à la cautérisation avec un cautère plat, de surface assez large, de façon à n'être pas obligé de faire une série trop longue de cautérisations successives. Le contact sera maintenu jusqu'à destruction du tissu adénoïde. Il est bon de ne cautériser qu'un seul côté dans une séance.

Ruault conseille les cautérisations linéaires profondes avec le couteau galvano-caustique: cette méthode peut être bonne, mais nous croyons la précédente plus sûre.

La douleur et la dysphagie consécutives à la cautérisation sont très variables: elles peuvent être très faibles ou très intenses; on aura donc soin de prévenir le malade et de lui conseiller des gargarismes froids et l'usage de la glace qui calmeront bien ces symptômes.

Pour prévenir enfin l'infection de la surface cautérisée, il faudra recourir à l'un des gargarismes antiseptiques formulés plus haut, au phénosalyl de préférence.

2° L'ablation, moins en vogue que la cautérisation, tend aujourd'hui cependant à lui être substituée; elle offre, en effet, avec l'avantage d'un procédé radical, de supprimer la réaction inflammatoire qui suit la cautérisation.

Le serre-nœud à froid, et surtout l'anse galvanique, peuvent suffire à l'ablation, mais dans le cas seulement où la masse hypertrophiée est assez bien pédiculée pour permettre l'enlèvement, ce qui est loin d'être la règle.

Les procédés les plus pratiques sont, sans contredit, le morcellement et la section avec le tonsillotome. Le morcellement sera pratiqué avec une pince emporte-pièce dont il existe plusieurs modèles construits par Simal: celui de Furet, celui de Moure, celui de Bonain, enfin, le mien, qui est une modification de celui de Furet et qui offre sur ce dernier l'avantage d'enlever dans une seule prise un fragment assez considérable d'amygdale.

Les mors de cette pince présentée à la dernière réunion de la Société française de laryngologie sont constitués par deux fenêtres triangulaires dont le sommet plonge dans le sillon glosso-épiglottique et dont un des grands côtés rectilignes, répondant à la concavité de la courbure de l'instrument, vient s'appliquer à la surface de l'amygdale. Chaque moitié symétrique de l'amygdale linguale demande, suivant le degré de l'hypertrophie, un nombre variable de prises; dans les cas moyens, trois ou quatre coups de pince suffisent pour chaque côté; l'ablation totale demande deux ou trois séances. La douleur est faible, l'hémorragie immédiate légère et la cicatrisation très rapide.

La section au tonsillotome, vantée par Lennox-Browne, Porcher, Chapell, Brady, est surtout pratiquée en Angleterre et en Amérique. Le seul reproche qu'on pourrait adresser à cette méthode, la plus radicale et la plus facile à appliquer, serait le danger de l'hémorragie. Lennox-Brown m'a affirmé n'en avoir jamais observé dans sa longue carrière. L'instrument qu'il emploie est un tonsillotome analogue au tonsillotome connu de Mackenzie pour les amygdales palatines. Il présente l'énorme avantage d'être d'un maniement très facile.

Ces divers procédés permettront assurément de réduire l'hypertrophie; dans bien des cas, ils suffiront aussi pour amener la disparition des accidents réflexes qui étaient sous la dépendance de la lésion locale; mais, dans quelques autres, le résultat thérapeutique ne sera pas complet et on pourra voir la parésie pharyngée ou la glossodynie de la base de la langue survivre à la destruction de l'amygdale linguale, qui n'était pas la cause unique des symptômes subjectifs, ces derniers relevant surtout du tempérament névropathique du sujet.

\* \* \*

*Amygdalite lacunaire.* — Cette affection sera traitée comme l'amysgdalite lacunaire palatine, c'est-à-dire par la dissection et au besoin même par le morcellement. Il sera bon de badigeonner ensuite les surfaces avec la solution iodo-iodurée ou la glycérine phéniquée à 1 pour 30.

\* \* \*

*Névroses.* — Ce sont les manifestations les plus difficiles à traiter. La parésie réflexe peut disparaître avec la cause qui l'a provoquée, si toutefois cette dernière est justiciable d'un traitement curatif; c'est ainsi qu'on a vu ce symptôme disparaître après l'ablation de végétations adénoïdes ou le traitement de petites lésions des amygdales.

La parésie et la glossodynie de la base qui surviennent à la ménopause, s'éteignent spontanément avec la crise physiologique; on prescrira les pulvérisations à la cocaïne ou à l'holocaïne formulées plus haut, ainsi que les badigeonnages mentholés.

L'aconitine cristallisée, par granules de un quart de milligrammes, jusqu'à trois et quatre par jour, donne aussi parfois de bons résultats.



Faute de soulagement physique, on donnera à la malade l'assurance de la guérison, et on parviendra ainsi à calmer son état mental.

Certains neurasthéniques, se croyant atteints d'affection cancéreuse de la gorge, sont susceptibles de persuasion et peuvent voir disparaître leur paresthésie ou leur glossodynie de la base, après l'affirmation qu'on leur a donnée de la nature purement névropathique de leur maladie; malheureusement, ce traitement moral est trop souvent insuffisant, surtout chez les dégénérés héréditaires, atteints de véritable cancérophobie; nous nous heurtons chez eux à toutes les difficultés que comporte le traitement des névroses et des psychoses, quoiqu'en puissent dire quelques laryngologues vraiment trop optimistes.

Les paresthésies et les glossodynies symptomatiques de l'hystérie, du tabes et de la paralysie générale relèvent surtout du traitement général, que nous n'avons pas à traiter ici.

Les névralgies relevant de névrite variqueuse du lingual semblent justiciables des scarifications de la base de la langue, déjà conseillées autrefois par Luschka.

\*\*\*

*Varices.* — Les varices superficielles de la base de la langue, provoquant de la douleur, de la dysphagie, des hémorragies, devront être détruites au galvano-cautère.

\*\*\*

*Mycosis.* — On enlèvera les productions leptothrixiques avec la pince et la curette, et on badigeonnera les surfaces avec la solution officinale de perchlorure de fer préconisée par A. Colin.

*Syphilis.* — Nous croyons inutile d'insister sur la nécessité du traitement général; quant au traitement local, s'il s'agit de chancre, on prescrira des bains de gorge ou des pulvérisations avec une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten par verre d'eau tiède; on pourra y joindre quelques insufflations de poudre de calomel à l'aide d'un insufflateur laryngien.

Contre les accidents secondaires, on aura recours au même traitement, et, en outre, à des attouchements au nitrate d'argent ou au nitrate acide de mercure.

Ce traitement s'applique aussi aux gommages ulcérés.

Quant à l'hypertrophie consécutive de l'amygdale linguale, elle sera traitée par les moyens indiqués plus haut, quand le traitement spécifique prolongé sera resté impuissant contre elle.

\*\*\*

*Tuberculose et lupus.* — Le traitement local aura pour base le curetage, les cautérisations profondes au galvano-cautère et les attouchements au phénol sulfo-riciné ou à l'acide lactique.

Contre la dysphagie, on emploiera les pulvérisations et les badigeonnages à la cocaïne, à l'holocaïne et au menthol, déjà formulés.

L'orthoforme en insufflation donne aussi de bons résultats; ce médicament, applicable à toutes les ulcérations chroniques douloureuses de la gorge, a la propriété de n'être ni toxique ni désagréable à la gorge comme la cocaïne: il offre, en outre, l'avantage de produire une analgésie durable de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

\*\*\*

*Tumeurs et kystes.* — On a observé sur la base de la langue des papillomes, des fibromes, des lipomes, plus rarement des chondromes, des adénomes et des tumeurs mixtes; on y a vu aussi des angiomes et des kystes; ces derniers sont des kystes par rétention glandulaire ou bien des kystes congénitaux formés aux dépens du tractus thyroco-glosse ou canal de Bochdaleck, et pouvant être l'origine de goitres accessoires.

A cette liste de tumeurs bénignes, nous ajouterons, comme tumeurs malignes, les sarcomes et les épithéliomes primitifs.

Contre les angiomes, l'électrolyse et la destruction lente au galvano-cautère seront les méthodes de choix:

Les kystes du tractus thyroco-glosse, chez le nouveau-né, seront traités par la simple ponction, répétée au besoin, en cas de récurrence, jusqu'à ce que l'âge de l'enfant permette une intervention radicale.

Pour l'ablation des tumeurs bénignes des kystes et des tumeurs malignes limitées, on peut agir la plupart du temps par les voies naturelles, avec ou sans le contrôle du miroir, suivant la nature du néoplasme et suivant son mode d'implantation: l'ablation à l'anse, l'arrachement, le morcellement, l'énucléation constituent des procédés qui conviendront à beaucoup de tumeurs limitées.

Certaines tumeurs ne pourront être attaquées que par la voie artificielle. Pour atteindre la base de la langue, le meilleur procédé opératoire est, sans contredit, la *pharyngotomie trans-hyoïdienne* de Vallas; elle comprend trois temps:

1° Incision verticale sur la ligne médiane, de 8 à 10 centimètres dont le milieu répond au corps de l'os hyoïde;

2° Ostéotomie de l'os hyoïde et section, au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde, des muscles qui s'y insèrent;

3° Incision verticale et médiane de la membrane hyo-thyroïdienne.

Cette opération, vantée par Moure, Etiévant, Garel, semble destinée à se vulgariser. En effet, elle donne plus de jour que la pharyngotomie sous-hyoïdienne et est moins dangereuse que cette dernière.

(La Presse méd.)

#### Action de la ligature des artères utérines dans les hémorragies de l'utérus

Par M. le docteur MANGIN (de Marseille).

Les opérations radicales dans le traitement des fibromes, malgré leurs récents perfectionnements, comportent encore une certaine somme de dangers, et sont parfois inapplicables par suite de l'épuisement des malades. Aussi a-t-on cherché des procédés plus bénins qui, s'ils ne sont pas toujours curatifs, parent cependant aux dangers les plus immédiats en arrêtant les hémorragies et en permettant aux malades de se remonter.

C'est ainsi que depuis peu Gottschalk, Martin, Hartmann et Frédet, Rechner, etc., ont relevé de l'oubli le procédé des ligatures atrophiées appliquées à l'utérus en liant les artères utérines par la voie vaginale. Ayant essayé ce procédé à plusieurs reprises, depuis quelques années, j'ai pensé faire œuvre utile en apportant ici le résultat de mes observations, dont quelques-unes sont anciennes, toutes ne représentant pas, il est vrai, la méthode en question absolument pure, la ligature des utérines ayant été associée à d'autres interventions.

Mais en étudiant les faits de près, on peut voir que la ligature des artères en question a été pour beaucoup dans la guérison ou l'amélioration durable des malades.

Cette méthode a été surtout préconisée contre les fibromes, mais le champ de son action peut, il me semble, être étendu aux hémorragies rebelles aux traitements médicaux et ne devant pas céder au curetage. Elle rendra de réels services dans les hémorragies dépendant de la ménopause, d'hypertrophie de l'utérus, d'affections cardiaques, de déviations non corrigées, d'états diathésiques, etc. Il faut toutefois excepter les métrorragies dues à une lésion des annexes. Par suite de l'action consécutive de suppléance de l'utéro-ovarienne, après la suppression des utérines, il y aurait à craindre des phénomènes congestifs du côté des annexes, comme je l'ai constaté du reste. Dans les fibromes, cette méthode trouve surtout son emploi chez les femmes épuisées par les hémorragies et trop faibles pour supporter une opération radicale. Elle sera une opération d'attente, devenant souvent curative. Au voisinage de la



ménopause et dans les tumeurs développées près du col, on préférera cette intervention à toute autre. Les contre-indications sont encore théoriques, c'est ainsi qu'on n'attaquera pas par ce moyen, les tumeurs trop volumineuses, très élevées ou les tumeurs en voie de dégénérescence. L'expérimentation aura peut être raison de certaines de ces contre-indications. Le procédé opératoire que j'ai employé représente le premier temps de l'hystérectomie avec ligatures; désinsertion du col, en avant et sur les côtés, décollement de la vessie, ligature des utérines dont les pédicules sont accrochés par le doigt, ligature à la soie, que j'enlève le huitième jour. Dans les tumeurs non abaissables, le pincement des artères pourra donner d'excellents résultats. On pourra même faire mieux et se servir de l'angiotribe de Tuffier.

D'après les faits que j'ai observés, je puis poser les conclusions suivantes :

1° La ligature des artères utérines est une opération simple et sans danger, ne nécessitant pas la narcose, l'anesthésie par la cocaïne ou l'eucaine B pouvant être suffisante.

2° Cette opération sera utile dans les hémorragies rebelles aux traitements médicaux, lorsque les lésions de la muqueuse sont insuffisantes pour les expliquer.

3° Elle fera disparaître le plus souvent les hémorragies des fibromes et amènera fréquemment l'atrophie de ces tumeurs, surtout lorsqu'elles sont placées au voisinage du col.

4° Elle sera une opération d'attente dans les cas graves, opération pouvant parfois devenir curative.

5° Dans les cancers du col au début, elle semble pouvoir retarder la récurrence. En tous cas elle modère les hémorragies.

6° La seule contre-indication bien nette à cette opération est une affection des annexes.

(Gaz. des Hôp.)

**Traitement de l'ulcère hémorragique de l'estomac par les lavements alimentaires et le repos**

R. ROMME,  
Préparateur à la Faculté.

Pour beaucoup de médecins, le traitement de l'ulcère hémorragique de l'estomac évoque, comme celui de l'appendicite, de suite le chirurgien avec son bistouri. C'est ainsi qu'il y a un an, M. Dieulafoy exigeait, à l'Académie de médecine, l'intervention chirurgicale non seulement dans les grandes hémorragies de l'estomac, mais encore dans les petites hématoméses à répétition. M. Hayem, présent à la séance, ne fut pas de cet avis et soutint que, dans l'énorme majorité des cas, ces hémorragies guérissent par le traitement médical et souvent d'une façon définitive. Il n'y a pas de médecin qui ne connaisse des cas analogues à ceux de M. Hayem et qui ne considère avec lui l'opération comme une intervention indiquée seulement d'une façon exceptionnelle, dans les ulcères hémorragiques ayant résisté au traitement médical.

Les grandes lignes du traitement médical de l'ulcère compliqué d'hématémèse sont bien connues. C'est le repos absolu, la glace intus et extra, la diète complète, les astringents, les hémostatiques (aujourd'hui on pourrait employer le chlorure de calcium, ou la gélatine, comme l'a fait avec succès, dans un cas, Poliakoff), les injections sous-cutanées de morphine. Très souvent, cette thérapeutique réussit, mais il est souvent des cas où elle échoue et où l'hémorragie continue ou revient à des intervalles plus ou moins éloignés. Faut-il alors appeler le chirurgien? Pas encore, et si l'on a du temps devant soi, on peut tenter le traitement que M. Gaucher emploie avec succès dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, et que son élève, M. May, a exposé en détail dans sa thèse inaugurale. Inutile de dire que ce traitement peut fort bien être institué d'emblée, à la première hémorragie: les observations de M. Gaucher sont là pour

prouver son efficacité. Ce traitement est conduit de la façon suivante.

\* \* \*

Lorsqu'un malade est pris d'hématémèse, on le met immédiatement au lit dans le décubitus dorsal et on lui fait garder une *immobilité complète*. Celle-ci est fort importante en l'espèce, car chaque mouvement que fera le malade peut augmenter l'hémorragie ou la ramener si elle était arrêtée. En second lieu, l'immobilité va faciliter les chances de cicatrisation, et comme il s'agit, dans ces cas, de malades affaiblis depuis longtemps par le mauvais fonctionnement de l'estomac et finalement par l'hémorragie, il faut leur éviter toute fatigue musculaire, toute déperdition de force, d'autant que la diète absolue à laquelle ils seront soumis constitue une nouvelle cause d'affaiblissement.

Aussitôt le malade couché, on lui appliquera sur la région épigastrique une *vessie de glace*, qui agit comme hémostatique et calme ces douleurs intenses, paroxystiques, si pénibles pour le malade. L'application de cette vessie ne sera pas faite au hasard: on doit l'appliquer très soigneusement sur la région stomacale, en l'étalant un peu à sa base; on la maintiendra bien en place par un bandage de corps en flanelle ou en toile, assez lâche cependant pour que le malade ne soit pas étreint.

La partie la plus importante du traitement est la *diète absolue*, à laquelle il faut soumettre le malade aussitôt que l'hématémèse s'est produite. On ne donnera rien au malade par la voie buccale, car aujourd'hui il est bien établi que la seule absorption d'une gorgée de lait glacé peut rappeler la gastrorrhagie. Mais, comme il faut le nourrir, on aura recours aux *lavements alimentaires*.

Les lavements alimentaires employés dans le service de M. Gaucher ont la composition suivante :

Bouillon bien dégraissé.....	25 grammes.
Vin.....	25 —
Peptone.....	2 cuillères à soupe.

Avant le lavement alimentaire, on administre un grand lavement de 1 litre d'eau bouillie, lavement évacuateur qui vide complètement le rectum et permet de garder le lavement alimentaire. On donne au malade *quatre lavements alimentaires par jour*; de cette façon, on lui fait absorber sans fatigue une quantité suffisante de substances nutritives.

On a reproché aux lavements alimentaires d'irriter la muqueuse et de provoquer de la rectite qui oblige d'interrompre l'alimentation rectale. Chez les malades de M. Gaucher, il n'y a eu rien de pareil: une de ses malades a pris des lavements nutritifs pendant vingt-cinq jours, deux autres pendant vingt et quinze jours, et jamais on n'a eu à constater d'intolérance ou de rectite.

Pour combattre la soif, très vive chez ces sujets, on donne encore matin et soir un lavement de 100 centimètres cubes d'eau bouillie froide.

Si néanmoins le malade est très altéré, on lui fera absorber, dans le courant de la journée, trois ou quatre cuillères à café d'eau glacée, ou bien encore on lui fera sucer quelques morceaux de glace très petits. Du reste, eau glacée et glace peuvent très souvent être évitées grâce à l'emploi des *injections sous-cutanées de sérum artificiel*, qui font partie intégrante du traitement de M. Gaucher.

Les injections sous-cutanées de sérum artificiel agissent dans la gastrorrhagie de plusieurs façons. Comme dans toutes les hémorragies, l'injection saline agit comme hémostatique en augmentant la coagulabilité du sang; elle fournit à l'organisme anémié, surtout en cas de pertes de sang abondantes, des éléments suffisants pour lui permettre la reconstitution de ses éléments propres; elle rétablit la masse du sang, et relevant la pression sanguine, elle lutte avantageusement contre la dépression du cœur et du système nerveux; enfin, ces injections, faites régulièrement pendant toute la durée du

traitement, aident puissamment à la nutrition du malade par les lavements peptonisés.

Ainsi donc, dès l'apparition de l'hématémèse, M. Gaucher injecte régulièrement une quantité de solution saline variant entre 1,000 et 1,500 centimètres cubes. Ces injections sont faites en deux fois : une le matin, une le soir. On se sert du sérum préparé suivant la formule de M. Hayem ;

Eau distillée bouillie.....	1 litre.
Chlorure de sodium .....	5 grammes.
Sulfate de soude.....	7 —

Pour faire ces injections, on peut se servir de la seringue de Roux après l'avoir préalablement stérilisée. L'aiguille, après asepsie de la région, est piquée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région abdominale ; on n'a plus ensuite qu'à ajuster la seringue sur son aiguille autant de fois qu'il est nécessaire pour introduire la quantité de solution voulue (500 à 700 centimètres cubes).

Ces injections sont continuées pendant toute la durée du traitement.

Dans certains cas où, à la suite d'une hématémèse abondante, on trouve le malade exsangue avec les extrémités froides, un pouls à peine perceptible, un état de collapsus menaçant de se terminer par la mort, il faut courir au plus pressé et faire une *injection intraveineuse de sérum artificiel*. En présence d'accidents très graves, on injectera donc sans tarder 1,000 à 1,500 centimètres cubes de solution saline par la voie veineuse. On pourra encore s'aider en même temps d'injections sous-cutanées d'éther, de caféine, si, toutefois, il n'y a pas de contre-indication à l'emploi de ces médicaments. On reviendra dès le lendemain aux injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Tels sont les éléments du traitement que M. Gaucher emploie dans l'ulcère rond de l'estomac avec hémorragie. On établit ce traitement de façon à ce que les lavements alimentaires soient régulièrement espacés ; que la glace abdominale soit fréquemment renouvelée pour produire un abaissement constant de la température ; que les injections de sérum soient faites à une assez grande distance des lavements alimentaires pour ne pas fatiguer le malade avec toutes ces manœuvres thérapeutiques.

Le traitement, tel qu'il vient d'être décrit, sera ordinairement suivi pendant trente jours. Au bout de ce temps, on reprendra l'alimentation buccale en donnant d'abord une ou deux tasses à café de lait dans les vingt-quatre heures, tout en continuant les lavements alimentaires. Après trois ou quatre jours d'épreuve, on supprimera les lavements et on augmentera la dose quotidienne de lait, qui sera portée à 1 litre puis à 2 litres. On pourra ensuite adjoindre au régime lacté les purées de pommes de terre ou d'autres féculents, les potages à la semoule ; enfin on reviendra peu à peu à l'alimentation normale, en laissant toutefois pendant longtemps le malade à un régime sévère dont sera exclue toute substance irritante ou difficilement digestible.

(*Presse méd.*)

#### L'orthoforme contre les gerçures et crevasses du sein

M. Teisseire fait l'exposé d'un traitement des crevasses du sein par l'orthoforme analgésique, qu'il a expérimenté dans le service de M. Maygrier.

Pour les gerçures et crevasses du sein, le mode d'emploi est des plus simples : on insuffle la poudre d'orthoforme sur toute l'étendue de la plaie ; ou mieux, on étale une petite couche égale et uniforme de poudre au milieu d'une compresse humide stérilisée ou de gaze salolée et on applique cette compresse sur le sein en mettant en rapport la partie orthoformée avec la plaie du mamelon ; par dessus un pansement ouaté, avec ou sans taffetas gommé suivant que la compresse est humide ou sèche. Toutes les deux heures, au moment des tétées, la compresse recouvrant le sein qui doit al-

laiter est enlevé provisoirement ; le mamelon est lavé avec un tampon imbibé d'eau boriquée tiède et, après la tétée, on remet la poudre ou la compresse orthoformée.

L'orthoforme supprime presque totalement l'inconvénient principal des crevasses du sein, c'est-à-dire la douleur ; l'analgésie apparaît de 1 à 15 minutes après l'application du médicament ; l'effet anesthésique étant d'ordinaire de 12 à 24 heures, deux pansements par jour sont utiles pour les crevasses, un seul pour les gerçures. Le pansement sec à l'orthoforme possède un pouvoir antiseptique suffisant pour empêcher l'infection dans un milieu peu septique comme celui des crevasses du sein ; il agit énergiquement sur leur cicatrisation (la guérison est obtenue en quatre ou cinq jours, alors qu'elle nécessite 10 à 12 jours avec l'emploi d'autres traitements) ; enfin il présente une innocuité parfaite pour la mère et l'enfant.

(*Journal des Praticiens et Lyon méd.*)

## FORMULAIRE

### Le pansement sec dans l'otorrhée.

M. LARSEN, de Copenhague, préconise le traitement suivant dans les otorrhées.

Au début et pendant plusieurs jours on fait instiller dans l'oreille quelques gouttes de la solution suivante préalablement tiédie :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 20 centigr.
Sublimé.....	— 005 milligr.
Eau distillée bouillie.....	10 grammes.

F. S. H. — Usage externe.

Dès que les douleurs et les phénomènes inflammatoires se sont amendés, on cesse ces instillations et on se contente d'introduire dans le conduit auditif des tampons de coton secs et soigneusement aseptisés.

On délivre au malade, toutes les fois que besoin est, un sac de papier à filtrer contenant une vingtaine de tampons enveloppés, chacun séparément, dans du papier à filtrer, le tout parfaitement stérilisé.

On recommande au patient de renouveler le tampon dès qu'il est traversé par les produits de sécrétion ; après en avoir pris un dans le sac, lequel sera clos immédiatement après, le malade défait l'enveloppe du tampon en évitant de toucher à la partie de la ouate qui doit être introduite dans l'oreille ; enfin, saisissant le tampon par leur bout, il l'insinue dans le conduit auditif.

S'il reste dans l'oreille des masses purulentes épaisses que le tampon n'absorbe pas, le patient doit essayer de les enlever avec du coton aseptique, mais on ne lui permet pas de faire de lavages.

Le plus souvent, l'otorrhée se trouve définitivement guérie dans l'espace de deux à trois semaines.

Si, au bout de ce laps de temps, on n'obtient pas la disparition complète ou, tout au moins, une diminution considérable de l'écoulement — ce qui, comme il a été dit plus haut, se produit surtout lorsque la sécrétion est particulièrement abondante —, il faut renoncer au pansement sec et recourir aux lavages de l'oreille.

(*Abeille nat.*)

### Essence de thérébenthine contre les abcès mammaires

(L. ELIOT)

L'auteur recommande l'emploi de l'essence de thérébenthine comme agent abortif contre les abcès mammaires. Dès que l'on constate de la tension ou un point dur dans le sein, on doit immédiatement faire des lotions avec l'essence de thérébenthine et laisser à demeure un tampon de flanelle imbibé de ce liquide. L'enfant prendra moins souvent le sein affecté et, dans la règle, tout trouble disparaîtra dans deux ou trois jours.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## De l'avortement incomplet (1)

Par M. le Dr S. Bolduc, St-Michel, Bellechasse.

Le traitement de l'avortement dont s'est occupé depuis quelque temps la Société Médicale, est un sujet rempli d'intérêt et d'actualité. Ce qui lui donne une importance toute particulière, ce sont, sans contredit les changements qu'il a subi depuis un certain nombre d'années. Aujourd'hui, en effet, bien plus qu'autrefois, on reconnaît les avantages d'une intervention dans les accidents de l'avortement; mais on ne s'entend pas encore sur le moment opportun de cette intervention et sur la manière d'intervenir.

Vous voudrez bien permettre, M. le Président, à un médecin de la campagne de venir donner son humble opinion sur cet important sujet.

## I. Quand faut-il intervenir dans l'avortement ?

Il ne faut certainement pas intervenir avant que la fausse couche soit reconnue absolument inévitable; jamais non plus, avant d'avoir employé tous les moyens préventifs possibles.

Quand l'avortement a lieu dans les deux premiers mois de la grossesse, il y a, en général, avantage à attendre, à laisser agir la nature, et le plus souvent, l'œuf sort entier et tout rentre dans l'ordre. A une époque plus avancée, vers le 5ème ou le 6ème mois, la conduite du médecin diffère peu de celle qu'il doit tenir dans l'accouchement à terme; c'est-à-dire qu'il doit encore attendre.

Mais nous voici en présence d'un cas au 3ème ou 4ème mois, et l'expulsion du fœtus, comme il arrive souvent à cette époque de la grossesse s'est faite seule, et le placenta est retenu; faut-il alors intervenir tout de suite ou attendre ?

Je sais que sur ce point, les auteurs modernes sont partagés. Les uns, craignant l'hémorragie ou la septicémie, cherchent à enlever le placenta le plus rapidement possible; d'autres se contentent d'attendre tout en se tenant prêts à intervenir au moindre signe de danger. De là ces deux méthodes: intervention hâtive et expectation armée.

Si l'on me demande à laquelle de ces deux méthodes je donne la préférence, je vous réponds sans hésiter que c'est à la première, je puis même déclarer que depuis les commencements de ma pratique, j'ai toujours suivi autant que possible le procédé d'intervention prompte; et voici pourquoi. A mon avis, la méthode d'expectation peut tout au plus être suivie dans un hôpital ou dans une maternité; mais dans une pratique privée, surtout à la campagne, elle devient tout à fait inapplicable. En effet, lorsqu'une malade est à trois ou cinq milles de son médecin, comment celui-ci peut-il la surveiller avantageusement? Comment peut-il être prêt à contrôler une hémorragie inquiétante; prendre la température au moins deux fois par jour, comme le veut cette méthode? Impossible, n'est-ce pas. Eh! bien, voilà pourquoi, m'appuyant, non pas sur une méthode, mais sur le simple bon sens, j'ai pris longtemps pour règle de ne jamais m'éloigner d'une malade que je sais exposée aux graves dangers de l'hémorragie ou de l'empoisonnement putride, comme on appelait cela autrefois, avant d'avoir opéré sa délivrance complète;

et je n'ai jamais eu à m'en repentir; au contraire. Et dans le cas même où le médecin pourrait rester auprès de la malade, pourquoi, je le demande, pourquoi attendre des jours et même des semaines, pour un résultat que l'on peut obtenir sur le champ, et cela, sans aucun danger. L'expectation donc, inutile dans tous les cas, devient dangereuse, surtout dans la pratique de médecins timides et peu expérimentés. On passe facilement de l'expectation à la non-intervention, et que de désastres alors se commettent! Je pourrais en citer plusieurs exemples. En voici un qui est resté plus particulièrement gravé dans ma mémoire. C'était en 1871. Une jeune femme alliée à ma famille fait une fausse couche; un vieux médecin de l'endroit est appelé. Peu de temps après son arrivée, un fœtus de quatre mois est expulsé seul, et comme l'arrière-faix tarde à venir, le docteur retourne chez lui. Il n'y reste pas longtemps, car une hémorragie l'oblige à revenir en toute hâte. Mais comme la perte est apaisée quand il revient auprès de la malade, il se contente de prescrire des poudres d'acétate de plomb et retourne encore chez lui. L'hémorragie se répète de temps en temps dans l'espace de quelques jours; on va chercher le médecin chaque fois, et la femme meurt sans qu'il fut fait aucune tentative pour extraire le placenta.

## II. De quelle manière intervenir ?

Je suis loin de vouloir me donner pour une autorité; cependant, je me propose de répondre à cette question, en exposant ici le procédé que j'ai suivi autrefois et celui que je suis aujourd'hui.

Dans les premières années de ma pratique, pour les cas d'avortement pour lesquels il fallait une intervention artificielle, je n'avais pour tout outillage qu'une pince dite à faux germe, pince dont je ne me suis jamais servi, parce que je trouvais qu'il était absurde de s'en servir. J'avais recours à mes mains, à mes doigts. Quand je voulais débarrasser l'utérus de quelque contenu suspect, je baissait cet organe et le fixais en appuyant fortement la main gauche sur la région hypogastrique; de la main droite, j'introduisais un ou deux doigts, suivant le cas, dans le col que je dilatais lentement, puis, avec un peu de patience, je parvenais presque toujours à mon but.

Ce procédé, quelqu'élémentaire qu'il soit, est sans contredit très avantageux, et je suis bien aise de m'en servir bien souvent encore aujourd'hui. Mais comme il ne convient pas pour tous les cas, et qu'il entraîne beaucoup de douleurs, j'ai, depuis un certain nombre d'années, adopté une autre méthode. Lorsque j'ai eu l'avantage de connaître la curette — je parle ici de la curette mousse — je me suis mis à en faire usage et je trouve que cet instrument est sans rival quand il s'agit de vider l'utérus. Quelques praticiens cependant lui préfèrent la pince, prétendant que celle-ci est moins aveugle, moins dangereuse et plus à la portée de tout praticien. Voyons donc. Quand vous vous servez de la pince, qui nous dit si vous tenez entre ses mors un cotyledon placentaire ou un repli de la muqueuse utérine? Et supposons que par un heureux hasard, vous avez saisi une portion du placenta; qu'arrive-t-il alors? Le placenta plus ou moins friable, se laisse écraser, et d'une partie vous en faites deux et voilà tout. En outre, comment avec une pince évacuer ce que vous êtes parvenu à détacher? D'ailleurs, il est admis que les instruments les plus parfaits sont ceux qui se rapprochent le plus de la nature. Or, quand je me sers de mes doigts, je les fléchis à leur extrémité et j'en fais une véritable curette. Donc,

(1) Lu devant la Société Médicale de Québec, séance du 19 janv.

quand pour une raison ou pour une autre, je ne peux pas me servir de mes doigts, c'est la curette qui vient tout naturellement les remplacer.

Voici une curette dont j'ai donné le modèle et que j'ai fait faire par un ouvrier quelconque. Voici aussi la pince dont j'ai parlé et que j'ai fait transformer en dilatateur. Avec ces deux instruments et quelques autres qui leur sont comme accessoires, j'ose dire que je traite tous les cas d'avortement qui se présentent.

Avant de terminer, on me permettra de rapporter deux cas de ma pratique, qui feront voir les avantages d'une intervention hâtive, et qui démontreront en même temps que la méthode du curetage est nullement dangereuse et à la portée de tout praticien.

1er cas. — Le 25 janvier 1898, je suis appelé pour une femme que je trouve avec tous les symptômes de la septicémie. Voici ce qui était arrivé. Seize jours auparavant, cette femme avait fait une fausse couche à quatre mois de sa grossesse et le fœtus seul avait été expulsé. Comme il y avait un peu d'hémorragie, le médecin prescrivit les pilules d'ergot et se retira. Tout alla bien pendant quelques jours, mais ensuite, voilà les frissons, le mal de tête, etc. Le mari de la malade va raconter au médecin ce qui se passait. Celui-ci dit de laisser faire, qu'il n'y a pas de danger tant que les lochis ne sentent pas mauvais.

Comme je viens de le dire, quand j'arrivai auprès de cette malade, il y avait rétention du placenta depuis seize jours et tous les symptômes de l'infection généralisée.

Voici comment j'ai procédé dans ce cas. La désinfection des mains, des instruments, et une injection vaginale antiseptique ayant été faites, la femme est placée en travers du lit. J'abaisse l'utérus en saisissant la lèvre antérieure du col avec une longue pince à griffe que je confie à un aide; deux doigts de ma main gauche dépriment la périnée; puis de ma main droite avec ma curette, je parviens sans trop de difficulté à extraire tout le placenta par fragments. Aussitôt après, je fais dans la cavité utérine une injection avec une solution de sublimé, 1 dans 4,000; je répète cette injection une fois par jour pendant quelque temps, et trois semaines après, la femme était sur pied comme l'on dit.

Maintenant, je dois ajouter ceci. En juin 1896, cette même femme avait fait une fausse couche à la même époque de sa grossesse et il y avait eu aussi rétention du placenta. C'était moi cette fois qui l'assistais, et suivant mon habitude, je ne l'avais laissée qu'après avoir opéré sa délivrance complète par la méthode digitale. Quelques jours seulement après, cette femme laissait son lit, étant parfaitement bien.

2ème cas. — Le 2 janvier dernier, on m'appelle pour une femme accouchée heureusement à terme le 15 décembre. Elle n'a pas perdu à la suite de sa maladie et depuis quelque temps, elle se plaint de frissons, de mal de tête, de douleurs dans les aines et dans la région lombaire. Il y a sans aucun doute infection causée par la décomposition de caillots, et je fais sur le champ une injection intra-utérine chaude. L'eau de l'injection revient rouge et entraîne de petits caillots noirâtres. Le 4, la température étant à peu près la même, je fais de nouvelles injections intra-utérines avec même résultat. Le 5, température, 105½; pouls, 120. Je me prépare à faire un curetage en règle et je fais venir mon confrère le Dr Perron, de St-Charles.

La femme étant mise en travers du lit, les désinfections préliminaires étant faites, l'utérus abaissé, le tout comme dans le cas précédent, je dilate largement le col et je racle avec ma curette toute la cavité utérine. Ensuite, par le moyen d'une longue pince, je promène sur les faces internes de l'utérus un morceau de toile imbibée d'une solution phéniquée à 5 pour cent; je répète cette même opération trois fois, puis j'introduis dans la matrice une bandelette de gaze iodoformée. Le 6, température, 101; le 7, température, 99½. J'ai remplacé la bandelette de gaze iodoformée au bout de 36 heures pendant quelques jours, j'ai fait des injections intra-utérines avec une solution de sublimé, 1 dans 4,000 et tout est rentré dans l'ordre.

## Société médicale de Québec

SÉANCE DU 19 JANVIER 1899.

Avec cette séance, la Société Médicale, fondée en dépit des prédictions malheureuses d'un grand nombre, a commencé plus prospère que jamais sa troisième année d'existence.

Aussi Monsieur le Président s'est-il montré particulièrement satisfait des succès obtenus jusqu'à ce jour et s'est plu à déclarer que notre société médicale était la première qui avait existé aussi longtemps à Québec et donnait d'aussi belles espérances pour l'avenir.

Il profite de l'occasion pour remercier tous ceux qui de près ou de loin, par leur présence ou leurs travaux, se sont plu à encourager cette société encore jeune à la vérité, mais dont les bienfaits se sont déjà fait sentir dans tout notre district; nous pouvons être certains, dit-il, que son existence est maintenant assurée et que son importance s'affermira tous les jours d'avantage.

On procède alors aux élections des officiers pour l'année 1899.

Sur proposition du Dr Paquin, secondée par le Dr L. Catellier, Monsieur le Docteur Simard (Snr), est élu à l'unanimité Président-Honoraire de la Société.

M. le Dr Charles Verge, dit que M. le Président a oublié de mentionner en exaltant les succès de la société que cette dernière les devait surtout au zèle et au dévouement de son président et de ses autres officiers: que comme conséquence il devenait rationnel de les réinstaller tous dans leur charge respective. Alors sur une proposition à cet effet furent réélus unanimement officiers pour l'année 1899:

Président :	M. le Docteur Ahern.
Vice-Président :	“ “ L. Catellier.
Secrétaires } :	“ “ C. R. Paquin.
conjointes } :	“ “ P. V. Faucher.
Treasorier :	“ “ F. X. J. Dorion.

M. le Président remercie l'assemblée de l'honneur qu'on vient de lui décerner pour la troisième fois. Il ne comprend pas, dit-il, d'un air peu convaincu, pourquoi on a fait cela. .... Il accepte, toutefois avec plaisir, promettant de ne rien négliger pour affermir davantage sur ses bases déjà solides l'existence de la société.

Avant d'ajourner il rappelle à notre souvenir le premier Président-honoraire de la Société Médicale de Québec, feu le Dr C. E. Lemieux. Après un éloge aussi juste que mérité, il est proposé par le Dr Jobin, secondé par les Drs Dorion, Verge, Paquin :

“ Que cette société a appris avec un profond chagrin la mort du Dr C. E. Lemieux son président-honoraire et le doyen de la faculté médicale à Québec.

“ Que cette société se plaît à reconnaître dans la personne du regretté défunt l'une de nos plus belles figures médicales et par sa science et par son dévouement.

“ Elle prie de plus la famille de vouloir bien agréer l'expression de ses plus vives sympathies.”

M. le Président fait de nouveau un chaleureux appel à :

membres pour les engager à fréquenter les séances de la Société, leur promettant bien qu'ils n'auront jamais raison de regretter leur démarche et qu'ils auront au contraire par surcroît la satisfaction d'avoir contribué à maintenir florissante une association dont le double but scientifique et professionnel est appelé à faire un bien inappréciable dans notre district.

M. le Dr Bolduc, de St-Michel, qui avait préparé quelques notes en rapport avec la dernière discussion sur l'avortement incomplet est alors appelé à nous en donner communication.

Après lui M. le Dr L. Catellier entame une discussion fort intéressante sur la période d'incubation dans les maladies contagieuses avec la durée de la quarantaine dans chaque cas.

Cette discussion qui promet d'être bien nourrie sera sans nul doute du plus haut intérêt. Un rapport en sera publié dans la *Revue* lorsqu'elle sera terminée.

Le trésorier nous fait son rapport. Il est adopté et la séance est ajournée au 23 février.

C. R. PAQUIN, M.-D.,  
Secrétaire.

## REVUE DES JOURNAUX

### L'alcoolisme.

Par M. le professeur M. DEBOVE.

(Suite et fin)

Après les considérations générales que je viens d'exposer, il est temps d'aborder notre sujet lui-même. Je traiterai successivement: 1° de la consommation de l'alcool; 2° de ses effets sur l'individu et sur la race; 3° de l'agent de l'intoxication; 4° des moyens prophylactiques à opposer à l'alcoolisme.

Voyons d'abord quelle est la consommation de l'alcool et des boissons alcooliques en France et dans les diverses régions de la France, en comparant ces régions entre elles et avec les pays étrangers.

La France consomme aujourd'hui plus de 2 millions d'hectolitres d'alcool, c'est du moins le chiffre officiel; et vous savez que les chiffres officiels, en pareille matière, restent toujours au-dessous de la vérité, une quantité considérable d'alcool échappant à la statistique, d'abord à cause de la fraude, puis chez nous par suite d'un privilège spécial accordé aux bouilleurs de cru.

Il faut placer ici une remarque qui s'applique à toutes les statistiques. En disant que la consommation totale est de 2 millions d'hectolitres d'alcool, il faut entendre d'alcool à 100°. C'est le seul moyen de comparer exactement la consommation d'un pays avec celle d'un autre; c'est aussi le seul moyen de faire le total de l'alcool ingéré dans des boissons diverses. Mais, l'alcool consommé à pour titre moyen 40°, de sorte que la France consomme en réalité 5 millions d'hectolitres d'eau-de-vie. Depuis longtemps, d'ailleurs, cette quantité est en augmentation, et si nous comptons l'alcool consommé par tête, ce qui est absolument nécessaire pour évaluer la consommation respective, consommation des villes, des départements et des nations, nous trouvons les chiffres suivants:

Année	la France consomme par habit.	1846
1850	—	2 27
1860	—	3 64
1880	—	4 07
1895	—	4 19

Si nous ajoutons à l'alcool proprement dit les boissons dites si faussement hygiéniques, nous trouvons que la consommation annuelle par tête est de 25 litres de bière, 18 litres de cidre et 79 de vin, ce qui représente 10 litres d'alcool; nous pouvons donc dire que la consommation actuelle de la France est, par tête, de 14 lit. 19 d'alcool à 100°.

Quelle est la consommation de l'étranger?

A ne considérer que la consommation de l'alcool, sans les boissons dites hygiéniques, la France vient après la Belgique, la Hollande et l'Allemagne.

Mais, si nous comptons la consommation totale des boissons alcooliques, la France occupe le premier rang, avec ses 14 litres d'alcool à 100° par habitant. Voici d'ailleurs le tableau comparatif:

France.....	14 16
Belgique.....	10 50
Allemagne.....	10 50
Iles Britanniques.....	9 25
Suisse.....	8 75
Italie.....	6 60
Hollande.....	6 25
Etats-Unis.....	6 10
Suède.....	4 50
Norvège.....	3 "
Canada.....	2 "

Un point de vue plus inquiétant encore pour nous est celui-ci: dans beaucoup d'autres pays, la consommation d'alcool diminue, tandis que dans le nôtre elle suit une marche croissante, ainsi qu'il ressort de la statistique suivante, empruntée à une thèse récente de M. Ruysen, statistique qui porte exclusivement sur les *boissons distillées*.

a) Nations où la consommation suit une marche croissante:

	Années.	Litres à 100°.
1° France.....	1830.....	1 1
	1894.....	4 04
	1898.....	4 54
2° Belgique....	1835-40.....	3 16
	1893-94.....	4 7

b) Nations où la consommation reste plus ou moins stationnaire:

1° Hollande....	1841.....	4 14
	1876.....	6 "
	1891.....	4 4
2° Iles Britanniques.....	1852.....	2 8
	1894.....	2 2
3° Italie.....	1880.....	0 85
	1891.....	0 35

c) Nations où la consommation suit une marche décroissante:

1° Allemagne.	1887.....	8 2
	1894.....	4 4
2° Suisse.....	1878.....	5 2
	1894.....	2 9
3° Etats-Unis.	1860.....	5 75
	1893.....	2 85

Mais revenons à la France, car il est encore très intéressant de comparer les différents départements entre eux et même les différentes villes entre elles. Ici, c'est la Seine et Paris qui tiennent la tête. Voici le tableau de la consommation d'alcool par tête dans un certain nombre de départements:

	Alcool.	Alcool total.
Seine.....	6 15	27 24
Calvados.....	8 1	23 88
Aude.....	1 8	20 38

Le département qui consomme le moins d'alcool est la Haute-Savoie (0 lit. 60 d'alcool pur).

La ville qui en consomme le plus est la ville d'Eu (21 litres).

Celle qui en consomme le moins est la ville de Douvaine, chef-lieu de canton de la Haute-Savoie (0 lit. 04).

Ces chiffres si effrayants sont encore trop faibles. car je les emprunte au rapport de M. Claude, qui date de 1885; depuis cette époque, la consommation a beaucoup augmenté partout, mais il est probable que les rapports sont restés les mêmes.

Un autre moyen d'apprécier la consommation de l'alcool, c'est



de compter le nombre des cabarets ; nous le voyons aussi progresser d'une manière inquiétante :

En 1830.	il y avait en France	281,000 cabarets,
1890	— —	413,000 —
1897	— —	500,000 —

Dans le département du Nord, on compte 1 cabaret pour 46 habitants ou pour 15 adultes. Dans la Seine-Inférieure, 1 pour 70 habitants ou pour 22 adultes. A Paris, il y a 33,000 cabarets, c'est-à-dire plus d'un par trois maisons.

Et je ne compte pas les inventions modernes protégées par les pouvoirs publics ! Les chemins de fer, certains tramways ont maintenant des wagons-bars qui permettent à l'alcoolique d'aller de Paris à Bruxelles ou de Paris à Saint-Germain sans interrompre ses occupations. Je ne désespère pas de voir bientôt nos tramways urbains contenir ainsi de petits cabarets ambulants, qui promèneront dans Paris les bienfaits de l'alcoolisme.

Ce ne sont pas les adultes seuls qui absorbent de l'alcool : les femmes et les enfants contribuent aussi à la consommation de ce toxique.

En Normandie, les femmes s'alcoolisent comme les hommes. La manière de prendre le café en famille est bien caractéristique : on en boit une gorgée, qu'on remplace par de l'eau-de-vie ; puis, une autre dont l'alcool vient combler le vide ; et, après un certain nombre d'ingurgitations et de remplissages, vous pouvez juger s'il reste beaucoup de café dans le mélange.

Les enfants sont dressés de bonne heure à boire la goutte. Au premier déjeuner, ils trempent, comme les parents, leur pain dans l'eau-de-vie. Des rapports d'inspecteurs primaires constatent que le panier de l'écolier contient souvent une fiole de ce liquide ; et les maîtres se plaignent qu'après le repas les classes sont empestées d'une odeur d'alcool difficile à faire disparaître.

Terminons par un calcul. Le petit verre d'eau-de-vie se vend, m'a-t-on dit, dix centimes en moyenne. Chaque litre en contient quarante, ce qui met le litre à 4 francs vendu au détail, et l'hectolitre à 400 francs.

Nous avons dit que la France consommait environ par an 4 millions d'hectolitres d'alcool à 50°; faites la multiplication, et vous arrivez au chiffre de 1 milliard 600 millions de francs, prélevés en grande partie sur la classe ouvrière. Quelle économie pour elle si, sans même se mettre au régime de l'eau, en continuant à consommer la même quantité de bière, cidre et vin, elle consentait seulement à se priver chaque jour de quelques petits verres d'alcool !

Ce calcul est évidemment étranger à la médecine, puisqu'il s'agit d'un calcul d'argent, mais il n'en a pas moins son intérêt pour montrer que l'alcoolisme nuit autant à la bourse qu'à la santé. Nous verrons, d'ailleurs, dans une prochaine leçon, quelle influence pernicieuse l'alcool a sur l'individu et sur la race ; nous verrons ce qu'est l'intoxication alcoolique, et ce que doit être la lutte contre l'alcoolisme.

(*Presse méd.*)

#### De l'examen de l'arrière-faix (placenta et membranes) et de la conduite à tenir dans le cas où un fragment de membranes est resté adhérent à l'utérus

Clinique de la rue d'Assas. — M. le Professeur BUDIN.

Je voudrais aujourd'hui vous entretenir des difficultés qu'on peut rencontrer dans l'examen de l'arrière-faix (placenta et membranes) et aussi de la façon dont cet examen doit être pratiqué pour voir s'il n'en est pas resté une partie dans la cavité utérine. Vous savez que cette rétention d'une partie de l'arrière-faix dans la cavité utérine peut entraîner des accidents très graves et même la mort de la femme, si on n'intervient à temps et d'une façon efficace.

Nous avons eu récemment plusieurs cas de rétention de ce

genre. Le premier cas concerne une femme secondipare, accouchée le 1er novembre dernier. Présentation du sommet en OIGA ; l'accouchement a été facile, rapide, rien d'anormal. L'accouchement s'était fait à deux heures vingt, le placenta fut expulsé à deux heures quarante. Au premier abord le placenta parut normal, mais un examen plus attentif montra qu'il en manquait une faible partie. La sage-femme introduisit une main dans l'utérus et put en extraire des débris de placenta ; puis une injection intra-utérine fut faite. Quand on m'a montré les parties ainsi extraites, je me suis permis d'émettre un doute et de me demander s'il ne s'agissait pas en réalité de parties de la caduque. L'examen fait au laboratoire montra que les parties extraites étaient constituées par un tissu rouge, résistant ; ce n'était pas des villosités, mais des portions de la caduque inter-utéro-placentaire. Cette caduque est quelquefois très épaissie au niveau de l'insertion du placenta ; quand celui-ci se détache, il entraîne une partie de cette caduque, tandis qu'il en reste une autre partie qui peut encore être épaissie.

Supposez que ce reste forme des stalactites proéminentes dans la cavité utérine, on pourrait être très embarrassé et croire à l'existence de portions placentaires. C'est ce qui est arrivé dans notre cas ; cependant il n'est survenu aucune complication, les suites de couches ont été bonnes.

Ces jours-ci, nous avons eu un autre cas : une femme ayant eu ses dernières règles du 10 au 14 février, est venue accoucher dans le service. Présentation du sommet en OIGA. Le placenta fut expulsé naturellement. A l'examen, on le trouve déchiqueté, les membranes, très friables, paraissent incomplètes. On introduit la main dans l'utérus on sent du côté de la corne des débris de cotylédons et de membranes très difficiles à détacher vu leur adhérence et la difficulté de les atteindre. On arriva à les détacher, une injection intra-utérine fut faite, les suites de couches ont été bonnes.

Ces observations sont intéressantes : elles vous montrent combien il est difficile quelquefois de savoir s'il reste ou non des débris placentaires dans l'utérus. Ce sont ces difficultés dont je veux vous entretenir, et aussi de la façon dont on peut en triompher.

Et d'abord, il est nécessaire de faire un examen très attentif du placenta : on regarde si sa circonférence est bien égale, bien régulière. Sur la face utérine, on aperçoit les cotylédons au nombre de quinze ou seize. Sur cette face rosée, lorsqu'il n'y a pas de lésions, il existe une couche vernissée constituée par la caduque ou par une partie de la caduque inter-utéro-placentaire. Puis on relève les membranes en montrant qu'elles peuvent former une poche complète. Vous savez qu'il y a dans cette poche trois membranes : la caduque, le chorion et l'amnios. Quelquefois la caduque est peu épaisse, d'autres fois, comme je vous l'ai dit, elle est hypertrophiée, blanchâtre. Elle reste généralement en grande partie dans la cavité utérine, quelquefois totalement ; or ce tissu, qui a subi la dégénérescence graisseuse, peut s'infecter et être le point de départ d'accidents.

Dans certains cas, l'amnios seul peut être détaché, et vous avez une poche constituée uniquement par cette membrane, le chorion est resté adhérent à la paroi utérine. Comme l'a dit Lazarewitch, ce qui est dangereux, c'est la rétention du chorion et de l'amnios, car l'amnios se désagrège plus difficilement que le chorion, qui, seul, peut être ainsi expulsé.

Quelquefois, au lieu de cette membrane vernissée, on trouve sur la surface placentaire une sorte de lacune. Est-elle véritablement due à la disparition d'un cotylédon ou produite par la séparation de cotylédons voisins ? Il faut alors examiner la surface avec le plus grand soin. S'il y a un cotylédon arraché, on aperçoit, avec un filet d'eau projeté sur la surface, de petites parties flottantes, ce sont des villosités, et, quand on regarde de plus près, on trouve des vaisseaux blanchâtres qui ont été déchirés avec leurs ouvertures, mais on ne trouve pas la surface vernissée dont j'ai parlé. D'autres



fois, ce ne sont pas des lacunes, ce sont des fissures, des sortes de balafres qu'on aperçoit, alors les mêmes observations s'imposent : il faut voir si les parties se rapprochent bien, et si rien n'a été arraché.

Quelquefois on trouve un placenta déchiré en morceaux avec des cotylédons épars, on essaye de reconstituer le placenta ; si on y arrive, il y a des chances pour qu'il ne soit rien resté dans l'utérus, mais s'il y a le moindre doute, alors il faut toujours s'en assurer par le toucher utérin après désinfection préalable très soignée. Je dis toujours, j'entends ce mot au sens où il faut l'entendre en clinique, je ne voudrais pas être absolu, mais il faut faire ce toucher si on a de bonnes raisons pour penser qu'il est resté des parties placentaires dans l'utérus.

Dans d'autres circonstances, on trouve le placenta complet, et cependant un cotylédon peut être resté dans la cavité utérine. Il y a des cas en effet où il existe des cotylédons supplémentaires qui se trouvent à une certaine distance du placenta et qui peuvent être restés, l'ensemble du placenta ayant été expulsé. Comment faire dans ces cas ? J'ai appelé votre attention sur ce fait que tout placenta a des vaisseaux ; ces vaisseaux viennent du fœtus, ils partent du cordon, ils cheminent sur les membranes et viennent se distribuer aux cotylédons supplémentaires ; si ceux-ci donc sont restés dans la cavité utérine, on procédera comme l'a indiqué Tarnier : regarder les membranes à contre-jour ; il y a des vaisseaux qui y cheminent ; s'ils s'arrêtent à un point déterminé, si on trouve des vaisseaux déchirés en ce point, c'est qu'il est resté des cotylédons.

Il est des cas encore plus difficiles dans lesquels, malgré l'examen du placenta, on pensera qu'il ne reste pas de cotylédon dans l'utérus. Dans ces cas, il existe bien un cotylédon supplémentaire, mais resté sur les bords de la masse totale du placenta. Les vaisseaux passent directement du bord du placenta au cotylédon supplémentaire. L'examen ne permet donc pas de voir des vaisseaux sur les membranes. J'ai observé un fait de ce genre, mais je ne suis pas le seul à l'avoir vu : il y a une observation publiée récemment par M. Chaleix et qui est très typique à cet égard.

Il y a encore d'autres cas où un cotylédon peut rester dans l'utérus sans qu'on le soupçonne. Dans ces cas, on ne manquera pas de vous accuser et de dire que c'est vous qui êtes coupables si des accidents éclatent et si la femme meurt.

J'ai vu un cas de ce genre à la Charité : une femme accouche le matin ; délivrance naturelle, le placenta et les membranes paraissent normales. La femme perd une certaine quantité de sang, on fait des irrigations chaudes, la perte de sang s'arrête. Vers quatre heures de l'après-midi, l'aide sage-femme constate chez elle l'utérus rempli, montant jusqu'à l'appendice xyphoïde. Elle introduit la main dans l'utérus de la malade, pensant qu'il s'agissait d'une hémorragie post-partum ; elle trouve des caillots, et, au niveau de la paroi utérine, un point plus résistant, c'était un fragment de cotylédon. Cependant le placenta avait une forme ronde, régulière ; sur un bord, en examinant bien, en faisant passer un courant d'eau, on pouvait apercevoir sur une petite surface des filaments blanchâtres. Ce n'était pas un cotylédon isolé comme dans le cas précédent, mais confondu avec le placenta et faisant simplement saillie au bord de la masse placentaire. Comment faire le diagnostic dans ce cas ? D'abord, par l'existence de ces filaments, mais de plus il y a autour du placenta une veine qu'on appelle sinus circulaire ; eh bien, chez cette femme, il y avait une ouverture de ce sinus indiquant son interruption. Enfin, normalement, les bords du placenta se terminent en pointe, suivant un plan incliné, tandis que dans notre cas il y avait en un endroit du bord une section à pic. Il m'est arrivé à maintes reprises de montrer des placenta de ce genre. Dans ces cas donc on peut être très embarrassé, et il peut être difficile de se prononcer.

Enfin il y a encore un cas embarrassant. En mars 1893, j'accouchai en ville une secondipare ; l'accouchement fut normal, le placenta examiné me parut complet, mais un morceau de membrane manquait. J'attendis en recommandant une asepsie rigoureuse. Pendant dix jours, il y eut quelques coliques, quelques pertes de sang, puis il y eut des coliques un peu plus fortes et le morceau de membrane fut expulsé. Mais on m'avertit qu'avec le morceau de membrane était sorti un cotylédon ; on me l'a d'ailleurs reproché, mais je ne connais pas le moyen de reconnaître dans ce cas s'il est resté, avec les débris de membranes, un cotylédon. N'oubliez pas néanmoins ce fait. Examinez bien l'arrière-faix, le bord du placenta, voyez s'il n'y a pas de cotylédon supplémentaire, si les bords ne sont pas taillés à pic, si le sinus circulaire n'est pas interrompu, si des villosités existent avec des vaisseaux déchirés, et presque toujours vous arriverez au résultat cherché.

Que résulte-t-il de la rétention de l'arrière-faix ? Il peut résulter des accidents graves et de la rétention des cotylédons. Je ne vous parlerai pas de cette dernière pour aujourd'hui, cela m'entraînerait trop loin. Mais, pour la rétention des membranes, dans les cas où l'accouchement a été simple et où l'on a pris toutes les précautions, qu'allez-vous faire ? En général, dans ces cas, il n'y a rien de particulier pendant les suites de couches : quelques tranchées, quelques pertes sanguines, puis expulsion des membranes. Tout est régulier à condition qu'il n'y ait pas eu d'infection avant la délivrance. Il est donc inutile d'introduire la main dans l'utérus, mais de plus il est difficile d'enlever ainsi les membranes qui sont adhérentes et qui se sont déchirées d'ailleurs à cause de cette adhérence même. Enfin ces membranes sont lisses, comme le reste de l'utérus, et comment reconnaître que le lambeau de membranes est adhérent à tel endroit de l'utérus ou à tel autre. Donc, si la femme n'a pas de fièvre, s'il n'y a rien d'urgent, ne rien faire.

Mais il y a des cas dans lesquels les membranes restent dans l'utérus parce qu'elles sont friables. Ces cas sont ceux où le travail a duré longtemps, où les membranes ont été infectées ainsi que le liquide amniotique qui dégage une odeur fétide. Quand on examine le placenta, on le trouve complet, mais une grande partie des membranes est restée ; elles vont infecter l'organe et déterminer des accidents très graves. Je me suis demandé quel pouvait être dans ce cas le moyen d'enlever les membranes : une injection, si abondante soit-elle, ne produirait rien. J'ai fait faire des écouvillons armés de côtes de plumes. Ces écouvillons sont plongés un certain temps dans une solution antiseptique froide. Les côtes de plumes sont très rigides, elles frottent mais ne blessent pas. Après avoir recourbé légèrement la partie garnie des côtes de plumes, et recourbé en sens inverse l'autre bout de l'écouvillon de façon à se rendre compte de la direction qu'aura la partie précédente, on introduit celle-ci en totalité dans l'utérus en la guidant avec la main. On râcle la surface antérieure de l'utérus, la surface latérale droite, la surface postérieure, la surface latérale gauche, puis on retourne l'écouvillon sur lui-même et on ramène les débris que l'on a détachés.

On recommence la même manœuvre avec deux, trois, quatre écouvillons, jusqu'à ce qu'on ne ramène plus rien. On termine par un lavage au sublimé ou bien on introduit un dernier écouvillon imbibé de glycérine créosotée, et on tamponne au besoin. Telles sont les précautions à prendre dans le cas de rétention des membranes ; ainsi les accidents redoutables seront évités.

(L'Indépendance Médicale)

#### De la curabilité de la tuberculose pulmonaire par la minéralisation intensive

D'après M. le Dr N DIMITROPOUL (de Bucarest).

Si l'on étudie avec soin l'étiologie de la tuberculose pulmonaire, on arrive à se convaincre que les terrains les plus propices au développement du bacille de Koch sont ceux où il y a déficience des élé-

ments organiques et chimiques lesquels, en se combinant avec les albuminoïdes, assurent la résistance de l'organisme. Par conséquent le traitement qui, d'après M. Dimitropol, est à la fois plus rationnel et plus efficace que tous ceux employés jusqu'à ce jour peut se résumer ainsi : minéralisation intensive de l'organisme et alimentation substantielle, naturelle, artificielle. Ce n'est ainsi qu'on peut refaire l'économie délabrée d'un tuberculeux et, par cela même, non seulement empêcher les poumons de se tuberculiser davantage, mais encore favoriser la cicatrisation scléreuse ou crétacée de la partie atteinte.

Voici en quoi consiste le traitement de M. Dimitropol :

Pendant 30 à 40 jours et quotidiennement, il donne aux malades chaque matin, un mélange nutritif ainsi composé :

Jaune d'œufs..... N° 4 à 5  
Pepsine..... 1 gramme.  
Lait chaud..... 400 —

le tout bien mélangé pendant 5 minutes et aromatisé, au besoin, d'un peu de vanille.

Dix minutes après, une tartine de 50 gr. de beurre frais et salé d'au moins une demi-cuillerée à café de sel de cuisine.

Lorsque les malades sont très maigres, il faut leur administrer, en outre, des lavements nutritifs composés comme suit :

Jaune d'œufs..... N° 4  
Peptone liquide..... 25 grammes.  
Sel de cuisine ..... 5 —  
Bouillon concentré chaud..... 80-100 —

Ce lavement, une fois bien mélangé, doit être introduit lentement à l'aide d'un irrigateur. Chacun de ces lavements doit être, bien entendu, précédé d'un lavement évacuant.

Le malade prend en outre journellement 6 à 12 gr. de phosphate tribasique de chaux et de 2 à 4 gr. de phosphate de soude, ainsi formulés :

Phosphate trib. de chaux..... 2 grammes.  
Phosphate de soude..... 0 gr. 50

Pour un paquet. 3 à 6 par jour.

Après chaque repas, le malade devra également prendre, dans un demi-verre d'eau 2 à 4 cuillerées à café de la solution suivante :

Chlorhydro-phosphate de chaux en solution au titre de 10 p. 100..... 300 grammes.

Tous les médicaments que nous venons d'énumérer doivent être donnés d'une manière graduée, pendant 40 jours ; vers la fin de cette période, il faut diminuer la dose et continuer pendant 6 mois et recommencer même plus tard avec des intermittences de 15 jours par mois.

De plus, on leur prescrit quotidiennement, pendant 30 à 40 jours, 15 grammes de sel de cuisine mêlé aux aliments déjà salés par la préparation culinaire. Il est nécessaire que les malades prennent indéfiniment 6 à 8 grammes de sel par jour.

Comme alimentation, il recommande 500 à 600 grammes de viande, un litre de lait, 3 œufs préparés au gré du malade, du poisson et des légumes en quantité habituelle, mais choisis de préférence parmi les plus riches en azote, tels que : lentilles, haricots, pois, etc.

Tel est dans ses lignes générales le traitement du médecin roumain ; il appartient au médecin de l'appliquer selon le degré de la maladie, l'âge et la constitution du sujet, en ayant soin de procéder graduellement dans tous les cas et d'avoir toujours en vue la tolérance du malade, tant en ce qui concerne l'alimentation naturelle et artificielle que le traitement minéralisant.

Il est inutile d'ajouter que le même traitement peut être préconisé pour les scrofuleux et les lymphatiques, en excluant toutefois l'alimentation artificielle. Ce traitement, appliqué à bon nombre de lymphatiques et scrofuleux, a toujours donné d'excellents résultats.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

#### Traitement de la dyspepsie gastrique des nourrissons

Parmi les diverses affections du tube digestif chez le nourrisson, la simple dyspepsie ou catarrhe dyspeptique de l'estomac mérite de la part du praticien une attention plus grande que celle qu'on lui prête habituellement. En effet, cette gastropathie, qui se traduit surtout par des vomissements alimentaires et par des selles putrides, contenant des grumeaux de lait non digéré et des mucosités glaireuses, peut, lorsqu'elle est négligée, devenir le point de départ de troubles morbides graves susceptibles de compromettre la nutrition et le développement ultérieur de l'enfant. Il importe donc de la traiter d'une façon énergique dès le début.

Voici les moyens auxquels M. le Dr R. Guaita, médecin en chef de l'hôpital infantile de l'ordre de Malte, à Milan, a recours avec succès en pareil cas :

Tout d'abord il purge l'enfant : il administre le premier jour de l'huile de ricin à la dose d'une cuillerée à café, répétée toutes les 6 à 10 heures. Le lendemain, il donne du calomel, dont il fait ingérer ordinairement 3 prises de 0 gramme 05 chacune, séparées par une heure d'intervalle. Parfois la dose est plus élevée : notre confrère prescrit alors 0 gramme 30 de calomel en 4 paquets, qui sont pris, 2 le matin à une heure d'intervalle, 2 autres le soir de la même façon. Lorsque l'irritation stomacale est particulièrement intense, on commence par le calomel, qui calme bien les vomissements, et on n'administre l'huile de ricin que le lendemain.

Dès le début du traitement, on met l'enfant à la diète absolue pendant 1 ou 2 jours, ne permettant que l'eau bouillie simple, l'eau de chaux ou une infusion de camomille, suivant l'état de la langue, du ventre et la nature des matières fécales. En été, M. Guaita recommande souvent une boisson légèrement édulcorée et composée de 200 grammes d'eau avec 30 grammes de cognac, à prendre dans les 24 heures. S'il existe de la tendance à la diarrhée, il prescrit une infusion de cascarrille à 4 ou 5 p. 100, ou bien des paquets ainsi formulés :

Calomel..... 0 gramme 03  
Sous-nitrate de bismuth..... 0 — 15  
Salol..... 0 — 10

Mélez. Pour un paquet. Faites 6 paquets semblables. — A prendre : 2 ou 3 paquets par jour.

Lorsque au bout de 24 à 48 heures de ce traitement, on commence à alimenter le petit malade, il est bon de lui faire avaler, immédiatement avant chaque tétée, une tasse de bouillon dégraissé ou de tisane de camomille, ou bien un demi-verre d'eau. On facilite ainsi la digestion du lait (surtout lorsqu'on administre du bouillon), et on évite une succion trop énergique, qui a l'inconvénient d'occasionner une abondante déglutition d'air.

Dans les cas où la dyspepsie débute par une fièvre intense accompagnée de convulsions, il suffit, d'après l'expérience de M. Guaita, d'appliquer une vessie de glace sur la tête et des cataplasmes sinapisés aux membres pour voir généralement disparaître l'accès au bout de quelques minutes. Sauf cette modification, le traitement reste le même que précédemment. Cependant, il conviendra, dans ces conditions, d'insister plus longtemps sur la médication évacuante, en administrant tantôt 0 gramme 10 de calomel, tantôt un lavement d'eau boriquée ou bien d'infusion de camomille additionnée de 1 à 2 p. 100 de benzoate de soude, et en alternant ainsi pendant quelques jours.

Le spasme de la glotte, qui est une complication assez fréquente de la dyspepsie gastrique des enfants en bas-âge—M. Guaita l'a observé 88 fois sur un total de 5,000 nourrissons—cède aussi à l'huile de ricin et au calomel, ce qui prouve bien que ce trouble dépend d'une irritation réflexe ayant l'estomac pour point de départ et qu'il ne constitue pas un phénomène surajouté relevant d'autres causes telles que dentition, vers intestinaux, etc.

Enfin, la dyspepsie gastrique une fois guérie, M. Guaita or-

donne le phosphore, à titre de reconstituant du système nerveux, d'après la formule suivante :

Phosphore.....	0	gramme 01
Huile d'olive.....	} à 10	—
Gomme arabique.....		
Eau distillée.....	80	—

F. S. A.—A prendre : 2 cuillerées à café par jour.

(Sem. med.)

**La minéralisation intensive dans la phtisie pulmonaire**

Dimitropol, considérant que les terrains les plus propices au développement du bacille de Koch, sont ceux où il y a insuffisance des éléments organiques et chimiques qui, par leur combinaison avec les albuminoïdes, assurent la résistance de l'organisme, en conclut que la meilleure façon de soigner les tuberculeux serait :

De minéraliser fortement l'organisme et de l'alimenter très substantiellement tant d'une façon naturelle qu'artificielle. C'est ainsi qu'on pourra retarder la tuberculisation et favoriser la cicatrisation crétacée ou scléreuse de la partie lésée.

Dimitropol prescrit à cet effet : Tous les matins, pendant trente à quarante jours successifs, le mélange nutritif :

Jaunes d'œufs .....	4 ou 5.
Pepsine.....	1 gramme.
Lait chaud.....	400 grammes.

On mélange intimement le tout que l'on peut aromatiser avec un peu de vanille.

Dix minutes après que le malade a pris ce lait de poule spécial, il mange une tartine avec 50 grammes de beurre frais dans lequel on incorpore une demi-cuillerée à café de sel de cuisine.

Si l'on a affaire à des malades très amaigris, il faut, en même temps, leur administrer des lavements nutritifs composés de 4 jaunes d'œufs, 25 grammes de peptone liquide, 5 grammes de sel et 90 grammes de bouillon chaud.

Les malades prennent en outre journallement trois à six des poudres suivantes :

Phosphate de chaux tribasique.....	2 grammes.
Phosphate de soude.....	50 centigrammes.

Après chaque repas on peut encore leur donner 3 à 4 cuillerées à café de solution de chlorhydrophosphate de chaux dosée à 10 p.c.

Cette médication doit être ponctuellement suivie pendant 6 semaines ; après quoi on diminue la dose tout en continuant le remède pendant six mois.

Il est avantageux d'y revenir plus tard encore avec certaines intermittences.

De plus, les malades prennent quotidiennement 15 grammes de sel de cuisine mêlés aux aliments déjà salés. Le sel est jugé comme un condiment indispensable à la dose de 8 grammes, par jour, au moins.

L'alimentation journalière devra comporter :

500 à 600 grammes de viande ;

Un litre de lait ;

Trois œufs préparés au gré du malade ;

Du poisson, des légumes et parmi ceux-ci les plus riches en azote et en matières minérales, comme les pois, les lentilles, les haricots.....

(Journal de méd. de Paris)

**La lactose comme accélérateur physiologique du travail de l'accouchement**

M. Keim, interne des hôpitaux, au cours de recherches sur la glycosurie pendant la grossesse et la puerpéralité, essaya l'épreuve de la glycosurie alimentaire sur une femme enceinte, et vit se produire une demi-heure après l'ingestion de glucose, des contractions utérines. Depuis il continua ses essais qui ont porté sur dix femmes

à terme ou près du terme et sur une femme ayant fait un avortement de deux mois avec rétention placentaire.

Dans toutes les observations de femmes à terme ou près du terme, il a vu les contractions utérines faibles ou paresseuses, influencées par la lactose.

Dans tous les cas, l'action de la lactose n'a été efficace qu'après un début de travail (col effacé et dilatable, ou mieux avec dilatation commencée).

La dose minima de lactose employée, après divers essais, a été de 20 à 25 grammes. Elle a paru donner toujours des résultats suffisants, meilleurs que ceux d'une dose plus faible (15 grammes) qu'il a fallu renouveler. Les quantités supérieures à 25 grammes n'ont pas eu une influence meilleure sur l'utérus.

L'action de la lactose commencerait d'autant plus rapidement que le travail est plus avancé et la parité plus grande, rendant ainsi à la contraction son caractère physiologique. Ce début varie de 10 minutes à une demi-heure, 50 minutes après l'ingestion de la lactose. On l'a vu retarder jusqu'à 1 heure, 1 h. 45 et 2 heures, dans les cas de simple dilatabilité du col.

La lactose n'a pas eu d'influence sur la délivrance, ni sur la rétraction utérine. La faible quantité ingérée n'a pas augmenté la diurèse *post-partum* et peu la montée ou la quantité du lait. Il est à remarquer, cependant, que toutes les femmes en question, ont été bonnes nourrices : peut-être n'y a-t-il là qu'une heureuse série.

Enfin, le cas unique d'avortement incomplet traité, a prouvé l'action efficace de la lactose. Celle-ci s'est fait sentir assez rapidement (moins d'une heure) sur le col fermé et a cessé dès l'expulsion du placenta dans le col ; M. Keim croit donc nécessaire la présence d'un corps étranger (placenta) dans l'utérus, ainsi qu'un travail déjà accompli (expulsion de l'embryon). Peut-être y a-t-il là un moyen de diagnostiquer l'avortement incomplet, la lactose n'éveillant pas de contractions dans l'utérus vide.

Le rôle ocytocique de la lactose est rendu précieux : par son caractère non médicamenteux, comme il en est de l'ergot ou de la quinine ; par son absence de toxicité, ce qui est d'autant plus important qu'elle est employée dans un organisme où les échanges nutritifs sont déjà ralentis.

A son action rapide, s'ajoutent : son innocuité pour la mère, en particulier après l'accouchement où elle ne provoque pas l'hémorragie signalée dans certains cas traités par la quinine, et surtout dans les cas rares par l'ergot : son innocuité pour l'enfant et surtout pour l'œuf sur lequel elle n'a pas d'action abortive puisque, pour agir, elle a besoin toujours d'un début de travail.

Enfin, ce qui lui paraît spécial, c'est que son action ne se localise pas seulement à l'utérus, mais est généralisée aux muscles abdominaux et au reste de la musculature de l'organisme. La lactose devient ainsi et un ocytocique et un véritable stimulant, un tonique qui relève l'énergie musculaire de la femme et hâte l'expulsion du fœtus.

(La Presse méd.)

**Indications des injections hypodermiques de morphine en cas de danger de mort**

M. FERRAND.

Etant donné que l'on meurt rarement par épuisement nerveux, quelquefois par syncope, le plus souvent par asphyxie, peut-on, sans scrupule, employer les injections de morphine chez les sujets en danger de mort ? Question grave pour la déontologie professionnelle.

En effet, l'injection de morphine peut, bien que rarement chez certains sujets, aggraver un état syncopal ; elle peut surtout compliquer sérieusement un état asphyxique ; elle peut par là soit hâter le moment où le malade perd connaissance, soit même hâter le moment de la mort réelle.

D'autre part, cette médication est précieuse dans bien des cas et réclamée par le malade ou par ceux qui l'entourent, et, étant donné le soulagement qu'elle procure, le médecin ne saurait se l'interdire sans de graves motifs.

Le moyen de concilier ces indications opposées, c'est de pratiquer une injection de morphine mêlée d'éther : l'éther, tout en laissant à la morphine ses effets favorables de sédation, suffit à prévenir tout danger de syncope et tend à écarter les menaces d'asphyxie ; il ne peut donc que soulager le malade sans l'exposer à une aggravation des accidents qu'il y aurait à redouter.

(France méd.)

#### Un effet peu connu du lavement

C'est l'apparition dans les 24 ou 48 heures au plus tard, surtout chez l'enfant, d'une éruption cutanée affectant un aspect et une marche assez particuliers.

Le phénomène doit être assez rare. Pourtant, le Dr Still, qui attire l'attention sur ce fait, en a communiqué 26 observations à la Société clinique de Londres.

L'éruption se présente sous la forme d'un érythème en placards d'un rouge vif. Elle apparaît d'abord aux genoux, aux coudes, aux fesses et à la face. Dans certains cas l'exanthème est nettement scarlatiniforme ; parfois les deux formes sont associées. L'éruption ne s'accompagne d'aucun trouble général. Elle est parfois suivie de desquamation.

On l'observe d'ordinaire après le premier lavement. Mais chez certains sujets particulièrement susceptibles, elle se reproduit chaque fois que le remède est administré.

L'explication que donne de ce fait M. Still est peut-être sujette à caution. M. Still attribue l'éruption à la résorption des toxines fécales dissoutes dans le liquide du lavement.

En tout cas, voilà une nouvelle variété d'éruption médicamenteuse qu'il est bon de connaître pour éviter les erreurs de diagnostic.

(Méd. moderne)

#### Traitement de la toux post-grippale.

(CAPITAN).

Parmi les manifestations actuelles de la grippe, il n'en est pas de plus tenace que la toux. Elle est actuellement, dans beaucoup de cas particulièrement pénible, et bien peu de médicaments arrivent à la calmer. Nombre de malades, une fois la période d'état passée, continuent à avoir de vraies quintes coqueluchoïdes qui font leur désespoir et souvent celui du médecin.

Voici tout d'abord une formule due à Sanger, qui dit s'en être bien trouvé (chez des phtisiques).

Il prescrit 5 pilules en 24 heures d'extrait sec d'hydrastis canadensis (1 à 5 centigrammes par pilule). Ou bien encore, il fait prendre cinq fois par jour, avant les repas, xxx à xl gouttes dans un peu d'eau du mélange :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis. } àà p. e.  
— — d'ergot de seigle..... }

La toux diminuerait très vite, l'expectoration deviendrait plus visqueuse et moins abondante.

Contre cette toux grippale à forme coqueluchoïde si désagréable et si tenace, nous avons plusieurs fois employé la formule suivante :

Teinture de drosera..... } àà 2 grammes.  
— de grindelia..... }

Alcoolature de racines d'aconit. 1 —

Bromoforme.....LX gouttes.

Glycérine pure.....2cc

vi à xv gouttes, trois à quatre fois par jour, dans un peu de vin blanc sucré.

Ce véhicule, singulier en apparence, masque très bien le goût fort peu agréable de cette préparation.

Les résultats que nous avons obtenus ont été excellents. Les quintes de toux diminuent de fréquence et d'intensité et finissent par disparaître.

(Gaz. des Hôp.)

#### Influence exercée sur la goutte par les substances minérales contenues dans les végétaux.

Luff prescrit aux gouteux, en guise de sel de cuisine, les cendres de choux, plus spécialement de Bruxelles, de navet, de céleri, surtout d'épinard, qui retardent la transformation du quadriurate de soude, lequel est soluble, en biurate peu soluble dont se composent les concrétions gouteuses.

(Lyon méd.)

## FORMULAIRE

### Topique anti-cancéreux.

CZERNY ET TRUNSK.

Acide arsénieux..... 1 gramme.  
Alcool éthylique..... } àà 75 grammes.  
Eau distillée..... }

Ce topique est recommandé spécialement pour les ulcérations épithéliomateuses de la face et, suivant les cas, ces auteurs ont employé la formule à 1% et même à 1/80, tous les jours ou tous les deux jours).

(L'Indépendance Méd.)

### Solution contre la chorée infantile.

(M.N. Tu. FILATOV).

Acide arsénieux..... 0 gramme. 10  
Eau distillée..... 100 grammes.

F. S. A. — prendre : de une 1/2 cuillerée à café à 7 cuillerées à café par jour.

Cette solution serait mieux supportée que la liqueur de Fowler et l'arséniate de soude, qu'on emploie d'habitude dans le traitement de la chorée infantile.

On commence par administrer une 1/2 cuillerée à café par jour chez les enfants de 4 à 10 ans, et 1 cuillerée à café entière s'il s'agit de malades ayant plus de 10 années : puis on augmente cette dose quotidienne pendant 7 jours consécutifs ; après quoi, on la diminue de la même façon durant 7 autres jours, et ainsi de suite.

La dose maxima est donc de 3 cuillerées à café 1/2 (14 grammes de la solution) jusqu'à l'âge de 10 ans, et de 7 cuillerées à café (28 grammes de la solution) pour les enfants plus âgés.

Si l'usage interne de l'arsenic n'est pas toléré, M. Filatov a recours aux injections sous cutanées de liqueur de Fowler pure, à la dose de o. c. c. 25 à o. c. c. 50.

(Semaine Médicale)

### Formule pour tonifier le système nerveux.

A. ROBIN.

Magnésium métallique..... 10 centigrammes  
Glycérophosphate de chaux... 30 —  
Poudre de fèves de Saint-Ignace 2 —  
Fluorure de calcium..... 2 —

Pour un cachet.

(Rév. internat. de méd. et de chir.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## De l'hystérie et son traitement

Hôpital Cochin.—Cliniques médicale.

Par M. le Dr GILLES de la Tourette.

Leçons inédites recueillies par M. le Dr Charles De Blois, Trois-Rivières, P. Q. suivies d'une observation personnelle d'un cas de paralysie hystérique.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une affection très commune parmi les maladies nerveuses, je veux parler de l'hystérie. Et vous verrez qu'ici encore nous ne sommes pas désarmés, que nous pouvons obtenir des guérisons radicales, grâce au traitement que je vais vous indiquer à la fin de cette leçon.

**Stigmates.** — Les stigmates sont connus depuis fort longtemps. On voit que du temps de Tertulien on les connaissait déjà, au moins les signes qui sont en rapport avec les troubles de la sensibilité, que l'on attribuait à l'influence diabolique. Certains médecins même y jouèrent un triste rôle, en certifiant que certain sujet, présentait tel ou tel stigmaté, telle ou telle marque, qui était un signe de possession.

Gendrin en 1846, et Charcot sont ceux qui firent le plus pour cette affection.

## TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

**Anesthésie.** — Perte totale ou diminution de la sensibilité, à la douleur, au tact, à la chaleur, au froid. L'anesthésie est un symptôme très fréquent. On a inventé des instruments spéciaux pour la rechercher. L'épingle est encore ce qu'il y a de plus pratique. Ce symptôme saute aux yeux, et il n'est pas besoin de le rechercher longtemps. Si vous interrogez ces quatre malades que je vous présente, ils vous diront qu'ils se laissent traverser la peau avec une épingle, sans ressentir la moindre douleur. Quelquefois cependant malgré cette perte de la sensibilité à la douleur, le tact est conservé, preuve que, ce malade sent très bien l'épingle toucher son épiderme, mais ne ressent rien quand l'épingle traverse ses chairs. Les tissus sous-cutanés : muscles, nerfs, os, sont généralement aussi insensibles à la douleur que la peau.

**Formes de l'anesthésie.** — L'hémi-anesthésie est la forme la plus fréquente. Cependant l'anesthésie peut être totale, et vous pouvez le constater facilement chez ces malades, tous présentent le signe de Rorberg des ataxiques. Ils ne sentent pas leurs pieds toucher le sol. De même ils n'ont pas la sensation de leurs mains. Pour le constater il suffit d'écartier leurs mains, et de leur fermer les yeux ; alors, si vous leur dites, de joindre les mains, ils ne peuvent le faire qu'à tâtons. L'anesthésie peut encore se présenter en plaque, mais ces deux formes en plaque et généralisée sont rares, classiquement c'est l'hémi-anesthésie qui existe. Il faut se rappeler que cette anesthésie est d'origine centrale, corticale, psychique, tout-à-fait indépendante des distributions nerveuses. Aussi chez cet autre malade que je vous présente, la plaque d'anesthésie siège seulement au bras et à l'épaule.

**Trouble de la sensibilité à la chaleur.** — Comme autre trouble de la sensibilité, on a la perte totale ou la diminution de la sensibilité à la chaleur, que l'on recherche soit avec un tube rempli d'eau chaude, soit avec un thermomètre inventé par le Dr de la Tourette lui-même. Ce thermomètre chauffé conserve sa chaleur, grâce à une tenaille de cuivre contenue dans son intérieur.

**Trouble de la sensibilité au froid.** — Perte ou diminution de la sensibilité au froid, recherchée avec un sac de glace promené sur la peau. En clinique les autres troubles de la sensibilité que l'on peut rencontrer sont peu importants. En général les dissociations sont rares, et tous ces troubles de sensibilité se superposaient chez le même malade, avec la perte du sens musculaire.

## ANESTHÉSIE DES ORGANES DES SENS.

Vue, audition, goût, olfaction.

**Rétrécissement du champ visuel.** — Ce stigmaté est des plus fréquents, et il est facile de le constater chez ces malades, soit avec la main soit avec l'instrument de Landolt, qui permet de calculer exactement dans tous les sens. Il faut remarquer que le rétrécissement du champ visuel dans l'hystérie est concentrique, circulaire, tandis que dans les autres affections où il se rencontre, par exemple les maladies de la pupille il est irrégulier, et jamais circulaire. Ce rétrécissement circulaire existe dans les deux yeux, mais plus prononcé du côté de l'hémi-anesthésie. Ce rétrécissement est très important dans l'hystérie comme élément de diagnostic.

La vision des couleurs est assez souvent troublée dans l'hystérie, et se présente sous forme d'achromatopsie ou de dyschromatopsie surtout. C'est toujours dans un ordre assez régulier et uniforme que disparaît la notion des couleurs, le violet disparaît d'abord, tandis que le rouge persiste le plus souvent.

Il existe souvent de la mégalopsie et de la micropsie, qui sont caractérisées par l'augmentation ou la diminution apparente des dimensions des objets.

Le sens du goût est perdu, ou quelquefois n'existe que d'un côté de la langue. Les troubles de l'audition, l'anesthésie olfactive et la perte du goût existent chez la plupart des hystériques. Il faut toujours rechercher ces signes.

La perte du goût n'existe quelquefois que d'un côté.

**Hyperesthésie.** — Plus rare que l'anesthésie au moins dans sa forme généralisée. Peut précéder, accompagner, ou succéder à l'anesthésie. Elle est rarement totale ; plutôt localisée et ressentie par les malades, qui se plaignent alors de douleur intense, brûlante. Peut être géométrique, en plaque, ou sous forme d'hémi-hyperesthésie.

Limitée en plaque, elle constitue la zone hystérogène qui occupe la région ovarienne chez la femme, siège quelquefois dans l'ovaire, mais le plus souvent dans la peau et les tissus musculaires. Ce sont des zones psychiques, et toujours d'origine centrale, corticale. Donc jamais enlever les ovaires comme on l'a fait pour guérir l'hystérie, c'est une opération inutile. Cette zone peut se constater avec le doigt chez la femme, soit au niveau de l'ovaire, soit à l'épaule ou sous le sein. Chez l'homme cette zone siège dans la testicule ou dans une région correspondante à l'ovaire chez la femme. La zone est soit hyperesthésique et détermine par la pression une douleur, soit hystérogène et détermine une attaque si on la touche. D'ordinaire les zones sont hyperesthésiques et hystérogènes à la fois. Ce fait est très important à connaître. Ainsi le frottement de la région précordiale peut réveiller chez certains hystériques un accès d'angine de poitrine que l'on pourrait prendre pour de l'angine véritable, de même dans la pseudo-méningite, la pression sur le vertex qui est très sensible, peut déterminer une crise d'hystérie. Enfin cette hyperesthésie de même que l'anesthésie peut siéger dans les organes profonds ;



os, muscles, etc. On comprend alors le cortège des souffrances d'une hystérique, quand cette hyperesthésie atteint l'estomac ou autres organes.

*Tremblement hystérique.*— Le tremblement hystérique est très important et il faut le rechercher; il est connu depuis 1880 seulement. Il est *vibratoire*, il n'y a que le tremblement du goître exophtalmique qui lui ressemble. Ce tremblement est très fréquent, limité ou non.

*Diathèse de contracture.*— C'est là un stigmate de grande valeur. Il est plus important, mais plus rare que le tremblement. Se produit en comprimant des masses musculaires. Pour faire disparaître ce symptôme, d'autant plus durable que la contraction a été plus prolongée ou plus souvent répétée, il est nécessaire de recourir à des frictions plus ou moins énergiques sur le membre, ou au niveau des muscles antagonistes.

*L'amyosthénie.*— Consiste dans une faiblesse musculaire qui accompagne toujours les troubles de la sensibilité et qui disparaît avec elle: On constate la faiblesse de la main avec le dynamomètre.

*Diathèse vaso-motrice.*— Cette diathèse vaso-motrice est d'après la définition de M. le Dr Gilles de la Tourette, une propriété que possèdent les hystériques de conserver sous forme de reliefs pendant quelques minutes, les excitations que l'on provoque sur leur surface cutanée. Ainsi comme vous le constatez chez ce malade, je lui écris des lettres sur le dos et vous pouvez les voir formées d'un relief rouge.

*Etat mental.*—La caractéristique de l'état mental d'une hystérique c'est la suggestion. On a exagéré grandement en prétendant que les hystériques étaient des morphinomanes, des voleuses. Non c'est une erreur, ce sont avant tout des suggestibles. Avant de les soigner il est important de bien connaître leur impressionabilité. Ces malades cherchent toujours leur personnalité. Ils ont l'habitude de rêver la nuit, et se conduisent le lendemain suivant les rêves faits pendant leur sommeil.

*Etiologie.*—Y a-t-il une lésion? Il y en a une, mais on ne sait pas où elle est placée. On sait cependant qu'elle siège dans le cerveau. Ce n'est pas une lésion organique, mais dynamique, la preuve en est dans la paralysie qui disparaît, qui guérit après plusieurs années de durée.

Quand un malade viendra vous consulter et que vous soupçonneriez l'hystérie, efforcez-vous tout d'abord de lui inspirer confiance et de bien lui persuader que son mal est curable. Et la preuve, lui direz-vous, c'est que je connais parfaitement votre maladie sans que vous m'en disiez un seul mot.

Je sais par exemple, que vous êtes agitée la nuit. N'est-il pas vrai que vous dormez mal? Vous avez des rêves pénibles, vous voyez des bêtes, etc., etc.; enfin la surprendre par vos connaissances.

#### TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE

Le traitement comprendra trois parties.

1° *Traitement prophylactique.*— La prophylaxie est basée sur la notion d'hérédité, qui atteint environ 1/3 des enfants nés de parents hystériques: votre premier devoir sera donc de la prévenir chez l'enfant qui doit naître.

Dans la première enfance vous vous contenterez de lui donner

une bonne nourrice jamais une hystérique ne devra nourrir son enfant.

Vers l'âge de 5 ou 6 ans, vous prescrirez l'isolement dans un internat, loin du milieu familial. L'illustre Charcot, le premier, avait compris l'importance capitale de l'isolement, dans le traitement de l'hystérie, et on n'a jamais manqué de constater son efficacité, aujourd'hui généralement admise par les médecins. Cet isolement commencera à cet âge où l'enfant commence déjà à avoir des allures étranges: il dort mal la nuit, et est surtout troublé de somnambulisme nocturne qui est généralement de nature hystérique. L'éducation sera surveillée avec soin. Chez les jeunes filles, veillez à la menstruation, qui a une influence sur les accidents hystériques. Le mariage n'est pas un remède comme on l'a prétendu, et peut devenir néfaste.

2° *Traitements des manifestations hystériques.*—Il n'y a pas de remède. Le bromure de potassium, qui fait merveille dans l'épilepsie, la valériane, le valérianate de zinc, de quinine, etc., ne sont pas pour les hystériques. Soutenez plutôt les forces de votre malade au moyen de toniques, donnez des ferrugineux, de l'arsenic.

*Hydrothérapie.*— L'hydrothérapie employée sous forme de *douche froide* en jet brisé est un traitement d'une grande efficacité. La douche froide guérira l'anesthésie, les paralysies et les contractures. Le malade avant de se présenter sous la douche, devra avoir chaud. Vous donnerez la douche froide en jet brisé sur tout le corps, en commençant sur la poitrine et vous terminerez sur les pieds avec le jet plein. La douche durera de 8 à 10 secondes. Température 10 degrés. Donnez la douche le matin à jeun ou après le déjeuner, si le repas est léger. Vous remarquerez que cette réfrigération de la peau est toujours anesthésique. Si la douche est mal supportée et détermine des maux de tête ou de l'oppression, vous appliquerez avant la douche des serviettes mouillées sur la tête ou sur la poitrine. Après la douche, le malade devra avoir une bonne réaction, sinon vous l'aidez par les frictions et l'exercice. Dans quelques cas, la douche écossaise pourrait remplacer avantageusement la douche froide, surtout dans les cas où l'eau froide est mal supportée.

A domicile servez-vous de drap mouillé.

*Drap mouillé.*— Consiste à envelopper le malade dans un drap mouillé appliqué sur la peau et faire des tapotements sur le drap mouillé, pendant 4 à 5 minutes.

Le transfert au moyen d'un aimant peut être utilisé. Je ne vous le mentionne qu'en passant.

*Electricité.*—La faradisation musculaire rendra de grands services dans l'anesthésie et la paralysie hystérique. Devra être employée avec prudence de crainte de faire naître des contractures.

L'électricité franklinienne est aussi un bon adjuvant.

*Massage.*—Le massage par effleurage est utile dans l'anesthésie et la contracture.

*Procédés psychiques.*— L'hypnotisme c'est l'hystérie. Il n'y a d'hypnotisable que les hystériques. L'hypnotisme est très dangereux et peut déterminer une attaque convulsive et exalter leur suggestibilité. On ne s'en sert que dans les cas sérieux et toujours avec prudence, en ne donnant aux malades que des suggestions utiles à leur guérison. On connaît les procédés pour les hypnotiser et je n'y insisterai pas. J'ajouterai que pour bien soigner les hystériques, il faut bien les connaître, vivre avec eux.



3° *Traitement de l'attaque hystérique.*—Ne se traite pas.

Votre premier soin sera plutôt d'éloigner l'entourage, vu que le plus souvent l'attaque est née d'une contrariété produite par les personnes présentes, et vous resterez près de votre malade en observation. Les inhalations d'éther ne valent rien, donnent le délire érotique. Il suffira de le maintenir dans son lit et l'empêcher de se blesser, vu que pendant l'attaque ils ne sentent rien. Pas oublier qu'il y a des attaques qui tuent par suffocation laryngée ; si le danger est imminent, n'hésitez pas à donner des inhalations de chloroforme et vous arrêterez facilement tout danger. Jamais d'éther ni de morphine. La compression d'une zone hystérogène pourra quelquefois arrêter l'attaque, mais vous ne devriez vous en servir que dans les cas graves. Ajoutons qu'il faudra toujours rechercher les causes de l'attaque, et la prévenir.

*Contractures.*—Les contractures récentes devront être réduites immédiatement si l'on veut les guérir ; il suffira de frictionner vivement les muscles antagonistes. On peut rencontrer des contractures datant de 8 à 10 mois, elles sont plus graves et demandent à être traitées par le massage dans un bon établissement hydrothérapique. Il faut choisir un établissement dirigé par un médecin compétent, car il y a des établissements où l'on ne guérit rien. Le chloroforme donné à doses chirurgicales, nous permettra de voir s'il y a des adhérences.

Jamais d'appareils inamovibles, ni de ténotomies dans les contractures et les paralysies hystériques.

#### OBSERVATION PERSONNELLE

*Hystérie.—Hémiplégie et hémi-anesthésie du côté gauche.—Achromatopsie.—Rétrécissement du champ visuel.—Contractures.—Impuissance des médications ordinaires.—Traitement hydrothérapique et électricité.—Guérison en sept semaines.*

En juin 1896, Mademoiselle X..., institutrice, âgée de 30 ans, venait à notre établissement pour se faire traiter.

Tempérament nerveux, et fille de père et mère nerveux. Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans. Les époques ont toujours été régulières. Pas de maladies graves pendant l'enfance.

En décembre 1895, sans cause aucune, la malade est prise d'hémiplégie à gauche, avec hémi-anesthésie et perte de la vue du même côté. Depuis cette époque l'état de la malade ne s'est pas sensiblement modifié.

Elle sent le courant électrique et fait quelques mouvements légers.

La paralysie a envahi la face, même les muscles de l'œil, ce qui est très rare d'après M. Gilles de la Tourette. L'asymétrie faciale n'est pas totale, là où les muscles sont intacts, la face conserve ses rides et ses reliefs normaux.

Signe très important on constate facilement à la face des troubles de la sensibilité sous forme de *plaques*. Contracture du sphincter anal et vaginisme contractural.

Du côté des yeux, rétrécissement du champ visuel, concentrique, circulaire, se présentant dans les deux yeux, plus marqué à gauche. Aussi achromatopsie surtout à gauche. Cette absence de vision des couleurs peut nous donner l'explication du costume bizarre que porte Mademoiselle X...

Le sommeil fait défaut, l'anémie est profonde. Melle X..., a eu des hallucinations, elle voyait des animaux, chiens, chats, etc.

Elle n'a jamais eu des crises nerveuses.

Le médecin de la famille a cru à une lésion grave du cerveau et a prescrit de la strychnine, des iodures, etc. Trois autres médecins lui ont donné l'électricité sous forme de courants faradiques et divers médicaments. Tous ces traitements n'ont amené qu'une légère amélioration.

Après l'examen de la malade, et sur les renseignements qui me furent donnés, Je conclus à une *paralysie d'origine nerveuse, hystérique* et par conséquent parfaitement curable par un traitement *hydrothérapique* bien dirigé.

Le traitement fut aussitôt commencé.

Douche froide en jet brisé matin et soir, eau à 12° centigrades, durée de la douche 20 secondes, en terminant par un jet plein sur les membres inférieurs.

Bain électro-statique deux fois par jour, durée 10 minutes d'abord, plus tard 20 minutes. En y joignant le souffle, l'aigrette, la friction et les étincelles.

La faradisation fut aussi employée, mais avec très faibles courants. A l'intérieur je prescrivis les amers et les ferrugineux.

Ce traitement fut suivi avec régularité pendant sept semaines, et le succès le plus complet fut le résultat de cette médication.

Le 30 juillet Melle X..., quittait notre établissement hydrothérapique, pleinement et complètement guérie.

*Nota.*—Nous avons depuis le départ de Melle X..., reçu de ses nouvelles et sa santé n'a jamais été meilleure. Directrice d'une école modèle près d'Ottawa, elle n'a jamais eu une seule minute à interrompre ses occupations.

#### AUTRE OBSERVATION PERSONNELLE

Au moment de terminer ce travail, permettez-moi, chers lecteurs de la *Revue*, d'y joindre l'observation résumée d'un cas de *léthargie*, récemment arrivée aux Trois-Rivières.

Mademoiselle A âgée de 35 ans, intelligente et paraissant jouir jusque là d'une bonne santé, s'est endormie très rapidement le 19 janvier 1899, d'un véritable sommeil, et adormi ainsi durant trois jours consécutifs, sans qu'on ait pu l'éveiller. Si on la secouait, on ne pouvait obtenir d'elle que cette parole "je m'endors". En cet état, elle s'est levée et a marché, répétant "je m'endors".

Tout comme l'avait fait, la malade de Charcot qui s'écriait sans se réveiller "Emile je t'aime !"

Pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer, je ne fus appelé auprès de la malade que le 22 janvier.

Je constatai de suite qu'il s'agissait d'un véritable sommeil, avec respiration normale et sans rien de particulier du côté de la face. Cependant les vibrations des paupières, les palpitations, l'absence de ronflement et la raideur des membres me prouvèrent hors de tout doute, que ce sommeil n'était pas naturel.

J'essayai de la réveiller, impossible, la malade était insensible à tous les moyens d'excitation même douloureuse.

Dans l'après-midi elle se réveilla d'elle-même. Je profitai alors de son réveil pour rechercher les stigmates de l'hystérie.

Il y a anesthésie complète des bras à tel point que j'ai pu traverser avec une épingle le bras de la malade, sans lui causer la

moindre douleur. Par contre il y a une zone hypéresthésique au niveau de la région ovarienne. On constate chez la malade un rétrécissement de champ visuel. Elle a eu des convulsions il y a 2 ans.

Notre malade souffre donc d'hystérie et la présente léthargie n'a été que la conséquence d'une attaque d'hystérie modifiée et transformée.

Ajoutons que la malade avait lu quelques jours auparavant les journaux de Montréal, au sujet de la "petite dormeuse", et la question se pose de savoir si ces récits n'ont pas opéré une sorte de suggestion sur un cerveau tout prédisposé.

Melle A. est aujourd'hui complètement rétablie et ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est déroulé autour d'elle durant ces trois jours de léthargie.

Avenue Laviolette, Trois-Rivières, P. Q.

### Société française d'Electrothérapie (1)

Résumé de la séance du 19 janvier 1899 (Présidence de M. Doumer)

M. WILLIAMS JAMES MORTON, de New-York, revendique la priorité de la découverte et de l'utilisation de ce qu'il appelle des courants statiques induits.

Dans une première note parue en 1881, rééditée avec de plus longs développements en 1891, il montrait comment il obtenait ces courants statiques induits avec une machine statique, quand une bouteille de Leyde ou tout autre condensateur est introduit dans le circuit. Ces courants sont capables de produire le tétanos physiologique, tandis que les étincelles simples provoquent seulement des contractions musculaires isolées.

Dans un dispositif nouveau, que M. Morton fait connaître aujourd'hui, le condensateur est supprimé, et le malade n'est pas placé à l'intérieur du circuit d'étincelles de la machine.

MM. E. DOUMER et E. MUSIN ont traité la constipation habituelle par la franklinisation localisée, surtout au moyen de l'effluvation au niveau des fosses iliaques.

Ils ont constaté les résultats suivants :

1° L'effluvation au niveau des fosses iliaques suffit le plus souvent pour guérir avec rapidité la constipation habituelle liée à la neurasthénie.

2° Elle réussit également dans la constipation de convalescence d'un certain nombre d'affections générales.

3° Elle est impuissante dans la constipation liée à l'entéro-colite muco-membraneuse.

4° Elle est également impuissante dans l'atonie intestinale liée à des lésions du cerveau.

M. VIDEBECH, médecin assistant de l'hospice St-Jean, à Copenhague, envoie la relation d'un fait clinique intéressant. Il s'agit d'une tumeur sarcomateuse détruite par la galvanocaustique chimique ; la tumeur n'a pas récidivé.

M. R. SUDNIK, de Buenos-Ayres, fait connaître un deuxième cas dans lequel il a appliqué avec succès les courants à haute fréquence et à haute tension contre une contracture musculaire consécutive à un traumatisme.

### REVUE DES JOURNAUX

Dechirure complete du perinee

DUPLAY

Voici le manuel opératoire préconisé par l'auteur dans ces cas. Nous lui laissons la parole.

(1) Communication du secrétaire général de la Société.

La malade sera purgée la veille de l'opération et on lui donnera le soir un grand lavement. Il faut éviter avec soin de lui faire prendre ce lavement le matin même de l'opération, suivant une pratique assez généralement suivie et qui a certains inconvénients que l'on devine sans peine.

Des précautions antiseptiques minutieuses devront être prises vis-à-vis du vagin et de la région vulvaire et périnéale qui devrait être rasée avec soin. Il est également bon de procéder aussi à l'antisepsie du rectum par les injections boricuées, antisepsie qui n'est d'ailleurs que relative.

Les instruments dont on a besoin sont : les bistouris, les pinces à griffe, les ciseaux, l'aiguille à grande courbure, dit aiguille d'Emmet, du fil d'argent, enfin la valve de Sims.

L'opération peut être décomposée en quatre temps : 1° avivement ; 2° hémostase ; 3° suture ; 4° serrage des fils et affrontement.

1° Avivement. — Il doit être très large, car c'est là une importante condition de succès. Les lèvres de la vulve étant maintenues écartées autant que possible et le périnée bien tendu par les doigts des aides placés de chaque côté, et au besoin une valve de Sims repoussant légèrement vers le haut la paroi antérieure du vagin, on commence par faire au bistouri une incision antéro-postérieure, médiane, sur la paroi postérieure du vagin et remontant jusqu'à 3 centimètres à partir de la fourchette ; puis de chaque côté et en suivant exactement la ligne de démarcation entre la peau et la muqueuse, on pratique une incision qui s'arrête à une hauteur correspondant au méat urinaire.

Cette incision s'arrondissant à son extrémité supérieure redescend obliquement sur la paroi latérale du vagin pour aller rejoindre la partie supérieure de l'incision médiane. On dissèque alors les lambeaux circonscrits par ces incisions représentant deux triangles à sommets arrondis et unis par leur base qui mesure trois centimètres. On aura soin au cours de cette dissection d'enlever la plus petite épaisseur que possible du tissu. Lorsque l'avivement est terminé, la surface cruentée à la figure d'un papillon dont le corps répond à la cloison recto-vaginale et dont les ailes sont représentées par les triangles latéraux. Il ne faut pas craindre de faire remonter assez haut les angles supérieurs de ces deux triangles, et l'auteur prescrit de prendre comme limite le niveau du méat urinaire. Dans ces conditions, lorsque les parties avivées sont réunies par la suture, la vulve semble pour ainsi dire fermée.

Mais vous devez savoir que la guérison obtenue, la vulve reprend ses dimensions normales et c'est à cette façon de procéder que vous obtiendrez un périnée solide et suffisamment étendu. Le procédé d'avivement que je viens de décrire s'applique à la déchirure incomplète du périnée. Il convient également à la déchirure complète ; seulement on aura soin de prolonger le tracé de l'incision en arrière de chaque côté de l'anus et d'aviver ainsi les points qui correspondent à la perte de substance du sphincter anal, de façon que, lors de la réunion, les deux moitiés de l'anneau sphinctérien se trouveront rapprochées et reconstitueront l'orifice anal.

2° Hémostase. — Au cours de la dissection, on place sur les points qui saignent des pinces hémostatiques qu'on retire à la fin de ce second temps. Il est rare qu'on soit obligé de mettre un fil à ligature. Une compression maintenue pendant quelques minutes suffit à obtenir une hémostase complète.

3° Passage des fils. — Avec la grande aiguille d'Emmet, on traverse la peau d'un côté, à peu près à deux centimètres du bord de la plaie, et on fait ressortir l'aiguille symétriquement sur le bord opposé, également à une distance de deux centimètres. L'aiguille doit cheminer dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale même, en ayant bien soin qu'elle ne pénètre pas dans le rectum et qu'elle ne se montre pas non plus sur la surface cruentée ; en un mot, elle doit rester pendant tout son trajet dans l'épaisseur des tissus. Avec

les fils d'argent, que je préfère de beaucoup, trois ou quatre suffisent pour obtenir une réunion parfaite, au besoin on la complète par quelques fils superficiels. Le placement du premier fil à une importance toute particulière ; dans le cas de déchirure complète, il vise la reconstitution du sphincter anal lorsque celui-ci se trouve intéressé. Son point d'entrée correspond à l'extrémité postérieure de la surface cruentée. Il doit ensuite cheminer au-devant de l'anus et ressortir à un point diamétralement opposé, si bien que, dans son ensemble, ce premier fil décrit une courbure à concavité postérieure.

4° Serrage des fils. — Autrefois, j'avais l'habitude de serrer les fils avec des tubes de Galli placés de chaque côté, comme je le fais encore pour l'opération de l'hypospadias. Mais l'expérience m'a montré que cette précaution était superflue. Il suffit, en effet, de les tordre et de les isoler des parties latérales à l'aide d'une lanière de gaze iodoformée.

Le résultat d'un bon affrontement est la reconstitution d'un vrai corps périnéal, et non la création d'un simple pont allant de l'anus à la vulve, comme cela a lieu pour certains autres procédés.

En ce qui concerne les soins consécutifs, ils sont également très simples. On recouvre les parties avec la poudre d'iodoforme, puis avec une compresse aseptique, que l'on renouvelle fréquemment. Une sonde sera placée à demeure dans la vessie. Celle de Sims convient parfaitement. A la rigueur, on pourrait s'en passer, et pratiquer le cathétérisme selon les besoins. Dans le but de faciliter les lavages qui devront être faits une ou deux fois par jour avec l'eau boricuée ou sublimée, j'ai coutume de placer dans le vagin un tube à drainage qui reste à demeure, en sorte qu'il n'y a pas lieu, à chaque injection, d'introduire une canule qui risquerait de désunir les parties. Enfin, dans quelques cas, pour permettre l'issue des gaz, je fais placer aussi dans l'anus un drain de petite dimension.

J'ai conservé l'ancienne pratique de constiper artificiellement avec l'opium les malades pendant quatre, six ou huit jours. Certains chirurgiens, au contraire, provoquent des selles dès le lendemain de l'opération à l'aide de laxatifs. Cette pratique me paraît quelque peu dangereuse.

Enfin, j'enlève les fils vers le septième ou huitième jour, souvent un peu plus tôt, vers le quatrième jour si je m'aperçois que les tissus sont entamés par eux.

La cicatrice qui réunit de la sorte les parties d'un périnée déchiré doit être considérée comme parfaite, car le périnée reprend sa forme normale : il est assez solide pour supporter les urgences du petit bassin et s'opposer au prolapsus et enfin elle résiste et ne se déchire pas à la suite d'un nouvel accouchement.

(Médecine Moderne).

#### Traitement de l'ataxie des tabétiques par la méthode de Frenkel HARTENBERG et VALENTIN

Les auteurs rapportent l'observation d'un sujet traité avec succès par cette méthode dont ils donnent ensuite la description.

On commence par se rendre bien exactement compte du degré et de l'étendue de l'incoordination motrice, c'est-à-dire qu'on ne se contente pas de constater simplement l'existence d'une ataxie des membres inférieurs ou supérieurs, mais on s'attache à déterminer si cette ataxie se manifeste de la même façon ou suivant un mode différent dans les mouvements articulaires de la hanche, du genou et du pied ; de quelle manière elle s'étend aux divers groupes musculaires ; si elle s'observe avec une intensité égale ou différente dans les deux membres, etc. Ensuite on cherche à décomposer un ensemble de mouvements ataxiques dans ses éléments les plus simples, et ce sont ces derniers qu'on s'applique tout d'abord à influencer par une série d'exercices gradués, auxquels l'attention et la volonté du malade prennent une part des plus actives. Peu à peu on passe à des exercices nécessitant des mouvements de plus en plus compli-

qués, et qui sont réglés d'après un plan adapté aux conditions de chaque cas particulier.

Ainsi l'ataxie est soumise à une série d'exercices quotidiens, en allant des mouvements les plus simples aux mouvements les plus complexes. On ne passe à un nouvel exercice que lorsque le précédent peut être parfaitement exécuté, à volonté, sans incoordination et sans fatigue. Les séances durent une demi-heure environ et comportent quatre ou cinq reprises, séparées par des intervalles de repos. Il n'y a pas d'ailleurs de mesure absolue, les séances variant avec la durée antérieure du traitement, les capacités du malade et sa résistance à la fatigue. Car c'est là un point sur lequel ont insisté avec raison tous les auteurs qui ont expérimenté la méthode : tous recommandent d'éviter soigneusement la production de la fatigue. Celle-ci indique qu'on a dépassé le but : et rien ne saurait être plus pernicieux, on le comprend sans peine, que de produire du surmenage dans un système nerveux déjà profondément lésé.

Il est impossible de passer en revue toutes les variétés d'exercices auxquels il pourra être utile de soumettre les ataxiques : ils se multiplient avec le degré de l'incoordination et diffèrent avec chaque individu. Les auteurs se bornent à en donner ces quelques exemples heureusement choisis.

*Membres inférieurs.* — 1° Le tabétique est au lit. Fléchir, étendre le pied sur la jambe, la jambe sur la cuisse. Porter le talon gauche sur le genou droit. Ecarter et rapprocher les genoux, les jambes étant fléchies. Passer le pied au-dessus d'une canne étendue.

2° Le tabétique est debout. Se tenir les pieds écartés, puis progressivement rapprochés. Porter un pied en avant à une place exactement déterminée d'avance. Marcher droit.

3° Exercices compliqués. Se lever et s'asseoir sur une chaise sans s'aider des mains. Partir et s'arrêter au commandement. Se retourner, se baisser et se relever sans aide. Se tenir sur un seul pied.

Refaire tous ces exercices sans le contrôle de la vue.

*Membres supérieurs.* — Toucher avec un doigt un point déterminé. Suivre avec un gros crayon de menuisier des tracés au tableau. Même exercice avec une plume et du papier. Lignes droites, courbes, brisées ; lettres de grandes dimensions, de petites dimensions. Attrapper au vol un objet lancé de dimensions de plus en plus petites. Ramasser à terre de petits objets : épingles, pièces de monnaie, etc.

En ce qui concerne les mouvements de la marche proprement dite, voici la technique détaillée telle qu'elle a été réglée par Hirschberg :

1° S'asseoir lentement, sans s'appuyer sur une canne ; se lever du siège dans les mêmes conditions :

2° Le malade est debout et s'appuie sur sa canne. Il lève le pied gauche et le pose doucement par terre en avant, d'une longueur de pas ordinaire.

Remettre le pied à sa place avec les mêmes précautions. Même exercice avec le pied droit.

3° Marcher dix pas en avant, en s'aidant de la canne. Avancer lentement en posant solidement le pied par terre.

4° Rester debout sans canne, les pieds un peu écartés, les mains aux hanches. Dans cette position, fléchir les genoux, s'accroupir et se relever lentement.

5° Comme dans l'exercice n° 2, le malade avance le pied gauche, mais après l'avoir remis en place, le malade porte le pied en arrière, le pose à terre et puis le remet en place. Même exercice avec le pied droit. Comme on voit, cet exercice comporte quatre temps : pied, en avant, en place, en arrière, en place.

6° Marcher vingt pas comme dans l'exercice n° 3.

7° Exercice n° 2, marcher sans canne.

8° Rester debout, sans canne, les pieds rapprochés, les mains aux hanches.

9° Rester debout, sans canne, les pieds écartés. Dans cette position, faire avec les bras les mouvements gymnastiques connus : lancer les bras en avant, de côté en haut, en bas.

10° Rester debout, sans canne, les pieds écartés, les mains aux hanches. Dans cette position, fléchir le corps en avant, en arrière, à droite, en décrivant avec la tête un cercle.

11° L'exercice n° 9 les pieds rapprochés.

12° L'exercice n° 10 les pieds rapprochés.

13° Marcher le long d'une ligne droite tracée sur le plancher, à l'aide du canne.

14° Le même exercice, sans canne.

*Revue méd. et Ind. méd.*

#### Du pansement au bicarbonate de soude dans le traitement des plaies purulentes

Un médecin militaire russe. M. le Dr N. V. Guéorguievsky, a pu se rendre compte de ce fait important, à savoir que l'application de compression à 2 p. 100 de bicarbonate de soude chimiquement pur, compresse qu'on recouvre ensuite d'une étoffe imperméable, a pour effet de tarir la sécrétion purulente et d'enrayer les inflammations phlegmoneuses, et cela beaucoup plus rapidement que tous les agents antiseptiques connus, tels que : l'acide phénique, l'iodoforme, etc.

C'est dans un cas de panaris que, par un heureux hasard, notre confrère a constaté les propriétés remarquables du bicarbonate de soude. Il s'agissait d'un phlegmon de l'index : ayant déjà envahi la face palmaire et amené un gonflement œdémateux de la surface dorsale de la main ainsi que du tiers inférieur de l'avant-bras. Une incision profonde pratiquée sur le doigt malade donna issue à une grande quantité de pus louable. La plaie fut lavée, tamponnée avec une lanierie de tarlatane chargée de pommade iodoformée (2 grammes d'iodoforme. 4 grammes de baume du Pérou et VI gouttes d'essence de menthe pour 15 grammes de vaseline), puis recouverte d'un pansement antiseptique. Le soir, du même jour la suppuration était toujours abondante, la paume de la main accusait une très grande sensibilité et offrait une coloration livide.

Une sonde introduite par l'incision pénétrait sous le tendon de l'extenseur commun des doigts et pouvait être glissée, sur une longueur de 8 centimètres, sous les parties molles de la face palmaire. En ce point, M. Guéorguievsky voulut pratiquer une contre incision, mais le malade, qui était pusillanime, retira brusquement sa main, de sorte que, seule, la couche épidermique, fortement épaissie à ce niveau, se trouva entamée et encore d'une manière superficielle.

Notre confrère se décida alors à différer un peu la petite opération, puis, afin de ramollir l'épiderme, il ordonna d'appliquer sur le membre malade, des compresses de tarlatane trempées dans une solution de bicarbonate de soude à 2 p. 100. Quel ne fut pas son étonnement lorsque, en examinant la matin du malade le lendemain matin, il trouva l'état des choses radicalement changé ! Il n'existait plus ni douleur, ni gonflement des parties : on n'apercevait pas trace de pus sur le pansement ni dans la plaie, et, même, la pression exercée sur le doigt et sur la face palmaire ne pouvait faire sourdre la moindre goutte de sécrétion purulente. M. Guéorguievsky fit naturellement continuer l'usage des compresses auxquelles le malade appliquait l'épithète de magiques, et vit la guérison se produire avec une rapidité extraordinaire.

Depuis lors, notre confrère a eu l'occasion d'employer ce même traitement dans nombre de panaris et autres lésions phlegmoneuses tant circonscrites que diffuses. Dans tous ces cas, il incisait d'abord le foyer purulent ; puis après avoir exprimé le pus, il appliquait sur la surface même de la plaie béante, ainsi que sur les parties inflammées avoisinantes, une compresse imbibée d'eau bicarbonatée

sodique à 2 p. 100. En procédant ainsi, il a invariablement obtenu l'arrêt des douleurs et de la suppuration et une guérison rapide, sans avoir été obligé de recourir à l'usage des drains si pénibles pour les malades. Il a pu même maintes fois s'assurer, par une expérience directe, de la supériorité du bicarbonate de soude sur les antiseptiques habituellement employés dans le traitement des affections phlegmoneuses : en effet, chaque fois qu'il remplaçait le bicarbonate de soude par un pansement à la pommade iodoformée, la suppuration se reproduisait immédiatement, pour cesser de nouveau, dès qu'on revenait à l'usage du bicarbonate de soude.

*(Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.)*

#### Traitement de la syphilis congénitale

(COMBY)

La pratique a surabondamment prouvé que le traitement mercuriel est seul nécessaire et suffisant. Réservons l'iodure pour plus tard, pour la seconde, la troisième année. Pendant la première année nous ne donnerons que le mercure.

Premier point : La syphilis héréditaire des nouveau-nés sera traitée par le mercure, l'iodure sera ajourné à un an.

Deuxième point : Faut-il donner le mercure par la bouche ? Certains médecins recommandent ce mode d'administration, et prescrivent la liqueur de Van Swieten, qu'on pourra donner dans du lait à la dose de dix gouttes (50 centigr.) par jour le premier mois, en augmentant de dix gouttes par mois d'âge. Car le mercure administré par la bouche risque d'offenser l'estomac du nourrisson, et s'il s'agit d'un enfant au sein, j'ai pour principe de ne rien mêler au lait de sa mère. En réalité le moyen le plus sûr, le plus rapide, le plus inoffensif, celui qui m'a toujours admirablement réussi, c'est la méthode des frictions mercurielles, applicables à tous les enfants, quel que soit leur âge, ne déterminant jamais de salivation, et faisant disparaître en quelques jours, en une ou deux semaines, toutes les manifestations.

Les frictions seront faites tous les matins, pendant cinq minutes, avec un chiffon de flanelle sur lequel on étend un gramme et même deux grammes d'onguent napolitain. On frictionne aujourd'hui sur le foie, demain sur la rate, après-demain dans l'aisselle gauche, puis dans la droite, etc., en changeant de place tous les jours. On laisse la pommade et le chiffon sur la peau pour assurer l'absorption.

S'il y a des syphilides cutanées, on donne en même temps tous les jours un bain de sublimé à 1 pour 10,000 (un, deux, trois grammes de sublimé suivant la quantité d'eau employée), dans une baignoire en bois ou émaillée. En même temps on panse les lésions locales avec l'emplâtre de Vigo (ulcérations cutanées, gummès), la pommade au calomel (1/10) : coryza, syphilides labiales, anogénitales, etc. Le traitement mercuriel est continué tous les jours pendant trois mois. Le quatrième mois, on laisse 10 jours de repos à l'enfant, le cinquième mois 15 jours, puis on cesse le traitement un mois sur deux (sauf retour des accidents). La seconde année, on fait des frictions mercurielles un mois sur trois ; on donne l'iodure de potassium (20 centigrammes par jour) également un mois sur trois. La troisième année, on continue les frictions un mois sur trois, et on porte la dose d'iodure à 40 centigrammes. La quatrième année, on ne fait plus de frictions, on donne l'iodure (50 centigr.) un mois sur quatre. La cinquième année plus de traitement, sauf rechute.

En procédant ainsi on guérit la syphilis héréditaire, et on prévient les échéances tertiaires tardives. Si, en même temps, on traite le père (source habituelle de la syphilis héréditaire) et la mère pendant la grossesse, on prévient presque à coup sûr la syphilis congénitale.

Comme on l'a vu, le traitement est simple, il est efficace, mais il faut avoir fait le diagnostic. *(Méd. moderne)*

**Traitement de l'empoisonnement par la cocaïne**

D'après M. le Dr Edw. F. BRENNAN

La morphine serait, d'après M. le Dr Edw. F. Brennan, l'antidote de la cocaïne. Dans un cas, qu'il a eu l'occasion d'observer, le Dr Brennan vit survenir des accidents d'intoxication tout de suite après l'injection dans l'urètre de quelques gouttes d'une solution à 10 p. 100. Un quart d'heure après la coïnisation, le mala le présenta des symptômes de dysphagie avec gonflement et cyanose marquée de la face du cou et des extrémités; les pupilles étaient dilatées, la respiration spasmodique, un état de surexcitation très marquée sans perte de connaissance toutefois.

Ces accidents se prolongèrent deux jours et ne cessèrent qu'à la suite d'injections répétées du sulfate de morphine.

C'est qu'en effet l'action physiologique de la morphine est très différente de celle de la cocaïne. La morphine donne du myosis, la cocaïne de la mydriase. Tandis que la morphine ralentit la respiration qui devient plus ample et plus facile, la cocaïne l'accélère et la respiration devient de plus en plus faible jusqu'à ce que survienne l'asphyxie. Il en est de même de l'action sur le système nerveux central: la morphine augmente les facultés, et à la suite survient une période de calme et de repos.

La cocaïne au contraire produit une excitation du système nerveux tout entier. L'effet de ces deux médicaments sur la circulation est également différent. Il en résulte que l'action physiologique de ces deux médicaments est absolument différente et que l'on peut regarder la morphine comme le véritable antidote de la cocaïne.

(New-York med. Journ. et Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.)

**Traitement de la petite urémie**

Dans la petite urémie, c'est-à-dire quand survient chez un brightique l'ensemble de symptômes (troubles de la vue, céphalée persistante, petits phénomènes convulsifs, diminution de la diurèse, etc.) qui font craindre l'écllosion de la grande urémie, la médication doit être dirigée en vue d'obtenir une diurèse rapide et abondante.

Parmi les diurétiques courants, M. Lemoine (de Lille) conseille d'éviter ceux dont l'action s'exerce sur la cellule rénale, tels que la cantharide, la scille, les vins de Trousseau et de la Charité; au contraire, de prescrire surtout le régime lacté à raison de un ou deux litres de lait par jour.

Quant à la médication, elle sera cardiaque et cutanée, c'est-à-dire qu'elle se proposera d'activer la diurèse en excitant les fonctions du cœur et qu'elle facilitera la transpiration.

Selon que le cœur est sclérosé ou atteint de dégénérescence parenchymateuse, on ordonnera la digitaline ou la strophanthine, à la dose de un quart de milligramme par jour, et cela d'une façon continue. Ou bien encore, suivant la prescription de Huchard, on donnera 1 ou 2 milligrammes à la fois, seulement tous les huit ou quinze jours, encore faut-il auparavant être fixé sur le point de savoir si le cœur est en état de supporter un coup de fouet vigoureux.

Si le cœur bat mollement, avec intermittences, irrégularités, on prescrira la digitaline, un quart de milligramme à trois quarts de milligramme par vingt-quatre heures, durant plusieurs mois. Si le cœur est atteint de dégénérescence parenchymateuse, on donnera de la même façon et aux mêmes doses de la strophanthine.

Cette méthode n'est pas courante et M. Lemoine, qui est seul à l'employer, n'a eu qu'à s'en louer.

Pour obtenir un fonctionnement régulier et satisfaisant de la peau, on ordonne des frictions douces et de préférence des lotions tièdes suivies d'un léger massage. On ordonnera aussi quelques bains, deux ou trois par semaine, qui seront de courte durée et ne dépasseront pas dix à quinze minutes. Dans un but plutôt psychique et pour faire accepter plus facilement la balnéation, on aura soin de mettre dans la baignoire une certaine quantité d'amidon, de borax ou de bicarbonate de lithine.

Afin de faciliter les fonctions de la peau, on peut encore user, mais très prudemment, de la pilocarpine, en prescrivant:

Pilocarpine ..... 0,01 centigr.

Potion gommeuse ..... 100 grammes.

Trois à six cuillerées à soupe par jour.

La dose, bien que faible, est suffisante thérapeutiquement et ne détermine pas les phénomènes pénibles dus à ce médicament pris à doses trop élevées.

(La Presse méd.)

**Traitement de la blennorrhagie par le cyanure de mercure,**  
par M. ESCAT (de Marseille).

Depuis les travaux de Chibret, nous connaissons le peu de toxicité du cyanure de mercure et la remarquable tolérance des muqueuses vis-à-vis du rut. Il peut être employé à des doses extrêmement fortes dans l'urètre comme dans l'œil.

Le cyanure de Hg est le plus puissant antiseptique utilisable dans le traitement de la blennorrhagie. Son pouvoir antiseptique égale presque celui du sublimé, mais au lieu de 10 centigr., 0,20 centigr. de sublimé pour 1000. Il est possible d'employer progressivement des solutions de cyanure à 1, 2, 3, 4, 5 pour 1000 et de faire passer dans l'urètre et la vessie un litre de solution sans inconvénient pour l'organe et l'organisme.

Le cyanure de Hg est très peu pyogène dans l'urètre; à des doses irritables, suivant les sujets, il provoque une exsudation séro-hématique considérable analogue à celle qui suit parfois les lavages, au permanganate, mais elle atteint des proportions et une durée inconnue avec ce dernier antiseptique. Cette exsudation paraît créer un milieu impropre à la pullulation du gonocoque, elle constitue une vraie réaction sérothérapeutique de la muqueuse.

La valeur thérapeutique du cyanure m'a paru supérieure à celle du permanganate et du protargol, malgré les succès indiscutables obtenus avec ces derniers antiseptiques.

Comme pour le permanganate ses avantages paraissent essentiellement liés à la façon dont on l'utilise, et sur ce point des recherches sont encore nécessaires.

Je crois pouvoir conclure de mes observations que le cyanure de mercure mieux connu doit rendre de grands services dans le traitement de la blennorrhagie et peut être même comme antiseptique général urinaire.

(Congrès d'urologie, et Lyon méd.)

**Traitement des diarrhées infantiles par le dermatol et la diète hydrique**

Ce traitement qui a donné d'excellents résultats au docteur Poix (du Mans), est conduit de la façon suivante:

On commence par mettre le nourrisson à la diète hydrique dans toute sa rigueur, c'est-à-dire qu'on remplace la quantité de lait qui devait être ingéré par une quantité équivalente d'eau stérilisée bouillie, dans le but d'empêcher les fermentations intestinales, de laisser au repos l'estomac et l'intestin, de s'opposer à la déshydratation des tissus et de maintenir la diurèse. L'eau qui a bouilli pendant un quart d'heure est suffisamment stérile; elle est conservée dans le vase où elle a bouilli, puis versée directement dans le biberon, soigneusement nettoyé à l'eau bouillante.

La quantité de 100 à 150 grammes d'eau bouillie donnée toutes les heures et demie, ou toutes les deux heures, suffit généralement. Pour faire plaisir à la famille, que la diète hydrique pure effraye un peu, on peut remplacer l'eau bouillie par une infusion légère de tilleul.

Le dermatol est donné à la dose de 1 gramme par jour chez les nourrissons de un à six mois, à celle de 2 grammes et quelquefois plus chez les enfants au delà de six mois:

Dermatol..... 1 ou 2 grammes.

Potion gommeuse..... 100 grammes.

Une cuillerée à café toutes les heures dans la journée.

Dans les cas particulièrement graves, on peut encore avoir recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel et aux bains chauds à 35° environ.

(*Presse méd.*)

### Production du sexe à volonté

Par FR. FRIEDMANN.

Pour résoudre ce problème, il faut répondre à 3 questions :

1° Peut-on, en modifiant artificiellement les échanges matériels, détourner de sa voie primitive le cours normal des fonctions physiologiques de l'organisme ?

2° Y a-t-il une explication à donner à ce fait que dans certaines familles il n'y a que des garçons, dans d'autres que des filles ?

3° Quels sont les moyens les plus appropriés à influencer les échanges matériels dans le système reproducteur de l'organisme animal, de manière à produire un être de sexe déterminé ?

Il est facile de répondre à la première question amplement démontrée par le darwinisme.

Quant à la seconde, l'auteur a remarqué que les femmes à tendance exclusive au point de vue de la procréation de l'un ou de l'autre sexe présentaient des signes de dégénérescence si bien qu'on pourrait y voir un état pathologique, une sorte de cachexie androgène ou gynécogène.

Hockel a montré que les phénomènes de l'hérédité devaient être attribués à des causes physiques et chimiques et les caractères sexuels doivent préexister dans le germe originel avant la formation de l'appareil génital définitif. Par cachexie androgène ou gynécogène il faut comprendre pour le premier que l'élément féminin est, par un processus organo-chimique, détruit par l'élément mâle et inversement.

Au point de vue thérapeutique, par conséquent, pour répondre à la 3e question il faut chercher aussi bien pour l'élément mâle déposé dans l'œuf que pour l'élément femelle une sorte de toxalbumine, telle que l'un des deux éléments puisse prédominer sur l'autre.

Empiriquement cette substance nous est fournie par l'ovarine pour détruire l'élément femelle, par la spermine pour combattre l'élément mâle.

L'auteur appliquant ces données théoriques à l'expérimentation les a vu confirmer.

Les expériences ont été faites sur des cobayes.

En soumettant une femelle à une sorte d'ovariation par l'administration de tablettes d'ovarine, à raison de 100 du 26 octobre 1897 au 15 février 1898, il a obtenu le 15 février une portée d'un mâle unique normalement développé.

De même une autre femelle reçut des injections sous cutanées de spermine et eut dans les mêmes conditions une portée d'une femelle unique.

Ce fait de la production d'un seul petit alors que la portée est généralement de 3 ou 4 semble indiquer que le pouvoir reproducteur se trouve abaissé.

(*Gaz. Hebdomadaire de méd. et de chirurgie.*)

## FORMULAIRE

### Lotion contre les pellicules

Eau distillée de rose..... 500 grammes.  
Liqueur de Van Swieten..... 100 —  
Hydrate de chloral..... 25 —

M. S. A.

Frictionner tous les jours le cuir chevelu, avec une ou deux cuillerées de cette solution chauffée.

### Lavement alimentaire

(TOURNIER)

Bouillon..... 140 grammes.  
Jaune d'œufs..... n° 6.  
Vin..... 20 grammes.  
Chlorure sodique ..... 2 cuillerées à café.

Il faut battre longtemps les œufs, au moins cinq minutes, pour que le mélange soit bien lié. Le lavement est injecté tiède, son volume ne doit pas dépasser 250 centimètres cubes, il doit être donné très lentement, le malade étant couché.

**Pommade destinée à combattre l'impetigo vulgaire ainsi que l'eczéma suintant de la tête, du visage, des oreilles et du reste du corps chez les enfants et les adultes**

(MENAHEM HODARA)

L'auteur recommande la formule suivante, qu'il prescrit avec succès dans la clinique et dans la pratique privée :

Axonge benzoïque..... 12 grammes.  
Huile d'olives..... 9 —  
Précipité rouge..... 15 —  
Sucre blanc très finement pulvérisé. 6 —

Acide phénique de 0.05 à 0.5 suivant l'intensité du suintement ou du prurit.

Le sucre (on choisira le sucre candi) doit être, avant d'être pulvérisé, déshydraté et séché au bain-marie pendant une heure environ.

Cette formule s'est montrée surtout très efficace dans quelques cas d'eczéma suintant chronique de la tête et des oreilles chez les enfants, lorsque d'affection présentait une grande ténacité et un prurit intense.

(*Journal de médecine de Paris.*)

### Quinine sous une forme agréable

Sulfate de quinine..... 4 grammes.  
Acide citrique..... 10 —  
Sirop simple..... } à 1 —  
Sirop d'écorce..... }  
Eau distillée..... 20 —

D'autre part, mettre dans un verre à bordeaux, 0,3 de bicarbonate de soude, remplir avec de l'eau, ajouter X gouttes de la solution ci-dessus, agiter et boire pendant l'effervescence.

### Royal embrocation

(ELIMAN)

Voici la composition probable de cette préparation anti-rhumatismale en faveur outre-Manche :

Potasse caustique ..... 1 partie.  
Savon de potasse..... 13 —  
Essence de térébenthine..... 24 —  
Essence de thym, essence de succin..... 6 —  
Eau..... 700 —

(*Lyon méd.*)



## TRAVAUX ORIGINAUX

## Etude sur la cause ou condition première de toute maladie

Par M. le Dr P. C. Paquin, de Québec.

Sous ce titre nous avons démontré antérieurement que l'École officielle s'était trompée en voulant mettre sur le compte de la *lésion cellulaire* la cause de toute maladie, qu'elle avait eu tort de chercher à faire de cette théorie une médecine positive en lui donnant pour base la lésion et le microscope pour instrument. C'était bien là, en effet, prendre pour la cause du mal ce qui n'en était que l'effet. Aussi cette école ne put rien nous apprendre sur la vie pathologique des éléments cellulaires.

Une autre conception s'imposa, ce fut *celle des microbes*; mais elle ne fut pas plus heureuse tant qu'on persista à en faire la cause exclusive des troubles organiques.

Il est bien vrai que le microbe pénètre en nous de toute part, mais nous avons démontré qu'il ne pouvait rien sans notre concours, qu'il était impuissant à se créer en nous un milieu de culture du moment que nos éléments cellulaires demeuraient intacts; que le microbe supposait toujours pour agir une cellule déjà atteinte par un trouble fonctionnel quelconque; qu'alors seulement apparaissait ce trouble général de la nutrition, ce trouble appelé trophique toujours fatal en dépit de l'intégrité des fonctions organiques.

Pour définir la production de ce trouble trophique, nous avons dit que c'était par la substitution moléculaire de principes fixes et moins solubles aux principes instables et solubles et nous avons conclu de cela: que la destruction de nos tissus était ni plus ni moins un phénomène de nutrition, mais qu'avant d'être attaqués par le microbe, ces mêmes tissus avaient besoin de devenir solubles puisque les substances capables de s'osmoser pouvaient seules entrer en fermentation.

En face de tant de périls, d'ennemis cachés portant dans leur sein les germes de toutes les septicémies, de toutes les suppurations, de toutes les cachexies et diathèses, nous nous étions demandé si la nature ne nous avait pas laissé quelque ressource, quelque moyen de défense? Sans mettre de côté tout ce que pourrait avoir de bon les théories de la phagocytose et de l'état bactéricide de nos humeurs, nous avons avancé que c'était au foie que revenait l'obligation physiologique de défendre l'organisme et cela parce que la nature lui avait imposé le triple rôle:

1° De sécréter un liquide (bile) doué du plus haut pouvoir antiputride et antifermentescible.

2° De transformer les produits de la digestion, de les élaborer et préparer ainsi sa participation à la genèse du sang; de fabriquer en un mot la matière vivante de laquelle procéderont les éléments cellulaires.

3° De jouer encore le rôle de barrière à l'égard de toutes les matières toxiques qui remplissent l'intestin.

Nous avons vu dans la première étude que les microbes pénétraient bien en nous de toutes les façons par la respiration, la peau, les solutions de continuités, la bouche, etc., etc., mais que l'intestin, par lui-même, était leur lieu de culture par excellence, que son contenu

devait être considéré comme formé de poisons figurés ou solubles, susceptibles de pénétrer sans cesse par absorption dans les vaisseaux porte. Mais nous avons ajouté que le foie avait le pouvoir de les y arrêter au passage, de les rendre inoffensifs en les dédoublant, puisque le sang porte était éminemment toxique tandis que le sang des veines sus-hépatiques était absolument normal.

Mais le fait le plus remarquable à noter, pour le besoin de notre démonstration, est sans contredit le rôle prépondérant de la glande hépatique dans la formation de la matière vivante. Si tel est le cas il faut nécessairement conclure qu'aussi longtemps que cette matière sera fabriquée saine le microbe ne pourra rien faire contre nous, mais que dès l'instant que cette matière vivante n'aura plus sa constitution normale, alors la cellule qui en procède deviendra la proie de tel ou tel microbe ce qui marquera aussi du même coup le début de telle ou telle maladie.

Non, ce n'est sûrement ni dans la structure, ni dans la composition de la cellule qu'il faut chercher la lésion initiale d'où dérivent les maladies, parce que cette structure et cette composition cellulaire sont immédiatement subordonnées à la constitution de leur milieu qui n'est rien autre chose que le plasma sanguin d'où procède le protoplasma cellulaire qui lui-même est un résultat, qu'il est subordonné à la fonction hépatique spécialement chargée de sa formation, de sa rénovation et de son épuration.

Alors il devenait rationnel de se demander: quelle pouvait être cette lésion hépatique qui préparait lentement, sans secousse, toujours de la même manière, l'altération du plasma sanguin en fournissant une bile anormale, en élaborant imparfaitement les matériaux absorbés, en épurant insuffisamment le sang des déchets organiques et en ouvrant la porte aux poisons de l'intestin? Nous avons répondu que cette lésion était la congestion chronique du foie et que cette affection était si commune, si universellement répandue, que peu de personnes ne pouvaient se flatter d'en être exemptes.

Après en avoir vu les principales causes, les plus évidentes, les plus immédiates; discuté les symptômes; tracé le traitement et cherché le moyen de prévenir les nombreux troubles organiques consécutifs à cette première atteinte fonctionnelle, nous nous étions cru justifiables de conclure que cette manière d'interpréter la médecine avait deux avantages réels:

1° D'expliquer physiologiquement et localiser la plupart des névropathies demeurées sans solution jusqu'à ce jour;

2° Qu'au lieu de faire sans cesse de la médecine symptomatique, cette notion nous conduisait à l'étude de la subordination des symptômes puis à celle des fonctions (principe qui devrait seul présider à la classification des maladies) et que cette subordination devrait être établie d'après les lois de la biologie. De fait c'est bien à cela que tendent de plus en plus de nos jours les superbes théories biologiques.

En établissant que la lésion de l'organe qui détruit réellement les innombrables poisons qui peuplent l'intestin, toujours prêts à envahir l'organisme, qui fabrique sûrement la matière vivante et la renouvelle sans cesse; qui élabore les matériaux constitutifs du sang, quelle conclusion m'était-il permis de tirer de ces prémisses? Je n'en ai pas vu d'autre que la suivante: A savoir que cette lésion appelée "congestion chronique du foie" devrait être la condition primordiale, *sine qua non*, de la plupart des maladies fonctionnelles et or-

ganiques, que tant que le foie serait normal l'homme devrait se porter bien.

Je crois sincèrement, jusqu'à preuve du contraire, que les raisons apportées alors à l'appui des propositions précitées étaient sérieuses et convaincantes.

Cependant, j'ai compris depuis, que pour rendre cette étude un peu plus complète et plus satisfaisante, j'aurais dû appuyer davantage sur les causes du dérèglement hépatique et en pousser un peu plus loin l'enquête, afin de voir si on ne pourrait par arriver à cette conception : que la pathologie toute entière pourrait être dominée par une *cause première* de laquelle naîtraient les différents troubles dans la subordination des fonctions organiques, et de nous assurer enfin si cette notion ne nous permettrait pas de réunir sous une même dénomination un grand nombre de maladies, dès qu'il sera prouvé qu'elles relèvent encore de cette même cause et réclament un même traitement.

Y aurait-il en effet quelque chose de plus alléchant et de plus consolant pour le médecin de songer qu'un bon jour une seule et même cause effacerait tous les chapitres consacrés à l'étiologie pour illuminer tout à la fois l'origine et la nature des maladies ? Espérons que ce jour viendra ! Mais en attendant cet âge d'or de la médecine, quoi ! nous chercherons ici par un travail de synthèse à remonter le plus loin possible dans la hiérarchie des causes pour faire connaissance avec celle qui va nous apparaître de plus loin. Si alors nous pouvons établir que cette cause trouvée explique dans tous les cas le dérèglement du foie, au point de le rendre responsable des nombreuses maladies qui désolent l'humanité, il nous sera facile alors de réduire, à sa plus simple expression, cette longue suite de maladies, incomplètement déterminées, qui a fait de tout temps le désespoir du praticien. En effet toujours de l'hésitation, toujours de l'incertitude, rarement de satisfaction et souvent de l'insuccès, voilà n'est-ce pas ce qui résume trop souvent la plus grande partie de la carrière des cliniciens. Combien serait rendu facile le chapitre du diagnostic et du traitement si on pouvait compter sur la connaissance d'une cause d'où dériveraient toutes les autres ?

Est-il donc déraisonnable de croire que la pathologie doit être gouvernée par une *première cause*, une cause unique dès l'origine, qui sans elle, toutes les causes accessoires, déterminantes, etc., ne pourraient rien, absolument rien ? Je ne le crois pas. Je serais beaucoup plus étonné s'il en était autrement. Le bon vieil Esculape n'a-t-il pas dit quelque part que la cause des maux était dans l'*indivisible* ? On pensait donc déjà à l'*unité* à cette époque primitive de la médecine ?

Oui, il doit y avoir une première cause et la plus importante de toutes à connaître. Elle existe, c'est sûr, et un jour nous la trouverons.....

Il est évident que, de toutes les études médicales, c'est celle qui a trait à l'étiologie qui offre à la fois le plus d'intérêt, le plus d'importance et le plus de désappointement.

En médecine comme ailleurs, quoiqu'on en dise, les mêmes causes doivent produire les mêmes effets. L'effet peut changer de scène, de localisation, mais la proposition n'en reste pas moins exacte.

Avouons que le plus souvent ce chapitre de l'étiologie ne vent

pas dire grand chose, et quand on a pris connaissance des causes d'une maladie donnée, on n'est guère plus avancé parce qu'en réalité, la dernière en suppose toujours une autre qui nous échappe et la même chose de se répéter pour chaque entité morbide.

Voilà pourquoi, dit-on, que la nosologie ou classification des maladies est la moins avancée, de toutes les sciences médicales. La preuve immédiate s'en trouve dans le plus grand nombre d'états morbides qu'on ne peut parvenir à classer. La raison maintenant en est simple si on examine le principe qui a guidé les auteurs dans la classification des maladies non encore déterminées.

Pour les uns, ce principe, pour le moins arbitraire, est celui qui, dans la hiérarchie des grandes fonctions de l'organisme chez l'être supérieur, place en première ligne la fonction des centres nerveux ; de même, dans la hiérarchie des diverses fonctions de l'appareil digestif, place en première ligne les fonctions de l'estomac. Alors il ne faut pas être surpris, il devient même naturel de déduire que tout symptôme inexplicé devient symptôme nerveux, et toute maladie à symptômes dits nerveux devient une névropathie primitive, v.g. la neurasthénie ; de même tout symptôme gastrique et toute maladie indéterminée à symptômes gastriques, devient une maladie de l'estomac v.g. la dilatation de l'estomac, et toutes ces variétés de dyspepsie sur l'étude desquelles tant d'efforts s'accumulent chaque jour pour diminuer les bénéfices du malade et augmenter les embarras du clinicien.

Mais si l'on veut bien reconnaître ce que ce principe a de conventionnel ; si l'on veut bien se convaincre que l'appareil digestif est la base de toute vie dans l'échelle des êtres, tandis que les centres nerveux ne sont qu'un appareil de perfectionnement ; si enfin l'on veut se rendre compte que l'estomac n'est qu'une infime partie de l'appareil digestif et, qu'au fait, la digestion gastrique n'est qu'un acte préparatoire de l'absorption, alors il faudra recommencer l'enquête d'après une orientation nouvelle plus conforme aux lois biologiques. Peut-être aura-t-on la chance de trouver enfin la cause au symptôme, la localisation à la maladie, l'élément naturel de classification aux affections indéterminées ou artificiellement classées :

Pour nous guider dans cette étude examinons donc ce qui se passe dans le règne végétal. Là, tout est harmonie. Chaque plante, puissant dans le sol et dans l'air exactement et seulement ce qui lui convient pour grandir et se développer, produira toujours les mêmes rameaux, les mêmes feuilles, les mêmes fruits. Obéissant aux lois tracées par son Créateur, l'absorption s'arrêtera justement où elle doit s'arrêter, pas plus, pas moins.

Si maintenant on remonte au règne animal, si on interroge l'être privé de raison, que nous répond-il ? Qu'il est plus sage que la plupart des hommes en ce sens que lui ne demande aux biens qui l'entourent, à l'air pur qui l'environne, juste la somme d'éléments nécessaires à son développement et à sa conservation. Il nous dira aussi que, chez son espèce, on ne rencontre que très rarement ces innombrables maladies qui affligent le genre humain tout entier, excepté toutefois lorsqu'il est soumis à un régime qui lui est imposé par les hommes. Pourtant, devrions-nous nous attendre à moins de sagesse de la part de l'être raisonnable ? Est-ce parce qu'il est doué de raison qu'il serait relevé de l'obligation de se servir de tout ce que la Providence a mis à sa disposition pour une autre fin que celle

de développer son être et entretenir sa vie, de se servir de tout cela, dis-je, pour sa propre destruction ?

Cependant, n'est-ce pas cela qui arrive tous les jours indubitablement, qui frappe sans cesse les moins observateurs ? Exactement. A mesure que les progrès de la science, de l'industrie, de la civilisation avancent, le raffinement des passions, des besoins nouveaux croissent dans la même proportion au point que l'homme semble n'avoir d'autre souci que celui de s'évertuer à saisir au passage tout ce qui le flatte, sans songer qu'il y a des limites, qu'il ne saurait franchir, à moins d'encourir la peine réservée à ceux qui retombent dans les abus, car il reste admis qu'on est toujours puni par où l'on a péché. Nous verrons plus tard que cette vérité de l'ordre spirituel devient axiome en médecine.

Je dis donc que si l'homme, à l'exemple du végétal et de l'être privé de raison, ne prenait à chaque instant de son existence que la somme de nourriture strictement nécessaire à l'entretien de sa vie et ne respirait qu'un air pur, je dis qu'il réduirait à un minimum étonnant les maux qui empoisonnent sa vie.

Personne ne peut nier assurément qu'à chaque organe est dévolue une certaine fonction, que ce même organe n'est capable que d'une certaine somme d'énergie, et que chaque fois qu'on lui demandera davantage ou refusera ce qui lui convient, il devra souffrir de ce surmenage physiologique, faiblir dans son fonctionnement, se détériorer jusqu'à ce qu'il finisse par protester à des degrés divers, ce qui sera pour cet organe en particulier rien autre chose que la maladie sans compter tous les autres troubles morbides qui en découleront nécessairement.

Or si l'on tient compte que dans toute l'échelle des êtres, c'est avec de l'air pur et une alimentation saine et pondérée que l'être se développe, que la vie s'entretient, que les éléments anatomiques se maintiennent en se renouvelant sans cesse, il reste évidemment admis que les deux grandes sources de vie par excellence et à l'exclusion de toute autre, sont "l'air et l'alimentation".

Dès lors serait-il imprudent de conclure que ce doit être aussi par la respiration d'un air impur et une alimentation vicieuse, adultérée, excessive ou insuffisante, que ce même équilibre sera rompu et que l'organisme sera envahi par les premiers germes de mort ?

Nous ne le pensons pas. Bien au contraire nous croyons sincèrement que cette conclusion découle naturellement de ce que nous avons posé dans les prémisses. Fort de cette conviction nous sommes porté à croire de plus qu'il est rationnel de rechercher dans ces deux facteurs les causes premières de presque tous les maux.

C'est là une notion que je tâcherai d'enrichir bientôt, en vue de sa preuve, par de nombreux faits cliniques qui ont servi jusqu'à ce jour à prouver tout autre chose.

(A suivre)

## REVUE DES JOURNAUX

**Passage du contenu de l'estomac dans les poumons: un danger que peut produire la respiration artificielle**

Par R. S. STEWART, médecin de l'Asile du comté de Glamorgan (pays de Galles).

M. Brosch (de Vienne), en faisant des expériences sur le cadavre a noté un danger qui peut accompagner la respiration artificielle dont le cas suivant fournit un exemple remarquable. Un malade de cet asile, âgé de 40 ans, victime de manie pendant 7 ans, avait l'habitude d'être nourri par un gardien, non pas qu'il avait témoigné quelque tendance à étouffer, mais à cause de sa résistance et sa violence impulsive.

Le 17 décembre on lui a servi un souper composé de pain trempé en lait et complètement réduit en pulpe, à peu près un demi-litre en tout. On lui a donné toute la quantité sans aucune difficulté et sans la moindre indication que la nourriture avait passé autrement que d'habitude. Après quelques instants, sans aucun signe prémonitoire, sa tête est retombée en arrière et il est devenu pâle comme un mort, sans pulsation ni respiration. Immédiatement le gardien l'a couché et a commencé la respiration artificielle selon la méthode Sylvester. Quelques minutes plus tard, les médecins l'ont trouvé sans pulsation ni respiration, et ils n'ont pu découvrir aucun bruit cardiaque. La bouche et le pharynx étaient parfaitement vides. Le gardien a noté trois ou quatre respirations légères après l'attaque syncopale.

On a fait l'autopsie 17 heures après la mort. Le corps était dans un état de *rigor mortis*, et la surface entière était d'une pâleur prononcée et pas du tout livide. L'encéphale était atrophié et œdémateux, les méninges se trouvaient épaissies, opalescentes et à moitié pleines d'eau, mais il n'y avait point d'adhérences. Le liquide cérébro-spinal existait en excès, et on n'a pu découvrir aucune grosse lésion. Le péricarde contenait à peu près un centilitre de liquide transparent. Le cœur, qui pesait 325 grammes, était mou et flasque, les oreillettes à moitié remplies de sang liquide et noirâtre, et les ventricules vides à l'exception d'un petit caillot peu dense, moitié pâle et moitié noirâtre qui se trouvait pris dans les mailles musculaires d'extrémité inférieure du ventricule droit. L'athérome, assez avancé, était localisé autour des orifices des artères coronaires et sur la surface interne de l'aorte ascendante jusqu'à cinq centimètres. Le poumon gauche pesait environ 560 grammes et le poumon droit 590 grammes. Il n'y avait point d'adhérence et la superficie en paraissait parfaitement normale. A l'examen, on a trouvé des débris d'aliment dans chaque bronche, et après avoir coupé les poumons on a découvert ces mêmes débris dans les bronches les plus petites des poumons, surtout dans les lobes inférieurs. Autrement, il n'avait rien d'anormal, à l'exception d'une légère congestion des parties postérieures et inférieures. Il n'y avait pas de corps étrangers ni dans la bouche, ni dans le pharynx, ce n'est que dans la partie supérieure de la trachée-artère qu'on a trouvé une très petite quantité de pulpe alimentaire. L'estomac contenait environ cinq centilitres de nourriture et la surface intérieure en paraissait tout à fait normale.

En ce cas la mort résulta évidemment d'une défaillance subite du cœur (ce qui arrive assez souvent dans les cas où les artères coronaires à leur origine se trouvent en état de dégénération athéromateuse) et n'avait aucun rapport avec un trouble de la respiration. Rien n'indiquait l'asphyxiation. Au moment de l'attaque syncopale, l'estomac contenait un demi-litre d'aliments; à l'autopsie il n'y restait qu'un dixième de cette quantité. Il est impossible que ce qui avait disparu de l'estomac ait pénétré dans les poumons, car ils ne dépassaient pas leur poids normal; une partie considérable a dû passer par l'orifice pylorique jusqu'au petit intestin. La matière

trouvée dans les poumons est venue de l'estomac. Il paraît alors que l'orifice cardiaque de l'estomac peut être facilement forcé, sur le cadavre au moins, et que son contenu peut être poussé le long de l'œsophage jusqu'au pharynx par la compression du thorax inférieur (moyen ordinaire d'exprimer l'air des poumons), et qu'il peut être aspiré par les voies respiratoires à chaque inspiration artificielle successive. Il n'est pas évident que le contenu de l'estomac puisse, dans des circonstances pareilles, passer avec une facilité égale dans les poumons d'un sujet sans connaissance et dans ceux d'un vivant. S'il en est ainsi, alors le danger est bien réel. Dans le cas présent, si par hasard la syncope n'eût pas été immédiatement fatale, la guérison n'aurait été guère probable car la mort par asphyxie aurait résulté. Alors, dans tout cas de respiration suspendue, si on a des raisons de croire que l'estomac contient de la nourriture ou du liquide quelconque, il faut le vider au moyen du tube, si cela est possible. Si ce n'est pas possible, il faut éviter d'employer les méthodes ordinaires d'exciter la respiration (celles de Sylvester, de Marshall Hall ou de Howard) et il faut essayer de la rétablir par la traction rythmée de la langue. Voilà le seul moyen d'éviter le danger d'asphyxie par le passage de corps étrangers de l'estomac jusqu'aux voies respiratoires.

(Le Progrès méd.)

#### Enquête sur l'étiologie du cancer

La question de l'étiologie des tumeurs bénignes et malignes est des plus importantes qui se soient présentées à l'examen du pathologiste. D'après l'auteur l'origine parasitaire est vraisemblable pour la majorité des cas.

Les lipomes sont dus à un trouble de nutrition d'origine nerveuse. Les fibromes sont en général provoqués par un traumatisme et lorsqu'on peut faire une enquête exacte on voit que la majorité contiennent un corps étranger. Pour les fibromyomes utérins leur origine parasitaire a été soutenue. En tout cas, Bilroth, qui les a étudiés avec soin, a trouvé que la tumeur débutait toujours autour d'un vaisseau sanguin. Il en résulterait que ces néoplasmes sont dus à un trouble vasculaire, et de là il est facile de conclure à une infection sanguine.

Les chondromes, surtout fréquents dans l'enfance, sont inséparables du rachitisme, et peuvent être regardés comme des inclusions auxquelles s'applique la théorie de Cohnheim.

Les ostéomes reconnaissent des causes diverses. Ils sont d'origine embryonnaire ou inflammatoire.

L'adénome n'est au début qu'une simple hypertrophie de tissu glandulaire, mais l'infection par le parasite spécifique le convertit en tumeur maligne.

Pour les tumeurs malignes proprement dites nous nous trouvons en présence de deux seules théories : embryonnaire ou parasitaire. Or de plus en plus l'origine parasitaire gagne des partisans. L'auteur repasse les différentes conditions étiologiques admises (âge, sexe, hérédité) et montre leur compatibilité avec la théorie parasitaire.

Au point de vue historique on peut diviser l'histoire du parasitisme du cancer en 3 étapes :

1° La période d'observation incomplète et de conclusion erronées qui commence avec les premières constatations de Nepveu (1872), Rappin, etc.

2° La période d'observation exacte et de conclusions inexactes. Halle, Virchow, Gubler découvrent des protozoaires dans le cancer. Les recherches sont nombreuses : l'exactitude des faits observés est hors de doute, l'interprétation déficiente.

3° La période de doute de 1890 à 1894.

4° La période d'inoculations avec succès pratiqués surtout par les Italiens (Roncali, Sanfelice). L'auteur passe en revue les travaux récents où semblent s'affirmer de plus en plus la nature parasitaire du cancer.

(Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.)

#### Traitement de la tuberculose vésicale par les injections de vaseline-iodoformée

Après l'épreuve prolongée de différentes méthodes chirurgicales et la critique attentive de la plupart des procédés opératoires employés avant lui, M. Tuffier arrive à cette conclusion qu'en matière de tuberculose vésicale l'intervention sanglante ne doit être employée que lorsque tous les autres traitements ont échoué.

Le précepte est demeuré vrai, malgré quelques rares succès à l'actif du curetage de la vessie. C'est donc aux topiques qu'il convient de s'adresser pour modifier localement la muqueuse, dans la mesure du possible ou tout au moins atténuer les phénomènes douloureux de la cystite. Dans ce but de nombreux agents médicamenteux ont été préconisés. Nous citerons l'eau naphtolée ou créosotée, le goudron, l'acide borique, l'acide phénique, l'acide lactique, le naphthole camphré, le sublimé, l'iodoforme (en solution dans l'éthor ou en suspension dans l'huile), l'huile gaïacolée.

Tous ces moyens sont recommandables à divers titres, notamment le nitrate d'argent et le sublimé qui, en instillations, prudemment conduites, sont susceptibles de donner des succès. Il ne faut pas cependant perdre de vue que l'un et l'autre de ces médicaments, mais surtout le nitrate d'argent, peuvent amener dans quelques cas l'aggravation des symptômes et provoquer des poussées difficiles à arrêter. Nous ne parlons pas des instillations de morphine et de cocaïne avec lesquelles on n'a obtenu qu'un soulagement éphémère. Lorsqu'on est obligé de s'adresser à la morphine il vaut mieux s'adresser à l'injection hypodermique : c'est plus efficace et moins dangereux.

Quel que soit le topique employé, et ceci vise particulièrement le sublimé qui paraissait jusqu'à présent le plus efficace, l'expérience a montré qu'il fallait non seulement éviter les grands lavages mais employer la plus minime quantité de solution possible et qu'en outre il convenait de proscrire les cathétérismes répétés. On se trouvait donc dans la nécessité pour ne pas traumatiser la muqueuse uréthro-vésicale, d'espacer les instillations surtout chez certains malades, et l'insuccès parut maintes fois devoir être attribué à l'insuffisance d'un traitement soumis à de trop obligatoires intermittences.

Le hasard permit à M. Bazy d'entrevoir une solution à ce délicat problème.

En pratiquant une uréthrotomie interne, après avoir introduit la sonde à bout coupé, quel ne fut pas son étonnement de voir s'écouler par cette dernière de la vaseline liquide en assez grande abondance. Par l'interrogatoire M. Bazy apprit que quelques jours auparavant, le malade, atteint de cystite, s'était injecté de la vaseline liquide dans le canal. Cette vaseline avait dû pénétrer dans la vessie et comme elle est moins dense que l'urine, elle avait surnagé et n'avait pas été expulsée ; en tout cas elle ne pouvait l'être qu'à la fin de la miction.

M. Bazy vit tout de suite le parti qu'on pourrait tirer de ce fait. Il pensa que les malades pourraient ainsi, par un procédé bien simple, conserver la vaseline dans la vessie. Du moment qu'il conserve la vaseline, il peut conserver aussi des topiques qu'elle tient en suspension ou en solution et notamment l'iodoforme. Il s'ensuit que celui-ci est susceptible de demeurer en contact continu avec les parois vésicales, avec les ulcérations, et former sur elles un véritable pansement continu. C'est pour cette raison que M. Bazy s'est cru autorisé à décrire sa méthode sous le nom de pansement vésical permanent.

Or, l'action spécifique de l'iodoforme sur les lésions tuberculeuses le désignait naturellement comme le topique de choix à essayer dans la cystite bacillaire. D'autre part, son pouvoir analgésique était une raison de plus pour l'employer dans une affection aussi douloureuse. Les résultats de cette tentative ont été des plus favorables et M. J. L. Réniac a pu réunir dans sa thèse, écrite

sous l'inspiration de son maître le Dr Bazy, 14 observations comprenant :

- 6 très grandes améliorations.
- 6 améliorations sensibles.
- 1 amélioration légère.
- 1 Insuccès.

Les deux derniers cas concernent des malades chez lesquels coexistaient d'autres lésions tuberculeuses. L'amélioration légère s'est produite chez un vieux coxalgique qui avait en même temps de la bacillose rénale. Quand à l'insuccès, il a été relevé chez un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire à marche subaiguë, aux progrès de laquelle il n'a pas tardé à succomber.

Tous les autres malades ont bénéficié du traitement. Aussi M. Réniac n'hésite-t-il pas à considérer les injections de vaseline iodofornée comme la médication de choix de la cystite tuberculeuse.

Il nous reste à indiquer le manuel opératoire de ces injections.

On se sert d'une sonde de Nélaton ou d'une sonde olivaire petit calibre (nos 10 à 15). Il va sans dire que les précautions aseptiques d'usage ont été prises. Le contenu de la vessie étant évacué, on injecte lentement 30 grammes d'huile de vaseline stérilisée contenant en suspension 5 p. 100 d'iodoforme. La sonde est retirée. Lorsque le malade éprouve le besoin d'uriner, il doit surveiller avec soin l'émission de l'urine et s'arrêter dès qu'ils voient une goutte de graisse au méat. C'est une manœuvre à laquelle s'habituent très bien les malades, même ceux dont les douleurs sont vives et les mictions fréquentes et qu'ils réussissent aisément au bout de quelque temps. Ce résultat est dû en grande partie à l'action analgésique de l'iodoforme mais aussi à la protection apportée à la muqueuse par le corps gras permanent contre l'urine irritante et septique. Quelques malades réussissent ainsi à garder leur vaseline pendant 15 jours et plus.

Beaucoup ne viennent se faire une injection que tous les 8 jours, et il est bien rare que même au début on soit obligé de faire plus de 2 injections par semaine.

Il va sans dire qu'on n'attendra pas, quand on le pourra, que le malade ait expulsé ou absorbé tout l'iodoforme introduit dans sa vessie pour faire une nouvelle injection.

Cette méthode de pansement vésical permanent peut être érigée en méthode générale et appliquée dans d'autres maladies que la cystite tuberculeuse. Les substances les plus variées pouvant être incorporées à la vaseline ; l'orthoforme pourrait être aussi employé dans certaines cystites particulièrement douloureuses.

(Ibid.)

#### Diagnostic différentiel entre le cancer du cœcum, la tuberculose du cœcum, la perityphlite tuberculeuse et la tuberculose de l'iléon

Par B. P. OBRATZOVF.

Ce diagnostic infiniment délicat, est abordé par le professeur Obratzovf (de Kiev) avec une compétence toute spéciale, acquise par plusieurs années d'observations et d'études.

Dans le cancer du cœcum, on trouve une masse solide, submate; elle est en rapport en dedans avec un cylindre afférent, plus ou moins transversalement placé, et qui ost l'iléon hypertrophié et dilaté. De sa partie supérieure se détache un nouveau cylindre, qui ost le cœlon ascendant. Les éléments contractiles qui entrent dans la structure de la tumeur et la cavité qui la creuse font qu'elle n'a pas un volume et une force constants. Enfin, signe capital, le cancer est à ses débuts et pendant longtemps, mobile et quelquefois même très mobile, grâce à l'allongement du méso-cœcum par le poids du néoplasme. Au point de vue fonctionnel, le cancer se signale par une sténose précoce et, par suite, par des coliques, des borborygmes sonores et un péristaltisme prononcé. Aussi, dans les cancers un peu anciens, l'iléon, hypertrophié et dilaté, se sent sous forme d'un

cylindre élastique, long de huit à dix centimètres, large de trois à quatre.

Le rein ectopié est moins mobile, il est mat et ne cause pas de sténose intestinale. La tuberculose ou le cancer du rein s'accompagnent de pyurie, d'hématurie, etc. L'appendicite chronique, plus difficile à éliminer, sera exclue en considérant l'âge, la faible mobilité et surtout la diminution de la tumeur par le repos et un traitement approprié. Quant au 'stercorôme', Obratzovf ne l'a jamais vu au cœcum; en tout cas, on trouverait vraisemblablement des scyballes dans le reste du cœlon.

La tuberculose cœcale se reconnaît d'abord à l'hypertrophie des parois du cœcum et à la présence de bacilles dans les fèces, lors de tuberculose intestinale. La réciproque peut n'être pas vraie. De plus, les bacilles pourraient très bien venir de l'intestin grêle, mais alors il y aurait de la diarrhée. Dans un travail antérieur (Arch. russes de path. méd. et de bactériol., 1896, I) l'auteur a bien montré que la diarrhée survient uniquement dans l'inflammation de l'intestin grêle et non dans celle du cœlon.

Dans la tuberculose isolée du cœcum, on aura donc des fèces moulées, mais associées à du sang, du pus ou des glaires. Enfin, le cœcum tuberculeux forme une tumeur mobile, semblable au cœcum, mais plus volumineuse: cette hypertrophie se fond insensiblement sur les segments intestinaux voisins. La sténose est lente à se produire.

Dans la pertyphlite tuberculeuse, la séreuse pariétale étant envahie, la tumeur est immobilisée par les adhérences, mais elle se fond peu à peu avec les tissus voisins. Le cœcum n'est plus que difficilement reconnaissable par le palper ou par ses gargouillements, il est généralement fixe. On peut observer des douleurs du péritonisme, des nausées et des vomissements, comme dans la colique appendiculaire. Si la muqueuse cœcale est saine, on ne trouvera pas de bacilles dans les selles.

Enfin, dans un cas, l'auteur a pu faire le diagnostic de tuberculose de l'iléon, en se fondant sur la présence d'un cordon épais, large comme l'index, inégal et allant du petit bassin au bord interne du cœcum.

Inutile d'ajouter que l'examen des autres organes, des antécédents, etc., viendra souvent aider le diagnostic.

Tel est le tableau, un peu schématique peut-être, tracé par le professeur Obratzovf. Il tire cependant sa valeur et son intérêt de l'utilisation "intensive" d'un palper méthodique et raisonné; car, jusqu'ici on se contentait un peu d'apprécier les données objectives en bloc, sans analyser de bien près leurs modulations. Mais pour en tirer parti, il faudra ou des ventres bien souples ou le secours de l'anesthésie.

(Union médicale du Nord-Est)

#### Teinture d'iode dans les infections gastro-intestinales aigues

D'après Grosch, les craintes de l'intoxication par l'administration interne de teinture d'iode ne doivent pas être poussées trop loin. L'auteur a employé cette substance pendant dix-huit mois dans toutes les gastro-entérites infectieuses. Il a traité par ce procédé 300 malades et s'en est toujours très bien trouvé. Il relate les résultats de ses recherches dans le *Berl. Kl. Woch.*

Aux enfants atteints de fièvre typhoïde il administre II à IV gouttes de teinture d'iode dans un peu d'eau sucrée toutes les huit heures pendant trois jours. Les enfants prennent cette potion sans dégoût. Malgré quelques cas très graves, l'auteur a toujours obtenu des résultats satisfaisants. La fièvre tombait rapidement, atteignait la normale au bout de quelques jours. La connaissance revenait bientôt, la diarrhée disparaissait, l'appétit revenait, mais la convalescence n'était pas entravée malgré l'alimentation. L'auteur compare ces résultats à ceux obtenus par la sérum-thérapie dans la diphtérie.



Aux adultes typhiques on administrait la teinture d'iode à dose de VI gouttes 3 ou 4 fois par jour. Des 40 malades traités par l'iode pas un seul ne mourut. La guérison était rapide dans les cas légers, dans les cas moyens les résultats n'étaient obtenus qu'au bout de quinze jours à un mois, mais tout danger semblait conjuré.

La température baissait, la diarrhée était supprimée, l'intelligence devenait nette, les céphalées, les douleurs au sacrum et aux mollets s'amélioraient notablement, l'appétit revenait au bout de quinze jours en moyenne.

Les résultats favorables sont d'autant plus marqués que l'administration d'iode est plus précoce.

Comme phénomènes secondaires l'auteur n'a observé qu'une seule fois l'hémoptysie et dans un autre cas un sentiment d'enserrement du thorax. Jamais il n'a constaté d'albuminurie.

Dans la gastro-entérite infectieuse aiguë, les résultats étaient surtout favorables dans les cas où la fièvre était très élevée, avec vomissements et diarrhée fétide, coliques, céphalées et courbature.

On administrait alors :

Teinture d'iode.....	xv à xviii gouttes.
Sirop simple.....	20 grammes.
Eau distillée, jusqu'à.....	150 —

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures.

Chez les enfants à la mamelle atteints de gastro-entérite aiguë, l'auteur administrait l'iode à dose d'une goutte 3 fois par jour. La diarrhée et les vomissements cessaient le plus souvent.

L'auteur a encore eu des résultats favorables avec la teinture d'iode dans les duodénites aiguës avec ictère, météorisme, coliques après diarrhée ;

Dans la grippe avec phénomènes gastro-intestinaux ;

Au début d'une pérityphlite quand il y a vomissements, diarrhée et douleurs iléo-caecales.

Grosch recommande la teinture d'iode (qui est une substance relativement inoffensive quand on la dose bien et quand on surveille bien les effets) comme un médicament d'un effet assez sûr dans certaines affections aiguës de l'appareil digestif.

C'est un bon désinfectant du canal intestinal et de l'estomac, il empêche la formation des produits septiques en empêchant la prolifération des bactéries.

(Méd. Moderne)

#### Du lever précoce après l'accouchement.

Les préceptes les plus opposés sont successivement formulés sur ce sujet pour ce qui est de l'obstétrique normale, et ils trouvent toujours les statistiques les plus démonstratives pour les appuyer.

M. Küstner a fait récemment des recherches sur 1,000 femmes ayant accouché du mois d'avril 1894 au mois de janvier 1896 à la Clinique gynécologique de Breslau. Sur ce nombre, 600 environ avaient utilisé la permission qu'on leur avait donnée de se lever de très bonne heure, voire même, dans quelque cas, dès le second jour après l'accouchement. Ont été exceptées de cette autorisation, les femmes pour lesquelles il y avait crainte d'infection, déchirure du périnée, varices, lésions cardiaques, contusion intense des parties génitales, fortes tranchées.

Le plus grand danger, à propos des femmes qui se lèvent ainsi de bonne heure, est une infection latente ; c'est pourquoi il est d'un grand intérêt de prendre leurs températures d'une façon régulière.

Les femmes qui se sont levées d'une manière aussi précoce après leur accouchement ont eu de meilleures suites de couches que celles qui ne se sont levées que le sixième jour. Une seule fois, une femme, qui s'était levée de bonne heure eut, à la suite, une maladie, de durée assez longue ; mais, dans ce cas, il n'est pas absolument prouvé que cet accident ait bien été la conséquence de cette manière de faire.

L'influence du lever précoce sur l'appareil circulatoire n'a été certainement en rien défavorable, car les lypothimies, les vertiges, etc., ont été exceptionnels ; tandis que ces accidents sont de règle chez les femmes qui sont restées au lit jusqu'au dixième jour, ce qui est dû à leur accoutumance à la position horizontale. D'autre part, les femmes qui s'étaient levées de bonne heure faisaient, quand elles quittaient la Clinique, l'impression d'un rétablissement plus complet que celles qui n'avaient quitté le lit qu'un jour ou deux avant leur sortie.

Cette nouvelle manière de traiter les suites de couches a eu la plus heureuse influence sur les évacuation alvines des accouchées ; les garde-robes spontanée ont eu lieu d'autant plus tôt que le lever a été plus précoce. On n'a observé aucune fâcheuse influence sur la situation de l'utérus ; des examens de contrôle, pratiqués ultérieurement, n'ont fait constater qu'un seul cas de rétroflexion de l'utérus. L'involution de l'utérus s'est bien faite et les lochies ont été peu abondantes. Le lever précoce n'est nullement cause de prolapsus utérin, Pour éviter que la paroi abdominale ne soit trop relâchée il est bon de porter une ceinture ventrale. Quant aux embolies, on n'en a constaté aucun cas à la Clinique de Breslau.

(Journal de méd. de Bordeaux)

#### L'huile de salosantal dans les lésions des organes urinaux

Le salosantal est une combinaison du salol avec l'huile de santal pure de l'Inde Orientale avec addition d'une petite quantité d'huile de menthe anglaise, ce qui masque complètement le goût de l'odeur des deux composants principaux. C'est un liquide clair, jaunâtre, facile à doser par gouttes. Il contient un tiers environ de salol. L'effet thérapeutique du salosantal est dû aux substances qui le composent : le salol agit par ses propriétés antiseptiques et désinfectantes et conserve ses propriétés dans le nouvel antibleborrhagique, qui a des propriétés balsamiques, caractéristiques, antiphlogosiques, anticatarrhales, antispasmodiques et calmantes. L'analyse qualitative régulière des urines des malades traitée par la salosantal démontre la décomposition de la substance citée en salol et en huile de santal.

Werler a publié 25 cas de blennorrhagie, de cystite, d'urétrite postérieure, de prostatite, d'épididymite avec réactions inflammatoires intenses ; des cystites chroniques avec urine alcaline, bactériurie, pyurie, etc. Tous ces cas, ainsi que ceux de blennorrhagie maligne, ont été très bien influencés par le salosantal joint à la médication locale. Cet auteur le prescrit soit en gouttes :

Salosantal ..... 15 grammes à prendre 3 fois par jour : 10 à 12 gouttes après chaque repas.

Soit en capsules de 50 centigr. chacune à prendre 3 fois par jour, 2 capsules chaque repas.

Comme contre indication, il n'y a que la néphrite aiguë ou chronique, ainsi que les troubles gastriques.

Gazette médicale de Paris.

#### Traitement des phlébites puerpérales des membres inférieurs par les abcès de fixation

S'appuyant sur trois succès, M. le professeur Fochier, de Lyon, a recommandé, lors du Congrès de Marseille, les abcès de fixation dans tous les cas de phlébite puerpérale des membres inférieurs, même quand l'état général est excellent, car, quelque bénigne que paraisse le phlegmatia alba, on ne peut pas affirmer qu'elle ne donnera pas naissance à ces arthrites, à ces œdèmes éternels qui constituent de véritables infirmités.

Pour faire l'injection, il faut choisir sa place ; le lieu d'élection est à égale distance de l'épine iliaque et des fausses côtes ; si l'on fait la piqûre profonde, justaponevrotique, la douleur est peu



prononcée ; on ne doit pas craindre de répéter les abcès et d'aller s'il le faut, jusqu'à huit ou dix. En tout cas, il ne faut pas en inciser un avant qu'un autre ne soit en formation.

(Abeille m. .)

#### Traitement du chancre mou par la chaleur

Aubert, de Lyon, ayant démontré expérimentalement que du pus chancreux soumis pendant 15 à 18 heures, à une température de 38°, perdait sa virulence, essaya d'appliquer cette action microbicide de la chaleur au traitement de la chancrolette. Il plongea le malade pendant 12 à 18 heures dans un bain à 40° et maintint en permanence sur sa tête des compresses froides. Mais un bain chaud si longtemps prolongé élève toujours la chaleur animale, ce qui n'est pas sans danger.

Pour obvier à cet inconvénient, on essaya l'application locale de la chaleur. La verge est entourée pendant 48 heures d'un serpent dans lequel circule un courant d'eau de 45° à 50° ; on obtint par là de bons résultats.

Malheureusement, tous ces procédés sont peu pratiques ; ils immobilisent le malade et nécessitent des appareils compliqués. C'est ce qui les a fait abandonner.

Il existe aujourd'hui une façon bien simple et bien pratique d'appliquer cette action modificatrice de la chaleur au chancre mou. On utilise la chaleur rayonnante du thermo-cautère. La surface chancreuse est d'abord parfaitement séchée avec un tampon de coton hydrophile, puis on approche la grosse lame du thermo-cautère Paquelin, chauffée au rouge, à quelques millimètres de l'ulcère, sans y toucher. En très peu de temps, des stries sanguinolentes apparaissent à la surface du chancre mou. Il faut alors s'arrêter. La douleur provoquée par cette exposition à la chaleur rayonnante est habituellement supportable. On pourrait toutefois l'atténuer en badigeonnant au préalable la plaie chancreuse avec une solution de cocaïne. Le chancre mou se trouve ainsi transformé en une plaie simple qui guérit facilement sous un pansement pulvérulent quelconque.—*Ibid*

#### Du traitement préventif de l'hérédité syphilitique paternelle au cours de la grossesse

M. le prof. Fournier a traité cette question si importante de pratique dans une de ses cliniques, et a résumé sa profession de foi dans les propositions suivantes :

1° Lorsqu'un fœtus est menacé par la syphilis paternelle, une sauvegarde peut lui être offerte par le traitement de sa mère, quoique saine, au cours de la grossesse ;

2° Des succès ont été obtenus par ce traitement médiat, et ces succès sont assez nombreux aujourd'hui pour que le praticien ait le devoir, l'obligation de mettre en œuvre ce traitement spécial en pareille occurrence ;

3° Ce traitement, pour être utile, doit intervenir à l'époque la moins distante possible du début de la grossesse ;

4° Le mercure constitue la base essentielle de ce traitement ;

5° Administrer le mercure comme on le peut, en satisfaisant aux indications individuelles des cas particuliers, est la seule règle à formuler en pareil cas.

(Sem. med.)

#### Traitement de la conjonctivite granuleuse par l'acide salicylique

Dans les formes légères de conjonctivite granuleuse, M. Moty, professeur agrégé libre au Val-de-Grâce, emploie avec succès, pour badigeonner la conjonctive, une solution alcoolique d'acide salicylique, suivant la formule ci-dessous :

Acide salicylique.....	3 grammes.
Alcool à 60°.....	30 —

On trempe dans cette solution un petit tampon d'ouate monté sur une tige métallique, on l'abstergé à demi pour éviter la diffusion du liquide, puis on retourne les deux paupières, que l'on maintient de la main gauche, tandis qu'on touche de l'autre tous les points malades ; un tampon antiseptique humide sert à dessécher les paupières avant et après la cautérisation. On touche les deux yeux successivement ; le tout dure une quinzaine de secondes.

La douleur, assez vive d'abord cède en très peu de temps, de telle sorte que les malades acceptent facilement ce traitement.

La cornée tolère parfaitement l'acide salicylique, qui ne peut donner lieu, d'autre part, à aucune pigmentation en cas d'ulcères cornéens.

Les cautérisations sont répétées d'abord tous les jours, puis tous les deux jours ; ensuite, deux fois, et enfin une fois par semaines, suivant la gravité de la lésion et suivant les résultats obtenus. Aucun traitement accessoire n'est nécessaire, quand il n'y a pas de complications.

L'amélioration est immédiate, comme avec la plupart des topiques employés à propos ; mais avec l'acide salicylique, elle est beaucoup plus accusée qu'avec les moyens usuels ; elle persiste plus longtemps et s'accroît de plus en plus, de telle sorte qu'en quelques mois, et sans déranger aucunement les malades dans leurs occupations, on arrive facilement à guérir d'anciennes granulations avec vascularisation et infiltration de la cornée.

(La Presse méd)

#### Traitement de la diphtérie par le sérum des convalescents de diphtérie

WEISSBECKER avait fait des recherches sur la valeur thérapeutique du sérum des convalescents de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde et de pneumonie ; il les a poursuivies avec le sérum des convalescents de diphtérie. Il était intéressant de savoir si le sérum, facile à obtenir chez les convalescents, jouissait de la même valeur thérapeutique que le sérum obtenu par des préparations beaucoup plus compliquées. Les observations faites par Weissbecker sur 30 cas graves au cours de diverses épidémies ont confirmé ces prévisions. Les individus auxquels est emprunté le sérum doivent avoir été guéris spontanément de la diphtérie et ne pas avoir reçu d'injections immunisantes ; il n'est pas possible d'obtenir un sérum actif de malades qui ont reçu des injections. Les effets sont les mêmes qu'avec le sérum artificiellement préparé. Les phénomènes généraux cèdent brusquement pour faire place à une sensation de bien-être, la maladie prend une marche favorable et ce n'est que dans les cas les plus graves que les accidents menaçants persistent encore quelque temps. Il y a cependant des différences à noter ; la fièvre et les fausses membranes subsistent dans beaucoup de cas ; celle-ci peuvent même continuer à s'étendre, mais la persistance de ces phénomènes n'implique pas un pronostic fâcheux, l'état général offre sous ce dernier rapport une plus grande valeur.

Dans les cas de croup, l'action du sérum est favorable à la condition que l'injection soit faite de bonne heure. D'un autre côté, l'injection ne garantit pas de l'infection septique qui emporte un certain nombre de malades.

Une seule injection suffit pour chaque malade. Les petits enfants ont reçu 4 à 5 centimètres cubes, les plus grands 8 à 10 cc. ; dans les cas où l'injection n'amène aucune amélioration, il est inutile d'en faire une deuxième qui n'aurait d'ailleurs pas plus d'action que la première. Sous ce rapport, le sérum antidiphtérique se comporte autrement, car il peut être utile de renouveler l'injection. Le sérum du convalescent a ceci de particulier qu'il produit, dès la première injection, tout ce qu'on peut en attendre et que son action ne s'accroît pas avec des injections ultérieures. Il n'en est plus de même dans les cas de récurrence ; il faut alors recommencer l'injection, car la récurrence est en réalité une nouvelle maladie.

Quatre cas de récidive ayant reçu dans le début des injections, ont guéri ; un cinquième a succombé très probablement parce que l'injection avait été trop tardive. L'injection de sérum de convalescent ne cause aucun accident ainsi que cela arrive quelquefois avec le sérum de Behring.

(Journal de méd. de Paris)

#### Eruption due au benzoate de soude

par NICOLLE et HALIPRE

Les éruptions provoquées par l'ingestion de benzoate de soude sont très rares. Dans l'observation suivante, c'est après l'absorption de 3 cachets de 50 centigrammes chaque, 2 le premier jour et un le second jour, que les accidents sont survenus.

L'éruption se manifesta sous forme de taches érythémateuse et de papules à peine saillantes, s'effaçant sous la pression pour reparaître dès que celle-ci cessait et accompagnées de quelques démangeaisons. La couleur des taches et des papules était d'un rouge sombre ; les éléments avaient un contour irrégulier et les dimensions d'une lentille tout au plus.

L'éruption se montra d'abord à la face dorsale des poignets sur une hauteur de trois travers de doigts avec prolongement le long des bords externe et interne du dos de la main, où les taches étaient confluentes, puis sur la région olécrânienne du coude, la face antérieure des genoux ; quelques éléments se montrèrent sur le front et sur la face dorsale du pied.

En quelques heures, l'éruption atteignait son maximum d'intensité ; elle se limita aux régions précédentes, dès que le médicament fut supprimé. Le lendemain les taches pâlirent, le prurit cessa, l'éruption disparut le troisième jour sans laisser trace de desquamation (Journal des maladies cutanées et syphilitiques et France méd.)

#### Sur un symptôme nouveau de la période précontagieuse de la rougeole et sa valeur prophylactique.

Dans 30 cas, M. Meunier a vu à la période d'incubation de la rougeole une constante diminution de poids indépendante de tout autre phénomène morbide. Cette diminution commence au quatrième ou cinquième jour après la contagion, c'est-à-dire cinq à six jours avant le catarrhe et huit à dix avant l'éruption. Elle dure plusieurs jours ; elle varie d'intensité, mais semble indépendante de l'âge et de la gravité de la maladie. La perte de poids est en moyenne de 50 grammes par jour chez des enfants d'un à quatre ans, en tout 300 grammes. Elle peut atteindre 700 grammes. Elle doit dépendre de troubles de nutrition dus à la maladie infectieuse et doit exister dans d'autres infections.

On comprend la valeur de ce signe pour soupçonner la rougeole et isoler les enfants qui présentent ce symptôme, dans les cas d'épidémies d'écoles, d'hôpitaux.

(Revue gén. de pathol. int.,

#### Essais de sérumthérapie antituberculeuse ;

par G. ZANONI.

Depuis la communication de Maraglino (1896), nombreux ont été les essais de sérumthérapie d'après la méthode du savant italien Zanoni, dans une étude critique et clinique des plus complètes, analyse tous les faits publiés sur ce sujet depuis deux ans, et y ajoute le résultat de ces expériences personnelles. Il a pu traiter 27 tuberculeux par des injections de 1 cc. de sérum de Maraglino, répétées tous les deux à trois jours pendant six mois. Sur 3 malades au premier degré de tuberculose pulmonaire, deux ont été améliorés, le troisième est resté stationnaire ; sur 10 tuberculeux à la seconde période, un a été guéri, six nettement améliorés, les

trois autres ne retirèrent aucun bénéfice des injections. Sur 14 tuberculeux au troisième degré, il y a eut deux guérisons, quatre améliorations, et huit résultats incertains. Cette statistique se rapproche d'ailleurs de celles que Maraglino et Rignier ont fournies à plusieurs reprises.

(Le Progrès méd.)

## FORMULAIRE

### Stomatite aphteuse

Acide salicylique .....	2 grammes.
Glycérine.....	30 —
Alcool.....	Q. S.

en badigeonnages.

A la période ulcéreuse :

Salicylate de soude.....	1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne.....	2 —
Eau distillée.....	1200 —

en attouchements.

A l'intérieur, un des cachets suivants 4 fois par jour.

Salicylate de bismuth.....	0 gramme 25 centigr.
Sucre de lait.....	0 — 03

ou :

Benzonaphtol.....	0 gramme 20 centigr.
Sucre de lait.....	0 — 02 —

### De l'usage externe de la phénacétine dans les affections rhumatismales

TAYLOR

Phénacétine.....	5 grammes.
Lanoline.....	20 —
Huile d'olive.....	Q. S.

Mélez.—Pour les onctions sur les parties douloureuses.

Phénacétine.....	5 grammes.
Alcool rectifié.....	1 litre.

F. S. A.—Usage externe.

Des compresses imbibées d'un mélange de ce liquide et d'eau bouillante à parties égales sont appliquées sur la région douloureuse, aussi chaudes que le malade peut les supporter.

(Le Progrès méd.)

### Manie aigue

Sulfonal.....	1 gramme.
Bicarbonate de soude.....	0 — 25 centigr.

pour 1 cachet,

1 à 3 cachets par jour, on pourra atteindre progressivement 4 et même 5 grammes en 24 heures (Kadt). Rappelons cependant que le sulfonal est loin d'être inoffensif, surtout si l'on en prolonge l'emploi. Wien (in Berlin. Klin. Wochenschr. 1898) signale de nombreux cas de mort par empoisonnement et conseille de ne le prescrire que durant quelques jours pour permettre l'élimination par le rein, sans qu'une néphrite puisse en être la conséquence.

### Dans les oreillons

(BOUCHARD)

Acide phénique.....	0 gramme 50 centigr.
Sulfate de quinine.....	} à 2 —
Acide salicylique.....	
Rhum.....	125 —

Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

(Ibid.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## PROGRES DE LA GYNECOLOGIE

Par A. LAPHORN SMITH, B. A. M. D. M. K. C. S., Angleterre; Membre des Sociétés Gynécologiques Américaine et Britannique; Professeur de Gynécologie Clinique à l'Université de Bishop; Gynécologiste au Dispensaire de Montréal; Chirurgien en Chef de l'Hôpital Samaritain pour les femmes; Chirurgien au "Western General Hospital".

## GYNECOLOGIE A L'ASSEMBLÉE D'EDINBOURG DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

En route pour l'assemblée j'eus le plaisir d'entendre lire un étude par MARTIN, de Berlin, sur le *Progrès de l'Ovariectomie* durant ces vingt dernières années. C'était un travail remarquable fait par un homme éminent. Il a adopté la voie vaginale en grande partie, et il a terminé son travail en donnant le résultats de 131 laparotomies vaginales pour des ovaires et des trompes malades, pour des rétroversions, des kystes ovariens et des petits fibromes, etc. De ces 131 cas il en a perdu 2.

Depuis mon retour de Berlin, j'ai pratiqué un certain nombre de ces opérations aux hôpitaux Samaritain et Western, et à mon hôpital privé avec les résultats les plus satisfaisants. J'en ferai un rapport plus tard, mais en même temps il est intéressant de noter que les malades opérées par la voie vaginale ont une convalescence beaucoup plus rapide que celles opérées par l'abdomen. Bien qu'elles comprennent des trompes en suppuration, des grossesses tubaires, rétroversion avec adhérences, des ovaires kystiques et des trompes fermées qu'on a ouvertes, aucune de ces malades n'est morte. Un autre avantage frappant est l'absence de cicatrices abdominales, et les douleurs vives de l'incision, dont ces malades souffrent généralement, font entièrement défaut. De fait la plupart de ces femmes n'ont eu besoin d'aucun anodin. Durant la discussion à la dernière assemblée de la Société Gynécologique d'Angleterre, un Monsieur a fait rapport d'un certain nombre de ces opérés par le vagin avec de mauvais résultats et les autres discutants ont tous avancé, avec grande force, que la voie vaginale n'est pas sûre dans les cas de grosses tumeurs de toute espèce, ou de fibromes, ou de collections purulentes avec des adhérences qu'on rencontre souvent dans ces circonstances.

Dans les cas choisis à propos je crois fermement que la voie vaginale a d'immenses avantages sur la laparotomie.

Une des figures les plus intéressantes de l'assemblée ce fut Doyen, de Paris, qui nous montra deux nouveaux instruments: un destiné à tenir l'incision abdominale automatiquement ouverte, et l'autre un instrument pour arrêter l'hémorragie sans ligatures au moyen d'une machine à écraser énormément puissante.

Les ligaments larges avec l'artère ovarienne sont saisis et comprimés pendant une minute avec une telle force qu'ils sont complètement écrasés et que lorsqu'on enlève l'instrument il ne s'écoule plus de sang. On m'a dit à Paris qu'on ne devait pas trop s'y fier vu que plusieurs fois il s'en est suivi des hémorragies secondaires. Je préférerais me servir des pinces (clamps) électriques du Dr S. Kene, qui dessèchent l'artère. Une des séances les plus intéressantes a été la représentation cinématographique d'une hystérectomie abdominale faite par Doyen dans une des grandes salles de l'Univer-

sité, à laquelle assistaient au delà de 600 médecins. C'est un opérateur rapide et il a trouvé une nouvelle méthode qui ne demande que quatre minutes depuis la première incision jusqu'à ce que tout l'utérus, y compris le col, soit enlevé.

Les traits saillants de sa méthode sont de mettre une pince (clamp) sur les deux artères ovariennes et de saisir ensuite le col par une ouverture dans le vagin dans le cul-de-sac de Douglass, puis d'attirer le col en haut déchirant ses attaches sur les côtés et en avant à la vessie. On amène sous un jour parfait les artères utérines et on les saisit. Par sa méthode il ne prend que deux ou trois minutes pour enlever l'utérus et quelques huit ou dix minutes de plus pour ligaturer les artères et fermer l'ouverture du péritoine pelvien. J'ai eu le plaisir d'être un des huit ou dix médecins qui ont vu Doyen faire deux hystérectomies abdominales totales pour enlever des fibromes, au service du professeur Simpson, à l'Infirmierie Royale, et il en fit une aussi rapidement que les six cent médecins l'avaient vu faire par le cinématographe.

Une autre figure intéressante c'était Monisam, de Naples, un homme tout petit, d'environ trois pieds six, mais un géant en intelligence qui présenta en français un travail sur la symphysectomie. Il fut suivi du Dr John Moir, d'Edimbourg, âgé de 95 ans, qui nous raconta les progrès de l'Obstétrique et de la Gynécologie durant sa vie.

La discussion la plus chaude de l'assemblée a été celle amenée par un travail du Dr Milne Murray sur l'usage et l'abus du forceps, et, l'excellent travail du Dr Japp Sinclair, lu à Montréal l'année dernière, dans lequel l'auteur condamnait l'usage trop fréquent et trop hâtif de forceps, est venu incidemment animer la discussion.

Le Dr Sinclair faisait remarquer que le forceps était responsable d'un grand nombre des affections de femmes qui étaient accouchées dans les environs de Manchester.

Il était évident que la majorité des médecins présents à l'assemblée étaient des praticiens généraux qui se servaient de forceps pour sauver du temps et qui n'aimaient pas le reproche qui leur était fait d'avoir causé des lésions puerpérales.

Il y eut plusieurs travaux intéressants de lus sur le temps le plus propice pour enlever des trompes en suppuration; le sentiment général fut qu'il était plus sûr d'opérer durant l'intervalle d'attaques plutôt que durant l'attaque même comme c'est le cas pour l'appendicite.

Il y eut aussi une discussion très vive sur les avantages relatifs des voies abdominale et vaginale pour enlever des trompes en suppuration et le sentiment général fut qu'il était plus facile et plus sûr de les enlever par l'abdomen. Comme il arrive fréquemment qu'une maladie de l'appendice vermiforme complique ces affections, on a soutenu que la possibilité d'avoir à l'enlever dans tous les cas était une raison suffisante en elle-même pour nous convaincre d'opérer par l'abdomen. Le Dr Macan, de Berlin, a fortement appuyé sur l'importance de faire un examen bimanuel sérieux sous l'influence d'un narcotique avant de décider à prendre la voie vaginale.

Laudan, de Berlin, fut fortement en faveur de la voie vaginale même pour les mauvais cas de suppuration et il a le courage de ses convictions, car je l'ai vu enlever l'utérus, les deux trompes et les

deux ovaires par le vagin dans un très mauvais cas, alors que j'étais à Berlin.

Il y eût toutefois une chose bien évidente en cette occasion c'est que s'il est difficile d'enlever de grosses trompes suppurantes même après avoir divisé l'utérus en deux et l'avoir sacrifié ensuite, il est presque impossible de les enlever par une ouverture dans la voute vaginale, soit antérieure soit postérieure, sans enlever l'utérus.

J'essayai de faire ainsi il y a quelques années mais j'ai été forcé d'abandonner l'opération par le vagin et de la compléter par l'abdomen.

Cette opération par l'emploi combinée des voies vaginale et abdominale fut le sujet d'une longue discussion à l'assemblée de décembre de la Société Gynécologique d'Angleterre. Le Dr Arthur Giles a résumé l'opinion générale avec beaucoup de concision en disant que la raison d'être de l'opération par le vagin était d'obvier à la nécessité d'ouvrir l'abdomen et qu'il n'y avait rien de fait par la méthode combinée qu'on ne put faire par la voie abdominale seule; il lui semblait conséquent alors qu'ouvrir l'abdomen après avoir commencé une opération par le vagin c'était pratiquement un aveu d'insuccès, cela voudrait dire que l'opérateur se trouve incapable de poursuivre sa première intention. Il n'est pas dans son expérience que les opérations abdominales pour pyo-salpinx avaient une mortalité spécialement élevée, car il est arrivé qu'une grande proportion de ses cas de section abdominale avait été pour des pyosalpinx, et jusque-là, il n'y a pas eu de mortalité parmi ces malades. Je pourrais ajouter que mon expérience personnelle est d'accord avec le Dr Giles, car j'ai souvent été agréablement surpris de voir des malades revenir des plus sérieuses opérations pour des trompes suppurantes alors que mon assistant et moi-même nous avions cru la chose difficilement possible.

Le *Conservatisme* en gynécologie a été l'objet d'une grande attention durant ces derniers mois, jusqu'à il y a un an ou deux c'était la coutume d'enlever les deux trompes et les ovaires, même lorsqu'il n'y avait qu'une trompe de malade, bien que l'autre trompe et les deux ovaires fussent apparemment sains.

Quand cette opération était pratiquée chez des jeunes femmes la ménopause artificielle amenée aussi soudainement s'accompagnait de si grands malaises qu'un grand nombre d'entre elles déclaraient regretter de s'être laissé opérer. Ceci nous porta à enlever la trompe et l'ovaire du côté malade et bien qu'on nous reprochât de ne pas avoir opéré une cure complète en enlevant les deux côtés, surtout dans les cas d'ovaires sclérotiques, le nombre en était encore moindre que celui des malades qui se plaignaient des misères d'une ménopause prématurée. On fit alors plus d'attention à ces cas et maintenant nous laissons fréquemment les deux ovaires même chez celles dont nous avons à enlever les deux trompes pour suppuration.

Il y a près d'un an j'eus un cas semblable sous mes soins, c'était une jeune fille qui fut infectée par son fiancé d'une gonorrhée qui a causé la suppuration des deux trompes. Le coupable regrettait tellement son crime qu'il était anxieux de le réparer en la mariant et elle me demande de lui laisser ses ovaires. Les trompes malades furent ainsi enlevées sans ligaturer l'artère ovarienne et sans blesser les ovaires; on ne fit que détacher les adhérences et nettoyer

avec soin les ovaires. Cette malade eut une splendide convalescence et est maintenant très heureusement mariée. Elle a régulièrement ses menstrues normales et elle jouit de tous les sentiments et de tous les attributs de la femme.

Comme je me suis servi de catgut pour attacher les trompes aux cornes de l'utérus je ne serais pas surpris d'entendre dire que cette femme est devenue enceinte. Dans plusieurs cas j'ai enlevé les trois quarts d'un ou des deux ovaires et une partie d'une trompe avec des résultats très satisfaisants. Comme un bon nombre a été opéré durant les derniers mois il est trop tôt pour s'attendre à les trouver enceintes, mais il n'y a aucune raison pour que cela ne soit possible.

Depuis que j'ai commencé cet article j'ai opéré pour une rétroversion avec fortes adhérences, une femme qui était des plus anxieuses d'avoir des enfants.

J'ai trouvé les deux trompes obstruées et enfermées dans les adhérences; c'était le résultat d'une attaque grave de pelvi-péritonite qui fut presque mortelle il y a huit ans.

Les deux ovaires et les trompes furent déchirés presque en morceaux durant la dénudation et l'on prit près d'une heure à les relever et à les réparer avec de la soie fine; mais finalement on laissa une bonne trompe par laquelle on pouvait introduire un probe dans l'utérus. Elle a une convalescence remarquablement favorable et j'ai encore espoir qu'elle puisse devenir enceinte.

250 rue Bishop, Montréal.

## REVUE DES JOURNAUX

### La morphinomanie

Par le Professeur M. DEBOVE.

La morphinomanie a, pour le médecin, un intérêt tout particulier, car, malheureusement, c'est dans notre profession que se rencontre proportionnellement le plus grand nombre de morphinomanes.

Les accidents de l'empoisonnement chronique par l'opium sont toujours à peu près les mêmes, quelle que soit la substance toxique ingérée, qu'il s'agisse de l'opium brut, de son principal alcaloïde, la morphine, ou d'un de ses dérivés; on peut donc les décrire en bloc, sans avoir besoin de distinguer la morphinomanie de l'opiomanie. Il semble aussi que les voies d'introduction n'aient pas une grande influence sur les effets généraux de l'intoxication; que l'opium, en effet, soit introduit dans l'organisme par les voies digestives ou respiratoires, ou par la voie sous-cutanée, le résultat est identique.

Les opiophages ne sont pas communs dans nos pays; on les rencontre surtout en Orient, dans la Turquie d'Europe et dans les pays mahométans voisins. J'ai cependant connu en France quelques opiophages; mais, c'étaient surtout des morphinomanes auxquels la morphine ne suffisait pas, ou qui, pour se guérir de la morphinomanie, la remplaçaient par l'opiophagie. J'ai eu, par exemple, l'occasion d'observer un malade qui, ayant commencé à prendre de l'élixir parégorique pour se guérir d'une diarrhée rebelle consécutive à la démorphinisation, était arrivé à en consommer plus d'un demi-litre par jour.

L'usage de fumer l'opium est très répandu en Extrême-Orient, notamment en Chine, au Japon et dans l'Indo-Chine; il est, pour ces pays, une cause d'affaiblissement et de dégradation tout à fait comparable à l'alcoolisme chez nous. Les sujets se réunissent dans

des fumeries pour fumer de l'opium dans de petites pipes préparées avec un art compliqué.

On a essayé de combattre ce mal par des mesures législatives ou fiscales, mais il semble qu'on n'y réussisse guère.

Les seuls fumeurs d'opium que j'aie connus étaient des officiers français qui avaient séjourné en Indo Chine ; ils étaient, d'ailleurs, guéris quand je les ai observés. Voici ce que me raconta l'un d'eux : "J'arrivai dans un poste de l'intérieur avec un autre officier, un sous-officier et des soldats annamites. La chaleur était continue et accablante, le ciel d'un bleu monotone qui augmentait encore l'ennui de notre isolement ; les soldats du poste paraissaient trouver un grand plaisir à fumer de l'opium ; je fis comme eux ; mais, quand je retournai en France, je diminuai progressivement les doses d'opium et je me trouvai bientôt guéri. Tous les officiers que j'ai connus dans la même situation que moi ont guéri sans effort après leur arrivée en France." Ne semble-t-il pas, d'après cela, qu'il y ait certains poisons qui conviennent à certains milieux, à certains climats et dont le besoin disparaît avec ce climat et ce milieu ?

L'usage de la morphine s'est beaucoup plus répandu dans nos pays et en Amérique que celui de l'opium.

Il y a plus de trente ans, Wood introduisit dans la thérapeutique les injections sous-cutanées de morphine et nous donna ainsi une arme puissante contre la douleur. Peu à peu, cependant, on s'aperçut que ce calmant n'était pas exempt de dangers : beaucoup de sujets prenaient l'habitude de se morphiniser ; cette habitude s'invétérait, devenait un besoin impérieux, qui conduisait au morphinisme chronique avec tous ses troubles physiques et psychiques.

Avant de prescrire une injection de morphine, le médecin doit donc hésiter et attendre qu'elle soit absolument indiquée, ayant toujours à l'esprit la morphinomanie possible. Heureusement, tout morphinisé ne devient pas morphinomane.

Pour devenir morphinomane, il faut une prédisposition spéciale qu'il est bien difficile de définir d'une manière précise. En fait, certains sujets ont pu être morphinisés pendant des mois, sans que la suppression brusque de la morphine ait eu le moindre inconvénient pour eux ; ils cessaient sans peine l'emploi du médicament, quand la cause qui le rendait nécessaire avait disparu. J'en puis citer un exemple frappant. Il y a quelques années, je fus consulté pour une jeune fille de seize ans qui, depuis un an, était traitée pour une chorée légère par des injections biquotidiennes de morphine, continuées, même après guérison, sous prétexte d'éviter une rechute. Je pus démorphiniser la malade du jour au lendemain, sans grand inconvénient ; les phénomènes d'abstinence furent à peine sensibles. Au reste, la jeune malade avait toujours subi avec répugnance ce traitement. Voilà une morphinisée qui n'est pas devenue morphinomane ; il lui manquait ce je ne sais quoi, que, faute d'un meilleur mot, j'appelle la prédisposition à la morphinomanie.

Je connais, au contraire, des exemples de confrères qui, pour des affections douloureuses, morphinisés pendant une ou plusieurs semaines seulement, ont eu besoin d'une énergie morale très grande pour se déshabituer de la morphine et résister à la tendance qui les entraînait.

Il y a donc certains sujets qui sont plus vulnérables que d'autres, sans qu'on puisse les reconnaître à l'avance. Aussi, en pratique, devons-nous agir avec autant de prudence que si cette prédisposition était constante, et nous rappeler qu'elle peut toujours être créée par un emploi prolongé des injections. Tel a résisté à une morphinisation de deux mois, qui aurait peut-être succombé à une plus longue intoxication.

Mais, la prédisposition ne suffit pas ; il faut encore que le sujet soit amené à se faire des injections par le désir de calmer des douleurs physiques ou morales.

Les douleurs que calme la morphine sont surtout des douleurs viscérales, comme les coliques néphrétiques et hépatiques ; les dou-

leurs intéressant les nerfs de la vie de relation, les névralgies intercostale, sciatique, l'odontalgie, sont beaucoup moins influencées ; d'où ce premier précepte pour le médecin : ne recourir à la morphine, autant que possible, que pour les douleurs viscérales.

On doit aussi tenir compte de la durée et de la répétition de la douleur ; en général, hésitez d'autant plus que l'affection est plus prolongée ou qu'elle se reproduit plus fréquemment. Quand il s'agit d'affections chroniques très douloureuses, le malade ne pourra plus se passer de l'adjuvant que vous lui aurez conseillé. C'est ainsi que beaucoup de tabétiques deviennent morphinomanes. Lorsque j'essayais de démorphiniser certains ataxiques à l'hospice de Bicêtre, et que je leur démontrais que l'habitude de la morphine avancerait leur fin et les mènerait à la déchéance intellectuelle, ils me répondaient qu'ils étaient incurables, inutiles à la société et ne demandaient qu'à ne pas souffrir, en me suppliant de les morphiniser. Peut-être n'avaient-ils pas tout à fait tort, cependant, mon devoir de médecin était de leur résister.

Comme les douleurs physiques, les peines morales conduisent à la morphinomanie. Ici, le médecin n'est pas habituellement le coupable, car on ne conseille pas plus à un malade de se consoler par la morphine que par l'alcool ; mais, les peines morales peuvent amener certains troubles tels que l'insomnie, et si, alors, le médecin indique la morphine, le malade qui se trouve soulagé de ses peines physiques et morales continue à en faire usage de lui-même ; dès lors, il est perdu.

D'autres prennent spontanément de la morphine pour combattre l'ennui, l'ennui chronique, cette maladie des favoris de la fortune et des désœuvrés, qui, après avoir essayé de toutes sortes de "divertissements", finissent par avoir recours à des poisons comme l'alcool et la morphine.

Défiiez-vous aussi de la curiosité malsaine qui a perdu tant de médecins : ils ont voulu expérimenter sur eux-mêmes les effets de la morphine et vérifier les descriptions des auteurs ; ils avaient la présomption de croire qu'ils s'arrêteraient à temps sur la pente. Quiconque s'expose au danger y périra !

Si je parle ainsi, c'est que, de toutes les professions, la profession médicale est celle qui fournit le plus grand nombre de victimes ; et dans la profession médicale je comprends les pharmaciens, les étudiants, les sages-femmes, les infirmiers, et même les femmes des médecins et pharmaciens. C'est que tout morphinomane est doublé d'un prosélyte qui cherche des adeptes et les trouve d'abord parmi les gens de son entourage immédiat : il veut leur faire partager ses joies, il ne leur communique que sa misère.

Le principal danger pour les médecins vient de ce que, voyant tous les jours les effets sédatifs de la morphine et ayant toujours la possibilité de se procurer cette substance, ils ne trouvent pas d'obstacle matériel à leur passion.

Après les médecins, ce sont les hommes de lettres, les militaires, les femmes galantes, qui fournissent le plus grand nombre de morphinomanes.

Pourquoi l'habitude de la morphine, si facile à contracter, est-elle si difficile à perdre ? C'est que la morphinomanie devient une véritable passion et que le propre de toute passion est de supprimer la réflexion.

Nous trouvons d'ailleurs l'explication de cette difficulté dans les effets de la morphine aux différentes périodes de l'intoxication.

La première période est toute d'euphorie : c'est une véritable "lune de miel" ; le sujet goûte des sensations délicieuses et s'y abandonne sans qu'aucun raisonnement puisse l'y faire renoncer. A la période suivante, la jouissance disparaît, les accidents de la morphine se montrent ; le sujet se trouve dans un état de besoin qui apparaît un certain temps après la dernière injection, et augmente sans cesse jusqu'à devenir atrocement pénible. Alors, la morphine, comme la lance d'Achille, guérissant seule les maux qu'elle a faits,



est ardemment désirée; une injection en appelle une autre; mais désormais elle ne donnera plus de joie positive; chaque injection nouvelle dissipera seulement les effets fâcheux de celle qui l'a précédée et ne produira plus qu'un plaisir négatif, une cessation de souffrance. Le malade se trouve ainsi enfermé dans un cercle vicieux, dont il ne pourrait sortir que par un effort de volonté, qu'il est précisément incapable de faire, puisque le poison a amené l'aboulie ou la diminution de la faculté de vouloir.

Pour qu'il guérisse, il faudrait substituer à l'énergie disparue du morphinomanes la volonté d'un autre. Abandonné à lui-même, il va se piquant de plus en plus fréquemment sur les parties les plus accessibles du corps; il arrive rapidement à connaître par expérience les régions les moins sensibles, c'est-à-dire les moins riches en filets nerveux, telles que la peau du ventre et la partie externe de la cuisse, et c'est là qu'il se pique de préférence.

Les accidents ne tardent pas à se produire. S'il pique par hasard une veine, une petite hémorragie se produit, et si l'injection pénètre dans la veine, le sujet en est prévenu par une sensation d'ivresse vertigineuse; cette particularité est même utilisée par certains médecins morphinomanes pour obtenir plus rapidement et plus sûrement l'effet cherché.

Les seringues des morphinomanes, surtout lorsqu'ils sont arrivés à la période d'abrutissement, sont quelquefois malpropres; ils se donnent ainsi des injections septiques qui produisent des abcès, des phlegmons, des érysipèles, et même des complications assez graves pour entraîner la mort; ces accidents arrivent d'autant plus facilement que le sujet est plus déprimé et moins résistant.

La dose injectée est très variable: on commence par 1 centigramme, on arrive fréquemment à 50 centigrammes; certains sujets vont jusqu'à 4, 5 grammes et même, dit Chambard, 9 grammes en vingt-quatre heures. D'ailleurs, lorsqu'ils en sont arrivés à une certaine dose, les morphinomanes ne se rendent plus compte du titre de la solution qu'ils emploient ni du nombre d'injections qu'ils se donnent presque incessamment et dans n'importe quel lieu.

La première période, celle que l'on pourrait appeler la période d'initiation est quelquefois très pénible et rebute heureusement un assez grand nombre de sujets. Les fumeurs savent par expérience ce qui leur en a coûté pour s'accoutumer au tabac; pour s'enrichir d'un nouveau vice, il leur a fallu beaucoup de persévérance et le désir qui tourmente tous les collégiens de paraître homme avant l'âge. Les débuts de la morphinisation sont plus désagréables encore: les premières injections sont souvent suivies de nausées et de vomissements.

Mais quand ils ont surmonté ces premières difficultés, les morphinomanes, à les en croire, entrent dans une période délicieuse d'euphorie et de volupté. Tous se disent heureux; mais, ils ne paraissent pas l'être de la même manière. Comme une fée ingénieuse, la drogue bienfaisante fait à chacun le don qui lui convient: à l'un, elle rend le travail facile; elle dissipe les chagrins des autres; chez ceux-ci, elle provoque des illusions mille fois supérieures à la réalité; chez ceux-là enfin, elle produit une sorte d'anéantissement durant lequel les heures et les jours coulent rapidement, sans laisser même la fatigue de penser.

Mieux que je ne saurais le faire, des médecins, des littérateurs, des poètes qui ont été des morphinomanes, comme de Quincey, Edgar Poë, Baudelaire, ont décrit ces "paradis artificiels" qu'ils se créaient par l'opium et la morphine et qui faisaient l'un d'eux s'écrier: "O juste, subtil et puissant opium!... tu possèdes les clefs du paradis!" Le lyrisme que mettent ces malheureux à décrire les enchantements de la période d'euphorie n'est égalé que par l'éloquence douloureuse avec laquelle ils parlent des angoisses de la démorphinisation.

La période d'euphorie dure, selon la susceptibilité des sujets ou les ménagements qu'ils ont su apporter à leurs jouissances, des

semaines ou des mois. Mais tous, en plus ou moins de temps, arrivent à la période d'état où tous les mauvais effets de la morphine se font sentir et cela désormais sans aucune compensation.

\* \* \*

Décrivons maintenant schématiquement, les troubles physiques et psychiques qui s'observent à la période d'état.

**TROUBLES PHYSIQUES. — Motilité.** — Les malades accusent de la faiblesse musculaire, facilement constatable au dynamomètre. Cette faiblesse atteint les muscles lisses comme les muscles striés et c'est à elle qu'on peut attribuer la constipation et la dysurie dont souffrent certains malades.

On voit aussi survenir un tremblement, caractérisé par une série de petits mouvements de pronation et de supination. C'est là d'ailleurs un symptôme commun à diverses intoxications par l'alcool, le mercure, le sulfure de carbone, etc.....

**Sensibilité.** — La sensibilité générale est plus ou moins troublée. On observe fréquemment du prurit, des névralgies, qui sont au sujet un prétexte pour augmenter les doses de morphine.

L'ouïe et l'odorat sont plus ou moins émoussés. L'acuité visuelle diminue d'une façon passagère ou définitive, les pupilles sont habituellement contractées.

**Troubles digestifs.** — L'appétit est diminué, la bouche est sèche, la soif est assez vive. Les digestions sont difficiles; souvent le suc gastrique ne contient pas d'acide chlorhydrique; il semble qu'il y ait une véritable parésie des glandes gastriques qui ferait place à une hyperexcitabilité lorsqu'on tente la démorphinisation. Les sécrétions de l'intestin sont diminuées, ainsi que ses contractions. La bile est sécrétée en moins grande quantité et les selles sont peu colorées.

Sous l'influence de ces troubles digestifs, la nutrition s'altère, sans que cette altération soit proportionnelle aux troubles. L'amaigrissement survient et un léger œdème paraît autour des malléoles.

**Troubles cutanés.** — La peau est le siège d'éruptions variées, d'abcès, de furoncles, d'antrax, de phlegmons, dus en général à des piqûres malpropres.

La peau est tantôt sèche, tantôt couverte de sueurs: la sécrétion sudorale est la seule qui soit augmentée; celles des glandes sébacées est diminuée. La peau devient terreuse, blafarde, rugueuse.

**Troubles urinaires.** — Les urines sont peu modifiées dans leur quantité et leurs propriétés. Il est douteux que la morphine produise l'albuminurie et la glycosurie.

On a dit que la morphine était éliminée par les reins, et qu'on pouvait, en la recherchant dans les urines, faire le diagnostic de la morphinomanie. Certains auteurs le nient; en tous cas, si les urines contiennent de la morphine, c'est en bien petite quantité.

**Troubles sexuels.** — La vie sexuelle est profondément troublée, les désirs s'éteignent, et l'impuissance s'établit. Quelquefois, sous l'influence d'une injection, il y a excitation passagère et la virilité revient momentanément.

Chez la femme, la morphinisation produit l'aménorrhée. Néanmoins, la fécondation est possible. Mais, les enfants nés de mères morphinomanes sont, dès les premiers jours, dans l'état que nous décrivons sous le nom d'état de besoin: d'abord agités, ils tombent ensuite dans un état de collapsus qui peut être mortel, si l'on n'a pas recours en temps utile à l'opium ou à l'injection de morphine; il faudra ensuite les démorphiniser lentement.

**TROUBLES PSYCHIQUES.** — Les morphinomanes deviennent moroses, silencieux, apathiques. Le mémoire s'affaiblit, et, suivant la loi habituelle, ce sont les notions acquises et comme organisées les dernières qui s'effacent les premières. La volonté diminue; on constate une véritable aboulie, qui constitue le principal obstacle à la guérison de ces malades.

Leur sensibilité morale s'émousse; ils n'ont plus d'affection



pour personne, ne s'attachent à rien, et tout leur devient indifférent hormis la morphine.

Cette obsession les rend froids, menteurs leur fait perdre le sens du droit et de l'honneur; les dispose à tromper leur entourage, à fabriquer de fausses ordonnances, à commettre des vilenies, des crimes même, pour se procurer le poison dont le besoin impérieux est devenu le mobile de tous leurs actes.

Quelquefois, ils sont troublés par des hallucinations, mais celles-ci, n'atteignent jamais l'intensité des hallucinations alcooliques; on a noté parfois un léger délire des persécutions.

Il n'y a point parallélisme entre les troubles du corps et ceux de l'esprit. Chez certaines malades, les troubles physiques dominent; chez d'autres, ce sont les troubles psychiques.

(A suivre)

(La Presse méd.)

#### Recherche de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène.

G. MILIAN. Interne lauréat des Hôpitaux de Paris.

De temps immémorial, on a comparé le rein à un filtre qui sépare du sang les matériaux de déchet constituant l'urine. Aujourd'hui, depuis les expériences de Gréhan, on tend à admettre que la fonction des cellules des tubes urinaires est plus complexe, qu'il y a, non pas simple " excrétion ", mais véritable " sécrétion " urinaire.

Quoi qu'il en soit de ces conceptions théoriques, et sans vouloir pénétrer le mécanisme intime de sa fonction, le rein, si l'on en juge par les résultats de ses actes, se conduit comme un véritable filtre.

C'est ainsi que Rayer avait déjà constaté que certaines substances, tels les principes odorants de l'asperge, passent moins facilement dans les urines, lorsque les reins sont malades. On connaît aussi les accidents par rétention qui surviennent chez les malades atteints de néphrites, après l'absorption de certains médicaments tels que la morphine, l'acide salicylique, le sulfate de quinine, l'antipyrine, etc.

Se basant sur ces différentes constatations, divers expérimentateurs se sont essayés à mesurer la perméabilité rénale, en étudiant le passage dans les urines de certaines substances médicamenteuses. Dans cet ordre d'idées, Lépine, Bard et Boinet, Noé ont utilisé l'iode de potassium. Cette substance permet une analyse très fine, fine, mais minutieuse. Le véritable procédé pratiqué, à la portée de tout praticien, est celui du bleu de méthylène, qu'ont préconisé Achard et Castaigne. Facile à manier, non douloureux, il n'empêche aucune médication concomitante.

#### Manuel opératoire.

**La solution.** Le bleu doit être dissout dans l'eau, sans addition d'aucune substance destinée à favoriser la dissolution :

Bleu de méthylène..... 1 gramme.

Eau..... 20 —

Avec la solution ainsi dosée, une seringue de Pravaz, de 1 centimètre cube, renferme la dose convenable pour l'épreuve, soit 0,05 centigrammes.

**Précautions à prendre pour la préparation de la solution.** Il faut d'abord vérifier le bleu. Certaines substances colorantes ont, en effet, toutes les apparences du bleu de méthylène et n'en sont pourtant pas; elles ne colorent pas les urines en bleu, d'où la nécessité d'examiner au spectroscope une solution très diluée de bleu: on observe une bande d'absorption noire dans le rouge; en solution moins diluée, il apparaît une deuxième raie dans l'orangé.

Il faut ensuite stériliser la solution. Cette stérilisation doit se faire à l'autoclave. A défaut de cet appareil, utiliser une bouteille bouillie, de l'eau bouillie, un bouchon bouillie. Le bleu est versé dans

l'eau stérile. Cette précaution est nécessaire, car si l'on faisait bouillir la solution une fois préparée, on en modifierait le titre.

**Technique de l'injection.** — Après nettoyage soigné de la peau l'injection est faite avec une seringue de Pravaz stérile, à la dose de 1 centimètre cube du liquide, c'est-à-dire 5 centigrammes de bleu de méthylène. L'aiguille doit être enfoncée jusque dans l'épaisseur des muscles, car si l'on se contentait de pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané, il surgirait à l'injection de petites nodosités sous dermiques.

Au cours de ces manipulations, l'opérateur se bleuit facilement les doigts. On en enlève très facilement la matière colorante en frottant les taches avec la pulpe d'un citron, ou encore en imprégnant les mains d'une solution de permanganate de potasse qu'on décolore ensuite avec une solution de bisulfite de soude.

L'injection de bleu de méthylène n'est pas douloureuse. Elle ne produit pas d'abcès, à moins de malpropreté de la part de l'opérateur.

**Récolte des urines.** — Le malade doit vider sa vessie au moment où l'on vient de pratiquer l'injection de bleu. On le fait ensuite uriner dans des verres séparés; tous les quarts d'heure pendant la première heure; tous les demi-heures jusqu'à la troisième; puis, toutes les deux heures. Pendant la nuit, il pourra suffire de ne recueillir, l'urine que toutes les quatre ou cinq heures. On continue ainsi pendant plusieurs jours, tant que le malade urine bleu.

Il est nécessaire de marquer sur le pied de chaque verre l'heure de l'émission, sinon on s'expose à des confusions.

Il est bon de faire le relevé de ces expériences tous les jours, et non à la fin de l'épreuve; on se trompe, en effet, très facilement de date sur semblable quantité de verres, et, de plus, les colorations de l'urine s'altèrent rapidement. Au bout de quelques heures, en effet, les urines, surtout celles qui sont alcalines primitivement ou secondairement, se décolorent ou ne présentent que quelques nuages bleuâtres. Il est vraie qu'il est facile de régénérer la couleur en agitant vivement à l'air libre, avec une baguette de verre, les urines ainsi décolorées.

Le bleu est capable de s'éliminer, sans qu'on sache exactement pourquoi, sous forme d'un composé incolore qui, par suite, échappe au premier examen et qu'on nomme *chromogène*. On régénère facilement le bleu en faisant bouillir l'urine dans un tube à essai, après avoir ajouté une goutte d'acide acétique.

Toutes ces précautions prises, il est possible d'obtenir des résultats très exacts, en notant: 1° le moment d'apparition du bleu; 2° le degré de coloration des divers verres, de manière à tracer approximativement une " courbe d'élimination du bleu "; 3° les intermittences d'élimination, s'il y en a; 4° la durée de l'élimination.

#### Renseignements fournis par l'épreuve au bleu de méthylène.

Chez le sujet sain, le bleu fait son apparition dans l'urine, au bout d'une demi heure. Mais la coloration en est d'abord faible, plutôt verdâtre. Elle se fonce de plus en plus, pour atteindre son maximum d'intensité vers la troisième ou quatrième heure. Elle reste à ce niveau pendant quelques heures, puis décroît progressivement. La disparition complète s'affectue en quarante heures environ.

Chaque fois que ce cycle éliminatoire sera troublé d'une manière appréciable, ou pourra affirmer que la perméabilité rénale est déficiente, ce qui est synonyme de lésion du rein.

**L'intermittence** dans l'élimination du bleu paraît révéler non pas tant une lésion rénale que l'insuffisance hépatique, ainsi que l'a montré M. Chauffard. On l'observe dans les ictères infectieux.

**L'élimination dissociée** (retard d'apparition du bleu, apparition du chromogène à l'époque normale) semble indiquer le plus faible degré de l'imperméabilité rénale. C'est donc elle qu'on s'attendra à trouver quand on suspectera l'état du rein malade d'un tuberculeux par exemple, d'un typhique, etc.

Chez un cardiaque, l'élimination du bleu, même pendant l'asystolie, se fait à peu près normalement. Si l'on observe l'élimination dissociée, on pourra affirmer presque sûrement qu'il y a des lésions rénales surajoutées et non de la simple congestion.

*Le retard dans l'apparition du bleu* est peut-être le meilleur signe de l'imperméabilité rénale. On le trouve surtout dans la néphrite interstitielle, chez les vieillards à petit rein contracté. Le retard peut être de trois ou quatre heures, ou même davantage.

*La prolongation de la période d'élimination* s'observe aussi fréquemment ; et, dans ce cas, il est difficile de constater un maximum d'intensité. La répartition de la substance colorante se faisant sur plusieurs jours (huit et davantage), on comprend que la teinte soit trop faible pour permettre d'apprécier des maxima. Cette prolongation de l'élimination s'observe aussi dans les néphrites atrophiques. D'ailleurs, retard et prolongation vont presque toujours de pair.

Enfin, *l'apparition rapide et l'élimination raccourcie* seraient aussi des signes de lésion rénale, d'après Bard et Boinet. Pour ces auteurs, cette dualité, opposable à la précédente, signifierait néphrite parenchymateuse. Dans la néphrite interstitielle, disent-ils, le filtre est bouché ; au contraire, dans la néphrite parenchymateuse, le filtre est troué.

(La Presse méd.)

#### Le traitement de l'avortement.

CHENEVIÈRE.

Les principes qui doivent guider le médecin dans le traitement de l'avortement à ses diverses périodes paraissent à l'auteur devoir être les suivantes.

S'agit-il d'un avortement inévitable, il faut veiller à ce que par une expulsion fragmentaire de l'œuf il ne se transforme pas en avortement incomplet ; en présence d'un avortement incomplet, on doit éviter qu'il ne devienne septique par la décomposition des débris ovulaires ; si l'avortement incomplet est déjà devenu septique, on s'empressera d'éloigner les débris altérés de l'œuf, qui sont une source permanente d'infection pour l'organisme ; enfin, alors même que l'avortement semble complet, il faut prévenir le développement d'accidents ultérieurs en enlevant les moindres débris de la caduque.

Pour mettre ces principes en pratique, l'évacuation de l'utérus aussi prompt que possible et le nettoyage à l'aide de la curette constituent les moyens les plus efficaces.

Si je suis un partisan de l'évacuation immédiate de la matrice et du curettage, c'est parce que ces méthodes m'ont constamment donné de bons résultats. Sur les 500 premiers curettages pour avortement que j'ai pratiqués à Genève, il s'agissait 396 fois soit d'avortements au début, soit d'avortements incomplets, soit d'hémorragies tardives à la suite de fausses couches, sans complications fébriles. Or, dans 390 cas, je n'ai eu aucun accident à noter après le curettage ; 4 fois il s'est produit dans les jours qui ont suivi un écoulement sanguin abondant ; enfin, chez deux femmes paraissant en bonne santé au moment du curettage, j'ai observé après cette intervention des phénomènes fébriles, une fois même des frissons répétés pendant plusieurs semaines. Ces deux malades avaient présenté l'une et l'autre des accidents puerpéraux graves à la suite d'accouchements antérieurs, ce qui m'a amené à retacher la poussée fébrile en question à un réveil de foyers inflammatoires incomplètement éteints. J'ai signalé ces faits à M. Patru, qui a publié à ce sujet une observation relative aux accidents que l'on a notés chez l'une de ces deux femmes après un accouchement postérieur à la fausse couche dont je viens de parler et qui sont venus confirmer ma manière de voir.

Dans les cent-quatre autres cas on avait affaire à des malades atteints d'accidents puerpéraux plus ou moins sérieux ; 8 de ces pa-

tientes ont succombé ; elles avaient toutes présenté déjà avant le curettage des symptômes graves, et le plus souvent l'intervention chirurgicale a paru amener chez elles une amélioration passagère. Par contre, bon nombre d'autres malades, dont l'état semblait des plus inquiétants au moment du curettage, ont pu être sauvées grâce à cette intervention. Le fait qu'après l'ablation de débris putrides il n'est pas rare de voir survenir un accès de fièvre ne doit point empêcher le chirurgien d'intervenir, car il s'agit là, en général, d'un phénomène sans importance et qui fait place bientôt à une rémission durable des symptômes morbides.

Je pourrais à ces 500 cas en joindre 15 autres dans lesquels j'ai pratiqué l'avortement artificiel (jusqu'à la fin du sixième mois) en diluant le canal cervical par des bougies de Hegar et, en attaquant l'œuf avec la curette, méthode qui a fait, en 1895, l'objet d'un mémoire de Puech. L'application de cette méthode nécessite souvent des opérations compliquées et l'on ne saurait la recommander sans restriction. Déjà, vers la fin du troisième mois l'extraction du fœtus peut offrir de sérieuses difficultés, et même au début de la grossesse on peut rencontrer notamment chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles, une résistance du col telle qu'on regrette d'avoir entrepris l'intervention. En général, pourtant, tout se termine bien et les suites opératoires sont régulières. Cependant, une de mes 15 malades, chez laquelle l'interruption de la grossesse avait paru justifiée par l'existence d'un exsudat pelvien occasionnant des douleurs devenues peu à peu intolérables, a succombé d'une manière subite probablement à la suite d'une embolie, dix jours après l'opération, alors qu'elle semblait en voie de guérison.

Quant aux hystérectomies totales et autres interventions du même genre dans les cas d'infection grave, je n'ai aucune expérience personnelle à leur égard. Pour qu'elles soient efficaces, il faut les faire aussi près que possible du début de la maladie ; malheureusement à cette époque là le pronostic de l'affection est encore très difficile à établir.

(Sem. méd.)

#### Traitement des ulcerations cancéreuses par les badigeonnages d'acide arsénieux et d'orthoforme

Les succès obtenus dans le traitement des épithéliomas cutanés par la méthode de Cerny et Trunecek deviennent de plus en plus nombreux. On sait en quoi consiste le procédé : il suffit de détacher la croûte du cancroïde au moyen de quelques cataplasmes, et de bien déterger la surface ulcéreuse mise à nu, sans craindre de la faire saigner, car il est essentiel que le topique soit en contact immédiat avec le sang. Puis, au moyen d'un stilet garni de ouate, on passe sur cette surface saignante, légèrement étanchée, une couche de la solution d'acide arsénieux au 1/150, ainsi formulée par les Drs Cerny et Trunecek :

Acide arsénieux.....	1 gramme.
Alcool éthylique.....	} aa 75 —
Eau.....	

On laisse sécher à l'air, sans pansement, et on renouvelle les applications tous les jours, sur l'eschare même qui se forme rapidement de plus en plus épaisse et foncée.

Au bout de dix à vingt jours, l'eschare est soulevée par une mince couche de pus. On l'arrache à un moment assez facilement, et après détersion de la surface, on renouvelle les applications de la solution, que l'on peut concentrer progressivement au 1/120 et au 1/100. On arrache de nouveau l'eschare qui s'est reformée et on recommence ainsi une troisième et quatrième fois, si c'est nécessaire, jusqu'à ce que l'eschare se forme de plus en plus mince et claire. Elle finit alors par tomber presque spontanément en laissant une surface sèche ou en plein bourgeonnement. Un simple pansement à la vaseline boriquée achève alors rapidement la cicatrisation.

Ce procédé n'a qu'un inconvénient : la douleur, parfois exces-

sive qu'il provoque. Chez une femme, atteinte d'un épithélioma de la paupière supérieure, qu'il traitait par la méthode de Cerny, M. Ginestous essaya d'atténuer les souffrances très vives que faisait naître, chez cette malade, l'application du topique, en y incorporant de l'orthoforme ; il modifia ainsi la formule de Cerny :

Orthoforme.....	1 gramme.
Acide arsenieux .....	0 gr. 10 centig.
Alcool.....	} à 7 gr. 50 centig.
Eau.....	

Au moment du badigeonnage, la malade déclare que les douleurs sont moins vives que les jours précédents, et celles qui suivent ne sont à comparer ni comme intensité ni comme durée. La disparition presque complète de la douleur permet de continuer, sans entraves, le traitement, les jours suivants, et trois jours après l'adjonction de l'orthoforme, en présence des résultats obtenus, on put même élever le titre de la solution en acide arsenieux, en abaissant la quantité du véhicule d'eau et d'alcool. Dès ce jour, les badigeonnages furent faits au moyen de la solution suivante :

Orthoforme.....	} à 1 gramme.
Acide arsenieux.....	
Alcool.....	} à 40 —
Eau.....	

Les douleurs que provoque cette nouvelle solution sont assez vives au moment de l'application, mais cessent avec elle.

(Abeille méd.)

#### Traitement du pneumothorax

(L. CASSINE)

Le pneumothorax est un épanchement gazeux dans la plèvre résultat d'une communication avec l'air extérieur de cette séreuse normalement close. La perforation de la plèvre a pour cause le plus souvent (80 fois sur 100) la rupture d'une caverne pulmonaire sous-pleurale, mais peut être produite aussi par toutes les affections pulmonaires, des lésions d'organes voisins, traumatisme thérapeutique ou autre.

PREMIÈRE INDICATION.—Ecarter le danger immédiat.

1° Si le sujet est vigoureux et qu'un traumatisme est la cause de la perforation de la plèvre, pratiquer une saignée.

S'il y a menace d'asphyxie, ponction immédiate de la poitrine (thoracentèse) ; sinon, attendre quelques jours après le début de la maladie.

2° Contre le point de côté atroce, la douleur intense et localisée à l'endroit de la déchirure pleurétique, appliquer des ventouses scarifiées ou un sac de glace ou des cataplasmes sinapisés. Injections de morphine, opiacés à haute dose. Bandage de corps bien serré comme pour les fractures de côtes.

3° Contre la dyspnée angoissante ne s'améliorant qu'avec la résorption de l'épanchement gazeux ou l'oblitération de la fistule : inhalations d'oxygène, injections d'éther ; quelquefois, thoracentèse pour aspirer les gaz.

Faire de la révulsion sur l'autre poumon, car la dyspnée dépend moins de la suppression brusque d'une moitié du champ respiratoire que de la congestion subite du poumon sain et du surcroît de travail qui lui incombe.

DEUXIÈME INDICATION. — Prévenir les accidents qui menacent la vie du malade à courte échéance ou dans un temps plus éloigné.

2° Combattre les accès d'oppression. — Décubitus élevé, tronc soutenu par des coussins. Température égale. Eviter les conversations, les émotions, les efforts.

Empêcher les efforts de la toux (potions calmantes), les efforts de défécations (lavements). Inhalations d'éther ou de sels ammoniacaux.

Ventouses sèches sur le côté sain.

1° Empêcher l'infection de la plèvre par la brèche ouverte. — Eucalyptus ou capsules d'eucalyptol. Si l'infection a suivi de près la déchirure, la combattre par l'hyposulfite de soude, 4 grammes en potion.

3° Soutenir le cœur dans sa lutte pour assurer l'oxygénation du sang dans un champ opératoire diminué de moitié.

Injections de caféine.

Quant à la marche à suivre dans la suite, G. Lyon la résume ainsi :

a) Si le pneumothorax reste simple, sans formation de liquide, abstention : pas de thoracentèse, car l'air se résorbe spontanément en deux mois environ.

b) Si le pneumothorax se complique au bout de quelques heures ou de quelques jours d'un épanchement séreux (hydrothorax), fait le plus fréquent chez les tuberculeux, il faut attendre six semaines au moins avant de faire la thoracentèse, afin que la fistule ait eu le temps de s'oblitérer. Plus le liquide atteint un niveau élevé dans la cavité pleurale, plus il y a chances que la fistule soit oblitérée, oblitération souvent indiquée par l'absence de succession hippocratique. Il est bon de n'évacuer qu'une partie du liquide, afin de ne pas provoquer la rupture de la cicatrice par une décompression brusque du poumon. Mieux vaut faire des ponctions partielles et répétées.

c) S'il y a pyo-pneumothorax, ponctions successives suivies ou non d'injections modificatrices iodo-iodurées ; thoracotomie si les lésions pulmonaires sont peu avancées.

(Revue internat. de méd. et de chir.)

#### Des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis acquise

A la société de médecine de Paris, M. le Dr ANTONELLI a fait sur ce sujet une communication dont voici les conclusions :

1° Il est très fréquent de rencontrer chez les syphilitiques, en général, en dehors des lésions classiques du fond de l'œil ou en même temps qu'elles, des vestiges de névrite optique, de vascularité rétinienne, de chorio-rétine, ou de simple dystrophie pigmentaire de la chorio-rétine, altérations qui constituent les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires*.

2° Ces *stigmates rudimentaires*, sont essentiellement les mêmes dans la syphilis acquise (période secundo-tertiaire) et dans la syphilis congénitale. Leur association avec de véritables papillites ou lésions en foyer, du fond de l'œil est la règle dans la syphilis acquise ; tandis que dans la syphilis héréditaire, et encore plus dans la syphilis atavique, la règle est de rencontrer uniquement des *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires*. Cela tient simplement au fait que la syphilis congénitale représente presque toujours l'atténuation de la syphilis acquise.

3° La fréquence extrême de la *dystrophie pigmentaire de la chorio-rétine*, en tant que due à la syphilis, est un fait clinique incrotestable. Il est à rapprocher des syphilis pigmentaires ; en tenant compte, toutefois, que la chorio-rétine, organe de beaucoup plus pigmentaire et de beaucoup plus vasculaire que le derme, doit aussi beaucoup plus facilement que ce dernier, manifester, par des dyschromies, ses lésions même rudimentaires.

4° Les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires*, qui ont déjà fourni des éléments précieux à l'étude de la syphilis infantile, sont destinés à rendre aussi de grands services aux cliniciens en général. Les altérations du fond de l'œil pouvant évoquer silencieusement, sans aucun trouble subjectif, il en découle l'opportunité de l'examen ophtalmoscopique chez tous les syphilitiques en général, avérés ou soupçonnés tels. Cet examen, par la constatation de stigmates bien significatifs, même lorsqu'ils sont rudimentaires, peut éclairer l'é-

tiologie d'une paralysie générale ou d'un tabès, aider au diagnostic d'un grand nombre de cas où la vérole est en cause.

(Abeille méd.)

### La toxicité des muscles en rigidité

OTTOLENGHI (de Sienne.)

La toxicité du muscle frais augmente quand le muscle est fatigué. Comment varie-t-elle quand le muscle est en rigidité? Voilà la question que l'auteur s'est posée en entreprenant l'étude des propriétés physiologiques du muscle en rigidité pour les comparer à celles du muscle frais. Par ses recherches il voulait apporter la lumière sur la question de la rigidité cadavérique. Il a fait ses expériences sur des lapins tués par des coups violents portés sur l'occiput. Il donne la description détaillée des procédés qu'il a suivis et arrive aux conclusions suivantes.

Le suc, le bouillon et l'extrait alcoolique des muscles des lapins qui ont été tués par un violent trauma, présentent le même degré de toxicité, soit que les substances en question eussent été extraites immédiatement après la mort, soit trois heures après la rigidité complète de l'animal tué.

Les muscles en rigidité, dans les conditions où les expériences de l'auteur ont été faites, ne semblent pas être plus toxiques que les muscles frais et se différencient considérablement sous ce rapport des muscles fatigués.

(La Riforma Medica et Ind. méd.)

### La polyurie et l'excretion de l'urée dans l'épilepsie

Par MM. Maurice DIDÉ, interne en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, et Marius STENUIT, interne en pharmacie des dits asiles.

Conclusions.— 1° La polyurie est presque constante dans l'épilepsie, elle est généralement plus marquée dans l'intervalle des crises;

2° L'urée éliminée par litre est au dessous de la normale dans presque tous les cas;

3° L'urée éliminée en vingt-quatre heures, les jours de crises, est souvent au-dessous de la normale; cela résulte d'un abaissement des matériaux fixes de l'urine, qui précède la crise et qui n'est pas compensé par l'élimination temporairement exagérée qui la suit;

4° L'urée des vingt-quatre heures, dans l'intervalle des crises, est généralement augmentée;

5° Ces faits séparent nettement l'épilepsie de l'hystérie, où, dans la période interparoxystique, la nutrition est normale.

(Tribune méd.)

## FORMULAIRE

### Potion contre le coryza

(MALBEC.)

Extrait de jusquiame.....	0 gr. 15
Iodure de potassium.....	2 grammes.
Bicarbonate de potasse.....	2 —
Extrait de réglisse.....	5 —
Eau d'anis.....	Q. S. p. 120 gr.

Une cuillerée à dessert toutes les 4 heures.

### Sueurs nocturnes des phtisiques

Sulfate d'atropine.....	5 dixièmes de milligr.
Sulfate de zinc.....	0 gr. 12 centigr.
Acide gallique.....	0 gr. 12 —
Créosote de hêtre.....	IV gouttes.

Pour 5 pilules, 3 par jour.

(Le Progrès méd.)

### Pastilles contre la fétidité de l'haleine

Café en poudre.....	45 grammes.
Charbon végétal.....	15 —
Sucre en poudre.....	15 —
Vanille.....	15 —
Mucilage de gomme du Sénégal.....	Q. S.

M. pour faire des pastilles de un gramme (5 à 6 par jour).

### Pilules contre l'aménorrhée

(LUTAUD)

Extrait de noix vomique.....	1 gramme
Arséniate de fer.....	0 gr. 75
Sulfate de manganèse sec.....	10 gr. 00
Aloes.....	2 grammes.

Divisez en 100 pilules.

A prendre trois pilules par jour.

### Contre les quintes nocturnes de la coqueluche

(WEST)

Poudre de Dower.....	35 milligr.
Extrait de ciguë.....	65 —

### Cargarisme contre l'ébranlement des dents

(QUINCEROT)

Tanin.....	8 grammes.
Teinture d'iode.....	4 —
Iodure de potassium.....	1 —
Teinture de myrrhe.....	5 —
Eau de rose.....	200 —

M. S. A.

Une cuillerée à café de cette préparation dans un tiers de verre d'eau tiède pour baigner les gencives tous les matins et pendant quelques instants après la toilette de la bouche.

(Journal de méd. de Paris)

### Formule contre le rachitisme

(BÉZY)

Chlorhydrate d'ammoniaque.....	20 centigr.
Bicarbonate de soude.....	50 —
Sirop de fleur d'oranger de julep.....	60 grammes.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Les résultats donnés par cette préparation seraient très favorables.

(Rév. internat. de méd. et de chir.)

### Contre la douleur de la cystite

GUYN.

Extrait de belladone.....	} à 0 gramme 01 centigr.
Extrait d'opium.....	
Iodoforme.....	0 — 05 —
Cire.....	1 gramme.
Beurre de cacao.....	3 — —

F. S. A. pour un suppositoire.

### Incompatibilité entre l'extrait de quinquina et l'antipyrine

L'antipyrine précipite les solutions d'extrait de quinquina (M. Carles).

Les deux corps mélangés en certaines proportions peuvent même laisser déposer tous leurs principes actifs (M. Ollivier).

Le dépôt est soluble dans les acides faibles et doit se dissoudre dans le suc gastrique (M. Carles).

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

**Des malformations ano-rectales.**

Faculté de Médecine de Paris. — M. Broca.

En me proposant aujourd'hui de vous exposer la question touchant les malformations ano-rectales, je vais me placer sur le terrain purement pratique. Je ne veux donc par m'arrêter longuement sur le côté embryogénique de la question : il vous suffira de savoir que tandis que l'intestin se développe aux dépens de l'endoderme, la région rénale, au contraire, se développe aux dépens de l'extoderme.

Vous comprenez aussi que si, d'un côté, la région anale ne vient pas en contact avec la région rectale, que si, d'un autre côté, la région rectale au lieu d'aboutir à la région anale, vient s'aboucher dans une région voisine, il y aura malformation.

Toutes les malformations ano-rectales peuvent être divisées — et en cela je suis la classification de Trélat — en trois grandes catégories.

## 1° Rétrécissement.

## 2° Impérforation.

## 3° Abouchements anormaux.

Les rétrécissements présentent deux types.

Dans le premier, vous aurez affaire à une simple bride ou valvule qui rétrécira le calibre du rectum.

Dans le second, il y aura un rétrécissement du conduit rectal sur une étendue plus ou moins grande.

Les imperforations présentent également deux types.

Dans le premier, il y a une simple cloison mince qui sépare la région rectale de la région anale.

Dans le second on se trouve en présence d'un manque total d'une partie du rectum remplacée par un cordon fibreux. Entre ces deux types se place une série de formes intermédiaires.

Quant aux abouchements normaux, ils peuvent se faire dans des régions différentes.

Chez la femme le rectum peut aboutir soit dans le corps de l'utérus — ces cas sont rares — soit dans le vagin, soit enfin, et c'est le cas le plus fréquent, dans la vulve.

Chez l'homme le rectum aboutit dans le canal de l'urètre et le plus souvent dans la portion membraneuse de ce canal.

Le sexe ne joue aucun rôle dans l'étiologie des malformations ano-rectales. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, elle peuvent s'observer également chez la femme et chez l'homme.

Quant à la question de l'hérédité elle n'est pas encore suffisamment éclairée pour qu'on puisse formuler une conclusion définitive. Toujours est-il que l'hérédité peut jouer un certain rôle.

En ce qui concerne la fréquence des malformations ano-rectales, les statistiques ont montré qu'elles sont excessivement rares. En effet, on en observe un cas sur onze mille accouchements environ.

Mais alors, me direz-vous, la question que vous traitez ne présente qu'une importance relative surtout pour le praticien.

Cette remarque paraît assez justifiée, mais en réalité les choses se présentent autrement car quelle que soit la rareté de ces malformations, le fait est qu'elles existent, que vous pouvez par conséquent en rencontrer un certain nombre dans votre pratique et que une fois que vous vous trouverez en présence d'une malformation de ce genre, vous devrez intervenir d'urgence : il est donc fort important pour vous d'être renseigné aussi complètement que possible sur la question.

Du reste moi-même j'ai pu observer et intervenir dans 20 cas environ. Cela vous montre qu'en somme les malformations rectales sont loin de constituer une curiosité pathologique, j'arrive à la symptomatologie.

S'il y a imperforation complète, vous constaterez des vomissements et du ballonnement du ventre. Si, au contraire, il y a un pertuis, la communication s'établissant avec l'extérieur, les symptômes pourraient faire complètement défaut, et le malade ne sera pris de

troubles que le jour où un corps étranger viendra obturer le pertuis en question.

C'est ce qui est arrivé dans un cas que j'ai observé où le corps étranger était un noyau de cerise. Quant au diagnostic vous serez amené à le faire dans deux cas.

Dans le premier il n'y aura pas d'anus, dans le second l'anus existera.

Il va de soi que dans le premier cas le diagnostic ne saurait présenter aucune difficulté.

Et à ce propos, je tiens à insister sur la nécessité absolue qu'il y a d'examiner toujours immédiatement après la naissance la région anale ; vous éviterez ainsi bien des mécomptes et bien des surprises.

Dans le deuxième cas où l'anus existe, le diagnostic peut présenter certaines difficultés.

Dans ce cas, si l'enfant, ne rend pas de méconium, vous devrez examiner soigneusement l'anus. C'est qu'en effet le méconium ne peut être rendu parce que l'anus n'aboutit pas au rectum ou bien, s'il y aboutit, parce que il existe, soit une bride, soit une cloison, soit une autre malformation de la portion rectale dont je vous ai parlé au début de cette leçon.

Vous examinerez donc l'anus et pour vous rendre compte de sa profondeur vous vous servirez soit du doigt soit d'une sonde de femme.

En tout cas ne vous servez jamais de stylet ou de tout autre instrument qui peut déterminer des lésions.

Enfin, dans d'autres cas, où il y a, notamment chez le garçon un abouchement normal dans le canal urétral, votre attention sera attirée par ce fait que l'urine au lieu d'être claire aura une teinte verdâtre et que le linge sera taché non pas en arrière au niveau de l'anus, mais en avant au niveau de la verge. Je vous ai dit tout à l'heure que c'est chez le garçon que votre attention pourra être éveillée par la place où les langes seront tachées. C'est qu'en effet, chez la femme, une malformation ano-rectale peut passer absolument inaperçue : le rectum aboutissant dans la vulve ou dans le vagin, l'orifice de communication s'élargit au fur et à mesure que l'enfant grandit et la femme peut arriver à l'âge adulte sans se douter ou du moins sans éveiller l'attention de l'entourage.

Et à ce propos, on a cité des observations où des femmes, présentant ce genre de malformations, avaient accouché. Ce qui prouve que les rapports sexuels ont pu s'accomplir sans que le mari trouvât rien d'anormal.

J'arrive au traitement.

Deux grands procédés dominent les interventions thérapeutiques :

## 1° Procédé périnéal ;

## 2° Procédé abdominal.

C'est le premier qui est employé le plus souvent.

Dans un certain nombre de cas, vous pouvez avant même de faire une incision vous convaincre que l'ampoule rectale se trouve située très bas.

Pour cela on écarte les jambes de l'enfant et si l'ampoule est située bas on voit la région périnéale tomber à chaque effort inspiratoire. C'est un signe certain ; mais vous devez savoir que l'ampoule peut être située très bas sans que cependant la région périnéale tombe. En effet, il suffira d'un petit orifice de communication de la portion rectale avec les voies urinaires chez le garçon, les parties génitales chez la fillette, pour que, les gaz pouvant s'échapper, la région périnéale reste parfaitement aplatie pendant les efforts inspiratoires.

Quoi qu'il en soit, une fois que l'intervention sera décidée et dans les cas où l'enfant ne rend pas de méconium du tout, cette intervention doit être urgente. Vous pratiquerez une incision médiane partant de l'anus et allant à la pointe du coccyx ; vous recherche-



rez l'ampoule rectale, vous l'amènerez à l'intérieur et vous la suturez à la peau.

D'une façon générale l'anus créé artificiellement ne remplit pas toutes les conditions physiologiques, car bien qu'il se forme sur ses côtés un certain nombre de fibres musculaires, il n'existe pas ce pendant dans les cas de sphincter véritable.

(L'Indépendance Médicale)

### Signes de la congestion prostatique

Par A. GUÉPIN, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

De tous temps, les auteurs ont fait jouer à la congestion prostatique, dans les maladies du carrefour génito-urinaire, un rôle de première importance. La connaissance anatomique, bien que souvent incomplète, des plexus veineux qui entourent la prostate, semblait à elle seule plus que suffisante pour justifier la facilité et l'intensité possibles des états congestifs de la glande. Comment expliquer autrement l'apparition de certaines hématuries abondantes, de modifications considérables et momentanées dans le volume de la prostate, coïncidant parfois avec la sortie d'hémorroïdes, souvent avec la turgescence habituelle des corps caverneux ; en un mot : avec des phénomènes de stase sanguine dans le petit bassin, qu'elle qu'en soit, d'ailleurs, en apparence, la cause voisine ou éloignée ?

Mais si la réalité de l'existence, la fréquence même des troubles congestifs de la prostate n'ont échappé à personne, l'accord ne semble point établi sur la valeur des symptômes qui révèlent la congestion, qui permettent de la reconnaître et de remonter à ses origines.

L'intérêt pratique capital s'attachant à la possession parfaite d'une telle question, devait engager mon maître Reliquet et moi à en faire l'objet de nos recherches. Déjà, dans de multiples observations publiées (*Les glandes de l'urèthre*), et dans plusieurs mémoires récents, l'occasion s'est présentée et a été saisie d'indiquer les signes précis qui paraissent devoir être rapportés à la congestion prostatique associée à l'œdème local et d'en décrire l'évolution jour par jour.

Chez les sujets encore jeunes, dont la prostate n'est pas le siège des stagnation des sécrétions dans ses cavités glandulaires dilatées, la disparition du sillon médian vertical qui sépare les lobes de l'organe, l'augmentation de consistance de ces lobes, plus fermes qu'à l'état normal, moins souples, sans être durs toutefois, les limites diffuses de l'amas glandulaire qui plus ou moins a perdu sa forme bien connue, sont de fortes présomptions en faveur de la congestion et de l'œdème prostatiques encore médiocrement accusés. A un degré plus avancé, la prostate, au toucher rectal, est *globuleuse*, formant dans le rectum qu'elle remplit et où le doigt ne rencontre plus qu'elle, une saillie parfois *énorme*. L'index pour pénétrer doit suivre la courbure du coccyx et du sacrum. La surface prostatique est *lisse, chaude* ; sa consistance, *uniforme*, est celle d'une poche fortement distendue par un liquide intérieur : elle est *rénitente* (Reliquet). La pression légère de la pulpe digitale donne lieu à une sensation *douloureuse, partout également pénible*. L'exagération de la sensibilité provoquée et spontanée, la perception de battements artériels (pouls prostatique), les grands accès fébriles appartiennent déjà à la suppuration de l'organe. Quand, au contraire, les accidents sont en voie de décroissance, on reconnaît dans l'ordre inverse les signes précédemment attribués à la congestion commençante.

Chez le vieillard atteint de prostatite sénile, aux deux premiers stades anatomo-pathologiques, c'est-à-dire chez qui toutes les causes de congestion et d'œdème prostatiques se trouvent réunies, la prostate congestionnée prend un développement énorme, plus ou t-êtré que dans le cas précédent. Lisse, tendue, chaude, d'une

consistance et d'une sensibilité égale en tous points, elle s'accompagne de turgescence de la verge et de gonflement hémorroïdaire.

Les troubles fonctionnels marchent de pair avec la violence des phénomènes congestifs ; ce sont des mictions *fréquentes, difficiles, douloureuses*, souvent *sanguinolentes* à la fin (fausse cystite). Le vieux prostatique a plutôt de la *rétenion* d'urine avec *excitation vésicale*. Il faut alors songer au cathétérisme ; et ses sondes habituelles, s'il en passait, ne peuvent plus, pour un temps, pénétrer jusque dans la vessie. La sonde en gomme à béquille de gros calibre, munie d'une grande courbure souple, dont Reliquet faisait usage en pareilles circonstances, est l'instrument le plus utile. On remarque en l'introduisant : la *longueur* anormale de la partie de la sonde qu'il faut pousser dans l'urètre, avant l'écoulement de l'urine ; la *courbure* considérable ajoutée à la béquille que doit porter cette sonde pour franchir la prostate ; la *sensibilité* de la région prostatique ; son *saignement* facile et abondant. La vessie, *peu distendue*, se *contracte* avec force ; parfois, elle est remplie de sang, dont il va falloir assurer la sortie régulière.

En présence d'un tel ensemble symptomatique, il ne restera dans l'esprit aucun doute : ces prostatomégalies, à *début brusque* ou très rapide, à terminaison également rapide, apparaissant et disparaissant tour à tour, coïncidant ou alternant avec d'autres manifestations congestives, s'accompagnant d'hémorragies faciles, d'abondance parfois effrayante, ne sauraient être rapportées qu'à la congestion locale. Les signes physiques et fonctionnels énumérés plus haut, la marche, la terminaison, les complications, tout est là pour conduire à une même conclusion, sans parler de l'influence heureuse du traitement approprié.

Quand on assiste à l'augmentation de volume des plus rapides (quelques heures à deux ou trois jours) d'une prostate déjà malade, chez un homme d'âge avancé, quand on rencontre les signes positifs de la congestion, quand surtout il y a hématurie spontanée, le diagnostic n'offre aucune difficulté réelle. Pendant la période d'état, on pourrait croire et on croit souvent à de grosses lésions prostatiques, tandis que si les jeunes font des congestions actives et franchement inflammatoires, prélude ordinaire de suppurations étendues, le vieillard, à l'occasion d'une prostatite légère presque latente, peut avoir de violentes poussées qui disparaissent sans laisser de véritables vestiges. Lorsque la crise prend fin avec une promptitude analogue à celle de l'invasion, l'organe revient presque à ses dimensions premières ; le doigt explorateur retrouve les caractères des altérations locales préexistantes, pendant que les troubles fonctionnels s'atténuent, parallèlement pour ainsi dire.

Des recherches antérieures et des faits cliniques que je résume ici en une sorte de tableau, on peut, ce me semble, être autorisé à déduire :

Que la congestion de la prostate existe comme syndrome surajouté compliquant les lésions glandulaires, que la congestion prostatique active et inflammatoire dans la jeunesse, plus tard est presque passive. L'anatomie de la région explique son importance croissante avec l'âge et la facilité de son apparition. La congestion se montre tant de fois dans le cours des prostatites — surtout de la prostatite sénile — qu'il importe de bien en connaître les signes pour lui opposer aussitôt les soins dont catégoriquement elle fournit les indications.

(Gaz. des Hôp.)

### La morphinomanie

Par M. le professeur M. DEBOVE.

(Suite et fin)

Dans la période d'état, la situation du morphinomane est tout fait différente selon qu'il est *sous l'influence de la morphine ou à l'état de besoin*.



En effet, les troubles sont toujours plus accentués dans la période qui précède la piqûre ; celle-ci les atténue, et tel malade incapable de tout travail avant, redevient à peu près valide après. Mais, cet état d'attente qui précède la piqûre n'est qu'une faible esquisse de celui qu'on nomme l'état de besoin.

Dans l'état de besoin les phénomènes morbides sont des plus caractéristiques et ne manquent jamais. C'est ainsi que, certains criminels, pour atténuer leur responsabilité, s'étant dits morphinomanes, on a reconnu la simulation à ce que les phénomènes d'abstinence faisaient défaut. Cependant, tous les symptômes d'abstinence ne se produisent pas chez tous les malades : on observe à cet égard de grandes variétés ; ils sont d'ailleurs d'autant plus graves que l'intoxication est plus ancienne.

Dans cet état de besoin, le malade a d'abord des bâillements, des étternuements. Les sécrétions du nez et des bronches augmentent, la voix s'enroue, les pupilles se dilatent. Puis, apparaît une céphalalgie très vive, des douleurs dans les mollets, des névralgies. Viennent ensuite les vomissements, souvent hyperacides, les coliques, la diarrhée. Enfin, survient un collapsus grave : les extrémités sont refroidies, la face pâlit, le corps se couvre de sueurs froides, le pouls faiblit et s'accélère.

Le malade peut succomber dans une syncope si on ne vient à son secours par une injection de morphine, ce qui rend nécessaire la présence continue d'un médecin auprès du malade que l'on cherche à démorphiniser.

Dans l'état de besoin, les troubles psychiques sont des plus accentués. Le malade est agité, en proie à une angoisse indescriptible. Dans cette situation horriblement pénible, il n'a plus qu'une idée : se procurer de la morphine. Il ne veut rien entendre et réclame de la morphine avec des prières, des menaces ; il dit qu'il va se tuer et se tuerait quelquefois s'il n'était surveillé. Pour bien se rendre compte d'un pareil état, il faut avoir vu la physionomie du malheureux, entendu ses plaintes ; on sent qu'il n'hésiterait pas à commettre un crime pour calmer sa souffrance.

Beaucoup de théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de tels accidents. Je n'en citerai qu'une seule, moins invraisemblable que les autres. Marmé, auteur de cette théorie, prétend que les symptômes d'abstinence sont les résultats d'un empoisonnement par l'oxydi-morphine, alcaloïde qui se produit par la transformation de la morphine dans l'organisme.

Chez des chiens soumis depuis un certain temps aux injections de morphine, on retrouve dans le poumon et le foie cette oxydimorphine qu'on peut isoler. L'injection de cette substance à d'autres chiens amène chez eux des symptômes d'empoisonnement : régurgitations, vomissements, diarrhées, selles sanglantes, accélération du pouls, abaissement de la tension vasculaire, refroidissement..., en un mot, *collapsus*.

Si on leur fait une injection de morphine, tous ces symptômes disparaissent ; la morphine serait donc l'antidote de l'oxydimorphine. Mais dans l'organisme, une partie seulement de la morphine se transforme en oxydimorphine ; c'est pourquoi une certaine durée est nécessaire pour qu'elle s'accumule et amène des accidents toxiques.

\* \* \*

La morphinomanie aboutit à la période de *cachexie*. Elle est caractérisée par les signes d'une vieillesse précoce : le sujet maigrit, la peau se ride, devient terne et sèche, les cheveux grisonnent et tombent, les ongles deviennent secs, rugueux et cassants, les dents se carient et tombent ; des troubles digestifs, une diarrhée continue aggravent encore cet état.

La déchéance intellectuelle et morale accompagne cette décrépitude physique. Le malade, indifférent à tout, ne compte plus même ses piqûres.

Il meurt dans un état de cachexie déplorable, soit à l'hôpital, soit dans une maison d'aliénés, soit dans une prison, à moins qu'il ne mette lui-même un terme à ses souffrances par le suicide. D'ailleurs, toutes les maladies aiguës, aggravées par l'intoxication morphinique, peuvent aussi abrégé son existence.

La morphinomanie s'accompagne d'un certain nombre de complications :

L'*hystérie* est à la fois une cause et un effet de la morphinomanie ; des crises éclatent souvent pendant la première période de l'abstinence.

La *folie* ne survient chez les morphinomanes que s'ils sont déjà prédisposés ; la morphine n'agit ici que comme cause occasionnelle.

Très souvent, les morphinomanes font aussi usage d'autres poisons, soit d'eux-mêmes, soit parce que les médecins ont essayé chez eux de substituer à la morphine des substances qui doivent la remplacer et dont ils pourront ensuite les débarrasser plus facilement. C'est ce que les Allemands appellent "chasser Satan par Belzébuth", mais il est à craindre que les deux diables ne fassent bon ménage.

L'*alcoolisme*, par exemple, coïncide souvent avec la morphinomanie ; à la période d'abstinence, on peut alors voir survenir des accès de delirium tremens.

L'*opium* aussi est employé par les morphinomanes, soit pour augmenter leur jouissance, soit par méthode substitutive.

La *cocainomanie* s'associe souvent à la morphinomanie ; elle est, d'ailleurs, encore plus grave et amène plus rapidement la déchéance physique et mentale.

L'abus du *chloral* produit du délire, des palpitations, des troubles mentaux ; il devient aussi à la longue un véritable besoin, et le malade, s'il continue à se livrer à sa passion, peut être conduit à la démence.

L'*éthéromanie* se voit aussi chez quelques morphinomanes ; mais elle n'atteint pas chez nous l'extension qu'elle a prise en Irlande où l'on a été obligé de la combattre par des mesures prohibitives.

Le pronostic de la morphinomanie est défavorable *quoad vitam* ; les Compagnies d'assurance sur la vie n'assurent pas aux conditions ordinaires les morphinomanes, dont l'existence est manifestement abrégée.

Ce pronostic encore est très assombri par l'état mental déplorable auquel aboutit le morphinomane, et par la difficulté de sa guérison.

La proportion des récidives serait, d'après Erlenmeyer, de 99 pour 100. Mais, à cet égard, il me semble qu'on n'a pas suffisamment distingué entre ce que j'appellerai les grands morphinomanes et les petits morphinomanes.

Les premiers, qui doivent leur état à une prédisposition plus accentuée, à une morphinisation invétérée, aux doses considérables de poison qu'ils absorbent, sont incurables. Ils seront d'une façon intermittente les hôtes des maisons de santé, des hôpitaux, des asiles d'aliénés ou des prisons.

À côté de ces types si intéressants pour le psychologue et le médecin, il y a les petits morphinomanes qui ont encore assez d'énergie pour vouloir guérir, et qui guériront, en effet, si vous les aidez de vos conseils, de vos encouragements, et surtout si vous leur ordonnez une médication appropriée.

Est-il donc si difficile de se priver de morphine lorsqu'on a commencé d'en prendre ? L'observation le prouve ; il ne servirait de rien de raisonner sur des passions que nous n'avons pas : il faut s'incliner devant le fait. Songez, d'ailleurs, que l'énergie des morphinomanes est très diminuée ; et, par la difficulté que nous avons à faire accepter un régime aux diabétiques, aux obèses, aux albuminuriques, aux goutteux, vous jugez combien vous pouvez faire fonds sur l'énergie morale des morphinomanes. Ils promettent tout ce qu'on veut, lorsqu'ils sont sous l'influence heureuse de la mor-

phine ; mais, quand vient l'heure de la piqûre, toute force le volonte disparaît. Dans le premier état, ils peuvent bien dire avec Ovide : "Video meliora proboque", mais quand l'heure décisive arrive, ils pourraient dire : "Deteriora sequor".

\*\*\*

Le traitement de la morphinomanie est d'abord prophylactique, puis curatif.

Le prophylaxie est bien simple : en dehors des indications formelles, le médecin doit éviter de prescrire la morphine, dont l'injection peut devenir une cause occasionnelle de morphinomanie ; les pharmaciens ne doivent pas livrer de morphine sans une ordonnance récente, et, à cet égard, quelque règlement nouveau ne serait peut-être pas inutile.

En ce qui concerne le traitement curatif, quand il s'agit de petits morphinomanes, on doit gagner leur confiance par des conseils, des encouragements, diminuer lentement et progressivement les doses de morphine, enfin, substituer en quelque sorte sa propre volonté à la leur. J'ai obtenu ainsi de nombreuses guérisons.

Pour les grands morphinomanes, il n'y a pas d'autre moyen de les guérir que de les enfermer d'abord dans une maison de santé. Mais la loi française n'admet pas la séquestration, sauf pour les malfaiteurs dans les prisons, et pour les aliénés dans les asiles. Et on même le consentement signé du malade, la loi française ne reconnaît pas, comme la loi anglaise, la séquestration volontaire. Et cette disposition de nos codes rend singulièrement difficile et délicate l'application des méthodes de démorphinisation.

La première de ces méthodes est la démorphinisation brusque. Elle consiste à refuser brusquement la morphine au malade. Mais, elle nécessite l'internement et la présence continuelle de gardiens et de médecins, pour éviter les attentats et les accidents de collapsus qui peuvent être mortels.

Cette méthode me paraît devoir être rejetée à cause des souffrances atroces qu'elle cause au malade, et des dangers auxquels elle expose.

La méthode rapide consiste à établir d'abord la dose exacte de morphine que prend le malade, puis, à la diminuer rapidement de moitié, du quart, etc., jusqu'à ce qu'on puisse la supprimer complètement. Le malade doit être gardé à vue pendant ce traitement et aussi pendant une longue convalescence, pour éviter les rechutes.

La méthode lente, qui est la meilleure pour les petits morphinomanes, n'est pas applicable aux grands. Elle exigerait une surveillance trop prolongée et trop difficile.

On a proposé aussi la méthode substitutive, qui consiste à remplacer la morphine par un autre poison plus facile à supprimer. On peut, en effet, se servir utilement d'alcool, d'opium, d'antipyrine, pour soutenir les forces du malade et diminuer ses souffrances pendant les premiers jours de la démorphinisation ; mais, il faut avoir soin de ne jamais laisser ces substances à la disposition du malade et en cesser l'emploi le plus rapidement possible.

Hitzig, enfin, qui attribue à l'hyperacidité du suc gastrique la plupart des accidents de la démorphinisation, conseille, pendant cette période, l'emploi des lavages de l'estomac ; c'est là un moyen adjuvant, qui me semble pouvoir être efficacement remplacé par les alcalins ou le carbonate de chaux à haute dose.

(La Presse méd.)

#### Traitement de la variole

I. Traitement général.—Le seul traitement interne qui paraisse actif consiste dans l'emploi combiné de l'opium et de l'éther (médication éthéro-opiacée du docteur du Castel).

a. Injecter matin et soir, dans le tissu cellulaire de la partie antéro-externe de la cuisse, de la fesse ou de la région lombaire, une pleine seringue de Pravaz d'éther.

Ou bien donner au malade six à dix cuillerées de sirop d'éther par jour.

b. Faire prendre matin et soir 10 centigrammes d'extrait thébaïque (abaisser les doses à 7 centigrammes chez la femme).

Perchlorure de fer.....	xx gouttes.
Sirop de fleurs d'oranger.....	25 grammes.
Eau.....	100 —

A boire dans la journée.

Le malade prendra, de plus, de 40 à 80 grammes d'alcool.

Le traitement n'est efficace que s'il est institué pendant les premiers jours de l'éruption :

Il est utile surtout dans les cohérentes graves et on doit alors en combiner l'emploi avec celui des bains froids. La température de ces derniers sera, de 18 à 20 degrés chez l'adulte, de 21 à 23 degré chez l'enfant. Ils sont indiqués toutes les fois qu'il y a de l'hyperthermie et des accidents nerveux graves.

On ne devra pas hésiter à faire une saignée de 300 ou 400 grammes chez les individus vigoureux, qui ont une dyspnée intense, présentent des phénomènes congestifs pulmonaires ou encéphaliques.

Dans les varioles très discrètes, expectation déguisée.

A la période d'invasion, combattre la rachialgie par des frictions avec :

Chloroforme.....	10 grammes.
Essence de térébenthine.....	10 —
Baume de Fioraventi.....	80 —

Laxatif léger contre la constipation.

A la période d'éruption, bains tièdes, que l'on continuera pendant la suppuration.

L'alcool est toujours utile ; en forcer les doses chez les alcooliques.

Hygiène alimentaire : lait, potages, boissons abondantes.

II. Traitement externe. — L'emploi du sublimé à l'extérieur donne d'excellents résultats. La pratique du docteur Talamon, modifiée par le docteur Richardière, répond à toutes les indications.

Donnez deux fois par jour des bains à 33-35 degrés, renfermant 10 grammes de sublimé dissous dans l'alcool ; durée du bain : un quart d'heure.

Pendant la dessiccation, un seul bain dans les vingt-quatre heures, puis ensuite bains simples que l'on peut additionner d'acide borique.

Couvrir la tête des malades avec des bandes de tarlatane trempées dans une solution de sublimé à 50 centigrammes par litre. Une bande avec un prolongement en languette sur le nez cache le front et descend jusqu'aux sourcils. Une autre bande encadre la figure, recouvrant le plus complètement possible le menton et les joues ; enfin, une dernière bande, taillée en forme de sablier, est passée sous le nez, entre lui et la bouche, et rejoint par ses bords les bandes latérales. Les bandes de tarlatane doivent être laissées à demeure pendant toute la durée de la maladie. On pulvérise dessus, plusieurs fois par jour, la solution de sublimé, en ayant soin de protéger les yeux par un tampon d'ouate imbibé de solution boriquée. On peut se contenter de mouiller les bandes avec de la ouate hydrophile trempée dans la solution mercurielle.

Appliqué dès le début de l'éruption, le pansement empêche, dans la plupart des cas, la suppuration de se faire et les éléments éruptifs sèchent sur place. A tout moment de la variole, il empêche les infections secondaires. Appliqué tardivement, il diminue la durée de la suppuration.

Les accidents d'hydragyrisme sont excessivement rares.

On doit veiller avec soin à l'antisepsie des muqueuses, faire laver la bouche et les yeux avec l'eau boriquée, badigeonner le pharynx toutes les deux heures avec un mélange à parties égales de salol et de glycérine.

Il faut à tout prix laver les conjonctives au moins une fois par jour, et ne pas hésiter à employer les écarteurs si les paupières sont trop tuméfiées.

Chez les personnes qui redoutent beaucoup les cicatrices, M. Dujardin-Beaumetz conseille d'appliquer sur le visage de l'emplâtre de Vigo, *cum mercurio* en masse épispastique et saupoudré ensuite avec de l'amidon. On ferme par de nouvelles couches de pommade et d'amidon les fissures qui se produisent. Sauf au pourtour des lèvres, où l'emplâtre n'adhère pas, s'il est appliqué dès le début de l'éruption, il fait avorter les pustules. Mais le masque est excessivement pénible à supporter.

Hébra fait poudrer les téguments, après les bains, avec le mélange suivant :

Acide salicylique.....	10 grammes.	
Poudre de talc.....	} à à 50 —	
— d'amidon.....		

Le traitement de choix pour les cohérentes et les cohérentes confluentes sera la médication éthéro-opiacée unie à l'emploi du sublimé à l'extérieur.

Dans les discrètes et les varioloïdes, il suffira de prescrire des bains tièdes, deux par jour, que l'on fera suivre d'une onction avec la pommade suivante :

Vaseline .....	20 grammes.
Salol.....	1 gr 50

On saupoudrera ensuite avec la poudre d'Hebra.

III. *Traitement des complications.* — On emploiera la caféine (de 50 centigrammes à 1 gramme 50 par vingt-quatre heures) dans le cas de myocardite (rejeter la digitale); l'opium et les bains froids combattront les accidents nerveux, l'alcool, le délire alcoolique.

Dans la variole hémorragique, on emploiera les préparations d'ergot, d'alcool, d'acétate, d'ammoniaque :

Acétate d'ammoniaque.....	15 grammes.	
Eau de menthe.....	} à à 30 —	
— de fleurs d'oranger.....		
— de mélisse.....		
Sirop d'éther.....	} à à 20 —	
— de capillaire.....		

par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Le perchlorure de fer est inutile.

Les moyens mécaniques dirigés habituellement contre les hémorragies (glace, tamponnement, etc.) compléteront un traitement qui sera malheureusement toujours inefficace dans la variole hémorragique d'emblée.

En effet,

Les varioles confluentes et hémorragiques d'emblée sont toujours mortelles;

Les varioles hémorragiques secondaires et les cohérentes sont graves sans être mortelles;

Les varioles discrètes peuvent devenir graves par certaines complications, mais elles guérissent le plus souvent;

Les varioloïdes guérissent toujours (Huchard).

(Bulletin méd.)

#### Pronostic de l'appendicite

Par M. BATHERFORD MORISON.

L'auteur considère la délicate question du pronostic de l'appendicite. Peu d'affections donnent lieu à de telles difficultés pronostiques. Etant donné un cas d'appendicite, rien ne permet de prévoir quelle en sera l'issue. C'est cette raison qui sert d'appui aux chirurgiens qui préconisent l'intervention dès le début des accidents, aussitôt le diagnostic posé. Les praticiens qui ne partagent pas cette manière de voir proclament la fréquence des guérisons spontanées et objectent qu'une laparotomie n'est pas toujours sans danger.

Pour se faire une idée complète de la gravité de l'appendicite il faut considérer non seulement ses suites immédiates mais aussi ses suites éloignées. Un grand nombre de cas simples guérissent sous l'influence d'un traitement médical, dirigé avec *attention*. Faute de soins éclairés, tel cas simple se complique et devient mortel, parce qu'on aura négligé de soumettre le malade au repos absolu et de lui défendre l'usage des purgatifs. Il ne faut pas croire la guérison complète, quand les accidents aigus ont pris fin : la persistance du moindre symptôme, endolorissement du ventre, dyspepsie, malaise, est significative et doit faire craindre un réveil de l'affection. Le malade n'est jamais à l'abri d'une nouvelle attaque. On tend à admettre que celle-ci est plus bénigne que la première. Cela est vrai le plus souvent, mais on peut voir aussi le contraire et une seconde attaque causer la mort par péritonite.

Après plusieurs attaques, il y a moins à craindre ; il est rare alors de voir se former un abcès où se déclarer une péritonite. La raison en est dans la formation d'adhérences autour de l'appendice, dont les parois se sclérosent aussi.

Il est donc vrai de dire que chaque nouvelle attaque tend à devenir de moins en moins grave ; mais là encore rien d'absolu, et plusieurs faits viennent prouver le contraire. Tel est le cas d'une vieille femme qui avait eu à l'âge de 36 ans une attaque très nette d'appendicite et qui trente ans plus tard meurt d'appendicite avec septicémie généralisée.

Quel est le pronostic dans les cas d'abcès enkystés ? Il est subordonné à bien des conditions anatomo-pathologiques, contenu de l'appendice, sa position, siège de la perforation, degré des adhérences. Même dans cette forme, les cas de guérison spontanée sont nombreux, soit que le pus se résorbe, soit qu'il passe dans un organe voisin. C'est le plus souvent dans le cæcum que l'abcès vient s'ouvrir ; dans ces cas l'intestin cède à la pression du pus, qui n'a pu rompre les adhérences. C'est là un mode de guérison assez fréquent. Dans un cas, observé par l'auteur, l'ouverture se fit dans la vessie. L'ouverture de l'abcès à la paroi de l'abdomen, fréquemment observée autrefois, donne lieu à une fistule stercorale, qui se ferme en quelques jours ; dans un cas, l'auteur l'a vue persister 5 mois. Mais la voie naturelle vers laquelle tend à progresser le pus, c'est le péritoine. L'ouverture peut s'y faire brusquement, comme dans le cas d'un jeune homme souffrant depuis huit jours d'une appendicite, qui ressent soudain une douleur déchirante et meurt dans le collapsus ; à l'autopsie, on trouve un abcès iliaque ouvert ; le pus remplissait le bassin, où il avait dû pénétrer récemment, car l'intestin était normal dans cette région. Il est souvent difficile même à l'opération, de savoir si la péritonite est partielle ou diffuse. La tension du pus est un bon signe de l'enkystement. Parmi les signes capables de révéler l'extension de la péritonite, la faiblesse du pouls est un des meilleurs. L'auteur donne aussi une grande valeur à l'augmentation de volume de l'abdomen et conseille de mesurer la circonférence du ventre au niveau de l'ombilic.

Le pronostic est absolument fatal dans les cas d'appendicite perforante avec péritonite généralisée ; on a alors le tableau d'une *agonie aiguë* ; l'opération, pratiquée en pareil cas, a souvent pour effet de précipiter la terminaison fatale.

Les cas de péritonite les plus graves sont ceux où un abcès s'ouvre dans le péritoine. Dans les formes de péritonite septique, le malade meurt intoxiqué, sans que le péritoine ait le temps de suppurer. Si il survit, c'est que le péritoine peut se défendre et qu'il s'agit d'une infection moins virulente. C'est en effet dans la nature de l'infection, plus que dans le degré des lésions, qu'il faut chercher la cause de la mort. La gravité des accidents est subordonnée à la virulence du pus. L'association du *bacterium coli* et du streptocoque constitue le maximum de virulence microbienne.

Etant données les hésitations du pronostic, il est impossible de formuler un traitement qui réponde à tous les cas. Il faut se laisser

guider par les accidents que présente chaque cas particulier. Appelé auprès d'un malade atteint d'appendicite, le médecin doit chercher d'abord à calmer les douleurs; il ne faut pas craindre de recourir à la morphine; le malade en réclame, et si on la lui refuse, un autre la lui donnera. Le malade doit reposer sur un bon lit et ne faire aucun effort; il ne doit pas se lever pour aller à la selle.

Faire des applications chaudes. Éviter les sangsues. Proscrire les purgatifs, qui ne peuvent qu'aggraver un cas sérieux; quant aux cas, qui ont été améliorés par une purgation, ils auraient guéri sans cela. Au bout de 12 heures, l'effet de la morphine s'est épuisé, et l'on peut faire une seconde injection. Mais il faut surveiller les symptômes et ne pas s'écarter d'une diète sévère.

Au quatrième jour, suspendre l'opium et administrer un lavement. Telle doit être la conduite à tenir en présence d'un cas qui s'annonce dès le début comme favorable.

Si l'état général s'aggrave, la question de l'opération se pose. En présence d'un abcès enkysté, il faut opérer au plus tôt, à cause des dangers que présente ici l'expectation.

On doit toujours chercher à enlever l'appendice, à moins que son ablation nécessite la déchirure d'adhérences protectrices.

(*Edinburgh Medical Journal et Prog. méd.*)

#### Les accalmies traîtresses de l'appendicite

Par M. le professeur G. Dieulafoy.

**CONCLUSIONS.**—1° Les symptômes bruyants et douloureux de l'appendicite, la douleur abdominale, les vomissements, la fièvre sont parfois suivis d'une brusque détente avec disparition des douleurs, chute de la fièvre, état de bien-être du malade.

2° Cette brusque détente, cette défervescence n'est pas toujours le signal d'une amélioration réelle du mal, c'est parfois une fausse détente, une accalmie trompeuse, une accalmie traîtresse.

3° Il est même à remarquer que cette accalmie trompeuse et traîtresse coïncide assez souvent avec la formation de lésions les plus redoutables: gangrène de l'appendice, septicémie péritonéale, péritonite diffuse.

4° L'accalmie traîtresse n'est jamais une accalmie complète; quand on y regarde de près, on voit qu'elle diffère de l'amélioration réelle par la persistance de quelques symptômes; au cas d'accalmie apparente, le ventre reste plus ou moins tympanisé, la défense musculaire ne disparaît pas toujours, l'accélération du pouls persiste, alors même que la température est tombée; l'urobilinurie et l'albuminurie ne sont pas rares.

5° Cette fausse détente de l'appendicite est quelquefois favorisée par la médication, injections de morphine, applications de sachets de glace, qui masquent l'évolution des symptômes menaçants.

6° L'accalmie traîtresse apparaît à des périodes variables; elle peut survenir dès le deuxième jour de l'appendicite (comme dans la deuxième observation), au sixième jour (comme dans la première observation), au quatrième jour (comme dans mes troisième, quatrième et cinquième observation).

7° Ces accalmies coïncidant avec le développement des lésions péritonéales les plus graves, montrent une fois de plus l'inexactitude des descriptions qui divisaient en deux périodes distinctes et bien tranchées l'appendicite et la péritonite. Pareilles descriptions consacrent des erreurs funestes; le plus souvent, les symptômes de l'appendicite et de la péritonite sont similaires, subintrants, fusionnés, sans qu'il soit possible de dire à quel moment la péritonite entre en scène.

8° Les accalmies traîtresses de l'appendicite sont le plus souvent la cause de la mort. Un médecin ou un chirurgien trop temporisateur ou trop hésitant saisit avec empressement cette soi-disant détente de la maladie pour ajourner et pour éviter l'intervention chirurgicale, croyant qu'il sera toujours temps d'opérer plus tard "à froid"; mais, bientôt, de terribles accidents surviennent contre

lesquels le traitement chirurgical est lui-même impuissant, et le malade succombe.

9° Méfions-nous des accalmies traîtresses de l'appendicite, sachons les reconnaître, et faisons opérer nos malades sans tarder si nous ne voulons pas les exposer à la mort.

(*La Presse méd.*)

#### Sur le traitement des tuberculomes (abcès tuberculeux) symptomatiques ou non d'une altération des os (1)

M. LENNELONGUE.—Si les abcès tuberculeux, symptomatiques ou non d'une lésion ostéo-articulaire, guérissent spontanément, quelquefois, le fait n'en reste pas moins exceptionnel, et, comme les dangers d'une infection nouvelle, de voisinage ou éloignée, sont toujours menaçants, une indication s'impose: celle d'intervenir. On ne doit pas attendre; l'intervention précoce montre les choses localement moins avancées et s'adresse à un sujet plus résistant.

A l'heure actuelle, deux méthodes sont presque exclusivement en présence: l'extirpation et la méthode des infections modificatrices successives.

L'extirpation, c'est-à-dire l'ablation au bistouri de toute la tumeur, contenant et contenu, serait incontestablement la méthode idéale si l'on pouvait enlever, sans l'ouvrir, la totalité du tuberculome en passant en plein tissu sain. Cette méthode ne peut convenir qu'aux tuberculomes suppurés de petit volume et bien circonscrits.

Dans les cas où la poche est soit volumineuse, soit profondément située, on videra entièrement le contenu en ne prolongeant pas son contact avec les tissus sains, et l'on procédera au curetage de la paroi. Mais on s'expose à laisser une partie, parfois très exigüe, du foyer virulent, et, d'autre part, à faire pénétrer dans les vaisseaux ouverts les bacilles infectieux. Ce second vice est rare, mais le premier est presque inévitable.

La méthode des injections unique ou multiples et successives est excellente. La ponction sera faite avec un trocart assez gros sur un point où la peau est encore saine. La liquide évacué, on procédera avec un soin minutieux à un lavage répété de la cavité avec une solution antiseptique phéniquée à 1 p. 100, par exemple, jusqu'à ce que le liquide revienne intact. On fait ensuite l'injection médicamenteuse: l'auteur recommande la suivante:

Huile d'amandes douces stérilisée..	90 grammes
Iodoforme .....	10 —
Ether sulfurique.....	10 —
Créosote de hêtre.....	1 —

Sur 27 tuberculomes des parties molles traités soit par l'extirpation, soit par l'ouverture et le grattage, l'auteur a obtenu 27 guérisons; dans cinq cas, il a fallu faire un second grattage d'une petite fistule.

17 malades ont été opérés par la méthode des injections successives: 4 ont guéri par une seule injection (2 maux de Pott lombaires et 2 dorso-lombaires); 7 ont guéri: 3 après deux injections, 3 après 4 injections, 1 après 5 injections. Les 6 autres ont eu des fistules et ont guéri après des opérations complémentaires, dans un délai de 10 mois à 2 ans; le sixième, mal de Pott dorsal inférieur, est mort après formation d'abcès multiples dans le petit bassin.

L'auteur eut l'occasion d'observer des effets de l'iodoforme sur un abcès au cours d'une coxo-tuberculose chez un enfant qui, huit jours après l'injection, mourut de la diphtérie. Toute la surface interne de l'abcès était d'un rouge assez vif et l'on y voyait de fins cristaux d'iodoforme répandue un peu partout. La paroi était infiltrée de leucocytes dans toute son étendue.

(*Gaz. Hebdomadaire de méd. et de chirurgie.*)

(1) Séance de l'Académie des sciences de Paris.

## De l'épilepsie

M. DIDE, interne des asiles d'aliénés de la Seine, a envoyé à l'Académie un mémoire relatif à la pathogénie et au traitement de l'épilepsie. En voici les conclusions :

I. La prédisposition *héréditaire* ne saurait, à elle seule, créer l'épilepsie.

Les intoxications et les infections peuvent agir de deux façons : ou bien elles frappent un système nerveux déjà taré, ou bien elles altèrent un système nerveux de manière à créer une prédisposition *acquise*.

II. L'*auto-intoxication*, cause prochaine de l'attaque, n'est pas fonction directe de l'infection causale, elle résulte de troubles de nutrition qui se sont établis lentement, et qu'on peut qualifier de manifestations *para-infectieuses* du sang qui devient toxique au moment de l'attaque, au point de produire, injecté aux animaux, un *état de mal mortel*.

III. La nature de l'*agent toxique* ne semble pas pouvoir être déduite de la variation quantitative d'un des éléments chimiques du sang. (Nous avons constaté, à ce sujet, que la *potasse* du sang, *hypo* normale dans l'intervalle des crises, devenait *hyper* normale pendant la crise, et augmente encore dans l'état de mal. Nous ne tirons, d'ailleurs pas de conclusion de cette constatation).

IV. Aux nombreux symptômes qui marquent des troubles de la nutrition dans l'intervalle des crises, nous croyons avoir ajouté le suivant ; il existe une *polyurie* manifeste (2163) avec légère *azoturie* ; les jours de crise, la polyurie est *moins* intense (11909) et l'*azote* urinaire est légèrement *hypo normal*.

Les variations nutritives de la journée semblent avoir peu d'influence sur la production des crises qui sont à peu près de fréquence égale aux vingt-quatre heures du jour.

V. Au point de vue *symptomatique*, les secousses *myocloniques* qui précèdent souvent et longtemps les autres manifestations épileptiques, et qui, quand elles existent, précèdent toujours de quelques jours la crise de *grand mal*, reproduisent assez bien isolément la phase *clonique* ; on pourrait les décrire sous le nom de *petit mal moteur*.

VI. La *thérapeutique* de l'épilepsie — en dehors de l'épilepsie *nettement* réflexe, ou des convulsions *jacksonniennes* — doit être *médicale*.

Le *sérum* de Hayem employé seul est un excellent agent antitoxique ; combiné à d'autres agents, il est un précieux auxiliaire.

L'action des sérums *antitétanique* et *antistreptococcique* est presque identique ; dans aucun cas, il n'y a eu d'aggravation, mais l'effet sur les attaques a été généralement nul.

Les malades atteints de secousses *myoclonique* ont tous vu ce symptôme plus ou moins amélioré parfois de façon sensible.

(Abeille méd.)

## Traitement du lupus erythemateux par des lotions alcooliques

Ce traitement est préconisé par Hebra. Il consiste simplement à promener sur les parties atteintes, sans exercer de pression, un tampon de coton imbibé d'alcool absolu ou, ce qui est préférable, du mélange suivant :

Alcool absolu.....	} à 30 grammes.
Éther sulfurique.....	
Alcool de menthe.....	

Mêlez.—Usage externe.

On laisse évaporer le liquide sur la peau, puis on lotionne de nouveau et on répète ainsi plusieurs fois successivement.

Ces applications, qui produisent sur les tissus morbides une action à la fois réfrigérante et siccatrice, sont faites par le malade lui-même, aussi souvent que possible, dans le courant de la journée.

(Ibid)

## Sur la tuberculose conjugale.

Dans une discussion qui a eu lieu à la Société de médecine de Genève sur la contagion de la tuberculose, M. Revilliod estime que le mot de contagion n'est pas applicable aux faits d'inoculation. Comme pour la syphilis, il ne faut pas confondre l'inoculabilité avec la contagion qui s'exerce à distance ; d'ailleurs l'idée de contagion immédiate effraie le public, et nous devons lui affirmer qu'une visite à un pauvre poitrinaire n'est pas dangereuse pour celui qui la fait.

Il croit avec Leyder, Guttmann, Furbinger, etc., que l'isolement obligatoire dans les hôpitaux comme dans les familles a plus d'inconvénients que d'avantages. Le seul avantage qu'aient eu les propositions d'isolement de tuberculeux est d'avoir conduit à la création des sanatoria.

La prophylaxie vis-à-vis du crachat est le seul point sur lequel on puisse avoir prise, et il demande qu'on applique pas à une contamination intestinale par le lait tuberculeux le terme de contagion.

Le tableau statistique de *tuberculose conjugale*, que M. Revilliod a présenté à la Société n'entraînera pas la conviction de tous les médecins qui ont observé des cas avérés de contagion entre époux ; mais il montre que l'on a singulièrement exagéré la fréquence de cette contagion.

Ce tableau comprend tous les tuberculeux des deux sexes mariés ou veufs qui ont passé dans son service depuis 1894 jusqu'à ce jour ; leur nombre s'élève à 88 cas, soit 65 maris, 23 femmes. Il en résulte que dans 83 couples, le conjoint du tuberculeux est absolument indemne. Voici le résultat de l'enquête pour les 5 autres :

1er cas. — Ul... est mort tuberculeux en 1889. Sa femme est tuberculeuse depuis 1894. Elle n'est donc devenue tuberculeuse que cinq ans après la mort de son mari. D'autre part son père et ses deux sœurs sont morts poitrinaires et nous pouvons donc en conclure consciencieusement qu'il n'y a pas à faire intervenir une contagion maritale.

2e cas. — Il en est de même de F. S... qui a perdu son mari de la poitrine, il y a si longtemps qu'elle ne se rappelle pas l'époque. Elle-même, âgée de 53 ans, marque le début de sa maladie en 1895.

3e cas. — Il en est de même pour S... dont la femme est morte tuberculeuse en 1889 ; lui-même fait remonter le début de sa toux en 1894, dont cinq ans après la mort de sa femme (précisément comme le 1er cas)

4e cas. — R. F..., âgé de 61 ans, est tuberculeux depuis plusieurs années. Sa femme souffre d'une arthrite du genou et tousse depuis un à deux ans.

5e cas. — Enfin les époux T... sont tuberculeux ; le mari depuis 1888, la femme depuis 1792.

Donc, sur ces 88 cas, nous retenons que ce dernier dans lequel mari et femme sont manifestement tuberculeux. Admettons même que la femme R... (4e cas) le soit aussi. Chargeons même le lot des cinq cas ci-dessus. Restent 83 ménages dont l'un des conjoints est tuberculeux, l'autre bien portant, époux qui cohabitent jour et nuit partageant le même lit, la même table depuis nombre d'années, dans des conditions hygiéniques le plus souvent bien mauvaises.

(Revue méd. de la Suisse romande, et Lyon méd.)



**Traitement de la gastrite chronique**

1° *Régime*. Il doit reposer sur deux faits : l'acide chlorhydrique manque, donc il faut peu de viande ; la digestion des féculents est bonne, donc il faut en donner, l'intestin se chargera de la digestion de la partie azotée de l'aliment végétal.

Le régime comprendra donc : le bouillon, pas de viande, alimentation essentiellement végétale, en choisissant de préférence les féculents les plus riches en azote. Si la suppression de viande est impossible il faut prendre exclusivement la chair des jeunes animaux. Il est utile de laisser le malade manger modérément quelques condiments, poivre, épices, acides, et en général tout ce qui peut exciter la fonction gastrique.

2° *Traitement médicamenteux*. Puisque l'estomac n'existe plus en tant qu'organe digestif il faut faire dans sa cavité de véritables digestions artificielles ; on y arrivera par l'emploi de la pepsine, et d'une solution d'acide chlorhydrique à 1,75 p. 100 ; on en prend 2 à 3 verres à madère au cours du repas et à la fin.

La liberté intestinale est assurée au moyen du soufre sublimé et lavé ; on le prescrit dans un cachet de 20 à 50 centigrammes, pris à la fin du repas.

Si ce médicament est impuissant contre le ballonnement et les éruption on prescrira l'iodure de soufre, à raison de 0 gramme 10 à 1 gramme au plus.

On cherchera en outre par les deux moyens suivants à améliorer l'état de l'estomac sans entraver la digestion intestinale :

a) Donner avant le repas une cuillerée à soupe de la décoction suivante :

Encore de condurango blanc..... 15 grammes.  
Eau bouillante..... 100 —

Faire bouillir pendant quelques minutes, passer, puis faire réduire jusqu'à occurrence de 150 cent. cubes.

b) Prendre avant le repas un verre à liqueur ou à bordeaux de la préparation suivante :

Trèfle d'eau en feuilles..... 5 grammes.  
Vin rouge..... 100 —

Laisser macérer pendant 24 heures, filtrer puis ajouter :

Eau ..... 100 grammes.

(Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chir.)

**FORMULAIRE****Pommade contre les douleurs des tuberculeux**

(CAPITAN)

Voilà une formule très utile dans le traitement des névralgies si douloureuses dont souffrent les phthisiques :

Vaseline..... } à à 15 grammes.  
Lanoline..... }  
Salicylate de méthyle..... 5 —  
Gaïacol..... 5 —

On peut y ajouter :

Extrait de belladone..... 0 gramme 20.  
Extrait thébaïque..... 0 — 25

Enfin, à l'une ou l'autre de ces pommades on ajoute souvent dans les cas très aigus quelques grammes de bromure et d'antipyrine, parfois du menthol.

Telle serait la formule :

Vaseline..... } à à 15 grammes.  
Lanoline..... }  
Salicylate de méthyle..... 4 —  
Gaïacol..... 4 —  
Menthol..... 1 —  
Bromure de potassium..... 5 —  
Antipyrine..... 2 à 3 grammes.

Essence de térébenthine..... 6 grammes.

On peut aussi y ajouter :

Extrait de belladone..... 0 gramme 20  
(Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chir.)

**Odontalgie**

(S. VOITOFF)

Chlorhydrate de cocaïne..... 10 centigr.  
Camphre..... } à à 5 grammes.  
Chloral hydraté..... }

Ajoutez à ce mélange :

Eau distillée..... Qq. gouttes.

Et triturez jusqu'à obtenir une solution limpide.

Mettre dans la cavité de la dent malade un petit tampon d'ouate imbibé de cette solution et l'y laisser pendant un jour entier. Si quelques légères douleurs persistent, remettez un nouveau tampon ; les douleurs disparaissent alors complètement et pour toujours :

Tanin..... 16 grammes.

Acide phénique cristallisé..... 8 —

Essence de caryophille..... } à à 16 —

Essence méthylique..... }

Tincture de pyrèthre..... }

Appliquer sur la dent malade.

**Liniment antinevralgique**

(M. EULENBURG)

Ichtyol..... } à à 5 grammes.  
Onguent napolitain..... }

Chloroforme..... } à à 30 —

Alcool camphré..... }

Mélez.—Usage externe. Agiter le mélange avant de s'en servir.

Faire avec ce liniment des frictions sur la région douloureuse.

**L'oxycamphre dans la dyspnée.**

M. Ehrlich, attaché au service du professeur Pal, de l'hôpital général de Vienne, a constaté que l'oxycamphre jouit de propriétés sédatives très remarquables, principalement dans la dyspnée, aussi bien quand celle-ci est produite par une lésion cardiaque ou pulmonaire (emphysème, tuberculose) que quand elle est d'origine nerveuse. Il paraît sembler posséder une action élective sur le centre respiratoire et mérite, à ce titre, le nom d'antidyspnéique.

On l'administre, soit à la dose de 4 grammes par jour, sous forme de cachets (4 à 6 cachets par jour), soit sous forme de potion :

Solution alcool d'oxycamphre à 50 p. 100. 2 gramme

Esprit de vin ..... 5 —

Sirop de framboises..... 20 —

Eau distillée q. s. pour faire..... 180 —

A prendre dans la journée par cuillerées à soupe.

(La Presse méd.)

**Chlorodyne**

Kemède populaire en Angleterre qui, d'après Martindale, se compose de la manière suivante :

Chloroforme..... 60 cc.

Alcool rectifié..... 60 —

Mélasse..... 125 grammes.

Extrait fluide de mélisse..... 45 —

Chlorhydrate de morphine..... 2 gr. 50 centigr.

Sulfate d'atropine..... 0 — 6 —

Essence de menthe..... 0 — 50 —

Acide cyanhydrique à 1/100... 18 cc.

Gomme adragante..... 1 gr. 25 centigr.

Eau distillée, Q. S. pour compléter 300 cc.

(Crinon, Médicaments nouveaux).



## TRAVAUX ORIGINAUX

## Etude sur la cause ou condition première de toute maladie

Par M. le Dr C. R. Paquin, de Québec.

(Suite)

Nous avons vu, dans le numéro du 15 février, qu'il était raisonnable de penser qu'un jour toute la pathologie serait dominée par une cause première, unique, capable de rendre compte des maladies avec leurs innombrables modalités.

Nous avons établi pour lors que le foie, par son importance physiologique, pouvait à lui seul rendre tous les microbes inoffensifs, tuer la plupart des toxines intestinales et maintenir l'être intègre en lui fournissant sans cesse la matière vivante qu'il fabriquait de toute pièce.

En recherchant les causes qui pouvaient le plus sûrement compromettre le bon fonctionnement de cet organe, nous avons cru comprendre que c'était toute cause capable de le congestionner et que parmi celles qui déterminaient à coup sûr cette congestion hépatique si redoutable par ses conséquences éloignées, se trouvaient au premier rang tous les vices de l'alimentation et de l'aération. Alors nous avons établi en principe que ces deux facteurs devenaient de droit les deux grandes sources de la vie à l'exclusion de toute autre. Mais d'un autre côté il n'est pas moins vrai de dire que ces deux mêmes sources de vie deviennent trop souvent les causes véritables du dérèglement hépatique dont nous nous occupons comme condition première de la plupart des maladies.

Comme je le disais précédemment, personne ne pourra nier qu'à chaque organe est dévolue une certaine fonction, que ce même organe n'est capable que d'une certaine somme d'énergie et que chaque fois qu'on lui demandera davantage ou refusera ce qui lui convient, il devra souffrir de ce surmenage, de cette misère physiologique, faiblir dans son fonctionnement au point de constituer telle ou telle maladie. C'est ainsi que tous les pathologistes ont dénommé les diverses affections qui désolent l'humanité du nom de l'organe atteint. Mais si on prend la peine de déterminer avec plus de précision les organes qui faiblissent les premiers on sera forcé d'admettre que ce sont ceux qui président plus immédiatement aux fonctions de la nutrition. La preuve la plus évidente nous en est fournie à chaque instant par l'observation de tous les jours.

Tous les cabinets de consultation sont là, en effet, pour nous redire par leurs échos, on ne peut plus monotones, que toutes les maladies de l'enfant que le lait d'une mère n'a pas nourri, aussi bien que celles du riche avec ses excès ou de l'indigent avec ses privations, ne reconnaissent pas d'autres causes qu'une alimentation excessive, insuffisante, adultérée.

Qui niera en effet, que, sur 100 malades qui nous consultent, 95 au moins nous disent la même histoire, font entendre les mêmes plaintes.

Ces lamentations seront, il est vrai, quelque peu défigurées par la période plus ou moins avancée de leur souffrance, mais remontant à l'origine des maux qu'ils accusent le point de départ sera trouvé toujours le même ou à peu près.

Personne ne peut nier non plus que l'organisme humain ne

forme un tout complet, que tous les organes ne soient solidaires les uns des autres; que quand l'un d'eux faiblit, les autres doivent nécessairement en sentir le contrecoup. Cette vérité, pas toujours apparente pour les maladies aiguës, devient évidente dans l'état chronique.

Prenons au hasard un de ces malades qui vient vous consulter. Ecoutez son histoire et comparez avec les 40, 60 et 100 autres qui vont le suivre ou qui l'ont précédé, et dites si ce n'est pas toujours la même chose, les mêmes plaintes chantées sur des tons plus ou moins graves et variés.

Le pauvre malheureux se plaint de fatigue générale, de troubles digestifs, de céphalalgie, de vertiges, d'insomnie, de tristesse, d'irritabilité, de douleurs diverses plus ou moins généralisées et des symptômes nerveux les plus variés.

La lassitude extrême, la sensation de faiblesse générale de délabrement qu'il éprouve d'une façon presque constante le frappe et l'inquiète beaucoup.

Mais ce qui le tourmente sans cesse ce sont ses mauvaises digestions. Ce sont des aigreurs, des gonflements au creux épigastrique, une sensation de pesanteur ou fausse-faim, de douleurs entre le ventre et l'estomac. Tout le fatigue. Il prend la vie en dégoût, devient hypochondriaque et misanthrope. Avec l'alanguissement de toutes ces fonctions il nous est facile de noter une forte diminution du ressort vital.

Il est plus fatigué au lever qu'au coucher. Son sommeil est troublé par des rêves fatiguants, des cauchemars, des inquiétudes nocturnes, et une insomnie habituelle de 1 à 2 heures au milieu de la nuit.

Il souffre d'hémorroïdes, de diarrhée ou de constipation. Il est ballonné par les gaz. Les éructations le rendent insupportable. Ses urines sont chargées. Il tousse souvent. Un peu de catarrhe de l'appareil respiratoire le fait placer parmi les candidats à la tuberculose. Il manque d'appétit ou à une faim vorace. Il a des migraines à répétition, des céphalalgies continuelles, des étourdissements, tintements d'oreille, larmolement des yeux, des palpitations du cœur, il est très sensible aux perturbations atmosphériques. L'œil a perdu son éclat, l'haleine est fétide, les dents sont en partie cariées, les mouvements pénibles, les jointures douloureuses et la peau plus ou moins envahie par des éruptions variées. Si tout ce qui précède ne se rencontre pas chez le même individu, on peut dire, cependant, que chez le plus grand nombre c'est règle générale.

Quel sera d'ordinaire le diagnostic? J'hésite à répondre mais pourtant c'est la vérité. Pour Bouchard l'un quelconque de ces malheureux devra subir le traitement de la dilatation de l'estomac: car ce sont là pour la plupart les vrais symptômes qu'il en a tracés. Un autre entendra résonner à son oreille le mot *neurasthénie*: Bear n'en dit pas autre chose. Genard le placera dans l'*entéroptose*, Poucel, Kirmissin, etc., le réclameront pour le type de la *congestion chronique du foie*. Les plus indécis ou les plus prudents diront: c'est un cas de cachexie nerveuse, dyspepsie nerveuse, maux de nerfs, marasme nerveux, hystérisme, surexcitation nerveuse, névrose protéiforme, fièvre nerveuse, hypérosthénie générale, névrite généralisée de tuberculose commerciale, névralgie générale,

irritation spinale, névropathie aiguë cérébro-pneumogastrique ou cérébro-cardiaque, nervosité, maladie nerveuse, névropathie arthritique, dysneurisme, neurasthénie sexuelle gastrique par épuisement nerveux, gastralgie, lithiase biliaire, etc., etc.

Eh ! bien, je vous le demande : en présence de maladies aussi nombreuses, présentant les mêmes symptômes, reconnaissant les mêmes causes, susceptibles d'être influencées par un même traitement, ne sommes-nous pas justifiable de nous demander si ces affections ne pourraient pas être des modalités d'une même affection non encore parfaitement déterminée et dépendant d'une même cause au début, au lieu d'en faire autant d'entités morbides, injustement classées comme telles ? Assurément oui. Avec les progrès de la science médicale il est difficile de penser le contraire.

Mais comment dégager la cause véritable de tant d'effets apparemment si disparates ?

Pour y arriver d'une manière satisfaisante, il faudrait étudier toutes les maladies à la lumière des principes déjà énoncés, ce qui n'est pas possible dans un travail aussi superficiel. Cependant, nous pouvons dire que si nous mettons en regard les symptômes toujours les mêmes de toutes les maladies avec les traitements qu'on leur oppose, on ne peut s'empêcher de constater qu'il y a bien peu de traitements différents pour la longue nomenclature des maladies qui nous affligent.

Ceci rend compte de ce que les vieux cliniciens résumant presque à zéro le nombre de leurs médicaments, et, deviennent plus sceptiques quand l'âge a muri leur observation pour tout ce qui avait soutenu leur courage, leur ardeur, leur conscience lors de leurs premiers pas dans la pratique de notre art.

Non ! nous restons convaincu que tous ces états ne sont que des symptômes et que les causes données pour les expliquer ne sont à leur tour que des résultats du trouble fonctionnel au début des organes formateurs du sang.

Nous avons déjà établi que si l'homme savait se bien nourrir, il réduirait à un minimum étonnant les maladies qui sont un si grand obstacle à son bonheur ici-bas. Mais les faits sont là pour dire que c'est ce que nous faisons le plus mal.

Qui niera que la mortalité chez l'enfant ne reconnaît pas d'autres causes que la mauvaise alimentation, surtout l'alimentation excessive ? Quel est le médecin tant soit peu observateur qui pourra s'empêcher d'admettre, qu'effectivement, toutes les maladies sans exceptions sont marquées à leur début par un désordre du tube digestif, et que le premier soin du clinicien est de s'adresser tout d'abord à cet appareil au risque de rendre tous ses autres soins insuffisants quand ils ne sont pas nuisibles et dangereux ?

De tout temps l'attention que les praticiens ont accordée à cette partie de l'organisme prouve d'une manière éloquente que pour se porter bien et se guérir une fois malade il fallait faire un grand cas du bon fonctionnement du système digestif. Il n'est pas jusqu'aux charlatans qui aient méconnu cette importance. Aussi les innombrables drogues patentées qui encomrent les marchés s'adressent-elles toutes plus ou moins directement à soutenir cet appareil dans la lourde tâche que lui impose la gourmandise et le raffinement de l'art culinaire.

Comment pourrait-il en être autrement quand il est admis

que l'organe comme l'individu ne peut pas soutenir bien longtemps le surmenage qu'on lui aura imposé. Le jour où il ne pourra plus remplir son rôle physiologique ce sera la maladie.

Les premiers organes atteints seront évidemment l'estomac que l'abondance d'aliments dilatera, déplacera, épuisera, ulcérera, etc., au point que l'intestin, le deuxième en cause, recevra un bol alimentaire excessif et mal élaboré, le gardera trop longtemps sans le transformer. Alors commenceront les fermentations putrides, toxiques que la bile sera impuissante à neutraliser. Le foie sous l'influence de ce surmenage physiologique se congestionnera. Si la cause persiste toujours, on connaît le reste.

C'est alors, et alors seulement que les autres causes données comme telles pourront attaquer l'être supérieur. C'est ce qui explique comment il se fait que sur cent individus exposés au froid v.g. ou à une cause de contagion quelconque, un petit nombre seulement sera atteint par la maladie. Oui, pour être malade il faut presque le vouloir. Il faut donner prise au germe de maladie et celui qui est pris le premier est celui qu'on a le plus malmené. N'est-il pas vrai que c'est l'organe auquel on a le plus demandé qui d'ordinaire proteste le premier ? Voilà ce qui nous permet de dire en médecine qu'on est rarement puni par où on n'a jamais pêché.

Si maintenant on interroge le traitement opposé à cette longue série d'états symptomatiques que nous suggère l'enseignement pratique, que pouvons-nous en tirer pour le bénéfice de notre démonstration ? C'est lui surtout qui confirme nos avancés. De fait, il est certain, positif, de pratique courante, que dans toute maladie, la première chose à faire pour arriver à un résultat satisfaisant est de s'adresser au système digestif toujours en défaut, sans quoi on perd toujours son temps.

Diéter à son malade un régime alimentaire, choisi, raisonné ; désinfecter et drainer son intestin ; décongestionner son foie par les moyens déjà connus, voilà la manière la plus sûre, personne ne le contestera, d'arriver à un résultat satisfaisant et de fournir à ce malade les plus grandes chances de guérison en le mettant à l'abri d'atteintes ultérieures.

(A suivre)

## Société française d'Electrothérapie (1)

Séance du 16 Février 1899. (Présidence de M. le Prof. d'ARSONVAL)

M. GRAND relate le cas d'une malade âgée de 61 ans qui était atteinte de pouls lent permanent il y a quatre ans et dont la guérison se maintient parfaite depuis cette époque.

En dehors du ralentissement du pouls, les autres éléments dont la réunion constitue habituellement ce syndrome : syncope, attaques apoplectiformes ou épileptiformes, etc., faisaient défaut et étaient remplacés par des vertiges, des bourdonnements, des éblouissements diversement colorés, des troubles gastriques et intestinaux tels que nausées, vomissements et évacuations alvines répétées.

Ces divers troubles duraient depuis plus d'un an et se manifestaient par périodes paroxystiques séparées par des rémissions assez courtes dont la durée ne dépassait pas 2 à 3 jours.

Le pouls battait de 27 à 38 fois par minute pendant les périodes de paroxysme et se relevait à 60 et 75 pulsations pendant les jours d'accalmie.

(1) Communication du secrétaire général de la société.

Il n'existait chez cette malade ni sénilité athéromateuse, ni lésions cardio-vasculaires.

Le traitement a consisté en galvanisations du pneumogastrique au cou : séances quotidiennes de 10 à 15 minutes de durée, avec une intensité de 5 à 7 milliampères, et accompagnées de séances de franklinisation avec souffle céphalique au moyen d'une pointe pendant deux minutes.

Les périodes paroxystiques devinrent graduellement plus courtes et moins pénibles, tandis que les rémissions devenaient au contraire plus longues, jusqu'au retour à l'état normal qui fut obtenu après six semaines et ne s'est plus altéré depuis 4 ans. Le pouls bat actuellement de 100 à 110. Le cœur est normal. La malade a récupéré 25 livres de son poids qu'elle avait perdues pendant sa maladie.

M. DIGNAT présente un électrode à pression mesurable dont le dispositif permet d'évaluer assez exactement la pression exercée par l'électrode sur le point moteur.

## REVUE DES JOURNAUX

### La levure de bière dans la furonculose.

par L. BROCQ, Médecin de l'Hôpital Broca.

*Mode d'emploi de la levure de bière.* — J'emploie d'ordinaire la levure de bière fraîche. Les brasseurs de Paris me la livrent sous l'aspect d'une sorte de crème marron clair, assez semblable à de la crème de chocolat un peu pâle. Dès qu'on la laisse au repos dans un vase, elle se divise d'ordinaire en trois couches : au fond du vase se trouve une partie assez épaisse, molle, d'une couleur café au lait un peu foncé, au dessus se voit une couche de liquide marron assez foncé ; enfin la couche supérieure, de beaucoup la plus épaisse, est formée d'une sorte de crème assez résistante, café au lait foncé, et qui fermente avec beaucoup d'activité. Pour m'en servir, je mélange, tout d'abord, avec soin, les trois couches et je prends une cuillerée à café bien pleine de ce mélange que je délaie dans un verre à bordaux d'eau ordinaire ou d'eau minérale alcaline. Je donne cette dose trois fois par jour au commencement de chaque repas. Le goût n'en est pas trop mauvais, mais il faut que la levure soit bien fraîche ; dès que son goût change, dès qu'elle devient un peu aigre, je crois qu'il faut s'en procurer de nouvelle. En somme, quand on le peut, il faut en avoir de fraîche tous les jours en été, tous les deux jours en hiver, quand il ne fait pas froid ; on peut à la rigueur ne la changer que tous les trois jours lorsque la température est très basse.

Quand on ne peut se procurer la levure de bière dont nous venons de parler, on peut, à la rigueur, la remplacer, par de la levure de pâtissier ou de boulanger : c'est une substance solide, ayant la consistance du fromage de Roquefort, d'un blanc un peu jaunâtre, et dont on prend gros comme une noisette délayée dans un peu d'eau à chaque repas, ou, comme le fait M. de Backer, mélangée à parties égales de miel blanc. Il m'a semblé que la levure de bière était mieux supportée par l'estomac, et avait des effets thérapeutiques plus actifs.

Les médecins du Nord, M. Debouzy en particulier, donnent la levure à des doses beaucoup plus fortes : ils en donnent jusqu'à deux ou trois cuillerées à soupe par jour, et ils la délaient dans de la bière.

Il est évident que, pour cette substance comme pour la plupart des médicaments, il doit y avoir de grandes différences suivant les sujets au point de vue de son mode d'action, de son efficacité et de sa tolérance. Tel doit avoir besoin d'une dose relativement minime pour en ressentir les effets thérapeutiques ; tel autre devra au contraire en prendre des quantités considérables pour en retirer quelque utilité. On sera donc, parfois, obligé de doubler ou de tripler les doses que nous employons d'ordinaire.

Mais, en outre, et c'est là le point vraiment délicat de cette médication, il semble que toutes les levures ne soient pas comparables entre elles au point de vue de leur efficacité. Nous réclamons à cet égard les recherches nouvelles pour préciser cette si importante question. Il serait utile que la pharmacie pût donner un produit constant dans ses effets et toujours d'excellente qualité.

Je crois qu'il faut se prendre aux repas, délayée dans un peu d'eau ou dans un peu de bière. La dose varie de 3 à 9 cuillerées à café par jour suivant la tolérance du sujet et les nécessités de la maladie.

\* \* \*

*Inconvénients de la médication.* — M. Debouzy a fort bien précisé les quelques inconvénients que peut avoir la levure. Parfois, elle provoque des pesanteurs d'estomac, des aigreurs, des renvois acides qui se succèdent chez certaines personnes avec une rapidité et une abondance des plus désagréables. Elle peut aussi donner de la diarrhée, mais ce dernier accident est des plus rares : quand elle agit sur les intestins, le sujet a une ou deux garde-robes par jour, un peu plus faciles qu'en temps normal ; souvent même il n'en obtient pas cet effet utile. En somme, pour peu que les malades soient persévérants et dociles, il est de règle que cette substance, quand elle est fraîche, soit bien tolérée.

\* \* \*

*Effets de la levure de bière dans la furonculose et sur les anthrax.* — Les effets sur la furonculose nous ont semblé être réellement remarquables chez certaines personnes. La plupart des sujets qui sont atteints de cette affection voient d'ordinaire leurs accidents disparaître, ou, tout au moins, s'amender fortement, quand ils font usage de la levure.

Quand un anthrax de petit volume est déjà en pleine évolution au moment où l'on prend la levure, voici ce qu'on observe dans la grande majorité des cas : au bout de deux ou trois jours, il devient insensible ; du troisième au quatrième jour, l'œdème périphérique commence à diminuer et il en est de même de la lymphangite quand elle existe ; du quatrième au cinquième jour, l'anthrax s'arrête dans son évolution : il n'augmente plus, il commence même à rétrocéder ; la suppuration diminue et cesse complètement dès le septième ou le huitième jour ; à cette date, l'anthrax se cicatrise, mais il persiste souvent des indurations assez volumineuses qui peuvent ne disparaître qu'avec beaucoup de lenteur, parfois après plusieurs semaines. Chez moi, elles durent à peu près le même laps de temps que les anthrax laissés à leur évolution naturelle.

La guérison est, d'ordinaire, plus rapide s'il s'agit d'un simple furoncle ; elle est parfois, pas toujours, plus lente s'il s'agit d'un anthrax de volume moyen. Je n'ai jamais encore soigné, par ce procédé, d'anthrax très volumineux et à complication menaçantes.

Quand on cesse trop tôt la levure, l'anthrax peut avoir des velléités de récurrence, aussi est-il prudent de continuer le médicament tant qu'il y a le moindre symptôme inflammatoire au niveau de l'induration consécutive, et même tant que l'induration est d'un volume notable, à moins que la levure ne finisse par fatiguer le tube digestif des sujets.

Quand il s'agit d'une furonculose rebelle et à foyers multiples, çà et là disséminés, l'action de la levure se fait également sentir du troisième au dixième jour, suivant les cas. Comme la fort bien remarqué M. Debouzy, il peut encore survenir quelques furoncles pendant que le malade prend la levure, mais ces furoncles, à peine perceptibles, n'évoluent pour ainsi dire jamais.

Il semble donc que la levure de bière ait pour effet :

1° Quand on l'administre alors qu'un furoncle ou qu'un anthrax a déjà paru, d'en empêcher le développement, la suppuration les complications, (œdèmes, lymphangite, abcès) de le réduire à un petit noyau induré ; mais, en réalité, du moins dans beaucoup de

cas, elle ne le supprime pas totalement, cependant, elle peut en abrégé considérablement la durée chez certains sujets.

2° Elle semble prévenir et empêcher, dans une mesure très notable, la production de furoncles nouveaux, et elle arrive ainsi à guérir certaines furonculoses rebelles.

En somme, dans ces affections, elle semble avoir un effet restrictif des plus remarquables sur la suppuration.

J'ai obtenu, en outre, de bons résultats avec la levure dans les hydrosadénites de l'aisselle et même dans certaines autres dermatoses suppuratives, telles que les acnés volumineuses phlegmoneuses, les acnés rebelles, les folliculites staphylococciques, et, par suite, certains sycosis ; mais, il m'a semblé que son action dans ces diverses affections, quoique réelle, était bien moins rapide, moins évidente, beaucoup plus aléatoire que dans la furonculose.

Dans beaucoup de cas de cette dernière affection, la levure donne, nous le répétons avec intention, d'excellents résultats. Si même nous ne nous guidions que d'après les faits que nous avons pu surveiller avec soin, nous serions tenté de dire que la levure de bière fraîche est pour la furonculose un spécifique, au même titre que le mercure pour la syphilis, que la quinine pour l'impaludisme. Nous devons cependant reconnaître que deux de nos malades ont déclaré qu'ils n'en avaient retiré aucun bénéfice, que certains autres ont dit n'avoir pu la tolérer, que d'autres, enfin, n'en subissent les bons effets qu'à la longue. Mais, nous croyons que, dans quelques-uns de ces faits négatifs, il faut incriminer la mauvaise volonté du malade, son défaut de persévérance, sa négligence, son dégoût irraisonné du médicament, assez souvent la mauvaise qualité ou l'insuffisante quantité de la levure. Le médecin devra tenir un compte sérieux de ces divers éléments d'insuccès.

Il n'en est pas moins vrai qu'en présence de ces quelques échecs, qu'ont aussi observés d'éminents confrères, nous devons nous tenir encore sur une prudente réserve et ne pas formuler des conclusions par trop laudatives pour ce singulier médicament.

Quoiqu'il en soit de ces restrictions, la levure de bière fraîche nous paraît être, à l'heure actuelle, le moyen thérapeutique de beaucoup le plus efficace que l'on puisse employer à l'intérieur contre la furonculose et contre les anthrax ; il nous a semblé supérieur à tous ceux qui ont été tant vantés : benzonaphtol, acide borique, goudron camphré, soufre, hyposulfite de soude, sulfureux, colchique, etc... Il agit pour ainsi dire seul, sans le secours de pansements rigoureux et compliqués.

(*La Presse méd.*)

#### Contre-indications momentanées de la vaccination

M. SAINT-IVES-MÉNARD.

Mon collègue et ami M. Carron de la Carrière m'ayant demandé pour quelles raisons j'ajournais quelquefois des enfants présentés pour la vaccination, la réponse que je lui dois m'amène à formuler quelques considérations sur un petit point de pratique médicale courante : les contre-indications momentanées de la vaccination.

On admet, à juste titre, que les enfants nouveau-nés doivent être vaccinés le plus tôt possible. La variole peut, en effet, les atteindre aussitôt après leur naissance et elle leur fait courir des risques dès leur première sortie. Ils ne seront jamais donc préservés trop tôt.

Aussi, pour commencer par un cas extrême, dans les maternités de l'Assistance publique de Paris, les enfants, qui ne restent que huit à dix jours, sont-ils vaccinés avant leur départ. Comme le service ne se fait qu'une fois par semaine dans chaque établissement, on y rencontre des sujets de un à six jours. La vaccine évolue chez eux très normalement, très régulièrement, sans réaction marquée, sans trouble de santé, sans modification de l'accroissement. Plus de douze mille enfants sont ainsi préservés hâtivement, chaque année,

dans les hôpitaux de Paris, avant de se disperser dans la ville ou d'aller en nourrice en province où ils resteraient des mois, des années peut-être, sans être vaccinés.

Toutefois, quelques-uns de ces enfants échappent à la mesure générale pour une contre-indication, une seule ; ce sont ceux qui ne présentent pas un développement suffisant. Il est convenu, d'accord avec MM. les accoucheurs des hôpitaux, qu'on ne vaccine pas les enfants dont le poids est inférieur à 2.500 grammes.

Dans les familles, il n'y a pas lieu de se presser autant ; on attend généralement que les bébés soient convenablement installés dans le monde, qu'ils se trouvent bien du mode d'allaitement adopté, qu'ils soient en bonne voie d'accroissement. On en vaccine beaucoup à six semaines, deux mois, trois mois, suivant les préférences des médecins. L'évolution des dents n'est pas encore commencée, la peau est presque toujours saine. Tout au plus trouve-t-on quelquefois une cause passagère d'ajournement dans un érythème fessier un peu vif, surtout si l'on a pris le parti de faire les inoculations aux jambes.

C'est un peu plus tard que se présente, de temps en temps, une contre indication formelle sur laquelle il est bon d'insister : l'eczéma gourmeux. Qu'il siège à la tête ou sur toute autre partie du corps, qu'il soit plus ou moins généralisé, qu'il ait une surface humide ou sèche, il doit toujours fixer l'attention du médecin.

Pour mon compte, j'ajourne toujours la vaccination d'un enfant porteur d'eczéma humide, quelque soit le siège du mal, ou d'un enfant atteint d'eczéma sec à la face et sur le cuir chevelu ; j'hésite à vacciner celui qui a de l'eczéma sec sur le corps seulement. La raison capitale, c'est que les enfants courraient le risque d'avoir des pustules vaccinales supplémentaires sur les taches eczémateuses. Et le risque n'est certes pas imaginaire, car nous avons observé, mon collègue M. Chambon et moi, comme d'autres ont pu le faire, des éruptions vaccinales d'une extrême abondance ; nous avons souvenir d'un enfant gourmeux présentant sur la tête des centaines de pustules confluentes, avec une tuméfaction inquiétante !

Une autre raison, moins grave celle-là, mais visant précisément les cas les plus bénins, c'est que la vaccine est quelquefois l'occasion d'une poussée eczémateuse soit au voisinage des inoculations, soit en d'autres points du corps.

L'ajournement pour cause d'eczéma est donc bien motivé. Cependant, je me hâte de dire qu'il n'est pas toujours possible et qu'il met parfois les médecins et les familles dans un réel embarras. Tout le temps, en effet, qu'est retardée la vaccination, l'enfant reste exposé à la variole, plus que d'autres peut-être ; et s'il la prenait, il l'aurait, en raison même de l'état de sa peau, avec le maximum de gravité. Quelle lourde responsabilité pour celui qui a conseillé d'attendre !

En temps d'épidémie de variole, nous nous déciderons évidemment à vacciner des enfants gourmeux, mais nous aurons la prudence de signaler le risque d'éruptions supplémentaires et nous prendrons toutes les précautions pour les éviter.

A cet égard, il y a lieu de se demander comment se produisent ces éruptions. Les surfaces avivées par la lésion eczémateuse favoriseraient-elles la production de vaccine généralisée, par infection ? Cela défierait toute précaution ; mais je ne crois pas que les choses se passent ainsi. Il me paraît certain, au contraire, que ces surfaces, dépourvues d'épiderme, éminemment propres à l'inoculation, reçoivent du vaccin qui s'y développe. Ce vaccin peut être celui même qui a servi à la vaccination, qui a été déposé en excès et qui se trouve transporté à l'état liquide ou à l'état sec, soit par contact direct si, par exemple, la tête tombe de côté et touche le bras, soit par contact indirect par intermédiaire des vêtements ou de mains étrangères. Le vaccin coupable d'auto inoculations supplémentaires peut être encore celui qui se développe après la vaccination : il est actif dès le troisième jour et il trouve l'organisme réceptif jusqu'au sixième et septième jour.

Cette explication, outre qu'elle me paraît être la vraie, a l'avantage d'être encourageante. Nous pourrions, en effet, si les circonstances nous décident à vacciner un enfant porteur d'eczéma, prendre tous les soins nécessaires pour éviter les auto-inoculations : nous ferons une seule piqûre sur un point de peau saine, après avoir déposé une très fine gouttelette de vaccin ; un instant après, nous laverons la peau à l'eau boriquée et nous l'essuierons avec du coton hydrophile ; puis nous appliquerons une couche de collodion riciné élastique que nous renouvellerons au besoin les jours suivants. Dans ces conditions, les mauvaises chances sont réduites au minimum.

(La Presse méd)

**L'antiseptisme pulmonaire par la voie rectale chez les phthisiques**

Pour réaliser l'antiseptisme pulmonaire, si importante en l'espèce, chez les phthisiques, M. Bouteron conseille d'avoir recours aux lavements de créosote, pour lesquels il donne la formule suivante :

- Créosote pure de goudron de hêtre V à XX gouttes.
- Jaune d'œuf (facultatif)..... N° 1.
- Huile d'olives (ou d'amandes douces ou de faines)..... 60 à 100 grammes.

ou bien :

- Gaïacol cristallisé fondu à une douce chaleur ..... 0 gr. 20 à 1 gr.
- Huile ..... 50 grammes.

Le lavement, ni froid ni chaud, pour ne pas exciter le péristaltisme intestinal, sera donné le soir, au moment où le malade se couche, aussi longtemps que possible après le dernier repas. Il est inutile d'y ajouter du laudanum, sauf dans les cas d'intolérance extrême, attendu qu'il n'est pas sans inconvénient, à tous les points de vue, d'opiacer ces malades.

Il est encore à conseiller, pour ces lavements, l'usage d'une poire en caoutchouc ayant juste la contenance voulue ; avec les irrigateurs, en effet, une partie du liquide se perd ou reste dans le tuyau ; avec une poire trop grande, on risque d'injecter de l'air qui provoquera des coliques et du gonflement abdominal.

Enfin, une précaution qu'on ne devra pas négliger, consiste à faire toujours précéder le lavement médicamenteux d'une injection d'eau bouillie, destinée à laver les surfaces absorbantes.

Les lavements peuvent être remplacés par des suppositoires qu'on formulera comme suit :

- Créosote pure de goudron de hêtre 30 à 50 centigr.
- Beurre de cacao..... 4 grammes.

Pour un suppositoire. Deux fois par jour.

ou bien :

- Gaïacol pur..... 20 à 50 centigr.
- Beurre de cacao..... 4 grammes,

Pour un suppositoire. Deux fois par jour.

(Ibid)

**Traitement pharmaceutique de la coqueluche**

(L. CASSINE.)

*Période d'état avec élément spasmodique*

A. *Médication externe* qui a surtout pour but de prévenir l'infection bronchique.

1° Antiseptisme buccale, Gargarismes chloratés et boriqués.

2° Antiseptisme nasale, en mettant trois fois par jour, dans les narines, gros comme un pois de la pommade suivante :

- Vaseline..... 30 grammes.
- Acide borique..... 5 —
- Menthol ..... 5 centigr.

Michael, Guerden, Moizard, préconisent des insufflations intranasales de poudres antiseptiques qui nous ont paru désagréables, peu pratiques et inutiles.

3° Les badigeonnages du pharynx à la glycérine cocaïnée 1/20 produisent l'anesthésie de la région inter-aryténoïdienne (Labrie).

4° Les inhalations de chloroforme, d'oxygène ou du mélange de Wilde nous paraissent rationnelles. En voici la formule :

- Essence de térébenthine..... 1 gramme.
- Chloroforme..... 3 —
- Ether sulfurique..... 6 —

5° On peut faire évaporer dans la bouillote d'une veilleuse la solution suivante :

- Thymol..... 1 gramme 50
- Alcoolat de lavande..... 10 —
- Alcool pur..... 10 —
- Eau distillée..... 80 —

6° Fumigations soufrées dans la chambre, pendant l'absence du malade (2 grammes de soufre par mètre cube).

7° Pulvérisations d'eau phéniquée 4/100 autour de l'enfant, ainsi que sur les tentures, les tapis et les objets de literie.

8° Les bains tièdes calment les troubles nerveux chez les enfants excitables. Le Dr Joire enveloppe chaque matin le malade, pendant 1 heure  $\frac{1}{2}$ , dans un drap trempé dans une décoction chaude de fleurs de fenaison (une poignée par litre d'eau bouillie pendant 1 heure).

9° Le moyen qui nous a paru le plus efficace est l'emploi des inhalations d'ozone.

L'Ozone, le plus puissant des comburants, oxygène condensé dont la formule est O<sub>2</sub>, doit être produit au moyen d'effluves électriques.

L'appareil Bonetti, composé d'une machine électrostatique (genre Wimburg) et d'un ozoneur, qui est d'un maniement facile, rend cette méthode pratique et facile à employer dans la clientèle. Les séances d'inhalations ont une durée de 5 à 20 minutes, selon l'âge et la tolérance, et doivent être renouvelées matin et soir. Elles nous ont donné des résultats remarquables.

**B. Médication interne**

Elle est destinée à combattre l'excitation nerveuse (toux convulsive, spasme respiratoire) qui domine la scène et tient le premier rang, puisque l'intensité des quintes peut produire, par la stase veineuse qu'elle détermine, des épistaxis, des ecchymoses de la conjonctive, des hémorragies cérébrales ou méningites.

Les trois médicaments un peu utiles sont le Bromoforme, la Belladone, l'Antipyrine.

**I.—Bromoforme. (Potion de MARFAN)**

- Bromoforme rectifié. 128 gouttes.
- ou..... 3 gramme 50

- Huile d'amandes douces.... } à 30 —
- Gomme arabique..... } à 30 —
- Eau de laurier-cerise..... 10 —
- Sirop de fleurs d'oranger..... 40 —
- Eau distillée, q. s. pour faire..... 300 c. c.

Mélanger d'abord le Bromoforme et l'huile, agiter fortement, puis ajouter le reste.

Cette potion contient 60 cuillerées à café, renfermant chacune deux gouttes de bromoforme.

Les doses suivantes sont initiales :

- |                               | gouttes par jour. |
|-------------------------------|-------------------|
| De la naissance à 6 mois..... | 2 à 3             |
| De 6 mois à 1 an.....         | 3 à 4             |
| Enfant de 2 ans.....          | 8                 |
| — de 3 ans.....               | 12                |
| — de 4 ans.....               | 16                |
| — de 5 ans.....               | 20                |
| — de 6 à 10.....              | 20 à 30           |
| Adultes.....                  | 40 à 60           |

Sous peine de ne pas réussir, il faut augmenter la dose quotidienne de 2 à 4 gouttes jusqu'à ce qu'on arrive à la diminution des quintes, dont le nombre est souvent augmenté dans les premiers jours. Le premier symptôme d'intolérance est la somnolence.

#### II.—Belladone (Mixture de Jules Simon)

Teinture de belladone..... }  
Alcoolature de racines d'aconit.... } à 3 grammes.  
Elixir parégorique..... }

10 à 30 gouttes par jour, selon l'usage. Espacer les doses, les graduer selon la tolérance.

On peut aussi prescrire le sirop de belladone, à la dose initiale suivante :

6 mois à 1 an.....	1 gramme.
1 an à 2 ans.....	2 —
2 ans à 3 ans.....	4 —
5 ans à 10 ans.....	6 —

Ces doses doivent être augmentées peu à peu et fractionnées. L'intolérance se manifeste par les symptômes suivants : sécheresse de la gorge, rougeurs des pommettes, dilatation pupillaire.

#### III.—Antipyrine

Elle diminue la fréquence et la violence des quintes, mais a l'inconvénient de diminuer la sécrétion urinaire, principale source de l'élimination des toxines. Quand il y a menace de broncho-pneumonie, elle a de plus une action dépressive qui n'est pas sans danger.

Voici les doses :

6 mois à 1 an.....	0 gr. 10 à 0 gr. 50 c
1 an à 2 ans.....	0 gr. 20 à 1 gr.
2 ans à 5 ans.....	0 gr. 50 à 2 gr.
6 ans à 10 ans.....	1 gr. à 3 gr.

IV.—Autres médicaments qui ont pu être utiles : Chloral, Chloroforme, Bromures.

#### Traitement du panaris osseux

La *Revue internationale de thérapeutique* indique d'après un journal allemand le procédé suivant qui peut être utilisé dans certaines occasions.

Une fois qu'après institution du traitement classique, le panaris a été incisé, et que la sonde pénètre dans une excavation osseuse, consécutive à la névrose d'une portion de phalange, M. Schuster introduit une bandelette de gaze imbibée de la solution suivante :

Rec. Teinture d'iode.....	5 parties.
Teinture de ratanhia.....	5 parties.
Iode métallique.....	0,1 partie.
Iodure de potassium.....	2 parties.
Glycérine.....	30 parties.

M. —

Il applique ensuite un pansement humide.

Le lendemain la suppuration a cessé presque complètement : le troisième jour on ne fait plus sourdre de pus, en comprimant le doigt malade. On évite ainsi la perte d'une phalange, et la mobilité des jointures du doigt est conservée.

(*Journal de méd. et de chr. prat.*)

#### Des méthodes modernes de traitement de la phtisie pulmonaire

Voici les trois points importants :

1° Suralimentation ; 2° Inhalations antiseptiques continues ; 3° Injections antiseptiques.

1° *Suralimentation*.—Parmi les symptômes les plus à redouter dans le cours de la phtisie, nous citerons l'anorexie. Les phtisiques ont, en effet, souvent une répugnance invincible pour toute espèce de nourriture ; or il est de la plus haute importance de soutenir leurs forces si l'on veut lutter contre la maladie avec quelques chances de succès. On commence par administrer les amers et

lorsque l'on a épuisé la série de ces médicaments, l'anorexie subsiste aussi tenace qu'auparavant. Elle peut se présenter sous trois formes :

a.—Le malade a de l'inappétence, mais digère bien ce qu'il prend.

b.—Le malade n'a pas d'appétit, mais néanmoins il se force à manger et au bout de quelques minutes ou de quelques heures, il vomit ce qu'il a pris.

c.—L'anorexie est modérée, mais les facultés digestives sont très diminuées ; le malade mange sans appétit et peu après l'ingestion des aliments il éprouve une sensation de pesanteur à l'estomac, de la douleur à l'épigastre, des éructations acides, une flatulence extrême, tous symptômes qui le gênent beaucoup et ne tardent pas à le dégoûter de toute espèce d'aliment.

Toutes ces formes de l'anorexie sont justiciables du même traitement. Il faut tous les jours faire le lavage de l'estomac jusqu'à ce que l'appétit reparaisse, que l'estomac soit devenu assez tolérant pour conserver les aliments et que sa muqueuse ait recouvré ses propriétés digestives.

Dans certains cas, malgré des lavages stomacaux répétés, le malade ne peut garder le moindre aliment, il semble alors que le seul acte de la déglutition provoque des nausées et des vomissements, car si l'on introduit des aliments dans l'estomac avec un tube en caoutchouc, ceux-ci sont très bien tolérés et digérés.

La pratique de la suralimentation consiste à introduire dans l'estomac une quantité d'aliments bien plus considérable que celle que le malade pourrait ingérer. Ceux-ci sont représentés par du lait ; du lait et des œufs, du lait, des œufs et des peptones, et le gavage peut être répété deux ou trois fois par jour.

2° *Inhalations antiseptiques continues*.—Elles se pratiquent à

l'aide d'un inhalateur, petit instrument très simple formé d'une espèce de cornet pyramidal perforé d'un certain nombre de petits trous, façonné de manière à recouvrir le nez et la bouche. Au sommet de la pyramide est fixée une éponge qu'on imbibe du liquide qu'on veut faire inhaler. En général, on se sert d'une solution à parties égales d'alcool et de créosote, on y ajoute quelquefois un peu de chloroforme pour calmer la toux. On arrive ainsi à modifier d'une façon très sensible la quantité et la qualité des crachats. Au début, les inhalations ne doivent pas durer trop longtemps, pas plus de dix à quinze minutes toutes les deux ou trois heures ; ensuite, on peut les faire durer une demi-heure ou même une heure quand leur durée est augmentée graduellement, on en retire de sérieux bénéfices. Il ne faut pas verser plus de dix à vingt gouttes de liquide chaque fois, sinon on détermine de l'irritation. Lorsque ces inhalations sont pratiquées judicieusement, elles soulagent très notablement les phtisiques et au début de la maladie, elles peuvent en arrêter les progrès.

3. *Injections antiseptiques*.—Indépendamment de la tuberculine de Koch que nous ne saurions encore préconiser et qui est restée limitée à la thérapeutique vétérinaire, on emploie avec succès aujourd'hui les antiseptiques par la voie sous cutanée, tels que le gaiacol, la créosote et surtout l'eucalyptol préconisé par Roussel.

Voici la formule de la créosote.

Créosote de hêtre.....	4 grammes.
Huile d'amandes douces.....	4 —
Vaseline liquide.....	3 —

2 injections par jour :

Maurange prescrit la spartéine et l'eucalyptol dans la formule suivante :

Sulfate de spartéine.....	20 à 40 centigr.
Eucalyptol.....	25 grammes.
Huile stérilisée.....	Q. s. pour 100 cent. c.

Il injecte de 10 à 20 centimètres cubes. C'est le mode de traitement indiqué par Roussel.

Picot, de Bordeaux, substitue à la créosote le gaiacol et il adjoind l'iodoforme.



Gaiacol.....	5 grammes.
Iodoforme.....	1 —
Huile stérilisée.....	} àâ Q. s. pour
Vaseline liquide.....	

2 injections par jour.

Ces différentes méthodes de traitement n'empêchent pas de faire suivre des règles hygiéniques très sévères, c'est-à-dire de faire respirer un air sec, pur, de température constante, d'administrer l'huile de foie de morue en aussi grande quantité que les facultés digestives peuvent la digérer et l'assimiler, de supprimer les fatigues physiques et morales, de placer le malade dans une chambre vaste, exposée à la lumière et au soleil et bien ventilée. Le séjour dans les sanatoria spéciaux est très indiqué.

(Journal de médecine de Paris.)

#### De l'exploration externe en obstétrique

M. le Professeur A. PINARD.

Sous le nom d'"exploration externe", M. Pinard entend le mode d'exploration pratiqué avec la main seule et appelé communément *palper obstétrical* ou *abdominal*.

Puzos qui recommande l'exploration combinée (interne et externe), Rœderer qui enseigne l'exploration externe seule, doivent être considérés comme les précurseurs de *Wigand*, à qui revient le mérite d'avoir montré, au commencement de ce siècle, la valeur du palper abdominal appliqué à la recherche du contenu de l'utérus. Grâce à *Wigand*, à *Schmitt*, à *Stoltz*, à *Hubert de Louvain*, à *Tarnier*, le palper pratiqué par tous les accoucheurs est devenu un des "trépieds" du diagnostic obstétrical.

Le palper doit être étudié.

I. *Pendant la grossesse.*—A. Dans la grossesse physiologique, le palper sert à reconnaître l'existence et l'âge de la grossesse. C'est en "touchant la matrice par les deux bouts" (Puzos) que l'on peut constater l'augmentation du volume de l'utérus, que l'on peut en mesurer la hauteur.

D'après les recherches de M. Pinard, il résulte qu'au deuxième mois, le fond de l'utérus dépasse le bord supérieur de la symphyse pubienne d'environ 3 centimètres; au troisième mois, l'utérus est à 9 centimètres au-dessus du même point de repère; au quatrième mois, il est à 15 centimètres environ; à cinq mois, il dépasse toujours l'ombilic; à terme la hauteur utérine est d'environ 34 centimètres.

De plus, le palper renseigne sur l'inclinaison et sur la consistance de l'utérus. Cette consistance peut être tantôt une *résistance molle* (période de relâchement), tantôt une *dureté ligneuse* (contraction). Enfin, vers le quatrième mois, le ballonnement abdominal et le choc fœtal sont aisément perçus par la main qui palpe l'abdomen.

Le diagnostic des présentations et des positions du fœtus, pendant les deux derniers mois de la grossesse, est toujours possible, "si le mot toujours est permis en langage clinique".

Le diagnostic de l'insertion du placenta est bien moins certain.

Quand le fœtus mort est retenu dans la cavité utérine, les signes donnés par le palper varient suivant que l'on examine la femme pendant la première ou la deuxième moitié de la grossesse. Dans la première moitié, on peut rencontrer l'utérus sous la forme d'un globe de consistance ligneuse; tantôt l'utérus est mou, difficile à délimiter, tantôt enfin il est reconnu facilement sous l'aspect d'une tumeur plus ou moins molle, mais dont le volume n'est pas en rapport avec l'âge supposé de la grossesse.

Si le fœtus est mort pendant la seconde moitié de la grossesse on peut percevoir le volume et la forme de l'utérus; la contraction est d'une grande utilité pour obtenir ce résultat.

On peut ainsi, à cause du ramollissement consécutif à la mort, constater les modifications du contenu de l'œuf (masse inerte, in-forme, crépitation osseuse, etc.).

B. Aucun procédé d'exploration, appliqué au diagnostic des grossesses multiples n'a la même valeur que le palper. Non seulement, il permet de constater les multiples pôles fœtus, et par conséquent d'affirmer l'existence de deux fœtus, mais encore il donne des renseignements précis sur l'attitude de ces fœtus.

C. Dans les grossesses pathologiques, il est non moins utile.

C'est ainsi que l'*hydrocéphalie* sera aisément décelée pendant la grossesse et pendant le travail, quelle que soit la présentation. En présence de la fréquence des ruptures utérines, dans les cas d'*hydrocéphalie*, "on comprend l'importance et la nécessité d'un diagnostic précoce".

Dans les grossesses qui s'accompagnent d'*hydropisie de l'amnios* ou de *môle hydatiforme*, ce sera surtout à l'aide du palper que l'on pourra établir le diagnostic d'une façon certaine.

D. Quand la grossesse est compliquée d'un rétrécissement du bassin, l'exploration externe, qui prend alors le nom particulier de *palper mesureur* fournit, "des éléments d'appréciation sérieux sur les rapports de proportion existant entre le volume de la tête fœtale et l'aire du détroit supérieur".

E. Au cours d'une grossesse extra-utérine, même au début le palper combiné au toucher conduit facilement à faire un diagnostic probable. Plus tard, pendant la deuxième période, grâce au palper, on reconnaît deux tumeurs, l'une fixe, l'autre mobile et se contractant assez souvent. Après la mort du fœtus, on peut encore sentir quelquefois les parties fœtales, ou bien la crépitation des os du crâne, ou bien un thrill extrêmement accusé, d'autrefois enfin, une hydropisie amniotique, se traduisant par une augmentation manifeste du volume de kyste.

II. — *Pendant le travail de l'accouchement*, le palper est plus difficile à pratiquer et donne moins de notions importantes que pendant la grossesse. C'est ainsi qu'il ne peut renseigner ni sur la marche du travail, ni sur l'existence d'une procidence de cordon, d'une tumeur du bassin, ni sur l'opportunité de la rupture des membranes. Même dans l'intérêt bien entendu de la mère et sous prétexte d'éviter une infection inoculée par l'exploration interne, le toucher "est absolument nécessaire chez une femme en travail et son abandon peut être une source de dangers pour l'enfant et pour la mère".

III. — *Pendant la délivrance et les suites de couches*, on peut suivre par le palper les variations de forme, de volume, de situation de l'utérus; on est renseigné sur l'état de la vessie et sur l'évolution utérine; il faut, par conséquent, appliquer journellement l'exploration externe dans les jours qui suivent l'accouchement.

(Abeille méd.)

#### L'airoi.

On sait que l'airoi est du dermatol iodé, c'est-à-dire de l'iode incorporé par substitution au sous gallate de bismuth ou dermatol, et qu'il se présente sous la forme d'une poudre verdâtre, très ténue, peu dense, insipide, mais dégageant une odeur très analogue à celle du goudron. Il est insoluble dans les dissolvants ordinaire (eau, alcool, éther), mais il se dissout très bien dans la lessive de soude et dans les acides minéraux étendus; il donne, avec parties égales d'eau et de glycérine, des émulsions stables. On peut aussi le mélanger intimement à la vaseline, à l'axonge et au beurre de cacao.

L'airoi peut donc s'employer de différentes manières: en poudre, que l'on étale à l'aide d'un pinceau ou d'un tampon; en pommade (lanoline, axonge, vaseline); sous forme de gaze imprégnée d'airoi; en émulsion, avec de la glycérine et de l'eau.

Les usages thérapeutiques de l'airoi sont fort nombreux; on peut dire qu'il rend des services à peu près dans tous les cas où il s'agit de combattre directement un processus infectieux. C'est ainsi que M. Bonchristiani (de Rome) l'a employé avec un plein succès chez un grand nombre de malades atteints de lésions les plus diver

mes, mais relevant toutes d'une infection bien déterminée : plaies atones, abcès chaud, clapiers d'ostéite tuberculeuse, conjonctivite purulente, rhinite purulente, otite suppurée de l'enfance, etc. ; il se sert habituellement de la formule suivante :

Airol..... 5 grammes.  
Vaseline..... 20 —

M. Tausig (de Vienne) a rapporté aussi de nombreux succès à l'actif de l'airol. Ainsi, pour les plaies contuses et les brûlures, cet auteur procède de la manière suivante : après nettoyage minutieux de la solution de continuité ou de la surface ulcérée, il fait des applications de poudre d'airol avec un pinceau ou avec le petit soufflet, et termine le pansement en recouvrant le tout d'une feuille aseptique de coton hydrophile ; la guérison survient, suivant la gravité des cas, dans un laps de temps variant entre 5 et 20 jours ; le plus souvent, il a suffi d'une semaine pour obtenir la cicatrisation complète.

M. Tausig a obtenu d'aussi bons résultats en traitant par l'airol plusieurs malades porteurs de bubons suppurés, d'abcès chauds, etc. ; il va sans dire que, dans ces cas, l'application du topique était précédée de l'incision du foyer et de l'évacuation du contenu.

Dans un certain nombre de blennorrhagies aiguës et chroniques, les malades ont été rapidement débarrassés de leurs souffrances au moyen de l'émulsion suivante en injections dans l'urètre, suivant le procédé habituel et décrit partout :

Airol..... 15 grammes.  
Glycérine..... } 50 —  
Eau stérilisée..... }

Enfin, M. Tausig a encore eu l'occasion de traiter par l'airol, et avec succès, des enfants affligés d'otites suppurées, de conjonctivites phlycténulaires.

(*Presse méd.*)

#### Technique des lavages de la vessie

M. le Dr Dosnos indique, dans le *Journal des Praticiens*, la technique qu'il considère comme la meilleure pour les lavages vésicaux.

Tout d'abord il pose en principe que les lavages vésicaux sont inutiles, dans tous les cas où l'urine sort de la vessie aussi limpide, dans ses dernières gouttes, qu'au début de la miction. Ils sont dangereux dans le cas d'hématurie vésicale, de tumeur ou de tuberculose, de contraction vésicale dépendant d'une cystite.

La seringue a, sur les autres appareils à irrigation, le grand avantage de transmettre à la main la moindre sensation de résistance ; c'est donc à la fois un appareil de traitement et d'exploration.

*Manuel opératoire.* — Introduire une sonde en gomme dans la vessie dont le contenu est évacué ; puis placer l'embout de la seringue dans son pavillon et pratiquer l'injection par petits coups ; 50 à 80 grammes seront injectés à la fois, sans effort, mais suffisamment pour produire un jet assez violent. Retirer la seringue et laisser évacuer le liquide sans appuyer sur l'hypogastre. Renouveler l'injection avant que la vessie soit complètement vidée et ainsi de suite.

On s'arrêtera quand le liquide ressortira limpide ; 2 à 3 seringues sont au moins nécessaires pour cela.

On refera les lavages tous les jours ou tous les deux jours, suivant le degré de la cystite, l'abondance du pus, etc.

#### De la rupture traumatique de l'urètre pelvien

M. J. BOECKEL, de Strasbourg, a publié une intéressante observation de rupture de l'urètre survenue dans une chute sous un cheval. Le malade a guéri à la suite d'une intervention ayant permis le cathétérisme rétrograde ; M. Boeckel fait suivre cette observation des considérations suivantes :

Les ruptures isolées de l'urètre pelvien sans lésions concomitantes des os du bassin, sont excessivement rares.

Le diagnostic précoce est difficile à établir ; la miction et le cathétérisme étant possibles les premiers jours,

L'hémorragie qui accompagne d'habitude cette lésion peut en imposer pour une rupture extra-péritonéale de la vessie, étant donné que la rupture intra-péritonéale a été exclue.

Le diagnostic incertain commande l'expectation.

L'intervention s'impose dès l'apparition des accidents ; ceux-ci sont fatals et débutent par la formation d'un phlegmon pré ou péri-vésical.

Le débridement du foyer avec les contre-ouvertures nécessaires permet alors de préciser le diagnostic.

Le placement d'une sonde à demeure devra être pratiqué séance tenante. S'il échoue, il sera prudent d'attendre la cicatrisation approximative des plaies.

On rétablira ultérieurement le canal forcément rétréci, par l'urétrotomie externe.

Au cas où l'on n'arriverait pas à trouver le bout postérieur, il ne faudrait pas hésiter à faire la taille sus-pubienne avec cathétérisme rétrograde.

La sonde à demeure ne devra être retirée qu'après la cicatrisation des parties profondes et changée suivant les besoins.

L'emploi de sondes Béniqué ou de sondes dilatatrices en gomme devra être continué indéfiniment.

(*Gazette médicale de Strasbourg*)

#### Sur le rôle du fer dans les phénomènes de la vie et de la mort des cellules

Par N. SAKHAROFF.

La vacuolisation artificielle ou la formation des cristaux (ou des corpuscules noirs) peut servir comme indice de la présence de fer dans les éléments suivants : 1° dans les nucléoles des hémato-blastes et des érythrocytes ; 2° dans les granulations éosinophiles, pseudo-éosinophiles et neutrophiles ; 3° dans les nucléoles et granulations des autres cellules ; 4° dans les corpuscules métachromatiques des bactéries.

Le protoplasma des cellules du sang et des autres cellules est le produit des nucléoles avec lesquelles il reçoit le fer nécessaire pour les divers processus physiologiques. La décomposition de la protéine se produit par l'oxydation du fer inclus dans la protéine. Le mouvement doit être considéré comme l'attraction par l'oxygène des éléments contenant du fer. La division des cellules est la conséquence de l'attraction par l'oxygène des éléments contenant le fer (protoplasma, centrazones) dans deux directions opposées. La fécondation consiste probablement dans l'introduction dans l'ovule du fer nécessaire pour le mouvement des chromozones avec le spermatozoïde. La nécrobiose des noyaux des hémato-blastes est la conséquence de leur transformation en substance paranucléique (dégénération paranucléique). La nécrobiose des autres cellules présente le même processus.

(*Arch. russes de pathol. et Lyon méd.*)

#### FORMULAIRE

##### Prophylaxie de l'heredo-syphilis

Pendant toute la durée de la grossesse, M. le Prof. Pinard fait prendre à la mère au déjeuner et au dîner une cuillerée à soupe de l'une ou l'autre des deux potions suivantes :

A. Sirop simple..... 300 grammes.  
Biiodure d'hydrargyre..... 0,10 —  
Iodure de potassium..... 10 —  
B. Biiodure d'hydrargyre..... 0 gr. 10  
Iodure de potassium..... 10 grammes.  
Eau de menthe..... 20 —  
Eau distillée..... 250 —

D'après M. Pinard, ces formules sont plus actives que le sirop de Gibert et beaucoup mieux tolérées. Par ce traitement la femme enceinte absorbe donc 5 milligrammes de sel mercuriel et 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour.

(*Lyon méd.*)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Un petit coin de l'histoire du traitement du Placenta Praevia

Par M. le Dr P. V. FAUCHER, de Québec.

En ce temps-ci où presque tous les journaux de médecine, les sociétés médicales sont remplies de thèses, de notes et de discussions sur le meilleur mode de traitement du placenta praevia, il n'est pas sans intérêt de rechercher ce qu'on a pensé et fait à ce sujet antérieurement. Nous trouvons dans ces mêmes organes des choses intéressantes sur cette importante question.

Permettez-nous d'attirer votre attention sur une note qu'on a publiée et reproduite un peu partout et dont on donne un excellent résumé dans le *Cincinnati Lancet Clinic*.

Nous voulons parler de la vie et des œuvres de Catarina Gertruyt Schraders, veuve d'Ernest Wilhelm Cramer, de Dokum, sage-femme du commencement du dix-huitième siècle, qui a laissé un journal de sa vie, bien fait et plein d'enseignements précieux. On semble lui accorder l'honneur insigne d'avoir découvert et mis en pratique le traitement quelque peu actuel, des hémorragies sévères durant la grossesse, surtout avec placenta praevia.

Nous citons : "Dans sa première expérience cette sage-femme Danoise avait cru de son devoir d'attendre les tranchées avant d'examiner et d'agir, mais dans le second cas qu'elle rencontra avec hémorragie profuse, elle se décida non seulement à explorer, mais à faire une délivrance immédiate. Elle ne s'occupa nullement des douleurs et de la dilatation incomplète du col. Elle prit pour maxime : *"agissez quand l'hémorragie menace d'être fatale."*

On lit dans son journal à la date du 1er déc. 1724 : "Genit Cree-mers de Feruaart vint me consulter pour sa femme qui, disait-il, avait perdu continuellement depuis quinze jours, au point d'amenner un colapso presque fatal."

Sans hésiter Catarina déclara que la sage-femme qui assistait la malade devait chercher à la délivrer au plus tôt.

L'autre sage-femme se récria disant que la veuve avait visiblement perdu la tête pour ordonner de délivrer une malade qui n'avait pas de douleurs. Mais Catarina voyant le refus de prendre l'avis qu'elle donna, accepta toute la responsabilité du cas. Elle trouva un placenta adhérent qu'elle détacha le plus vite possible et elle sauva ainsi la mère, l'enfant était déjà mort. Dans l'opinion de Catarina cette femme serait morte d'hémorragie si l'opération eut été retardée.

Mais cet honneur de la découverte du traitement par intervention des hémorragies sérieuses durant la grossesse que l'on revendique pour la veuve de Dokum, les Français n'auraient peut-être pas tort de la réclamer pour LOUISE BOURGEOIS dite BOURSIER, accoucheuse de MARIE de MÉDICIS, qui a assisté la femme d'Henri IV à la naissance de Louis XIII et des "Enfants de France". Cette femme célèbre qui se plaît à rappeler la haute science et les grandes qualités d'AMBROISE PARÉ qu'elle avait connu et admiré, nous a laissé un travail intéressant en quatre parties, la première intitulée "Observations diverses", la deuxième "Récit véritable de la naissance de Messieurs et Dames les Enfants de France", la troisième "Observations", et la dernière "Recueil de Secrets".

Nous trouvons dans la première partie un chapitre se rapportant à cette question, qui se passe de commentaires et qui a pour titre :

"QU'IL Y A UN ACCIDENT OU IL FAUT PROMPTEMENT ACCOUCHER UNE FEMME A QUELQUE TERME QUE CE SOIT, POUR CONSERVER SA VIE.

" C'est quand une femme a une perte de sang desmesurée, sur sa grossesse, dont elle tombe en faiblesse, le plustost que l'on peut il la faut boucher, luy donner ce que l'on peut pour luy faire reprendre ses esprits, pour supporter l'accouchement, où il ne faut procéder d'aucun remède par la bouche, ny clystères d'autant qu'ils exciteroient la perte davantage. mais il faut venir à l'extraction de l'enfant avec la main, la faiblesse relasche les ligaments du col de la matrice, tellement qu'elles s'ouvrent autant que si la femme avait grand nombre de douleurs : mais les eaux ne se trouvant formées, il faut rompre les membranes qui environnent l'enfant, ainsi que l'on ferait une porte pour sauver une maison du feu et tirer l'enfant par les pieds, c'est le moyen de sauver la mère et de donner le Baptême à l'enfant. Je l'ay fait pratiquer par consentement et en la présence de feu Monsieur le Fèvre, Médecin, et de Monsieur le Moine, et Monsieur de l'Isle aussi Médecin, fort doctés, d'autant que j'avais veu que ces pertes là sont causées tout à coup de la mort de la mère et de l'enfant, ce'a fut fait en la femme d'un Conseiller de la Cour du Parlement laquelle était grosse de six mois, son enfant vescu neuf jours, elle a porté d'autres enfants depuis, les médecins reconnurent que si l'on eust différé une heure davantage, la mère et l'enfant estoient morts. Monsieur le Fèvre récita cette pratique là aux Ecoles de Médecine, et dit qu'en tel cas, il conseilloit aux assistants d'y procéder de mesure, veu qu'il avait veu mourir d'honnêtes femmes faute de l'avoir faite. Environ un an après je fus appelée pour voir la femme d'un frippier de la Place Maubert, laquelle n'avait pas eu une perte. Si à coup, elle fut quatre ou cinq jours : comme elle veid qu'elle n'en pouvait plus, elle m'envoya prier de l'aller voir, je la trouvay en une saeur froide, le pouls d'une personne qui se mourait, j'envoyay quérir un chirurgien pour esviter le blâme, et pour oster le regret de la laisser mourir sans l'accoucher en diligence, lequel l'accoucha fort doucement, elle mourut un quart d'heure après, estant ouverte il ne fut pas trouvé en son corps une goutte de sang ; si elle eut esté secourue en temps, l'on l'eust sauvée. Sa sage femme lui disoit qu'il falloit laisser faire nature, et qu'elle en avait eu autrefois de mesmes ; je n'entends pas que si tost qu'une femme a une perte de sang, que l'on y procède de cette façon-là, mais il faut veiller sur elle comme le chat fait la souris, et faire la guerre au doigt et à l'œil. Il se trouve bien des femmes qui ont leurs mois sur leur grossesse, pourveu que cela ne dure guères et que ce ne soit qu'en petite quantité, il ne faut pas venir à ce remède, mais ceux ou celles qui sont appelées en doivent prendre le soin, et en sortir avec honneur. D'autant que les malades ne cognoissant la conséquence de leur mal le négligent. J'ay veu peu de femmes qui ayant eu perte de sang sur leur grossesse, ne soient accouchées avant terme, et plus souvent enfants morts que des vivants. Pour les mères, de pertes semblables à celles dont je viens de parler, en mourut feuë Mademoiselle d'Aubray, femme de Monsieur d'Aubray, qui a été Prévost des Marchands, aussi en est morte Madame la Duchesse de Montbazon et tant d'autres : moy cognoissant que le flux de sang n'est entretenu que par la grossesse, l'ayant veu cesser si tost que la femme est accouchée, j'ay mis cette pratique en avant, laquelle j'ay cognuë trop tard à mon gré, pour la conservation de celles que j'ay nommées, encore qu'elles n'ayant été servies de moy ; mais si la pratique en eust été plustost en usage, elles fussent encore vivantes, au contentement de leurs familles.....

Chez ces femmes-là, (ayant hémorragie considérable), "si le flux persévère, il y faut prendre garde et les accoucher, si l'on void les signes que j'ay dit : faiblesse ou ouverture de matrice sans douleur, avec la perte de sang pur, qui se doit toujours juger à la teinture des linges".....

Cette longue citation est suffisante, nous le croyons, pour prouver que la veuve de Dokum qui a écrit un siècle après Louise Bourgeois n'a fait que réveiller peut-être une méthode déjà vieille de cent ans en France.

Nous nous permettons ces courtes notes afin d'engager les membres de la Société médicale de Québec à soulever une discussion sur ce sujet très important qui viendrait bien à propos, il nous semble, à la suite des récents travaux qui y ont été faits sur le traitement de l'avortement incomplet. L'intérêt qu'y ont porté les membres dans cette dernière discussion est un sûr garant de succès d'une autre de cette nature.

P. S.—Pour donner une idée des "Observations de Louise Bourgeois, permettez-nous de citer la suivante prise au hasard :

"D'UNE PETITE FILLE QUI N'AVAIT POINT DE SIÈGE

"Il y a quelque temps qu'un homme du faux-bourgs Saint-Germain me fit apporter une petite fille, de laquelle sa femme était accouchée il n'y avait que quatre jours, pour me la montrer, pour voir s'il n'y avait point remède à un défaut de nature qui était en elle, qui était de n'avoir point de siège. Je vis une puissante enfant laquelle avait toutes ses fonctions naturelles, car elle tétait fort bien, pissait et faisait sa matière fécale encore qu'elle n'eust point de cul. Nature voyant avoir failly en la formation de cet enfant, répara au mieux qu'elle peut le deffaut, tellement que l'intestin rectum n'ayant issuë particulière à luy, nature lui donna passage par la porte de son voisin, qui fut par le conduit. Je ne puis mieux comparer cela, que l'intestin à un tuyau de plomb, qui droit le long d'une muraille acconduit l'eau des gouttières dans une cour, au bas duquel il est courbé, je certifie l'avoir vené et visitée, l'ai veu têter, pisser et faire ses affaires, ainsi comme j'ay dit : cette affaire appartenait à la Chirurgie pour en adviser, mais il ne me semblait point, sauf meilleur avis que le mien, qu'il fallut rien faire à cela, puis que rien ne s'arrestait dans son corps, l'avis des Chirurgiens s'est trouvé semblable au mien : je scay que feu Monsieur Paré en a souvent veu sans cul, mais la matière s'arrestait (n'ayant autre issuë) qui les faisait nourir, à d'aucuns l'on l'ouvrait, qui ne laissent pas de mourir à cause de la playe que l'on leur faisait. Si toutes celles qui se plaisent à débaucher les hommes mariez estoient ainsi faites, les hommes se distrairaient promptement de tel amour pour aymer parfaitement leurs femmes."

## REVUE DES JOURNAUX

### L'ergot de seigle dans le paludisme chronique

Le Dr Jacobi, professeur de clinique à l'Université de Colombia, a publié dans les *Annales de médecine et de chirurgie infantile*, un mémoire sur l'emploi de l'ergot de seigle dans le paludisme chronique.

Voici les conclusions qui résument ce travail :

1. Il existe des cas de fièvre intermittente chronique avec forte tuméfaction de la rate, et dans lesquels la quinine, l'arsenic, le bleu de méthylène, l'eucalyptus et la pipérine ont été employés en vain, qui sont améliorés par l'ergot de seigle.
2. Lorsque l'hypertrophie splénique est de date récente, et non permanente, les effets atrophians de l'ergot de seigle se manifestent dans un temps relativement court.
3. Les attaques fébriles disparaissent avant que la diminution du volume de la rate soit manifeste.
4. Quoique la température puisse rester irrégulière et parfois élevée, après l'emploi de l'ergot de seigle, les élévations thermiques ne s'accompagnent pas de frissons.
5. Les plasmodies ne semblent pas disparaître aussi vite du sang qu'avec l'emploi de la quinine, lorsque celle-ci agit. Mais,

même lorsqu'elles se rencontrent encore dans le sang, le malade éprouve un mieux sensible.

6. Les douleurs localisées qui compliquent la malaria nécessitent un traitement additionnel au moyen de la glace, des douches froides ou de la chaleur ; les hyperplasies chroniques sont justiciables de l'iodure de potassium ou de l'iodure de fer. Les troubles digestifs peuvent réclamer, avant l'emploi de l'ergot de seigle, un vomitif, un purgatif, ou des substances stomachiques ; la même indication se présente d'ailleurs avant l'emploi de la quinine.

7. Une expérience de plus de quarante ans sur l'usage de l'ergot de seigle permet d'affirmer qu'il existe des cas de paludisme chronique, qui semblent invétérés, et qui cependant guérissent par l'ergot de seigle.

8. Il existe parfois des cas où la température reste élevée après que l'ergot a fait disparaître les frissons ; alors il convient d'associer la quinine à l'ergot, avec ou sans arsenic.

9. Des cas récents de paludisme ont été améliorés à la suite de l'emploi de fortes doses d'ergot, mais plusieurs se sont montrés longtemps réfractaires ; en conséquence, dans les cas aigus, il est préférable d'employer la quinine.

(Abeille méd.)

### Lesigne de Huchard. —

Le nouveau signe de l'hypertension artérielle, la *stabilité du pouls*, sur lequel M. Huchard appelle l'attention du public médical, consiste dans le phénomène suivant : "A l'état normal le chiffre des pulsations diminue de 6 à 8 lorsqu'on passe de la position verticale à la position couchée. Graves, qui autrefois avait fait cette remarque, n'en avait déduit aucune conséquence pratique. Or, des observations nombreuses m'ont appris que chez tous les hypertendus cet écart des pulsations dans les deux positions tend à disparaître et même à être renversé. Si cet écart augmente, c'est un signe d'hypertension artérielle."

Exemple : A) Chez un garçon de salle, jeune et bien portant, on a compté : position horizontale, 68 pulsations par minute ; position verticale, 84 pulsations.

B) Chez un artério-scléreux avéré, atteint néphrite artérielle avec albuminurie : position horizontale, 76 pulsations ; position verticale, 72.

Ce signe de Huchard, qui permet de se passer du sphygmomanomètre pour mesurer la tension artérielle, a une valeur réelle et peut être appelé à rendre des services considérables à la clinique.

(La Presse méd belge.)

### Traitement des névroses de l'estomac

Par le docteur Johann HIRSCHKRON (de Vienne, Autriche)

On sait que les névroses de l'estomac comprennent une bonne part des maladies de cet organe. Au XVII<sup>e</sup> siècle on décrivait une dyspepsie essentielle, qui n'était autre que la dyspepsie nerveuse de nos jours et que les médecins de l'époque opposaient à la dyspepsie matérielle ou symptomatique.

Mon maître, le professeur Rosenthal, avait conservé la classification d'Oser : névroses de la sensibilité, névroses de la motilité et névroses des sécrétions.

Les névroses de la motilité se divisaient en hyperkinésies et hypokinésies.

Parmi les hyperkinésies on peut ranger les mouvements incessants péristaltiques et antipéristaltiques de l'estomac, les vomissements nerveux et les crampes gastriques ; parmi les hypokinésies, l'atonie de l'estomac, l'insuffisance fonctionnelle du cardia et du pyllore.

J'ai traité, pendant ces dix dernières années, une dame hystérique chez laquelle on peut voir nettement les mouvements de l'estomac, parfois même les sentir. Ces mouvements péristaltiques de l'estomac ne la dérangent guère. Depuis quelques années les intestins se sont mis de la partie et produisent des bruits qu'on peut en-

tendre à distance. Les mouvements et les bruits s'exagèrent à l'occasion d'une émotion quelconque.

Tant que les mouvements demeurent péristaltiques, les patients n'ont pas lieu de s'inquiéter pour leur santé. Il n'en est plus de même quand les mouvements sont antipéristaltiques, car surviennent alors des vomissements qui amènent un amaigrissement rapide.

On a écrit peu de chose sur les mouvements antipéristaltiques de l'estomac, dont je n'ai rencontré qu'un seul cas, et encore la malade quitta Vienne aussitôt qu'elle nous eut consultés, le professeur Rosenthal et moi.

Oser attribue les éructations nerveuses, que présentent les sujets hystériques ou nerveux, à une sorte de déglutition ou d'aspiration de l'air atmosphérique par l'estomac. Ces éructations arrivent souvent à un tel degré qu'il est impossible de rester auprès du patient.

Les vomissements nerveux se rencontrent dans la neurasthénie, l'hystérie, l'anémie cérébrale, la rétroflexion utérine, le mal de mer et le tabes. Dans ces cas, le passage d'un état de santé parfaite à un sentiment de malaise extrême est un signe diagnostique de la plus haute importance. L'appétit est également variable, parfois normal, parfois capricieux, parfois même augmenté. Particularité remarquable : l'état de la nutrition reste à peu près stationnaire.

L'atonie de l'estomac est généralement la conséquence d'un épuisement rapide des centres moteurs de cet organe. On désigne parfois cet état sous le nom de dyspepsie nerveuse. Après la première bouchée d'aliments les malades éprouvent une sensation pénible de réplétion de l'estomac, accompagnée d'éructations. Ils perdent vite de leur poids, deviennent irritables, hypocondriaques, incapables de tout travail intellectuel ou physique. Le sommeil est mauvais ou nul.

L'insuffisance fonctionnelle du cardia se traduit par des éructations ou une régurgitation des aliments qui doivent subir une nouvelle déglutition pour rentrer dans l'estomac. C'est le phénomène de la rumination ou méricisme. Les vomissements surviennent aussi quelquefois.

Une hystérique de ma clientèle était dans ce cas. Fatiguée de ces régurgitations continuelles, elle prenait aussi peu de nourriture que possible, aux dépens d'ailleurs de sa santé générale. Elle guérit, mais neuf ans après elle eut une rechute.

Le pylore peut aussi perdre sa propriété contractile par suite de troubles de l'innervation. Son insuffisance peut être mise en évidence par l'épreuve bien connue d'Ebstein, qui consiste à distendre l'estomac au moyen de l'acide carbonique. Si le pylore fonctionne bien, l'estomac gonfle ; s'il ne peut se fermer, le gaz passe dans l'intestin et l'estomac reprend son volume normal.

Parmi les névroses de la sensibilité, la cardialgie tient le premier rang. Les spasmes de l'estomac apparaissent sous la forme d'accès paroxystiques avec intervalles de calme parfait. La gastralgie se rencontre dans le tabes, la sclérose en plaques, l'hystérie, la neurasthénie, la chlorose, l'ulcère, le carcinome et les cicatrices de l'estomac, la hernie de la ligne blanche, les névroses du plexus solaire, les affections de l'aorte abdominale, la masturbation, l'ébriété, les maladies infectieuses. Elle constitue un symptôme constant dans l'intoxication par le tabac et par le plomb, la malaria, la tuberculose, la maladie d'Addison et la goutte.

Rosenthal a désigné sous le nom d'anorexie nerveuse une absence à peu près complète d'appétit. Chez les chlorotiques et les femmes enceintes on rencontre un trouble analogue (pica ou malacia), la parorexie, dans lequel les malades ont souvent un goût dépravé pour d'étranges aliments : la craie, le riz cru, le vinaigre, etc.

L'hyperorexie ou boulimie est un état de malaise général et de faiblesse, accompagné de tremblement des jambes et d'un appétit vorace qui, s'il n'est pas satisfait à l'instant, peut amener la syn-

cope. J'ai souvenir d'un malade, qui au moment de cette fringale, mangeait au moins vingt petits pains. Un autre, dont les attaques survenaient la nuit, avait soin, en se mettant au lit, de se garder quelques aliments en réserve. Quelques tasses de chocolat lui suffisaient d'ordinaire : mais en plusieurs occasions il dévorait près d'un kilogramme de roastbeef arrosé de quelques bouteilles de bière. Ce malade était neurasthénique et souffrit plus tard d'une phobie des nombres. Il avait peur de toutes sortes de chiffres et de nombres ; on n'en pouvait parler en sa présence et il en vint à faire couvrir les cadrans de toutes ses pendules pour n'avoir plus la vue d'un seul chiffre.

Rosbach a décrit un syndrome complexe qu'il a appelé "gastroxynsis". Il consiste en un mal de tête violent, un goût et une sensation d'acidité marquée dans la bouche, des nausées et des vomissements fréquents, les matières vomies contenant beaucoup d'acide hydrochlorique.

D'autre part, il y a quelques maladies nerveuses de l'estomac dans lesquelles l'acide chlorhydrique fait entièrement défaut.

Dans le traitement des maladies nerveuses de l'estomac, le médecin doit rechercher la cause nocive et diriger le traitement en conséquence. S'il existe de l'anémie, je recommande vivement l'eau de Roncegno, qui m'a donné d'excellents résultats. Le malade garde son appétit, l'eau est facilement digérée et le poids du corps augmente rapidement.

Plus difficile est le traitement quand l'ensemble du système nerveux est malade. Il existe un grand nombre de remèdes parmi lesquels Ewald a signalé particulièrement le chloral et l'opium, Rosenthal les préparations bromurées. Le chloral et les bromures calment l'hyperesthésie de l'estomac et l'opium les irritations intestinales. Parmi les laxatifs salins, je préfère l'eau amère de Saxlehner. Carlsbad, Marienbad et Kissingen ne sont pas à recommander aux estomacs nerveux. La cocaïne à l'intérieur a donné quelques succès. Oser vante l'atropine comme un narcotique particulièrement efficace. J'ai moi-même employé avec succès l'atropine ou l'extrait de belladone isolément, ou ce dernier associé aux bromures. Pourtant j'attache encore plus d'importance aux exercices gymnastiques, à l'hydrothérapie (douche de Schott), à un bon régime, à une vie régulière et tranquille. Boas vante beaucoup le changement de climat.

Nous possédons deux stations très efficaces, Saint-Moritz en Suisse et Abbazia, particulièrement cette dernière qui rend de grands services en raison de son climat méridional. Ischl mérite également une mention.

On doit accorder une attention spéciale à la dyspepsie nerveuse. L'air frais à profusion, l'exercice musculaire et le massage, un bon sommeil tranquille et des selles régulières constituent le meilleur traitement. Par-dessus tout il faut combattre l'hyperesthésie de l'estomac. Les préparations bromurées rendent ici d'excellents services, comme le chloral et le Bromidia ; ce dernier est un remède très efficace parce qu'il renferme le chloral recommandé par Ewald aussi bien que le bromure recommandé par Rosenthal. J'ai aussi donné le Bromidia avec beaucoup de succès dans les cas de céphalalgie, aussi bien que dans toutes les névralgies.

(Gaz. des Hôp.)

#### Dermatologie. — quelques formules de Saint-Louis.

D'abord, il convient d'établir un véritable choix parmi ces diverses préparations, dont certaines sont constamment prescrites, alors que d'autres, au contraire, ne le sont que d'une façon exceptionnelle.

Citons ainsi pour n'en plus reparler :

- 1.— La vaseline iodée à 2 p. 100.
- 2.— La pâte à l'oxyde de zinc ainsi composé :



Oxyde de zinc.....	} P. E.
Talc.....	
Vaseline.....	

## 3.— La pommade biiodurée ci-dessous :

Biiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 10
Iodure de potassium.....	0 gr. 10
Vaseline.....	20 gr.

## 4. — La lotion camphrée (alcool camphré coloré), etc....

Il convient néanmoins d'ajouter que telle formule rarement employée par un consultant, peut au contraire être la pratique habituelle d'autres praticiens. Ainsi le Professeur Fournier recommande généralement, comme lotion sur les plaques muqueuses vulvaires, la liqueur de Labarraque (chlorure de soude liquide), pure ou étendue d'eau, alors que les autres médecins de l'hôpital Saint-Louis s'en tiennent au sublimé à 1 pour 1000.

Cette remarque préjudicielle faite, arrivons aux formules véritablement importantes, par la fréquence de leurs indications cliniques. Elles s'adressent d'ailleurs, à deux groupes de sujets bien distincts, les uns syphilitiques, les autres simplement atteints d'une affection cutanée ordinaire. Les premiers sont assurément presque aussi communs que les seconds, la grande diathèse fournissant un important contingent de malade à l'hôpital Saint-Louis.

\*\*

A leur intention, le *Sirop mixte* a été créé pour combattre les multiples accidents du tertiariisme, syphilides cutanées ou syphilides organiques. Il contient un centigramme de biiodure d'hydrargyre, un gramme d'iodure de potassium par cuillerée à bouche et correspond à la formule suivante :

Biiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 10
Iodure de potassium.....	10 gr.
Sirop du sucre.....	200 gr.

Le nom de *Sirop mixte*, choisi intentionnellement, constitue un excellent euphémisme de notre langue médicale : discret, il ne produit pas sur une ordonnance, l'effet révélateur du terrible sirop de Gibert (1).

Le sirop mixte présente en outre, sur ce dernier, un autre avantage assurément précieux : la dose d'iodure (0 gr. 50 par cuillerée) dans la formule de Gibert, est véritablement trop faible et il est préférable de la porter à un gramme.

Nous ne dirons rien de particulier des accidents initiaux et secondaires de la syphilis, qui reçoivent ici le traitement classique par les pilules de Ricord au protoiodure, ou par les pilules au sublimé de Dupuytren.

Mais lorsque la syphilis n'est plus en cause, la thérapeutique des maladies de la peau devient complexe et difficile, tant les cas cliniques sont eux-mêmes variés. Aussi allons-nous signaler seulement quelques préparations de pratique courante, choisies, il est vrai, parmi les plus originales et les plus efficaces :

La *lotion excitante* s'adresse à l'alopecie en général, c'est-à-dire à la chute des cheveux se produisant en dehors d'une affection cutanée bien définie du cuir chevelu ; elle est ainsi composée :

Ammoniaque.....	8 gr.
Essence de térébenthine.....	25 gr.
Alcool camphré.....	166 gr.

Mêler et agiter.

Son but thérapeutique, comme l'indique sa dénomination même est d'exciter la matrice du cheveu, dans les cas d'alopecie simple quand il n'existe ni séborrhée, ni teigne, ni psoriasis, ni dermatose en un mot, de la région. Dans ces dernières circonstances d'ailleurs,

(1) Il y a quelques années, dans le même but, le sirop au biiodure d'hydrargyre et à l'iodure de potassium, s'appelait aussi *Sirop astringent composé*. Les malades, qui cachaient avec soin l'étiquette du sirop de Gibert, exhibaient sans crainte celle au sirop astringent composé. Peut-être ce dernier, à la longue, a-t-il acquis lui-même mauvaise réputation. ?

la lotion excitante vient souvent s'adjoindre au traitement particulier de la dermatose.

La *lotion soufrée* s'adresse, de son côté, à la séborrhée du cuir chevelu et à l'alopecie qui en est la conséquence principale : c'est dire qu'elle trouve fréquemment son emploi en pratique dermatologique.

La lotion soufrée a pour formule :

Soufre précipité.....	} à à 10 gr.
Glycérine.....	
Alcool camphré.....	20 gr.
Eau distillée.....	160 gr.

Elle s'applique le soir sur le cuir chevelu, y dépose une couche pulvérulente composée de soufre et de camphre, tous deux insolubles dans l'eau et qui sont mêlés au liquide par agitation préalable de la lotion.

La *Lotion parasiticide* est une des meilleures préparations parmi celles en usage à la consultation quotidienne de Saint-Louis. Elle est indiquée contre la phthiriasis du cuir chevelu et surtout contre la phthiriasis du pubis.

Tout en étant en général parfaitement tolérée, elle constitue sans contredit une des meilleures médications à opposer au vulgaires phthirius inguinalis.

En voici la transcription :

Bichlorure d'hydrargyre.....	0 gr. 25.
Essence de térébenthine.....	30 gr.
Glycérine.....	40 gr.
Alcool camphré.....	175 gr.

Comme il est facile de le remarquer, la plupart des lotions précédentes contiennent, comme liquide alcoolique généralement de l'alcool camphré. Il faut évidemment voir là, non une préférence d'ordre scientifique, mais bien plutôt d'ordre économique, l'alcool camphré étant comme on le sait d'un prix inférieur.

Par conséquent, en ville, le praticien peut remplacer sans inconvénient ce dernier médicament par un alcoolat ou un mélange d'alcoolats aromatiques, donnant ainsi, tout au moins, à sa préparation un aspect plus agréable.

\*\*

Après les lotions et au même titre, les pommades jouent un rôle important dans la thérapeutique des affections cutanées.

Passons rapidement sur la très connue pommade à l'oxyde de zinc à 1/20, à l'acide borique à 1/20, au turbith à 1/20.

Arrivons à la *pommade soufrée*, également au 20°, à la vaseline, au calomel à 1/50, premier pas vers les pommades excitantes et résolutes.

Le deuxième pas amène au *Glycérolé cadique*, traitement du psoriasis.

Il existe deux variétés de Glycérolé cadique :

a) Glycérolé cadique faible :

Huile de cade.....	10 grammes.
Glycérolé d'amidon.....	20 —
Extrait fluide aqueux de Panama... q. s.	

(environ 2 grammes pour émulsion).

b) Glycérolé cadique fort :

Huile de cade.....	} à à 50 grammes.
Glycérolé d'amidon.....	
Extrait fluide aqueux de Panama. q. s.	(environ 5 gr.)

Pour soigner un psoriasis, il est nécessaire, avant toute application de pommade, de décaper les plaques malades, c'est-à-dire d'enlever les squames qui les recouvrent.

Aussi commence-t-on par donner un bain alcalin dans ce but et la glycérine n'est appliquée qu'ensuite.

L'huile de cade, tout en étant un produit efficace et sans danger, malheureusement en raison de son odeur et de sa consistance, reste bien difficilement utilisable en clientèle privée.



Terminons ici la série des pommades, en citant la *Glycérolé tartrique* :

Acide tartrique..... 1 gramme.  
Glycérolé d'amidon..... 20 —

indiqué comme calmant du prurit et des démangeaisons non symptomatiques, non parasitaires.

Si elle ne réussit pas toujours dans ses applications, cette pommade possède au moins le très grand avantage d'être inoffensive, sans inconvénient, ni toxicité.

\*\*\*

Les emplâtres, enfin, constituent un dérivé, très important, il est vrai, des pommades. Ils sont nombreux et presque tous les médicaments ont été préparés sous cette forme.

Entre tous, l'emplâtre rouge de Vidal mérite d'arrêter plus particulièrement l'attention du praticien. Il réunit avantageusement l'action siccatrice et résolutive de l'oxyde de plomb (minium) et les propriétés antiseptiques du sulfure de mercure (cinabre).

Il a détrôné l'emplâtre de Vigo, trop chargé en mercure, dangereux à appliquer sur les plaies très étendues mêmes syphilitiques; il laisse loin derrière lui le vieil emplâtre de diachylon.

L'emplâtre rouge s'applique sur une foule de lésions, ulcérations infiltrations parasitaires ou non, lupus, etc.

Il a pour formule :

Minium..... 10  
Cinabre..... 6  
Emplâtre diachylon..... 100

(Concours médical).

### Les glycosuries non diabétiques.

par GERMAIN ROQUE.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon.

A côté de la glycosurie normale qui se traduit par l'existence en très faible quantité du sucre dans les urines, à côté des glycosuries passagères, mais bien connues, qui se produisent à la suite des causes les plus variées et particulièrement à la suite des intoxications, il y a des glycosuries plus importantes, plus durables qui peuvent en imposer pour le diabète.

Pour les uns, ces glycosuries ne sont que le symptôme d'un diabète bénin, décrit sous divers noms, diabète intermittent, diabète abortif, diabète déceptifs. S'agit-il du diabète vrai ou d'une glycosurie pathologique sans doute, mais ne participant pas de la nature du diabète ? Telle est la question que M. Roque résout par l'affirmative, et démontre en exposant les traits de ces glycosuries non diabétiques.

Rien ne fait d'abord prévoir l'existence du sucre dans l'urine, il n'y a pas de polydipsie, pas de polyurie, ni de polyphagie. La glycosurie ne semble être ici qu'un épiphénomène dans l'état morbide ou diathésique qui a engendré l'exagération pathologique de la glycosurie normale. Cette glycosurie disparaît avec la plus grande facilité, soit sous l'influence du traitement, soit spontanément, selon les modifications de la maladie qui a provoqué son apparition. Seule l'élimination du sucre par l'urine est commune au diabète et à ce groupe de glycosuries. Voilà une notion nouvelle différente de celle qui faisait un diabète de toute glycosurie persistante. La glycosurie était le phénomène capital du diabète, entraînant par un mécanisme spécial la polyurie, la polydipsie, puis les autres déperditions de l'organisme. Entre le diabète qui se manifeste par les symptômes cardinaux et celui qui ne se traduit que par la glycosurie, il n'y avait qu'une question de degré, le premier étant grave, le second bénin. Mais cette distinction est apparue sous un nouveau jour, lorsqu'on a vu les symptômes graves persister et le diabète, évoluer

malgré la disparition ou l'absence du sucre dans les urines. Il s'est passé un fait analogue pour les albuminuries qu'on a d'abord considérées comme l'indice constant d'une lésion rénale, le synonyme d'une néphrite. On a dès lors connu l'existence d'albuminuries dyscrasiques ou mécaniques en dehors de toute lésion rénale.

En ce qui concerne le diabète et la glycosurie, la question est plus difficile à étudier et cela tient à ce que le diabète n'a pas de lésion caractéristique. Aujourd'hui le terme de diabète sucré implique l'existence non pas d'une simple glycosurie sans conséquence pour l'état général, mais d'une maladie ayant ses symptômes et ses accidents bien définis, compromettant gravement les fonctions de l'organisme et créant de par son évolution une détérioration graduelle et fatale en résumé, selon l'expression de M. Roque, le diabète est une maladie autonome, distincte des glycosuries qui peuvent même prendre, à un examen superficiel, le masque diabétique. Ce que l'auteur fait ici, c'est surtout un chapitre de diagnostic clinique entre le diabète et les glycosuries qui peuvent se signaler par leur persistance. Toutes ces glycosuries ont pour caractère commun d'être secondaires et symptomatiques. En recherchant les facteurs étiologiques de ces glycosuries, M. Roque a été amené à distinguer quatre variétés, à savoir : la glycosurie intermittente des arthritiques, les glycosuries digestives, les glycosuries nerveuses et la glycosurie puerpérale.

(La France Méd.)

### Erysipèle ambulante

M. BENDIX a présenté, à la Société de médecine interne de Berlin, une malade qui fut admise dans le service de Leyden pour un érysipèle ambulante. L'érysipèle, qui récidivait pour la dixième fois depuis huit ans, est probablement parti de la lèvre supérieure pour s'étendre sur la face, le cou et les parties supérieures du tronc. A la cinquième atteinte, il y a quatre ans, les lésions de la face persistèrent et s'aggravèrent encore dans la suite. Toute la face est défigurée par des gonflements, la lèvre supérieure forme un bourrelet, les joues et le menton sont également très gonflés. La peau, qui ne présente pas de lésions inflammatoires, a un aspect pâle; elle est dure, épaissie, n'offre pas de trace d'œdème. Ces lésions hyperplastiques appartiennent à la pachydermie, qui compte les formes les plus monstrueuses encore de l'éléphantiasis des Arabes. Au point de vue pathologique, il s'agit d'un œdème lymphatique chronique laissé par l'érysipèle; l'exsudat séreux s'est organisé et a produit une augmentation du tissu conjonctif de la peau. Peut-être le massage pourrait-il donner un résultat pour remédier à ces difformités.

Dans la discussion qui a suivi cette présentation, M. Frænkel a pensé pouvoir expliquer les récurrences érysipélateuses de la face par la présence, dans les sinus de la face et dans le nez, de streptocoques plus virulents que d'autres. Il en est de ce microorganisme comme du pneumocoque, qui garde longtemps sa virulence dans la bouche chez les individus qui ont eu une atteinte de pneumonie; c'est un fait qui a été démontré par Netter.

M. Bernhardt a publié, il y a quelque temps, l'histoire d'un malade qui eut, à la suite de plusieurs érysipèles de la face, des lésions pachydermiques. Toute émotion un peu vive ramenait l'érysipèle, sans qu'il y eût infection nouvelle. C'est ainsi que cet individu, en rentrant du théâtre, fut émotionné par le feu qui prit aux rideaux de chez lui; un quart d'heure après, la face était tuméfiée et la fièvre survenait. Chaque fois que le malade est présenté par Bernhardt à ses élèves, il a des récurrences qui durent de 24 à 48 hrs.

Il ne s'agit évidemment pas d'une infection nouvelle, mais d'une excitabilité particulière du système vaso-moteur. M. Orthmann cite également le cas d'un individu qui fut atteint trois fois d'érysipèle récidivant d'une durée totale de quinze jours à trois se-

maines, à l'occasion d'un procès qu'il avait à soutenir. Ces cas, d'après Jastrowitz, montrent que les streptocoques ne sont pas seuls la cause et qu'il faut tenir compte de causes internes. Souvent ces érysipèles surviennent chez des individus atteints d'hypertrophie du foie qui constitue ainsi une prédisposition à l'érysipèle. M. Gluck croit, de son côté, que ces érysipèles récidivent parce qu'il reste des streptocoques dans les voies lymphatiques, ainsi que cela arrive dans les affections chirurgicales. Dans un cas d'érysipèle de la cuisse qui récidivait souvent, l'affection disparut définitivement après qu'on eut fait de profondes incisions de manière à libérer les voies lymphatiques des microcoques. Dans un cas d'érysipèle récidivant des microcoques. Dans un cas d'érysipèle récidivant de la face, Gluck fit de profondes incisions, et l'érysipèle ne se montra plus. On conçoit que s'il reste des streptocoques dans les voies lymphatiques, un simple trauma peut occasionner une récurrence aiguë.

(Méd. Moderne)

### Combien de temps les nouvelles accouchées doivent-elles être condamnées au repos absolu ?

Par M. le Dr DESPLATS.

M. Desplats montre d'abord l'emploi de la mobilisation dans le traitement des fractures, des affections articulaires. Il indique l'utilité des mouvements forcés dans le rhumatisme chronique pour éviter l'ankylose des articulations. *La mobilisation de l'utérus après l'accouchement ne serait-elle pas profitable ?* Les femmes doivent rester neuf jours au lit après leur délivrance : ce long repos est irrationnel et nuisible. Les femmes riches seules suivent ce précepte ; les femmes du peuple qui s'en affranchissent s'en portent-elles plus mal ?

Pour quelles raisons prescrit-on ce repos ? Par crainte des accidents infectieux, des déplacements de l'utérus, d'une mauvaise évolution utérine, voilà ce que l'on vous répondra. Mais toutes ces propositions sont contestables.

Les accidents inflammatoires sont dus aux agents microbiens, d'où aseptie des mains, des instruments, de tout ce qui touchera l'accouchée. Mais il est impossible de rendre tout stérile, aussi y a-t-il des agents infectieux qui sont retenus dans la cavité utérine. Dans les maternités, on fait des injections pour chasser tout cela, mais chez les femmes du peuple, il n'y a pas d'infection, car elles se lèvent dès les premiers jours pour satisfaire leurs besoins, et leur utérus se vide.

« Je cherche, dit M. Desplats, sans les trouver, les inconvénients de ces licences et je vois au contraire, les avantages qui en résulteraient. Pendant que la femme est couchée, rien ne sort, pour ainsi dire, du vagin et même de l'utérus, les sécrétions stagnent et s'accumulent, et ce n'est que lorsque le récipient est plein qu'elles sortent par regorgement. Au contraire, si de temps en temps la femme s'assied ou mieux, si elle se lève, sous l'action de la pesanteur l'utérus se vide dans le vagin et le vagin se vide au dehors, et cela sans que les surfaces malades subissent aucun traumatisme sous l'action d'une sonde intra-utérine ou d'un jet liquide trop violemment poussé, sans qu'un caillot soit malheureusement déplacé, sans que l'irrigation puisse refouler plus haut et jusque dans les trompes les produits de sécrétion du vagin et de l'utérus.

Il n'est donc pas douteux, à ne considérer les choses qu'au point de vue rationnel, que la permission donnée à la femme récemment accouchée de s'asseoir ou même de se mettre, de temps en temps, dans la position verticale, ne présente de réels avantages au point de vue du drainage de la cavité utérine et du vagin et, par conséquent, de l'asepsie.

Présente-t-elle de sérieux inconvénients ou même des dangers ?

Le public et les garde-malades le croient, et les médecins se condamnent comme s'ils le croyaient aussi. Il leur semble que tout mou-

vement prématuré expose leurs malades à la fièvre, aux déplacements utérins et à des suites de couches fâcheuses ; c'est pour cela qu'ils prescrivent le repos horizontal le plus rigoureux, d'abord pendant 9 jours, et que ce temps est prolongé pour le plus petit accident et même sans accidents si la femme est un peu délicate. C'est le mouvement que l'on craint, celui des jambes et des bras, presque autant que celui du bassin, et certaines jeunes femmes, bien dociles, sont dans leur lit aussi immobiles que des momies. On irait jusqu'à les sonder pour leur éviter de faire le petit effort de vider leur vessie, et on les laisse 3 et 4 jours sans aller à la selle pour qu'elles ne fassent pas de mouvements et, quand ce grand moment arrive, malgré leurs supplications, elles doivent trouver le moyen de se satisfaire dans la position horizontale. Bien inspirées sont celles qui profitent des moments où elles sont seules pour se mettre à leur aise !

Chose singulière ! Ces accoucheurs si amis de l'immobilité, qui craignent tant les déplacements dont les suites seraient pour l'avenir si redoutables, que font-ils dès qu'un accès ou un état de fièvre se produit qui leur fait douter une infection ? Vite ils font transporter la femme sur une table. Ils lui appliquent un speculum et, pour peu que la cavité utérine leur paraisse suspecte de contenir quelque produit septique ou putride, ils saisissent le col avec une pince de Museux et attirent l'utérus vers la vulve, sans crainte des déplacements. Ils explorent la cavité et sans hésitation ils la grattent ou la curettent s'ils le jugent utile. Après quoi ils font une injection et reportent la femme dans son lit sans se préoccuper de l'abaissement de l'utérus qu'ils ont provoqué. Et la fièvre tombe, et l'utérus reprend son volume et sa position, ce qui montre bien que la crainte des déplacements qui fait interdire aux femmes accouchées de s'asseoir ou de se mettre debout est purement imaginaire.

On peut aller plus loin, je crois, et dire que les mouvements précoces et les changements de position non seulement ne produisent pas de déplacements fâcheux, mais encore qu'ils facilitent au point de vue local l'évolution utérine et au point de vue général la sécrétion mammaire et le retour à la santé.

Ils produisent, certainement, ces deux effets en s'opposant à l'infection ; mais ils les produisent aussi en modifiant d'une façon heureuse la circulation intra-abdominale et en favorisant le rétablissement des fonctions de l'intestin, de l'estomac, du foie, de la vessie et du rein, et par là de la circulation et de la nutrition. C'est pour cela que les femmes ainsi traitées se sentent vite guéries et attendent avec impatience le moment où elles reprendront la vie commune ; c'est pour cela qu'elles sont meilleures nourrices que celles qu'on laisse confinées dans leur lit en proie au désespoir et que quelques semaines à peine après leur accouchement elles ont repris toutes les apparences de leur bonne santé antérieure.

Cette conduite, que je crois rationnelle, je l'ai suivie depuis 30 ans, et n'ai eu qu'à m'en louer. En aucun cas, je n'ai vu d'accident qui pût lui être imputé, et j'ai été très heureux, il y a quelques jours de la voir préconisée par un accoucheur allemand, le docteur Küstner. (1)

(Tribune méd.)

### La pulsation du pied, nouveau symptôme clinique

SILVIO TATTI (de Buenos-Ayres)

L'auteur cite une série de cas dans lesquels ayant observé les variations de la pulsation du pied il a pu établir un diagnostic.

Il s'agissait de maladies de l'appareil circulatoire : insuffisance aortique, dilatation aortique, tuberculose pulmonaire, endocardite rhumatismale, myocardite chronique, etc.

Les observations lui ont permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

(1) Voir *La Revue Médicale*, Vol. II, No. 32, page 254.

Les extrémités inférieures sont dotées d'un mouvement d'oscillation régulière et égale, parfaitement visible à l'extrémité du pied, quand les extrémités sont croisées. Ce symptôme ne existe chez tous les individus; il est donc physiologique.

Par la méthode graphique il se caractérise chez les individus normaux par un tracé toujours identique. Il se modifie par suite de diverses causes pouvant agir sur l'appareil circulatoire. Ce symptôme n'est pas produit par la compression des vaisseaux dans le creux poplité, mais il est dû à la contraction rythmique des artérioles et capillaires qui irriguent la région de la jambe.

Il subit des modifications importantes dans ses tracés graphiques dans les diverses maladies de l'appareil circulatoire, soit qu'il y ait des altérations organiques soit qu'il y ait des changements dans la pression sanguine.

La sensibilité du tracé du pied dans ces divers changements est plus grande que celle du pouls radial; elle se manifeste particulièrement dans les cas où le système artériel périphérique est compromis.

L'étude de ce symptôme permet de reconnaître la présence des œdèmes périphériques et par conséquent dans beaucoup de cas il nous avertit d'un commencement de rupture de l'équilibre dans la pression sanguine. Il permet d'établir le diagnostic de l'artériosclérose. Chacune des maladies de l'appareil circulatoire qu'on a étudiée jusqu'ici a donné toujours un tracé spécial.

(La Semana Medica et Ind. méd.)

**Nouvelle formule pour les injections hypodermiques et endoveineuses de quinine**

GAGLIO (de Messine),

Le professeur Gaglio de Messine conseille comme la meilleure forme pour les injections hypodermiques et endoveineuses de quinine la préparation suivante:

Chlorhydrate de quinine.....	3 grammes
Urétane.....	1 gr. 50
Eau distillée.....	3 gr. 50

En solution chaude.

La quantité du liquide qui en résulte est un peu au dessous de 7 centimètres, et à un cc. correspond environ 0.40 grammes de chlorhydrate de quinine.

Cette solution est stable, elle a une réaction neutre et n'est pas irritante.

L'urétane a pour but de dissoudre le quinine. Injectée avec le quinine aux doses indiquées il n'a aucune action générale. A doses plus fortes l'urétane exerce une action calmante sur le cerveau, une action tonique sur le cœur, sur le centre respiratoire et les centres vaso-moteur, toutes actions utiles dans l'emploi du quinine. Dans certains cas on peut donc prescrire une plus grande dose d'urétane.

Voici une autre formule;

Chlorhydrate de quinine.....	3 grammes.
Chlorhydrate de phénocole.....	0 gr. 02
Eau distillée.....	4 grammes.

Solution à chaud.

Le liquide ainsi obtenu laisse en se refroidissant déposer lentement des cristaux. C'est pourquoi il faut le légèrement chauffer avant de s'en servir.

Cette dernière formule combine l'action du quinine avec celle de la phénocole et est très utile dans les infections malarieuses.

(Archivio di Farmacologia Terapeutica et Ind. méd.)

**Le serum antistreptococcique dans le traitement des bubons veneriens et du chancre mou**

L'analogie que présentent les bubons chancrilleux avec les abcès dus à l'infection par le streptocoque a suggéré à M. le docteur

J. Moore (de Belfast) l'idée d'expérimenter le sérum antistreptococcique contre cette complication fréquente du chancre mou. Sur 49 cas de bubons inflammatoires aigus ainsi traités par notre confrère, la fonte purulente s'est produite 7 fois seulement. Les injections du sérum antistreptococcique ont paru exercer aussi une influence favorable sur le chancre lui-même qui s'est détergé et s'est cicatrisé assez rapidement. Toutefois ce point reste contestable, attendu que chez les malades en question on avait eu recours en même temps à un traitement local. Par contre, dans un cas de chancre mou phagédénique l'effet favorable du sérum antistreptococcique a été moins douteux: chez ce malade, chaque injection sérathéraptique améliorait nettement l'aspect de l'ulcère, et cette amélioration cessait dès qu'on suspendait les injections pour s'accroître de nouveau dès qu'on y revenait.

La dose du sérum utilisée par M. Moore en une fois a varié de 5 à 10 cc. Les injections étaient répétées d'habitude tous les deux jours. Pour éviter la production de bubons chez un sujet atteint de chancre mou on injectait dans chacune des régions inguinales 5 cc. de sérum. S'agissait-il d'un bubon déjà formé, on injectait chaque fois 10 c. c. de sérum au voisinage de la tuméfaction.

(Journal de méd. de Paris)

**Traitement de la dyspepsie avec insuffisance motrice de l'estomac**

D'après le Bulletin médical M. Mathieu conseille comme médicaments excito-moteurs de l'estomac le bicarbonate de soude et l'ipéca.

Le bicarbonate de soude sera donné une heure avant le repas à la dose de 3 grammes. En continuant cette médication pendant un temps suffisant, on pourrait obtenir, d'après M. Mathieu, une excitation motrice sans qu'il se produise nécessairement une excitation sécrétoire parallèle.

L'ipéca à faible dose est considéré par M. Mathieu comme un des meilleurs médicaments excito-moteurs de l'estomac. On doit prescrire, après chaque repas, des doses correspondant à 0,02-0,05 de poudre d'ipéca; la dose sera fractionnée en plusieurs prises espacées d'une demi-heure; on pourra recourir à l'une des formules suivantes:

Teinture d'ipéca.....	} à 5 grammes.
Teinture de colombo ou de noix vomique.....	
Teinture de gentiane.....	

XV à XXX gouttes après le repas en deux ou trois fois à une demi-heure ou à une heure d'intervalle, dans un peu d'eau.

Teinture d'ipéca.....	6 grammes.
Saccharine.....	0 — 10
Menthol.....	0 — 25
Alcool à 80°.....	40 —
Siróp.....	120 —

(Blondel)

Deux à quatre cuillerées à café espacées après le repas. Le menthol est introduit dans cette formule pour diminuer les propriétés vomitives de l'ipéca. Deux cuillerées à café représentent environ 0 gramme 6 de poudre d'ipéca.

M. Mathieu conseille de donner l'ipéca par périodes de 10 à 15 jours séparées par un intervalle d'une semaine.

A. Robin emploie également la strychnine et l'ipéca à petites doses pour stimuler la musculature stomacale.

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	6 grammes.
Teinture d'ipéca.....	1 —
Teinture de badiane.....	5 —

M. S. A. et filtrez. Prendre VI gouttes dans un peu d'eau de Vichy à la fin de chaque repas.

Ou bien :

Poudre d'ipéca.....	0 gr. 02
Sulfate de potasse.....	} àà 0 gr. 05
Azotate de potasse.....	
Bicarbonate de soude.....	0 gr. 30

Pour un cachet en prendre dans un peu d'eau 5 à 10 minutes avant le repas.

(*Journal de médecine et de chirurgie prat.*)

#### Le tannate d'orexine chez les enfants

Chez beaucoup d'enfants dits nerveux on observe parfois une inappétence plus ou moins marquée que les exhortations, les menaces, la surveillance exacte n'arrivent pas toujours à vaincre. D'autre part, chez les enfants qui viennent de supporter une maladie grave, on voit quelquefois la convalescence se prolonger par suite du manque d'appétit. Ces enfants ne veulent pas manger "par raison" et nous n'avons, pour nous aider à leur ouvrir l'appétit, que des stomachiques à goût désagréable, qu'ils ne veulent pas prendre ou qu'ils prennent avec répugnance et vomissent. Tels sont la noix vomique, le quinquina, les amers, etc. M. Steiner a introduit dans la thérapeutique un stomachique vrai, le tannate d'orexine, qui a l'avantage de n'avoir pas de goût, tout en étant très efficace. M. Künkler l'a expérimenté chez les enfants et se loue beaucoup des résultats obtenus. Il n'a pas eu d'insuccès, quoique parfois il n'ait pas eu un résultat satisfaisant dès les premières doses et qu'il ait dû alors en prolonger l'emploi. Des enfants qui mangeaient avec peine, après des objurgations ou des menaces, ont, après emploi de ce médicament, réclamé leur nourriture d'eux-mêmes.

Le tannate d'orexine n'a aucun inconvénient et n'a jamais provoqué de vomissements. Il s'emploie à la dose de 50 centigrammes en poudre, une heure et demie ou deux avant les deux principaux repas. On peut encore l'incorporer à des pastilles de chocolat à la dose de 25 centigrammes, M. Künkler recommande de ne rien ingérer entre le moment de l'administration du tannate d'orexine et celui du repas si ce n'est un peu d'eau.

(*Allgem. med. Central-Zeitung et Gaz. des Hôp.*)

#### Signification clinique des fèces grasses

par L. ZOJA.

Cliniquement il faut distinguer entre les fèces saponifiées et les fèces grasses.

Les fèces saponifiées dites improprement acholiques doivent leur aspect particulier à la présence d'une grande quantité de savons insolubles et d'acides gras.

Les fèces grasses contiennent des graisses reconnaissables macroscopiquement et sont la plus haute expression de la dyspepsie.

Les unes et les autres ont une signification clinique différente.

Les fèces grasses indiquent principalement l'absence de suc pancréatique, qu'elle soit primitive ou liée à une lésion de la muqueuse du conduit glandulaire, ou à une occlusion du cholédoque.

Les fèces saponifiées indiquent un trouble de l'appareil absorbant ou, lorsqu'elle coexistent avec des signes d'occlusion biliaire, l'absence de bile dans l'intestin ou les deux circonstances ensemble.

(*Clinica med. ital.*)

## FORMULAIRE

#### Lotion excitante pour le cuir chevelu.

(RROCC.)

La préparation suivante peut être utile lorsque l'on veut remédier à la chute des cheveux ou en activer la pousse.

Acide acétique..... 5 grammes.

Teinture de romarin.....	} àà 25 grammes.
Teinture de jaborandi.....	
Teinture de quinine.....	
Rhum.....	50 grammes.
Eau.....	Q. S.

suivant la sensibilité du cuir chevelu.

Ordinairement en coupe cette mixture avec moitié d'eau.

#### Teinture contre la sueur des mains.

Les Nouveaux remèdes indiquent, d'après un journal allemand la formule suivante qui donnerait de très bons résultats.

Borax.....	} àà 15 grammes.
Acide salicylique.....	
Acide borique.....	5 grammes.
Glycérine.....	} àà 60 grammes.
Alcool dilué.....	

M. D. S. — A frictionner 3 fois par jour.

(*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*)

#### Nouvel enduit pour sondes.

Gomme adragante.....	2 gr. 50 centigr.
Glycérine.....	10 grammes.
Eauphéniquée (à 3 p. 100).....	90 —

Triturer à froid.

(O. KRAUS (de Carlsbad.)

Cet enduit est constitué par une pommade grisâtre de la consistance du cold-cream, qui se dissout merveilleusement bien dans l'eau. Il est bien entendu que la gomme adragante étant un mucilage, il ne s'agit pas ici d'une solution dans le sens que la chimie attribue à ce terme. Cependant une sonde recouverte de cette pommade et que l'on fait sécher, se nettoie toute seule par la simple immersion dans de l'eau tiède. Ce fait s'explique par la raison que l'eau entre en proportion très élevée, près de 90 p. 100, dans la composition de cet enduit.

(*Ann. des Mal. des org. génurin.*)

#### Mixture contre la congestion des organes pelviens chez la femme

Sulfate de magnésie.....	30 grammes.
Sulfate de fer.....	} àà 8 —
Sulfate de manganèse.....	
Acide sulfurique dilué.....	8 —
Eau distillée.....	120 —

M. D. S.—A prendre, par cuillerée à bouche, avant le déjeuner dans un verre à bordeaux rempli d'eau.

(*Gaz Herbd de Méd et de Chir.*)

#### Incomptabilité entre l'extrait de quinquina formule de Vrij et le bromure

Un bromure ajouté à l'extrait fluide formule de Vrij, y forme un précipité et donne, par suite, une potion trouble, peu agréable.

(*Journal de pharmacie d'Anvers.*)

#### Association du fer et du quinquina.

(Dr PATEIN.)

Formule basée sur la solubilité du tannate de fer dans la glycérine :

R. Tartrate ferrico-potassique.....	10 grammes.
Extrait de quinquina.....	10 —
Glycérine.....	20 —
Eau distillée.....	10 —

Vin de madère, Q. S. pour 1 litre.

(*Nouveaux remèdes.*)

#### Incompatibilité entre l'extrait de quinquina et le borax.

L'addition du borax à une potion à l'extrait de quinquina y forme un précipité grumeleux (M. Auger.)

D'après M. Demandre, il suffit pour éviter cet inconvénient de dissoudre l'extrait de quinquina dans le double de son poids de glycérine. L'addition du borax ne détermine plus alors de précipité.

(*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Etude sur la cause ou condition première des maladies

Par M. le Dr C. R. Paquin, de Québec.

(Suite)

Jusqu'ici nous avons établi en principe que le rôle du foie était profondément dans la genèse des maladies, sans nous occuper si l'examen particulier viendrait confirmer plus tard nos avancés.

De plus nous avons soutenu que l'alimentation était un des facteurs les plus importants dont il fallait tenir un grand compte non seulement pour maintenir l'équilibre physiologique, mais encore pour le rétablir une fois qu'on l'avait rompu. Pour s'en convaincre nous avons invoqué les échos du bureau de consultation et les observations journalières d'un clinicien. Tout ce que nous avons cru y voir et y comprendre était de nature à nous dire qu'en effet c'est bien contre l'alimentation que l'homme pêche le plus ; que se mal nourrir est peut-être ce qu'il fait le mieux et enseigne le plus souvent.

Nous ne dirons pas que cette vérité ne s'applique qu'à une classe de la société. Loin de là. Elle est exacte pour tous les degrés de l'échelle sociale.

Elle trouve tout aussi bien son application chez le pauvre comme chez le riche, chez le jeune comme chez le vieux. Tout le monde aime à manger et à manger beaucoup. C'est là certainement un vice de notre nature que l'éducation seule pourrait combattre dès le bas âge au bénéfice de la santé individuelle et pour le plus grand bien de la nation.

N'est-il pas vrai que l'enfant peut manger sans cesse ? que l'adolescent mange le plus souvent sans faim, pour le plaisir de la chose ? que l'homme mûr fait des excès à chaque instant et qu'il les reconnaît lui-même comme étant la cause directe des maux sans nombre qui troublent à tout moment son repos ?

Si nous prenions la peine de suivre l'homme depuis son berceau jusque dans sa vieillesse, nous verrions d'une manière évidente que son histoire ne diffère que très peu de celle de son voisin. Dans les deux cas leurs malaises multiples, leurs indispositions variées, leurs maladies plus ou moins graves indiqueraient presque toujours les mêmes causes à l'origine.

Mais devons nous accuser indifféremment toutes les substances alimentaires dont l'action est reconnue néfaste pour le bon fonctionnement du foie ?

Il me semble oiseux de répondre à cette question quand tous les hygiénistes et les cliniciens ont depuis si longtemps tracé, le régime requis pour tel ou tel état. Cependant comme j'ai constaté, plutôt par moi-même que par l'expérience des autres, l'influence malheureuse de certaines substances alimentaires dans la production des nombreux désordres digestifs, je me permettrai de les mentionner ici plus spécialement.

Je veux parler des *matières grasses et des substances sucrées*.

On dit bien du mal des boissons alcooliques : et c'est avec raison. Personne, en effet, ne contestera le mal immense que l'alcool a fait à l'individu comme à la nation, mais il serait juste d'en mettre

un peu sur le compte de ces deux ordres de substances, exceptionnellement dommageables à l'économie, à cause de l'usage immodéré qu'on en fait à tous les âges et en tout lieu.

La consommation de graisse et de sucre qui se fait ici dans le pays, par exemple, est incroyable. Aussi est-il facile de constater que ce sont ceux qui en consomment le plus qui sont les plus avariés, les plus dyspeptiques et les plus inactifs. Je ne crains pas de dire que le sucre sous ses mille formes est à l'enfant surtout ce que l'alcool est à l'adulte.

Mais malheureusement la mauvaise habitude de faire entrer ces deux substances, en proportion toujours exagérée, dans la préparation des aliments, fait qu'aujourd'hui la grande majorité des individus qui les utilisent ont à souffrir de leur usage.

Il y a encore bien d'autres substances qui fatiguent sûrement les organes digestifs et qui sont propres à congestionner le foie, mais nous n'en connaissons pas de plus puissantes qu'elles, à porter le désordre aussi promptement et aussi invariablement dans l'estomac, les intestins et par suite dans le système hépatique. Avec l'usage habituel qu'on en fait commenceront presque à coup sûr chez l'enfant, surtout et d'abord, tous les troubles de la nutrition, tels que éruptions cutanées, adénites, catarrhes multiples, gastrites, constipation, diarrhées infectieuses, dysenterie, indigestion, amaigrissement, teint subictérique, carie dentaire, toux de digestion, insomnie ou sommeil agité, terreur nocturne, convulsion, arrêt de développement, éclosion des différentes diathèses, enfin l'apparition des maladies contagieuses si rares dans les familles ou les enfants ne mangent pas tout ce qu'ils veulent, quand ils le veulent et les quantités qu'ils veulent.

Si chaque praticien voulait prendre la peine de rappeler ses souvenirs et de suivre un tant soit peu les petits malades qui ont été et sont encore maintenant sous son observation, il ne pourrait s'empêcher d'admettre que ses meilleurs clients sont ceux qui mangent le plus, et qui consomment surtout le sucre et le gras sans discernement.

Il admettrait, dis-je, qu'il y a des familles qui ont des malades à l'année, qui prennent tous les maux qui passent et meurent à peu près tous de la même manière. Pourquoi cela ? Le fait que tous les membres d'une famille donnée ont toujours été soumis à un même régime défectueux me paraîtrait une réponse satisfaisante à cet état de chose.

En effet, même après la plus superficielle des enquêtes, personne ne contestera que la plus grande partie des maux plus ou moins graves précités se rencontrent invariablement chez les enfants dont l'éducation a été négligée en matière d'alimentation. De fait, il est regrettable que tout soit encore à faire sous ce rapport. On le enseignera bien que la fourchette seule doit être portée à la bouche, mais on négligera de leur montrer la quantité d'aliments qu'elle devra y transporter. En résumé les enfants mangent trop à la fois, mangent trop vite, mangent trop souvent et surtout consomment une trop grande quantité des substances déjà mentionnées.

Comment voulez-vous, après cela, tenir en bon ordre des organes préposés à l'élaboration que d'une faible quantité de matériaux, dont le surplus est toujours incompatible avec un état de santé parfaite ? Le plus surprenant c'est de constater que les efforts de la nature soient suffisants pour lutter contre ces éléments de destruction.

Je ne me fais pas d'illusion sur la valeur des objections qu'on pourra apporter à l'appui de ce que j'ai cherché à établir. Il est bien vrai, il faut l'admettre, qu'en certain lieu on mange sans discernement toute espèce de chose, qu'il est incontestable qu'un tel ou un tel a fait de grands abus de graisse ou de sucre et qu'il ne s'en porte pas plus mal. A cela je réponds: Il est incontestable aussi, que, malgré l'action délétère des alcooliques, plusieurs ivrognes ont vécu très vieux sans jamais en accuser la moindre indisposition. Et je réponds de plus que 95 sur 100 sont morts à un âge précoce avec tous les désordres que peuvent causer de tels abus.

Il est évident que les substances grasses et sucrées sont utiles à la nutrition, mais il faut se hâter d'ajouter: dans une juste mesure, sous peine de voir se dérouler très rapidement tout ce cortège de malaises, pour ne pas dire plus, qui empoisonnent la vie de tous ceux qui auront dépassé certaines limites.

Est-ce qu'il serait bien imprudent, après cela, d'interpréter la question d'hérédité en disant qu'il est très raisonnable que ceux qui suivent doivent porter l'empreinte de leur devancier? que le produit doit ressembler au producteur? que le germe apporté à la fécondation doit nécessairement se sentir de l'intégrité plus ou moins parfaite de l'être qui l'a fourni?

Dès lors il deviendrait facile, ce me semble, de s'expliquer comment il se fait que des parents ayant vécu très vieux en faisant des excès de toute sorte aient donné la vie à des êtres incapables de se soutenir, qu'ils leur aient transmis la vie, dis-je, en même temps que la mort.

C'est ainsi, de plus, qu'on peut se rendre compte de ce dicton peu flatteur, que nous ne valons pas nos ancêtres, que nous avons dégénéré sous le rapport de la force vitale.

Si maintenant nous ajoutons que les habitudes qui ont amoindri nos pères sont encore celles que gouvernent les descendants, il n'en faudra pas davantage pour nous forcer d'admettre que notre valeur organique vaut bien peu de chose.

Ne serait-ce pas là encore une manière rationnelle d'expliquer la transmission des différentes diathèses qu'on rencontre toujours dans les mêmes familles? Je le crois sincèrement. La raison en est, qu'une alimentation surchargée, que l'abus de certaines substances déjà mentionnées peuvent, par leur action nocive sur les organes formateurs du sang, produire de toute pièce le rachitisme, le scrofuleuse, l'arthritisme, etc., etc. Rien d'étonnant alors que le produit ressemble à celui qui l'a formé. C'est logique, c'est nécessaire, quoi! Pour qu'il y ait hérédité ne faut-il pas que les parents transmettent le terrain d'abord, c'est-à-dire un élément figuré sain ou vicié et, avec lui, l'aptitude et la tendance?

Jusqu'ici nous avons discuté l'importance de l'alimentation chez l'enfant surtout au point de vue de la quantité et de la qualité. Est-il nécessaire de continuer à le suivre pour savoir ce qu'il sera dans sa jeunesse et dans l'âge mûr? C'est trop évident, je ne le crois pas, car, sous ce rapport il est admis qu'on reste toute sa vie tel qu'on a été formé jusqu'au jour, toutefois, où on commence à sentir les aiguillons de la souffrance, à subir le règne des multiples indispositions qui mènent si loin en pathologie. C'est alors qu'on aime presque à s'imposer des privations et des traitements qui viennent confirmer de la façon la plus éloquente ce que nous avançons.—Oh! alors, c'est sans pitié qu'on retranche les causes du mal

pour s'adresser sans retard à une alimentation plus rationnelle. Il n'est pas jusqu'au malade lui-même qui ne laisse de nous indiquer l'origine de ses maux avec regret et amertume.

Encore à ce moment, malgré le désordre des organes dont nous nous occupons, on assiste souvent à de véritables résurrections seulement par l'ablation de la cause: c'est-à-dire en retranchant de l'alimentation les substances dommageables qui sont toujours les mêmes, en ordonnant à cet invalide un régime judicieux et en lui enseignant qu'on est plus raisonnable et plus sûr de s'affranchir de tous les maux qui concourent à notre perte, en s'habituant de bonne heure à *manger pour vivre* et non pas à *vivre pour manger*.

Dr C. R. PAQUIN.

## REVUE DES JOURNAUX

### Sur la Septicémie Puerpérale

Par M. le Dr L. COYTEUX-PRÉVOST.

Nous offrons nos remerciements à M. le Dr L. Coyteux-Prévost, d'Ottawa, pour l'envoi d'un travail précieux sur la "SEPTICÉMIE PUERPÉRALE, publié dans le *Montreal Medical Journal*, dont nous nous permettons de traduire les conclusions suivantes de l'auteur:

"La septicémie puerpérale est une maladie infectieuse causée par l'absorption de germes pathogéniques, d'ordinaire le streptococcus pyogène, rendue possible grâce à la lésion produite le long du canal génital par le traumatisme obstétrical.

Dans presque tous les cas les germes viennent du dehors et sont introduits dans les organes génitaux avant, durant ou après le travail.

Quelles que soient la forme et l'intensité des manifestations cliniques plus tard, la maladie est toujours localisée au commencement et susceptible d'être atteinte et arrêtée par les moyens chirurgicaux à notre disposition.

Les premiers symptômes apparaissent généralement dans les trente-six heures qui suivent le travail et sont caractérisés par l'élévation de température, la fréquence du pouls, de la céphalalgie, de l'insomnie et d'une sensibilité abdominale plus ou moins grande. Le traitement préventif consiste à vider complètement l'utérus après la délivrance et à s'entourer avant, durant et après le travail des précautions antiseptiques les plus scrupuleuses, s'efforçant ainsi de trouver et de traiter immédiatement la moindre solution de continuité le long du canal vaginal.

Le traitement curatif doit être employé dès la première apparence de symptômes et consiste en douches vaginales, d'intervalle en suivis, et si il n'y a pas d'amélioration dans les symptômes, en irrigations utérines et en un curetage simple ou répété de l'utérus.

Plus tard, si l'on a été appelé trop tard ou si l'on néglige d'intervenir en temps opportun, on peut essayer le curetage et la toilette antiseptique de la cavité utérine, mais les résultats sont alors douteux, l'infection est devenue totalement systématique. On doit avoir recours aux mesures thérapeutiques générales, l'indication principale est alors de soutenir l'organisme dans sa lutte contre les effets de l'absorption septique.

Le traitement qui doit être dirigé contre les complications diverses qui surviennent alors dans différents organes, tels que péri-tonite, abcès pelvien, phlébite, cellulite, est ordinairement le même que le traitement requis dans les affections chirurgicales de ces organes et dehors de la puerpéralité."



## Les kystes congénitaux

Hôpital des Enfants-Malades.—M. le professeur LANNELONGUE

Les kystes congénitaux sont ordinairement mal connus des étudiants : cela tient à ce qu'ils ont été nouvellement décrits ; j'ai eu la chance d'en voir entrer deux, cette semaine, dans mon service, et je vous les montre aujourd'hui en profitant d'une occasion si rare.

Ces kystes sont dits "congénitaux" pour la raison que leur origine et la cause de leur production datent de la vie intra-utérine ; mais leur manifestation peut être très tardive. C'est ainsi que j'ai pu voir un homme de 40 ans, présenter un kyste congénital, qui n'avait pas eu jusque-là l'occasion d'évoluer. Mais il faut croire, néanmoins, dans ce cas là, à une disposition embryonnaire spéciale.

Examinons ces deux enfants porteurs de kystes :

Le premier présente un kyste dermoïde de la région médiane du cou : un kyste thyroïdien.

Cette variété, déjà étudiée par Dupuytren, puis par Albert, a été bien caractérisée dans mon travail sur les kystes congénitaux. Ce sont des productions qui se forment aux dépens du derme. En effet, lorsqu'on fait l'anatomie pathologique du kyste dermoïde, on reconnaît successivement dans la membrane des couches épidermiques à la partie la plus interne, puis en dessus, le derme et ses papilles. La cavité kystique présente des productions épidermiques souvent étranges ; poils, cheveux de toutes nuances, produits sébacés et sudoripares ; même des dents quelquefois. L'accumulation progressive de tous ces produits par le fait même de la vie du tissu dermique, amène le développement du kyste qui peut acquérir ainsi des dimensions considérables.

Dans le cas que je vous présente, la tumeur est petite, comprise entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Au palper elle semble mobile, bien que retenue par une bride postérieure ; elle suit les mouvements de déglutition de l'enfant ; nous pouvons donc en conclure qu'elle est adhérente aux organes situés en arrière par une sorte de pédicule.

Regardez maintenant l'autre enfant dont le cou présente cette tumeur si volumineuse. Vous avez rencontré, j'en suis sûr, plusieurs fois des personnes adultes qui portaient au cou des kystes aussi considérables. Ce qui caractérise ces tumeurs c'est le tremblotement, et ce fait les différencie nettement des dermoïdes précédemment décrits. Au palper on sent une consistance beaucoup moins épaisse que dans le cas des lipômes. Le volume reste constant malgré la toux, malgré les cris ; il ne varie jamais depuis la naissance. Cette fois-ci, en étudiant l'anatomie du sac kystique, nous remarquerions des loges multiples, à communications incertaines, séparées par des travées dont l'intersection peut donner au doigt l'illusion de nodules ; le liquide qui gonfle ces cavités est ordinairement jaune séreux citrin. La texture des tissus qui forment les parois est simple ; on remarque parfois un épithélium crénelé, denté, tapissant la surface interne. Ces kystes que je viens de vous décrire sont des productions d'origine lymphatique. Ils sont dits kystes séreux. Ils peuvent avoir des dimensions surprenantes : à la cuisse j'en ai vu qui donnaient au membre l'aspect de la culotte bouffante des zouaves ; enfin, un kyste du cou dont j'ai pu chercher les origines à l'autopsie, descendait jusqu'au péricarde.

Il existe une dernière espèce de kystes congénitaux que je regrette de ne pouvoir vous montrer aujourd'hui. Je veux parler des kystes mucoïdes. Ils sont souvent associés aux dermoïdes et leur ressemblent ; la paroi montre à l'examen les éléments de la muqueuse, les glandes en grappe ou en tube. Dans le cas où la muqueuse provient des voies aériennes, elle est pourvue de cils vibratiles.

Voilà donc les trois sortes de kystes congénitaux décrits. Comment explique-t-on leur origine ? C'est ce que nous allons maintenant étudier.

Les kystes dermoïdes sont histologiquement des productions de la peau. Comment concevoir cette migration d'un tissu anormal, ou sa formation qui semble spontanée ? L'hypothèse si enfantine de la spontanéité fut proposée à l'origine par Leber, qui expliquait les kystes dermoïdes en disant que l'économie était capable de produire "à son gré" n'importe quel tissu en quelque endroit que ce fut. Sans se préoccuper de ces théories fantaisistes, Verneuil imagina en 1851, ce qu'il appela "la formation du kyste par inclusion." Il prouva, en donnant l'exemple du kyste situé à la queue du sourcil, qu'entre deux fragments d'os peuvent être pris des tissus qui, détachés de leur place normale continuent cependant à se développer bien qu'inclus dans une fente osseuse. En 1878, il appliqua cette théorie de l'inclusion aux kystes du cou en supposant que les fentes branchiales (que possède momentanément l'embryon) peuvent inclure le derme à la façon des os. J'ai repris cette étude avec M. Achard et nous avons expliqué aussi les kystes de la région sacro-coccygienne, par la théorie de l'enclavement.

Nous nous sommes souvenus, en ce qui concerne ceux de la région du cou, que les fentes branchiales étaient à la fois muqueuses et cutanées, ce qui explique alors la formation de kystes à la fois mucoïdes et dermoïdes. Le point où se fait l'inclusion est la partie antérieure des arcs branchiaux. Vous vous souvenez de la superposition des quatre arcs et des fentes qui les séparent ; le deuxième arc fournit les petites cornes de l'os hyoïde dont le reste provient du troisième. C'est justement en cette région, que se trouve l'espace temporaire qui va emprisonner le tégument cutané. Ainsi, ce fragment différencié se trouve isolé, ayant perdu le contact avec les éléments qui lui avaient donné naissance. On ne peut mieux le comparer qu'à ces fragments de rochers, entraînés par les glaciers bien loin des terrains auxquels ils appartenaient primitivement.

Quant aux kystes séreux ou lymphangiomes, leur origine put être déterminée par Wildendorf qui les avait étudiés en premier. Virchow admit aussi leur provenance lymphatique. Il reconnut, partant de la poche, des prolongements vasculaires à valvules et des éléments musculaires propres aux vaisseaux lymphatiques. Ces kystes sont donc certainement des productions aberrantes de l'appareil lymphatique et méritent le nom de lymphangiomes. Le siège de ces tumeurs est variable ; c'est ordinairement le cou, accidentellement le doigt, la cuisse, le pied. Ces différentes places de la lésions peuvent prêter à des conclusions. La grenouillette, avec laquelle on pourrait la confondre, est plus localisée à la région des glandes salivaires. Les kystes séreux, au contraire, empiètent au delà de cette région, et se développent indépendamment des organes sous jacents. L'angiome est, comme le kyste séreux, une tumeur tremblotante, mais elle est une tumeur toujours réductible.

En général, du reste, le diagnostic des kystes congénitaux est facile, pourvu qu'on ait eu précédemment l'occasion d'en voir. Ils ont des aspects trop caractéristiques pour autoriser des erreurs de diagnostic. Le pronostic en est toujours bénin et l'opération de la tumeur n'est ordinairement réclamée que pour des considérations exclusivement esthétiques. L'intervention, dont j'ai donné les différentes règles, ne présente aucun danger.

Autrefois, lorsque, par suite du manque d'anesthésie, la chirurgie était plus rapide que fine, on avait tenté des méthodes qui n'avaient que médiocrement réussi : Boucher, dans sa thèse sur les kystes congénitaux, rapportait les essais par ponctions répétées. Puis Gosselin préconisa, malgré de nombreux échecs, les injections iodées : l'électrolyse fut elle-même, durant un moment, en honneur, je l'ai moi-même employée sur 20 ou 25 cas avec des résultats déplorables. Nous obtenions des eschares et de la suppuration ; une fois même un de nos opérés en mourut.

Nélaton conseillait la récision, c'est-à-dire la simple ouverture de la poche ; c'était la méthode la plus rationnelle, bien qu'encore incomplète.

Actuellement, grâce aux conditions d'antisepsie opératoire qui facilitent toutes les interventions franches, on peut enlever tous les kystes congénitaux en disséquant le sac kystique. Il peut arriver que la paroi adhère à des organes et empêche ainsi l'excision complète. Il vaut mieux alors, surtout dans la région du cou, ne pas risquer d'accidents opératoires, car le kyste n'a aucune chance de se reproduire, si la plus grande partie en a été enlevée. On a tout avantage à enlever la tumeur chez les enfants, et on peut les opérer à partir de 18 mois ou 2 ans.

(Gazette des maladies infantiles.)

#### A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite

Par le Professeur G. DIEULAFOY

Dans sa dernière séance, l'Académie a entendu deux importantes communications, l'une de M. Ferrand, l'autre de M. Pinard. Avant de revenir sur ces communications, permettez-moi d'abord de répondre à l'invitation que M. Pinard a si courtoisement adressée à ses collègues. Jugeant avec juste raison que le traitement de l'appendicite est lié d'une façon intime au diagnostic de cette terrible maladie, M. Pinard, donnant l'exemple, nous a invités à préciser les éléments de ce diagnostic.

C'est en effet grâce à un diagnostic bien fait qu'il nous est permis de décider, et même d'imposer l'intervention chirurgicale en temps voulu ; c'est grâce à un diagnostic bien fait que nous pouvons écarter toute idée d'opération chez un malade dont les symptômes simulent l'appendicite, alors que l'appendicite n'existe pas.

Je vais donc apporter ma modeste contribution au diagnostic de l'appendicite, et je puiserai mes arguments dans les 64 cas d'appendicite que j'ai eu l'occasion d'observer depuis trois ans ; je dis 64, car depuis ma récente communication à l'Académie, trois nouveaux cas sont venus s'adjoindre à ma statistique, l'un dans mon service de l'Hôtel-Dieu (opéré par M. Marion), les autres en ville (opérés par M. Segond). J'ajoute que ces 64 cas ont tous été vérifiés par l'opération, c'est dire que les symptômes et le diagnostic ne peuvent être entachés d'erreur, chose essentielle pour la discussion que nous allons entreprendre.

\* \* \*

Avant d'aborder le diagnostic de l'appendicite, il est utile d'établir solidement les bases sur lesquelles ce diagnostic doit reposer ; voyons donc par quels signes, par quels symptômes se trahit l'entrée en scène et l'évolution de la maladie. Pour la facilité et la vérité de la description, passons en revue les différentes modalités de l'appendicite.

Dans une première catégorie, je place les appendicites qui revêtent au début une apparence bénigne : les douleurs sont localisées à la région appendiculaire, mais elles sont peu violentes et elles n'atteindront pas une vive intensité. La fièvre est nulle ou peut s'en faire, les vomissements font généralement défaut, la constipation est la règle. L'examen méthodique du ventre permet, dès les premières heures de la maladie, de localiser le maximum de la douleur au point de Mac Burney ; dans cette même région la défense et l'hyperesthésie cutanée sont facilement appréciables. Ce sont ces formes-là qui grossissaient autrefois le bilan de la typhlite dite stercorale. Aujourd'hui, le diagnostic est devenu facile, le pronostic seul est impossible car, malgré ses apparences de bénignité, malgré l'absence de symptômes bruyants et fébriles, pareille appendicite, ne l'oublions jamais, peut aboutir dès le troisième ou quatrième jour, d'une façon insidieuse, à la gangrène appendiculaire, aux accidents péritoneaux, à la toxi-infection du malade, qui mourra s'il n'est pas opéré à temps.

Le cas suivant peut servir de type à cette appendicite insidieuse d'apparence bénigne. Le 8 avril 1898, c'était un vendredi, je

fus appelé dans une famille dont je suis depuis de longues années le médecin. Un jeune homme de vingt-cinq ans, dans le courant d'une excellente santé, avait été pris, la nuit précédente, de douleurs abdominales qu'il croyait être de simples coliques. Il s'administra un purgatif et, n'ayant point de fièvre, il sortit dans la journée de vendredi ; mais se sentant mal à l'aise et les douleurs abdominales persistant, il rentra se coucher. Quand je vis ce jeune homme, le vendredi soir à neuf heures, je le trouvai sans fièvre, la température était à 37°2, et le pouls à 78. Le ventre était partout souple et indolore, excepté à la région appendiculaire, où je constatai une douleur assez vive avec légère défense musculaire et hyperesthésie cutanée. Sans être mauvais le facies laissait à désirer. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une appendicite d'apparence bénigne, sans réaction fébrile. Le lendemain, samedi, la situation était sensiblement la même, pas de fièvre, pas de vomissements ; mais la triade symptomatique, douleur, défense musculaire, hyperesthésie cutanée, était toujours localisée à la région appendiculaire. Je vis cinq fois ce jeune homme dans la journée du samedi, et malgré mon ardente conviction à faire opérer tout individu atteint d'appendicite, même d'apparence légère, je sentais que je serais obligé de me violenter quelque peu pour en arriver à prendre une décision.

Le lendemain matin dimanche, 18 Avril, troisième jour de la maladie, aucun symptôme nouveau ne s'était déclaré ; il n'y avait ni fièvre, ni vomissements ; le pouls n'était même pas à 80, mais la nuit avait été pénible et les douleurs appendiculaires avaient été plus aiguës. Ma décision fut aussitôt prise et j'eus la mission difficile d'annoncer à la famille qu'il fallait le jour même recourir à l'opération, mission d'autant plus pénible que ce jeune garçon, aux yeux de son entourage, ne présentait pas l'ombre de danger. La famille accepta le verdict et se soumit sans mot dire. Je priai M. Hartmann de venir voir le malade et de se charger de l'opération.

L'opération fut pratiquée le jour même, à 4 heures, et nous eûmes la preuve une fois de plus qu'en fait d'appendicite il faut opérer sans perdre un temps précieux, car, malgré l'apparente bénignité de la maladie, l'appendice était déjà gangrené et la péritonite était déclarée. Ce jeune homme guérit. Que fût-il arrivé, je vous le demande, si perdant, mon temps à appliquer le traitement dit médical, je me fusse contenté de quelques grains d'opium ou de quelques centigrammes de belladone, alors que le foyer toxi-infectieux appendiculaire préparait ses coups mortels ? Et ces appendicites d'apparence bénigne ne sont pas rares, il s'en faut ; je pourrais vous en citer une douzaine de cas vérifiés par l'opération. On pressent ce que donnerait la temporisation en pareille occurrence.

Dans une deuxième catégorie, je place les appendicites qui trahissent d'emblée leur gravité par des allures bruyantes. En quelques heures, en moins d'une journée, les douleurs de la fosse iliaque droite acquièrent une très vive intensité. La température monte rapidement, le pouls est accéléré, les vomissements sont précoces et fréquents. A l'examen du malade, on constate souvent que le ventre est endolori en différentes régions ; mais, si cet examen est pratiqué avec méthode et précision, c'est à la région appendiculaire que la triade douloureuse symptomatique apparaît au maximum : douleur très vive au point de Mac Burney, défense musculaire et hyperesthésie cutanée très accentuée à la même région. De toutes les variétés d'appendicite, c'est certainement celle-ci dont le diagnostic présente le moins de difficultés, car la netteté et la violence des symptômes ne laissent place à aucune hésitation.

L'exemple suivant résume bien le type des appendicites de cette catégorie. Dans la nuit du 23 au 24 juin 1896, un enfant de sept ans, n'ayant jamais eu le moindre trouble intestinal et s'étant couché en fort bonne santé, fut pris de douleurs de ventre bientôt suivies de vomissements M. Landowski, qui vit le petit malade le lendemain matin, constata la localisation des douleurs à la fosse iliaque droite au point de Mac Burney. Les douleurs étaient deve-

nues très intenses, la fièvre était très vive, la température à 40°, le pouls à 135. Appelé vingt-quatre heures après par notre confrère, qui dès la veille avait porté le diagnostic d'appendicite, je considérai la situation comme des plus graves: la douleur et la défense musculaire existaient dans toute la fosse iliaque droite, le facies était grippé, le ventre ballonné, le pouls petit et très accéléré, la température était toujours fort élevée, les vomissements persistaient; en un mot, tout indiquait une péritonite diffuse, sans qu'il fût possible de dire à quel moment les accidents péritonéaux avaient succédé aux accidents appendiculaires. Nous fûmes d'avis que l'opération devait être immédiatement pratiquée, et M. Routier en fut chargé.

L'enfant opéré à midi, c'est-à-dire trente-six heures après le début des accidents. A l'ouverture du ventre, on constata une péritonite séro-purulente diffuse sans tendance à l'enkystement; l'appendice était déjà gangrené et perforé; c'est dire que la situation était des plus alarmantes. L'examen de cet appendice me démontra que la gangrène et la perforation étaient sous-jacentes à un calcul appendiculaire qui avait transformé le canal en cavité close. L'enfant fut sauvé, mais vous pressentez ce qui serait sûrement arrivé sans l'intervention chirurgicale hâtive.

J'ai observé une vingtaine de cas de ce genre; il en est que j'ai fait opérer dès le commencement du second jour, dès la fin du premier jour; tous ces malades à appendicite violente et opérés d'une façon précoce ont guéri; j'ai la conviction qu'ils seraient morts si on avait temporisé; et si on avait laissé le mal aboutir à ces formes où la toxi-infection ne pardonne plus, quoi qu'on fasse.

Ces appendicites d'allure bruyante, très douloureuses, sont, je le répète, les plus faciles à diagnostiquer, mais d'autre part, c'est en pareil cas qu'il faut se méfier des améliorations factices qui surviennent assez fréquemment après la première éclosion des accidents, améliorations apparentes, qui feraient croire, si l'on n'était prévenu, à une amélioration réelle alors que le danger est là, imminent et terrible. Avis aux temporisateurs qui pour opérer attendent le refroidissement de l'appendicite.

Dans une troisième catégorie, je place les appendicites qu'on pourrait appeler *larvées*. Certes, la triade douloureuse symptomatique n'y fait pas défaut, mais elle est en partie masquée par d'autres symptômes qui dominent la scène. Chez tel malade, par exemple, les vomissements alimentaires ou bilieux sont le symptôme dominant et simulent une vulgaire indigestion. Que de fois cette erreur est commise dans les familles! que de fois le médecin n'est appelé que douze heures ou vingt-quatre heures après la soi-disant indigestion, alors que les vomissements associés à la triade douloureuse, qu'on retrouve quand on sait la chercher, n'étaient que le prélude de l'infection appendiculaire! J'ai été le témoin de six ou sept cas de ce genre, notamment chez deux jeunes enfants que je voyais, l'un avec M. Rénon, le 22 avril 1897, l'autre avec M. Leval, le 23 mai 1897; les parents crurent à une simple indigestion, et en réalité ces enfants étaient atteints de gangrène appendiculaire et de péritonite diffuse; ils ne durent la vie qu'à l'opération très hâtive que je fis pratiquer par M. Routier.

Dans quelques circonstances, l'appendicite larvée est défigurée ou masquée dès son début par une diarrhée profuse et abondante, que j'ai appelée diarrhée de défense; on dirait que sous l'influence d'un acte réflexe, l'intestin, par une abondante crise sécrétoire, cherche à se débarrasser de l'ennemi. La triade douloureuse symptomatique de l'appendicite n'y fait pas défaut, mais il faut savoir la mettre en saillie malgré le symptôme diarrhéique. Ce sont ces crises diarrhéiques qui contribuent à fausser le diagnostic et la pathogénie de l'appendicite; il faut bien se garder de les prendre pour une entérite ou une entérocolite. Je ne connais pas de plus bel exemple de cette forme larvée de l'appendicite que le cas dont il a été question ici à propos des accalmies traitresses: la jeune femme que j'avais vue avec MM. Pinard et Segond fut prise de diarrhée

dès ses premières douleurs appendiculaires, elle eut six garde-robes dans la nuit et deux garde-robes dans la journée suivante.

\* \* \*

Telles sont les principales modalités de l'appendicite; mais qu'il s'agisse de la forme en apparence bénigne, qu'il s'agisse de la forme intense et bruyante, qu'il s'agisse enfin de la forme larvée, c'est la *triade douloureuse* qui est notre fil conducteur, c'est elle qui nous permet de dépister et de préciser le diagnostic de l'appendicite.

Cette triade se compose de la douleur appendiculaire, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie cutanée. La douleur appendiculaire a des caractères qu'il faut bien connaître; elle n'atteint jamais d'emblée toute son intensité comme la douleur soudaine en coup de poignard consécutive à l'ulcère de l'estomac ou du duodénum. Pour si aigu que soit le début de l'appendicite, les douleurs appendiculaires sont *graduellement croissantes*; interrogez avec soin les malades, tâchez d'obtenir non pas des réponses vagues, mais une réponse précise, et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure, après plusieurs heures, que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité et encore même cette intensité n'est-elle pas toujours excessive.

La localisation de la douleur fournit au diagnostic l'appoint le plus considérable et à supposer que la douleur s'étende en divers sens, en haut vers le foie ou en bas vers la région inguinale, à supposer qu'au moment où vous examinez le malade son ventre tout entier soit douloureux, vous arriverez néanmoins, par une exploration attentive et méthodique, à localiser la région où la douleur a éclaté et le lieu d'élection où elle a acquis sa plus vive intensité. Ce lieu d'élection (point de Mac Burney), occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. C'est à ce niveau, que j'ai nommé région appendiculaire, que débute la douleur de l'appendicite; c'est là que, par la palpation, vous constatez son maximum d'intensité; c'est là qu'une légère pression vous permet de sentir la défense musculaire, c'est-à-dire la contracture et l'induration du muscle sous-jacent; c'est là, enfin, que, par le chatouillement de la peau, vous provoquez une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs, hyperesthésie qui se traduit par des mouvements réflexes parfois douloureux et étendus à une partie de la paroi abdominale.

Muni de ces signes cardinaux, il s'agit de les appliquer au diagnostic de l'appendicite. Je ne voudrais pas abuser de votre patience en discutant le diagnostic de toutes les maladies que, de près ou de loin, peuvent simuler l'appendicite, mais je dois insister tout particulièrement sur l'entéro-colite et la typhlo-colite, trop souvent confondues avec l'appendicite. Que l'entéro-typhlo-colite soit glaireuse, muco-membraneuse, sableuse, elle se présente avec un ensemble de symptômes dont la note dominante est la diffusion et la généralisation des douleurs. Ces douleurs, sous forme de coliques intestinales, occupent surtout le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant; dans les cas assez nombreux où le caecum participe à la poussée douloureuse, la douleur caecale est bien voisine, il faut en convenir, de la localisation de la douleur appendiculaire. Mais alors même que la douleur spontanée ou provoquée existe à la fosse iliaque droite, nous avons en faveur du diagnostic de la typhlo-colite la diffusion des douleurs, parfois très vives, qui suivent le trajet du côlon descendant. Pareille dissémination ne se voit pas au cas d'appendicite. De plus, chez le malade atteint d'appendicite, la défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée localisées à la zone appendiculaire sont des symptômes pour ainsi dire constants; tandis qu'ils sont nulles ou insignifiants au cas d'entéro-colite. L'analyse des déjections après une crise d'entéro-colite permet fréquemment de retrouver les mucosités, les membranes, le sable qui sont les témoins de la crise intestinale; rien de pareil au cas d'appendicite.

Le sujet atteint d'appendicite est presque toujours, pour ne

pas dire toujours, pris d'appendicite dans le cours d'une excellente santé ; il n'a pas de passé intestinal, c'est du moins ce que j'ai constaté dans les 64 cas de ma statistique, tandis que le sujet pris d'une attaque d'entéro-colique vous raconte que depuis des mois ou des années il est sujet à des dérangements intestinaux ; un refroidissement, un aliment indigeste, une fatigue, provoquent chez lui des coliques, de la diarrhée ; il traverse souvent des périodes de constipation, il surveille avec soin ses garde-robes, il a plusieurs fois remarqué dans ses déjections des mucosités, des glaires, des membranes et plusieurs fois aussi il a eu des crises douloureuses analogues à celles que vous constatez ; en un mot, il a un passé intestinal.

Nous ne saurions trop appeler l'attention sur ce diagnostic différentiel de l'appendicite et de la typhlo-colite. Aujourd'hui surtout que l'appendicite inspire aux familles et aux médecins une terreur salutaire, il faut se garder de voir partout l'appendicite, il faut éviter de conseiller l'opération pour une appendicite qui n'existe pas. Si j'insiste avec quelque complaisance sur ce point, c'est que j'ai vu ces temps derniers une dizaine de personnes chez lesquelles j'ai déconseillé l'opération alors que l'opération allait être pratiquée. Ces personnes-là avaient des entéro-colites, elles avaient des typhlo-colites, muqueuse, membraneuse, sableuse, elles n'avaient pas d'appendicite. J'ai eu, il y a quelques mois dans mon service à l'Hôtel-Dieu, un malade qui avait été opéré d'appendicite alors qu'il n'avait que l'entéro-typhlo-colite. Le médecin et le chirurgien, avec une bonne foi et une complaisance dont je ne saurais trop les remercier m'ont envoyé le malade et l'appendice. L'appendice était absolument sain, je vous le montre dans ce bocal ; quant au malade, il a continué malgré l'opération sa crise d'entéro-typhlo-colite muqueuse. Il avait, du reste, été pris six mois auparavant d'une crise semblable qui avait été considérée et traitée comme une appendicite et qui aurait pu, par conséquent, par erreur, être portée à l'actif des appendicites guéries par le traitement dit médical.

\* \* \*

Après avoir répondu à l'invitation de M. Pinard concernant le diagnostic de l'appendicite, que M. Ferrand me permette de lui adresser quelques observations relativement au traitement dit médical dont il a entretenu l'Académie.

Les purgatifs formellement proscrits par quelques-uns sont préconisés par M. Ferrand. L'opium, tant vanté par certains médecins, ne trouve pas grâce devant notre collègue, c'est même pour lui "un agent souvent plus dangereux qu'utile". Le vrai médicament de l'appendicite serait, pour M. Ferrand, la belladone, qui "loin de suspendre les sécrétions de l'intestin et d'en paralyser la motricité, favorise au contraire, ces deux ordres de fonctions".

Ces différentes théories thérapeutiques, qu'il s'agisse de purgatifs, de belladone ou d'opium, prouvent que les anciennes doctrines concernant la pathogénie de l'appendicite planent encore sur nous, tant il est difficile de déraciner les erreurs invétérées ; elles prouvent qu'on ne s'est pas encore suffisamment affranchi des idées qui tendent à solidariser l'appendicite avec le reste de l'intestin. Qu'on peut faire à l'appendicite, je vous le demande, qu'on administre ou non quelques grammes de magnésie, quelques grains d'opium ou quelques centigrammes de belladone ? Il y a là un canal appendiculaire qui vient d'être hermétiquement fermé ; il y a là une petite cavité close absolument isolée de l'intestin et dans laquelle se fait à couvert la terrible toxo-infection que vous savez ; que peut lui faire qu'on administre ou non le purgatif, la belladone ou l'opium ?

Non seulement le traitement dit médical est entaché de nullité, mais il n'a même pas le mérite d'arriver à temps. En effet, à la première alerte, au premier signal douloureux qui nous révèle l'entrée en scène de l'appendicite, le mal est déjà fait, le canal est bouché, la toxo-infection qui s'élabore dans l'étuve appendiculaire a commencé ses ravages, et nul ne sait où ces ravages s'arrêteront ; les colonies

microbiennes exaltées traversent les parois de la cavité close, les vaisseaux appendiculaires se thrombosent, la gangrène est imminente, les toxines se résorbent, et pendant ce temps-là vous discutez sur les propriétés respectives de la belladone et de l'opium !

Nous les connaissons, du reste, les résultats du traitement dit médical : il donne 30 pour 100 de mortalité, nous a dit M. Chauvel, sans compter que les malades qui n'ont pas succombé à cette première attaque appendiculaire sortent de là avec un appendice adhérent, prêt aux récidives, récidives souvent mortelles à brève ou à longue échéance, ainsi que nous l'a si bien démontré M. Reclus dans sa dernière et intéressante communication.

Notre honorable collègue M. Ferrand, dans son éloquent plaidoyer en faveur du traitement dit médical, nous cite les opinions de plusieurs chirurgiens qui prêchent la temporisation et s'abritent derrière le traitement médical. Loin de moi de critiquer en rien la conduite de nos collègues et amis, mais sur cette question vitale du traitement de l'appendicite il faut pourtant bien nous entendre et nous compter. Oui, quelques chirurgiens, et des meilleurs, prêchent la temporisation ; ils sont temporisateurs. Que faut-il donc entendre par temporisateurs ? Lisez les comptes rendus ou les bulletins de la Société de chirurgie et vous y trouverez la réponse. Le chirurgien temporisateur redoute l'opération de l'appendicite pendant sa phase aiguë et fébrile ; il préfère attendre que l'appendicite soit refroidie. L'un nous dit : "Une simple douleur du côté de l'appendicite avec une réaction locale et générale modérée et tendance régressive, sous l'influence du traitement médical rigoureux, ne commande pas à mes yeux l'opération." Je demanderai à ce chirurgien ami ce qu'il entend pas le traitement médical rigoureux, et je lui citerai une dizaine de cas où des gens atteints d'appendicite "peu douloureuse avec une réaction locale et générale modérée" seraient probablement morts s'ils n'avaient pas été opérés à temps, car ils étaient en pleine péritonite et leur appendice était perforé ou gangrené. Un autre chirurgien temporisateur pratique le traitement médical "en recevant son malade matin et soir, notant chaque fois avec précision sa température, son pouls, l'état de son faciès, se tenant prêt, au moindre changement défavorable, à modifier sa ligne de conduite et à opérer s'il le juge convenable". Je répondrai à notre honorable collègue que l'accentuation des lésions est loin d'être en rapport avec l'accentuation des symptômes cliniques, et c'est même assez fréquemment pendant une amélioration trompeuse ou pendant une accalmie traîtresse que le coup mortel se prépare.

Un autre chirurgien nous dit "que dans les formes plastiques et rassurantes de l'appendicite on peut, sans danger, attendre la fin de la période aiguë et opérer pour ainsi dire à froid". Je répondrai à mon collègue et ami que je ne connais pas les "formes rassurantes" de l'appendicite, car j'ai vu mourir plusieurs malades, alors que l'on se croyait en droit d'être rassuré.

En résumé, je ne trouve dans les différentes formules employées par les temporisateurs rien qui puisse me convaincre. En fait d'appendicite hélas ! chacun temporise à sa manière, le malade temporise en faisant appeler trop tard son médecin, le médecin temporise en faisant appeler trop tard le chirurgien, le chirurgien temporise avec l'espoir souvent déçu que le traitement dit médical lui permettra d'attendre le moment d'opérer l'appendicite à froid, et ces temporisations subintrantes vous savez où elles conduisent.

En opposition avec les temporisateurs, il y a les radicaux, ceux qui, sans phrase, sans amendements, sans concession, préconisent l'opération toujours en temps voulu ; ce qui veut dire l'opération aussi précoce que le nécessitent les circonstances. La phalange de ces chirurgiens et médecins radicaux compte un nombre important d'adhérents et s'accroît tous les jours. M. Reclus, en parlant ici de ma formule intransigeante de radical endurci reconnaît "que cette formule est peut-être, à cette heure, la plus raisonnable, celle qui évitera le mieux les catastrophes, vu l'impossibilité pour la clinique

actuelle de prévoir à ses débuts la marche certaine de l'appendicite quelle qu'elle soit". M. Pinard est dans les mêmes opinions quand il nous dit : "Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention".

Radical, notre collègue M. Chaput, quand il nous dit "qu'une toute appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, parce que cette opération précoce peut seule sauver des malades que l'expectation tuerait à coup sûr, Radical, notre collègue M. Segond, quand il nous dit : "Certains chirurgiens prétendent qu'on opère trop les appendicites, or, je suis convaincu qu'on ne les opère jamais assez ; cette déclaration est, je pense, assez claire..... J'ai vu les désastres que peut entraîner la temporisation, je n'ai jamais regretté d'avoir opéré trop tôt." Radical, notre collègue M. Hartmann, quand il nous dit : "Au début d'une appendicite, notre devoir est d'agir chirurgicalement : si j'avais une appendicite je me ferais opérer, non dans les vingt-quatre heures, mais dans les douze premières heures." Radicaux, nos collègues Pozzi, Poirier, Rouquier, Kirmisson, Tuffier, Micheaux "qui veulent qu'on opère rapidement et chacun apporte à l'appui de l'opinion qu'il soutient d'excellents arguments" (Hartmann).

Je me trouve donc, il me semble, en assez bonne compagnie pour mener le bon combat, et je n'ai pas à me repentir d'une formule que j'avais faite, avec intention, un peu draconienne ; cette formule, contre laquelle notre collègue M. Tillaux a protesté à la Société de chirurgie, alors qu'il aurait pu porter ses doléances à la tribune de l'Académie, où j'aurais eu l'honneur de lui répondre.

En résumé, je crois que le moment n'est pas éloigné où nous serons tous, d'accord, ou presque tous, pour nous entendre sur le seul traitement vrai de l'appendicite, et je me permets de reprendre une fois de plus mes anciennes conclusions :

Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Avec un diagnostic bien fait, avec l'opération pratiquée au moment voulu et suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents.—(La Presse méd.)

#### Traitement médical de l'ongle incarné. (1)

Nous avons relaté l'an dernier le traitement de l'ongle incarné préconisé par le Dr Tardif, de Longué, au moyen de la pommade au nitrate de plomb. Cette méthode a depuis, obtenu les honneurs de nombreuses expérimentations.

Les résultats de cette méthode sont tels que le Dr Montprofit, d'Angers, a abandonné, dans ces cas le bistouri, et a fait connaître ce traitement par le nitrate de plomb à plusieurs confrères qui, dit-il l'ont employé avec le plus complet succès.

De son côté, le Dr Marais affirme, dans l'Année médicale de Caen, qu'en présence d'un ongle incarné il n'a jamais eu besoin de recourir à l'intervention chirurgicale, et a toujours réussi en appliquant la méthode employée par Le Fort, et décrite par lui dans le Manuel de médecine opératoire, de Malgaigne.

Elle consiste à introduire, d'abord entre l'ongle et la partie végétante, une fine mèche de charpie ou une lanière d'amadou imbibée de perchlorure de fer, et à maintenir le tout avec une petite bande de baudruche ou de diachylon.

Au bout de quelque jours, ce pansement se détache spontanément : on arrive alors facilement dans le fond du sillon unguéal et on répète la même opération en soulevant l'ongle de façon à passer une partie de la petite lanière d'amadou sous le bord de l'ongle. Quand ce pansement est bien exécuté, les malades marchent sans aucune douleur. Il suffit de leur recommander de ne jamais porter de chaussures, ni même de chaussettes trop courtes ; de couper l'ongle carrément. On a même conseillé de pratiquer une encoche sur le bord libre, dans le voisinage de la partie incarnée ; cette perte de substance aidant au redressement de l'ongle pendant sa croissance. Le

Fort conseillait, pour éviter les récurrences, de ramener le second ongle au-dessus du premier, en le maintenant dans cette position au moyen d'une petite bande emplastique.

En résumé, dit M. Marais, on ne devrait jamais opérer un ongle incarné, car un traitement très simple et une bonne hygiène de la chaussure, permettent de débarrasser radicalement les malades de leur infirmité. (Concours médical).

#### Traitement de la pelade Par l'acide lactique.

MM. F. Balzer et Stonianowich ont employé à l'hôpital Saint-Louis le traitement de Richenia contre la pelade, à l'aide d'une solution d'acide lactique ainsi composée :

Acide lactique.....	15 grammes.
Eau distillée.....	30 —

Cette solution après le dégraissage de la peau au moyen de l'alcool et de l'éther est appliquée à l'aide d'un petit tampon de coton hydrophile légèrement imbibé et avec lequel on frotte la surface peladique jusqu'à rubéfaction. La douleur n'est pas très vive après la première application ; elle devient plus intense aux frictions suivantes. Elle est toujours tolérable et disparaît en un quart d'heure environ. La peau ne tarde pas à devenir rouge, l'épiderme s'irrite, forme des croûtes et desquame. Quand l'irritation devient un peu trop vive, il convient d'interrompre les frictions ; on applique alors pendant quelques jours de la vaseline boriquée.

Les résultats obtenus ont été favorables. Sur 19 cas de pelades en aires du cuir chevelu, la guérison a été obtenue :

En deux mois.....	4 fois.
En deux mois $\frac{1}{2}$ .....	4 —
En trois mois.....	5 —
En trois mois $\frac{1}{2}$ .....	2 —

En outre, trois cas ont été rebelles au traitement.

(Journal des Praticiens).

#### Les accidents nerveux du cancer.

KLIPPEL.

Ces accidents relèvent tous des mêmes facteurs pathogéniques et, par le fait, ils peuvent être réunis en un même groupe. Cependant les plus constants et les premiers en date semblent surtout relever des toxines du cancer, de bonne heure en action sur le système neuro-musculaire. Ils consistent en troubles d'hyperexcitabilité fonctionnelle et précèdent les lésions anatomiques profondes qui peuvent venir les modifier. D'autres, plus rares et aussi plus tardifs, sont plus spécialement en rapport avec l'auto-intoxication que commande la destruction progressive des organes. En tout ceci il n'y a rien d'exclusif.

Les accidents nerveux du cancer sont le plus souvent limités aux signes neuro-musculaires qu'on retrouve chez tout sujet débilité : perte de la force musculaire ; myœdème généralisé, intense, facile à produire ; exaltation des réflexes ; diminution des réactions électriques ; tachycardie plus ou moins prononcée.

On y peut reconnaître l'exaltation de l'irritabilité des éléments musculaires et des neurones, en même temps que la diminution de la force statique. De tels phénomènes, qui sont l'indice d'un trouble profond de la nutrition, doivent être rattachés à l'action de toxines résorbées au niveau de la tumeur cancéreuse et diffusées dans tout l'organisme. La désassimilation organique, et en particulier des albuminoïdes, qui invariablement accompagne l'hyperexcitabilité neuro-musculaire et qui est sous la dépendance des mêmes toxines, permet de rapprocher leur action de celle des poisons excitateurs du système nerveux, par opposition avec les poisons paralysants qui s'accompagnent de la diminution des échanges organiques.

L'hyperexcitabilité est encore l'indice que les organes neuro-musculaires sont en imminence de destruction. Ces mêmes fonctions des tissus semblent, en effet, s'exalter au moment même où ces tissus commencent à se détruire. Et de fait, cet état d'hyperexcitabilité finit souvent par aboutir à des lésions dégénératives diffuses des muscles et des nerfs.

Plus tard, dans une autre phase, la cachexie cancéreuse qui se poursuit, va entraîner des modifications profondes dans tous les organes et, en conséquence, une auto-intoxication dont les délires et d'autres accidents cérébraux sont la conséquence.

(1) Voir La Revue Médicale, vol. I, no. 40, page 319.



L'anatomie pathologique a, en effet, montré que le foie, la rate, les reins, etc., étaient à cette époque le siège d'altérations fort importantes. Ainsi Perroud décrit la dégénérescence graisseuse du foie, puis la même altération des épithéliums du rein, qui surviendrait un peu plus tard. Plus récemment, F. Meyer, dans des expériences sur la toxicité de l'extrait de la rate des cancéreux, démontre que cette toxicité s'accroît considérablement dans le cancer. Ainsi, la rate qui, d'après les recherches de Foa et de Pellacani, est le moins toxique des viscères, acquiert dans la cachexie une toxicité représentée par une quantité d'extrait de 0,73 c. c. par rapport à une quantité de 1,5 chez les non cancéreux.

Pour le foie le rôle de l'auto intoxication, indiqué par Albu est démontré pour le coma cancéreux, qui atteint son maximum de fréquence dans le cas où ce sont les organes gastro-intestinaux qui sont le siège de la tumeur.

Des recherches multiples sur la composition des urines et la nutrition des cancéreux ont montré à Vogel, Rommelaire, Jaccoud, Grégoire, Thiriac, Gártig, Noorden, Klempere, Muller, Schopp, Laudenhaimer, Moraczewski, F. Meyer, etc., la modification que subissent les échanges organiques; Griffiths, a reconnu la présence de bases organiques dans les urines; Ewald et Jacobson y ont trouvé des ptomaines par la méthode de Brieger, dans deux cas de cancer de l'estomac; Albu y a reconnu la présence d'alkaloïdes; F. Meyer dans ses expériences, a pu établir que dans certains cas de cancer, les urines étaient deux et trois fois plus toxiques. Le rôle de l'auto intoxication apparaît encore avec évidence par la diminution de la fonction rénale, au moment où apparaît le coma cancéreux ou au cours de cet accident. Ces faits qui sont la preuve de l'importance pathogénique de la fonction rénale et du rôle de l'auto-intoxication, constituent une notion précieuse, en ce qui concerne la thérapeutique générale des cancéreux.

(Archives générales de médecine)

#### Un signe nouveau pour la diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Par le Dr MURAT.

Ce symptôme est d'ordre subjectif. Il s'agit d'une sensation anormale qu'éprouvent les malades: quand ils parlent fort, leur voix fait vibrer d'une manière sensible le poumon tuberculeux.

Quand la conversation s'anime et qu'ils ont des éclats de voix, il en est même, comme j'en ai observé un cas, qui cherchent à atténuer cette résonnance gênante de la région infiltrée en immobilisant le bras du côté correspondant près du tronc, d'un mouvement instinctif. N'est-ce pas là une véritable sourdine mise au thorax du côté où il vibre?

Il faut évidemment rechercher ce signe car, s'établissant insensiblement et n'étant pas douloureux, il n'éveille nullement l'attention des malades. Mais que le médecin les interroge, les oblige à s'étudier sur ce point, leur fasse faire en sa présence de fortes expirations parlées, des "hums!" retentissants et ils reconnaîtront que les vibrations de la voix se propagent dans le poumon gauche, par exemple, tandis qu'aucune sorte de sensation n'est perçue du côté sain. L'opposition est nette. Il semble au sujet que le poumon tuberculisé est seul en relation avec le larynx.

Il serait plus difficile par le simple interrogatoire de déterminer le siège précis et l'étendue de la résonnance, quoique le malade accuse bien vers le sommet du poumon, par exemple, le lieu de celle-ci.

Ce signe découle logiquement de l'épaississement du parenchyme et est de même ordre que l'augmentation des vibrations et la bronchophonie. Je ferai remarquer que la constatation nette de ceux-ci n'est pas toujours contemporaine de la sensation de résonnances, si précocement perçue par les malades. C'est ainsi que chez l'un de

mes tuberculeux ce signe était déjà très net en un temps où l'auscultation la plus minutieuse ne permettait de déceler aucune altération morbide.

Ce symptôme mérite d'être signalé non seulement à titre de signe précoce, de "révélateur" très sensible de la maladie, précieux dans les cas où celle-ci débute par des noyaux centraux d'infiltration, mais encore comme signe permanent, ayant une place marquée dans la symptomatologie des périodes plus avancées de la phthisie.

(Gaz. Herb. de Méd. et de Chir.)

#### Operation de Winkermann pour Hydrocele

Winkermann s'est servi pendant un an et demi, avec les résultats les plus satisfaisants, d'une méthode très simple mais radicale de traitement de l'hydrocèle.

On enlève le liquide par une incision de trois à quatre centimètres de longueur, le plus près de pôle supérieur, après anesthésie locale avec la solution de Schleich. On attire ensuite le testicule au dehors assez loin pour le découvrir de la tunique vaginale qui le recouvre, cette dernière se trouve renversée alors en dehors. On fait un ou deux points de suture pour prévenir le retour du testicule dans son sac on replace la tunique vaginale et on suture la peau. Des adhérences se forment bientôt, et cette opération inoffensive se montre aussi efficace que les moyens les plus radicaux. Le testicule reste un peu plus haut qu'à l'état normal, et il peut se former un léger gonflement œdémateux, mais il n'y a aucun autre inconvénient, et on peut renvoyer le malade de suite, vu qu'il n'y a aucun danger d'hémorragie.

(Col. f. Chir.)

## FORMULAIRE

### Contre les gastralgies

(DIEULAFOY)

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 01 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 03 —
Eau de chaux.....	100 grammes.

(Progrès méd.)

### Blepharite

(M. TROUSSEAU.)

Applications sur les yeux, chaque matin, pendant un quart d'heure de compresses chaudes imbibées de :

Sulfate de zinc.....	3 grammes.
Eau distillée.....	300 —

(CHANOT.)

Grands lavages chaque matin avec la solution suivante employée chaude :

Monol.....	10 grammes.
Eau distillée.....	1 litre.

### Acide chromique

Végétations, Verrues.

#### 1. Solution astringente :

Acide chromique.....	10 grammes.
Eau distillée.....	100 —

#### 2. Solution caustique :

Eau distillée.....	10 grammes
Acide chromique.....	10 —

On cautérise les verrues et les végétations en y mettant une goutte de cette solution au moyen d'une baguette de verre.

(L'Indépendance Médicale)



## TRAVAUX ORIGINAUX

## Société Médicale de Québec

SÉANCE DU 23 MARS 1899.

En l'absence de Monsieur le docteur Catellier qui devait continuer à nous communiquer ses idées sur les maladies contagieuses, M. le Président invite les membres à soumettre à l'assemblée le fruit de leurs observations sur l'INFECTION URINEUSE. Cette séance fut très intéressante, MM. les docteurs Ahern, Brochu, Faucher, Simard et Paquin, prirent part à la discussion.

Comme introduction à ce sujet, M. le docteur Faucher demande pardon de n'avoir à présenter à la Société que la courte histoire suivante du seul cas d'empoisonnement urinaire qu'il ait rencontré dans sa pratique.

M. le Dr P. V. FAUCHER

Ce matin encore, dit-il, je ne me rappelais pas avoir jamais traité un malade de cet accident lorsque je fus appelé auprès d'une femme qui a déjà souffert de ces misères, quoique bien légèrement. Si je rapporte ce cas bénin, ce n'est que pour inviter mes confrères à nous faire partager le fruit de leur expérience, surtout au point de vue du traitement.

En novembre 1897, Madame F... M..... se fait traiter pour une blennorrhagie "qui ne dure que quelques jours."

En juillet 1898 on m'appelle auprès d'elle pour examiner "une tumeur qui lui pousse dans les parties depuis quelque temps. Elle souffre alors de douleurs un peu vives en urinant; ses urines sont chargées.

La grande lèvres droite est de la grosseur du poing. A son tiers inférieur on voit une ouverture d'où s'écoule un pus très lié, et qui ressemble beaucoup aux suites d'un abcès de ces parties, amené par une inflammation de la glande de Bartholin.

En écartant cette grosse lèvre on aperçoit un certain nombre de végétations qui entourent et masquent le méat, et même pénètrent dans le canal urétral. On y trouve du pus analogue à celui qui s'échappe de l'ouverture dont je viens de parler.

La femme est enceinte de 7 à 8 mois d'après l'histoire de sa grossesse et le volume de l'utérus.

En raison du mauvais voisinage je n'ai pas cru alors nécessaire d'examiner par le vagin.

Pendant quelques jours je lave antiseptiquement les parties infectées, ainsi que l'urètre et la vessie, ce qui amène une diminution du pus. Mais celui qui s'écoule de la grande lèvre cède plus difficilement. J'introduis le doigt dans ce trajet et j'arrive sur une tête de fœtus. Je traitai ensuite avec succès pour une endométrite d'un col très hypertrophié, et je fis disparaître les végétations avec de la poudre de résorcine. Mais soit par l'action propre de la résorcine, soit en raison des autres manipulations destinées à combattre l'infection, la femme vint à souffrir de rétention d'urine. Je dus avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires pratiquer le cathétérisme. La femme eut alors un frisson assez prolongé, puis une période de chaleur et la crise se termina par des sueurs abondantes. La malade put ensuite vider seule sa vessie pendant quelques jours. Mais la même rétention survint et chaque fois le cathétérisme fait naître une crise semblable qui dura plusieurs heures. Quelles que fussent les précautions prises, j'eus à chaque intervention une crise

plus ou moins légère. Était-ce réellement une infection amenée par le contact du cathéter dans un milieu infecté, et, en dehors de ces précautions antiseptiques, y a-t-il quelque moyen de prévenir ou d'arrêter la fièvre urinaire ?

M. le Dr ARTHUR SIMARD

Alors M. le Dr Art. Simard ajoute à l'intéressante communication du Dr Faucher celles non moins instructives qui vont suivre. Elles sont appuyées sur deux observations qui lui sont personnelles.

J'ai voulu, dit-il, vous soumettre quelques points intéressants dans le symptomatologie et les nombreux ennuis et déboires rencontrés dans le cours du traitement de ces urinaires, malades à symptômes complexes, et qui mettent trop souvent en échec, notre perspicacité et la longue théorie de nos moyens d'action.

Je vous le dis sans détour, ce sont des malades bien ennuyeux à soigner — de vraies boîtes à surprises. — Que ceux qui ont été plus heureux que moi le disent et il me sera très agréable de prendre leurs suggestions et de changer ma religion, sur des points qu'elle a été d'ailleurs quasi impuissante à résoudre.

J'ai épuisé, ma sagacité, mes moyens de traitement, et si j'ai eu de temps à autre, ce qui paraissait être des succès; ça n'a été malheureusement que des demi succès — à peine des succès d'estime; car, l'amélioration quand elle a paru s'affirmer, n'a jamais présenté ce caractère de durabilité qui satisfait tant le médecin pratiquant.

Mon premier urinaire — je dois le dire — n'a certes par aidé son médecin et il est à supposer qu'avec un bon hygiène et surtout un traitement plus prolongé ou plus actif il eut pu espérer une amélioration de longue durée, voire même, une quasi guérison — mais pour l'autre, il n'y a pas d'illusions possibles, les prescriptions ont été suivies à la lettre et cela ne l'a pas empêchée de faire complications sur complications et de se voir actuellement en route pour la cachexie avec la tuberculose pulmonaire comme affection surajoutée et dominant la scène morbide.

Mon premier urinaire n'est pas un jeune homme ni encore un vieillard; il n'avait que 49 ans lorsque j'ai été appelé à lui prodiguer mes soins il y a deux ans.

La maladie dont il souffre date de très loin et pour parler comme lui, son origine se perd dans les brumes de ses souvenirs de jeunesse dorée et quelque peu irrégulière.

Ce qui est certain cependant, c'est qu'une blennorrhagie est venue traverser ses aventures il y a à peu près 25 ans, et il en garde, dit-il, un souvenir ineffaçable et surtout cuisant. On lui a passé des sondes au début de sa carrière blennorrhagique — non sans douleurs vous pensez-bien. Pourquoi? Il n'en sait rien.

Sans doute pour un rétrécissement imaginaire et sa vessie dès ce moment a été infectée.

C'était avant la pratique de l'antisepsie, et en pleine évolution de son urétrite — il n'est pas étonnant que l'infection vésicale se soit facilement produite. Il garde encore l'impression des douleurs vésicales après la miction, des envies fréquentes et impérieuses qu'il ressentit alors, de ses difficultés à expulser une urine lourdement chargée de matières et ordinairement toute brouillée.

Il ne s'est jamais soigné depuis; et la douleur et les symptômes atténués, il ne s'est pas plus préoccupé de sa vessie que de ses créanciers. D'ailleurs, il a toujours eu horreur de tout traitement qui intéressait de près ou de loin ses organes génitaux.

Donc, depuis 25 ans, uréthro-cystite chronique. Jamais d'ailleurs il n'a pissé comme les autres et après une petite noce où un souper un peu court vêtu il se rappelle dit-il, fort bien, que c'était fatal, les mictions augmentaient en fréquence et son urine se réchauffait. Bref, cystite certaine. En passant permettez-moi de vous faire remarquer cet abus de la sonde que bien des médecins pratiquent et trop souvent pour des rétrécissements qui ne peuvent pas exister n'ayant pas eu le temps de se produire.

Maintenant notre malade est de souche indéniablement tuberculeuse ; a même été un jour suspect de tuberculose pulmonaire, mais a résisté et réussi à dépasser le cap sans trop d'émotions et à l'heure actuelle, il est exempt de toute tuberculose. Il n'a jamais eu de maladies dignes d'être rapportées ; mais c'est depuis longtemps un alcoolique convaincu, une réputation bien établie et méritée.

Depuis 5 ou 6 ans la scène s'est un petit peu modifiée et toujours d'après son dire, notre malade urinait difficilement, mettait du temps à vider sa vessie, continuait même à la vider alors qu'il croyait en avoir fini. Sa vessie ressemblait à une horloge, toutes les 2 ou 3 heures il fallait qu'il se présentât à l'urinoir.

C'est déjà, n'est-il pas vrai, un indice presque certain qu'il ne vidait pas sa vessie complètement mais n'en expulsait que le surplus.

Il était aussi d'une sensibilité toute spéciale aux baisses sans la température, avait sans raison des accès de frissonnements assez prolongés et tout à fait curieux, accompagnés ou suivies, à brève échéance, d'indigestions des plus fortes, qui venaient se griffer sur une vieille dyspepsie assez incompréhensible, disait-il, qu'il traînait depuis quelques années.

Au moment où j'ai été appelé à lui prodiguer mes soins, le tableau était autrement plus sombre que cela.

Apparence générale mauvaise, semi comateux, quasi impossibilité de pouvoir réunir deux idées à la queue leu leu, voix faible, paroles inarticulées, teint terreux, peau sèche, céphalalgie, impossibilité de mastiquer quoi que ce soit, langue urinaire, perte complète d'appétit, un *grand dyspepsique*, amaigrissement prononcé, un peu de congestion passive des poumons, subtilirium le soir, temp., 38.3 à ce moment écroulé dans son fauteuil. Il urine 25 fois par jour en moyenne, une urine lavée vésicale et rénale, contenant du mucus, du pus, de l'albumine et des cylindres. Les reins par la palpation (ballotement Guyon) sensibles des deux côtés. Bref l'aspect général dénote un urinaire rendu au dernier degré de l'empoisonnement urinaire.

A l'examen direct, le malade ne vide pas sa vessie ; le canal très rétréci laisse passer un explorateur à boule No. 8. (Charrière)—prostate normale.

Le diagnostic s'imposait : canal rétréci avec une vessie actuellement impuissante à expulser l'urine, cystite chronique avec nephrite chronique double ascendante, empoisonnement urinaire chronique avec prédominance de symptôme cérébraux.

Jusqu'ici, quelque complexe que soit notre malade, il n'est pas une rareté. C'est un urinaire non traité et maltraité en plus par l'alcool.

Mais c'est quand il s'est agi de le traiter que la scène est devenue intéressante.

En raison de son nervosisme, la première séance n'a pu consis-

ter qu'à établir le diagnostic, examen aseptique et très prudemment conduit. Deux heures après cette séance de deux minutes, il a fait la plus belle attaque de fièvre urinaire aiguë qui se puisse voir.

Frisson intense pendant  $\frac{1}{2}$  heure, 40.2 temp. puis stades de chaleur et sueurs.

Malade sans connaissance, congestion pulmonaire, vomissements, relâchement des sphincters. La scène a duré trois heures et tranquillement il s'est remonté avec un traitement approprié pour aider la réaction, et le lendemain tout était rentré dans l'ordre, le malade étant courbaturé, brisé, mais tout disposé à reconstruire le traitement. Comme il y avait urgence, j'ai pratiqué la dilatation lente et prudemment conduite afin de pouvoir lui vider et laver la vessie.

(Lavage de la vessie après évacuation complète et laissé de l'eau boriquée tiède à 4°/° dans la vessie, temp. 38.1). Deux heures après, même attaque, mais cette fois avec une intensité telle qu'une terminaison fatale fut pendant plusieurs heures en question. Le lendemain, aucun traitement, malade brisé, mais un peu amélioré du côté vésical et de l'état général, temp. 37.8, 38.4.

Tous les deux jours pendant deux mois je lui ai fait des lavages avec dilatation lente et à chaque fois même attaque de fièvre urinaire aiguë, seulement plus l'amélioration vésicale se manifestait, moins intenses devenaient les attaques. Son état général d'ailleurs devenait meilleur de jour en jour, l'appétit renaissait, les digestions devenaient de beaucoup plus faciles pour des aliments substantiels et de facile digestion, les symptômes cérébraux étaient disparus, le malade revenait à la vie, causait maintenant avec facilité, seulement sa vessie n'était pas encore parfaite et les lavages se continuaient sans interruption, faciles maintenant en raison de l'élargissement du canal uréthral.

La temp. était normal 37.3 depuis le cinquième lavage, mais, néanmoins, même après deux mois, quelques heures après une intervention chirurgicale dans sa vessie la même attaque réapparaissait, cette fois atténuée, gazeuse, avortée, comme marquant son entrée en scène et ne faisant pas long feu.

Après deux mois et demi de traitement, excessivement amélioré du côté de sa vessie et de son état général, mon malade, que toute intervention ennuyait, abandonna tout traitement quitte à le reprendre plus tard.

D'ailleurs il était rajeuni, remplumé à tel point que ses amis qui avaient sérieusement pensé à se séparer de lui, ses créanciers même, n'en revenaient pas. Il avait abandonné l'alcool et bien décidé à persévérer.

Naturellement je ne me suis pas contenté de l'anodin acide borique par le traitement local. Le nitrate d'argent et le sublimé purent mettre leurs qualités en lumière.

Traitement général : reconstituant ; purgatifs doux, l'eau de Vichy etc.

Mais ce que je veux mettre en lumière c'est cette susceptibilité à faire des attaques de fièvre aiguë à chaque fois qu'on lui touchait l'épithélium du canal et de la vessie et la banqueroute de mes moyens de traitement pour les prévenir.

(A suivre)

## REVUE DES JOURNAUX

## Technique de l'hystérectomie par voie vaginale

Par M. le Dr THIÉNOT (d'Abbeville.)

*Historique.* — Czerny (1879) et l'école Allemande: Billroth, Schröder, Wœlfier (1880), Muller (1881), pratiquèrent comme Récamier (1829) la ligature préventive en étages des ligaments larges.

Péan substitua suivant sa méthode générale l'emploi de pinces aux ligatures. Ultérieurement il imagina le morcellement, et en particulier la section du col.

Richelot proposa en novembre 1885 à la Société de Chirurgie de laisser à demeure des pinces sur le ligament large.

Doyen (de Reims) imagina et présenta en 1887 ses pinces à mors élastiques.

Enfin, depuis, cet auteur et d'autres ont fait construire des pinces puissantes, réduisant les tissus à l'épaisseur d'une feuille, pinces auxquelles on donne le nom d'angiotribes. En écrasant les vaisseaux ces pinces assurent l'hémostase.

*Division.*—L'hystérectomie est plus ou moins difficile et dangereuse selon la cause pour laquelle elle est indiquée.

Nous étudierons l'hystérectomie avec utérus peu gros et non adhérent, faite pour métrosalpingite, ou névralgies utérines graves, ou prolapsus.

*Précautions préliminaires.*—Les malades doivent être préparées les jours précédents par des injections antiseptiques: des bains généraux savonneux. La veille on purge la malade et le matin elle prend un grand lavement. Au dernier moment on entoure les jambes de bottes ouatées bien faites car elles doivent rester deux ou trois jours.

La malade étant endormie, on procède à une toilette aseptique bien plus soignée encore. On commence par raser la région et l'on rasera d'autant plus facilement que la peau sera bien savonnée et bien tendue. Le rasoir est fréquemment essuyé sur une compresse placée sur la cuisse de la malade. On resavonne, on lave, on sonde la malade, puis on brosse avec du savon tout le champ opératoire dans une très large étendue.

Puis, avec une compresse humide que l'on a frottée de savon, on coiffe l'index et le médus que l'on promène dans tout le vagin, particulièrement dans les culs de sac. On passe une deuxième et une troisième compresse semblable, tantôt en la frottant de la main droite, tantôt de la main gauche, en appuyant sur le rectum pour le vider de dedans en dehors s'il y a lieu.

On lave ensuite le vagin à l'eau stérilisée au moyen de 2 ou 3 bocks. On nettoie à l'alcool en versant ce liquide dans le vagin, puis en promenant une compresse imbibée d'alcool dans le cul-de-sac postérieur, et ensuite sur toutes les parois que l'on frotte.

Cela fait, on vide deux bocks de sublimé tiède en en faisant couler aussi sur les grandes lèvres et les cuisses.

Enfin, on recouvre le champ opératoire avec de larges compresses de tarlatane au sublimé.

*Position de la malade.* — La malade est sur le dos, le derrière au bord de la table, les jambes écartées et bien élevées mais non fléchies. Il faut, en effet, que la vulve regarde non pas en haut mais en face l'opérateur. Il y aurait même avantage à ce qu'elle regarde en bas, pour que le sang ait tendance à s'écouler au dehors au lieu de se porter du côté du fond du vagin. Chaque jambe est soutenue par un aide ou par un support.

*Position du chirurgien et de ses aides.*— Le chirurgien est assis avec ses instruments à droite, et des éponges montées à droite également. L'aide principal, qui peut être même l'aide unique, se place à sa droite.

Généralement on dispose d'un deuxième aide qui se porte à gauche.

*Examen sous le chloroforme.* — Le chirurgien examine encore une fois par la palpation manuelle et avec les facilités que donne le chloroforme l'état des lésions.

*Préhension du col.* — Prenant le large écarteur courbe, le chirurgien le place et le confie à l'aide qui découvre ainsi le cul-de-sac postérieur. Puis l'écarteur antérieur est placé et le col est bien mis en évidence. Le chirurgien saisit alors les commissures latérales du col dans deux pinces à griffes de Museux.

Il abaisse ainsi le col, et les aides tenant les écarteurs mollement doivent bien laisser venir le col en montrant la base, et en protégeant bien la vulve contre les échappées.

*Ouverture du cul-de-sac de Douglas.* — Le col étant attiré en haut de la main gauche, on incise le cul-de-sac vaginal postérieur. Cette incision se fait généralement avec les ciseaux, ou bien se commence avec un bistouri, se continue avec les ciseaux, se termine avec les doigts. Dès que le cul-de-sac postérieur est ouvert, il s'écoule souvent une petite quantité de sérosité-citrine, ou bien du pus. Les ciseaux sont alors introduits fermés dans la boutonnière vaginale pour en sortir ouverts afin d'agrandir cet orifice par dilata-tion mais sans hémorragie.

*Examen de la cavité pelvienne.*—A ce moment on explore avec l'index droit introduit dans le cul-de-sac de Douglas, l'état du bassin, on cherche le volume de l'utérus, ses déformations et l'état de volume et d'adhérence des annexes.

Si tout était à ce moment reconnu dans un état satisfaisant, on pourrait, grâce à la précision de diagnostic que donne ainsi un toucher direct, renoncer à aller plus loin et en rester là. Si une trompe seulement était volumineuse on pourrait l'enlever par cette voie. Mais le sacrifice de l'utérus est décidé, nous passons à l'ouverture du cul-de-sac antérieur.

*Ouverture du cul-de-sac antérieur.* — On doit à ce moment procéder avec bien plus de précautions que pour l'ouverture du cul-de-sac postérieur, car le col est très proche de la vessie et très adhérent à elle.

L'écarteur étant placé en avant et au-dessous du pubis, le col est attiré en bas par les deux pinces commissurales, et le bistouri, puis les ciseaux, ou directement les ciseaux séparent la face antérieure du col, de la vessie. Cette section doit être faite avec la pointe des ciseaux dirigée vers le col, et rasant ainsi le museau de tanche.

Il vaut mieux, en effet, couper un peu trop profondément du côté de l'utérus que du côté de la vessie dont la blessure est toujours un sérieux accident. Or, la vessie descend souvent en cul-de-sac au devant du col utérin.

La traction des pinces en bas, combinée au travail de l'écarteur antérieur, fait bailler l'ouverture pratiquée dans le cul-de-sac antérieur; ouverture qui traverse d'abord la section d'un véritable faisceau musculéux vésico-vaginal, puis de l'espace celluleux lâche de Jobert de Lamballe qui sépare la vessie de la partie sus-vaginale du corps.

Le doigt, introduit la pulpe dirigée vers l'utérus, se guide sur la face antérieure de cet organe et décolle aussi haut que possible, et surtout dégage les parties antéro-latérales de l'utérus, en refoulant le ligament large en arrière afin de mieux libérer le col.

*Hémisection du col.* — *Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.* — Au fur et à mesure que le chirurgien a libéré la face antérieure du col, l'aide enfonce de plus en plus son écarteur antérieur qui protège la vessie. Le cul-de-sac vésico-utérin est resté d'habitude pendant le décollement de la vessie appliqué à la face antérieure de l'utérus. Il n'est pas toujours bien apparent. La section du col sur le milieu de sa face antérieure et selon une ligne verticale descendante a pour avantage de bien mettre ce cul-de-sac en évidence.

On pourrait souvent se passer de cette manœuvre imaginée par Doyen, de Reims, mais on remarquera qu'elle n'est pas longue et ne

présente aucun inconvénient. D'un coup de ciseaux vertical et médian on sectionne donc le col entre la branche introduite dans la cavité cervicale et celle placée sur la face antérieure du col. On place alors une pince à griffe sur la lèvre gauche de la section cervicale aussi haut que possible, et une seconde pince est placée en face symétriquement sur la face droite. Ces pinces sont attirées en bas de la main gauche, et l'écarteur enlevé, l'index droit continue à décoller la vessie. Les ciseaux sont repris pour prolonger en haut la section médiane et ils incisent ainsi un repli séreux qui fait apparaître la surface de l'utérus. C'est ainsi que l'on reconnaît que le cul-de-sac antérieur est ouvert. Immédiatement deux petits coups de ciseaux latéraux entr'ouvrent largement le cul-de-sac antérieur. On arriverait au même résultat en introduisant dans la boutonnière péritonéale les ciseaux fermés que l'on entr'ouvrirait ensuite pour élargir l'ouverture.

*Bascule de l'utérus.*—A ce moment une pince à griffe est portée le plus haut possible sur la face antérieure du corps de l'utérus et en tirant sur cette pince on amène à soi le fond de l'utérus. On peut faire la même manœuvre sans instrument avec le doigt qui, franchissant le fond de l'utérus, le déprime et, formant crochet, l'attire en avant.

Dans les cas où l'utérus un peu trop gros ne voudrait pas basculer on n'a qu'à continuer l'hémisection antérieure et l'organe moins consistant se laisse plisser et attirer surtout si une série de pinces à griffes l'attirent avec ensemble.

*Extraction des annexes.*—Quand l'utérus et les annexes sont peu volumineux et sans adhérences, on voit apparaître les trompes et les ovaires à la suite du fond de l'organe.

Avec l'index on attire les annexes d'un côté en les pédiculisant, on met une pince et on actionne la trompe que l'on met de côté pour l'examen des pièces. La même conduite est tenue pour les annexes côté opposé.

*Hémostase.*—Les pinces sont alors appliquées de haut en bas, sur les ligaments larges; on se sert des pinces fortes et longues. Doyon préfère des pinces à mors longs et élastiques. Souvent, outre la grande pince qui peut ne pas bien étreindre toute l'étendue du ligament large, on saisit la base du ligament large dans une pince plus petite dirigée en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut.

Cela fait, on coupe le ligament, puis on pince et coupe le ligament du côté opposé.

On voit que dans la technique que nous indiquons l'hémostase des ligaments larges termine au lieu de commencer l'opération. Cela tient à ce que l'hémostase préventive a pour effet de faire poser des pinces à l'aveugle, et ces pinces sont encombrantes. Leur utilité est bien contestable, car si dans le cours de l'hystérectomie elles se détachent on ne voit point pour cela un flot de sang bien sérieux. Enfin si une artère donne, n'est il pas toujours très indiqué et très naturel de la pincer à quelque moment que se produise ce jet de sang qui n'est jamais si terrible!

*Traitement des pédicules ligamentaires.*—*Inconvénients des ligatures.*—Ces ligatures sont difficiles à faire. Les ligaments étant tiraillés, il est difficile de bien placer ces ligatures en étage. D'autre part une ligature en masse risque de se déserrer et de donner lieu à des hémorragies secondaires, d'autant plus graves qu'elles seront intra-péritonéales et par là resteront inaperçues.

D'ailleurs ces pédicules seraient-ils bien liés qu'ils ont tendance à remonter dans la cavité péritonéale dès qu'on les abandonne. Or, ils ont pu s'infecter dans le vagin et alors ils détermineront quelques jours après l'opération des accidents septiques intra-pelviens. On peut cependant pratiquer la ligature quand les ligaments sont très larges. Cette ligature avec transfixion permet de refermer le vagin que l'on tamponne.

*Eorcipressure.*—Les pinces à demeure ne doivent plus être multipliées comme on le faisait autrefois. Les pinces à ligament

larges reconnaissables à leur longueur et à leur force sont celles qui sont de nécessité absolue. On les renforce parfois de pinces de sûreté par excès de prudence. Si l'on y ajoute quelques pinces placées sur la tranche postérieure, on voit qu'il n'est plus nécessaire de faire porter aux malades des paquets de pinces aussi douloureuses à supporter que difficiles à protéger contre les heurts.

*Angiotripsie.*—Grâce à l'angiotripsie on évite les douleurs et les ennuis des pinces.

L'angiotribe est placée sur les ligaments larges comme le serait la grande pince à ligament large; c'est-à-dire que faisant glisser l'index et le médius le long du ligament large, le long de l'utérus, on perçoit la limite inférieure du bord du ligament large. On substitue l'angiotribe aux deux doigts explorateurs. On serre. Les tissus qui ont été érasés par l'angiotribe sont pris et serrés dans une petite soie fine. On a ainsi une petite ligature qui tient bien et est aisée à faire. On sectionne. On repousse l'intestin ou l'épiploon avec une éponge montée, si ces organes se présentent après le départ de l'utérus. On cherche à rapprocher et à accoler les replis péritonéaux antérieure et postérieure. Ce qui revient à dire que l'on effectue aussi bien que possible l'affrontement des deux tranches vaginales pour que le vagin se ferme en cul-de-sac, et l'on tamponne ce vagin avec soin, sans enfoncer la compresse trop profondément.

*Utérus volumineux.*—Dans ce cas, au lieu de se contenter d'une incision verticale et médiane, on pratiquera deux incisions partant du col et divergeant en V. Cette tranche utérine sera réséquée. On enlèvera s'il le faut d'autres portions utérines par morcellement. On se trouvera bien dans certains cas de faire la section totale de l'utérus dans le sens antéro-postérieur, et chaque moitié sera extirpée séparément.

*Annexes adhérentes.*—L'extraction des annexes, qui devrait être la règle, est souvent très difficile s'il existe des adhérences anciennes.

Les doigts ont bien de la peine à saisir au-dessus des ligaments larges et à décortiquer les trompes et les ovaires.

On se sert de la pince à anneaux. Dans le cas d'impossibilité, on est obligé de laisser une pince à mors longuets au niveau des adhérences qui saignent.

*Hémorragie à la fin de l'opération.*—La tranche vaginale postérieure saigne souvent. On y met une ou deux pinces bien serrées que l'on retire sans inconvénients quelques minutes après.

S'il s'écoule du sang rutilant après la section des ligaments larges ou même avant, on trouve soit à droite, soit à gauche, la source de l'hémorragie, presque toujours due à la rupture, assez haut de l'utéro-ovarienne ou de l'utérine.

En effet, ces artères, entourées de tissus friables et enflammés, peuvent se déchirer au cours des tractions.

Un écarteur étroit est alors appliqué en arrière; une compresse, introduite dans le péritoine, refoule les intestins et on voit, par le jet de sang, le point où est le vaisseau. On introduit une compresse pour tamponner, on écarte les pinces ligamentaires et l'on recherche le point suspect.

La déchirure séreuse apparaît souvent dans le point d'où part le jet de sang et l'on pince la vaisseau. En cas de doute, on pince et on soulève l'endroit qui saigne, on pédiculeuse et on pince dans une deuxième languette l'endroit incriminé.

Le gros point est d'être bien éclairé, et les lampes électriques portatives à réflecteur sont bien utiles à ce point de vue.

*L'Indépendance mèl.*

#### Traitement de l'appendicite (1)

Par M. le docteur CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

L'auteur a adopté, comme la majorité de ses collègues, l'inci-

(1) Communication à la Société de chirurgie.

sion latérale de Max Schüller tant pour les cas aigus que pour les opérations à froid.

L'éventration ne s'est montrée que rarement chez ses malades. Il en a opéré deux cas consécutifs à des opérations à chaud avec large drainage et suppuration de la paroi inoculée par un pus très virulent.

M. Chaput se rallie à l'opinion de la majorité relativement à la bénignité des opérations à froid. Sur onze cas, il a eu onze guérisons. L'accord n'est pas fait sur la question de savoir si on doit opérer un malade après une seule poussée d'appendicite suivie de résolution complète en apparence.

La question mérite d'être résolue diversement selon les cas particuliers.

En effet, si le malade peut rester à portée des secours chirurgicaux, s'il a un bon régime, il n'y a pas de nécessité d'opérer afin d'empêcher une récidive qui ne surviendra peut-être jamais.

Au contraire, si le malade voyage, s'éloigne des chirurgiens s'il ne peut ou ne veut pas modifier son régime, il devient indispensable de l'opérer le plus tôt possible.

M. Chaput arrive au traitement de l'appendicite aiguë.

Les opérateurs se divisent en deux catégories bien tranchées : les uns, avec MM. Dieulafoy, Reclus, Poirier, Potherat, déclarent que, "sous toutes ses formes, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible."

Les autres, parmi lesquels MM. Brun, Routier, Ricard, Broca, Schwartz, Guinard, Roynier, Lejars, sont d'avis de laisser refroidir certains cas.

C'est surtout pour les cas qui ne répondent ni à la péritonite étendue, ni à l'abcès avéré, pour les cas de moyenne intensité, comme le dit M. Ricard, que les avis sont partagés.

En effet, il est difficile de dire à quels symptômes on reconnaît sûrement qu'un cas moyen doit se transformer en un cas grave.

Au total les divergences recouvrent un désaccord profond, et la conviction est loin d'être formelle dans toutes les consciences, puisque M. Routier écrit qu'il a bien souvent regretté d'avoir opéré trop tard, mais qu'il n'a jamais regretté d'avoir opéré trop tôt.

D'autre part, M. Lejars traduit l'inquiétude de son âme en disant "qu'il faut être conscient des responsabilités qu'on assume à laisser refroidir certaines appendicites".

M. Chaput n'hésite pas à déclarer que l'opération systématique dans tous les cas aigus est seule rationnelle et logique et qu'elle est seule capable d'assurer la guérison, tandis que l'expectation ne peut que compromettre la vie des malades dans un nombre relativement considérable de cas.

Personne ne discute plus sur la nécessité d'opérer d'urgence les péritonites avérées. Il en est de même pour les abcès non douteux.

M. Chaput veut aller plus loin que tous ses collègues réunis en soutenant qu'il faut opérer même les cas bénins avec légère induration, même les cas sans induration, quel que soit l'état général.

Il cite plusieurs exemples.

Un point lui paraît surtout hors de doute : c'est l'urgence absolue de l'intervention toutes les fois que l'on constate un seul des symptômes suivants : nausées, vomissements, ballonnement du ventre, pouls petit et rapide.

Quelque rapproché que soit le début des accidents, nous avons le droit de soupçonner le péritonite, et le devoir d'opérer immédiatement.

La symptomatologie de la péritonite est souvent très atténuée. Il faut d'autant plus se hâter quand il y a le moindre retentissement péritonéal que la suppuration de la grande séreuse se fait souvent avec une rapidité invraisemblable.

"A côté des cas avec retentissement péritonéal qui réclament l'intervention avec le plus d'urgence, je placerai ceux où l'on ne

constate pas de tumeur locale dans la fosse iliaque; ceci indique qu'il n'y a aucune adhérence, aucune tendance à l'enkystement, ou bien que l'appendicite peut se trouver transporté dans des régions éloignées de la fosse iliaque. La péritonite est alors, gravement à redouter, et il convient de la prévenir par une opération immédiate.

En dehors de ces deux catégories de faits : appendicites avec retentissement péritonéal, et appendicites sans tumeurs, dans lesquelles l'opération doit être pratiquée dans l'espace de quelques heures, en dehors de ces cas, j'interviens également, mais sans autant de hâte, je prends mes aises, et je remets à l'occasion l'opération au lendemain; je crois cependant qu'il vaut mieux attendre le moins possible.

En cas d'aggravation, l'opération devient plus sérieuse. En cas de résolution, elle risque d'être inutile.

Comment faire admettre à des personnes non familiarisées avec les idées médicales, le raisonnement suivant : Vous venez d'avoir une appendicite; tant que l'affection a été grave et dangereuse nous nous sommes abstenus d'y porter remède par une opération sans gravité par elle-même, mais maintenant que vous êtes guéri, nous allons vous faire une opération qui a quelques chances d'être absolument inutile ?

Pour que l'expectation fût légitime, il faudrait établir qu'elle n'aggrave pas la situation des malades, et que l'opération à froid est notablement plus bénigne que l'opération à chaud.

Or, il est indéniable que l'expectation aggrave les péritonites généralisées, les péritonites localisées, les appendicites en instance de perforation, non protégées par des adhérences, et les appendicites avec abcès.

Tant que vous n'aurez pas fait le diagnostic exact de la lésion appendiculaire, tant que vous n'aurez pas établi avec une certitude infaillible l'évolution ultérieure d'une appendicite, vous n'aurez pas le droit de laisser la lésion grandir, et, si vous le faites, vous vous chargez d'une lourde responsabilité.

L'argument de la bénignité de l'opération à froid se trouve sérieusement entamé, si l'on fait entrer dans la statistique les cas qu'on a laissés attendre et qu'il a fallu opérer d'urgence, dans des conditions infiniment plus mauvaises.

Mais mettons les choses au mieux, prenons une statistique globale d'opérations à chaud, comparons-la aux opérations à froid et voyons ce qu'elle donne.

Ma statistique personnelle se compose de vingt opérations à chaud, avec vingt guérisons.

Donc l'opération à chaud n'a aucune gravité, et l'inoculation du péritoine par un pus virulent n'est qu'un vain mot, un pur roman; M. Routier, d'ailleurs, vous l'a dit déjà.

Mais continuons l'examen de ma statistique, elle va encore nous fournir des renseignements intéressants.

J'ai opéré 17 péritonites purulentes absolument généralisées; ces 17 malades sont morts. Je pense que l'expectation ne les eût pas sauvés davantage.

En revanche, j'ai, parmi les 20 cas cités plus haut, 8 cas de péritonites généralisées au début sans pus, ou purulentes localisées avec du pus entre les anses ou dans le Douglas; ces 8 cas ont guéri.

Penserez-vous qu'une expectation de vingt-quatre ou quarante-huit heures n'eût pas aggravé considérablement l'état de ces malades ?

J'ai toujours opéré à bref délai toutes les appendicites que j'ai observées, aussi n'ai-je pas eu, comme d'autres, la douleur de perdre des malades pour avoir trop attendu.

Je conclus en disant, comme M. Poirier, que toute appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, et je motive mon opinion en disant : parce que le diagnostic exact des lésions est impossible, parce que le pronostic ne peut être posé avec certitude, parce que l'attente aggrave les lésions, parce que l'opération précoce est auss



complètement innocente que l'opération à froid, parcequ'elle seule peut sauver les malades que l'expectation tuerait à coup sûr.

Je ne terminerai pas ce court travail sans rappeler l'influence considérable qu'ont eue les communications de M. Dieulafoy sur l'évolution de la thérapeutique chirurgicale de l'appendicite. Il a orienté les chirurgiens, les médecins, le public, vers l'opération précoce, pour le plus grand bien des malades.

(Gaz. des Hôp.)

#### La température locale de la fièvre typhoïde

Communication de M. R. MASSALONGO, de Vérone (1)

M. Massalongo a été porté, par sa longue expérience clinique, à attacher un très grand intérêt à la connaissance de la température locale des organes malades, dans l'étude de la marche et de la pathogénie de bien des processus morbides.

Dans l'intéressante communication qu'il nous a adressée et que j'ai l'honneur de vous résumer, M. Massalongo expose les conclusions que lui permettent de tirer les nombreuses séries de températures prises par lui-même, ou par M. Silvestri, sur les typhiques de son service, à l'hôpital majeur de Vérone.

D'après les recherches thermométriques en question—dont M. Massalongo se réserve de faire un exposé complet et détaillé — la température cutanée de l'abdomen dépasse constamment la température de l'aisselle dans toutes les affections aiguës et chroniques de cette région (entérite, péritonite, appendicite, péritiphlite), mais c'est dans la fièvre typhoïde que ce signalement clinique s'accuse davantage, pouvant atteindre et dépasser même un demi-degré de température. A l'état physiologique, par contre, la température superficielle de l'abdomen est inférieure de 4 à 5 dixièmes de degré à la température de l'aisselle.

M. Massalongo se sert de thermomètres à maxima, préalablement étalonnés, à bulbe petit et à parois très minces, qui permettent de prendre la température en dix minutes ; et pour mettre la peau abdominale dans des conditions de rayonnement calorique voisines de celles de la peau de l'aisselle pendant l'adduction du bras sur le thorax, M. Massalongo, couvre avec de l'ouate la région où il appuie le thermomètre. Il a soin, en outre, de ne jamais prendre de températures immédiatement après l'application du froid ou des révulsifs, en raison de troubles circulatoires que provoquent ces agents thérapeutiques.

Voici les conclusions qui découlent des données thermométriques de M. Massalongo :

1° Dans la fièvre typhoïde, la température locale la plus élevée est constatée dans les deux moitiés inférieures de l'abdomen, surtout dans celle de droite ;

2° Dans cette fièvre, la courbe thermique de la surface cutanée de l'abdomen dépasse la courbe de la température centrale ou axillaire ;

3° Les exceptions à cette règle correspondent à ces cas où, par suite d'un météorisme intestinal très prononcé ou d'une excessive agitation nerveuse des malades, il ne fut pas possible de prendre convenablement la température ;

4° La courbe thermique de l'abdomen pendant tout le cycle de la fièvre typhoïde maintient presque constante son élévation sur la courbe de la température centrale ou axillaire ; mais elle ne redevient normale qu'un ou plusieurs jours après la rémission de la seconde ;

5° Au début de la fièvre typhoïde et vers le commencement de la convalescence, l'écart entre ces deux courbes thermiques est beaucoup plus accentué que dans la phase intermédiaire ;

6° Cette surélévation initiale de la courbe thermique de l'ab-

domen, sur la courbe analogue axillaire, permet de déterminer, dans les cas douteux, s'il s'agit effectivement d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre de toute autre origine, avec ou sans localisations intestinales, telle que la fièvre symptomatique de rhumatisme, d'influenza ou de catharre gastro entérique aigu.

7° La surélévation thermique de la fin, méconnue jusqu'ici, qui persiste quelque temps après la rémission de la température centrale, permet, à son tour, d'établir avec précision à quel moment le typhique, devenu tout à fait apyrétique, entre réellement en convalescence et peut reprendre l'alimentation solide, sans s'exposer aux rechutes provoquées fréquemment à cette période par une reprise trop hâtive du régime, lorsque l'intestin est encore le siège du processus typhique ;

8° Par la persistance trop prolongée de cette surélévation thermique abdominale, on a aussi le moyen de prévoir les rechutes qui s'ensuivent souvent, à l'exception des accidents hémorragiques et inflammatoires, par perforation de l'intestin, lesquels se produisent, d'après M. Massalongo, sans être précédées de la moindre exacerbation de la température fébrile de l'abdomen ;

9° Dans la fièvre typhoïde, l'élévation de la température abdominale est en raison directe de l'intensité et de l'extension des lésions intestinales ; son écart sur la température centrale augmente avec la gravité de la maladie.

M. Massalongo s'est proposé de contrôler l'efficacité de certains antiseptiques préconisés dans ses derniers temps pour le traitement de la fièvre typhoïde ; le moyen de contrôle est l'hyperthermie que ces substances produisent dans la région abdominale. Pour notre savant confrère, c'est là l'indice le plus sûr, le plus direct et le plus facilement reconnaissable, comme on a pu voir, des localisations typhiques de l'intestin.

Dans ce sens, il a déjà obtenu quelques résultats, mais il ne les considère pas encore comme suffisants pour qu'on en puisse tirer des conséquences pratiques.

(La France Méd.)

#### Deux observations de section du ganglion supérieur du sympathique cervical pour épilepsie

Par le Dr DESCHAMPS, chirurgien en chef de l'hôpital des Anglais, à Liège. (1)

Notre intention n'est pas d'entrer dans des considérations du rôle du sympathique dans l'organisme et des applications nouvelles qu'il a pu autoriser dans le domaine chirurgical.

L'étude des fonctions de ce nerf est trop récente, et les opérations pratiques dans un but thérapeutique trop peu nombreuses, pour que, modeste opérateur, timide imitateur, nous osions exprimer une opinion.

Nous voulons nous contenter de l'exposé rapide de nos deux observations.

Il y a peu de temps, en effet, qu'Alexander, Jonnesco et Chipault ensuite, a pour la première fois extirpé le sympathique cervical, soit pour le goitre exophtalmique, soit après, pour l'épilepsie.

Les améliorations, les succès même ont encouragé des essais nouveaux ; il semble donc probable qu'il y aura des imitateurs.

Souhaitons-le pour posséder à l'avenir des indications nettes et précises.

Pour notre part, ce n'est pas sans une légitime appréhension que nous avons osé porter un bistouri téméraire sur ce *sympathique ganglion*, et aussi avons-nous, par prudence demandé conseils et aide du confrère Chipault.

Nos deux opérations sont du même jour ; l'une à l'hôpital, osons le dire, pour nous enhardir, l'autre de suite après, chez un malade de famille aisée, mais qui était disposée à tout essai pour faire cesser un état si pénible.

(1) (Communication faite à la Société belge de chirurgie à la séance du 18 février 1899).

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.



Disons de suite que nous sommes loin de regretter ce que nous avons fait.

Tenons-nous un succès, c'est trop tôt pour le dire. — Mais nos résultats nous engagent à de nouvelles interventions. L'opération, facile sur les cadavres, est bien pénible sur le vivant; c'est certes le résultat de la nécessité de procéder avec lenteur à la sonde cannelée, évitant, tout le temps, le danger des blessures des organes voisins: cette vaine jugulaire gonflée de sang vous inquiète, les battements de la carotide vous suggestionnent, le pneumogastrique vous fait peur. Bref, on est heureux d'avoir terminé.

Une fois découvert, le ganglion est assez facilement extirpé, bien qu'il puisse s'écraser sous la pince, qui lâche, et s'enfoncer dans les tissus. En moyenne, il nous a fallu de vingt à vingt-cinq minutes, pour chacun de nos opérations.

1<sup>re</sup> OBSERVATION. — J. M., alors âgé de 8 ans, est entré dans notre service, il y a 4 ans, si j'ai bonne mémoire. Sujet à de fréquentes attaques d'épilepsie, il présentait puis-je dire ainsi, l'*habitus* d'un microcéphale. La craniectomie bilatérale, vers la ligne de Roldo, fut pratiquée avec un plein succès, qui se maintint pendant 7 mois sans un seul accès. Pendant ce temps, l'enfant jusqu'alors incapable de toute étude put apprendre facilement à lire, écrire, calculer. Les crises revinrent donc, après ce temps, d'abord rares, puis de plus en plus fréquentes, accompagnées de la même apathie intellectuelle. Bientôt on compta jusqu'à 4 et 5 accès de jour et de nuit.

Je proposai la section du ganglion supérieur du sympathique, qui fut pratiquée, du côté droit, le samedi 11 février. Quelques heures après l'opération, l'enfant eu un accès assez léger. (Notons que bien que la section fût faite d'un seul côté, nous n'avons observé aucun trouble pupillaire ou autre.)

Ce fut le dernier jusque maintenant.

Le mardi 14, l'autre côté fut soumis à la même intervention. Rien de particulier à noter: ni douleur, ni fièvre, ni accès, malgré la suppression absolue, pendant 4 jours, de tout bromure. Les accès restent supprimés le treizième jour.

2<sup>e</sup> OBSERVATION. — L'autre malade est un jeune garçon de 15 ans. Je le vis pour la première fois en août dernier; ses accès tantôt améliorés, tantôt supprimés, sont à cette époque de 3 ou 4 par jour, malgré 10 ou 12 grammes de bromure.

La cause semblant être le résultat d'un traumatisme frontal survenu il y a deux ans, nous croyons pouvoir proposer la craniectomie au lieu du traumatisme. Cette idée fut définitivement abandonnée, à la suite de renseignements donnés par le médecin de la famille, au cours d'un long échange de vues entre nous et un professeur de notre université.

Le bromure fut repris à forte dose (26 grammes par jour, nous dit-on) et les accès, 5 ou 6 par jour, continuèrent avec une dépression intellectuelle rapide. Je cessai de voir le malade, pendant plusieurs mois.

L'intention de le faire photographier par les rayons X qui, comme je l'avais prévu, ne donnèrent aucun renseignements, me remirent en relation avec la famille. C'est alors que je conseillai la section du sympathique qui, acceptée, combattue, fut enfin décidée de l'avis conforme du docteur Chipault.

J'y procédai, au Sanatorium Sainte-Rosalie, le samedi 11 février, des deux côtés, une heure après ma première intervention sur le malade de l'hôpital.

Que dire. Depuis lors (c'est-à-dire huit jours) (1), plus un seul accès. La guérison de la plaie s'est faite sans le moindre incident. Le quatrième jour, l'opéré était levé et dînait au réfectoire de l'établissement.

Est-ce simple coïncidence? On pourrait peut-être le prétendre,

(1) Léger accès le douzième jour, résultat vraisemblable de l'émotion provoquée par une visite inattendue.

s'il n'y avait deux opérés dans les mêmes conditions. La guérison se maintiendra-t-elle? Nous l'espérons.

Comme je l'ai dit en commençant, permettez-moi de ne pas conclure. L'avenir seul nous rira si là est enfin le remède de certaines formes d'épilepsie récentes, alors que les facultés intellectuelles sont encore, si pas entièrement, au moins suffisamment conservées.

(Gaz méd Belge.)

### L'acné excoriée des jeunes filles et son traitement

G. LYON.

La plupart, sinon la totalité des jeunes filles atteintes d'acné de la face qui écorchent incessamment leur figure, le font, non parce qu'elles éprouvent des sensations prurigineuses auxquelles elles ne peuvent résister, mais par une sorte de besoin impérieux de l'ordre des manies.

Pour éviter que les malades abîment leur figure, il faut les obliger à laver leurs mains et à brosser leurs ongles à l'eau boriquée plusieurs fois par jour.

Il faut, d'autre part, réclamer des acnéiques l'exécution du programme suivant:

- a) Combattre le froid aux membres inférieurs, aux pieds et aux genoux, par des moyens appropriés: frictions quotidiennes à l'eau de Cologne, à l'alcool camphré, flagellations à l'eau froide. —
- b) Soigner les affections utérines, s'il y en a (chez l'homme, les uréthrites). —
- c) Combattre la constipation habituelle; chez les hépatiques, user des cholagogues, chez ceux qui ont de la tendance à la congestion de la face, prendre les préparations d'aloès dont il faut au contraire, s'abstenir chez ceux qui ont des hémorroïdes ou des affections g'nito-urinaires. —
- e) Régulariser les digestions; pour cela, outre le régime alimentaire, il faut recommander de manger lentement, de bien mâcher, de boire peu à la fois, de ne pas prendre de grande quantité de nourriture à chaque repas. —
- f) Ne pas porter de corsets serrés ni de cols serrés autour du cou.

En ce qui concerne le régime alimentaire, on doit interdire l'alcool, la charcuterie, les poissons, les crustacés, le gibier, les pâtés, les fromages.

Parmi les médicaments dont l'emploi à l'intérieur donne les résultats les moins aléatoires, il faut citer les laxatifs tels que la magnésie, le soufre lavé et purifié, les alcalins, les antiseptiques intestinaux, et surtout le benzo-naphtol; parfois l'arsenic, le sulfure de calcium, le chlorure de sodium, l'ichtyol, la noix vomique, l'acide phénique.

M. Brocq emploie, en outre, une substance qui donne des résultats surprenants dans le traitement des furoncles et des anthrax; dans l'acné juvénile, cette substance, *levure de bière*, agit en empêchant les grosses papulo-pustules, de se développer.

M. Brocq donne la levure de bière deux ou trois fois par jour, aux repas, délayée dans un peu d'eau; le malade en prend chaque fois, de une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe, suivant la tolérance de son estomac. Il faut qu'elle soit parfaitement fraîche. Quand on a pas de levure de bière, on peut se contenter de levure de boulanger ou de pâtisier, dont on prend gros comme une petite cerise ou comme une noisette, délayée dans un peu d'eau. Quelques personnes ne peuvent tolérer ce médicament, qui leur donne des aigreurs, des douleurs d'estomac et trouble leur digestion.

Dans ces cas, M. Brocq prescrit des cachets contenant:

Bicarbonate de soude.....	0 grammes 40
Magnésie calcinée.....	0 grammes 20
Soufre lavé et purifié.....	} à 0 grammes 15
Benzo-naphtol.....	

Le traitement externe des acnéiques est fort important.

De tout temps, l'observation minutieuse a prouvé l'efficacité

des lavages à l'eau chaude, et des savonnages des parties malades. Les acnéiques se laveront avec des tampons d'ouate hydrophile, et non avec des éponges ; ils se serviront pour cela, d'eau aussi chaude que possible, qui aura bouilli avec du son et avec une cuillerée à soupe environ par litre de boracine (Meissonnier) ou encore avec de une à trois cuillerées à soupe par litre d'une poudre renfermant : acide borique, 200 grammes — borax, 100 grammes — bicarbonate de soude, 100 grammes.

Au moment de l'employer, il sera bon, si le malade a beaucoup de séborrhée du visage, d'y ajouter quelques gouttes de benjoin et de coaltar saponimé.

Chez les sujets à peau irritable, on n'agira que par l'hygiène et le régime combinés avec des lotions boriquées chaudes et des pommades douces au camphre, au naphthol, à l'ichtyol, au savon noir, mitigées d'oxyde de zinc.

Voici la prescription que fait M. Brocq, aux acnéiques dont la peau n'est pas très susceptible : matin et soir, lavages avec la solution alcaline précédemment indiquée ; le soir savonnage avec du savon au naphthol.

Une ou deux fois par semaine, suivant l'irritation produite, remplacer le savon précédent par le suivant : savon vert 50 grammes. ; acide salicylique, 3 grammes. ; résorcine, 2 grammes.

Après le savonnage de chaque soir, le malade appliquera sur les boutons un peu de la pommade suivante :

Naptol B et camphre.....	ana 0	gramme 25
Résorcine.....	0	gramme 02
Savon noir.....	0	gramme 16
Craie préparée.....	0	gramme 30
Soufre précipité.....	2	grammes
Vaseline.....	} àà	10 grammes
Lanoline.....		

Le matin, après sa toilette, le malade passera sur sa figure de l'alcool camphré.

Si elle est obliquée de sortir, elle mettra un peu d'une pommade à l'oxyde de zinc comme suit :

Oxyde de zinc 3 grammes. ; acide salicylique, 0 gr. 25 ; lanoline, 6 grammes. ; vaseline pure, 12 grammes. — Puis elle essuiera doucement et se poudrera par dessus avec de la poudre d'amidon.

Tel est le meilleur traitement local de l'acné vulgaire ; il comporte de nombreuses variantes :

Lorsque la peau est très irritable, on peut mitiger la pommade indiquée plus haut.

Parfois les simples pommades au savon noir (acide salicylique 0 gramme 30, savon noir 1 gramme. ; lanoline et vaseline, àà 10 grammes donnent d'excellents résultats.

Parfois la peau tolère mieux les pâtes épaisses : oxyde de zinc, soufre précipité, lanoline, huile, àà 5 grammes. ; d'amandes douces, ana 5 grammes. ; résorcine, 0 gramme 20.

Lorsque la séborrhée est fort intense, on peut remplacer les pommades par une lotion soufrée :

Résorcine.....	2	grammes
Soufre précipité.....	10	grammes
Alcool camphré.....	20	grammes
Glycérine neutre pure.....	5	grammes
Eau distillée de roses.....	100	grammes
Eau distillée.....	150	grammes

Après avoir agité violemment le flacon, on met un peu du mélange dans une soucoupe, on le prend avec un petit tampon d'ouate hydrophile et on le dépose sur les points malades.

(Journal des praticiens).

### Sur un point d'anatomie normale de la prostate.

Par M. A. GUÉPIN.

Cette courte communication, en quelque sorte préparatoire, porte sur un point d'anatomie normale de la prostate, dont je ne tirerai aujourd'hui aucune déduction.

Considérons un lobule prostatique vu sur une coupe passant par son grand axe. Le schéma que je dessine au tableau permet de suivre de l'œil les quelques détails, nullement microscopiques d'ailleurs, sur lesquels je désire attirer l'attention.

En haut de la figure est représenté l'urètre avec une fossette cribliforme au fond de laquelle vient s'ouvrir, par un orifice petit et oblique, un des canaux excréteurs de la prostate. En suivant le canal de haut en bas, on remarque :

Qu'il présente une première portion rectiligne correspondant à la traversée de la muqueuse urétrale, du tissu sous-muqueux et de la zone fibreuse, dépendance du squelette lobulaire ;

Que la seconde portion, beaucoup plus longue que la précédente, est flexueuse et plonge au milieu des fibres musculaires des sphincters vésicaux ;

Que sa troisième portion enfin, courte et rectiligne, porte appendue à son extrémité terminale la dilatation ampullaire par laquelle j'indique la situation des culs-de-sac de la glande.

Ces culs-de-sac sont entourés par la trame prostatique.

Entre eux et la muqueuse rectale, qui occupe la partie inférieure de la figure, il n'y a qu'une petite quantité de tissu cellulaire, la prostate ne possédant pas, selon moi, une véritable enveloppe résistante et l'aponévrose prostatopéritonéale se réduisant sur la face postérieure de l'organe à une couche sans indépendance et sans grand intérêt.

Donc, et ce sera ma conclusion : les culs-de-sac prostatiques sont beaucoup moins isolés et moins distants de l'urètre que du rectum ; en se reportant au dessin, il est facile de retrouver les différentes couches signalées chemin faisant entre l'un et l'autre conduit.

(La France méd.)

## FORMULAIRE

### Ellixir de terpine contre les bronchites.

(CRINON.)

Terpine.....	10	grammes
Glycérine.....	150	—
Alcool à 90°.....	150	—
Sirop de miel.....	125	—
Teinture de Vanille.....	10	—

Deux à quatre cuillerées à soupe par jour.

(Gaz Herb. de Méd. et de Chir.)

### Solution pour injections intra-utérines

M. I. GRAMMATIKATI.

Alumol.....	5	grammes.
Teinture d'iode.....	} àà	50 —
Alcool à 95°.....		

Mêlez. — Usage externe.

On injecte tous les deux jours 2 c.c. environ de ce mélange dans la cavité intra-utérine au moyen d'une seringue de Braun.

### L'oxycamphre

L'oxycamphre est du camphre ordinaire dans lequel un atome d'hydrogène est remplacé par HO. C'est une substance blanche, soluble à 2 p. 100 dans l'eau froide.

Ce médicament abaisse l'excitabilité du centre respiratoire ; c'est un antidyspnéique dont l'action peut être comparée à celle de la morphine, sauf l'action narcotique. On peut en donner 1 gramme matin et soir ; pour Heinecz, on peut aller jusqu'à 2 et 3 grammes par jour par doses de 0 gramme 50. (L'Indépendance Médicale)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Société Médicale de Québec

SÉANCE DU 23 MARS 1899.

M. le Dr SIMARD

(Suite)

Mon malade était un urinaire à lésions multiples c'est parfait ; mais tous les urinaires ne font pas de ces cènes à grand orchestre et à pronostic sérieux, à la suite d'une intervention banale.

Pourquoi au seul attouchement de la muqueuse de son canal, sans provoquer des lésions épithéliales, sans jamais user de moyens de force qui peuvent ouvrir des portes à l'absorption, faisait-il ces attaques ? et ensuite, quel traitement pouvons-nous employer pour les prévenir, voilà ce que je voudrais dégager de tout cet exposé un peu complexe et essayer d'élucider.

Mais avant d'en arriver à la discussion, je désirerais vous présenter mon autre malade dont l'observation ressemble beaucoup à celle déjà citée.

Il s'agit d'une femme de 43 ans pour laquelle l'hérédité est muette. Réglée de bonne heure, elle a commencé à souffrir de sa vessie vers cette même époque et vraisemblablement elle a du être infectée par des microbes vulgaires (manque de soins de propreté). Le gonocoque est hors de question ici.

Elle s'est mariée jeune et eut 12 grossesses qui toutes tournèrent mal, deux fois seulement elle accouche prématurément à 8 mois et 7 mois : pour les dix autres, ce fut une série non interrompue d'avortements.

Il n'existe pas de syphilis, ni acquise ni héréditaire, je passe sous silence sa carrière utérine qui a été assez mouvementée en raison de ces avortements successifs.

Le point important, c'est que sa vessie infectée dès le bas âge ne s'est jamais guérie et le résultat a été comme pour mon premier malade une néphrite ascendante double.

Il y a 17 ans, elle eut une attaque d'éclampsie des plus sérieuses dont elle a failli mourir. Elle a toujours souffert de sa vessie qui se contractait intempestivement, était douloureuse et expulsait une urine lavée, rénale et vésicale.

De temps à autre elle faisait une congestion pulmonaire et cela surtout, disait elle, lorsque ses reins devenaient sensibles avec anurie plus ou moins prononcée.

Quand j'ai été appelé il y a 2 ans à lui donner des soins elle se présentait comme atteinte de tuberculose pulmonaire à une période assez avancée survenue, disait-elle, après plusieurs attaques de Grippe, qui avaient l'air de s'acharner à elle et l'ennuyer plus qu'à son tour.

En passant qu'on me permette de signaler cet abus du diagnostic "grippe", alors qu'il n'y a souvent dans l'espèce qu'une vessie qui ne se vide pas complètement, une paresse du côté des reins et quelquefois enfin une colonisation microbienne dans le poumon, etc.

L'examen direct donne le résultat suivant :

Elle ne vide pas sa vessie :

Vessie extrêmement infectée (mucus, pus, albumine, cylindres, quelquefois sang) — mictions très fréquentes, douleurs après (nuit comme jour).

Urine lavée (vésico-rénale), apparence générale, mauvaise, teint jaune, amaigrie, dyspeptique, langue urinaire, incapable de digérer la plupart des aliments produisant des résidus éliminés par les reins et ayant à ce sujet une très grande connaissance des aliments qui irritent ou n'irritent pas les reins et la vessie.

Poumons en congestion passive avec des poussées aiguës correspondant à ses troubles rénaux.

Bronchite légère ; cœur dilaté, (bruit de galop) défaillant à tout moment ; intestin normal, température 38°3.

Le diagnostic ne faisait pas de doute. Empoisonnement urineux chronique, lésions rénales prédominantes, vessie infectée, symptômes généraux dus surtout au mauvais fonctionnement du filtre rénal.

Les lavages vésicaux commencés immédiatement pour devenir le grenier d'abondance d'infection rénale, ainsi que l'intoxication journalière de l'économie n'ont donné que des déboires. Ces lavages produisant des douleurs par distension vésicale, j'ai immédiatement donné à leur place des instillations après l'évacuation. Néanmoins les douleurs ont toujours été assez prononcées après les instillations.

Ce qu'il y avait de plaisant par exemple, c'est, ici comme chez mon premier urinaire, une *attaque de fièvre urineuse aiguë*, quelques heures après l'intervention.

Moins intense, moins tapageuse que chez mon premier malade, mais toujours là, avec son frisson, son stade de chaleurs et sueurs, s'accompagnant d'une congestion rénale assez intense et d'une congestion pulmonaire qui fut permanente, ou à peu près, pendant la durée du traitement, elle n'a pas fait défaut une seule fois.

J'ai persévéré deux mois et malgré l'amélioration sensible de l'état général et de la vessie, les mêmes attaques n'ont cessé de se montrer, quelquefois frustes, mais ne manquant jamais de répondre à l'appel.

Cette malade est demeurée améliorée au point de vue général surtout, et du côté vésical, pendant plusieurs mois, sans jamais néanmoins jouir d'un brillant état de santé. Un fait assez spécial et que je veux mettre en lumière c'est ceci : à l'approche de ses règles, les symptômes généraux et locaux paraissent s'amender et de fait elle se sentait notablement mieux, comme si la bonne nature se réveillait, se préparait à la lutte, et aussitôt la menstruation rétablie, elle faisait des attaques de fièvre urineuse, attaques prolongées, répétées et sans rémissions franches. Cela durait 2 ou 3 jours et les accès terminés, elle renaissait à la vie, quitte à recommencer le mois prochain.

Pendant cette période de crises la température de normale quelle était auparavant, se relève et le thermomètre marque toujours dans l'intervalle des poussées 38°5 à 38°9.

L'anurie se manifeste avec douleurs rénales fortes ; le poumon se congestionne, le cœur devient défaillant, l'inappétence est complète et puis insensiblement tout rentre dans l'ordre.

J'ai employé comme pour mon premier malade tout l'arsenal pharmaceutique ad hoc, et j'ai été chaque fois repoussé avec perte. D'ailleurs cette malade n'a pas tardé à décliner, se nourrissant mal, à cause de ses reins si sensibles à l'irritation, sous l'influence de l'empoisonnement urineux chronique, à un degré plus ou moins grand, souffrant de ce chef d'une grande inappétence et d'une digestion

laborieuse, vous pouvez juger de la facilité à lui trouver une alimentation substantielle et non nocive.

Naturellement, les ennuis marchant par groupe, elle n'a pas manqué de présenter une idiosyncrasie pour le lait.

Il ne lui manquait plus que cela pour quelle fut complète.

Aussi cette pauvre malade n'est pas restée intéressante au point de vue urinaire pendant longtemps car la tuberculose pulmonaire, qui guette, au détour du chemin, les débilites, est apparue un beau jour et elle s'est localisée un peu partout, dans le rein, les intestins et surtout les poumons et après quelques temps les symptômes pulmonaires ont dominé la scène et relégué au second plan les accidents urinaires. Aujourd'hui c'est une cachectique qui traîne bien péniblement une ruine physique que quelques lambeaux pulmonaires maintiennent à peine en état de vie.

(A suivre)

## REVUE DES JOURNAUX

### Traitement de la débilité congénitale

M. L'ABBÉ, Interne médaille d'or des Hôpitaux.

Le nouveau-né atteint de faiblesse congénitale est le plus souvent un enfant né prématurément ; c'est, en tous cas, un enfant qui, par son développement retardé et incomplet, par l'imperfection et l'insuffisance fonctionnelle de ses divers organes, est exposé plus que tous les autres à l'action nocive des agents physiques et des diverses infections.

Pour le faire vivre, il faut donc le placer dans des conditions se rapprochant autant que possible de celles que lui offrait le milieu utérin dont il est prématurément privé : lui fournir de la chaleur, maintenir l'asepsie de la surface cutanée et lui donner une alimentation substantielle et facilement assimilable : tels sont les trois principaux moyens hygiéniques qui peuvent remplir le but proposé.

I. CHALEUR. — La chaleur lui sera fournie par une véritable incubation, pratiquée dans une chambre chauffée ou dans une couveuse artificielle.

*Chambres d'incubations.* — La température de la chambre destinée à l'incubation doit pouvoir être maintenue d'une façon constante pendant plusieurs semaines à 25° environ au moyen d'un calorifère ou d'un feu toujours allumé. La production de chaleur doit être réglée de telle sorte que les écarts de température ne dépassent pas 2°. La chambre sera ventilée d'une façon régulière et des précautions seront prises pour qu'au moment du renouvellement de l'air, la température ne subisse pas un abaissement trop brusque. Des linges mouillés dans un coin de la pièce maintiendront l'air dans un état d'humidité convenable.

Ces conditions étant souvent difficile à remplir, M. Marfan se sert du procédé suivant : devant une cheminée où l'on fait un grand feu, on installe un paravent ; on recouvre l'espace ainsi limité par un drap de lit ou une couverture : on a ainsi une véritable chambre d'incubation, où l'on peut obtenir facilement une température de 25° à 28°.

*Couveuses artificielles.* — Avec les couveuses artificielles, il est plus facile d'obtenir un milieu atmosphérique à température élevée et constante. La couveuse est le meilleur moyen d'incubation lorsqu'elle est placée dans un milieu sain et lorsque son emploi est régi par les règles que nous allons indiquer.

La couveuse doit répondre à certaines conditions essentielles :

1° Elle doit être facile à désinfecter. Dans ce but, on choisira : soit la couveuse Lion, employée à la Maternité de Paris, dans le

service d'accouchement de l'hôpital Beaujon, etc., entièrement métallique, qui peut être désinfectée à l'étau ; soit la couveuse en faïence de M. le professeur Hutinel, en usage à l'hospice des Enfants-Assistés, qui sera rapidement lavée chaque jour, avec une solution sublimé au 1/1000e au moment où on sort l'enfant pour le changer.

2° Elle doit offrir une température constante. Avec la couveuse Lion, la régulation thermique dépend de l'attention des personnes qui veillent l'enfant. La chaleur est fournie par trois bouillottes métalliques situées à la partie inférieure de l'appareil, au-dessous de la caisse en faïence. Ces bouillottes sont remplies d'eau à 100° et changées régulièrement jour et nuit, une à une, toutes les deux heures en moyenne. Un thermomètre placé à l'intérieur de la couveuse indique la température : si celle-ci tend à s'abaisser, on renouvelle l'eau d'une ou de deux des bouillottes ; si elle s'élève démesurément, on rafraîchit l'atmosphère en accélérant la ventilation.

La température intérieure de la couveuse sera en moyenne de 30 à 32°. Mais si l'enfant qu'on y place présente une hypothermie considérable, si sa température rectale s'abaisse à 35°, à 33°, à 30° même, la température de la couveuse devra, pour lutter efficacement, être élevée à 35° ou 37°.

La température de la couveuse restera constante pendant les premiers jours de l'incubation ; puis, lorsque l'enfant semblera assez vigoureux pour être sorti de l'appareil, on l'abaissera à 28°, à 25°, etc., jusqu'à la température de la pièce où est placée la couveuse.

3° La ventilation peut être surveillée dans la couveuse Lion au moyen d'une spirale placée à la partie supérieure de l'appareil. Dans la couveuse du professeur Hutinel, elle est réglée au moyen d'une vis qui soulève plus ou moins l'une des extrémités du couvercle de verre de l'appareil.

4° L'humidité de l'air est maintenue grâce à une éponge imbibée d'eau, placée à l'intérieur de la couveuse.

La Chambre dans laquelle est placée la couveuse doit être maintenue constamment à la température de 19° à 20° ; cette chambre doit être propre, vide de poussières, facile à aérer.

Les personnes qui donnent leurs soins à l'enfant devront être couvertes de vêtements de toiles faciles à désinfecter et ne toucher l'enfant qu'avec des mains rigoureusement propres. Les nourrices laveront après chaque tétée le bout de leur sein avec de l'eau boricuée et soigneront attentivement les gerçures du mamelon. Dans les crèches et dans les hôpitaux, on évitera la contagion des maladies infectieuses en isolant les enfants malades dans une pièce spéciale et en interdisant aux infirmières et nourrices des enfants sains de toucher aux enfants infectés, et inversement.

*Indications de l'emploi de la couveuse.* — Celles ci reposent sur la considération de l'âge, du poids, de la température et de l'état général du nouveau-né.

Les enfants nés avant terme doivent d'autant plus être placés en couveuse, qu'ils sont venus au monde à une époque plus éloignée du terme normal. Mais tout prématuré ne commande pas nécessairement l'emploi de la couveuse. Il y a des enfants nés un peu avant terme qui ont déjà subi dans l'utérus un développement suffisant pour pouvoir vivre dans les conditions atmosphériques ordinaires, tandis que d'autres enfants, nés à terme, sont débiles et incapables de vivre dans ces conditions.

Les enfants au-dessous de 2.000 grammes nécessitent presque toujours une incubation artificielle, et cela d'autant plus que leur poids est plus faible. Mais la limite de 2.000 grammes n'est pas absolue ; certains enfants pesant 1.800 grammes peuvent se passer de la couveuse, tandis que d'autres pesant plus de 2.000 grammes, mais atteints de sclérome, ont besoin d'une incubation passagère.

Lorsque la température rectale du nouveau né est au-dessous de la normale, et s'y maintient, l'incubation est nécessaire ; elle est d'autant plus que la température est plus basse.

L'état général du nouveau-né fournit aussi une précieuse indication. Lorsque celui-ci présente les caractères de la débilité congénitale, lorsqu'il est atteint de cyanose des extrémités ou de sclérome, l'emploi de la couveuse est absolument indiqué. Il est contre-indiqué, chez les enfants déjà infectés, atteints par exemple d'érysipèle, de broncho-pneumonie, d'abcès cutanés : chez ceux-là, l'incubation donne de très mauvais résultats.

*Mode d'emploi.* — L'enfant est placé emmaillotté dans la couveuse ; pour éviter l'hypostase, on le couche tantôt sur le côté droit, tantôt sur le gauche.

Toutes les deux heures, il est sorti pour l'alimentation et les soins de propreté. Ces soins devront être donnés le plus rapidement possible, et, pendant ce temps, l'enfant sera exposé à un bon feu.

Le poids de l'enfant est noté tous les deux jours ; sa température est prise dans le rectum matin et soir, car c'est par ces deux données qu'on juge le mieux de l'état du nouveau-né.

La durée de l'incubation varie avec l'âge de l'enfant et la cause qui la nécessite. Parfois il suffit d'un séjour de quelques heures pour ranimer les enfants qui ont subi l'action du froid. En moyenne, cette incubation est de une à deux semaines, mais elle a parfois été plus prolongée.

C'est encore la température, le poids et l'état général de l'enfant qu'il faut consulter pour savoir quand doit cesser l'incubation.

Lorsque la température est revenue à la normale, ou même lorsque, sans avoir atteint 37°, elle montre une marche régulièrement ascendante, en même temps que le poids augmente et que l'état général s'améliore, l'enfant peut être retiré de la couveuse.

Il n'y a pas intérêt, en effet, à prolonger trop longtemps l'incubation, car, lorsqu'elle n'est plus absolument nécessaire, les progrès du nouveau-né deviennent moins marqués ; il suffit alors de sortir l'enfant pour voir son poids augmenter rapidement. D'ailleurs, à ce moment, l'enfant a comme une conscience vague que la couveuse lui est nuisible et chaque fois qu'on l'y replace, après les tétées, il se met à crier.

**II. SOINS DE LA PEAU.** — Les soins de la peau ont pour but de maintenir la propreté, et même de stimuler la nutrition par l'excitation de la surface cutanée.

**BAINS.** — Un bain chaud à 37°, d'une durée de deux minutes, sera donné tous les jours. La peau sera ensuite soigneusement essuyée et séchée avec un mélange de talc, d'amidon et d'oxyde de zinc. (Marfan).

Si le bain provoquait du refroidissement et des menaces de collapsus, on pourrait le remplacer par des lavages successifs de chacune des parties du corps avec de l'eau chaude et du savon ; s'il existait un peu d'infection cutanée, on ajouterait aux 10 litres d'eau du bain un litre de solution de sublimé à 1 pour 1000.

**STIMULATION CUTANÉE.** — Pour produire la stimulation cutanée, on peut ajouter au bain chaud 2 ou 3 litres de vin.

On peut encore pratiquer, matin et soir, durant cinq minutes, un massage délicat du tronc et des membres de l'enfant, mais en ayant bien soin de ne pas irriter la peau qui, chez l'avorton, est particulièrement délicate.

*Injections de sérum.* M. le professeur Hutinel préfère à ces moyens mécaniques les injections de 100 centimètres cubes de sérum artificiel faites, matin et soir, avec la plus minutieuse asepsie, au niveau de la région lombaire ; on se servira de la solution suivante et stérilisée à l'autoclave :

Chlorure de sodium..... 7 grammes  
Eau distillée ..... 1000 —

**III. ALIMENTATION.** — L'alimentation exige, chez les débiles, des précautions encore plus minutieuses que chez les autres enfants.

Si le nouveau-né peut téter, il devra être nourri par sa mère ou par une nourrice bien choisie ; il prendra le sein toutes les deux heures, et pendant peu de temps chaque fois.

S'il ne tète que faiblement, la nourrice devra garder avec elle son enfant ou se tirer du lait avec une tétérille, de peur que sa sécrétion lactée diminue.

Si la mère a trop peu de lait, on pourra ajouter aux tétées un peu de lait de vache stérilisé, couper au tiers ou à moitié d'eau bouillie sucrée au dixième.

L'allaitement artificiel, chez les débiles, donne de très mauvais résultats. Si l'on se voit forcé d'y recourir, on emploiera le lait d'ânesse ou le mélange de Bretonneau : celui-ci se compose de lait coupé à parties égales avec du bouillon de veau préparé sans herbes et sans sel, à raison de 250 grammes de viande pour 500 grammes d'eau ; on fait bouillir pendant trois quarts d'heure, et l'eau évaporée est remplacée par de l'eau bouillante (Marfan). Au début, 8 grammes du mélange suffisent à chaque repas ; plus tard on donnera 15 grammes.

Lorsque le nouveau-né est trop débile pour téter, la nourrice l'y aidera en pressant sur son sein ; elle fera ainsi couler du lait dans la bouche de l'enfant ; ou bien elle se tirera du lait avec une tétérille et ce lait sera donné à la cuiller.

Si l'allaitement à la cuiller est impossible, on aura recours à l'allaitement par le nez ou au gavage.

L'allaitement par le nez se pratique, l'enfant étant couché sur le dos, en faisant couler du lait à l'aide d'une seringue ou d'une cuiller à bec allongé dans ses narines : la lait coule dans le pharynx et est dégluti.

Le gavage avec une sonde se pratique avec un tube Faucher de petit calibre, introduit par la bouche ; il est souvent mal supporté.

(La Presse méd).

#### L'alimentation du nourrisson après le sevrage

L'alimentation après le sevrage doit, d'après M. Comby, être une nourriture choisie et rationnée, comme celle des malades et des convalescents.

Quatre repas par jour (à 8 heures, à midi, à 4 heures, à 7 heures) suffisent. Tous les aliments seront cuits. La viande ne figurera pas dans l'alimentation de l'enfant sevré depuis peu, n'ayant pas atteint l'âge de trois ans ; elle ne pourrait être autorisée que dans des conditions spéciales, comme médicament (viande crue, hachée, râpée ou pulpée).

Chez les nourrissons de douze à dix-huit mois, on donnera, répartis en quatre repas : un demi-litre de lait, un œuf, deux soupes épaisses, ou bouillies, ou panades ou purées de légumes secs, une ou deux cuillerées à potage de salades cuites ou de fruits cuits passés (pruneaux, marmelade de pommes), surtout s'il y a de la constipation. De dix-huit mois à deux ans, on donne, à la place d'un œuf, deux œufs, puis deux ou trois potages, des crèmes, des légumes en purée, etc. Après deux ans, l'enfant peut prendre trois œufs.

On s'abstiendra de sucreries et de pâtisserie, de vin et de boissons fermentées. Si l'enfant avait un dégoût invincible pour le lait, on lui donnerait de l'eau pure, filtrée ou bouillie (infusions de tilleul, de thé léger), ou faiblement minéralisée (Evian, Alet.) On donnera à grignoter quelques biscuits ou croûtes de pain.

En somme, les aliments, graduellement augmentés, seront toujours de facile digestion, légers à l'estomac, laissant dans le tube digestif le minimum de résidus et de déchets inassimilables.

(Ibid)

#### Affection utérines et bicyclette,

Par le Dr E. LERICHE (de Nice).

Chacun de nous est à tout instant sollicité par ses clientes : " Puis-je faire de la bicyclette ? "

On en a souri d'abord ; mais l'importance prise par ce sport dans la vie générale doit nous conduire à en observer attentivement les effets, à en supporter les avantages thérapeutiques et les inconvénients pathogéniques.



Comme beaucoup d'autres, j'ai eu longtemps pour principe d'interdire l'exercice de la bicyclette à toute femme atteinte d'une affection de l'utérus et de ses annexes, et, en particulier, à toute personne sujette aux métrorragies.

Or j'ai été singulièrement surpris par le fait suivant :

Une de mes clientes, ayant dépassé la quarantaine, grande, brune, à tempérament ardent, ayant eu dans son passé un accouchement heureux et une fausse couche, avait de fréquentes ménorragies : ses époques, généralement en avance, duraient 8 ou 10 jours, parfois davantage, avec une profusion souvent inquiétante. Comme causes appréciables, pas de fibrome, mais plusieurs poussées de métrite. Le curage, pratiqué par d'autres mains que les miennes avait été impuissant sur cet état.

Comme traitement, je prescrivis l'abstention d'exercices violents, et le repos absolu pendant la période des règles ; malgré cela, comme il arrive parfois, l'hémorragie était souvent plus forte la nuit, quand la malade était couchée.

Or, un beau jour, ma cliente m'échappe, va passer l'été en Suisse, et là s'excite au cyclisme ; elle me revient en automne, très forte sur cette exercice, et débarassée de ses hémorragies. Ses règles n'avançaient plus sensiblement, duraient encore près d'une semaine, mais n'étaient plus que très modérées comme quantité. La ménopause enfin s'est produite il y a quelques mois, un peu plus de trois ans après ce que je viens de raconter.

Comment expliquer ces phénomènes ? On pourrait dire que si les hémorragies avaient diminué depuis trois ans, c'est que la nature elle-même se préparait de loin à la ménopause, sans que la bicyclette y fût pour rien ; pourtant la coïncidence presque immédiate de la modération hémorragique avec le début des exercices qui théoriquement semblaient devoir amener un résultat contraire, paraît bien indiquer une relation de cause à effet entre la modification physiologique et l'entraînement cycliste.

Je sais bien d'autre part, que les sages ont souvent raison, qui, suivant les errements traditionnels, interdisent le sport de la bicyclette à des femmes atteintes de troubles des fonctions génitales ; je pourrais citer, par exemple, le fait d'une autre malade, travaillée par une métrite chronique avec salpingite et prolapsus d'une trompe et qui à la suite d'une étape exagérée à bicyclette (quelque chose comme 70 kilomètres), dut être descendue de sa machine par ses compagnons du route : elle, fut immédiatement prise d'hémorragie abondante et prolongée.

Mais ces contradictions apparentes peuvent s'expliquer, si on a égard, d'un côté à la variété des cas pathologiques ; d'autre part, à la différence des mouvements exigés par l'exercice dans les deux circonstances.

Le génial vulgarisateur de la kinésithérapie gynécologique en France, — son créateur même, peut on dire, — M. Stapfer, nous a appris que certains mouvements gymnastiques sont décongestionnants pour la matrice et les viscères abdominaux, d'autres congestionnants.

Pour les mouvements décongestionnants, la paroi abdominale doit être au minimum de tension ; on met en jeu avant tout les muscles pelvi-trochantériens et postérieurs de la cuisse, et les masses dorsales : les premiers font mouvoir les membres inférieurs, les secondes maintiennent l'attitude.

" Pas d'effort général, aucune fatigue, sont les principes fondamentaux de la gymnastique décongestionnante. "

Au contraire, " tension de la paroi abdominale, attitude fatigante, effort, secousse des viscères, tels sont les principes de la gymnastique congestionnante "

Or qu'observons-nous dans l'exercice de la bicyclette en terrain plat ou peu accidenté, avec une attitude convenable, par exemple le tronc étant vertical ou très peu incliné en avant ? Les membres inférieurs exécutent des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, les muscles dorsaux sont légèrement contractés pour maintenir l'attitude du tronc ; la paroi abdominale est relativement

relâchée ; l'exercice est moins fatigant même que la marche. Enfin, tandis que la prise d'un point d'appui avec les bras sur le guidon favorise l'expansion thoracique, la vitesse de translation fait entrer dans les poumons une plus grande quantité d'air, reproduisant ainsi excellemment cette série de mouvements respiratoires qu'il est de règle d'exécuter dans chaque séance de gymnastique gynécologique pour favoriser l'hématose et combattre les stases sanguines.

Au contraire, dans l'exercice exagéré la bicyclette, s'il s'agit d'augmenter étourdiment la vitesse, de parcourir des distances trop longues ou de gravir des pentes trop rapides, le travail musculaire atteint bien vite à la fatigue : les mouvements désordonnés de flexion et d'extension des membres inférieurs rappellent cette flexion forcée de la cuisse sur le bassin, qui fait partie des mouvements congestionnants dans la méthode de Stapfer ; les muscles rachidiens ne maintiennent plus simplement une attitude ajacée, ils se contractent démesurément, tandis que les bras se crispent, de plus en plus sur le guidon : les viscères sont secoués, et la sanglè abdominale se tend au point que certains coureurs éprouvent dans la région des aines une poussée douloureuse pouvant aller jusqu'à la hernie ; enfin l'exagération dans la vitesse de translation et dans la contraction des muscles thoraciques entrave la respiration au lieu de la favoriser comme tout à l'heure, tandis que la somme d'efforts déployés impose au cœur une énorme dépense d'énergie ; toutes conditions on ne peut plus favorables à la stase veineuse dans l'abdomen.

Un phénomène curieux et presque inattendu a été révélé récemment par la fameuse course de 72 heures. MM. Rognault et Bianchi, ayant eu l'idée de déterminer graphiquement, à l'aide du phonendoscope, la situation des viscères sur plusieurs coureurs, ont trouvé, de suite après la course, une élévation du diaphragme et des organes situés au-dessus et au-dessous de lui : on peut donc se demander, tout en se gardant des efforts athlétiques développés dans ces fantastiques tournois, on ne pourrait pas utiliser jusqu'à un certain point le travail à bicyclette pour relever les organes abdominaux en ptose.

Je termine par une dernière observation.

Stapfer dit que la gymnastique décongestionnante favorise la constipation. Or je connais un médecin d'âge mûr, qui, atteint depuis son adolescence du catarrhe intestinal habituel, a vu cet inconvenient céder à la disposition contraire, par l'usage presque quotidien de la bicyclette à dose modérée. Nul doute qu'inversement un exercice plus violent, déterminant la congestion abdominale et la secousse des viscères, n'ait, comme la gymnastique congestionnante, le pouvoir de combattre la constipation, et même de produire la diarrhée.

En résumé, je n'ai pas eu pour but de répéter uniquement cette vérité banale, que l'exercice modéré est salubre, tandis que le surmenage est nuisible ; mais j'espère faire partager cette idée, que la bicyclette, en dehors des effets toniques généraux que produit tout exercice de sport, peut nous servir de moyen thérapeutique précis pour des cas déterminés.

(Journal de méd. de Paris)

#### Du maillot humide dans la bronchopneumonie des enfants.

M. GRIPAT (d'Angers) conseille dans la broncho-pneumonie des enfants la pratique suivante : Supposons un enfant de 20 à 30 mois. On prend un taffetas imperméable bien souple (celui, par exemple, qu'on nomme taffetas chiffon) de 75 centimètres de longueur sur 0,5 de hauteur et une mousseline pliée en 8 doubles, un vieux rideau ou une serviette de toilette spongieuse d'une épaisseur correspondante, la dite compresse ayant mêmes dimensions que le taffetas ; enfin, trois cordons. L'enfant, déshabillé jusqu'au ventre, est assis sur les genoux d'un aide qui lui tient les bras en l'air. La compresse, préalablement imbibée d'eau froide à la température de la chambre, c'est à dire à 15°, est posée vivement sur le dos, de la base du cou au bas du ventre, enveloppant le tour du corps. Le taffetas est posé



de même par-dessus, croisé également en avant, et les trois galons lient le tout, le premier passant au ras des aisselles. Puis l'enfant est entouré de couvertures et gardé dans les bras ou remis au lit.

Pendant cette application, qui doit se faire en moins de temps qu'il n'en faut pour la décrire, l'enfant se met à crier sous l'impression désagréable qui lui cause le froid du maillot. Les cris sont un premier avantage : ils déterminent une ampliation pulmonaire qui combat la tendance fâcheuse à l'atélectasie et provoque l'élimination précoce des mucosités bronchiques. Au fur et à mesure que les applications du maillot se répètent, les cris diminuent et souvent l'appréhension de l'enfant fait place à une évidente satisfaction. En tous cas l'enfant a crié, il se calme bientôt, sa respiration devient plus ample, moins précipitée, et les autres phénomènes locaux s'amendent : la toux se fait plus facile, plus grasse, ne provoquent plus le cri indiquant le réveil du point de côté. Puis les phénomènes généraux diminuent, la température s'abaisse rapidement jusqu'au dessous de la moyenne, les phénomènes nerveux disparaissent, le sommeil est calme, reposant, les fonctions digestives se rétablissent. De plus, et c'est là un fait des plus importants, la diurèse se réveille, entraînant au dehors les toxines qui constituaient un danger bien plus considérable que la gêne de la respiration ou la destruction de quelques lobules pulmonaires. Aussi, la convalescence est-elle courte.

Il est important de dire que la température doit être prise minutieusement, non pas seulement matin et soir, mais à toute heure, au moins six fois par jour, et enregistrée soigneusement, parce qu'elle fournit, par les fluctuations de sa courbe, des indications de premier ordre. En ce cas, le thermomètre est le meilleur des guides ; à vrai dire, c'est même le seul sérieux, car, le danger capital étant l'hyperthermie, il est de première importance de constater la marche progressive de la défervescence.

Le renouvellement du maillot se fait à des intervalles qui varient suivant les cas et aussi suivant les praticiens. Les uns le réappliquent au bout d'une heure, d'autres au bout de deux, d'autres au bout d'une demi-heure seulement. Généralement je le remplace toutes les deux ou trois heures pendant le jour, toutes les quatre heures pendant la nuit. Une compresse fraîche est substituée à celle qui s'est échauffée, sans aucun intervalle, au moins durant trois ou quatre jours.

Lorsqu'on pose la compresse froide sur une peau fébrile, à la température de 40° par exemple, il y a tout d'abord un resserrement violent des capillaires et un frisson léger. Puis la réaction des capillaires se fait, ils deviennent turgescents, la circulation s'y accélère, le maillot s'échauffe en opérant une soustraction de chaleur à l'organisme ; il se produit une transpiration légère et une buée chaude que la malade respire incessamment. Quand on retire le maillot, une rougeur modérée d'intensité, mais permanente et en grande surface, s'est produite au grand profit de la circulation pulmonaire et de la phagocytose.

Le point sur lequel il est le plus nécessaire d'insister, c'est que l'hyperthermie constituant le gros danger et le maillot étant spécialement destiné à combattre ce danger, c'est la thermomètre qui doit être le guide de l'emploi du maillot. Plus la température est élevée, plus souvent il faut faire l'application de la compresse froide. L'étude de tous les autres symptômes est presque accessoire.

(Tribune médicale.)

#### Les injections de créosote chez les neurasténiques. Indications, contre-indications.

par M. CAPITAN.

A la fin du mois de janvier, une intéressante discussion a eu lieu à la Société de thérapeutique à propos de l'emploi, par M. Burlureaux, de la créosote en injection huileuse sous-cutanée comme tonique du système nerveux.

Certes, ce n'était pas là un fait nouveau. Tous les médecins qui pratiquent beaucoup d'injections hypodermiques de créosote ou gâicacol en solution huileuse ont observé cette très particulière action sur le système nerveux, qui est un des moyens principaux pour agir sur l'état général des phtisiques. D'excellents résultats ont même été obtenus précisément chez des neurasthéniques plus ou moins cachectisés.

Quoi qu'il en soit, M. Burlureaux a eu le grand mérite de préciser cette application des injections sous-cutanées de créosote et de la vulgariser.

Les doses, dans ce cas, ne doivent pas être très élevées. D'après M. Burlureaux, de 1 à 10 grammes d'huile créosotée à 1 pour 100 tous les deux à trois jours.

Les jours intercalaires, on administrera un lavement avec 5 à 20 gouttes de créosote.

L'action de la créosote dans ces cas est tout à fait singulière. Comment agit-elle ?

On a bien prétendu que l'huile avait un rôle, mais il paraît peu vraisemblable qu'une si petite dose puisse avoir une action. Ce serait donc à la créosote agissant directement sur le système nerveux qu'il faudrait attribuer cet effet.

Mais il faut, dans ce cas, observer soigneusement son sujet. Souvent chez de tels malades, il y a intolérance marquée et on peut observer de ces accidents variés dont parlait récemment dans sa thèse inaugurale M. Robert Simon et dont les principaux sont : goût de créosote dans le pharynx, sueurs, frissons, vertiges, hypothermie suivie ou non d'hyperthermie, urine noire, état cholérique.

Il faut aussi bien connaître ces petites poussées pulmonaires congestives, assez fréquentes chez les phtisiques, mais qu'on peut pourtant observer même chez les neurasthéniques, toujours plus ou moins anémiés et par suite très capables, surtout s'il s'agit de femmes, de congestionner le sommet de leurs poumons, ainsi que cela leur arrive souvent, même en l'absence de toute médication.

Les indications de ce mode de traitement doivent être également nettement établies. C'est une méthode simple, c'est vrai, rapide, commode et, en somme, peu douloureuse. Mais il ne faudrait guère la mettre en œuvre que dans les cas de très grave neurasthénie où il y a aussi anorexie complète. De cette façon, on ménagerait l'estomac et on lui permettrait, sans le fatiguer par des drogues, de faire exclusivement son travail de digestion.

D'ailleurs, on observe souvent, dès les premières piqûres, une sensation d'appétit assez marquée qu'éprouvent les malades.

Il y a donc double intérêt à laisser l'estomac sans l'irriter, tout en cherchant à le stimuler de façon indirecte.

Dans ces cas aussi, il est souvent extrêmement utile d'associer la spartéine à la créosote, ainsi que nous le faisons ordinairement, bien que la spartéine ne se dissolve pas dans l'huile et reste en suspension stable, surtout si on a eu soin de faire la solution à chaud, vers 80°, et en employant le sulfate de spartéine bien pulvérisé.

On peut aussi, dans ces cas, alterner ces injections avec des piqûres de divers glycérophosphates solubles, ou bien encore avec quelques piqûres de liquide de Brown-Séguard, additionnées de quelques centimètres cubes de solution de chlorure de sodium à 10 pour 1,000. Malheureusement, les unes comme les autres de ces piqûres sont assez douloureuses et il y a là une réelle difficulté pour les faire accepter des malades.

En tous cas, ce procédé clinique est fort intéressant et certes il n'est pas à dédaigner dans le traitement souvent si difficile de cette terrible espèce de malades que sont les grands neurasthéniques.

(Médecine Moderne).

### Les trois lavages dans le traitement de l'urémie.

H. HUCHARD.

1. *Lavage de l'estomac.* C'est celui qui est accepté avec le plus de difficulté. Mais, il ne s'agit pour nous que d'imposer notre autorité, et cette autorité vient presque toujours de la confiance que nous avons en nous-mêmes et que nous savons alors bien faire partager. Le malade peut-être hyperchlorhydrique, et l'on sait qu'alors l'estomac renferme parfois des toxines d'une grande puissance, plus même que dans l'hypochlorhydrie. Dans un cas de ce genre, avec complication de contracture des extrémités, on est parvenu à isoler une substance toxique très active, capable de tuer un lapin en quelques minutes. Voilà un poison convulsivant dont pourrait et devrait bien se passer l'intoxication urémique ! Et alors, quand l'estomac est dilaté et qu'il retient les toxines, ne pensez-vous pas que s'impose l'indication de les évacuer ? Inutile d'insister.

2. *Lavage des intestins.* Il ne s'agit pas de lavement qui ne vont pas assez loin, mais de lavages, de ce qu'on appelle l'entérolyse. Deux ou trois fois par jour, à l'aide d'une sonde longue et molle que vous introduisez profondément dans le rectum faites pénétrer deux litres d'eau bouillie avec 7 à 8 grammes de chlorure de sodium par litre. De deux choses l'une : ou le malade gardera le liquide, ou il ne le gardera pas. S'il le garde (surtout lorsque la quantité ne dépasse pas 600 à 1,000 grammes), c'est parfait, cette quantité d'eau finissant par devenir diurétique et forcer la barrière rénale. S'il ne le garde, c'est encore bien, puisque votre injection devient réellement un lavage intestinal, et fait de l'antisepsie, bien autrement que tous les médicaments en ol.

3. *Lavage du sang.* Il n'est pas question ici de l'introduction directe d'un liquide salin dans les veines. C'est là une opération délicate, difficile, dangereuse parfois, et j'estime que les injections sous cutanées de 200 à 300 grammes et même 500 grammes d'eau chlorurée (7 gramme de chlorure de sodium pour 1,000 grammes d'eau bouillie), répétées deux ou trois fois par jour, agissent presque aussi bien. La quantité que l'on peut introduire dans l'hypoderme semble toucher à l'invraisemblance et contre une pyélo-néphrite infectieuse d'une gravité exceptionnelle, on a pu injecter 2,000 grammes à la fois ; dans l'espace d'un mois, la malade que j'ai suivie attentivement avec M. Bovet et plusieurs médecins, a reçu en injections sous cutanées 16 lit. 670, et en lavements 14 litres de sérum chlorurique à 7 jour 1000, soit 215 grammes de chlorure. Sans doute tout n'a pas été absorbé : mais la malade qui a été en danger de mort plus de dix fois, a guéri contre nos pronostics les plus désespérés. C'est là une médication, puisqu'elle a pour résultat d'élever la tension artérielle, de favoriser la diurèse, d'introduire dans l'organisme une quantité assez considérable d'eau chlorurée.

Une remarque : on appelle cette eau chlorurée du nom très pompeux de "sérum artificiel". Soyons donc plus vrais, moins solennels dans nos désignations, et appelons simplement les choses par leur nom.

Telle est la médication de l'urémie par les "trois lavages". Elle m'a donné des résultats excellents, et je crois rendre ce service aux praticiens en la leur recommandant. Je la préfère aux vomitifs, aux purgatifs qui peuvent par leur répétition affaiblir les malades, et qui ne remplissent pas complètement le but, aux "antiseptiques intestinaux" qui n'antiseptisent pas, à toutes les drogues avec lesquelles on empoisonne parfois les malades déjà suffisamment empoisonnés. Je ne renonce pas aux purgatifs, aux vomitifs, et surtout à la saignée, un moyen héroïque dans certains cas. Parfois même, une large émission sanguine doit précéder les injections sous-cutanées d'eau chlorurée ; elle doit les précéder, parce qu'alors l'absorption du liquide salin se fera plus rapidement, plus complètement, et qu'elle contribuera ainsi à maintenir la quantité de la masse sanguine.

Dans un état morbide comme l'urémie, caractérisé par l'intoxi-

cation de l'organisme, la formule la plus simple du traitement est celle-ci, et elle indique à la fois ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il convient de faire : Pas ou peu de drogues qui peuvent encore intoxiquer ; une médication rationnelle et antitoxique par les trois lavages. On répand moins d'encre pour formuler, on écrit moins : on agit mieux. Et comme la thérapeutique marche toujours dans l'ombre des doctrines médicales, qu'elle veut être simplifiée, qu'elle doit être physiologique et pathogénique (ou elle ne sera pas), l'heure nous semble venue de procéder à sa réforme.

(*Journal des Praticiens.*)

### De l'ichthyol dans la tuberculose et le catarrhe sec.

LE TANNEUR.

Dans le courant de l'année dernière nous avons relaté, dans plusieurs publications, le résultat de nos travaux sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, par l'emploi de l'ichthyol à l'intérieur.

Ces expériences, qui étaient les premières faites en France, nous ont permis de considérer ce médicament comme un puissant adjuvant de la cure anti-tuberculeuse. Nous avons constaté son action décongestionnante sur les bronches, son pouvoir de fluidifier les crachats, et partant, son action favorable dans la période hyperémique de la tuberculose. Nous avons insisté seulement sur deux points, et cela même dans l'intérêt du succès de la méthode :

1° La seule dose à laquelle l'ichthyol agit est de 2 grammes au minimum.

2° Le véhicule qui contient le médicament doit, autant que possible, traverser l'estomac indemne pour ne s'ouvrir que dans l'intestin. "Le gluten semble bien répondre à ce besoin : cette dernière condition est indispensable à la bonne digestion du médicament."

La communication que nous faisons aujourd'hui vise un point de vue nouveau.

Le catarrhe sec est, comme on le sait, caractérisé par la présence dans les bronches "moyennes ou petites" de mucosités collantes, gênant le passage de l'air et produisant ces sibilances caractéristiques que l'auscultation révèle.

De là cette toux quinteuse qui fatigue les malades et les oblige à de longs efforts pour obtenir l'expulsion d'une petite mucosité collante.

L'action de l'ichthyol étant éminemment fluidifiante de sécrétions bronchiques, il nous paraît indiqué de l'essayer dans le catarrhe sec.

C'est ce que nous avons fait dans notre service de bronchitiques de Belleville, et aujourd'hui nous sommes en possession de 50 observations dans lesquelles le catarrhe sec a été considérablement amélioré par l'emploi de l'ichthyol à la dose minimum de 3 grammes par jour.

Nous avons, entre autres observations intéressantes, plusieurs bronchites datant de quinze et vingt ans, offrant à l'auscultation des sibilances dans toute la poitrine qui, au bout de quinze jours de traitement, étaient considérablement améliorées et, au bout de deux mois, permettaient au malade de quitter notre service avec la mention : guéri.

(*Bulletin méd.*)

### Ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied.

TILLAUX.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied pose un problème dont la solution est toujours fort délicate. Faut-il faire la résection totale ou l'amputation ? Il n'y a pas de règle absolue à établir et chaque cas particulier est justiciable d'un traitement spécial. M.

Tillaux présente un malade âgé de 42 ans, ancien syphilitique, atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied droit. La maladie a débuté, il y a deux ans, et paraît avoir été provoquée par une entorse banale. On a constaté d'abord de petits abcès au voisinage de la malléole interne, abcès qui sont allés en augmentant de volume jusqu'au jour où une intervention chirurgicale portant sur l'articulation tibio-tarsienne dont les os ont été fortement réséqués, a amené un arrêt momentané du processus tuberculeux et des douleurs. L'amélioration a été de courte durée et actuellement les douleurs sont revenues, et le malade s'étiole de jour en jour. Il ne mange pas et maigrit : du reste, rien du côté des poumons, sauf une légère induration des sommets, pas de température, pas de troubles urinaires.

Il est clair que chez ce malade la résection totale a peu de chance d'être suivie d'une guérison et si la suppuration n'était par arrêtée par l'opération chirurgicale, elle suffirait à déterminer la mort par cachexie.

L'amputation de la jambe, au contraire, enlèverait d'une façon absolue le foyer tuberculeux et permettrait à l'organisme de se refaire.

Il est d'ailleurs une règle générale qui résout dans la plupart des cas la difficile question des amputations et des résections. La résection doit être préférée pour les membres supérieurs tandis que l'amputation est souvent l'opération pour les membres inférieurs. C'est qu'en effet les services rendus par les doigts, en particulier par le pouce, sont tellement importants qu'il faut tout faire, tout essayer pour les conserver ; tandis que très souvent, il vaut mieux avoir une jambe de bois — qui permet la marche — qu'un membre douloureux.

En conséquence, M. Tillaux se prononce chez son malade pour l'amputation. Il fera l'amputation de la jambe au lieu d'élection, c'est à dire à environ quatre travers de doigts au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, de façon à conserver une petite portion de la jambe. Ce procédé convient surtout aux malades de la classe pauvre qui ont besoin de travailler. L'amputation sus-malléolaire qui permet la conservation d'une grande portion de la jambe et l'emploi de bottines mécaniques doit être réservée aux malades riches qui font passer avant tout le souci de masquer une difformité.

*Médecine moderne.*

#### Traitement du rhumatisme blennorrhagique

Le docteur Camille Pelisse, dans son excellente thèse sur " Les récidives dans le rhumatisme blennorrhagique ", résume ainsi les indications thérapeutiques qui se posent dans cette localisation du gonocoque :

" Il n'y a pas de traitement médical du rhumatisme blennorrhagique. Nous avons dit que le salicylate de soude, si efficace quand il s'agit de rhumatisme aigu, n'avait aucune action dans cette affection. On peut employer comme calmants l'antipyrine, les sels de quinine, les préparations d'opium.

Quelques auteurs ont attribué une action favorable aux mercureux : la question est actuellement à l'étude. Il faut surtout insister sur le traitement local, l'immobilisation dans une position convenable, une compression légère et la révulsion.

J. Lucas-Championnière fait à plusieurs reprises, tous les jours s'il est nécessaire, un nombre aussi grand que possible de pointes de feu sur l'articulation atteinte, puis la recouvre d'emplâtre de Vigo et exerce une compression modérée : on obtient, en général, rapidement la diminution de l'épanchement et de la douleur.

Quand les phénomènes aigus sont terminés, on peut administrer à l'intérieur de l'iodure de potassium, mais son action est bien contestée.

On peut faire prendre au malades des bains térébenthinés, deux

à trois bains par semaine, méthode qui nous a donné quelques résultats à l'hôpital Ricord.

Enfin, on pourra utiliser avec avantage l'électricité et surtout le massage, qui permet quelques mouvements et souvent empêche les muscles de s'atrophier."

*(Gaz. des Hôp.)*

#### Est-il démontré que l'éclampsie est une maladie microbienne ?

BAR

On a trouvé que l'urine des éclampsiques était fréquemment fertile. Mais les bactéries qu'elle contenait se rencontraient fréquemment dans l'urine de femmes enceintes non éclampsiques.

Les injections massives d'urines à des animaux démontrent que leur pouvoir pathogène est très atténué et généralement nul.

Les examens pratiqués sur le sang ont montré qu'il pouvait contenir des staphylocoques, des pneumocoques. Le présence de ces microorganismes est loin d'être constante et on peut même la tenir pour assez rare, car, dans bon nombre de cas où elle a été constatée les circonstances de l'expérience étaient telles qu'il est légitime d'en tenir le résultat pour non probant.

Il en est de même des recherches faites sur les viscères de la femme ; le foie, les reins, et de celles pratiquées sur le placenta.

Voilà une première conclusion.

Les microorganismes qu'on a trouvés dans quelques cas paraissent appartenir à certaines espèces banales : le proteus vulgaris, le coli-bacille, le pneumocoque. On n'a donc pas trouvé un microorganisme spécial, constant dans l'éclampsie, ayant la propriété de la reproduire, et n'existent que chez les éclampsiques.

Si l'éclampsie est une maladie microbienne due à un microbe qui lui est spécial, celui-ci n'est aucunement de ceux qui ont été décrits et qui appartiennent tous à des espèces, pathogènes ou non, très communément observées.

Voilà une seconde conclusion.

Voulons nous aller plus loin ?

Est-il permis de rejeter en bloc, comme étant sans portée, tous les faits positifs rapportés ?

S'il en est de nombreux qu'on puisse tenir pour insuffisamment observés, on ne peut s'empêcher de se souvenir qu'il en est quelques-uns dans lesquels l'examen a été fait avec toute la rigueur désirable. Ces faits sont assez nombreux pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte.

Il n'est pas possible que, chez la femme enceinte, des infections à staphylocoques, pneumocoques, à coli-bacilles, puissent conduire à ces lésions du foie et des reins qui semblent nécessaires pour que les accès d'éclampsie éclatent. Mais aujourd'hui encore, ce n'est là qu'une hypothèse. Nous ne pouvons, dans l'état actuel de la science, que constater la coïncidence relativement fréquente de ces infections et de l'éclampsie ; il est impossible de préciser le lieu qui les unit.

*(L'Obstétrique.)*

#### Traitement des hémorrhagies post-partum par le tamponnement vaginal à travers un speculum laisse à demeure

M. le Dr J. Bastian, assistant de M. le Dr Vaucher, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Genève, a imaginé pour le traitement des hémorrhagies post-partum le procédé suivant, dont l'efficacité a été démontrée par l'expérience et qui est d'une exécution facile, même sans l'intervention d'aide.

On commence par introduire dans le vagin un speculum bivalve, le plus long qu'on possède, et, l'ayant ouvert aussi largement que possible, on procède au tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée ou simplement stérilisée qu'on a soin de bien tasser con-

tre le col et dans les culs-de-sac vaginaux, et dont on remplit tout le vagin jusqu'à l'orifice vulvaire. Le tamponnement terminé, on laisse le spéculum en place. La perte sanguine se trouve généralement arrêtée, de sorte qu'on peut, au besoin, laisser l'accouchée sans surveillance. Au bout de douze heures on retire le spéculum, après avoir extrait une partie du tampon. Vingt-quatre heures plus tard, on enlève le reste de la gaze.

Ce procédé se montrerait efficace contre tous les épanchements de sang post-partum, qu'elle qu'en fût la source. S'agit-il d'hémorragie sur le point d'où s'échappe le sang. Si l'hémorragie provient du col, le tampon comprime énergiquement les lambeaux de la déchirure cervicale, ainsi que le tronc même de l'artère utérine à la base des ligaments larges. Enfin, lorsqu'on a affaire à l'inertie utérine, le tamponnement en question réunit les avantages des deux procédés qui, dans ces derniers temps, ont été préconisés contre l'inertie utérine et qui sont la fermeture de l'orifice externe du museau de tanche par l'application d'une ou de plusieurs pinces et les tractions exercées sur l'utérus. Dans le procédé de M. Bastien, le tamponnement vaginal, très serré, obtient complètement l'orifice du col, et d'autre part, en refoulant l'utérus en haut, il produit une traction sur les ligaments larges et les vaisseaux qu'ils contiennent.

(Journal de méd. et de chr. prat.)

#### Traitement des rétentions aiguës et chroniques

Dans une thèse récente (1), M. Brin, s'inspirant des sages conseils de M. le professeur Guyon, montre bien les indications et les avantages du cathétérisme dans l'hypertrophie prostatique, cathétérisme trop souvent délaissé dans les cas difficiles au profit de certaines opérations d'une innocuité relative.

Les rétentions aiguës peuvent se diviser en deux groupes suivant qu'elles peuvent ou non être guéries par le cathétérisme. Dans le premier cas, le cathétérisme doit être soumis à certaines règles que l'auteur précise.

Après avoir pratiqué l'exploration du canal avec l'explorateur à boule, on pourra choisir la sonde la plus convenable. Dans la plupart des cas la sonde molle Nélaton, en caoutchouc vulcanisé, remplira les conditions voulues. Mais, en cas d'échec, il ne faut pas prolonger des tentatives qui peuvent léser le canal et devenir une cause d'infection. Les sondes droites, en gomme pourront alors être employées.

Si la prostate est par trop déformée et hypertrophiée, il faut en venir aux sondes à bécaille. " D'une façon générale, il faut choisir la sonde bécaille à courbure douce et à bec court. Si la région prostatique est très allongée, on emploiera encore la courbure douce mais avec un bec plus long. Enfin, si l'obstacle prostatique est infranchissable à l'explorateur, il faudra se servir d'un bec court à courbure plus brusque. "

En cas d'échec persistant on pourrait encore en venir aux sondes bicoudées, ou aux instruments à grande courbure.

Mais de toutes façons, il faut ne pas négliger quelques points sur lesquels insiste le professeur Guyon :

Vérifier la solidité de la sonde Nélaton, rejeter toute sonde éraillée ou irrégulière. Aller avec une extrême prudence lorsqu'on se sert d'une sonde métallique ou à mandrin.

Quant à l'évacuation, elle doit se faire " lentement, progressivement, incomplètement " (Guyon). Si l'urine est normale, on enlève une certaine quantité dans la vessie ; si elle est rouge ou purulente, il faut lui substituer 150 à 200 grammes d'eau boriquée à 4 p. 100 que l'on abandonne dans la vessie. Dans la suite on répète le

cathétérisme, mais en ville, on a avantage à laisser une sonde à demeure.

L'auteur termine par ces conclusions : " Dans le cas d'impossibilité réelle du cathétérisme, la jonction doit être essayée, sauf contre-indications. On doit la considérer comme un moyen d'attente qui permettra toujours l'introduction secondaire de la sonde ;

La ponction est contre indiquée dans les cas où la vessie est infectée. Elle serait dangereuse et insuffisante.

La cystostomie est alors indiquée primitivement. Elle l'est secondairement quand les ponctions répétées ont marqué leur impuissance à décongestionner la prostate.

La rétention incomplète sans distension relève du cathétérisme répété jusqu'à ce que la vessie n'ait plus de résidu.

La rétention incomplète sans distension est justiciable, suivant les cas, du cathétérisme répété ou de la sonde à demeure. "

(Gaz. des Hôp.)

#### Angine Goutteuse

Par M. le docteur R. LE CLERC (de Saint-Lô).

Il existe une angine goutteuse, prémonitoire de l'accès de goutte, caractérisée en général par une fluxion intense avec œdème occupant le voile du palais et même le vestibule laryngien. La description de cette angine correspond bien à celle de l'angine dite rhumatismale, telle que la comprenait Lasègue. La durée de cette fluxion va de quelques heures à trois jours. Elle n'est justiciable d'aucun traitement spécial ; si ce n'est d'une dérivation qui permettrait l'apparition plus hâtive de la fluxion articulaire, pareille en cela à l'angine rhumatismale qui n'est point améliorée par le salicylate de soude.

(Normandie médicale.)

#### FORMULAIRE

##### L'hydrastis canadensis dans les affections utérines.

Le rhizome et les radicelles servent à la préparation d'un extrait fluide et d'une teinture.

Hydrastis en poudre n° 60..... 100 grammes.

Alcool à 9°..... Q. s.

Eau distillée..... Q. s.

Pour faire 100 grammes, d'extrait fluide, à la dose de 1 à 4 grammes, 2 à 3 fois par jour. — Racines pulvérisées, 2 à 8 grammes. — Contre les métrorrhagies.

Teinture d'hydrastis canadensis... 15 grammes.

Teinture de viburnum prunifolium 15 grammes

X gouttes toutes les deux heures contre la dysménorrhée.

Palmer se sert ordinairement de la solution suivante pour les inhalations :

Extrait fluide d'hydrastis.

canadensis..... 1 partie.

Solution saturée de chlorure de sodium. 3 parties.

Hydrastine de 10 à 30 centigrammes par jour.

Hydrastinine en injections sous-cutanées.

Chlorhydrate d'hydrastinine..... 1 gramme.

Eau distillée..... 10 —

De 1/2 à une seringue de Pravaz. Contre les vomissements d'origine utérine.

(Journal de méd. de Paris)

(1) Thèse de Paris, 1898.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Société Médicale de Québec

SÉANCE DU 23 MARS 1899.

M. le Dr BROCHU

(Suite)

Après ces deux intéressantes observations de M. le docteur Simard, M. le Dr Brochu cite un cas particulier d'empoisonnement urinaire avec hydronéphrose aiguë, survenue d'une manière incidente, au troisième mois de la grossesse, chez une femme qui quelques années auparavant, avait souffert d'une inflammation phlegmoneuse des annexes du côté droit, à la suite d'une couche compliquée.

Les relations anatomiques ou de voisinage du col de l'utérus et des ligaments larges avec la partie inférieure des uretères laissent soupçonner le retentissement facile des lésions des organes génitaux internes sur cette partie des voies urinaires, soit par propagation directe de l'inflammation ou de l'infection, soit indirectement par compression ou par des adhérences qui déforment le canal de l'uretère et gênent le cours de la sécrétion du rein du même côté.

M. le Dr Brochu fut appelé auprès de cette malade au sujet d'un mal de tête excessivement intense qui avait débuté avec frissons violents, endolorissement dans le côté droit de l'abdomen et fièvre aiguë. La malade, d'un tempérament nerveux, continuait cependant ses occupations régulières; la physionomie n'annonçait nullement les signes d'altération du sang ou de la nutrition générale comme cela se rencontre le plus souvent dans les infections profondes ou les intoxications chez les urinaires de longue date. A l'application du thermomètre M. le Dr Brochu ne fut pas peu surpris de constater une température qui dépassait 105° F.

A l'examen, le côté droit en l'oblitération de l'abdomen présente à la palpation une tension particulière et plus profondément une tumeur oblongue légèrement rénitente, remontant jusqu'à la région rénale.

Le toucher vaginal permet de reconnaître du côté droit une induration scléreuse dont les caractères diffèrent nettement de ceux de la tumeur rénitente que l'on constate à la palpation extérieure.

En l'interrogeant sur les signes anamnestiques, la malade rappelle qu'elle a été sujette à des maux de têtes accompagnés de certains symptômes fébriles, généralement peu intenses, et de douleurs à la partie inférieure de l'abdomen du côté droit, que tous ces symptômes ont paru s'aggraver au début de ses deux dernières grossesses, bien qu'elle n'ait jamais remarqué l'enflure dont elle souffre aujourd'hui. Au sujet de la qualité et de la quantité de ses urines, elle répond qu'elles sont très variables: tantôt très claires, tantôt brouillées avec dépôts; deux ou trois fois elles ont présenté une odeur très particulière. L'émission des urines étaient quelquefois accompagnée de douleurs; les envies sont parfois fréquentes, mais elle n'indique pas qu'elle n'ait jamais eu les tenesmes particuliers de l'inflammation de la vessie.

Le diagnostic d'hydronéphrose aiguë compliquant une lésion de l'uretère, probablement d'origine génitale, s'imposait: la vessie

paraissant indemne. Il paraissait rationnel de supposer que la grossesse ne ferait qu'accentuer la maladie et serait peut-être un obstacle à sa résolution.

Dans la crainte de la nécessité d'une intervention chirurgicale, M. le Dr Brochu fit appeler M. le Dr Ahern et l'opportunité de l'opération fut annoncée à la malade si les symptômes ne se modifiaient pas d'ici à deux jours.

Soit surprise, ou autre cause relative à l'accès d'infection aiguë, la malade fit une fausse couche le lendemain, et les signes de l'hydronéphrose avec ceux de l'empoisonnement urinaire disparurent rapidement dans les deux ou trois jours qui suivirent l'accident.

L'hydronéphrose ou la pyélonéphrose, selon que le canal urinaire, a été contaminé ou non par des germes infectieux, sont déterminées par l'obturation du canal d'un uretère primitivement atteint d'inflammation, ou coudé, ou comprimé par des lésions de voisinage, ces lésions sont souvent d'origine génitale chez la femme.

Les accidents de la fièvre ou de l'intoxication urinaire qui peuvent en être la suite ne surviennent que rarement, cependant, d'une manière spontanée; ils apparaissent plutôt à la suite d'intervention dans l'uretère ou dans la vessie, pour cathétérisme ou lavages, comme le démontrent les exemples cités par M. le Dr Simard. Mais même dans les uretero-pyérites, tant qu'il ne se fait pas d'obstruction dans le canal de l'uretère; tant que le liquide urinaire infecté ou mélangé de pus s'écoule librement, il ne détermine que peu ou pas de symptôme d'intoxication urinaire, surtout si l'autre rein est sain.

Il peut arriver, comme chez la malade qui fait le sujet de cette dernière observation, que les différents malaises ressentis soient rapportés à des causes toutes différentes: migraine, affection utérine, dyspepsie; et c'est une surprise pour le médecin de se trouver, à un moment donné, en face d'une malade prise tout à coup d'une fièvre de 105° F et plus, sans un cortège de symptômes généraux graves. C'est alors qu'il importe de penser à la fièvre urinaire par l'intoxication ou l'infection des voies rénales.

Quant à la pathogénie des accès de la fièvre urinaire, on général, bien que l'on doive admettre, comme l'a si bien démontré M. le Dr Simard, que cette fièvre soit le plus souvent due à la lésion des épithéliums protecteurs de la vessie ou de l'uretère par un instrument introduit pour le cathétérisme simple ou pour les lavages, ce qui ouvre une nouvelle porte d'absorption aux germes infectieux et aux principes toxiques des urines altérées, M. le Dr Brochu est tenté de croire que, pour des cas tels que ceux qui viennent d'être décrits par son savant collègue, après des interventions aussi soigneusement ménagées, une *influence nerveuse réflexe* devrait entrer en ligne de compte dans la production de ces accès de fièvre subite qui suivent de si près les interventions dans l'uretère et dans la vessie, et qui peuvent se produire même avant que l'urine morbide soit devenue en contact avec les parties touchées.

M. le Dr Brochu dit qu'en entendant M. le Dr Simard appuyer d'après les idées de Guyon et de l'école Necker, sur la pathogénie des accès de fièvre intense qu'il eu le désagrément de voir survenir à la suite des premiers lavages antiseptiques chez ses deux malades, il se rappelait instinctivement la fièvre *satellite* qui accompagne la colique hépatique et qui survient également brusquement et très



intense comme symptôme concomittant du passage des calculs dans les voies biliaires. Les auteurs distinguent nettement cette fièvre *satellite*, qui n'apparaît qu'à l'occasion d'une irritation des conduits hépatiques par un corps étranger, sans qu'il soit possible de retracer ultérieurement aucun signe d'infection, de la fièvre *belioseptique* qui est symptomatique d'une infection des voies biliaires par des causes souvent étrangères aux calculs, et qui porte à des conséquences beaucoup plus graves pour l'avenir. N'en pourrait-il pas être de même pour les excitations du cathétérisme ou des lavages dans les cas de vessies altérées et très sensibles ?

En réponse aux observations de MM. les Drs Simard et Ahorn, M. le Dr Brochu dit qu'il n'a pas voulu laisser entendre que le réflexe nerveux expliquait tout, à lui seul, et la résorption des principes infectieux et toxiques à la surface des voies urinaires altérées ne puisse être déterminée par les interventions instrumentales, qui deviendraient ainsi la cause d'accès de fièvre urinaire. Au contraire, il est bien convaincu que cette absorption se fait plus ou moins régulièrement, d'une manière spontanée même, en dehors des blessures de l'urètre et de la vessie, et que c'est à cette intoxication lente que l'on doit rapporter la physionomie morbide des vieux urinaires. Pour sa part, M. le Dr Brochu attribue une grande influence à cette infection et à cette intoxication préalables au cathétérisme et généralisées dans tout le système. Non seulement ces deux facteurs nous rendent compte des accès spontanés de la fièvre urinaire, qui se produisent quelquefois spontanément, mais ils lui paraissent agir assez souvent comme causes prédisposantes pour favoriser l'action réflexe du traumatisme ou les réactions des excitations mécaniques sur les muqueuses altérées des organes urinaires.

Les sujets atteints d'intoxication urinaire, seraient dans un état analogue aux femmes qui souffrent d'empoisonnement urémique et qui sont dans l'imminence des convulsions éclamptiques : la moindre cause excitante du côté des organes les plus susceptibles, comme l'utérus dans l'état de la grossesse, suffit pour faire éclater l'accès éclamptique.

Les lavages antiseptiques de la vessie, dans les cas d'urines septiques ou purulentes, ne laissant dans l'organe aucune trace d'urine morbide, et la muqueuse vésicale, se trouvant imprégnée, à la suite, de liquides antiseptiques propres à neutraliser les premières quantités d'urines septiques que décharge le rein ou l'urètre malade, il n'est guère à présumer que les accès de fièvre, qui surviennent quelquefois si rapidement après le cathétérisme ou les lavages, ne soient déterminés que par la résorption des microbes ou des toxines urinaires répandus dans la vessie, dans le premier quart d'heure après l'opération.

(A suivre)

## REVUE DES JOURNAUX

Procédé d'extraction du fœtus en présentation du siège  
mode des fesses

P. PUECH,

Agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Si assez souvent l'expulsion du fœtus en présentation du siège décompleté mode des fesses s'opère spontanément, nombreux enco-

re sont les cas qui exigent l'intervention de l'art. Que ce soit la dystocie propre à la présentation, que ce soit une complication surajoutée, menaçante pour la vie de la mère ou celle de l'enfant qui la commandent, l'extraction du fœtus en cette attitude n'est pas sans offrir des difficultés réelles. Je n'en veux pour preuve que le nombre même des procédés préconisés pour obtenir le résultat cherché. Tous, sans doute, ont rendu plus ou moins de services. Mais, quel est celui qui ne compte pas quelques revers ?

Comme tous les accoucheurs qui se sont trouvés aux prises avec les difficultés d'une extraction de fœtus se présentant par les fesses, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'expérimenter les diverses manœuvres recommandées en pareil cas. J'ai pu ainsi me convaincre qu'il ne fallait pas vouloir s'en tenir exclusivement à tel ou tel procédé ; qu'ici, comme en maintes autres circonstances, il fallait être très éclectique. C'est ainsi que, par deux fois, j'ai eu recours à un mode particulier d'extraction du siège qui m'a permis de réussir, alors que d'autres procédés n'avaient donné aucun résultat. C'est ce mode particulier d'extraction du fœtus en présentation des fesses que je désire faire connaître dans cette note ; non que je veuille le préconiser à l'exclusion de tous les autres, mais parce qu'il m'a semblé devoir rendre quelque service au praticien dont les moyens d'action se trouvent ainsi augmentés.

Pour légitimer la publication de mon procédé et établir sa place parmi les procédés usuels d'extraction, je rappellerai tout d'abord les avantages et les inconvénients que ces derniers peuvent présenter.

\* \* \*

Des nombreux procédés destinés à opérer l'extraction du fœtus en présentation du siège mode des fesses, les uns sont instrumentaux, les autres manuels.

Forceps, lacs, crochet, cranioclaste, basiotribe entrent dans les procédés instrumentaux.

Puissants agents d'extraction, le *cranioclaste* et le *basiotribe* ne trouvent leur application que lorsque le fœtus a succombé. On pourrait en dire autant du *crochet* ; quoiqu'il ait été employé pour opérer l'extraction de l'enfant vivant, il expose si souvent ce dernier à des lésions graves, qu'on comprend sans peine l'unanimité des accoucheurs à restreindre son usage aux seuls cas où le fœtus est mort.

Restent donc le forceps et le lacs, dont l'emploi a été judicieusement réglé par Ollivier dans son excellente thèse de doctorat : le forceps convenant aux positions postérieures du siège, le lacs aux positions antérieures. Mais le *forceps* construit pour être spécialement appliqué sur la tête du fœtus, s'adapte mal au siège, et dans ces conditions bien souvent encore il dérape, malgré toutes les précautions prises ; d'autre part, — bien qu'il ne faille pas s'en exagérer la fréquence, — il n'est pas sans présenter des dangers pour le fœtus. Avec les *lacs* on n'évite pas toujours les lésions du côté du fœtus. Mais, le grand reproché qu'on peut lui adresser est la difficulté de son application : porter avec le doigt un lacs vers le pli de l'aîne, devient manœuvre difficile pour peu que le siège soit encore élevé, le fœtus volumineux est tassé fortement dans le bassin, l'utérus rétracté. Sans doute, on pourrait recourir à l'un des porte-lacs inventés pour suppléer cette insuffisance de la main ; malheureusement, ce sont là instruments spéciaux dont peuvent manquer bon nombre de praticiens.

En employant *forceps et lacs simultanément*, comme le professeur Tarnier l'avait conseillé pour les positions postérieures, et comme l'a fait récemment avec succès M. Demelin, qui propose d'étendre l'application de la manœuvre à tous les cas de dystocie par présentation du siège mode des fesses engagé et irréductible, on rend l'extraction plus sûre qu'avec le forceps ou le lacs employés séparément. Mais, si la combinaison du forceps et du lacs permet des tractions plus efficaces, elle n'en reste pas moins passible de la plupart des reproches que nous avons adressés à l'un et à l'autre de ces deux agents appliqués seuls.



En somme, on peut, à l'égard des procédés instrumentaux, faire les mêmes remarques : leur emploi, tout en assurant souvent l'extraction du fœtus, ne va pas sans exposer ce dernier à des lésions plus ou moins graves ; d'autre part, leur application est loin d'être toujours aisée. Aussi, sans parler du crochet, du cranioclaste ou du basiotribe, qui ne trouvent leur indication que dans les cas où le fœtus est mort, pensons-nous avec bon nombre d'accoucheurs, que, dans les cas où l'enfant est vivant, on ne devra s'adresser au forceps et au lacs, susceptibles de faire l'extraction avec le minimum de risques possibles, qu'après échecs des procédés manuels.

Souple et douce, consciente de la force qu'elle déploie, la main nue constitue pour l'extraction du fœtus en présentation du siège mode des fesses, l'instrument de choix. Mais quels que soit celui des procédés manuels auquel on s'adressera, il faut s'attendre à des échecs.

La manœuvre de Ritgen, qui consiste à repousser vers l'orifice vulvaire le siège du fœtus avec deux doigts introduits profondément dans l'anus de la femme, comme la manœuvre birectale, proposée par Bitot, ne trouvent leur application que dans les cas où le siège est profondément engagé. Encore, en ces conditions, seront-elles l'une et l'autre bien souvent insuffisantes, surtout si, comme il faut le faire, on procède avec tous les ménagements désirables pour ne pas léser le rectum de la mère, menacé par la manœuvre de Ritgen, le rectum de la mère et celui de l'enfant, menacés par la manœuvre de Bitot, qui consiste dans l'emploi de la manœuvre de Ritgen combinée avec l'introduction d'un doigt de l'autre main dans l'anus du fœtus.

Exécutées suivant le mode classique avec l'index crochetant l'aîne antérieure pour abaisser la hanche correspondante jusqu'à ce qu'elle se dégage à la vulve, puis, ce résultat obtenu et maintenu par l'index de l'autre main, s'enfonçant en arrière dans le pli de l'aîne postérieure pour attirer à son tour l'autre fesse au dehors, les tractions inguinales rendent d'incontestables services. Mais ce procédé est loin de convenir à tous les cas : pour réussir avec le doigt crochetant l'aîne suivant le mode classique, il faut que le siège soit profondément engagé, au point que le pli de l'aîne dépasse ou, tout au moins, affleure le bord inférieur de la symphyse du pubis. Qu'arrive-t-il, en effet, lorsqu'on cherche à extraire le siège encore élevé au-dessus du plancher périnéal ? L'extrémité de l'index, glissé entre la hanche du fœtus et l'arc antérieur du bassin, s'enfonce bien jusqu'au pli de l'aîne ; mais, par suite de sa longueur insuffisante, le doigt ne peut guère envoyer par-dessus le pli inguinal que sa phalange unguéale. Or, pour avoir une prise solide, pour former un crochet susceptible de tractions efficaces, l'introduction des deux dernières phalanges est indispensable.

L'abaissement du pied, suivant le procédé de M. Pinard, permet-il de mener à bonne fin, dans tous les cas, cette extraction si souvent délicate d'un fœtus présentant le siège mode des fesses ? A s'en rapporter aux publications des élèves de ce maître, il semble que le succès doive presque toujours couronner les tentatives des opérateurs. Moins favorisé ou moins habile, je suis obligé de reconnaître que la manœuvre de Pinard a échoué plusieurs fois entre mes mains.

Convertir la présentation du siège décompleté mode des fesses en présentation du siège partiellement décompleté mode des pieds, de manière à avoir un tracteur solide et commode qui permettra d'effectuer l'extraction du fœtus immédiatement ou à plus longue échéance, suivant les indications, tel est le principe de la méthode, emprunté aux anciens accoucheurs. Quand au manuel opératoire proposé par M. Pinard pour le réaliser, tous les médecins au courant des choses de l'obstétrique en connaissent les détails exposés dans la thèse de Mantel, le livre de MM. Farabeuf et Varnier, et, plus récemment et plus complètement encore, dans l'important mémoire de M. Potocki, paru en 1833 dans les *Annales de Gynécologie* : la

main, dont la face palmaire regarde le plan ventral du fœtus, est introduites dans les voies génitales, puis l'index et le médius de cette main monte le long de la cuisse antérieure jusqu'à ce que leur extrémité atteigne le creux poplité ; en appuyant fortement sur le jarret, en même temps qu'on porte la cuisse en abduction, on détermine, par suite de la distension des muscles ischio-jambiers, la flexion de la jambe relevée et sa chute au contact de la main de l'opérateur.

Cette évolution du membre inférieur sera plus ou moins aisée, suivant les conditions au milieu desquelles on cherchera à l'effectuer.

Lorsque le siège se trouve au détroit supérieur, ou lorsque, faiblement amorcé, il peut être encore repoussé au-dessus du petit bassin, l'exécution de la manœuvre de Pinard a grande chance de donner d'excellents et de constants résultats. C'est d'ailleurs à ces seuls cas qu'elle était primitivement réservée, ainsi qu'en témoigne la lecture de la thèse de Mantel. Les hasards de la pratique ne m'ont pas encore fourni l'occasion d'en user dans ces conditions particulièrement favorables : à l'heure actuelle, la surveillance attentive exercée pendant la grossesse, la possibilité de modifier dès cette époque les attitudes vicieuses du fœtus, rendent de plus en plus rares, au moment de l'accouchement, les présentations autres que les présentations du sommet.

Quand, accidentellement, l'accoucheur est appelé dans les cas dystociques par un médecin ou une sage-femme qui, surpris par une présentation mode des fesses, ont demandé vainement à la nature une expulsion spontanée ou déjà pratiqué des tentatives d'extraction, il trouve d'ordinaire une partie fœtale plus ou moins profondément engagée. D'autre part, la nécessité d'attendre pour pratiquer l'abaissement du pied, même à titre prophylactique, que la dilatation du col soit complète, diminue encore le nombre des cas où la manœuvre peut être utilisée au détroit supérieur, — les contractions utérines qui produisent l'ouverture du col ayant aussi pour résultat d'enfoncer la présentation dans le petit bassin. Toutefois, bien que je ne puisse appuyer mon opinion sur une expérience personnelle, je n'en tiens pas moins la manœuvre de Pinard pour une manœuvre excellente, lorsque le siège se trouve au détroit supérieur, ou que, faiblement engagé, il peut sans danger être refoulé au-dessus de l'excavation : elle évite la pénétration profonde dans l'utérus de la main à la recherche du pied.

Lorsque le siège a franchi le détroit supérieur et s'est enfoncé dans l'excavation, on peut se demander si la manœuvre donnera aussi facilement le résultat cherché. Dans son mémoire des *Annales de Gynécologie* où il fait connaître la pratique de M. Pinard, M. Potocki affirme que le procédé ne convient pas seulement au cas où les fesses sont encore au détroit supérieur, comme le déclarait Mantel, mais qu'il est aussi applicable à tous les cas, quelque soit le degré d'engagement du siège. L'est-il toujours avec succès ?

Je ne veux point m'arrêter à discuter ici les mensurations opérées par M. Potocki et par M. Bonnaire, pour établir la possibilité ou l'impossibilité de l'évolution du membre inférieur, lorsque l'engagement du siège est effectué. A s'en tenir aux seuls faits cliniques, l'efficacité et l'innocuité de l'abaissement du pied par la manœuvre de Pinard, alors cependant que le siège a déjà pénétré profondément dans l'excavation, sont nettement démontrées. Mais l'observation clinique nous apprend aussi qu'il faut s'attendre à des mécomptes : qu'on doive les rapporter à l'enclavement profond des fesses, au volume considérable du fœtus, à la rétraction exagérée de l'utérus provoquée par l'écoulement précoce des eaux de l'amnios ou l'administration intempêtive de l'ergot de seigle, les cas où la manœuvre n'a point réussi sont loin d'être exceptionnels. Je tiens d'accoucheurs habitués cependant aux opérations les plus délicates de l'obstétrique, l'aveu de plusieurs échecs. Personnellement, la manœuvre de Pinard, pratiquée alors que le siège occu-

paît l'excavation, m'a fourni un premier insuccès dans un cas où, l'enfant pesait plus de 4 kilogrammes et où l'on avait administré du seigle ergoté. J'ai éprouvé un deuxième échec, malgré plusieurs tentatives sous anesthésie, chez une primipare accouchant d'une fille de moyen volume, après rupture précoce de la poche des eaux. Les deux cas, dans lesquels j'ai eu recours au procédé que je vais décrire plus loin, constituent encore des exemples d'échec du procédé de M. Pinard.

Mon but est atteint si, au cours de cette rapide revue, j'ai pu démontrer ;

Que dans l'extraction du fœtus en présentation du siège mode des fesses, il faut toujours donner la préférence aux procédés manuels sur les procédés instrumentaux ;

Que des deux procédés manuels qui s'offrent au choix de l'accoucheur, les tractions inguinales et l'abaissement du pied par la manœuvre de M. Pinard, le première ne convient qu'à un nombre relativement restreint de cas, ceux où le fœtus est engagé profondément au point que le pli de l'aîne dépasse ou tout au moins affleure le bord inférieur du pubis ;

Que l'abaissement du pied suivant le procédé de M. Pinard, bien qu'applicable à tous les cas, fournit surtout des succès, quand le siège est encore au détroit supérieur ou faiblement engagé, mais qu'il devient d'exécution plus délicate et beaucoup plus aléatoire quand la partie fœtale plonge dans l'excavation pelvienne.

\* \* \*

Il arrivera donc à l'accoucheur appelé à faire l'extraction du fœtus, de se trouver en présence de cas dans lesquels l'engagement des fesses, suffisant pour empêcher l'abaissement d'un pied par la manœuvre de M. Pinard, n'est pas, d'autre part, assez prononcé pour permettre au doigt de crocheter d'une manière efficace le pli de l'aîne antérieure. C'est dans ces conditions qu'on pourra s'adresser au moyen d'extraction qui, deux fois, m'a donné plein succès et m'a ainsi dispensé de recourir aux procédés instrumentaux.

Sa simplicité est telle, qu'aurait-il déjà servi à d'autres accoucheurs, je n'en serais nullement surpris ; en voici la description.

Soit une sacro iliaque gauche antérieure. L'index de la main droite, dont la paume regarde le dos du fœtus, est introduit sur le côté, au contact de la fesse antérieure ; puis d'arrière en avant, relativement au fœtus, il est conduit entre le pubis et la fesse antérieure jusqu'au niveau du pli inguinal : là il est enfoncé aussi profondément que possible, de telle sorte que son extrémité dépasse un peu le pli de l'aîne. Tandis que le doigt qui vient d'opérer reste dans cette position, l'index de l'autre main est glissé derrière la fesse antérieure, dans le sillon intercrural, où on le pousse encore profondément jusqu'à ce que son extrémité atteigne à son tour et d. passe même un peu le pli de l'aîne. Recourbant alors légèrement les deux extrémités des doigts à la rencontre l'une de l'autre, on les accole énergiquement par dessus le pli de l'aîne. Ainsi se trouve constituée une anse digitale embrassant solidement la racine de la cuisse et permettant des tractions suffisantes.

On conçoit comment, en opérant ainsi, il devient possible d'extraire un siège encore assez élevé dans l'excavation, pour rendre impraticable et difficile le procédé ordinaire des tractions inguinales ; tandis que, avec ce dernier, il faut, pour avoir une prise efficace, que l'extrémité de l'index dépasse le pli inguinal de la longueur des deux dernières phalanges, avec le mode d'extraction que je propose il suffit que les extrémités des index dépassent légèrement le pli de l'aîne, de manière à s'accoler l'une à l'autre. De cette façon se trouve réalisé un gain de 2 à 3 centimètres.

Grâce à cette sorte d'accrochement bi-digital de l'aîne antérieure, j'ai pu deux fois chez des primipares opérer l'extraction du fœtus. M. le Dr Guérin, chef de clinique à la Faculté de Montpellier, lui doit aussi un succès.

Certes, je ne dissimule pas que le nombre des faits est encore

bien restreint pour apprécier la valeur de ce procédé d'extraction du fœtus en présentation des fesses. On peut cependant lui reconnaître dès maintenant certains avantages : n'exigeant l'emploi d'aucun instrument et d'exécution facile, il est à la portée de tous les praticiens ; à moins d'une inconcevable brutalité dans son exécution, il ne fait courir aucun risque aux parties fœtales : ce lacs digital sentant, en effet, les pressions qu'il exerce sur les parois fœtales, saura les rendre suffisamment douces pour que toute lésion grave soit évitée.

Ce sont là raison dont je m'autorise pour conseiller à l'accoucheur, aux prises avec les difficultés d'une extraction du fœtus en présentation du siège décompleté, mode des fesses, d'en faire l'essai, lorsque, l'enfant étant vivant et le siège engagé, l'abaissement du pied par la manœuvre de Pinard et les tractions inguinales par le procédé ordinaire ont échoué et qu'il ne reste plus comme dernière ressource que les procédés instrumentaux, le forceps et les lacs, employés seuls ou simultanément. (*Presse méd.*)

#### Traitement du muguet chez le nouveau-né

D'après M. le Dr F. COHENDY.

Chez le nouveau-né, le muguet se trouve lié le plus souvent à des troubles gastro-intestinaux. L'acidité de la salive est constante : la cause de cette acidité n'est pas seulement locale mais elle est sous la dépendance de l'auto-intoxication générale qui accompagne la gastro-entérite : car non seulement le milieu buccal est acide, mais l'alcalinescence du sang est diminué. Vouloir combattre le muguet par le seul traitement local est donc insuffisant. C'est pourquoi M. le Dr F. Cohendy recommande, sous l'inspiration de son maître M. le professeur Hutinel, de diriger les efforts thérapeutiques vers le tube digestif dans le but d'en modifier les sécrétions, et nous verrons comment ce résultat est obtenu, après avoir passé en revue la série des traitements habituellement employés.

Les alcalins, qui avaient été préconisés par Gubler pour le traitement du muguet, furent longtemps employés et le sont encore aujourd'hui. Borate de soude en collutoires ou gargarismes, eau de Vichy en badigeonnages aussi bien chez l'adulte que chez le nouveau-né donnèrent des résultats.

Mais les récidives étaient fréquentes et Quinquand, qui attribuait surtout l'acidité de la bouche aux fermentations qui s'y produisaient, s'est servi pour empêcher ces fermentations de la liqueur de Van Swieten dont il faisait deux badigeonnages par jour. Dans ces cas rebelles il faisait, une fois par jour, un badigeonnage au perchlorure de fer.

Quand vint la période triomphale de l'antisepsie, sublimé, acide borique, permanganate de potasse, eau oxygénée, nitrate d'argent, entrèrent dans la composition des solutions destinées à des badigeonnages. On avait d'autant plus de raison de tenter leur emploi que les expériences de M. Roux et Linossier (1890) tendaient à établir qu'un milieu alcalin favorisait le développement du muguet. Leurs expériences à ce sujet sont en contradiction avec celles réalisées par M. Teissier (1897) qui montre la supériorité de l'influence du milieu acide sur les cultures de la mucédinée.

Actuellement les traitements employés consistent tous en badigeonnages antiseptiques ou en collutoires alcalins.

Le sublimé à 1 pour 2000 en badigeonnages prudents.

Le permanganate de potasse 1 pour 4000 en badigeonnages 5 à 6 fois par jour.

Le Dr Grosz (de Buda Peth) a trouvé sur la langue de tous les nouveaux-nés un enduit épithélial siégeant surtout à la pointe, produit de desquamation de la muqueuse dû au travail de la succion. Il attribue à ce fait, une part considérable dans la production de l'acidité de la bouche qui favorise le développement du muguet. Aussi, comme le muguet est endémique dans son hôpital, il pratique le traitement suivant :

Comme moyen prophylactique, tout nouveau-né sain se trouvant dans son service doit avoir une fois par jour la pointe de la langue touchée à l'aide d'une brosse douce imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100.

A la suite de ce traitement la proportion des enfants atteints de muguet tomba de 32 p. 100 à 9 p. 150

Chez les enfants ayant le muguet il emploie les badigeonnages 1 fois par jour avec une solution de nitrate d'argent à 3 p. 100 et les lavages répétés avec une solution de borate de soude à 20 p. 200. La guérison est ainsi obtenue en 2 ou 3 jours.

Cette guérison est-elle définitive ? Il nous est difficile de l'admettre. Comme tous les autres précédemment cités, il s'agit là d'un traitement purement local. Or nous avons montré l'importance de l'état général dans la pathogénie de l'affection ; celui-ci subsistant après ces divers traitements il est certain que rien ne pourra empêcher une récurrence de se produire.

A l'hospice de Enfants-Assistés, M. le professeur Hutinel traite le muguet des nouveau-nés par les lavages d'estomac à l'eau de Vichy. Le succès de la méthode ne s'est jamais interrompu depuis trois ans qu'elle est en pratique. Aucun badigeonnage, aucun collutoire ne vient déposer dans la bouche une substance médicamenteuse quelle qu'elle soit. Les enfants atteints de muguet sont soumis deux fois par jour à un lavage d'estomac avec de l'eau de Vichy, tel qu'on les pratique en cas de troubles gastriques et qu'ils ont été décrits par M. Thiercelin (thèse de Paris, 1894) et par M. Omnières (thèse de Paris, 1896). Rappelons le procédé opératoire en quelques mots.

Une sonde de Nélaton n° 20 reliée par un tube en verre à un tuyau en caoutchouc dont l'autre extrémité porte un entonnoir de verre, voilà l'appareil.

Le bout de la sonde introduit dans la cavité buccale grâce aux mouvements de déglutition de l'enfant gagne facilement l'œsophage où elle s'engage et dans lequel on achève de l'enfoncer. Ce temps se fait toujours avec la plus grande facilité, l'ouverture du larynx est si étroite qu'il y a peu de place pour l'engagement de la sonde, de plus elle est formée par les mouvements de déglutition, enfin, si par hasard la sonde y pénétrait, un violent accès de suffocation vous en avertirait et il suffirait alors de plonger un doigt jusqu'à la paroi postérieure du pharynx et de glisser la sonde dessus pour ne pas renouveler l'erreur.

La sonde étant en place, on verse environ 150 grammes d'eau de Vichy dans l'entonnoir élevé, que l'on abaisse en le renversant dès que tout le liquide a été ingluté, on laisse se vider l'estomac, on relève l'entonnoir, on recommence une seconde fois, et dans les cas tenaces, une troisième. Puis on retire la sonde : l'enfant est remis à sa nourrice.

Dès le deuxième jour de traitement l'amélioration est considérable et le troisième jour est généralement complète dans les cas bénins.

Si le muguet est accompagné de quelques troubles peu importants, diarrhée simple, érythème des fesses, on les voit s'améliorer sous l'influence de ce seul traitement et l'enfant, placé dans de bonnes conditions d'alimentation de d'hygiène a vite retrouvé toute sa santé.

Mais les troubles qui se rencontrent avec le muguet peuvent être plus graves et l'enfant présenter les symptômes des gastro-entérites aiguës. Généralement alors, cependant, il persiste rarement au delà de 6 jours. Ceci nous prouverait que si les modifications des milieux de l'organisme ont été plus longues à se produire en raison de l'intoxication plus intense du sujet, elles n'en sont pas moins réelles. En effet, bien que le traitement soit interrompu, le muguet ne reparait plus pendant que la maladie achève son évolution.

L'action des lavages d'estomac paraît, en effet, se résumer ain-

si : 1° ils rendent au sang l'alcalinité diminuée sous l'influence des troubles gastro-intestinaux (Terrien, communication verbale) ; 2° ils favorisent la production d'acide chlorhydrique libre qui, dans l'intervalle des digestions agit dans l'estomac comme un antiseptique (Czerny) ; 3° ils excitent la contraction des fibres musculaires de l'estomac (Hayem) ; 4° ils entraînent les produits pathogènes qu'il renferme ; 5° l'eau de Vichy, par le bicarbonate de soude qu'il renferme, neutralise les milieux avec lesquels elle se trouve en contact.

Le mémoire de M. Cohenly est basé sur plusieurs observations prises dans le service de M. le professeur Hutinel. Une de ces observations est particulièrement démonstrative : elle concerne une fillette de 9 jours atteinte d'une forme de muguet avec état général grave qui a été guérie en trois jours par les lavages d'estomac.

(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

**Traitement des alopecies consecutives aux états morbides généraux.**

par M. le Dr BROCCQ.

La première indication qui se pose est de traiter l'état général et de tonifier le malade avec des médicaments appropriés à l'affection dont il vient d'être atteint et à sa constitution. Les préparations arsénicales et phosphatées rendent de grands services quand l'estomac les tolère. Nous n'avons pas à insister sur ce point qui est du ressort de la médecine générale. Mais nous devons préciser ce que l'on doit faire au point de vue local.

Si la chevelure est trop compromise, il ne faut pas hésiter à la raser entièrement : on répète cette opération tous les quatre ou cinq jours, pendant deux ou trois semaines. Ce procédé radical est d'ordinaire fort mal accepté par les malades, mais il est de beaucoup le plus efficace, et il rend les applications des divers topiques beaucoup plus facile et plus rapides.

Si les cheveux ne tombent que d'une manière relativement modérée, on doit essayer de les conserver, surtout lorsqu'il s'agit de femmes ou de jeunes filles. Il faut, dans ce cas, les démêler et les peigner avec précautions pour ne pas arracher et casser ceux qui ont encore de la vitalité. Par contre, on ne doit pas craindre d'enlever tous ceux qui n'adhèrent que faiblement et qui sont à bulbes pleins, car ils constituent autant de corps étrangers dont il faut débarrasser le cuir chevelu.

Si l'état du malade le permet, on fait un léger savonnage pour enlever tous les débris qui encrassent la tête. On sèche soigneusement le cuir chevelu et les cheveux avec des linges chauds, puis on fait une friction excitante que l'on répète tous les jours. Voici quelques formules dues à divers auteurs et qui nous paraissent recommandables.

Alcoolé de citron..... 150 grammes  
Acide chlorhydrique..... 4 —

Faire une friction légère du cuir chevelu matin et soir.

Ou bien :

Alcool à 80°..... 80 grammes  
— camphré.....

Rhum..... }  
Teintures de cantharides..... } à 5 grammes

Glycérine..... }  
Essence de santal..... } à 5 gouttes.

— de Wintergren..... }  
Chlorhydrate de pilocarpine..... 0 gramme 50.

Faire une friction légère sur le cuir chevelu une fois par jour.

Ou bien :

Teinture de jaborandi..... 25 grammes  
— de cantharides au 10e..... 25 —

Liniment savonneux..... 100 —

M. s. a. et agiter avant de s'en servir.

Faire une friction une fois par jour.

Ou bien :

Teinture de cantharides.....	} àâ 20 grammes
— romarin.....	
— jaborandi.....	
Alcoolat de Fioravanti.....	} àâ 50 grammes
Alcool camphré.....	
Rhum.....	100 grammes

Il est d'ailleurs parfaitement inutile de se servir de ces formules toutes faites ; chacun peut prescrire des lotions excitantes alcooliques renfermant du rhum, de l'eau de-vie, de l'alcool camphré, aromatisées soit avec de l'alcoolat de mélisse, soit avec de l'alcoolat de romarin. Si on veut les rendre plus efficaces, on y incorpore un peu de quinine, de pilocarpine, de la teinture de jaborandi, de capsicum, de noix vomique, de cantharides, du chloral du formol, du sublimé, etc.

Si les cheveux sont trop secs et cassants, on peut substituer les pommades aux lotions où, tout au moins, combiner ces deux moyens ; faire par exemple une lotion la matin, appliquer le soir un peu de pommade sur le cuir chevelu ou inversement.

Hardy recommandait de se servir de la pommade de Dupuytren ou bien de pommade au tannin ou à l'acide gallique.

Moelle de bœuf.....	20 grammes
Huile de ricin.....	10 —
Acide gallique.....	1 —

On peut remplacer dans cette formule la moelle de bœuf par de la vaseline et aromatiser avec V gouttes d'essence de lavande (Monin).

Bazin employant une préparation analogue (20 grammes de moelle de bœuf préparée, 10 grammes d'huile d'amande douce ; parfois il y ajoutait 2 grammes de sulfate de quinine et 1 gramme de baumo du Pérou pour aromatiser).

Parmi les autres produits qui ont été préconisés pour faire repousser les cheveux, citons encore la pommade Philocome à base d'extrait mou de quinquina, de moelle de bœuf et d'huile d'amande douce, la pommade de Schneider, la teinture de Cauderer, la pommade de Boucheron, etc.

Quand on ne fait usage que des loctions excitantes, il faut mettre de temps en temps sur les cheveux, dès qu'ils semblent être trop secs, soit un peu d'huile d'amande douce, soit un peu d'huile de ricin parfumée, soit un peu d'huile antique, soit le mélange suivant que nous prescrivons fréquemment.

Huile de ricin.....	20 grammes.
Teinture de quinine.....	} àâ 10 —
— romarin.....	
— jaborandi.....	

Rhum.

Agitez violemment avant de s'en servir.

Lorsque les alopecies consécutives aux grandes pyrexies se compliquent soit de pityriasis capitis, soit de séborrhée grasse, il faut modifier la médication locale de manière à combattre ces dermatoses.

*Bulletin méd.*

#### La saignée dans le coup de chaleur à forme comateuse.

Lorsque dans l'insolation à forme comateuse le traitement habituel échoue, il ne faut pas hésiter à pratiquer une large saignée qui souvent sauve le malade d'une mort certaine.

C'est ainsi que M. Toussaint, médecin major de Ire classe, procéda chez un soldat qui, à la suite d'une marche sous le soleil ardent du Tonkin, fut pris de céphalée et tomba peu de temps après dans le coma. Immédiatement prévenu, notre confrère a assuré au plus tôt la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, la saignée à coups de serviettes trempées dans l'eau froide, le

refroidissement de la peau à coups de larges éventails ; les inhalations d'ammoniaque et les injections hypodermiques complétèrent les soins médicaux. Mais cette médication n'ayant eu aucun résultat, et la résolution musculaire restant complète, les pupilles dilatées ne réagissant à aucune excitation, l'insensibilité des cornées paraissant absolue, le pouls et la respiration ne se percevant plus, on se décida à pratiquer une large saignée afin de décongestionner le bulbe. L'ouverture de la veine au pli du coude resta d'abord blanche. Après une demi-heure de respiration artificielle et de violents mouvements provoqués dans les articulations des membres inférieurs, le sang s'écoula en bavant, puis un faible jet sanguin apparut. On laissa s'écouler 6 à 700 grammes de sang, et une heure après, le malade, en parfaite connaissance, répondait avec précision aux différentes questions.

Il en a été de même dans un autre cas non moins désespéré qui fut ramené à la vie par la saignée.

On est donc autorisé à dire que, lorsque dans la forme comateuse de l'insolation les moyens habituels (respiration artificielle, tractions de la langue, injections d'éther, inhalations d'ammoniaque etc., échouent, il est urgent de pratiquer une large saignée.

(*Presse méd.*)

#### Des calculs de la région prostatique.

F. Guyon.

La prostate est la glande de l'économie où il se rencontre le plus de concrétions calculeuses. Mais ces petites productions organiques ne doivent pas être confondues avec les calculs vraies, ainsi que Thompson s'est attaché à le démontrer.

En réalité, les calculs prostatiques sont rares. M. le professeur Guyon n'en observe guère que un ou deux cas par an ; le musée de Necker n'en renferme que trois pièces anatomiques. M. Hereco, dans ses relevés bibliographiques, n'en a rencontré que cinq cas dans les soixante-treize années de la Société anatomique.

On observe dans la région prostatique deux espèces de calculs divisibles chacune en deux variétés :

1° Des calculs intra-glandulaires : a) tantôt ils sont entièrement enfermés dans la prostate : c'est là une disposition exceptionnelle ; b) tantôt ils sont enfermés dans leur plus grande étendue dans la prostate, mais saillant en partie dans l'urètre prostatique :

2° Des calculs de la portion prostatique de l'urètre ; ils sont : a) exclusivement urétraux ; b) urétraux avec un prolongement intravésical.

La forme et le volume sont variables : ils sont arrondis ou irréguliers ; parfois ils présentent des facettes polies dues à une pression réciproque. Les calculs uréthro-prostatiques affectent volontiers la forme en sablier ou en champignons. Le calcul en sablier présente deux renflements ; l'un prostatique, ordinairement plus développé, l'autre vésical, et un point rétréci correspondant au col. Cette disposition explique comment, pour extraire ces calculs par le périnée, il faut ouvrir, à la portion vésicale, un passage à travers le col. Ce passage devrait être plus grand encore si on voulait extirper la portion prostatique après une taille hypogastrique.

Les calculs intra-glandulaires de la prostate, restant inclus dans le parenchyme glandulaire, appartiennent aux observations anatomo-pathologiques. On ne les observe jamais en clinique. Les chirurgiens ne rencontrent que des calculs uréthro-prostatiques. Cette conclusion, à laquelle M. Guyon avait été conduit autrefois, fit celle de M. Legueu (*Annales génito-urinaires*, 1895 Septembre) et celle que M. Guyon maintient encore aujourd'hui.

Le diagnostic se fait par le toucher rectal et par le cathétérisme parfois avec un stylet introduit par une fistule périnéale : on le

complète en combinant toucher et palper hypogastrique.

Les troubles fonctionnelle sont nuls. On retrouve parfois, dans les antécédents, des signes de colique néphrétique ou de calculs vésicaux. Ils permettent d'établir la migration du calcul.

L'extraction de calculs prostatiques s'impose. On peut les atteindre par la voie hypogastrique ou la voie périnéale.

La taille hypogastrique permet d'arriver sur le calcul, mais elle exige l'incision du col, souvent étendue ; de plus, il est souvent nécessaire de faire ensuite la taille périnéale pour assurer le drainage de la poche prostatique comme le faisait faire Cusco, et comme M. Albarran a dû le faire dans un cas d'infection vésicale grave.

La voie périnéale, plus directe, est le procédé de choix. Si le calcul n'est pas volumineux, on se contentera, après incision, de faire la dilatation périnéale. S'il est volumineux, on fera la taille prérectale ; si, enfin, on rencontre un calcul en sablier, on incise le col avec le bistouri boutonné ou avec un lithotome. Le broiement, au besoin faciliterait l'extraction des pierres, on ferait bien toutes les fois que ce sera possible, de s'aider, dans l'incision de la prostate, du cathéter cannelé.

Le calcul que M. Guyon a extrait par le périnée était un calcul de phosphate de chaux, imprégné d'une petite quantité de matière organique associée à une faible proportion de phosphate ammoniac-magnésien.

(Ibid)

#### Traitement du diabète sucré.

La théorie infectieuse du diabète sucré revient de nouveau en question. M. Meyer (de New-York), dit que des expériences et observations nombreuses l'ont amené à considérer que cette affection est produite par un microbe ou par une toxine. Cette hypothèse serait corroborée par les cas de contagion du diabète signalés par MM. Ledieu, Naunyn et par l'auteur lui-même. Dans l'organisme, à l'état normal, le système nerveux régit la production du sucre ; mais qu'un trouble survienne dans ce système (traumatisme, tumeur, préoccupation, surmenage, intoxication, etc.), les microbes ou leurs toxines peuvent entrer en jeu et le syndrome diabétique s'établit.

Cette hypothèse, sa valeur théorique étant mise à part, est surtout intéressante par ses applications thérapeutiques. Dans les 11 cas cités, l'auteur a employé le sublimé, qu'il donne par paquets de 0 gr. 006 milligrammes, dose de début, à 0 gr. 012 milligrammes, dose maxima, trois par jour, en maintenant le malade au régime antidiabétique.

La plupart de ces cas étaient graves et anciens (2 datent de sept ans, 2 de quatre ans, 2 de trois ans, etc.) ; ils avaient résisté à tous les modes de traitement, même avec un régime sévère. Le traitement, mercuriel a pour effet la diminution rapide de la polyurie et de la glycosurie ; ensuite tous les autres symptômes du diabète, l'acétonurie quand elle existe, s'amendent et finissent par disparaître ils ne réapparaissent plus, même à la reprise de l'alimentation. Dans un cas très grave, il survint une pneumonie au cours du traitement ; l'administration du sublimé ne fut pas interrompue, et le résultat n'en fut pas moins heureux que dans les autres cas.

L'auteur a suivi ses malades pendant six mois ; la guérison s'est maintenue dans tous les cas. Toutefois, M. Meyer continue le traitement pendant un certain temps après la guérison complète. Jamais il n'a observé d'autres troubles hydrargyriques qu'une diarrhée légère qu'il considère plutôt comme favorable.

(Gazette méd. Belge.)

#### Traitement de la grippe infantile.

Séjour au lit, ou tout au moins à la chambre ; on préservera l'enfant des refroidissements, on lui donnera des boissons chaudes (lait, tisane de violette ou de mauve).

Contre l'embarras gastrique, on donnera un léger purgatif (10 à 15 grammes d'huile de ricin). S'il y a diarrhée fétide on donnera le calomel, ou avant chacun des petits repas on fera prendre à l'enfant un des paquets :

Benzonaphtol ..... } à 0 gr. 25 c.  
Bicarbonate de soude..... }

Dans un peu d'eau sucrée ou de lait : on donnera la préférence au vomitif, si la toux est le symptôme dominant.

Contre la fièvre on donnera, matin et soir, une dose de quinine en suppositoire.

Chlorhydro sulfate de quinine 0 gr. 15 à 0 gr. 30 c.

Beurre de cacao 2 gr.

Contre les douleurs, céphalée, etc., l'antipyrine trouvera son indication.

Antipyrine..... 1 gr.  
Eau de laurier-cerise..... 2 —  
Sirop de tolu..... 40 —  
Eau distillée..... 60 —

en trois ou quatre fois dans la journée.

S'il y a une forte bronchite ou de la congestion pulmonaire, on appliquera des cataplasmes sinapisés sur le dos, des ventouses sèches et on donnera par cuillerée à dessert, toutes les deux heures, la potion suivante :

Alcoolature de racines d'aconit.... V à X gout.  
Benzoate de soude..... 1 à 3 grammes.  
Sirop de lactucarium ..... 1 à 10 —  
Sirop de fleurs d'oranger..... 20 —  
Julep gommeux..... 120 —  
ou celle ci-dessous :  
Extrait quinquina..... 2 grammes.  
Terpine..... 1 —  
Cognac..... 20 —  
Sirop de fleurs d'oranger..... 30 —  
Eau distillé de mélisse..... 120 —

(Journal de médecine de Paris.)

## FORMULAIRE

### Ephérides.

M. HARDY.

Lotions avec la solution suivante :

Sublimé..... 0 gramme. 50 centigr.  
Sulfate de zinc ..... 2 grammes.  
Acétate de plomb..... 2 —  
Alcool..... Q. s.

M. LELOIR. — Toilette avec du savon noir, puis badigeonner avec la solution suivante :

Acide chrysophanique..... 15 grammes.  
Chloroforme..... 100 —  
Puis recouvrir d'une couche de la traumaticine suivante :  
Gutta-percha blanche..... 10 grammes.  
Chloroforme..... 90 —

Faire dissoudre.

L'Indépendance, méd.

### Poudre diaphretique.

(M. VON GRAFFE.)

Camphre pulvérisé..... 0 gr. 02 à 0 gr. 10



Opium brut en poudre.....	0 gr. 02 à 0 gr. 03
Azotate de potasse.....	0 gr. 20 à 0 gr. 30
Sucre.....	7 gr. 50

Mélez. Pour un paquet. — Prendre tout le contenu du paquet dans une tasse de thé le soir, au coucher.

#### Vin creosote compose.

(FRAENKEL.)

Créosote.....	13 grammes
Teinture de gentiane.....	30 —
Alcool.....	250 —

Vin de Xérès .....q. s. pour 1 litre. 2 à 3 cuillerées à bouche par jour.

S'emploie au début de la tuberculisation pulmonaire, quand la température ne dépasse 38°5.

#### Melange contre les douleurs premenstruelles.

Codéine.....	0 gramme 05
Chloral.....	1 —
Bromure d'ammonium.....	1 —
Eau camphrée.....	30 —

A prendre en une fois en se couchant.

## BIBLIOGRAPHIE

### Introduction à l'étude de la médecine

Préface de l'auteur.

G.-H. ROGER

1. Vol in 8° 950 pages, artonné à l'anglaise. Prix 7 francs, chez Carré et Naud Editeurs, 3 rue Racine à Paris

Ce livre est destiné à ceux qui commencent l'étude de la médecine. C'est la reproduction des leçons que j'ai faites à la Faculté de Paris pendant le semestre d'hiver 1897-98. Mon enseignement, spécialement destiné aux étudiants de première année, avait pour but d'aplanir, dans la mesure du possible, les difficultés auxquelles on se heurte quand on aborde l'étude d'une science.

Nous savons tous, par expérience, que de temps on perd, au début de sa carrière, ne sachant par quel sujet commencer, ignorant des ouvrages qu'on doit lire, forcé de chercher, à chaque instant, dans un dictionnaire, le sens des mots techniques qu'on rencontre. C'est pour éviter au débutant bien des tâtonnements inutiles que la Faculté de Médecine a créé les conférences dont j'ai été chargé et que je publie aujourd'hui. Cet ouvrage n'est pas un manuel de médecine : ce n'est pas un livre de pathologie générale élémentaire. C'est simplement un guide pour l'étudiant ; c'est une introduction à l'étude de la médecine.

Le plan adopté est fort simple. J'ai essayé de montrer quel était le but de la médecine et quels étaient ses moyens d'étude. Après avoir établi pourquoi et comment l'on devient malade, j'ai étudié les causes morbifiques qui tendent constamment à modifier l'état instable de la santé. Ces causes, par les lésions qu'elles déterminent et par les réactions qu'elles suscitent dans l'organisme donnent naissance à des manifestations, dont les unes ne sont décelables qu'après la mort, dont les autres sont appréciables pendant la vie. On est ainsi conduit à étudier le mode de réaction de l'organisme, c'est-à-dire la physiologie pathologique, et à décrire les altérations organiques dont l'ensemble constitue l'anatomie pathologique, les troubles fonctionnels dont l'étude forme un chapitre important, la sémiologie. Bien que j'aie conservé près de 200 pages à l'examen clinique des malades, je n'ai pu présenter que quelques considérations générales sur les règles que doit suivre le médecin dans la pratique. Ce que j'ai essayé d'y mettre en évidence, c'est que l'on peut et l'on doit arriver à poser un diagnostic et à établir un pronostic par des moyens simples, à la portée de tous. Il m'a

semblé utile de réagir contre la tendance que l'on a aujourd'hui de demander à des recherches de laboratoire la solution des problèmes que soulève l'étude des maladies. Nul plus que moi n'est persuadé de l'utilité de la pathologie expérimentable. Mais je pense aussi que le médecin, au lit du malade, doit simplement tabler sur des procédés cliniques : ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'il peut avoir recours à des méthodes plus délicates. Je ne peux admettre l'abdication de la clinique devant le flot montant de la bactériologie.

C'est aussi dans l'étude clinique que l'on trouvera les indications des procédés qui permettent de modifier d'une façon favorable l'évolution des maladies. Cette partie de la médecine constitue la thérapeutique, à l'étude de laquelle j'ai consacré le dernier chapitre de cet ouvrage.

On voit, par cet exposé, que j'ai suivi pas à pas la marche des processus morbides ; j'ai tracé un cadre dans lequel on pourra facilement faire rentrer les descriptions de la pathologie générale ou spéciale.

M'adressant surtout aux débutants, j'ai systématiquement écarté toutes les discussions théoriques ; j'ai rapporté les résultats qui me semblent définitifs, répétant les hypothèses douteuses et les conceptions discutables. Quand les théories et les faits ont acquis droit de cité, ils se dégagent en quelque sorte de l'autorité de ceux qui les ont fait connaître ; à mesure qu'elle se perfectionne, la science devient de plus en plus impersonnelle. Voilà pourquoi, m'attachant surtout aux résultats bien établis, j'ai pu supprimer les citations des noms propres ; je n'ai mentionné que les auteurs qui avaient fait une découverte capitale émis une théorie particulière ou rapporté une observation importante. Je me suis d'ailleurs astreint à la même règle : si, à plusieurs reprises, j'ai été conduit à rapporter des recherches que j'avais poursuivies, je les ai données, comme celles des autres, sans en indiquer l'origine. C'est la seule façon, selon moi, de se dégager des questions mesquines qui soulèvent trop souvent les discussions de propriété.

Pour faciliter sa lecture, j'ai fait suivre cet ouvrage d'un lexique, qui donne, aussi brièvement que possible, l'étymologie et la signification des termes techniques que j'ai dû employer. Le lecteur évitera ainsi l'ennui de feuilleter un dictionnaire et l'embaras où l'on se trouve quand un mot a plusieurs sens différents. Il va sans dire que j'ai éliminé les termes de chimie, de physique, d'histoire naturelle, d'anatomie et de physiologie, avec lesquels les étudiants se sont familiarisés pendant leur passage à la Faculté des sciences. Je n'ai pas fait figurer non plus les termes qui sont universellement connus ou faciles à comprendre.

Malgré son étendue, cet ouvrage ne forme qu'un petit volume. Ce résultat est dû aux efforts de MM. Carré et Naud, qui ont édité ce livre avec le soin qu'ils apportent à toutes leurs publications, et sont parvenus à lui donner un format portatif. Ils ont répondu ainsi au désir de l'auteur, dont la seule ambition est de fournir aux étudiants un modeste manuel qui puisse les aider au début de leur carrière, leur éviter les tâtonnements et les déboires, et leur inspirer le goût d'une science qui, par la multiplicité et la diversité de ses études, doit captiver et réduire la plupart des esprits.

DÉFENSE MÉDICALE.—Dr A. CASSET, Bureau du *Réveil médical*, Faubourg-Montmartre, Paris, 1 fr. Cet opuscule est un vrai code de défensive et offensive professionnelles. Le Dr Casset se révolte, en termes très énergiques, contre la fonctionnarisation menaçante. Il montre le péril clair, indéniable et les moyens pratiques d'y remédier. Tous les médecins, toutes les sociétés médicales devront lire et méditer ces quelques pages où dans un style sobre et vigoureux à la fois, il y a une précision dans les faits, une puissance dans le raisonnement qui s'imposent.



## A NOS LECTEURS

L'administration de *La Revue Médicale* a décidé de transporter ses pénates dans la Métropole Canadienne et le prochain numéro de notre revue sera adressé de Montréal à nos souscripteurs. Quelle est la raison de ce changement ?

Il serait oiseux de nous étendre sur les causes qui nous engagent à prendre cette décision, car nous devons avouer bien franchement que ces causes sont un peu personnelles, à notre directeur, que des raisons majeures obligent d'aller se fixer à Montréal. Nous devons avouer encore que ces raisons concernent aussi la partie matérielle de notre revue, que la direction a décidé d'améliorer si possible en la transportant de son berceau sur un autre champ d'action. Loin de nous cependant la pensée de laisser croire un seul instant à nos lecteurs que la ville qui nous a vu naître ne nous présente pas tous les éléments qui peuvent contribuer au succès scientifique d'une revue comme celle dont nous avons audacieusement jeté les bases !

Nos bienveillants et dévoués collaborateurs se sont chargés pour nous, de justifier, scientifiquement parlant, cet axiôme bien connu *audac fortuna juvat*. Après avoir entouré de soins délicats nos premiers vagissements, si nous pouvons nous exprimer ainsi ; après nous avoir donné le miel et le lait de leurs travaux avec un dévouement inaltérable et une sollicitude admirable, après avoir, pour ainsi dire, fait leur œuvre de cette entreprise que nous avions tant à cœur de voir prospérer et grandir dans l'intérêt de la noble profession à laquelle nous sommes heureux d'appartenir, nous ne nous dissimulons pas tout le chagrin que nous ressentons en quittant le berceau où l'on nous a entouré de tant de soins.

Comme l'enfant qui quitte la maison paternelle, pour aller tenter fortune sous d'autres cieus, nous éprouvons à la fois un sentiment de reconnaissance et de confiance.

De reconnaissance pour la bienveillance que l'on nous a manifestée à chaque pas que nous avons fait dans la carrière ; de confiance, parce que nous espérons que ces dévoués collaborateurs continueront à nous favoriser de leur précieux travaux dans l'intérêt de la profession médicale. En changeant de localité, nous devons informer nos bienveillants lecteurs que nous ne changeons pas de *politique*.

*La Revue Médicale* sera à Montréal ce qu'elle était à Québec, du moins jusqu'au 1er juillet prochain. Nous continuerons à suivre aussi fidèlement que possible le programme que nous nous sommes tracé en faisant nos débuts sur la scène médicale.

L'ADMINISTRATION.

P.-S. Nos lecteurs voudront bien nous pardonner le retard indispensable que subira la publication de notre prochain numéro le démenagement de notre imprimerie etc, causant toute sorte d'ennuis et beaucoup de dérangement à notre personnel.

Toutes communications à l'avenir à partir du 1er mai concernant la rédaction et l'administration devront être adressées à

Dr P. P. BOULANGER,

directeur de "*La Revue Médicale*"

985 rue St-Denis, Montréal P. Q.

Adresse Téléphonique East 1694.

## Travaux Originaux

## Société Médicale de Québec

SÉANCE DU 23 MARS 1899.

M. le Dr SIMARD

(Suite)

En réponse aux remarques intéressantes de M. le Dr Brochu. M. le Dr Simard ajoute :

" Pour pouvoir bien comprendre le pourquoi de cette susceptibilité à faire de la fièvre urinaire et y mettre une étiquette aussi exacte qu'il soit possible, je crois qu'il faut, avant tout, prendre comme point de départ le bilan pathologique des deux malades.

Tout le monde sait, que la fièvre urinaire peut présenter trois types principaux : 1° une forme intense, rapide, 2° des accès prolongés, surtout répétés, avec ou sans remission franche, enfin 3° une fièvre continue pouvant de temps à autre présenter des poussées aiguës qui viennent se greffer sur un vieux fond de chronicité. C'est à ce 3ème groupe, n'est-il pas vrai, que nos malades appartiennent.

Ce qui domine chez les chroniques urinaires, c'est la multiplicité des lésions et, par ordre de gravité, les lésions rénales.

Il n'y a pas l'ombre d'un doute que, de l'état du filtre rénal, dépend la gravité de l'infection. Les causes les plus petites peuvent provoquer des accès aiguës chez les empoisonnés chroniques. Les manœuvres chirurgicales lorsque le canal est *fatigué* ; même les tentatives qui paraissent de prime abord devoir être inoffensives peuvent provoquer des accès aigus de fièvre urinaire ; quand la vessie est enflammée, usée, rétentionniste, fatiguée par la lutte contre un canal rétréci etc, toute intervention peut alors devenir dangereuse. Mais, je le répète c'est, des reins que viendra le danger le plus souvent.

Il faut être éclectique pour expliquer la pathogénie de ces accès aigus. D'ailleurs il existe des variétés individuelles d'empoisonnements urinaires tellement diverses qu'il est bon de ne pas penser à un mode pathologique

L'empoisonnement urinaire c'est l'urine dans le sang, par conséquent, plus l'absorption urinaire sera facilitée, plus de chances on aura à rencontrer des poussées aiguës. Ne voyons-nous pas très souvent ces accès apparaître après une uréthrotomie, une lithotritie faite dans une vessie rétentionnante et infectée ; après même de simples desquamations de l'épithélium faites dans un urètre rétréci par le passage, en douceur, d'une sonde, au niveau d'une poche retro-strieturale ?

Quel est l'agent ici si ce n'est l'urine.

Mais il faut s'entendre ; la toxicité de l'urine normale n'est pas suffisante pour nous satisfaire et rendre compte de la plus grande majorité des cas et surtout de la violence parfois si redoutable de l'empoisonnement. Il faut quelque chose dans cette urine et c'est sa *septicité*.

Que se soient des microbes ou des toxines, peu importe, il ne m'appartient pas de trancher cette question, et je serais disposé à

admettre les deux causes qui doivent ordinairement exister. Ceci admis, voilà comment j'explique ces accès.

Dans une vessie rétentionniste d'un prostatique ou d'un rétréci des infections secondaires colonisent sur le résidu d'urine stagnante et élaborent des toxines. Supposons maintenant que l'épithélium subisse une altération, qu'un traumatisme fasse une plaie, voire même une éraillure, voilà une porte d'entrée, et la surface dépouillée de son revêtement-protecteur absorbe nécessairement les toxines et l'organisme réagit par un accès qui se termine comme l'on sait par une sudation des plus marquées.

Plus il y aura de poison absorbé plus la réaction sera sérieuse et plus grande sera l'accès. Supposons maintenant que l'économie soit saturée depuis de longues années de ses poisons, une absorption des plus minimes fera pencher la balance et l'économie tâchera de se débarrasser de cet excès de poisons. Enfin, que l'élimination rénale se fasse mal, en raison de vieilles lésions qui ont compromis sa fonction, et on comprendra sans peine les variétés que l'on rencontre en clinique et qui souvent, si on y regarde de près, peuvent nous faire faire fausse route.

Le rôle des toxines est encore peu déterminé par exemple, mais l'apparition rapide des accidents après une intervention sur les voies urinaires est une forte raison qui milite en faveur de leur action comme cause des accidents.

Albarran et Hallé ont fait la preuve pour ce qui regarde l'infection microbienne, la présence du "bactérium pyogènes" dans le sang des urinaires est un fait acquis à la science, seul ou associé à d'autres microbes.

Par conséquent nous pouvons hardiment conclure que la fièvre des urinaires est due à la pénétration des microbes et de leurs produits solubles dans le sang.

D'ailleurs la clinique et l'expérimentation nous font connaître que le dépouillement d'une partie des épithéliums de revêtement des muqueuses uréthrale et vésicale, comme on l'invoque à la suite du cathétérisme ou des lavages, ne suffit pas toujours pour faire pénétrer les principes toxiques de l'urine dans la circulation générale et développer les accidents de la fièvre. Desnos rappelle, au nom de la clinique, que ces accidents ne se développent même pas "quand l'urine est en contact simple avec une plaie ou des vaisseaux ouverts, et il ajoute qu'il faut certaines conditions pour forcer la sécrétion urinaire à y pénétrer, par exemple lorsqu'elle est soumise à une pression plus ou moins forte par les contractions vésicales, et qu'elle est ainsi poussée dans le col ou l'urètre dont la muqueuse a été divisée."

Ces conditions particulières de pression pourraient-elles être toujours invoquées dans les accidents de fièvre urinaire qui suivent quelquefois, de si près, les lavages ou le cathétérisme ?

Guyon, de son côté, dit que "l'on peut admettre que le contact de l'urine ne suffit pas ; la pénétration dans le tissu d'une certaine quantité est nécessaire au développement des accidents : la question de dose est capitale. Feltz et Ritter, au même point de vue, ont insisté sur la concentration de l'urine. Est-il bien rationnel d'invoquer exclusivement cette question de dose et de quantité ou de concentration dans la pathogénie de ces accès de fièvre qui surviennent dès la première heure, après une évacuation complète de la vessie,

au moyen du cathétérisme, suivie d'un lavage antiseptique : intervention qui, non seulement a pu permettre aux urètres de se vider, mais qui laisse en même temps la muqueuse vésicale imprégnée de principes neutralisants, surtout, si l'opérateur a eu la précaution, comme M. le Dr Simard l'a fait dans son premier cas, de laisser quelques grammes de la solution antiseptique dans la vessie ?

Un nombre d'auteurs se contentent de cette théorie de l'absorption de l'urine dans la circulation, énoncée en premier lieu par Velpeau pour expliquer les accidents consécutifs aux traumatismes des voies urinaires.

D'autres, au contraire, partisans de la théorie rénale, développée d'abord par Verneuil etc, soutiennent que les accidents se produisent non parce que les éléments de l'urine ont été introduits en excès dans la circulation, mais parce que leur élimination est entravée par des altérations rénales soit anciennes, soit immédiates, survenues sous l'influence de lésions inflammatoires ou congestives de l'appareil urinaire.

L'expérimentation physiologique semble confirmer cette manière de voir. En effet les travaux de Feltz et Ritter ont montré non seulement que les accidents ne sont pas toujours proportionnels à la quantité et à la densité de l'urine injectée dans les veines d'un animal, mais aussi, cet autre fait, non moins important, qu'en liant les vaisseaux rénaux, une quantité bien moindre est nécessaire. Par conséquent, les lésions rénales préexistantes servent à précipiter la marche des accidents, qui semblent plutôt proportionnels au degré de l'insuffisance de l'émonctoire rénal qu'à la densité ou à la dose de l'urine. Il suit de là également que l'intégrité du rein, qui lui assure une fonction de dépuraison régulière, reste la condition fondamentale à apprécier pour établir le pronostic (Desnos).

En présence de cette théorie rénale, assez généralement admise, de ces faits d'expérimentation physiologique qui la confirment, n'est-il pas permis de se demander si l'ébranlement nerveux et l'excitation des muqueuses altérées, réalisés par les lavages et le cathétérisme, ne sont pas propres à troubler, du moins momentanément, par un phénomène d'inhibition réflexe, la sécrétion rénale déjà insuffisante la plupart du temps, par le fait de lésions rénales préexistantes ? et si, par conséquent, cette action réflexe, qui paralyserait la fonction des reins au même titre qu'une congestion, ou colique néphrétique, ne serait-elle pas un facteur dont on pourrait tenir compte pour expliquer le développement et la rapidité des accidents urinaires après les interventions instrumentales ? Le fait bien connu de la suppression de cette fonction rénale, et d'une anurie complète, pendant le passage d'un calcul à travers l'un des urètres, par une action d'inhibition réflexe identique, permet du moins d'énoncer cette hypothèse comme rationnelle.

M. le Dr Brochu ajoute que par le réflexe de l'irritation des muqueuses vésicales et urethrales il n'entend pas seulement l'ébranlement nerveux général qui résulte quelquefois, d'un traumatisme sur ces muqueuses, mais aussi tous les autres phénomènes de répercussion sur l'activité fonctionnelle des organes qui leur sont liés par une solidarité anatomique ou physiologique, des reins particulièrement.

Au sujet de l'analogie qu'il a voulu tirer de la fièvre satellite, survenant à l'occasion de la colique hépatique, sans qu'il soit possible de retracer aucun indice d'infection des voies biliaires, soit anté-

rieurement, soit ultérieurement, M. le docteur Simard ayant opposé les découvertes d'Albarran, qui témoignent de la présence dans le sang de microorganismes analogues à ceux de la vessie, chez les sujets morts d'intoxication urinaire, M. le docteur Brochu réplique qu'il ne nie pas cette résorption des microbes et des toxines urinaires ; il ne diffère d'opinion avec son savant collègue que parce qu'il croit à une résorption spontanée, en dehors des manœuvres instrumentales : cette intoxication urinaire préalable créant l'imminence morbide, au même titre que l'intoxication urémique chez les femmes enceintes, et l'irritation due aux manœuvres du cathéter ou du lavage agissant, dans bien des cas, plutôt comme une cause excitante qui fait éclater le paroxysme de la fièvre urinaire chez les sujets dont l'organisme infecté est d'une réaction facile, de même qu'une autre cause d'irritation peut devenir le point de départ d'une attaque d'éclampsie chez une femme prédisposée par l'urémie.

D'ailleurs les mêmes travaux d'Albarran et de Hallé ont servi à établir une distinction entre l'intoxication urinaire et la fièvre urinaire. Il faut bien savoir que l'intoxication peut avoir lieu sans que l'on constate une élévation de température, et cela d'une manière indépendante de la nature même des microbes infectieux. " En réalité, chez les urinaires, la fièvre résulte de l'ensemble des réactions de l'organisme. C'est surtout la réaction de l'organisme qui varie " (Albarran). Encore un pas, et M. Albarran, en nous démontrant le fait des intoxications urinaires sans fièvre, malgré la présence de différentes espèces microbiennes dans le sang, par le seul défaut de réaction de certains organismes, nous eût fourni une preuve du rôle prépondérant que peuvent jouer, dans la production de cette fièvre urinaire, chez des sujets déjà en état d'imminence morbide, par intoxication préalable ou autre influence constitutionnelle, les manœuvres instrumentales ou les traumatismes des muqueuses de l'urèthre et de la vessie altérées, d'ailleurs bien propres, il faut l'admettre, à réveiller dans l'organisme quelques unes de ces réactions à l'ensemble desquelles l'auteur semble vouloir surtout rapporter la pathogénie des accès de la fièvre urinaire. De fait, en séparant par une distinction très nette l'intoxication urinaire, qui peut s'établir sans élévation de température, quelque soit la nature des espèces microbiennes introduits dans le sang, ou la nature de l'inflammation des voies urinaires, des accès de fièvre urinaire, purement passagers ou accidentels, chez les vieux urinaires, à la suite des manœuvres instrumentales, M. Albarran me paraît laisser une place pour la théorie du réflexe nerveux général et de l'inhibition réflexe sur la fonction de l'émonctoire rénal.

M. le Président dit que dans les cas d'hydronéphrose aiguë il n'y a de frisson et de fièvre que quand le rein est infecté. Il est assez rare que dans la lithiase biliaire les premières attaques soient accompagnées de frisson et de fièvre. Un jour l'introduction d'une sonde de Nélaton à un ou deux pouces dans l'urètre fut suivie chez un de ses malades d'une attaque d'infection urinaire aiguë du premier type.

Après la lithotomie interne, on laisse à demeure dans la vessie pendant deux jours une sonde de Nélaton. Si le malade a un frisson suivie de fièvre, ce n'est qu'après avoir enlevé la sonde alors que l'urine a passé sur la plaie.

M. le Dr. Ahern ajoute que le cas d'hypertrophie considérable du col utérin cité incidemment par M. le Dr Faucher est un accident assez rare. Cette hypertrophie augmente énormément sous l'influence de la grossesse, elle obture l'ouverture de la vulve de manière à ne pouvoir introduire le doigt dans le vagin. Elle gêne la miction et amène une ulcération du col.

Mais au moment de l'accouchement on voit toutes les parties hypertrophiées disparaître graduellement.

M. le Dr Paquin demande à M. le Président si le cas qu'il a cité où l'introduction d'une sonde de Nélaton à un ou deux pouces seulement dans l'urètre fut suivie de fièvre urinaire ne serait pas une preuve de plus à l'appui de la théorie dont nous avons parlé M. le Dr Brochu ?

M. le docteur Brochu fait remarquer en dernier lieu, que cette discussion sur la pathogénie des accès de la fièvre urinaire, qui a pris une extension plus grande qu'il n'avait d'abord pensé, n'a pas eu pour but, dans son intention, de critiquer le traitement très judicieux, d'ailleurs classique que M. le Dr Simard a employé dans les cas qu'il a cités, non plus que de contredire l'opportunité des interventions instrumentales chez tous les urinaires en état d'intoxications : tout au plus, la théorie qu'il a défendue pourrait-elle indiquer certaines mesures préventives pour diminuer l'excitabilité du système nerveux, atténuer l'intoxication déjà réalisée, et rendre les reins déjà lésés, moins susceptibles à l'inhibition, réflexe pouvant paralyser momentanément leur sécrétion, conditions qui servent à précipiter les accidents de la fièvre urinaire.

Maintenant que certains accès éphémères puissent être expliqués par l'influence nerveuse, c'est possible, mais je vous avouerai bien franchement, là où il y a une infection, des microbes, et partant, des toxines, j'aime encore mieux ma vie, je penche en faveur de l'influence, comme cause déterminante, des poisons urinaires dont l'absorption a été augmentée ou accélérée ou bien enfin, l'élimination diminuée ou suspendue.

C'est en m'appuyant sur ces données que j'ai institué un traitement qui peut se synthétiser comme suit — : Diminuer et tarir si possible, les sources d'empoisonnement journalier, favoriser, hâter l'élimination des poisons déjà absorbés, enfin relever l'économie en train de s'écrouler par une alimentation reconstituante et une médication tonifiante.

Mon premier malade aurait à mon avis, bénéficié beaucoup de l'urethrotomie qui aurait permis un drainage et des lavages beaucoup plus faciles au début, mais il a toujours systématiquement refusé une telle intervention. J'ai donc été forcé de me rabattre sur la dilatation lente avec lavages.

L'autre malade, en raison de la sensibilité si grande de sa vessie même aux instillations, aurait certes trouvé un grand soulagement et une amélioration locale sérieuse d'une boutonnière vésico-vaginale, mais, ici encore, elle a refusé de se soumettre à une intervention.

Maintenant j'ai dit que j'avais totalement échoué dans la prévention de ces accès aigus de fièvre urinaire pendant le traitement et c'est malheureusement trop exactement vrai.

Le Biorate de soude à haute dose.

Le salol, le Benzoate de soude, le Benzoate de lithime, l'acide borique, l'antipyrine, la quinine.

L'eau de Vichy, Centrexville, ont été employés sans succès.

Ce qui m'a paru rendre le plus de service c'est la quinine administrée à forte dose la veille et la journée de l'intervention, et l'usage interne et journalier d'acide borique, (pour le premier malade).

Ma malade, elle, s'est trouvée assez bien pendant plusieurs mois de l'eau de Centrexville. Mais je le répète, jamais, au grand jamais je n'ai réussi à enrayer cette susceptibilité à faire des poussées aiguës et à pronostic si sérieux après intervention.

Quand je dis pronostic sérieux j'en parle avec une certaine connaissance car voici ce qui arrive à mon premier malade six mois après son traitement. Malgré mes conseils, se fiant sur sa santé qui paraissait bonne, insensiblement il s'est tourné vers ses anciennes habitudes de buveur, et, un beau jour il a jeté son bonnet par dessus les moulins, a rompu en visière avec ses bonnes résolutions et repris le chemin du buffet, vaguement j'ai entendu dire qu'il avait de temps à autres des indigestions, de la grippe, mais comme il craignait, en m'appelant de nouveau se voir rationner, il a attendu avec une résignation digne d'un meilleur sort que la mesure fut pleine pour recourir à un traitement.

Appelé un soir chez lui, je l'ai trouvé à peu près dans le même état que huit mois auparavant, avec en plus une rétention complète.

J'ai tenté d'explorer son canal avec un explorateur à boule No 14 et j'ai échoué. Comme je n'avais pas apporté avec moi de sonde assez petite je partis, devant repasser dans deux heures. Une heure après on me faisait appeler en toute hâte. Mon malade était sans connaissance aux prises avec une attaque formidable de fièvre urineuse, temp. 41° 4. Huit heures après il était mort sans avoir repris connaissance, avec une température de 42° 8. C'est parce qu'un pareil cas peut se présenter que j'ai voulu voir l'opinion de mes confrères de la société, sans compter que ces accès fussent-ils généralement à pronostic non fatal, ne constituent pas moins un accident qu'il ne faut pas méconnaître et qui peut ennuyer beaucoup et le patient et le médecin.

(A suivre)

**Resume d'un article lu devant la Société Britannique de Gynécologie le 15 avril 1899**

**Sur la Prévention et la Cure de la Hernie Ventrale**

Par A. LAPHORN SMITH, B. A. M. D. M. K. C. S., Angleterre ; Membres des Sociétés Gynécologiques d'Angleterre et Américaine ; professeur de Gynécologie Clinique à l'Université de Bishop ; Gynécologiste au Dispensaire de Montréal ; Chirurgien en Chef de l'Hôpital Samaritain pour les femmes ; Chirurgien au " Western General Hospital " .

La hernie qui survient à la suite d'une ouverture abdominale est une complication fréquente et qui cause parfois plus de souffrances que la maladie pour laquelle on a fait la laparotomie. Bien plus, cela décourage les femmes qui auraient besoin d'une coeliotomie et les empêche d'y consentir parce qu'elles craignent plus une seconde qu'une première opération.

Cet accident peut-être prévenu.

(a) En laissant en place les sutures un mois durant si la femme est assez maigre pour nous permettre de faire une suture comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale ou (b) en se servant de deux sutures cachées non absorbables quand la femme est assez

grasse pour exiger deux plans de ligatures. L'auteur prépare son crin de Florence en le plaçant dans des tubes en verre qu'on fait bouillir. On fait, avec une lime une rainure vers le milieu du tube et quand on a besoin de ligatures on casse le verre. (c) En laissant de côté le tube à drainer pour l'abdomen, et quand le drainage est nécessaire, ce qui est rare, on le fait par le vagin. (d) En s'assurant d'une parfaite apposition des lèvres de la plaie, en marquant avant de faire l'incision les endroits où devront passer les sutures. (e) En faisant bien attention de ne pas laisser le péritoine sourdre quelque peu entre le muscle droit et le fascia des côtés opposés.

On guérit facilement la hernie dans les cas légers avec une simple suture en cordon de bourse, en crin de Florence ; et dans les cas plus avancés en avivant les bords de l'anneau jusqu'à ce que les muscles droits soient mis à nu du bord jusqu'au fond, et en plaçant une suture cachée en crin de Florence. Les malades porteuses de sutures cachées en crin de Florence n'ont pas besoin de rester au lit plus de deux semaines et moins encore dans quelques cas : il n'est pas nécessaire qu'elles portent une ceinture abdominale.

Les malades qui ont des sutures intéressant toute l'épaisseur des tissus qu'elles gardent pendant un mois peuvent en cas de nécessité retourner chez elles après douze ou quinze jours et revenir à la fin des quatre semaines faire enlever leurs sutures. Elles n'ont besoin de porter aucun support jusqu'à ce que les sutures soient enlevées et même alors ça leur est encore moins nécessaire que pour les malades dont les sutures ont été enlevées de bonne heure.

## REVUE DES JOURNAUX

### Dechirure complete du perinee

DUPLAY

Voici le manuel opératoire préconisé par l'auteur dans ces cas. Nous lui laissons la parole.

La malade sera purgée la veille de l'opération et on lui donnera le soir un grand lavement. Il faut éviter avec soin de lui faire prendre ce lavement le matin même de l'opération, suivant une pratique assez généralement suivie et qui a certains inconvénients que l'on devine sans peine.

Des précautions antiseptiques minutieuses devront être prises vis-à-vis du vagin et de la région vulvaire et périnéale qui devra être rasée avec soin. Il est également bon de procéder aussi à l'antisepsie du rectum par les injections boriquées, antisepsie qui n'est d'ailleurs que relative.

Les instruments dont on a besoin sont : les bistouris, les pinces à griffe, les ciseaux, l'aiguille à grande courbure dite aiguille d'Emmet, du fil d'argent, enfin la valve de Sims.

L'opération peut-être décomposée en quatre temps : 1° avivement ; 2° hémostase ; 3° suture ; 4° serrage des fils et affrontement.

1° Avivement. — Il doit être très large, car c'est là une importante condition de succès. Les lèvres de la vulve étant maintenues écartées autant que possible et le périnée bien tendu par les doigts des aides placés de chaque côté, et au besoin une valve de Sims, repoussant légèrement vers le haut la paroi antérieure du vagin, on commence par faire au bistouri une incision antéro-postérieure, médiane, sur la paroi postérieure du vagin et remontant jusqu'à 3 centimètres à partir de la fourchette ; puis de chaque côté et en suivant exactement la ligne de démarcation entre la peau et la muqueuse, on pratique une incision qui s'arrête à une hauteur correspondant au méat urinaire.

Cette incision, s'arrondissant à son extrémité supérieure, redescend obliquement sur la paroi latérale du vagin pour aller rejoindre la partie supérieure de l'incision médiane. On dissèque alors les lambeaux circonscrits par ces incisions représentant deux triangles à sommets arrondis et unis par leur base qui mesure trois centimètres. On aura soin au cours de cette dissection d'enlever la plus petite épaisseur que possible de tissu. Lorsque l'avivement est terminé, la surface cruentée à la figure d'un papillon dont le corps répond à la cloison recto-vaginale et dont les ailes sont représentées par les triangles latéraux. Il ne faut pas craindre de faire remonter assez haut les angles supérieurs de ces deux triangles, et l'auteur prescrit de prendre comme limite le niveau du méat urinaire. Dans ces conditions, lorsque les parties avivées sont réunies par la suture, la vulve semble pour ainsi dire fermée.

Mais vous devez savoir que, la guérison obtenue, la vulve reprend ses dimensions normales, et c'est à cette façon de procéder que vous obtiendrez un périnée solide et suffisamment étendu. Le procédé d'avivement que je viens de décrire s'applique à la déchirure incomplète du périnée. Il convient également à la déchirure complète ; seulement on aura soin de prolonger le tracé de l'incision en arrière de chaque côté de l'anus et d'aviver ainsi les points qui correspondent à la perte de substance du sphincter anal, de façon que, lors de la réunion, les deux moitiés de l'anneau sphinctérien se trouveront rapprochées et reconstitueront l'orifice anal.

2° *Hémostase*. — Au cours de la dissection, on place sur les points qui saignent des pinces hémostatiques qu'on retire à la fin de ce second temps. Il est rare qu'on soit obligé de mettre un fil à ligature. Une compression maintenue pendant quelques minutes suffit à obtenir une hémostase complète.

3° *Passage des fils*. — Avec la grande aiguille d'Emmet, on traverse la peau d'un côté à peu près à deux centimètres du bord de la plaie, et on fait ressortir l'aiguille symétriquement sur le bord opposé, également à une distance de deux centimètres. L'aiguille doit cheminer dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale même en ayant bien soin qu'elle ne pénètre pas dans le rectum et qu'elle ne se montre pas non plus sur la surface cruentée ; en un mot, elle doit rester pendant tout son trajet dans l'épaisseur des tissus. Avec les fils d'argent, que je préfère de beaucoup, trois ou quatre suffisent pour obtenir une réunion parfaite, au besoin on la complète par quelques fils superficiels. Le placement du premier fil a une importance toute particulière ; dans le cas de déchirure complète, il vise la reconstitution du sphincter anal lorsque celui-ci se trouve intéressé. Son point d'entrée correspond à l'extrémité postérieure de la surface cruentée. Il doit ensuite cheminer au-devant de l'anus et ressortir à un point diamétralement opposé, si bien que, dans son ensemble, ce premier fil décrit une courbure à concavité postérieure.

4° *Serrage des fils*. — Autrefois j'avais l'habitude de serrer les fils avec des tubes de Galli placés de chaque côté, comme je le fais encore pour l'opération de l'hypospadias. Mais l'expérience m'a montré que cette précaution était superflue. Il suffit, en effet, de les tordre et de les isoler des parties latérales à l'aide d'une lanière de gaze iodoformée.

Le résultat d'un bon affrontement est la reconstitution d'un vrai corps périnéal, et non la création d'un simple pont allant de l'anus à la vulve, comme cela a lieu pour certains autres procédés.

En ce qui concerne les soins consécutifs, ils sont également très simples. On recouvre les parties avec la poudre d'iodoforme, puis avec une compresse aseptique, que l'on renouvelle fréquemment. Une sonde sera placée à demeure dans la vessie. Celle de Sims convient parfaitement. A la rigueur, on pourrait s'en passer, et pratiquer le cathétérisme selon les besoins. Dans le but de faciliter les lavages qui devront être faits une ou deux fois par jour avec l'eau boricuée et sublimée, j'ai coutume de placer dans le vagin un tube

à drainage qui reste à demeure, en sorte qu'il n'y a pas lieu, à chaque injection, d'introduire une canule qui risquerait de désunir les parties. Enfin, dans quelques cas, pour permettre l'issue des gaz, je fais placer aussi dans l'anus un drain de petite dimension.

J'ai conservé l'ancienne pratique de constiper artificiellement avec l'opium les malades pendant quatre, six ou huit jours. Certains chirurgiens, au contraire, provoquent des selles dès le lendemain de l'opération à l'aide de laxatifs. Cette pratique me paraît quelque peu dangereuse.

Enfin, j'enlève les fils vers le septième ou huitième jour, souvent un peu plus tôt, vers le quatrième jour si je m'aperçois que les tissus sont entamés par eux.

La cicatrice qui réunit de la sorte les parties d'un périnée déchiré doit être considérée comme parfaite, car le périnée reprend sa forme normale : il est assez solide pour supporter les urgences du petit bassin et s'opposer au prolapsus, et enfin elle résiste et ne se déchire pas à la suite d'un nouvel accouchement.

(*Médecine Moderne*)

#### Traitement palliatif du cancer du col utérin par l'occlusion autoplastique de la tumeur.

Dans les cas de cancer ulcéré et inopérable du col utérin, M. le docteur S. Gottschalk (de Berlin), a recours à une intervention chirurgicale fort simple et qui, bien que purement palliative, assure souvent à la malade plusieurs mois d'une existence tranquille.

On pratique d'abord un curetage énergique du néoplasme et on cautérise la plaie cratériforme ainsi formée au fer rouge d'une façon intense mais sans léser les parties environnantes. Ensuite — et c'est là le point original du procédé préconisé par notre confrère — on fait au thermocautère une incision circulaire de la muqueuse vaginale à une distance de 2 à 3 centimètres au dessous de la tumeur, on sépare ce lambeau des tissus sous-jacents en le laissant adhérer aux bords infiltrés de l'ulcération cancéreuse, on le rabat sur cette dernière, de manière que sa face externe ou épithéliale vienne s'appliquer directement sur la plaie, et, enfin, on tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée en ayant soin de distendre la portion comprise entre la perte de substance du col et l'incision vaginale. Le tampon est enlevé au bout de sept jours.

L'opérée peut se lever dès le douzième jour. En l'examinant quelques semaines après, on constate l'existence d'une occlusion complète du vagin au dessous de la tumeur. Cinq à six mois s'écoulent d'habitude avant que cette cicatrice commence à s'ulcérer, et durant tout ce laps de temps il ne se produit plus d'hémorragie, ce qui amène une amélioration rapide de l'état général de la malade. On voit bien apparaître un peu de leucorrhée avant même que la perforation de la cicatrice ait lieu, mais tant que l'air atmosphérique n'a pas d'accès au néoplasme, cette écoulement ne dévient pas fétide.

(*Semaine Médicale*)

#### Thérapeutique cardiaque.

Elle a été ainsi formulée par M. HUCHARD à la Société médico-chirurgicale :

Le cardiaque est un malade qui a besoin de repos. *Repos de corps, repos de l'esprit, repos de la pharmacie*, telle est la triple alliance qui peut donner la paix au cœur.

Avec l'hygiène et le régime alimentaire, on résout en grande partie le problème de la cardiopathie, l'adaptation (bien différente de la compensation) du cœur périphérique au cœur central, et réciproquement.

Après un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'une affection valvulaire est constituée, il y a lésion d'orifice, mais il n'y a pas encore maladie de cœur. A cette période où la lésion, cependant réelle, ne produit aucune perturbation circulatoire, la thérapeutique n'a rien



à faire. Seuls l'hygiène et le régime alimentaire doivent intervenir, comme on dit couramment. Mais cette compensation ne se fait pas seulement du côté du cœur, elle se fait dans tous les organes au moyen du phénomène de l'adaptation. Les organes s'adaptent à la lésion cardiaque. Ainsi le rétrécissement mitral pur peut rester longtemps à l'état latent, parce que le "cœur étant réglé pour un faible travail" le système artériel tout entier finit par s'adapter à un petit cœur.

A la faveur de la sténose auriculo-ventriculaire, il passe peu de sang dans le ventricule qui se rétracte et s'atrophie ; par conséquent, peu de sang dans l'arbre aortique dont le calibre diminue. Le retentissement de la lésion sur le poumon est ainsi longtemps ajourné.

Dans le rétrécissement aortique juvénile, le ventricule gauche peut ne pas s'hypertrophier d'abord, l'adaptation se fait dans tout le système artériel.

Dans les insuffisances valvulaires, mitrales en particulier, l'adaptation se fait dans les organes qui résistent plus ou moins aux poussées congestives qui les menacent. Un foie, un rein, un estomac normaux résisteront mieux que le foie d'un alcoolique, le rein d'un graveleux, l'estomac d'un dyspeptique ou le poumon d'un bronchitique.

Pour les affections valvulaires de l'aorte, l'adaptation se fait dans la grande circulation, dans tout l'arbre artériel. Pour les affections mitrales, l'adaptation a son siège dans la petite circulation. Dans les premières, la compensation porte sur le ventricule gauche ; dans les secondes, sur l'oreillette gauche d'abord, le ventricule droit ensuite.

L'adaptation est différente de la compensation. Ainsi dans le rétrécissement mitral, la compensation se produit au ventricule droit, qui se dilate et s'hypertrophie pour résister à l'énorme tension de la petite circulation ou même à l'orifice tricuspide ; l'adaptation se fait au ventricule gauche qui se rétracte et s'atrophie.

L'hypertrophie du cœur n'est donc pas toujours " providentielle ". Le cœur ne s'hypertrophie pas pour lutter, mais parce qu'il lutte. C'est là une nouvelle condamnation du traitement systématique d'Oertel. Il faut distinguer entre l'hypertrophie simple du myocarde et l'augmentation de volume par hyperplasie conjonctive qui conduit à la cardiectasie. L'une retarde l'asystolie, l'autre la prépare. Certes a-t-il toujours fait la distinction entre ces cas, et n'a-t-il pas souvent aggravé la maladie en demandant à un cœur un excès de fonctionnement qu'il était incapable de donner.

Les mêmes considérations s'appliquent aux cardiopathies artérielles. Il ne faut pas vouloir toujours agir sur le cœur central lui-même : soulager le cœur pour le fortifier, tel est le principe : et on le soulage en diminuant les résistances périphériques, en ouvrant les voies d'écoulement sanguin, en adaptant tous les organes et le cœur lui-même à leur puissance fonctionnelle amoindrie.

Au lieu de chercher la compensation dans l'organe malade, il faut la chercher dans les organes sains, chargés, en quelque sorte, de le suppléer. Pour un cœur atteint dans sa force contractile, ce n'est pas au myocarde qu'il faut s'adresser, puisqu'il a subi des altérations plus ou moins profondes, mais à tout le système artériel dont il faut combattre l'état de contraction.

Ce sont là, du reste, des règles de thérapeutique générale. Dans une maladie d'organe, plus ou moins altéré, il faut, non pas rester hypnotisé devant l'organe malade, mais songer, pour la médication à son organe compensateur ; au rein et au système artériel pour le cœur, au rein pour le foie ; quelquefois au cœur, pour le poumon.

La cardiothérapie doit répondre aux trois ordres de symptômes observés : symptômes d'hypertension artérielle, symptômes méiopraxiques, symptômes toxiques.

L'hypertension artérielle est combattue par l'hygiène et le régime alimentaire, par les mouvements actifs ou passifs et par cer-

tains médicaments ; avec cela éviter le surmenage, activer les fonctions des émonctoires, tels sont les moyens d'adapter l'organisme au système cardio-vasculaire, profondément atteint ; Laënnec, qui s'est rarement trompé, a dit avec raison, " qu'on réussit à faire vivre de longues années certains malades avec des affections du cœur plus ou moins graves. "

(Abeille méd.)

#### Emploi de l'électricité pour rendre à la glande mammaire ses fonctions de lactation.

(H PIERRON.)

Quel est le médecin qui n'a pas essayé vainement à faire revivre, à augmenter ou à faire développer chez ses clientes la sécrétion lactée disparue, insuffisante ou n'étant pas encore apparue, malgré le bon état de santé de son accouchée.

L'auteur a proposé dès 1885 l'emploi des courants intermittents fournis par l'appareil d'induction Volta faradique de Gaëffe, appliqué sur la glande mammaire.

En 1884, une dame voulait à toutes forces nourrir son enfant ; ses seins ne donnaient pas assez de lait, bien que son état de santé fut très satisfaisant et qu'elle ait fait, pour y arriver, tout ce que l'hygiène, la fortune et la médication existante pouvaient lui conseiller. Désolé de ne pouvoir lui laisser continuer l'allaitement, j'ai pensé que le courant intermittent étant un stimulant pour les fonctions organiques, ne pouvait que m'être utile dans ce cas. J'essayai et je réussis outre mesure à gonfler les seins et à leur faire produire du lait en abondance et en qualité.

Aussi depuis, à l'exception de tout autre, j'ai employé toujours ce moyen de développer la sécrétion lactée.

Dernièrement, une dame primipare, après avoir sevré son enfant s'aperçut, au bout de quinze jours de sevrage, qu'il dépérissait et ne voulait plus rien prendre autre chose que le sein. La sécrétion lactée était complètement interrompue et les règles revenues. Après quatre séances d'électrisation, j'ai obtenu des seins gros très développés comme pendant l'allaitement, du lait en grande quantité, et tout marche à merveille.

Depuis deux mois, la lactation nouvelle continue, à l'entière satisfaction de la nourrice.

Aussi je crois pouvoir affirmer que sur une femme nouvellement accouchée et dont la sécrétion lactée ne se fait pas, on peut la faire venir par l'électrisation. Bien plus, je crois pouvoir déduire que sur une fille, même vierge, on peut ainsi faire venir du lait ; il existe, dans la littérature médicale, des faits authentiques montrant que des jeunes filles et même des grand-mères (qui sont toujours supposées à la période de ménopause) ont eu du lait, en essayant de faire taire des enfants par la succion de leurs mamelles. Ces femmes donnaient leurs seins à prendre et la succion répétée fournissait alors à l'enfant deux nourrices, une bien involontaire sans doute.

Qui sait si, au point de vue plastique, ce moyen ne serait pas meilleur que ceux dont les inventeurs se chargent de faire d'une planche une ronde bosse.

Le moyen dont je me suis servi pour obtenir sur le sein des courants utiles, consiste à appliquer le pôle négatif de l'appareil Gaëffe sous le sein ; le pôle négatif est représenté par une calotte sphérique en cuivre, le pôle positif est armé d'une boule de cuivre qu'on trouve dans tous les appareils. On commence par poser le pôle positif sur la région du bout du sein jusqu'à en atteindre le glissement de la peau, ce qui fait que les orifices de la glande sont d'abord mis en excitation. Puis on promène sur toute l'étendue de la glande, en partant du centre vers la périphérie, le pôle positif en déplaçant en même temps le pôle négatif vers lequel on converge ; on répète la même expérience pour l'autre sein.



Le courant doit être assez faible, de façon à ne pas provoquer des douleurs qui à cette région sont intenses. L'énergie du courant voltaïque étant augmentée, on reprend l'expérience sur les deux séries, et cette séance doit durer en tout dix minutes environ. Cela fait, on recommence vingt-quatre heures après et les jours suivants jusqu'à ce qu'on ait obtenu du lait qui se fait rarement attendre après la quatrième séance.

Si l'on veut faire reparaître la sécrétion complètement, faire comme je l'ai fait. Il ne faut pas désespérer au bout de huit séances.

Je crois qu'on pourrait bien sans désavantage essayer ce que j'ai cru pouvoir déduire des faits que j'ai énoncés, en disant que le lait pouvait être produit par des mamelles vierges et n'étant pas en état de lactation passée ou présente.

(Journal de médecine de Paris.)

**Pulvis cuticolor : Pâtes présentant la couleur de la peau**

UNNA. — (Monatsh, f. prakt. Dermat., d'après Le Scalpel), dit se servir, depuis de longues années, pour traiter les dermatoses siégeant sur la face et qui font souvent le désespoir des patients, d'une préparation appelée par lui : *pulvis cuticolor*.

Grâce à son emploi, l'affection cutanée peut passer inaperçue, ce qui assure la persévérance des malades. Ces derniers abandonnent, en effet, bien vite tout traitement des dermatoses exposées à la vue, si les topiques sont facilement visibles. Voici la formule d'Unna :

Oxyde de zinc.....	2 grammes
Carbonate de Magnésie.....	2 —
Bol Blanc.....	3 —
Bol rouge.....	2 —
Fécule de riz.....	10 —

Cette préparation rend de grands services dans l'eczéma séborrhéique du visage, l'acné rosacée et l'hyperhidrose huileuse.

Il ne faudrait pas croire que cette formule soit la seule possible, car plusieurs mélanges de blanc, de rouge et de jaune ou brun peuvent être étudiés à cet égard. On recommandera comme blanc ; l'oxyde de zinc, la céruse ou l'oxychlorure de bismuth, comme jaune l'ichtyol ou l'ocre blanche (qui est jaune) ; pour les bruns, l'ocre brune ; et comme rouge, le vermillon, le bol rouge, et plus rarement le carmin.

La calamine, carbonate de zinc impur, très employée en Angleterre, mérite toute l'attention des dermatologues à ce point de vue, car elle présente une action thérapeutique marquée et une teinte qui se rapproche beaucoup de celle de la peau.

Unna, en terminant son article, a exprimé l'espoir que d'autres dermatologistes chercheraient également à utiliser les colorants organiques et les a invités à donner des indications sur l'emploi de ces produits en dermatologie.

Rausch, dans le numéro suivant des *Monatshefte* (sept, 1898), répondant au souhait exprimé par Unna, a présenté quelques formules dans lesquelles il utilise le colorant organique l'éosine. L'éosine a été choisie à la suite de nombreux essais ; cette substance, d'un rouge magnifique tirant un peu sur le jaune, n'est absolument pas irritante. Il est en général préférable, pour obtenir la teinte rouge, de marier l'éosine au bol rouge d'Arménie. En combinant les deux substances, on arrive à des résultats qu'il est impossible d'atteindre si l'on s'en tient à un seul de ces produits.

Nous citons quelques-unes des formules dont Rausch dit se servir depuis assez longtemps déjà et à la grande satisfaction de ses malades :

Bol rouge d'Arménie.....	0 gramme 24
Glycérine.....	XX gouttes.
Solution d'éosine 1/500.....	VII —
Pâte de zinc.....	40 grammes

Pour les formules avec ichtyol, la quantité d'éosine varie dans des proportions nettement définies suivant la proportion d'ichtyol contenue dans le topique : si cette dernière dépasse 5 0/0, on n'obtient plus de résultat satisfaisant.

Voici les deux formules extrêmes :

I. Ichthyol.....	1 0/0
Pâte de zinc.....	40 grammes
Solution d'éosine à 1/500.....	XVI gouttes
II. Ichthyol.....	5 0/0
Pâte de zinc.....	40 grammes
Solution d'éosine à 1/100.....	XII gouttes.

Comme colle de zinc, l'auteur propose deux formules : la première est plus consistante que la seconde :

	I	II
Bol rouge.....	0 gr. 3	0 gr. 3
Solution d'éosine à 1/500.....	3 gr. 5	3 gr. 5
Eau distillée.....	50 gr.	55 gr.
Gélatine.....	15 gr.	12 gr. 5
Glycérine.....	10 gr.	12 gr. 5
Oxyde de zinc.....	25 gr.	20 gr.

(La France Méd.)

**Contribution au traitement du cancer par les injections de cancroïne.**

par le Dr ADAMKIEWICZ.

M. Adamkiewicz (de Vienne) rapporte un-fait qui vient corroborer sa théorie parasitaire du cancer (coccidies).

Il s'agit d'un cas où un néoplasme fut rapidement amélioré par des injections sous-cutanées de cancroïne. Voici, en quelques mots, cette observation.

Une femme, âgée de cinquante neuf ans, vint trouver M. Adamkiewicz pour une tumeur du ventre. Cette tumeur, ovalaire, volumineuse (tête d'adulte), située dans la paroi abdominale, était immobile, adhérente à la paroi. Son accroissement rapide (début depuis trois mois), l'ascite et le mauvais état général de la malade démontraient suffisamment sa nature maligne. Une laparotomie, faite par M. Schauta, montra qu'il s'agissait d'un cancer de l'épiploon ; d'ailleurs, cette tentative opératoire échoua, à cause de la grande étendue du néoplasme et d'adhérences péritonéales. C'est en désespoir de cause que M. Adamkiewicz fit entreprendre les injections sous-cutanées de cancroïne à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour, et il fut lui-même surpris de la rapidité avec laquelle la situation changea.

Presque immédiatement, l'état général de la malade s'améliora et la tumeur diminua ; la régression de cette dernière se faisait de la périphérie vers le centre. Un mois à peine après le début du traitement la grosseur n'avait plus que 16 centimètres de largeur au lieu de 26 centimètres au début. Quinze jours plus tard, l'amélioration était encore plus grande ; l'état général était aussi satisfaisant que possible, la tumeur avait encore diminué, seule l'ascite n'avait pas cédé. Les injections de cancroïne n'ont provoqué d'autres troubles qu'une oligurie persistante ; au moment des injections, le pouls montait à 120. Voilà donc un fait qui, d'après l'auteur, a non seulement une importance scientifique mais encore une grande valeur au point de vue de ses applications pratiques pour le traitement du cancer.

(Presse méd.)

**Règles de la chloroformisation**

M. le professeur Berger vient de résumer les règles qui doivent présider à la chloroformisation dans les préceptes suivants :

1° La sécurité de l'anesthésie dépend exclusivement de l'observation continue et rigoureuse de tous les caractères physiologiques qui résultent de l'action du chloroforme sur l'économie.

2° S'il en est un dont l'observation doit primer tous les autres ce sont les phénomènes que l'on observe du côté de la respiration, dont les perturbations annoncent presque toujours la proximité des accidents ; cette surveillance de la respiration se fait avec l'oreille.

3° L'examen de la coloration de la face et la recherche des réflexes vasculaires ont une importance presque égale, jamais dans une chloroformisation régulière le sujet ne doit être cyanosé on présenter la coloration grisâtre de la face et de muqueuses qui indique un trouble certain de la circulation.

3° La recherche du réflexe palpébral est un guide très sûr, mais dont les indications n'ont cependant pas une valeur absolue.

4° Le début de la chloroformisation a une influence déterminante sur toute la durée de cet acte chirurgical. Une chloroformisation troublée dès le début sera toujours une chloroformisation difficile et parfois même dangereuse.

5° Le chloroforme doit être administré d'une manière continue au début et pendant la période d'excitation ; il doit être donné avec des intermittences réglées dans la période de tolérance.

6° Ce n'est que par un système d'oscillations que l'on parvient à déterminer les véritables limites entre lesquelles on peut maintenir le sujet dans la résolution chloroformique, en évitant le réveil et les accidents mais en se tenant surtout à distance de ces derniers.

7° A mesure que la chloroformisation se prolonge, les limites de la période de tolérance se resserrent et l'on peut, avec de moindres doses voir se produire des accidents de surcharge chloroformique.

8° Quand il y a le moindre doute sur l'interprétation des phénomènes que présente le sujet soumis au chloroforme, il faut immédiatement supprimer celui-ci jusqu'à ce que l'on soit parfaitement au fait de la situation du malade.

9° Avant toutes choses enfin, le chirurgien doit être parfaitement sûr de la bonne qualité du chloroforme qu'il emploie.

En se conduisant d'après ces principes, on ne peut pas dire qu'on n'observera jamais d'accidents, mais ceux-ci pourront presque toujours être surpris dès leur apparition et arrêtés à temps.

(France méd.)

#### Traitement de la broncho-pneumonie par l'acétate de cuivre.

En s'appuyant sur les propriétés antiseptiques des sels de cuivre, M. E. Luton (de Reims) a eu l'idée d'essayer les préparations cupriques dans le traitement de la broncho-pneumonie infantile. Les résultats ont toujours été satisfaisants lorsque le traitement pouvait être institué dès le début.

La formule employée de préférence était la suivante :

Acétate de cuivre..... 0,10 centigr.  
Julep gommeux..... 100 grammes

Deux cuillerées à café contiennent ainsi un centigramme de substance active, c'est la dose moyenne. Cependant, dans les cas sérieux, il ne faut pas craindre de la dépasser et de prescrire deux centigrammes d'acétate de cuivre en vingt-quatre heures. Les tout jeunes enfants supportent très bien le médicament.

C'est là toute la thérapeutique vis-à-vis de la broncho-pneumonie. Toutefois, lorsque la dyspnée est trop intense, on peut avoir recours aux cataplasmes sinapisés qui soulagent beaucoup les enfants. De même, au cours de la maladie, il est quelquefois utile de donner à ces enfants une très petite quantité de cognac dans de l'eau sucrée.

(La Presse méd.)

#### Traitement de la migraine des dyspeptiques.

Dans la migraine survenant chez des individus franchement dyspeptiques ou sujets seulement à des troubles digestifs, on arrive, d'après M. Fricser, à faire rapidement disparaître les douleurs en

pratiquant, pendant l'accès, un lavage de l'estomac avec de l'eau tiède additionnée d'une petite quantité de menthol, et en faisant prendre, toutes les deux heures, XV gouttes de la préparation suivante :

Valérianate de menthol..... 5 grammes.  
Eau..... 25 —  
Sirop de capillaire..... 30 —

Pour prévenir le retour des accès, il faut régler le régime alimentaire dont on proscriera le fromage, le beurre, les graisses, le thé, le café, les aliments acides les compotes. On conseillera les viandes blanches en quantité modérée, les œufs à la coque, les purées, les légumes verts, le koumys. Chez les constipés, il faudra encore veiller à la régularité des selles, qu'on obtiendra par les lavements d'eau tiède additionnée d'un peu de glycérine, on en faisant prendre aux malades, matin et soir, une cuillerée à café de la mixture suivante :

Extrait fluide de cascara }  
sagrada ..... } à 100 grammes  
Teint vineuse de rhubarbe }

#### Ulcerations fissurales de l'anus.

M. Henri Fournier recommande le pansement suivant :

1° Laver la région malade avec une infusion de feuilles de noyer.

2° Appliquer, matin et soir, après, avoir vidé le rectum, un suppositoire :

Europhène..... 20 centigrammes.  
Beurre de cacao..... 4 grammes.

3° Saupoudrer ensuite la région anale avec la poudre suivante :

Salol..... } à Q. S.  
Europhène..... }  
(Gaz. des Hôp.)

## FORMULAIRE

### Creoline dans l'erysipele et l'eczema aigu

(G. ROTAR.)

Créoline..... 1 gramme 5.  
Craie préparée..... } à 15 —  
Axonge..... }  
Essence de menthe poivrée..... Quelques gouttes

(Gaz. Hebd. de méd. et de chirurgie.)

### Contre l'eczema.

Eau..... 200 grammes.  
Gélose..... 2 grammes.  
Oxyde de zinc..... 20 grammes.

(Ibid)

### Le phosphore chez les enfants rachitiques.

Kassovitz a donné le phosphore aux doses de 1/2 à 1 milligramme par 24 heures à 560 enfants rachitiques.

L'amélioration était rapide, surtout dans le rachitisme cranien (craniotabes) ; on constatait en peu de temps la cessation des accidents nerveux. De même la difformité, etc., disparaissaient.

Belz a administré le phosphore sous forme de pommade.

Canali a employé ces formules :

I. — Phosphore..... 0 gramme. 01 cent.  
Huile de morue..... 100 grammes.  
2 à 3 cuillerées à café par jour.

II. — Phosphore..... 0 gramme. 01 cent.  
Huile d'amande douce..... 30 grammes.  
Gomme arabide pulvérisée... } à 15 grammes.  
Sucre de canne pulvérisé.... }

Eau distillée..... 40 grammes  
3 à 4 cuillerées à café par jour. (Journal de méd. de Paris)

## A NOS LECTEURS

Nous faisons les premiers pas, aujourd'hui, dans la nouvelle demeure que nous nous sommes choisie.

Vaste demeure, où toutes les aspirations ont un libre essor, où toutes les entreprises scientifiques sont toujours assurées de recevoir les encouragements et les sympathies.

Ces encouragements et ces sympathies ne nous ont pas manqué, jusqu'ici ; aussi, en sommes-nous profondément reconnaissant à la profession médicale entière, dont nous avons été l'humble portevoy, et lui disons-nous un long merci pour le passé, en même temps que nous demandons à tous dans l'avenir, la même confiance et les mêmes faveurs.

*La Revue Médicale*, ne vient prendre ici la place de personne, ni faire une déloyale concurrence aux autres revues établies dans la métropole qui ont déjà fait tant de bien et qui peuvent en faire encore beaucoup.

Après avoir rendu à nos aînés les hommages qui leur sont dus à très juste titre, nous venons tout simplement demander une petite place au foyer de la science médicale, une place bien humble, qui nous permette comme par le passé, de travailler avec eux dans toute la mesure de nos forces au progrès de la profession médicale.

*La Revue Médicale*, ainsi que nous le disions dans notre dernier numéro, en changeant de localité n'a pas pour cela changé de programme ; d'ici au troisième anniversaire de sa fondation, aucune modification n'y sera apportée, si ce n'est qu'à partir d'aujourd'hui elle sera datée de Montréal.

*La Revue Médicale* n'est pas d'ailleurs une étrangère dans la Métropole Canadienne ; l'accueil sympathique et cordial que l'on nous a fait à Québec a eu un généreux écho à Montréal.

A maintes reprises, plusieurs de nos éminents et savants praticiens nous ont honoré de leur haute appréciation, et de précieux et distingués collaborateurs sont venus partager avec ceux de Québec et d'ailleurs, la noble mission de l'enseignement médical, afin de donner à la profession le fruit de leurs travaux.

Quand nous avons pris la résolution de demander l'hospitalité à nos confrères de la Métropole, nous avouons franchement que nous comptions un peu, beaucoup même, sur leur généreux concours, et nous espérons que nous ne serons pas déçu dans notre attente.

L'œuvre que nous avons à cœur de voir réussir, et pour laquelle nous avons fait d'énormes sacrifices, est l'œuvre de tous les membres de la profession médicale et comme telle, nous avons confiance que chacun s'intéressera à la faire prospérer et grandir.

Nous espérons que, de même qu'à Québec, toute une phalange de précieux collaborateurs viendra grossir la liste des éminents praticiens qui ont déjà fait profiter de leurs études, dans nos colonnes, la profession médicale.

Dans cette ville surtout, où plusieurs universités rivalisent par la science et l'étude, les aspirations que doit faire naître une si noble émulation ne peuvent manquer d'être nombreuses. *La Revue Médicale* veut être le champ où chacun entre en lice contre l'ennemi commun, où chacun essaye l'arme nouvelle contre les maux qui affligent notre pauvre humanité.

La science médicale n'a pas de patrie, ou plutôt, sa patrie c'est l'univers entier, où tous les membres de la profession font œuvre de patriotisme en éclairant leurs confrères des lumières de leur expérience.

Nos colonnes seront donc toujours largement ouvertes à tous pour l'avantage et l'édification de tous.

LA DIRECTION.

## Travaux Originaux

## De la SCLERODERMIE

Observations de trois cas types de dermatoscléroses partielles.

Par M. le Dr M. D. BROCHU

*(Professeur à l'Université Laval à Québec)*

Les troubles trophiques, qui ont pour siège le derme et dont le processus pathogénique aboutit aux manifestations de la sclérose cutanée, ne se rencontrent qu'assez rarement dans la clientèle et même dans les services hospitaliers, du moins comme entité morbide distincte.

Nous avons eu l'avantage d'observer simultanément, cette année, dans la clinique de l'Hôtel-Dieu, trois cas de ces dermatoscléroses qui n'ont pas manqué d'exciter notre intérêt, non seulement parce qu'ils sont restés simultanément sous notre observation pendant plusieurs semaines, mais aussi parce que chacun de ces cas réalisait l'un des types classiques de la sclérodémie partielle ou régionale, aux différentes phases de son évolution.

Il m'a semblé que la représentation de ces types morbides mise dans les yeux du lecteur, pourrait servir avec avantage de sujet d'étude pour cette espèce nosologique assez rare en clinique, mais qui n'en a pas moins son importance au point de vue de la thérapeutique comme au point de vue du pronostic.

Les figures intercalées dans le texte de cet article sont la reproduction de photographies prises sur le vif à l'hôpital, chez les trois sujets dont nous soumettrons les observations.

Malgré leur différence d'aspect clinique, ces variétés de sclérodémie qu'une occasion exceptionnelle offrait à notre étude, laissaient entrevoir des liens pathogéniques assez étroits, non seulement par certains stigmates du processus de la sclérose cutanée, à ses différentes étapes, qui leur étaient communs, mais aussi parce que chacun des sujets qui avaient servi de terrain d'évolution à ces lésions, appartenait à la grande famille arthritique, et comptait parmi ses antécédents pathologiques les atteintes du rhumatisme articulaire aigu, et l'un la névrose hystérique, en plus.

Le mot générique de *sclérodémie* est généralement adopté par les auteurs pour désigner les différentes espèces de troubles trophiques que l'on rencontre à la surface de la peau, en dehors de tout état pathologique antérieur, et dont le trait le plus caractéristique est une induration scléreuse du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, avec taches d'apparence cicatricielle, accompagnée de tension, d'un certain degré d'immobilité et d'un état de gêne des parties affectées (Thirial).

Quant à la désignation des espèces ou des variétés cliniques des dermatoscléroses, les termes les plus divers sont encore employés dans le langage médical, selon les observateurs et selon les pays.

Au point de vue de la classification pathogénique, la sclérodémie pourrait être aussi bien rangée parmi la classe des trophonévroses que dans celle des maladies de la peau proprement dites. D'après Raymond, ce genre morbide semble être rentré définitivement dans le domaine de la pathologie nerveuse.

Au point de vue histologique la sclérodémie est constituée

par une altération nutritive du derme dont le début coïncide généralement avec des troubles vasculaires et nerveux plus ou moins marqués, associés ou non à des phénomènes oedémateux qui aboutissent à l'induration ou à l'atrophie du tégument par la prédominance du développement du tissu conjonctif.

Ces altérations sclérodermiques relèvent par conséquent d'un processus pathogénique analogue à celui que l'on rencontre dans la sclérose des autres organes : foie, reins, poumons, muscles, etc.

Selon que ses altérations sont plus ou moins étendues, diffuses ou circonscrites, la sclérodermie se divise en deux formes bien distinctes : la forme généralisée et la forme localisée.

Ces deux formes revêtent des types cliniques très variés qui, bien qu'assimilables sous le rapport pathogénique, sont bien différents les uns des autres sous le rapport de la marche, de l'évolution du pronostic et du traitement.

La forme généralisée, désignée sous le nom de sclérème des adultes par Thirial, de sclérodermie oedémateuse par Hardy, et de sclérémie par Besnier, est l'analogue du sclérème des nouveau-nés. C'est une affection qui débute par une tuméfaction oedémateuse de la surface cutanée avec induration plus ou moins marquée et un



(Figure 1.)

aspect blafard ; elle se développe souvent d'une manière symétrique, limitée d'abord puis progressive, quelquefois généralisée d'emblée. La peau oedémateuse ne laisse pas de dépression persistante au toucher comme l'oedème congestif ; mais elle est rigide, immobile, et c'est à peine si on peut y faire un pli ; elle peut devenir adhérente et sembler ne faire qu'un avec les parties sous-jacentes, aponévroses, muscles, etc, qui subissent l'atrophie scléreuse, à un degré avancé de la maladie. Sur cette peau passée à l'état de sclérème on peut remarquer, comme dans la sclérodermie partielle, des plaques lardacées, des trainées sous forme de bourrelets saillants ou enfoncées, comme attirées par un lien sous-cutané.

Cette induration diffuse de la peau, qui peut aller jusqu'à la dureté du bois ou de la pierre, entraîne des troubles fonctionnels qui varient selon la région affectée : à la face, l'oedème sclérodermique donne l'apparence d'un masque ; au cou, aux jointures, l'induration entrave tout mouvement et détermine des attitudes vicieuses ; à la poitrine elle gêne les mouvements respiratoires.

La peau en l'état de sclérème paraît froide au toucher, et, outre son aspect blafard, elle peut présenter des taches dyschromiques qui rappellent le chloasma ou même la maladie d'Addison. La sensibilité est rarement émoussée, et les sécrétions sudorales ou sébacées peuvent rester presque normales.

Tôt ou tard cependant, l'évolution de la sclérémie aboutit à diverses complications du côté du cœur, des reins ou des intestins, qui ne manquent pas d'aggraver le pronostic de la maladie alors généralisée à l'ensemble des organes.

La forme partielle ou localisée de la sclérodermie comprend une nombreuse série de types morbides dont les mieux connus et les plus généralement admis sont 1° la *sclérodermie en plaques* plus ou moins disséminées, (morphées des auteurs anglais) 2° la *sclérodermie oedémateuse régionale*, à forme éléphantiasique (éléphantiasis scléreuse de Ramussen) à forme scléreuse, (sclérose cutanée cicatrisante de Wernicke) 3° la *sclérodermie des extrémités des membres supérieurs* (scléroactylie de Ball) (sclérodermie asphyxiante des extrémités de Raynaud).

C'est à cette dernière catégorie que se rapportent les trois cas qui serviront de sujet à cette étude.

Les figures 1 et 2 représentent les deux faces d'une même jambe atteinte d'éléphantiasis scléreuse sur laquelle se sont développées des plaques étendues, plus ou moins indurées retractées, im-



(Figure 2.)

mobiles en certains endroits, très apparentes surtout à la partie inférieure de la jambe, sur le dos du pied et au côté externe du genou, (fig. 1) ; elles immobilisent l'articulation du coup de pied et gênent la flexion du genou. La même jambe présente à la partie interne de la cuisse (Fig. 2) des plaques nombreuses de la morphée caractéristique des auteurs anglais, avec des anneaux et des zones étendues de couleur bleuâtre ou lilas, par la prédominance des troubles vaso-moteurs, (lilac ring).

Ces altérations de la peau, qui, constituent autant de variétés de la sclérodermie partielle, se sont développées successivement chez une femme atteinte du rhumatisme inflammatoire, douze ans auparavant.

La figure 3 représente un type caractéristique de sclérème cutané cicatrisant de Wernicke. Toute la jambe est de couleur blafarde, froide, oedémateuse, dure comme du bois ; la peau est immobile, les muscles sont atrophiés, toute flexion du coup du pied est impossible, et les plaques cicatricielles retractées semblent avoir été imprimées dans la surface cutanée comme les cicatrices d'éruptions disséminées qui auraient atteint la profondeur du derme.

Le sujet auquel se rattache ce type a été pris du rhumatisme

inflammatoire, il y a vingt ans, et ce n'est que quelques années plus tard, à la suite de certains troubles de sensibilité rattachés à l'influence rhumatismale, qu'il remarqua les premiers indices de cette induration œdémateuse de la peau, à la partie inférieure de la jambe, et, à peu d'intervalle, l'apparition de ces taches cicatricielles, quoiqu'il n'ait jamais eu aucune éruption sur la peau ; l'induration augmentant, la peau est devenu immobile et le volume de la jambe a diminué considérablement. Son métier l'oblige à travailler souvent dans des endroits froids et humides. Sa physionomie a pris durant ces deux dernières années, l'apparence d'un état leucocythémique ; il est entré à l'hôpital pour une diarrhée persistante, que l'on peut rapporter à la classe des accidents qui viennent compliquer assez souvent l'évolution du sclérome généralisé.

La figure 4 représente un type d'asphyxie des extrémités supérieures, et laisse entrevoir les traces de quelques uns des accidents scléroactyliques qui compliquent souvent la sclérodémie des extrémités, (maladie de Ball, à un degré moins avancé, l'asphyxie de Renaud) que la plupart des observateurs font rentrer dans le cadre des dermatoscléroses.



((Figure 3.)

Le sujet, qui a présenté ce dernier type, est une fille de trente ans, qui a subi les atteintes du rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 18 ans ; elle avait éprouvé, de plus, quelques uns des grands accidents de la névrose hystérique : aussi, chez cette fille névropathe, l'élément nerveux semble-t-il jouer le principal rôle dans les manifestations asphyxiques des extrémités supérieures.

Les phénomènes d'asphyxie locale ont fait leur apparition trois ans, environ, après l'attaque rhumatismale ; ils ont été précédés par des sensations d'engourdissement, de fourmillement, puis ils se sont accusés par du gonflement des doigts, avec troubles vaso-moteurs périodiques, cyanose et refroidissement. Ces troubles surviennent par accès, tous les matins ; et ils ont leur plus grande intensité de 7 à 8 heures jusqu'à 10 heures avant-midi. Les émotions morales vives ramènent facilement ces troubles de circulation locale, même en dehors de la période des accès. Les signes d'asphyxie des doigts sont quelquefois tellement prononcés que la gangrène semble à craindre ; elle a paru imminente à plusieurs médecins que la malade a consultés. Cependant les seuls accidents qui sont venus compliquer cette longue période de troubles vaso-moteurs et asphyxiques sont ceux dont la figure 4 (*grav.*) révèle les traces : une inflammation ulcéreuse qui a déformé l'extrémité de l'index de la

main droite, (sorte de panaris), une ulcération de même nature dont la cicatrice est apparente sur le dos du médius de la main gauche.

Toutes les variétés de sclérodémie partielle offrent la plus grande variété d'aspect, comme le démontrent les gravures ci-dessus ; elles sont cependant assimilables au point de vue de leur pathogénie, car, à une certaine période de leur évolution, elles finissent souvent par se confondre en un type commun ; de plus, on voit souvent aussi, évoluer plusieurs formes sur le même terrain : c'est ce que démontrent les figures 1 et 2, qui représentent une même jambe à l'état d'éléphantiasis scléreuse sur laquelle se remarquent en même temps des plaques à l'état de sclérose confirmée et des plaques de morphée entourées de zones lilas qui indiquent la première période de l'évolution du processus sclérodermique, ou la période des troubles vaso-moteurs.

Dans la forme de sclérose en plaques, le symptôme le plus frappant, à la première période, est l'apparition de taches irrégulières, d'aspect blanchâtre, lardacées, luisantes, de l'étendue d'une pièce de monnaie, ou quelquefois de la paume de la main. Ces plaques sont quelquefois symétriques, le plus souvent unilatérales, et pré-



(Figure 4.)

sentent parfois des stries légères, obliques ou entrecroisées. Au lieu des plaques on peut constater des trainées en ruban, enfoncées ou élevées. Ces manifestations peuvent laisser soupçonner, à première vue des lésions de nature maligne.

A cette première période, l'induration n'est pas toujours facile à constater, et les lésions limitées à des troubles vasculaires, à des changements de coloration, de consistance, et à des troubles trophiques superficiels sont encore assez susceptibles de retrocéder.

Dans les types morphées des auteurs anglais, les troubles vaso-moteurs accompagnent, précèdent, ou suivent l'apparition des plaques sclérosées ; ils se développent au voisinage sous forme d'anneaux vascularisés ou de zones cyanosées, de couleur lilas (lilas ring). Il arrive quelquefois que les zones lilas couvrent plus ou moins longtemps la surface cutanée avant que les plaques scléreuses se dessinent.

Ces troubles vaso-moteurs paraissent assez identiques à ceux qui caractérisent le début de la scléroactylie de Ball ou de l'asphyxie locale des extrémités de Raynaud. Cette identité semble d'ailleurs prouvée par ce fait clinique bien constaté que les troubles d'asphyxie locale des extrémités sont assez souvent le prélude d'un processus sclérodermique qui s'étend progressivement à d'autres parties de la



surface cutanée, soit sous forme de sclérose en plaques ou en traînées, soit sous forme de sclérome généralisé.

A part ces changements de colorations d'origine vasomotrice, les régions affectées de sclérose peuvent présenter les formes les plus diverses de dyschromie, depuis la couleur d'albâtre, de cire, jusqu'à la teinte rouge brun, parfois recouvertes de taches analogues aux éphélides.

A la deuxième période de leur évolution, les plaques lardacées qui n'ont pas eu une régression complète, ou qui ont subi une recrudescence, peuvent faire place à des lésions de sclérose confirmée, souvent indélébiles, qui se distinguent par une induration caractéristique de bois ou de planche ; les tissus sous-jacents s'atrophient en dernier lieu, soit par compression soit par l'envahissement du même processus scléreux, ou d'une dégénérescence trophique qui peut atteindre même les os.

Les plaques de sclérose sont d'ordinaire disposées sur les membres en dehors de toute loi anatomique. Parfois, au contraire, elles présentent une conformité frappante, dans leur localisation et leur expansion, avec la direction et l'expansion terminale des nerfs. Les lésions symétriques laissent soupçonner l'influence du centre médullaire ; les lésions unilatérales plutôt celle des nerfs périphériques.

La sclérodémie à forme éléphantiasique (Ramussen) le plus souvent étendue à tout un membre, est caractérisée par un oedème polysarcique, qui a la plus grande analogie avec l'état myxoedémateux de la face, et qui peut se développer simultanément avec quelques autres manifestations du processus scléreux : plaques cicatricielles, morphées, troubles vaso-moteurs etc. Les (figures 1 et 2) représentent les deux faces d'une jambe sur laquelle se dessinent nettement les stigmates de la sclérodémie en plaques, aux différentes phases de son évolution, mais qui rappelle extérieurement l'ensemble des traits de l'état éléphantiasique ou de l'éléphantiasis pure.

Il y a cette différence cependant, c'est que le sillon profond qui, au cou-de-pied sépare la jambe oedémateuse du dos du pied très tuméfié et très saillant, dans l'éléphantiasis, n'existe pas ici, et qu'il est remplacé par une plaque d'induration scléreuse et cicatricielle qui recouvre toute la face dorsale du pied et immobilise l'articulation. Les doigts du pied dans ce cas ne sont pas non plus boursoufflés, et l'on ne distingue aucune trace de saillies épidermiques ou de verrues, comme dans l'éléphantiasis pure qui, comme l'on sait, relève d'une affection, le plus probablement infectieuse, des lymphatiques dont l'aboutissant n'est pas la sclérose.

Quant aux variétés de la *sclérodactylie* de Ball et de l'*asphyxie locale* des extrémités de Raynaud, plusieurs auteurs en font deux entités morbides distinctes qui n'ont aucun rapport pathogénique : Goldschmidt et Besnier, au contraire, se rangent à l'opinion que l'*asphyxie locale* des extrémités et la *sclérodémie* doivent prendre place dans le même cadre nosologique. On les rencontre, du moins, fréquemment associées.

Le cas représenté par la figure 4 et que nous rattachons à la sclérodémie, pourrait certainement donner lieu à la discussion. Depuis huit ans, cette fille rhumatisante et hystérique souffre d'accès réguliers de cyanose et de refroidissement des doigts, d'intensité et de durée variables, sans qu'il soit survenue aucune complication gangréneuse comme il arrive assez souvent dans le cours de la

maladie de Raynaud, ou aucune manifestation d'induration et d'atrophie scléreuses aux doigts avec chute des phalanges comme dans la sclérodactylie de Ball ; les seuls accidents, qui sont venus s'associer aux troubles vaso-moteurs, ont été deux poussées de panaris, à l'index de la main droite, et une ulcération à la partie dorsale du médius comme cela se rencontre quelquefois dans la sclérodactylie. Cette observation rappellerait le *panaris nerveux* décrit par Quinquand, et les *cyanoses tropho-névrotiques* des extrémités de Weir-Mitchell. Chez cette fille névropathe, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les émotions morales vives font apparaître instantanément les signes asphyxiques même en dehors de l'heure des accès périodiques : preuve de l'influence du système nerveux sympathique dans la pathogénie de ces troubles vaso-moteurs.

La marche des dermatoscléroses est variable et irrégulière selon le processus local, selon le terrain de leur évolution. Leur durée varie également selon la plus ou moins grande persistance des causes.

Les plaques de sclérose, les troubles vasculaires, les taches de dyschromie peuvent persister pendant plusieurs années, en variant de siège, et disparaître complètement à la suite : ce qui peut se faire au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Mais, même dans ces cas, la maladie ne doit pas toujours être considérée comme guérie ; en effet, malgré la rétrocession des premiers symptômes, alors que la peau affectée a repris sa souplesse, sa mobilité, et sa structure normale, le processus de sclérose peut envahir d'autres régions et revenir sur les mêmes parties guéries, en apparence.

Dans la généralité des cas, les régions sclérosées, après quelques variations symptomatiques, et quelques alternatives d'amélioration et de recrudescence, augmentent en nombre et finissent par prendre les caractères de la sclérose confirmée : la peau, d'abord oedémateuse et douce, s'indure, se rétracte, s'atrophie, devient mince et parcheminée, tantôt blanche et d'apparence cicatricielle, tantôt rouge luisante, ou bien pigmentée ; elle devient comme adhérente aux os par l'atrophie des parties sous-jacentes, et gêne les mouvements.

La sclérodémie, dans ses formes partielles, n'est pas grave, au point de vue de la santé générale, mais elle constitue au moins une infirmité localisée.

La forme généralisée, au contraire, est d'un pronostic très sérieux ; elle aboutit tôt ou tard à des complications graves qui peuvent être regardées à la rigueur comme les manifestations ultimes du même processus morbide : cachexie lente ou aigue, lésions viscérales, cardiaques, pulmonaires, hépatiques ou rénales.

L'étiologie de la sclérodémie n'est pas toujours facile à préciser ; les causes qui déterminent les différentes espèces cliniques, partielles ou généralisées, peuvent être multiples. Il est un fait bien constaté par l'observation, cependant, c'est que la plupart des sujets atteints de cette affection sont des *nerveux* ou des *rhumatisants*, c'est-à-dire, des sujets chez lesquels le système nerveux et le système vasculaire, diathèse congestive, sont dans une condition d'opportunité morbide. Les causes occasionnelles, grossesse, froid humide, émotions morales vives, maladies infectieuses, intoxications, etc, dont le rôle est invoqué dans l'étiologie de cette entité morbide ne feraient éclore la maladie qu'en agissant sur un terrain déjà prédisposé par la diathèse. (Besnier et Doyon).

Dans tous les cas, les troubles irritatifs, matériels ou fonctionnels, du système nerveux sont admis par tous comme jouant un rôle prépondérant dans la pathogénie des accidents sclérodermiques, bien que l'on n'ait pas pu, jusqu'ici, trouver dans les centres ou les conducteurs nerveux des lésions constantes ou même de quel qu'importance (Besnier). Les symptômes prémonitoires dans les dermatoscléroses chroniques — sensation de chaleur, de froid, fourmillement, picotement etc, méalgies profondes et vagues, myalgies, névralgies, arthralgies etc. — indiquent que le système nerveux sensitif se trouve dans une condition pathologique dès la période du début.

D'un autre côté les troubles vaso-moteurs apparaissent assez souvent dans l'entrée en scène de la sclérodémie, et les lésions vasculaires semblent jouer également un rôle non moins important que le système nerveux dans l'évolution des troubles névro-trophiques. Mais il n'est pas possible de préciser tout-à-fait si ce sont les troubles vasculaires des nerfs eux mêmes qui sont préalables, ou bien si c'est l'irritation nerveuse qui commande les troubles vaso-moteurs. La part que prennent ces deux systèmes dans le processus dermato-sclérosique, quoique plus ou moins directe, est certaine : elle peut être variable et subordonnée à des conditions multiples, tempérament, causes occasionnelles, influences au milieu des habitudes etc.

La thérapeutique des affections sclérodermiques doit s'inspirer des données étiologiques précédentes. Mais il faut avouer que les médications diverses auxquelles ont conduit les théories nerveuses ou vasculaires, aussi bien que les conceptions scientifiques que celles dont l'empirisme seul a donné l'inspiration, restent sans action décisive, dans la généralité des cas. Il faut tenir compte, également de l'évolution spontanée vers la guérison qui se remarque dans certaines formes et à une certaine période de la sclérodémie. Cette évolution favorable qui, avec le secours du temps, aidé ou non des efforts thérapeutiques, peut aboutir à la guérison complète, a d'autant plus de chance de se produire, que le sujet est soustrait plus vite et plus complètement aux causes qui avaient pu être le point de départ du processus morbide, ou servir à l'entretenir.

Le traitement hygienique de la sclérodémie a donc son importance non-seulement au point de vue préventif mais thérapeutique, et il ne doit pas être négligé, à aucune des périodes de l'évolution de la maladie :

Les sujets prédisposés, de même que ceux qui subissent les atteintes de la maladie devraient éviter soigneusement les conditions physiques propres à troubler les fonctions de la peau, et à exciter des réactions morbides dans cet organe : les refroidissements, le séjour dans les lieux humides ; et, pour cela, porter des vêtements appropriés, et entretenir l'activité des fonctions de l'enveloppe cutanée par des bains sulfureux, les douches chaudes et froides, le massage local ou général qui active en même temps la nutrition de tout l'organisme. Toutes ces mesures hygiéniques qui regardent le milieu, les conditions individuelles et la mise à point de l'état organique et fonctionnel, sont des auxiliaires puissants des différentes médications employées dans un but de thérapeutique générale ou locale.

La thérapeutique générale comprend la plupart des agents des médications toniques et altérantes : fer, huile de foie de morue, phosphates, quinquina, iodures, arsenic, alcalins, etc, les évacuants,

les diurétiques et les sudorifiques ; enfin, sous l'empire de la théorie tropho-évrotique, les antispasmodiques, les bromures, la valériane, l'hydrothérapie thermique, les bains électriques etc.

Les inhalations d'oxygène pourraient être employés dans les formes asphyxiques des extrémités (Besnier), en même temps que les courants galvaniques.

Pour l'état de scléremie, les diurétiques, les sudorifiques, le massage, les frictions, les douches, les courants galvaniques et les bains électriques, fourniront les ressources les plus fondamentales du traitement dont il peut être permis d'espérer quelques résultats favorables.

Dans les différentes formes de sclérodémie en plaques l'usage longtemps continué des iodures, associés ou non à l'arsenic, le massage, l'électricité, les pointes de feu sur les régions correspondantes du rachis, aideront à compléter les résultats des médications précédentes, et pourront y suppléer dans bien des cas. Tous ces moyens doivent être employés avec persévérance, bien qu'on ne puisse établir qu'avec réserve les résultats obtenus : les sclérodémies partielles offrant des exemples assez fréquents de guérison spontanée.

## Société française d'Electrothérapie

Seances des mois de Mars et Avril 1899

(Présidence de MM. Cripier et Doumer)

M. Leduc (de Nantes). — La galvanisation cérébrale,

Le cerveau est accessible au courant galvanique, à condition d'employer des électrodes de grande surface, qu'on appliquera ainsi : l'électrode indifférente sera placée sur le dos ou sur l'épigastre ; l'électrode active sera fixée sur le front.

On observe des effets polaires analogues à l'électrotonus des nerfs moteurs et sensoriels. La galvanisation négative détermine une augmentation de l'activité cérébrale, la galvanisation positive produit une diminution ;

La galvanisation cérébrale négative a pour action régulière et constante de dissiper les effets du surmenage intellectuel, elle fait disparaître la fatigue cérébrale, rend les idées plus claires, le travail plus facile.

La galvanisation semble devoir être utile dans presque toutes les maladies cérébrales.

M. Andrien (de Lapdenac). — Note sur le traitement par l'électricité des phénomènes douloureux de la phase prémonitoire de l'ataxie locomotrice progressive.

M. Gaiffe présente un appareil faradique à bobine oscillante donnant des courants d'intervalle rythmiquement variable, système du Docteur Cruchot, modèle Gaiffe et Cie,

Ce nouveau modèle se compose d'un appareil d'induction à chariot à bobines mobiles mues par un système de mouvement alternatif commandé par un moteur électrique. Ses courants induits sont envoyés au malade suivant un rythme qui promet d'obtenir des contractions sans fatiguer les muscles et en laissant un intervalle de repos entre chaque excitation.

Un système de rhéostat permet de varier la fréquence du rythme et la puissance du courant à son maximum.

M. Drault présente une machine statique genre Wimshurst à quatre plateaux pour radiographie.

## REVUE DES JOURNAUX

## De la faiblesse congénitale des nouveau-nés.

Par M. MAYGRIER.

*Clinique de la rue d'Assa à Paris.*

Nous avons étudié récemment un sujet fort intéressant au point de vue pratique ; je vous ai parlé des moyens à employer pour rappeler à la vie les enfants en état de mort apparente ; je voudrais aujourd'hui vous parler d'un sujet connexe, c'est-à-dire de la faiblesse congénitale, des moyens de conserver à la vie les enfants nés dans cet état ; c'est encore là une question importante qui se posera souvent à vous dans la pratique.

Que faut-il entendre par faiblesse congénitale des nouveau-nés ? C'est l'état des enfants qui viennent au monde avant terme et chez lesquels les fonctions principales de l'organismes, et notamment la fonction respiratoire, ne s'accomplissent que d'une façon très incomplète. Cet état-là est connu depuis longtemps : il a été appelé faiblesse native, faiblesse originelle. Autrefois, Billard appelait cela établissement incomplet de la respiration. Parrot a insisté sur la différence qu'il y a entre la mort apparente et la faiblesse congénitale des nouveau-nés : celle-ci se distingue par ce fait que les organes de l'enfant sont en état de débilité et surtout ses poumons ; lorsqu'il meurt, on voit en effet que les poumons ont à peine respiré, il y a atelectasie pulmonaire, le poumon surnage sur l'eau, l'hématose se faisait mal, l'enfant vivait presque uniquement par son appareil circulatoire. Cependant, il ne faut pas croire que les enfants en état de faiblesse congénitale soient fatalement destinés à mourir. Sous quel aspect se présentent-ils ? Ils sont d'autant plus petits, d'autant plus chétifs qu'ils sont plus près du sixième mois, puisque c'est à partir de la fin du sixième mois qu'ils sont reconnus viables. Leur poids est de 2,000 grammes, de moins de 2,000 grammes, de 1,800 grammes ; certains enfants nés dans cette clinique ont pesé de 1,000 à 1,500 grammes, et cependant on est arrivé à les élever. La question de poids, d'ailleurs, n'est pas seule à envisager : un enfant dont le poids est moindre mais dont l'état des organes est meilleur aura plus de chances de vivre qu'un enfant pesant d'avantage mais dont les organes sont plus défectueux. Je ne vous parle pas de la longueur de l'enfant : elle est de 45 à 48 centimètres, quelquefois moins. La peau présente une coloration spéciale : elle est rouge vif, transparente de façon à laisser voir les vaisseaux, quelquefois mêmes les organes sous-jacents. Ces enfants, je le répète, ont l'aspect grêle, chétif ; lorsqu'ils viennent à mourir, on constate l'état incomplet de leur développement, le point d'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur n'existe pas, dans le maxillaire on ne trouve pas les quatre alvéoles bien caractéristiques. Leurs fonctions sont languissantes, ils n'ont pas la respiration saccadée, suspirieuse des enfants en état de mort apparente, ils respirent faiblement, crient faiblement, leur cri ressemble au pialement d'un poussin, leur cœur bat régulièrement. Ils sont plongés dans une sorte de torpeur plus ou moins développée, ils têtent mal, déglutissent mal, à cause de la faiblesse des muscles de la bouche ; il y a une sorte d'inertie générale qui se reconnaît parfaitement.

Cet état n'est pas extrêmement rare : j'ai fait faire des recherches sur le nombre des enfants nés dans ces conditions à la Clinique Tarnier. Sur 466 accouchements, 118 femmes ont eu des enfants en état de faiblesse congénitale ; ces enfants sont au nombre de 122, car il y a eu deux grossesses gémellaires ; cela fait donc plus du quart des enfants nés dans le service, c'est donc fréquent. La cause de cet état, c'est l'accouchement prématuré, soit spontané, soit provoqué, et cet état est d'autant plus grave que les enfants sont plus près du sixième mois ; les enfants de mères syphilitiques,

albuminuriques, tarées, sont également exposés à naître dans cet état. Cela m'amène à vous parler du pronostic : celui-ci est subordonné avant tout au poids de l'enfant, à l'état, au fonctionnement de ses organes ; j'insiste sur ce fait, le poids ne suffit pas pour établir le pronostic. Un point important à établir à ce point de vue, c'est l'âge de la grossesse ; ce n'est pas toujours facile, mais il faut cependant s'efforcer de le savoir ; on sait que les enfants s'élèvent moins bien à sept mois qu'à huit mois. J'ai un mot à ajouter : dans certains cas la faiblesse congénitale a été telle que l'on a cru les enfants morts et l'on a enterré ainsi des enfants qui ont survécu à l'exhumation ; il faut donc bien savoir reconnaître cet état.

J'arrive à la question vraiment pratique, au traitement il y a deux grandes indications à remplir : 1° entourer les enfants de chaleur, c'est la chaleur qui leur manque le plus ; 2° les alimenter d'une façon convenable, ce qui est bien difficile. Cependant on est arrivé à des résultats excellents aujourd'hui. En 1872, Guéniot, qui a fait sur la faiblesse congénitale un mémoire intéressant, a écrit cette phrase : Le nouveau-né atteint de faiblesse congénitale doit être pour ainsi dire couvé, le mot y est, et vous savez qu'aujourd'hui on emploie couramment un appareil appelé couveuse pour les enfants nouveau-nés dans cet état. Au point de vue de la chaleur, on entourait les membres de boules chaudes et la tête de ouate, on mettait les enfants dans un milieu aussi chaud que possible, dans une chambre dont la température était constante, 24 ou 25 degrés ; on leur faisait des frictions d'huile, et on leur donnait des bains chauds additionnés de vins aromatiques, on leur faisait couler du lait dans la bouche : on arrivait ainsi à sauver un certain nombre d'enfants, et je me rappelle avoir entendu dire qu'à force de soins on était arrivé à élever un enfant de six mois à peine, mais cela était rare, et il mourait en réalité un grand nombre d'enfant. Comment procède-t-on aujourd'hui ?

En 1857, Dénucé, de Bordeaux, a publié l'observation d'un enfant élevé dans un berceau incubateur, à double paroi dans laquelle on introduisait de l'eau chaude fréquemment renouvelée. En 1884, un accoucheur allemand bien connu, Crédé, raconte qu'il se servait depuis 20 ans d'une sorte de baignoire à double paroi également, dans le même but. Mais ces tentatives n'ont pas eu un grand succès et les résultats n'ont pas été aussi favorable qu'on eut pu le désirer. Tarnier était lui-même préoccupé de cette question ; j'étais en 1879 son interne : il se demandait alors si on ne pourrait pas utiliser pour l'enfant en état de faiblesse congénitale des couveuses, comme celle qu'on emploie pour faire éclore artificiellement les œufs. Il a réalisé cette idée en 1880 et il a fait installer dans son service de grandes couveuses : c'étaient de grandes boîtes rectangulaires comprenant deux compartiments : l'un supérieur où se plaçait l'enfant, et l'autre inférieur où se trouvait le réservoir à eau chaude ; ces deux compartiments communiquaient l'un avec l'autre par des ouvertures, en sorte que l'air, introduit par d'autres ouvertures, passait par le compartiment inférieur et arrivait échauffé dans le compartiment où était l'enfant, le tirage était obtenu par un orifice pratiqué à la paroi supérieure de l'appareil. Ces couveuses ont fait place à des couveuses plus petites ; Tarnier avait reconnu, en effet, que les grandes couveuses ne sont pas commodes et il a imaginé une couveuse plus petite, facilement transportable, dans laquelle on ne peut placer qu'un enfant, les premières couveuses, en effet, étaient destinées à recevoir plusieurs enfants. Ces nouvelles couveuses avaient toutes leurs parois en bois aujourd'hui les parois sont en verre, ce qui est un avantage, car cela permet d'observer facilement les enfants. L'intérieur de ces couveuses est divisé en deux boîtes, l'une inférieure dans laquelle on fait circuler de l'eau chaude mais qu'on peut remplacer par des boules d'eau chaude au nombre de 6 ou 7, on change le contenu de ces boules de temps en temps en procédant par tâtonnements de façon à avoir dans la couveuse une température constante ou à peu près, l'autre

supérieure destinée à recevoir l'enfant. L'air passe par une ouverture d'appel qu'on peut agrandir à volonté et par des trous de sortie pratiqués à la partie supérieure, les deux compartiments communiquent largement ensemble par une autre ouverture où on place une éponge imbibée d'eau pour rendre l'air humide et un thermomètre pour indiquer la température de l'appareil. J'ajoute que cette couveuse pourrait être faite par le premier menuisier venu, en sorte qu'à la campagne, par exemple, on pourrait avoir une couveuse en deux ou trois heures, mais il ne faudrait pas oublier d'y faire ménager tous les orifices nécessaires. Il y a plusieurs années, en prenant possession d'un service d'hôpital, j'y trouvai des couveuses, et on me dit que tous les enfants qu'on y avait placés étaient morts. A quoi devais-je attribuer ce fait ? J'étais embarrassé, mais, en examinant ces couveuses, je remarquai qu'il n'y avait aucun trou de sortie pour l'air, en sorte que les enfants étaient morts étouffés ; il faut donc, je le répète, ne pas manquer de faire ménager les orifices soit d'entrée, soit de sortie. Tarnier a encore modifié légèrement son appareil en faisant pratiquer plusieurs orifices d'entrée, afin de régulariser la pénétration de l'air. M. Auvard a fait établir au niveau de l'orifice de sortie une petite cheminée munie d'une hélice très mobile et tournant facilement sous l'influence du courant d'air destinée à indiquer que l'air passe.

La couveuse doit être installée sur un support dans un endroit, exposé au jour, à la lumière et un peu au soleil, enfin elle doit être très propre, débarrassée des petits animalcules, des punaises par exemple qui ont pu s'y introduire, ceci surtout pour les couveuses en bois ; à la Pitié, des fourmis qui s'étaient introduits dans une couveuse, avaient rongé l'oreille de l'enfant.

Comment doit-on se servir de la couveuse ? D'abord la température, qui est variable, ne doit pas être moindre de 32 degrés, mais, quand l'enfant est depuis quelques temps déjà dans la couveuse et qu'il commence à se développer, on peut abaisser la température à 28 degrés, mais on peut aussi l'élever à 33 ou 34 degrés, il faut l'élever d'autant plus que l'enfant est plus chétif. La couchette de l'enfant doit être aussi propre que possible, l'enfant lui-même doit être habillé comme d'habitude, on a remarqué que cela déterminait autour de lui une atmosphère de 1° de plus que si on le maintenait tout nu. On mettra dans la couveuse non seulement les enfants en état de faiblesse congénitale, les enfants chétifs, les enfants nés de parents tarés, mais aussi ceux qui sont atteints de sclérome, d'œdème, ceux dont la vitalité est compromise. On retirera l'enfant de temps en temps pour le changer, pour lui donner à boire, mais pas longtemps, dix minutes, un quart d'heure. M. Auvard, dans un mémoire, en 1884, a montré que l'enfant conserve sa température pendant un quart d'heure. Je n'ai pas besoin de dire qu'il faut le peser et le peser régulièrement.

Quelle est l'action de la couveuse ? L'action est immédiate, les enfants deviennent roses, la succion se fait plus facilement, les fonctions reprennent. Il faut laisser l'enfant dans la couveuse jusqu'à ce qu'il pèse 2 kilogrammes à 2 kilog. 300, parce qu'à partir de ce moment il peut se développer librement ; il ne faut aussi les sortir que peu à peu, ainsi il faut les laisser encore quelques heures la nuit, jusqu'à ce qu'ils puissent supporter le contact permanent de l'air ambiant.

Je ne veux pas entrer dans trop de détails sur les résultats. En 1884, M. Auvard, dans son mémoire, indique les résultats obtenus à la Maternité ; pour les enfants pesant moins de 2000 grammes, avant la couveuse, la mortalité était de 66 0/0 ; à partir de la couveuse, elle est tombée à 36,8 0/0 ; ces chiffres sont assez éloquentes. Nous avons, nous aussi, notre statistique, et sur les 122 enfants nés en état de faiblesse congénitale et dont je vous parlais tout à l'heure, 8 pesaient moins de 2,000 grammes ; sur ces 8 enfants, 4 sont morts, donc 50 0/0 ; 50 0/0, direz-vous, c'est beaucoup, mais un de ces 4 enfants était syphilitique, et il est mort autant de

sa syphilis que de sa faiblesse congénitale, les poids de ces enfants étaient de 1,680 grammes, 1,900 grammes, 1,780 grammes, 1,330 grammes.

J'ajoute que l'usage des couveuses s'est répandu en ville, et on peut savoir ce que deviennent les enfants qu'on leur confie ; on disait que ces enfants ne se développaient pas bien, qu'ils étaient plus que d'autres susceptibles de contracter des maladies, ceci est une erreur, il y en a beaucoup, et j'en connais pour ma part, qui vivent et se porte admirablement.

On a cherché encore à améliorer les conditions dans lesquelles se trouve l'enfant dans la couveuse. En 1889, on se servait beaucoup de l'oxygène ; à la clinique Tarnier, M. Bonnaire a eu l'idée de faire passer dans la couveuse un courant d'oxygène. En 1892, Melle Landaies a fait sa thèse sur ce sujet. Grâce à l'oxygène, on active la respiration, la digestion, la nutrition de l'enfant. Il suffit d'adapter à l'un des orifices d'entrée un tuyau provenant d'un récipient qui contient ce gaz. Les enfants ressentent une excitation très nette, la respiration s'accélère, les vomissements et les troubles digestifs disparaissent. Les résultats ont été excellents ; à la clinique, en 1891, sur un certain nombre d'enfants, de six à sept mois, on en a sauvé ainsi 28,5 0/0 ; sur ceux de sept à huit mois, 75,5 0/0 ; vous voyez donc que l'oxygène est un adjuvant précieux de la couveuse.

J'arrive maintenant à la seconde question : celle de l'alimentation des enfants en état de faiblesse congénitale. Il faut leur introduire le lait dans la bouche : on peut se servir de la tétrelle bi-aspiratrice du Budin, où bien on peut les nourrir avec du lait qu'on leur introduira dans la bouche avec une cuiller. Mais certains enfants vomissent, d'autres sont tellement faibles qu'ils ne peuvent déglutir ; eh bien, il y a un moyen, c'est l'alimentation par le nez, dont l'idée est due à Lorrain. En 1862, Lorrain se trouva en présence d'un enfant qui ne pouvait avaler, ni déglutir, un médecin étranger qui se trouvait dans l'assistance, lui conseilla de lui introduire un tube de caoutchouc par la narine jusque dans l'œsophage ; ce moyen réussit, mais au moment où Lorrain levait la tête pour reconnaître le médecin qui lui avait donné un si bon conseil, celui-ci avait disparu, de sorte qu'on n'a jamais su quel a été l'instigateur de cette méthode.

M. Fernet l'a employée sans savoir d'ailleurs qu'elle était utilisée déjà. Saint-Philippe, de Bordeaux, a pu élever ainsi une petite fille, atteinte du muguet, qui ne pouvait avaler.

C'est à l'aide du gavage que vous nourrissez les enfants trop faibles pour têter et même pour boire, méthode employée par Marchand, de Charenton, en Italie par Rizzoli en France par Saint-Germain ; celui-ci raconte d'abord que Grault l'employait depuis un certain temps, cette méthode existait donc, mais c'est Tarnier qui l'a vulgarisée et la thèse de Berthol l'a précisée. Cette méthode consiste à introduire jusque dans l'estomac une sonde molle en caoutchouc (n° 15 à 17 de la filière Charrière) à laquelle on adapte une cupule en verre ou un entonnoir ; on fait ainsi pénétrer le lait dans l'estomac. On place l'enfant couché sur le dos, la tête renversée un peu en arrière, et on introduit le bout de la sonde dans la cavité buccale de l'enfant, on l'approche du pharynx, l'enfant par des mouvements instinctifs, l'avale ; on pousse alors doucement la sonde pour lui faire parcourir la longueur de l'œsophage, on l'introduit de 14 ou 15 centimètres pour que son extrémité arrive dans l'estomac.

La quantité de lait à introduire chaque fois est de 12 à 15 grammes ; chez le tout petit enfant elle est de 8 grammes ; on écoule le lait dans la cupule en pinçant la sonde, puis on laisse le lait s'échapper dans l'estomac, enfin on retire la sonde brusquement, de façon à ce qu'il n'y ait pas de régurgitation.

Quel lait faut-il employer ? Je n'insiste pas sur ce point parce que cela m'entraînerait trop loin. On peut employer du lait de la

mère, du lait de nourrice, du lait d'ânesse pur et non coupé, enfin du lait de vache stérilisé. Cette alimentation doit se faire toutes les deux heures, si l'enfant est assez volumineux; toutes les heures et demi ou toutes les heures, si l'enfant est plus petit.

Par cette méthode, on a élevé des enfants dont le poids était faible et on a obtenu des résultats surprenants. Il ne faut pas négliger avec cela les moyens stimulants: les frictions, les bains aromatiques, enfin les injections de 15 à 20 grammes de sérum artificiel.

(*L'Indépendance méd.*)

#### Ictus laryngé.

M. le Dr Emile PERCEPIED étudie cette affection que Charcot a décrite pour la première fois en 1876 et qui depuis a donné lieu à d'assez nombreux travaux qui ont montré qu'elle était relativement assez fréquente.

On peut définir l'ictus laryngé: une névrose caractérisée par une sensation de chatouillement laryngien suivi de toux spasmodique, de chute et de retour instantanée de l'intelligence.

La définition de la maladie en donne presque complètement la symptomatologie. C'est d'abord le chatouillement de la gorge, la toux, la perte de connaissance et la cessation brusque des accidents. Parfois, mais très rarement, on a noté quelques convulsions, mais jamais, dans l'ictus laryngé vrai, de morsures de la langue.

Pendant l'accès de toux, la face est ordinairement rouge et vultueuse; dans un certain nombre de cas, on a noté au contraire de la pâleur avec une dilatation pupillaire, comme dans une véritable syncope. Le malade éprouve une sensation très pénible d'asphyxie, très bien décrite par le Dr Dauwin qui a observé le phénomène sur lui-même; le pouls, dans les cas très rares où on a pu observer les crises, est lent et faible.

On ne constate rien du côté des sphincters.

La durée est très courte, en général quelques secondes; les accès sont peu fréquents, il est rare qu'on en observe plus de quatre ou cinq chez le même sujet, on ne les a vus se succéder à distance relativement courte que dans des maladies aiguës des voies respiratoires.

Les affections des voies respiratoires sont, en effet, chez les sujets prédisposés, les causes génératrices de l'accident. C'est chez des personnes atteintes d'affections du nez, de la gorge, de vieille pharyngite, d'élongation de la luette, chez les bronchitiques, les catarrheux et les asthmatiques qu'on l'a relevé.

Mais les conditions qui sont essentiellement favorables à cette affection sont, avec l'arthritisme et une affection des voies respiratoires comme l'asthme, le nervosisme. Quand cette triple condition est réalisée, il suffira de peu de chose pour provoquer l'ictus: tout ce qui irrite la muqueuse nasale ou pharyngo-laryngée fera naître l'accident; ainsi les odeurs acres, surtout l'odeur du tabac, les respirations brusques et saccadées comme dans le rire, parfois une conversation trop animée suffisent.

L'influence du repos paraît manifeste. Presque toujours, d'ailleurs, l'accès a lieu pendant le jour.

Il faut remarquer qu'à côté de l'affection typique décrite par Charcot et qui n'aboutit pas toujours à la chute, s'arrêtant souvent au simple vertige selon son intensité, ainsi que le font remarquer les malades qui ont éprouvé les deux phénomènes; on a décrit les ictus laryngés liés à l'épilepsie, au tabes, aux affections graves du larynx et on a divisé la maladie en ictus laryngé essentiel et en ictus lié aux différentes maladies que nous avons nommées.

Il est souvent fort difficile d'établir un diagnostic différentiel à cet égard, mais le plus souvent on n'observe pas avec la même netteté cette toux coqueluchoïde suivie de chute brusque et de retour instantané de l'intelligence.

(*Journal de médecine et de chirurgie prat.*)

#### Action de l'atropine dans le delirium tremens

M. le docteur Turvin qui, dans plus de 200 cas de délirium, a retiré de très bons résultats du bain chaud avec ablutions d'eau froide, a pensé que l'on pourrait remplacer les ablutions par une injection sous-cutanée d'un milligramme d'atropine. Ce médicament agirait comme le froid en excitant le système nerveux. Dans dix cas à la suite d'une seule injection, et au bout de 15 à 20 minutes, l'agitation disparut et un sommeil profond le remplaça.

(*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*)

—:0:—

## FORMULAIRE

#### L'ipéca dans la dyspepsie avec insuffisance motrice de l'estomac.

L'ipéca à faible dose est considéré, par M. Mathieu, comme un des meilleurs médicaments excitomoteurs de l'estomac. On peut le prescrire de la façon suivante:

Teinture d'ipéca .....	} à 5 grammes
— de colombo.....	
— de gentiane .....	

XV à XXX gouttes après le repas, en deux ou trois fois, à une demi heure ou une heure d'intervalle, dans un peu d'eau.

ou bien:

Teinture d'ipéca.....	6 grammes
Saccharine.....	0,10 centigr.
Menthol.....	0,25 —
Alcool à 80°.....	40 grammes
Sirop simple.....	120 —

Deux à quatre cuillerées à café, espacées après les repas.

ou bien:

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	6 grammes
— d'ipéca.....	1 —
— de badiane.....	5 —

M. S. A et filtrez. — Prendre VI gouttes dans un peu d'eau de Vichy à la fin de chaque repas.

ou bien:

Poudre d'ipéca.....	0,02 centigr
Sulfate de potasse.....	} à 0,05 —
Azotate de potasse.....	
Bicarbonate de soude.....	0,30 —

Pour 1 cachet, à prendre dans un peu d'eau cinq à dix minutes avant le repas.

(*La Presse méd.*)

## OUVRAGE RECU

Nous recevons de M. Paul Olivier de Paris un très intéressant ouvrage DE LA VOIX CHUCHOTÉE publié dans *La Revue Internationale de Rhinologie, Otologie, Laryngologie et Phoniétique expérimentale* dont nous donnons les conclusions:

1° Dans les conditions ordinaires, le larynx prend toujours part au chuchotement.

2° Les vibrations de cet organe, pendant le chuchotement fort, sont toujours nettement indiquées par la méthode graphique; j'ai moi-même constaté de visu ces vibrations chez une malade ayant un polype laryngien.

3° Dans la voix chuchotée, la glotte est toujours rétrécie, présentant une image distincte de celle qu'elle montre pendant la voix parlée ordinaire: mais j'en ai observé deux autres formes, seulement une fois, et il est possible qu'il y en ait d'autres encore. Mais il ne semble pas y avoir une position de la glotte caractéristique du chuchotement.



## Travaux Originaux

### Le traitement de la diphtérie par le sérum antidiphtérique

Par M. le Dr J. E. LABERGE,

(Médecin de l'Hôpital civique à Montréal)

La thérapeutique empruntait, autrefois, ses moyens d'action au règne végétal et au règne minéral. Il faut y ajouter maintenant le règne animal qui doit son entrée dans la thérapeutique aux découvertes pasteurienne.

Inspirés de ces travaux, Lister créa l'antisepsie chirurgicale, qui changea complètement le mode d'opérer et la manière de traiter les opérés, Béhring et Roux dotent la médecine de la sérothérapie qui est en train de révolutionner toute la thérapeutique.

Si presque tous les chirurgiens sont des fervents adeptes de l'antisepsie chirurgicale, malheureusement beaucoup de médecins ne croient pas à la sérothérapie, quoique celle-ci ait fait ses preuves dans le traitement de la diphtérie, en abaissant la mortalité des deux tiers et même plus. Aujourd'hui tout médecin devrait avoir dans ce médicament une foi sincère, la foi qui agit. Car ce n'est pas tout de pratiquer la sérothérapie il faut l'appliquer hâtivement. En agissant mollement, tardivement, le médecin compromet par ses attermolements la vie de son malade et la valeur de la médication. Il est vrai, bien souvent, que les parents sont la cause du retard apporté dans l'administration de ce traitement, mais il est de notre devoir de prouver aux parents que le sérum antidiphtérique est le seul traitement efficace et qu'il est efficace qu'en autant qu'il est appliqué au début de la maladie. Qui de nous ne pourrait dire combien de fois il a vu et voit encore, tous les jours, tant en ville qu'à l'hôpital, des diphtériques dont la gorge est pseudo-membraneuse depuis plusieurs jours sans qu'ils aient été traités par des injections de sérum. Que la faute soit aux parents, que la faute soit aux médecins, ils compromettent la guérison que la sérothérapie précoce aurait donnée. Messieurs Roux et Martin ne cessent de proclamer que l'application précoce du traitement antidiphtérique est la première condition du succès.

Il ne faut cependant être trop surpris si la sérothérapie n'en a pas encore fini avec les douleurs de l'enfantement. Ne voit-on pas encore aujourd'hui des chirurgiens qui refusent obstinément de s'entourer des précautions de la plus rigoureuse antisepsie. Et qui osera nier ou même mettre en doute l'excellence de la méthode Listerienne qui a classé son auteur au nombre des plus grands hommes de son siècle.

La sérothérapie anti-diphtérique est véritablement, définitivement une conquête de la thérapeutique moderne, elle a fait hautement ses preuves et, en dépit des accidents qui ont été observés et qui peut-être le seront encore, ce traitement est de beaucoup la médication la plus sûre, la meilleure et la plus rapide. Les documents cliniques accumulés depuis l'application de cette méthode de traitement sont la preuve de cet avancé.

En Allemagne, en France, en Angleterre, aux Etats-Unis, enfin dans tous les pays civilisés, le traitement de la diphtérie par le sérumthérapie a donné des résultats inespérés.

En Allemagne *Schuberl* réduit à 18 %, *Canon* à 20 %, le

chiffre de la mortalité qui était avant l'emploi du sérum anti-diphtérique d'au delà de 50 %. *Koste* sur 121 malades traités par les injections de sérum a une mortalité de 33 % lorsque dans le même temps chez 106 malades non traités par des injections de sérum la mortalité s'élève à 53 %. *Aronson, Rats, Baginsky* ont une mortalité de 13 %.

En France en 1894 *Roux, Martin et Chailloux* abaissent à 26 % la mortalité qui était de 51 % et pendant le même temps à l'hôpital Trousseau où on n'employait pas le sérum la mortalité s'élève à 60 %. *Lebreton* obtient à l'hôpital des enfants malades une mortalité de 12 %. *Sevestre* donne une statistique mortuaire de 10 %.

A Vienne, *Monti* obtient un pourcentage de 18 % de mortalité.

En Amérique *Biggs* démontre que la mortalité a été de 10.4 % en ville et de 24 % au Willard Parker Hospital.

En Angleterre *Raw*, a abaissé avec le sérum antidiphtérique la mortalité au chiffre de 12.5 % lorsqu'elle était de 47.4 %. "The Medical Annual Practitioner index" donne une statistique de 11100 cas traités par des injections de sérum la mortalité fût de 15.4 %.

Depuis que je suis médecin de l'hôpital Civique j'ai reçu 691 malades atteints de diphtérie, sur ce nombre 93 sont morts, dont 34 avant 24 heures de séjour à l'hôpital, ce qui donne une mortalité de 13.5 %. Et si je retranche ces 34 malades qui sont morts avant d'avoir eu le temps de bénéficier du traitement anti-diphtérique j'aurai un pourcentage de 9 % de mortalité et il ne faut pas oublier, messieurs, que presque tous ces malades sont des enfants faibles, anémiés par toutes sortes de privations, ayant vécu dans des conditions hygiéniques défavorables à leur santé. Ce sont des faits qui parlent bien haut en faveur du traitement sérothérapique.

Permettez-moi maintenant de vous donner le résultat d'expériences qui ont été faites et des merveilleux résultats obtenus avec le sérum comme traitement préventif de la diphtérie : sur 12,426 personnes en contact avec des diphtériques à qui on a injecté du sérum comme traitement préventif, 53 seulement ont contracté la diphtérie. Ne serait-il pas à désirer, messieurs, en présence de ces faits que chaque fois qu'un cas de diphtérie se déclare dans une famille, tous les enfants de cette famille fussent injectés préventivement ? D'autant plus que ces injections n'offrent pas le moindre danger. Roux donne une statistique de 128 enfants à qui il a injecté à 24 heures d'intervalle 40 cc. de sérum. Ces enfants n'avaient pas la diphtérie, mais des angines suspectes que l'examen bactériologique a déclaré non diphtériques. Ces enfants, qui avaient reçu une quantité de sérum huit fois plus forte qu'il faut pour immuniser les sujets sains, n'ont présenté absolument aucun accident si ce n'est un peu de fièvre, de l'exanthème et des douleurs articulaires.

Depuis qu'on traite les diphtériques avec du sérum beaucoup de reproches ont été fait à cette médication. Mais toutes les objections à l'emploi de cette méthode de traitement peuvent se réduire à trois chefs d'accusation que nous allons étudier.

1° Le sérum ne guérit pas infaiblement tous les diphtériques. Malheureusement, cela est vrai, mais c'est l'exception, c'est la très rare exception. Le médecin qui cite un cas isolé d'insuccès et qui s'en fait une arme contre cette méthode de traitement devrait tenir compte du degré d'intoxication dans lequel était



son malade lorsqu'il lui a fait une injection de sérum. Il doit tenir compte de la dose qu'il lui a injectée et il doit tenir compte de l'état de santé antérieure de cet enfant. Presque toujours il trouvera la cause de son insuccès dans son retard à administrer ce traitement et dans la dose insuffisante qu'il leur aura injectée.

L'antitoxine agit sur les agents de la défense de l'organisme en les stimulant. Mais si ces agents sont tellement affaiblis qu'ils ne sont plus aptes à recevoir aucune impression, naturellement le médicament sera de nul effet. Il ne faut pas oublier que l'antitoxine, tout en ayant le pouvoir d'arrêter l'infection au degré où elle est déjà constituée, reste impuissante contre la toxine diphtérique.

2° Le sérum produit des accidents. Ce reproche est vrai ; si vous le voulez bien nous allons passer en revue ces accidents et voir quelle est leur gravité. Ce sont des éruptions cutanées se présentant vers le septième jour après le début du traitement. Ces éruptions sont des exanthèmes avec ou sans fièvre, accompagnés souvent de manifestations articulaires. Ces désordres durent 48 heures en moyenne et disparaissent aussitôt sans laisser de traces. Cet accident n'est pas particulier au sérum anti-diphtérique, il est commun à tous les autres sérums. Et puis, messieurs, est-ce le seul agent thérapeutique qui produit des accidents de ce genre ? Y a-t-il un seul médecin qui refuserait d'employer au besoin le Bromure de Potassium et l'Iodure de Potassium parce qu'ils produisent eux aussi des accidents cutanés comme le sérum ? On a aussi accusé le sérum d'être la cause de l'albuminurie dans la diphtérie. Dans toutes les maladies microbiennes il y a production et par conséquent élimination de toxine. Cette toxine en passant par le rein, l'irrite, l'enflamme, l'affecte plus ou moins profondément. Dans la fièvre typhoïde, dans la scarlatine, dans la variole comme dans toutes les autres maladies contagieuses, on rencontre souvent de l'albumine et cependant on n'accuse pas le sérum d'avoir produit cette albuminurie, parce qu'on n'en injecte pas. Non, la néphrite lorsqu'elle se présente dans la diphtérie n'est pas l'effet du sérum mais elle est due à la toxine microbienne et si maintenant on constate plus souvent qu'autrefois de l'albumine dans l'urine des diphtériques c'est que nous guérissons nos malades et autrefois ils mouraient avant qu'on ait eu le temps de constater la présence de l'albumine dans leur urine. Les cas légers seuls guérissaient.

3° On a accusé le sérum d'avoir pu causer la mort. Voilà un reproche très grave qui, s'il était fondé, pourrait justifier jusqu'à un certain point ceux qui s'objectent à cette médication. Mais il ne faut pas conclure "post-hoc ergo propter hoc." Il faut des faits et des faits prouvés jusqu'à l'évidence pour convaincre qu'un traitement qui a réduit la mortalité de la diphtérie jusqu'à 15 % et 10 %, soit un traitement dangereux qui ne doit pas être employé.

Quelques rares observations ont été présentées à différentes sociétés médicales, Moizard, Ausset, Langerhans, Variot ont rapportés des accidents malheureux qu'ils mettent injustement sur le compte du sérum. Je dis injustement parce que ces observations ne prouvent qu'une chose, c'est que ces accidents mortels se sont produits après l'administration d'une dose de sérum, mais c'est tout ce qu'ils prouvent. Laissez-moi vous citer une de ces observations et jugez par vous mêmes messieurs, de la valeur des conclusions. Douze jours après avoir reçu 20 cc. de sérum de Roux, qui le guérissait de

la diphtérie, un jeune enfant présente un érythème généralisé, de l'hyperthermie et de l'albuminurie, prostration extrême. A ces symptômes vient s'ajouter une broncho-pneumonie qui enlève l'enfant en 11 jours. On accuse le sérum dans ce cas d'avoir mis l'organisme dans des conditions de moindre résistance ce qui fait qu'il contracta une broncho-pneumonie et qu'il en mourût. Mais pourquoi accuser le sérum d'être la cause de ce malheur ? N'est-il pas plus raisonnable d'accuser la diphtérie, que l'enfant avait eu quelques jours avant, d'avoir causé cette perturbation dans l'organisme de l'enfant. Je ne puis pas vous citer, messieurs, toutes les observations malheureuses qui sont imputées au sérum, quoiqu'elles soient peu nombreuses, mais de toutes celles que j'ai lues, aucune ne donne de preuves certaines que le sérum est la véritable cause de la mort. A ceux qui s'appuient sur ces faits isolés pour combattre le traitement par la sérothérapie, on est en droit d'exiger autre chose que des affirmations mais des démonstrations. Et quand ce reproche serait vrai, est-ce une raison pour ne pas recourir dans le besoin à un médicament qui a donné de si beaux résultats. Autant vaudrait renoncer à l'emploi du chloroforme qui, quoiqu'ayant rendu de très grands services à l'humanité, a cependant causé la mort dans quelques cas. Certains médecins ont malheureusement tiré des conclusions ultra-radicales qui ont jeté du discrédit sur une méthode qui a fait largement ses preuves.

Si vous voulez bien me le permettre, je vais terminer cette étude en vous soumettant les règles sur lesquelles je me base pour administrer ce médicament aux malades qui me sont confiés. J'emploie de préférence le sérum préparé à l'Institut Pasteur de Paris, ce sérum à paru me donner de meilleurs résultats. Lorsque je suis en présence d'un malade atteint de diphtérie j'injecte immédiatement 20 cc. de sérum, 24 heures après cette première injection, si la fièvre n'est pas tombée et à plus forte raison si elle s'est élevée, j'injecte une autre dose de 10 cc. à 20 cc. suivant le cas. Si le cas est grave 12 heures après la première injection, j'injecte une autre dose de 10 cc. et même 20 cc. Je me guide toujours pour administrer une nouvelle dose à mon malade sur le pouls et surtout sur la température. L'état local ne me donne aucune indication importante. Ainsi lorsque chez mon malade la température après une première injection s'élève et reste élevée ou bien reste stationnaire au lieu de baisser dans les 24 heures j'injecte, à toutes les 12 heures ou à toutes les 24 heures de nouvelles doses de 10 cc. ou de 20 cc. suivant l'âge et l'état de gravité de la maladie.

Quant au traitement local il se résume à peu de chose. Faire de grandes irrigations d'une solution saturée d'acide borique à toutes les 2 heures.

Ces grandes irrigations soulagent beaucoup les malades, elles ont une action antiphlogistique très marquée, et c'est là, je crois, leur principal avantage ; après chaque irrigation, les malades reposent pendant quelques temps. Le peroxyde d'hydrogène que j'ai employé pendant un certain temps, ne m'a pas donné autant de satisfaction, il irrite et assèche la gorge des malades et puis l'appareil qu'il faut employer pour faire ces pulvérisations est souvent une cause d'ennui.

Quand les fausses membranes s'étendent dans le nez je fais quelquefois des irrigations avec une faible pression ; mais, si ces irri-

gations font saigner la muqueuse, je les discontinue et je les remplace par une pommade boriquée au menthol que j'applique dans les fosses nasales à toutes les deux heures.

Je prescrivis des stimulants, du citrate de fer, de la quinine et de la strychnine coféines diète lactée, désinfection intestinale, repos au lit jusqu'à ce que le pouls soit devenu normal, à cela MM. j'ajouterais l'analyse des urines à tous les jours.

Tel est, le traitement qu'ont subi les malades de l'hôpital civique. Si ces malades fussent arrivés à l'hôpital civique dans les premières 24 heures de leur maladie, j'ai tellement confiance dans la sérothérapie que je crois pouvoir dire que presque tous ces malades auraient guéris.

Encore un dernier mot. — Ne croyez vous pas comme moi que la ville de Montréal devrait avoir un dépôt de sérum qu'on distribuerait gratuitement aux pauvres sur certificat de médecin ; qu'on ferait enfin pour la diphtérie ce qu'on fait pour la picote. Je crois qu'ainsi un bon nombre de malades recevraient les bienfaits de la médication en temps opportun, et on pourrait faire des injections préventives qui diminueraient certainement le nombre des malades.

## REVUE DES JOURNAUX

### Diagnostic des kystes de l'ovaire.

*Clinique Chirurgicale.*

par M. le Professeur TILLAUX, (*Hôpital de la Charité.*)

En présence d'une tumeur de l'abdomen chez la femme, d'un "gros ventre" comme on le dit vulgairement, il y a lieu de se poser et de résoudre, bien des questions. On peut avoir affaire, en effet, aux affections les plus dissemblables, telles que les kystes ovariens, paraovariens, l'ascite, la grossesse, l'hydramnios, les néoplasmes rénaux, les fibromes utérins, etc., En pareille circonstance, on est exposé aux confusions les plus regrettables, celles de la grossesse avec un kyste de l'ovaire, par exemple, et il est indispensable de ne pas s'égarer.

Je vais donc, aujourd'hui, élucider quelques-unes des difficultés de ce diagnostic, en retraçant l'histoire clinique d'une de nos malades.

\* \* \*

Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans, dont les antécédents pathologiques sont fort simples. Il y a quatre ans, dit-elle, son ventre a commencé à grossir et aujourd'hui nous sommes en présence d'un abdomen très proéminent, totalement rempli par une tumeur.

Comment se présente cette tumeur, c'est-à-dire, quels en sont les limites, la consistance et les rapports ? Quels sont aussi les résultats de la percussion, du palper, etc. ?

10. Aisément nous constatons qu'elle arrive en haut jusqu'aux fausses côtes et que latéralement, elle se termine dans les flancs, en remplissant ainsi la totalité de l'abdomen.

20. La percussion pratiquée de haut en bas, centimètre par centimètre, dénote une matité absolue sur toute la partie antérieure. Il n'existe un peu de sonorité qu'au niveau des flancs, à droite et à gauche.

Cette première exploration suffit déjà pour montrer que, à coup sûr, il ne s'agit pas d'ascite. L'ascite, en effet, donne généralement de la matité sur les parties latérales et de la sonorité en ayant, soit exactement le contraire de ce que nous avons ici. Dans ce cas particulier, la distinction entre le kyste de l'ovaire et l'ascite est élémentaire.

Cette exploration permet également de rejeter d'emblée l'hypothèse de néoplasie du rein. Une tumeur rénale, surtout à gauche, refoule toujours devant elle, à mesure qu'elle se développe, le colon, qui traduit cliniquement sa présence par une bande manifestement sonore. C'est pour ne pas méconnaître cette petite zone de sonorité qu'il est nécessaire, en percutant verticalement, de procéder centimètre par centimètre.

D'autre part, j'ai recherché quels étaient les rapports entre la matité de la tumeur et celle du foie. Habituellement on rencontre au-dessous des fausses côtes, une zone sonore séparant les deux matités du foie et du néoplasme. Chez notre malade, il y a au contraire une matité complète partout, d'où il faut conclure qu'il n'existe pas d'intestin entre la tumeur et le tissu hépatique.

30. La tumeur est-elle fluctuante ? Plaçant les mains aux deux extrémités de l'abdomen et suivant ses différents diamètres, il est facile de constater partout la sensation du flot, en tous les points : le ventre renferme donc du liquide enkysté.

40. Si vous procédez ensuite au palper, en promenant la main sur la surface abdominale et en y exerçant une certaine pression, vous pourrez ainsi vous rendre compte de l'état des parois de la tumeur et obtenir des notions extrêmement importantes.

Voici ce que notre malade présente à ce point de vue. A gauche, la main, comme l'œil d'ailleurs, donne la sensation d'une surface lisse et régulière ; mais à droite, en trois ou quatre endroits, on rencontre une surface rugueuse, inégale, quelque chose comme une bosselure, un épaississement.

Etant donné ce que je viens de dire sur la netteté de la fluctuation en tous les points de la tumeur, quelle idée peut-on se faire des lésions anatomiques susceptibles de fournir à la fois de la fluctuation et des bosselures sensibles au palper ? Vous pouvez imaginer, et vous ne vous tromperez certainement pas, une grande poche dont l'enveloppe présente dans son épaisseur des sortes de petits kystes secondaires de dimensions trop faibles pour empêcher la sensation du flot.

Vous êtes donc amené tout naturellement à cette conclusion : il s'agit d'une grande poche renfermant du liquide, d'une part, et contenant aussi dans sa paroi-enveloppe, d'autres petites tumeurs surajoutées.

Permettez-moi d'insister encore sur l'importance de ces bosselures et sur les notions fournies par le palper. Toutes les fois que vous observez une tumeur abdominale chez une femme jeune, la première hypothèse à discuter est celle d'une grossesse. L'erreur est tellement désagréable et parfois si difficile à éviter que le médecin doit toujours y penser.

Je vais vous citer deux exemples.

Dans mon service à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques années, je reçus une jeune fille dont le ventre paraissait porteur d'un fœtus de six mois : la tumeur était lisse, régulière, rappelant bien l'utérus. Un beau matin même, un de nos plus distingués élèves déclara avoir entendu les bruits du cœur fœtal. La jeune fille, cependant niait et jurait ne pouvoir être enceinte.

A quelques jours de là, en palpant à nouveau, je pus constater une bosselure manifeste et permanente comme celle dont je viens de parler. Cette particularité ne disparaissant pas, et ayant constaté sa présence à nouveau le lendemain exactement au même endroit, a suffi, à elle seule, pour fixer mon diagnostic jusqu'alors indécis. En

me basant sur ce seul signe, je déclarai à la malade qu'elle était atteinte d'un kyste multiloculaire, de l'ovaire, et je l'opérai.

Comme épilogue, ajouterai-je que cette jeune fille ne pardonna jamais à notre confrère, d'avoir..... entendu les bruits du cœur fœtal.

Plus tard, à l'Hôtel Dieu également, je reçus une femme dont le ventre était énorme et qui déclarait être enceinte de quatre mois. Était-ce un kyste ou une grossesse avec hydramnios ?

En examinant la malade, je constatai la présence d'une partie dure annexée à la tumeur, mais, contrairement à la malade précédente, cette bosselure était fugace et le lendemain je cessai de la percevoir. Je pensai à la coexistence d'un kyste ovarien et d'une grossesse, et comme des accidents très graves et très pressants s'étaient produits, je dus pratiquer une ponction. Au bout d'un instant, je sentis la tumeur durcir comme une pierre et je pensai : c'est l'utérus. Il s'agissait d'un hydramnios. Je crois avoir trouvé là un signe distinctif entre l'hydramnios et le kyste ovarien. Dans le kyste on observe des indurations permanentes. Mais si ces indurations disparaissent pour revenir ensuite en d'autres endroits il s'agit alors de l'utérus et le prétendu kyste n'est qu'un hydramnios.

50. Que donne le toucher vaginal ? Chez notre femme, l'utérus est mobile, le volume normal et les culs-de-sac, de chaque côté, sont libres.

Concluons de ce fait, qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme à point de départ utérin, un fibrome kystique par exemple.

Serait-ce un kyste paraovarien ? Non, les kystes paraovariens sont lisses, unis, sans bosselures. D'autre part, ils se développent dans le ligament large et, par conséquent, ils influencent l'utérus : le toucher vaginal montre que l'utérus suit les mouvements imprimés au néoplasme.

Voilà donc, en résumé, une tumeur occupant la totalité de l'abdomen, mate, fluctuante, sans connexité avec l'utérus. Ce ne peut être assurément qu'un kyste multiloculaire de l'ovaire. J'en profite pour rappeler, en passant, que les kystes multiloculaires de l'ovaire sont constitués par une seule poche, dans la paroi de laquelle se développent des kystes secondaires.

Après avoir ainsi établi le diagnostic du kyste multiloculaire de l'ovaire, il reste à fixer encore un certain nombre de points particuliers.

Dans quelles conditions se trouve la tumeur ?

Faites respirer largement la malade, et observez attentivement les petites saillies, les bosselures, dont je vous ai déjà tant entretenus. Si elles se déplacent, concluez qu'il n'existe pas d'adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale. Un résultat négatif, il est vrai, n'autorise pas absolument la conclusion inverse.

Recherchez également s'il n'y a pas de liquide dans le péritoine, comme le fait se présente souvent avec les kystes multiloculaires : la présence d'un peu d'ascite est un bon signe, puisqu'il indique l'absence d'adhérences. Pour rechercher le liquide ascitique, déprimez l'abdomen avec insistance et voyez si vous parvenez ainsi sur l'intestin sonore.

Cherchez également à sentir un petit froissement sur la surface abdominale : c'est aussi un signe favorable, dénonçant des adhérences légères et friables, aisément rompues avec le doigt.

Chez notre malade, il n'existe rien de tout cela. Aussi, je ne saurais répondre s'il existait, chez elle des adhérences ou non. D'ailleurs, il est toujours impossible de reconnaître d'avance les symphyse les plus importantes, comme celle de l'épiploon et de l'intestin.

Le pronostic de kystes de l'ovaire en général et celui des kystes multiloculaires en particulier (ils deviennent tous multiloculaires avec le temps) est très grave. Avec une semblable affection, on meurt toujours en l'espace de quelques années, trois ou quatre ans en moyenne.

Notre malade a commencé son hyste, il y a trois ou quatre ans. Elle a dû, déjà, être ponctionnée à différentes reprises, et chaque fois, il a été soustrait huit à dix litres de liquide, d'ailleurs très rapidement reproduit. Aujourd'hui, son état est grave et certainement, en laissant évoluer la maladie, elle ne pourra survivre que quelques mois.

Il faut opérer.

Terminons par un simple détail : les urines de la malade contiennent des traces d'albumine. Quelqu'ennuyeuse que soit cette circonstance, vu la gravité de la situation, notre devoir est d'intervenir.

(Concours méd)

#### Du diagnostic entre le calcul de l'uretère et l'appendicite.

M. TUFFIER.

Hôpital Lariboisière.

Je voudrais vous parler aujourd'hui de quelques malades, à propos desquels le diagnostic s'impose ou de calcul de l'uretère ou d'appendicite. Pour confondre ces deux affections, il faut donc que l'appendice et l'uretère soient dans la même région. Sont-ils, en réalité, dans la même région ? Au point de vue de l'anatomie descriptive, non ; l'un de ces organes est intra péritonéal, l'autre extra-péritonéal ; mais au point de vue de l'anatomie topographique, oui, et nous avons là une épreuve radiographique prise sur le vivant d'avant en arrière, et qui est très démonstrative à ce sujet : l'uretère passe au niveau de la symphyse sacro-iliaque en dedans de l'appendice, près de l'appendice, qui, presque toujours, est lui-même en dedans du cœcum. Tant que celui-ci est dans l'intérieur du péritoine, il y a tout de même une certaine distance entre l'appendice et l'uretère, et le diagnostic n'est pas difficile mais vous savez que l'appendice enflammé contracte des adhérences, notamment dans la séreuse pariétale profonde, en dedans du cœcum, en dedans de la symphyse sacro-iliaque : donc il existe des rapports anatomiques intimes et entre l'uretère et l'appendice.

Pathologiquement, retrouve-t-on ces rapports ? J'ai opéré, le 11 février dernier, un malade d'une appendicite à froid. Ce malade n'a jamais eu d'abcès dans la fosse iliaque ; il a présenté de véritables crises de coliques appendiculaire depuis quelques mois ; je l'ai opéré et j'ai trouvé l'appendice en bas et en dedans du côlon ; j'ai trouvé, de plus, des adhérences avec la séreuse pariétale de la fosse iliaque. Quand j'ai voulu attirer au dehors l'appendice avec la gangue fibreuse qui le recouvrait, je n'ai pas pu, heureusement, car l'uretère était collé derrière la masse, plus ou moins tortueux, si bien que lorsque j'ai tiré, je l'ai amené ; il était adhérent derrière l'appendice et il apparut lorsque j'eus enlevé celui-ci. Si j'avais attiré fortement l'appendice, j'aurais déchiré l'uretère. Il existe donc, vous le voyez, des rapports intimes entre l'appendice enflammé et l'uretère, et l'on peut légitimement confondre les deux affections que je vous ai signalées.

Quels sont, en effet, les signes classiques de l'appendicite ? Ce sont ceux de l'appendicite aiguë et ceux de l'appendicite chronique. A la période aiguë, les accès d'appendicite peuvent être confondus avec les coliques néphrétiques. Les sièges de prédilection du calcul urétéral sont : l'embouchure de l'uretère dans le bassin, l'embouchure de l'uretère dans la vessie, et aussi le point précisément où l'uretère est en rapport avec l'appendice, le point de MacBurney. Eh bien, le calcul de l'uretère peut donner lieu à une douleur localisée extrêmement vive dans la fosse iliaque, s'irradiant en haut vers le rein, en bas vers la cuisse, à un ballonnement du ventre, quelquefois tel qu'il a été capable de faire croire à une obstruction intestinale et de faire faire une laparotomie, comme je l'ai vu dans un cas, à des vomissements qui peuvent être des vomissements bilieux, porracés ; mais l'appendicite se traduit par les mêmes phéno-

mènes : douleur localisée, ballonnement du ventre, etc. La malade qui a motivé cette leçon nous a été adressée avec le diagnostic de calcul de l'uretère ; elle n'a rien de spécial ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Il y a deux ans, elle a commencé à ressentir, dans la fosse iliaque droite et dans le rein du même côté, des crises douloureuses qui survenaient à des intervalles irréguliers, mais quatre ou cinq fois par jour. Le 12 février dernier, elle a eu une nouvelle crise qui a évolué de la façon suivante. C'était une douleur violente, qui l'a prise pendant la nuit, douleur qui semblait partir de la fosse iliaque droite et s'irradier du côté du rein droit ; elle présentait également de la constipation, des vomissements ; depuis le 12 février les crises se renouvellent chaque jour. A l'examen, je trouvé dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac-Burney, une douleur très nette, et, dans cette région, j'ai même trouvé un empâtement. Celui-ci commence exactement au milieu d'une ligne qui irait de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cet empâtement, douloureux, irrégulier, noueux, sonore à la percussion, ne descend pas dans la fosse iliaque ; il remonte le long du côlon, vers le rein, mais il n'affleure pas la douzième côte ; il s'arrête à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes ; il existe, entre l'empâtement et le dernier rebord costal, une dépression où l'on peut facilement faire la manœuvre habituelle pour palper le rein ; j'insiste sur ce point, vous verrez pourquoi tout à l'heure. Cette tuméfaction, est-ce le rein ? Lorsque le rein se déplace, il se déplace suivant une ligne qui aura comme rayons ses veuses ; il descendra donc vers l'ombilic. Dans notre cas, il faudrait admettre que le rein est descendu verticalement, d'une façon anormale. Le diagnostic qui s'imposerait, de par les symptômes, serait donc celui d'appendicite ; mais, si on porte plus loin l'examen, on voit que les urines de la malade contiennent du sang, elles sont noires ; elles ont, d'ailleurs, plusieurs fois contenu du sang. Or, l'appendicite ne donne pas d'urine sanglante ; il faut rapprocher ce fait de l'existence de la tuméfaction, et malgré le siège de celle-ci, malgré son aspect irrégulier, je suis convaincu qu'il s'agit d'un rein rempli de calculs, avec un uretère plus ou moins coudé ; je ne saurais l'affirmer, mais il m'a semblé, au palper, percevoir la sensation du frottement de calculs les uns sur les autres ; mais je me base sur ce fait que la malade a eu des hématuries ; les hématuries infectieuses sont rares ; de plus, elles ne sont pas noires, mais rouges ; les urines noires sont celles qui se font lentement, par ulcération de la paroi urétérale. Il ne s'agit pas d'un rein mobile ; le rein, ici, n'est pas mobile ; de plus, l'hématurie est exceptionnelle dans le rein mobile. Est-ce tout ? Non : il s'agit de plus d'un rein infecté ; une colique néphrétique, même répétée, ne donne pas de la fièvre, or, la malade a présenté de l'élévation de température. Il y aurait un moyen de faire le diagnostic de calcul : ce serait la radiographie, mais je n'y compte pas. D'abord, les calculs phosphatiques ne donnent pas d'ombre dans l'épreuve radiographique ; les calculs d'acide urique laissent passer plus difficilement les rayons X, mais ce n'est pas net ; il faudrait un calcul très volumineux pour qu'on puisse voir quelque chose. Nous pourrions faire également le cathétérisme de l'uretère pour savoir où est le calcul, mais cela m'est égal ; je sais qu'il existe, cela me suffit.

Voilà donc un cas où le diagnostic se pose entre le calcul de l'uretère et l'appendicite, et vous voyez les difficultés que l'on peut avoir. Un autre cas est le suivant. En 1895, je fus appelé à Amiens pour voir un malade par un de mes élèves qui avait fait le diagnostic d'appendicite, je posai celui d'urétérite calculuse et même d'urétérite suppurée. Après avoir ouvert le ventre, je tombai sur une masse de pus et je trouvai un calcul gros, dur et noir, ressemblant à un calcul du foi. En le fendant, je vis que c'était simplement un calcul stercoral avec des pépins d'un fruit quelconque dedans ; il s'agissait donc d'une appendicite ; mon élève avait eu raison. J'ajoute que le malade était un graveleux qui avait eu déjà des crises

de lithiasie ; cependant vous voyez qu'il ne s'agissait pas d'un calcul urétral. Chez un autre malade, en 1896, j'ai été également appelé pour une colique néphrétique avec un calcul qui ne pouvait être éliminé, à ce qu'on m'avait dit. Le malade était un homme gras, qui avait eu des crises nombreuses de coliques néphrétiques, il présentait de la fièvre. A l'examen, j'ai trouvé une tuméfaction le long de l'uretère ; les deux médecins qui étaient là pensaient à un calcul avec uretère dilaté au-dessus ; je me rappelai mon malade de 1895, et je posai le diagnostic d'appendicite ; l'opération me démontra d'ailleurs que j'avais eu raison. Le diagnostic, je le répète, peut donc être très difficile dans les cas aigus, surtout chez les malades lithiasiques, sujets aux calculs intestinaux ou rénaux.

Maintenant, dans les cas chroniques, est-ce la même chose ? Oui, on peut trouver des malades présentant des crises de coliques néphrétiques répétées avec douleur fixe et maximum de douleur ou point de Mac Burney, simulant l'appendicite ; j'ai observé un cas très net à ce sujet. Le malade auquel je fais allusion avait des urines claires, mais, toutes les fois qu'il marchait, qu'il se fatiguait, il présentait dans les urines non du sang, mais des globules sanguins au microscope ; je vous engage à faire cette recherche dans ces circonstances. En effet, qu'est-ce qui peut vous aider à faire le diagnostic ? Sont-ce les antécédents lithiasiques ? Cela n'est pas absolu, vous le savez maintenant, après les cas que je vous ai cités. Est-ce la forme des crises antérieures ? Mais cela n'a aucune valeur. L'élimination même d'un calcul ne peut pas être un signe absolu, puisque deux crises antérieures peuvent donner un calcul, et la troisième peut être une appendicite. Les symptômes fonctionnels, je vous l'ai dit, peuvent être les mêmes, la fièvre peut exister dans le cas d'uretère et de rein infectés chez des individus qui ont eu des crises lithiasiques. Sur quoi faut-il se baser ? 1° Sur la radiographie, si celle-ci donne quelque chose ; 2° sur le cathétérisme de l'uretère, si l'on peut ; 3° enfin, sur l'examen des urines, c'est là un moyen à la portée de tous. Les malades qui ont des calculs urinaires présentent toujours des globules rouges dans l'urine après les efforts, la marche, une fatigue quelconque,

Chez notre malade, je crois qu'il y a un calcul de l'uretère ou du bassin, avec un rein déplacé et sonore ; celui-ci est descendu derrière le côlon, il s'est infecté et s'est fixé dans la région qu'il occupe par suite de la périnéphrite qui a pris naissance, c'est cette infection qui explique la fièvre.

(L'Indépendance méd.)

#### Traitement de l'ectopie testiculaire. Communication à la Société de pédiatrie.

Par M. A. BROCA,

Chirurgien de l'hôpital Trousseau. Professeur agrégé.

A la dernière séance de la Société de pédiatrie, notre collègue Villemin nous a communiqué un intéressant travail sur le traitement de l'ectopie testiculaire. J'ai remis à aujourd'hui de prendre la parole parce que je voulais apporter des documents précis sur des malades nombreux et revus à longue échéance. Là est en effet la légère critique qu'on peut adresser au travail de notre collègue, travail établi sur les observations de 15 enfants seulement, sans nouvelles postérieures à la sortie de l'hôpital, au bout de quelques jours. Aussi pourrai-je peut-être apporter quelques renseignements, d'après 138 opérations pratiquées sur 115 sujets ; d'autant que sur ces malades j'en ai revu, grâce à l'activité de mon élève et ami Bonnet, 62 porteurs de 79 testicules opérés depuis un an au moins jusqu'à 6 ans.

Il y a d'abord un point sur lequel je confirme de toutes mes forces l'opinion de Villemin : il ne faut jamais traiter l'ectopie testiculaire par la castration. Opératoirement, la conservation de l'organe est toujours possible, et j'aurais eu honte d'y insister, cro-

yant les chirurgiens unanimes sur ce point, si je n'avais lu récemment, je ne sais plus où, un travail sur l'anatomie du testicule ectopié d'après les pièces fournies par des castrations dont le nombre m'a paru extraordinaire. Je dis que le testicule peut toujours être conservé : 138 fois je l'ai respecté, et une fois seule je l'ai enlevé chez un tout jeune enfant atteint de hernie étranglée que j'ai cru utile d'opérer le plus prestement possible.

On pourrait objecter qu'il est inutile de perdre du temps à conserver le testicule quand on le trouve atrophié, en sorte que son développement ultérieur est définitivement compromis. L'examen des opérés à longue échéance permet de conclure contre cette opinion ; j'ai vu des testicules d'apparence très médiocre devenir bons par la suite et par contre, j'en ai vu s'atrophier peu à peu qu'au premier jour j'avais jugés bons. Et cela est vrai quelque soit le siège de la glande, dans le ventre, dans le canal, à l'anneau : toutes les variétés fournissent, pour le développement ultérieur de la glande, des succès et des insuccès qui m'ont paru impossibles à prévoir. Sans doute, on peut avoir quelques probabilités en faveur de telle ou telle hypothèse, mais c'est tout. On peut tirer des probabilités plus grandes de la longueur du cordon, mais ici encore il n'y a pas de certitude. J'ai vu se coller peu à peu contre le pubis des testicules à cordon primitivement long et j'en ai vu au contraire se mobiliser et descendre peu à peu.

Au point de vue de l'indication opératoire, deux faits dominent : 1° la fréquence des douleurs ; 2° la constance d'un sac herniaire concomitant, et j'ajouterai que ce sac est presque toujours testiculaire. La hernie avec ectopie est d'ordinaire réfractaire au bandage et expose à des accidents d'étranglement fréquents et graves.

Je n'insiste pas, car sur tous ces points il n'y a pas de divergences entre les chirurgiens. Mais à quel âge faut-il opérer ? M. Villemin semble croire que classiquement on conseille d'attendre jusqu'à 10 à 12 ans, "âge au-dessous duquel il était convenu comme dangereux de faire l'orchidopexie". Il nous encourage à agir plus tôt. Il y a longtemps que cette limite d'âge a été abaissée, et pour mon compte particulier j'ai opéré un nombre considérable de sujets plus jeunes que cela ; mes publications antérieures sur les hernies de l'enfant en font foi.

Je reconnais d'ailleurs que, sauf existence d'une hernie concomitante grosse et nette, j'opère les ectopies testiculaires bien moins tôt que les hernies proprement dites. Mais cela n'est pas du tout parce que l'opération est dangereuse, ni parce que les jeunes enfants au-dessous de 3 ans l'urine, dont on ne peut éviter la souillure, est capable d'infecter gravement la plaie opératoire. Cette plaie est indentique à celle d'une cure de hernie simple, et, chez les enfants au-dessous de 3 ans ; j'ai opéré plusieurs centaines de hernies sans avoir eu à me plaindre de cet inconvénient redouté par notre collègue. Mais si, de parti pris, quand il n'y a ni souffrances ni hernie manifeste, j'attends plus volontiers pour l'ectopie, c'est que parfois a lieu une descente tardive. Cette descente, sans doute, s'accompagne volontiers de hernie dès lors n'évite pas l'opération ; mais elle allonge d'autant le cordon et favorise la bonne situation définitive du testicule.

Voici maintenant, dans leur ensemble, mes résultats. Sur mes 138 opérations, la mortalité a été nulle.

Pour l'étude plus détaillée, je n'ai plus fait entrer en ligne de comptes que mes opérés revus à longue échéance, de 1 an à 6 ans après l'opération. Sur ces 79 opérations, il y a eu 3 suppurations légères, n'ayant pas compromis le résultat ; dans tous les autres cas j'ai obtenu la réunion immédiate. Sur un seul sujet j'ai constaté une impulsion douteuse dans le haut de la cicatrice ; pour tous les autres la paroi est solide, sans trace de hernie. Les douleurs, quand elles existaient avant l'opération, ont disparu. Une fois, le testicule conservé et remonté contre l'anneau est devenu le siège de dou-

leurs névralgiques qui ont nécessité la castration. Dans tous les autres cas, la glande conservée est restée indolente, mais quel est son siège et quel a été son développement ?

Je compte 31 résultats *parfaits*, dans lesquels il est impossible de dire si la hernie opérée s'accompagnait ou non d'ectopie.

Par contre, 13 fois le testicule s'est atrophié secondairement, au point même de ne plus pouvoir être senti à la palpation. Ces sujets ont d'ailleurs encore le bénéfice de ne plus souffrir et de ne pas porter de bandage.

Les 35 autres testicules restent tous hors de l'anneau mais plus ou moins haut dans le scrotum, ou contre le pubis. Cette ectopie extra-inguinale, de degré variable, ne s'accompagne plus ni de douleurs, ni de hernie.

J'ai toujours opéré par le procédé le plus simple : ablation du canal péritonéo-vaginal, section complète du crémaster et des brides fibreuses, effondrement de la cloison qui ferme la racine des bourses, et création avec le doigt d'une cavité où se loge le testicule. Cela fait, je suture exactement et étroitement le canal, comme pour toute cure radicale de hernie, et je fais descendre le surjet sur le haut du cordon. Mais — sauf pour mes deux ou trois premières opérations — je ne couds jamais le testicule au fond du scrotum. Il y a là, je l'ai dit depuis longtemps, un point d'appui d'une insuffisance notoire, et quand le cordon se rétracte secondairement le point de suture a pour simple résultat que le scrotum s'invagine en doigt de gant. Et je dirai, en terminant, que le point d'appui pris par M. Villemin sur le testicule du côté opposé me semble bien précaire. Je crains qu'avec le temps cette glande saine et bien placée ne soit attiré en haut et vers celle qui se rétracte. Quand le cordon est long et le reste, on ne gagne évidemment rien à cette suture ; je crains qu'on n'y perde s'il se rétracte. L'avenir seul nous apprendra si les résultats parfaits sont plus ou moins nombreux avec ce nouveau procédé.

Mais les faits actuellement publiés ne nous permettent pas de porter un jugement, car l'état du malade 15 jours après l'opération ne signifie rien, je le répète, pour ce qu'on observera plus tard. Et, par exemple, assez souvent se fait dans la cavité scrotale effondrée un hématome cylindrique, au milieu duquel on apprécie mal où est le testicule : on le croit au fond des bourses, en bas de l'hématome, et en réalité, quand le sang se resorbe, on constate qu'il est plus ou moins haut. De même il faut compter avec la possibilité de l'atrophie tardive d'un testicule au premier abord bien développé. Dans quelques années seulement nous pourrons nous prononcer sur la valeur comparative du procédé ancien et du procédé nouveau.

(Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chir.)

#### Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous cutanées d'huile camphrée.

D'après M. le Dr BRUNO ALEXANDER.

Le camphre agit sur tous les symptômes de la tuberculose pulmonaire et peut ainsi devenir un des meilleurs appoints du traitement hygiénique.

M. le Dr Bruno Alexander emploie le camphre sous forme d'huile camphrée à doses très faibles.

Des injections quotidiennes de 0 gr. 01 de camphre, soit 1 cm. cube d'huile camphrée, amènent au bout de 8 jours de traitement déjà une cédation des troubles nerveux, de la céphalée, de l'insomnie. Lorsque le traitement est continué plus longtemps les phénomènes congestifs du côté du poumon disparaissent.

Le Dr Bruno Alexander procède de la façon suivante :

Chez les fébricitants, il injecte tous les jours, sous la peau, de 0,01 à 0,02 gr. de camphre, soit une ou deux seringues de Pravaz d'huile camphrée et cela pendant 4 à six semaines sans interrup-



tion. Au bout de ce temps il laisse le malade se reposer pendant 1 à 4 semaines et reprend ensuite le traitement.

Lorsque la fièvre a disparu, il élève les doses et injecte de 0,03 à 0,05 gr. de camphre pendant 8 à 15 jours sans interruption.

Ce traitement toujours bien supporté n'a aucune contre-indication même au cas d'hémoptysie.

D'après M. Bruno Alexander l'action du camphre dans les affections pulmonaires serait comparable à celui de la digital dans les affections du cœur.

(Ibid)

### Traitement de la furonculose.

(ALBERT ROBIN.)

Ce traitement doit être double et comprendre une médication interne en même temps qu'une thérapeutique externe.

I. TRAITEMENT INTERNE. — 1° On donnera au malade, comme unique boisson, de l'eau de goudron ;

1° On lui fera prendre des cachets contenant :

Soufre sublimé.....	0	gramme	10
Camphre pulvérisé....	0	—	02

Pour un cachet.

Prendre 3 cachets par jour ; un le matin, un au milieu de la journée, un 3e le soir.

II. TRAITEMENT EXTERNE. — Ce traitement externe s'adresse directement à l'éruption furonculaire. Il varie suivant l'état plus ou moins avancé de chaque furoncle. Il a pour but soit de faire avorter les furoncles au début, soit d'évacuer le contenu des furoncles déjà formés et d'éviter ainsi autant que possible les propagations du voisinage, tout en amenant une cicatrisation plus rapide.

a. *Furoncles au début.* — Dès qu'on verra en un point apparaître une rougeur ou un commencement de pustule annonçant la formation d'un nouveau furoncle, on couvrira le point de teinture d'iode. On badigeonnera ainsi tous les points suspects.

b. *Furoncles formés.* — Pour les furoncles déjà formés, on cherchera à en évacuer aussi exactement que possible le contenu. Si le furoncle s'est couvert spontanément, on l'exprimera avec soin, en agrandissant l'ouverture si cela est nécessaire avec le bistouri, de manière à pouvoir aisément le vider.

Après avoir ainsi exprimé le contenu du furoncle, on introduira dans la plaie à l'aide d'un pinceau une pâte ainsi constituée :

Soufre sublimé.....	10	grammes
Camphre pulvérisé.....	10	—
Glycérine.....	Q. s.	

En outre, on étendra cette pâte sur un linge de toile dont on recouvrira l'ensemble de l'éruption furonculaire.

Enfin on fera 4 fois par jour sur toute la surface de l'éruption, après avoir soigneusement lavé les furoncles à l'eau boriquée, une pulvérisation d'une 1/2 heure avec de l'eau phéniquée au 1/100 ; après quoi, on refera le pansement à la pâte souffrée.

Ce traitement de la furonculose amène, en général, une amélioration rapide de l'état du malade. Il arrête immédiatement le développement et la propagation de l'affection.

Appliqué à temps lorsqu'il n'existe qu'un seul furoncle, il a le grand avantage non seulement d'amener sa guérison rapide, mais encore d'empêcher chez les individus prédisposés le développement de la furonculose.

Il est bien entendu que tout traitement de la furonculose sera précédé d'une recherche consciencieuse du sucre dans l'urine. Dans les cas de diabète, le traitement sera modifié suivant les indications spéciales fournies par cette affection.

(Ibid.)

### Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle cocaïné (1)

G. MILIAN,

Ancien interne des Hôpitaux

Les solutions aqueuses ou alcooliques de cocaïné étalées sur la peau ou sur les muqueuses produisent une diminution de la sensibilité au contact, mais n'amènent pas d'anesthésie véritable.

Par ce procédé, il est impossible de pratiquer, sans douleur une opération, si minime soit-elle.

M. Bardet a remarqué qu'au contraire il était facile de produire une anesthésie durable et complète, en pulvérisant du chlorure d'éthyle sur une surface préalablement badigeonnée avec une solution aqueuse concentrée de cocaïne.

De là, l'idée qu'il eut de se servir de solutions de cocaïne dans le chlorure d'éthyle, pour obtenir l'anesthésie locale.

\* \* \*

LE MÉDICAMENT. — Le chlorhydrate de cocaïne en solution dans le chlorure d'éthyle dans les proportions de 1, 2, 3, 4 ou 5 pour 100 est contenu dans les tubes identifiés à ceux bien connus de chlorure d'éthyle.

Il existe aussi des solutions d'eucaine, mais elles sont moins efficaces.

Cette solution n'est pas destinée à utiliser la réfrigération due à l'évaporation du chlorure d'éthyle ; celui-ci agit seulement comme véhicule : il dégraisse la peau, pénètre les couches cellulaires superficielles et dépose dans leurs interstices la cocaïne qu'il renferme.

C'est la cocaïne qui produit l'anesthésie et, dès lors, celle-ci n'est obtenue au bout de quelques minutes.

On voit immédiatement les avantages de ce procédé : on a tous les bénéfices de la cocaïne sans les inconvénients, c'est-à-dire qu'on profite de l'action anesthésique sans avoir à faire d'injection sous-cutanée, et sans avoir à craindre d'accidents d'intoxication générale. Ces deux avantages sont réellement sérieux : le premier comporte surtout la simplification de l'acte opératoire, et évite au malade pusillanime la piqûre douloureuse ; le second donne toute sécurité.

D'autre part, on a pas à redouter l'emploi de la cautérisation ignée avec ce mode d'anesthésie, comme avec le chlorure d'éthyle, si inflammable puisqu'on ne commence l'opération que lorsque le chlorure d'éthyle est évaporé.

\* \* \*

MODE D'EMPLOI. — Le chlorure d'éthyle cocaïné peut être employé de deux façons différentes : en application ou en pulvérisation.

L'application se fait en imbibant un tampon d'ouate avec la solution, et en laissant à demeure ce tampon humide sur la région à anesthésier.

Ce procédé est surtout recommandable quand la région à traiter n'est pas directement accessible, lorsqu'elle est profondément située et que la pulvérisation ferait courir le risque d'anesthésier les surfaces voisines et non les surfaces désirées.

Au contraire, la pulvérisation se recommande pour les surfaces très accessibles. On la pratique comme la pulvérisation du chlorure d'éthyle ordinaire : on dirige le jet directement sur le point à anesthésier, le tube étant placé à une distance de 20 à 30 centimètres.

Qu'il s'agisse d'application ou de pulvérisation, l'anesthésie n'est obtenue qu'au bout de 5 à 6 minutes. Le patient est averti de l'apparition de celle-ci par une sensation d'engourdissement au niveau des points touchés.

\* \* \*

INDICATION. — MM. Bardet, Bolognes et Touchard, inventeurs



et vulgarisateurs de la méthode, préconisent surtout ce procédé d'anesthésie locale pour l'anesthésie des muqueuses, de la muqueuse buccale en particulier. Les stomatologistes et les dentistes seront donc des premiers à en bénéficier. Mais, il est certain que les chirurgiens et surtout les dermatologistes pourront utiliser le chlorure d'éthyle cocaïné dans des conditions vraiment avantageuses.

Dans la *cavité buccale*, il sera possible, par ce procédé, d'extraire sans douleur les chicots, les racines de dents cariées, les dents abcédées ; d'ouvrir des abcès, exciser le capuchon muqueux de la dent de sagesse, d'extirper des épulis. On pourra, comme l'indiquent Touchard et Bolognes, traiter une dent atteinte de pulpitis très sensible en faisant une pulvérisation dans la cavité pulpaire.

Les muqueuses de l'*anus*, du *glând*, de la *vulve*, etc., pourront être aussi anesthésiées de la même façon, lorsqu'il s'agira d'y pratiquer de petites opérations telles que : cautérisations de végétations, excisions de fistules, de bartholinites, etc.

La *peau* pourra aussi être insensibilisée par le chlorure d'éthyle cocaïné dans une multitude de cas ; incision d'abcès, de furoncles, de panaris, injection intra-veineuse de sérum artificiel, cautérisation de lupus, ablation de loupes, verrues, molluscum, etc.

Enfin, M. Ferrand a pu proposer les pulvérisations de chlorure d'éthyle cocaïné dans le traitement des *névralgies*.

[1] Nouveau procédé présentée à la Société thérapeutique, le 13 Janvier 1899, par M. Bardet.

#### Traitement de la péricardite sèche.

L'indication première est de combattre la phlegmasie. Avec M. Délérade (de Lille), on peut conseiller, dans ce but, les applications répétées de teinture d'iode ou de ouate iodée, les ventouses sèches ou mieux encore sacrifiées, les vésicatoires volants de petites dimensions (2 centimètres sur 2 centimètres), en employant les moyens recommandés pour éviter les accidents d'intoxication cantharidienne. On peut encore avoir recours à la vessie de glace, qui, ordinairement diminue l'angoisse et calme l'érythème cardiaque ; comme toujours, il faut avoir soin d'interposer un linge de flanelle entre la paroi thoracique et la vessie de glace, et de renouveler la glace dès qu'elle est fondue.

Lorsque le myocarde semble fléchir, ce que l'on constate au nombre et à la force des pulsations, on doit donner de la digitale sous forme d'infusion ou de macération. L'infusion se formule de la façon suivante :

Poudre de feuilles de digitale.....20 à 60 centig.

Eau chaude à 70°..... 120 grammes

Faire infuser pendant une demi-heure ; filtrer et ajouter :

Sirop de digitale..... 30 grammes

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Pour la macération, on peut employer la formule de Huchard :

Poudre de feuilles de digitale... 34 à 40 centig.

Eau froide..... 120 à 150 grammes.

Faire macérer pendant vingt-quatre heures et filtrer.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

La macération ayant une faveur désagréable, on peut l'édulcorer en y ajoutant des tranches de citron ou du jus de ce fruit au moment de boire.

Contre la douleur quelquefois ungoissante qui accompagne la péricardite, la salicylate de soude, l'opium sous toutes ses formes, sont excellents ; toutefois, ce dernier médicament ne doit être employé que si le cœur a conservé toute son énergie.

S'il s'agit d'une simple gêne douloureuse plutôt que de douleur proprement dite, le stypage au chlorure de méthyle, les révulsifs ou les onctions locales avec les liniments belladonnés ou chloroformés seront suffisants.

(La Presse méd.)

#### Influence de l'insomnie expérimentale sur la mutation intraorganique.

GUILIO TAROZZIE (de Pise).

L'auteur a fait des expériences sur quatre chiens pour étudier les effets de l'insomnie concernant le métabolisme. Il a non seulement examiné les principaux éléments de l'urine des animaux, mais aussi observé l'attitude des corpuscules rouges et blancs du sang, la température, le pouls et la respiration.

Les chiens choisis comme sujets d'étude ont été enfermés dans des cages de bois. On a d'abord établi le fonctionnement métabolique à l'état normal. Mais tout d'abord il s'agissait de leur composer une alimentation bien rationnée et déterminée pour établir ce que l'auteur appelle l'équilibre d'azote. La nourriture se composait de pain, de lait et d'eau.

Pendant la période d'insomnie, le chien a été continuellement surveillé jour et nuit. Pour empêcher le sommeil on a employé tous les moyens de nature à éveiller l'attention de l'animal ou à le troubler. La nuit il a fallu faire marcher l'animal et recourir à des moyens plus énergiques encore. Toutefois, on ne peut pas dire qu'il y eut une insomnie complète, mais bien des périodes de veille interrompues par de courtes périodes de somnolence.

Voici les conclusions que l'auteur croit pouvoir tirer de ses expériences.

Dans les conditions anormales de fatigue et d'insomnie l'élimination de l'azote n'augmente sensiblement que dans une période très avancée de l'expérience. L'augmentation va croissant jusqu'à la mort de l'animal. La mort se produit toujours d'une manière rapide et s'accompagne d'une forte et brusque élévation de la température qui, après quelques heures, baisse progressivement. La mort se produit en peu de temps et varie de un à quatre jours. L'acide sulfurique et les phosphates ne présentent guère de modifications caractéristiques. Le chlore diminue constamment dans les derniers jours qui précèdent la mort.

(Sivista di Patologia nervosa mentale et Ind. médicale.)

## FORMULAIRE

Adénite.

M. POTAIN.

Prendre une cuillerée à café, tous les matins, dans une tasse de lait de la potion :

Iodure de potassium..... 3 grammes

Bromure de sodium..... 6 —

Chlorure de sodium..... 20 —

Eau distillée..... 200 —

#### Sirop de chlorhydrophosphate de chaux et de galacool.

Faire une solution de :

(a) Phosphate de calcium..... 60 gr.

Eau distillée..... 120 gr.

Acide chlorhydrique..... 70 gr.

(b) Baume de tolu..... 15 gr.

Alcool..... } aa 75 gr.

Eau distillée..... }

(c) Galacool..... 10 gr.

Glycérine..... 150 gr.

Sirop simple..... 90 gr.

Arrac.... 30 gr.

Vin de Malaga..... 60 gr.

On mélange les trois liquides, on laisse au repos pendant 5 à 6 jours et on filtre.

## Travaux Originaux

### Société médicale de Québec

SÉANCE DM 23 MARS 1899.

#### Discussion sur la fièvre urineuse. (1)

En l'absence de Monsieur le docteur Catellier qui devait continuer à nous communiquer ses idées sur *la durée de l'isolement dans les maladies contagieuses*. M. le Président invite les membres à soumettre à l'assemblée le fruit de leurs observations cliniques sur l'INFECTION URINEUSE. Cette séance fut très intéressante, MM. les docteurs Ahern, Brochu, Faucher, Simard et Paquin, prirent part à la discussion.

Comme introduction à ce sujet, M. le docteur Faucher demande pardon de n'avoir à présenter à la Société que la courte histoire suivante du seul cas d'empoisonnement urinaire qu'il ait rencontré dans sa pratique.

M. le Dr P. V. FAUCHER

Ce matin encore, dit-il, je ne me rappelais pas avoir jamais traité un malade de cet accident lorsque je fus appelé auprès d'une femme qui a déjà souffert de ces misères, quoique bien légèrement. Si je rapporte ce cas bénin, ce n'est que pour inviter mes confrères à nous faire partager le fruit de leur expérience, surtout au point de vue du traitement.

En novembre 1897, Madame F...M.....se fait traiter pour une blennorrhagie "qui ne dure que quelques jours."

En juillet 1898 on m'appelle auprès d'elle pour examiner "une tumeur qui lui pousse dans les parties depuis quelques temps. Elle souffre alors de douleurs un peu vives en urinant; ses urines sont chargées.

La grande lèvres droite est de la grosseur du poing. A son tiers inférieur on voit une ouverture d'où s'écoule un pus très lié, et qui ressemble beaucoup aux suites d'un abcès de ces parties, amené par une inflammation de la glande de Bartholin.

En écartant cette grosse lèvre on aperçoit un certain nombre de végétations qui entourent et masquent le méat, et même pénètrent dans le canal urétral. On y trouve du pus analogue à celui qui s'échappe de l'ouverture dont je viens de parler.

La femme est enceinte de 7 à 8 mois d'après l'histoire de sa grossesse et le volume de l'utérus.

En raison du mauvais voisinage je n'ai pas cru alors nécessaire d'examiner par le vagin.

Pendant quelques jours je lave antiseptiquement les parties infectées, ainsi que l'urètre et la vessie, ce qui amène une diminution du pus. Mais celui qui s'écoule de la grande lèvre cède plus difficilement. J'introduis le doigt dans ce trajet et j'arrive sur une tête de fœtus. Je traitai ensuite avec succès pour une endométrite d'un col très hypertrophié, et je fis disparaître les végétations avec de la poudre de résorcine. Mais soit par l'action propre de la résorcine, soit en raison des autres manipulations destinées à combattre l'infection, la femme vint à souffrir de rétention d'urine. Je dus avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires pratiquer le cathé-

[1] Vu que dans la publication de cette intéressante discussion, il s'est glissé une foule d'erreurs dans notre mise en page, nous croyons qu'il est de l'intérêt général de la publier de nouveau en entier.

risme. La femme eut alors un frisson assez prolongé, puis une période de chaleur et la crise se termina par des sueurs abondantes. La malade put ensuite vider seule sa vessie pendant quelques jours. Mais la même rétention survint et chaque fois la cathétérisme fait naître une crise semblable qui dura plusieurs heures. Quelles que fussent les précautions prises, j'eus à chaque intervention une crise plus ou moins légère. Était-ce réellement une affection amenée par le contact du cathéter dans un milieu infecté, et, en dehors de ces précautions antiseptiques, y a-t-il quelque moyen de prévenir ou d'arrêter la fièvre urinaire ?

M. le Dr ARTHUR SIMARD

Alors M. le Dr Art. Simard ajoute à l'intéressante communication du Dr Faucher celles non moins instructives qui vont suivre. Elles sont appuyées sur deux observations qui lui sont personnelles.

J'ai voulu, dit-il, vous soumettre quelques points intéressants sur la symptomatologie et les nombreux ennuis et déboires que l'on est exposé à rencontrer dans le cours du traitement de ces urinaires, malades à symptômes si complexes, et qui mettent trop souvent en échec, notre perspicacité et la longue série de nos moyens d'action.

Je vous le dis sans détour, ce sont des malades bien ennuyeux à soigner — de vraies boîtes à surprises. — Que ceux qui ont été plus heureux que moi le disent et il me sera très agréable de prendre leurs suggestions et de changer ma thérapeutique sur des points qu'elle a été d'ailleurs quasi impuissante à résoudre.

J'ai épuisé ma sagacité, mes moyens de traitement, et si j'ai eu de temps à autre, ce qui paraissait être des succès; ça n'a été malheureusement que des demi succès — à peine des succès d'estime; car, l'amélioration quand elle a paru s'affirmer, n'a jamais présenté ce caractère de durabilité qui satisfait tant le médecin pratiquant.

Mon premier urinaire — je dois le dire — n'a certes pas aidé son médecin et il est à supposer qu'avec une bonne hygiène et surtout un traitement plus prolongé ou plus actif il eut pu espérer une amélioration de longue durée, voire même, une quasi guérison — mais pour l'autre, il n'y a pas d'illusions possibles, les prescriptions ont été suivies à la lettre et cela ne l'a pas empêché de faire complications sur complications et de se voir actuellement en route pour la cachexie avec la tuberculose pulmonaire comme affection surajoutée et dominant la scène morbide.

Mon premier urinaire n'est pas un jeune homme ni encore un vieillard; il n'avait que 49 ans lorsque j'ai été appelé à lui prodiguer mes soins il y a deux ans.

La maladie dont il souffre date de très loin et pour parler comme lui, son origine se perd dans les brumes de ses souvenirs de jeunesse dorée et quelque peu irrégulière.

Ce qui est certain cependant, c'est qu'une blennorrhagie est venue traverser ses aventures il y a à peu près 25 ans, et il en garde, dit-il, un souvenir ineffaçable et surtout cuisant. On lui a passé des sondes au début de sa carrière blennorrhagique — non sans douleurs vous pensez bien. Pourquoi? Il n'en sait rien.

Sans doute pour un rétrécissement imaginaire et sa vessie dès ce moment a été infectée.

C'était avant la pratique de l'antisepsie, et en pleine évolution de son urétrite — il n'est pas étonnant que l'infection vésicale se

soit facilement produite. Il garde encore l'impression des douleurs vésicales après la miction, des envies fréquentes et impérieuses qu'il ressentit alors, de ses difficultés à expulser une urine lourdement chargée de matières et ordinairement toute brouillée.

Il ne s'est jamais soigné depuis ; et la douleur et les symptômes atténués, il ne s'est pas plus préoccupé de sa vessie que de ses créanciers. D'ailleurs, il a toujours eu horreur de tout traitement qui intéressait de près ou de loin ses organes génitaux.

Donc, depuis 25 ans, uréthro-cystite chronique. Jamais d'ailleurs il n'a pissé comme les autres et après une petite noce où un souper un peu court vêtu il se rappelle dit-il, fort bien, que c'était fatal, les mictions augmentaient en fréquence et son urine se réchauffait. Bref, cystite certaine. En passant permettez-moi de vous faire remarquer cet abus de la sonde que bien des médecins pratiquent et trop souvent pour des rétrécissements qui ne peuvent pas exister n'ayant pas eu le temps de se produire.

Maintenant notre malade est de souche indéniablement tuberculeuse ; a même été un jour suspect de tuberculose pulmonaire, mais a résisté et réussi à dépasser le cap sans trop d'émotions et à l'heure actuelle, il est exempt de toute tuberculose. Il n'a jamais eu de maladies dignes d'être rapportées ; mais c'est depuis longtemps un alcoolique convaincu, une réputation bien établie et méritée.

Depuis 5 ou 6 ans la scène s'est un petit peu modifiée et tous jours d'après son dire, notre malade urinait difficilement, mettait du temps à vider sa vessie, continuait même à la vider alors qu'il croyait en avoir fini. Sa vessie ressemblait à une horloge, toutes les 2 ou 3 heures il fallait qu'il se présentât à l'urinoir.

C'est déjà, n'est-il pas vrai, un indice presque certain qu'il ne vidait pas sa vessie complètement mais n'en expulsait que le surplus.

Il était aussi d'une sensibilité toute spéciale aux baisses sans la température, avait sans raison des accès de frissonnements assez prolongés et tout à fait curieux, accompagnés ou suivis, à brève échéance, d'indigestions les plus fortes, qui venaient se greffer sur une vieille dyspepsie assez incompréhensible, disait-il, qu'il traînait depuis quelques années.

Au moment où j'ai été appelé à lui prodiguer mes soins, le tableau était autrement plus sombre que cela.

Apparence générale mauvaise, semi comateux, quasi impossibilité de pouvoir réunir deux idées à la queue leu leu, voix faible, paroles inarticulées, teint terreux, peau sèche, céphalalgie, impossibilité de mastiquer quoi que ce soit, langue urinaire, perte complète d'appétit, *un grand dyspeptique*, amaigrissement prononcé, un peu de congestions passive des poumons, subdélirium le soir, temp., 38.3 à ce moment écroulé dans son fauteuil. Il urine 25 fois par jour en moyenne, une urine lavée vesicale et rénale, contenant du mucus, du pus, de l'albumine et des cylindres. Les reins par la palpation (ballotement Guyon) sensibles des deux côtés. Bref l'aspect général dénote un urine rendu au dernier degré de l'empoisonnement urinaires.

A l'examen direct, le malade ne vide pas sa vessie ; le canal très rétréci laisse passer un explorateur à boule No. 8 (Charrière) — prostate normale.

Le diagnostic s'imposait : canal rétréci avec une vessie actuellement impuissante à expulser l'urine, cystite chronique avec néph-

rite chronique double ascendante, empoisonnement urinaire chronique avec prédominance de symptôme cérébraux.

Jusqu'ici, quelque complexe que soit notre malade, il n'est pas une rareté. C'est un urinaire non traité et maltraité en plus par l'alcool.

Mais c'est quand il s'agit de le traiter que la scène est devenue intéressante.

En raison de son nervosisme, la première séance n'a pu consister qu'à établir le diagnostic, examen aseptique et très prudemment conduit. Deux heures après cette séance de deux minutes, il a fait la plus belle attaque de fièvre urinaire aiguë qui se puisse voir.

Frisson intense pendant  $\frac{1}{2}$  heure, 40.2 temp. puis stades de chaleur et sueurs.

Malade sans connaissance, congestion pulmonaire, vomissements, relâchement des sphincters. La scène a duré trois heures et tranquillement il s'est remonté avec un traitement approprié pour aider la réaction, et le lendemain tout était rentré dans l'ordre, le malade étant courbaturé, brisé, mais tout disposé à recontinuer le traitement. Comme il y avait urgence, j'ai pratiqué la dilatation lente et prudemment conduite afin de pouvoir lui vider et laver la vessie.

(Lavage de la vessie après évacuation complète et laissé de l'eau boriquée tiède à 4 °/ dans la vessie, temp. 38.1). Deux heures après, même attaque, mais cette fois avec une intensité telle qu'une terminaison fatale fut pendant plusieurs heures en question. Le lendemain, aucun traitement, malade brisé, mais un peu amélioré du côté vésical et de l'état général, temp. 37.8, 38.4.

Tous les deux jours pendant deux mois je lui ai fait des lavages avec dilatation lente, et, à chaque fois, même attaque de fièvre urinaire aiguë, seulement plus l'amélioration vésicale se manifestait, moins intenses devenaient les attaques. Son état général d'ailleurs devenait meilleur de jour en jour, l'appétit renaissait, les digestions devenaient de beaucoup plus faciles pour des aliments substantiels et de facile digestion, les symptômes cérébraux étaient disparus, le malade revenait à la vie, causait maintenant avec facilité, seulement sa vessie n'était pas encore parfaite et les lavages se continuaient sans interruption, faciles maintenant en raison de l'élargissement du canal uréthral.

La temp. était normal 37.3 depuis le cinquième lavage, mais, néanmoins, même après deux mois, quelques heures après une intervention chirurgicale dans sa vessie la même attaque réapparaissait, cette fois atténuée, gazée, avortée, comme marquant son entrée en scène et ne faisant pas long feu.

Après deux mois et demi de traitement, excessivement amélioré du côté de sa vessie et de son état général, mon malade, que toute intervention ennuyait, abandonna tout traitement quitte à le reprendre plus tard.

D'ailleurs il était rajeuni, replumé à tel point que ses amis qui avaient sérieusement pensé à se séparer de lui, ses créanciers mêmes, n'en revenaient pas. Il avait abandonné l'alcool et bien décidé à persévérer.

Naturellement je ne me suis pas contenté de l'anodin acide borique par le traitement local. Le nitrate d'argent et le sublimé purèrent mettrent leurs qualités en lumière.

Traitement général : reconstituant ; purgatifs doux, l'eau de Vichy etc.

Mais ce que je veux mettre en lumière c'est cette susceptibilité à faire des attaques de fièvre aiguë à chaque fois qu'on lui touchait l'épithélium du canal et de la vessie et la banqueroute de mes moyens de traitement pour les prévenir.

Mon malade était un urinaire à lésions multiples c'est parfait ; mais tous les urinaires ne font pas de ces scènes à grand orchestre et à pronostic sérieux, à la suite d'une intervention banale.

Pourquoi au seul attouchement de la muqueuse de la vessie ou de son col, qui semblerait ne devoir provoquer aucune lésion des épithéliums, sans jamais user de moyens de force qui pourraient ouvrir des portes à l'absorption, ce malade faisait-il ces attaques ? et ensuite, quel traitement pouvons nous employer pour les prévenir, voilà ce que je voudrais dégager de tout cet exposé un peu complexe et essayer d'élucider.

Mais avant d'en arriver à la discussion, je désirerais vous présenter mon autre malade dont l'observation ressemble beaucoup à celle que je viens de citer.

Il s'agit d'une femme de 43 ans pour laquelle l'hérédité est muette. Régulée de bonne heure, elle a commencé à souffrir de sa vessie vers cette même époque et vraisemblablement elle a du être infectée par des microbes vulgaires (manque de soins de propreté). Le gonocoque est hors de question ici.

Elle s'est mariée jeune et eut 12 grossesses qui toutes tournèrent mal, deux fois seulement elle accouche prématurément à 8 mois et 7 mois : pour les dix autres, ce fut une série non interrompue d'avortements.

Il n'existe pas de syphilis, ni acquise ni héréditaire, je passe sous silence sa carrière utérine qui a été assez mouvementée en raison de ces avortements successifs.

Le point important, c'est que sa vessie infectée dès le bas âge ne s'est jamais guérie et le résultat a été comme pour mon premier malade une néphrite ascendante double.

Il y a 17 ans, elle eut une attaque d'éclampsie des plus sérieuses dont elle a failli mourir. Elle a toujours souffert de sa vessie qui se contractait intempestivement, était douloureuse et expulsait une urine lavée, rénale et vésicale.

De temps à autre elle faisait une congestion pulmonaire et cela surtout, disait elle, lorsque ses reins devenaient sensibles avec anurie plus ou moins prononcée.

Quand j'ai été appelé il y a 2 ans à lui donner des soins, elle se présentait comme atteinte de tuberculose pulmonaire à une période assez avancée survenue, disait elle, après plusieurs attaques de Grippe, qui avait l'air de s'acharner à elle et l'ennuyer plus qu'à son tour.

En passant qu'on me permette de signaler cet abus du diagnostic "grippe", alors qu'il n'y a souvent dans l'espèce qu'une vessie qui ne se vide pas complètement, une paresse du côté des reins et quelquefois enfin une colonisation microbienne dans le poumon, etc.

L'examen direct donne le résultat suivant :

Elle ne vide pas sa vessie :

Vessie extrêmement infectée (mucus, pus, albumine, cylindres, quelquefois sang)—mictions très fréquentes, douleurs après (nuit comme jour).

Urine lavée (vésico-rénale), apparence générale mauvaise, teint jaune, amaigrie, dyspeptique, langue urinaire, incapable de digérer la plupart des aliments produisant des résidus éliminés par les reins et ayant à ce sujet une très grande connaissance des aliments qui irritent ou n'irritent pas les reins et la vessie.

Poumons en congestion passive avec des poussées aiguës correspondant à ses troubles rénaux.

Bronchite légère ; cœur dilaté, (bruit de galop) défaillant à tout moment ; intestin normal, température 38°3.

Le diagnostic ne faisait pas de doute. Empoisonnement urineux chronique, lésions rénales prédominantes, vessie infectée, symptômes généraux dus surtout au mauvais fonctionnement du filtre rénal.

Les lavages vésicaux commencés immédiatement pour vider le grenier d'abondance d'infection rénale, et prévenir l'intoxication journalière de l'économie n'ont donné que des déboires. Ces lavages produisant des douleurs par distension vésicale, j'ai immédiatement donné à leur place des instillations après l'évacuation. Néanmoins les douleurs ont toujours été assez prononcées après les instillations.

Ce qu'il y avait de plaisant par exemple, c'est, ici comme chez mon premier urinaire, une *attaque de fièvre urineuse aiguë*, quelques heures après l'intervention.

Moins intense, moins tapageuse que chez mon premier malade, mais toujours là, avec son frisson, son stade de chaleurs et sueurs, s'accompagnant d'une congestion rénale assez intense et d'une congestion pulmonaire qui fut permanente, ou à peu près, pendant la durée du traitement, elle n'a pas fait défaut une seule fois.

J'ai persévéré deux mois et malgré l'amélioration sensible de l'état général et de la vessie, les mêmes attaques n'ont cessé de se montrer, quelquefois frustes, mais ne manquant jamais de répondre à l'appel.

Cette malade est demeurée améliorée au point de vue général surtout, et du côté vésical, pendant plusieurs mois, sans jamais néanmoins jouir d'un brillant état de santé. Un fait assez spécial et que je veux mettre en lumière c'est ceci : à l'approche de ses règles, les symptômes généraux et locaux paraissent s'amender et de fait elle se sentait notablement mieux, comme si la bonne nature se réveillait, se préparait à la lutte, et aussitôt la menstruation rétablie, elle faisait des attaques de fièvre urineuse, attaques prologées, répétées et sans rémissions franches. Cela durait 2 ou 3 jours et les accès terminés, elle renaissait à la vie, quitte à recommencer le mois prochain.

Pendant cette période de crises la température de normale quelle était auparavant, se relève et le thermomètre marque toujours dans l'intervalle des poussées 38°5 à 38°9.

L'anurie se manifeste avec douleurs rénales fortes ; le poumon se congestionne, le cœur devient défaillant, l'inappétence est complète et puis insensiblement tout rentre dans l'ordre.

J'ai employé comme pour mon premier malade tout l'arsenal pharmaceutique ad hoc, et j'ai été chaque fois repoussé avec perte. D'ailleurs cette malade n'a pas tardé à décliner, se nourrissant mal, à cause de ses reins si sensibles à l'irritation, sous l'influence de l'empoisonnement urineux chronique, à un degré plus ou moins grand, souffrant de ce chef d'une grande inappétence et d'une digestion

laborieuse, vous pouvez juger de la facilité à lui trouver une alimentation substantielle et non nocive.

Naturellement, les ennuis marchant par groupe, elle n'a pas manqué de présenter une idiosyncrasie pour le lait.

Il ne lui manquait plus que cela pour quelle fut complète.

Aussi cette pauvre malade n'est pas restée intéressante au point de vue urinaire pendant longtemps car la tuberculose pulmonaire, qui guette, au détour du chemin, les débilités, est apparue un beau jour et elle s'est localisée un peu partout, dans le rein, les intestins et surtout les poumons et après quelques temps les symptômes pulmonaires ont dominé la scène et relégué au second plan les accidents urinaires. Aujourd'hui c'est une cachectique qui traîne bien péniblement une ruine physique que quelques lambeaux pulmonaires maintiennent à peine en état de vie.

M. le Dr BROCHU

Maintenant, cette malade a fait de la fièvre urinaire après chaque intervention dans la vessie, comme le premier cas que j'ai cité : seulement elle avait déjà eu souvent des accès identiques, spontanément à l'époque de ses mois. Quelle est donc la cause pathogénique de ces accès fébriles ?

Guyon et l'école de l'hôpital Necker n'en admettent qu'une seule : la résorption des principes infectieux et toxiques des urines à la faveur des lésions des épithéliums de revêtement de la muqueuse vésicale ou uréthrale.

Après ces deux intéressantes observations de M. le docteur Simard, M. le Dr Brochu cite un cas particulier d'empoisonnement urinaire avec hydronéphrose aiguë, survenue d'une manière incidente au troisième mois de la grossesse, chez une femme qui quelques années auparavant avait souffert d'une inflammation phlegmoneuse des annexes du côté droit, à la suite d'une couche compliquée.

Les relations anatomiques de voisinage du col de l'utérus et des ligaments larges avec la partie inférieure des uretères laissent soupçonner le retentissement facile des lésions des organes génitaux internes sur cette partie des voies urinaires, soit par propagation directe de l'inflammation ou de l'infection, soit indirectement par compression ou par des adhérences qui déforment le canal de l'uretère et gênent le cours de la sécrétion du rein du même côté.

M. le Dr Brochu fut appelé auprès de cette malade au sujet d'un mal de tête excessivement intense qui avait débuté avec frissons violents, endolorissement dans le côté droit de l'abdomen et fièvre aiguë. La malade, d'un tempérament nerveux, continuait cependant ses occupations régulières ; la physionomie n'annonçait nullement les signes d'altération du sang ou de la nutrition général comme cela se rencontre le plus souvent dans les infections profondes ou les intoxications chez les urinaires de longue date. A l'application du thermomètre M. le Dr Brochu ne fut pas peu surpris de constater une température qui dépassait 105° F.

A l'examen, le côté droit endolori de l'abdomen présente à la palpation une tension particulière, et, plus profondément, une tumeur oblongue légèrement rénitente remontant jusqu'à la région rénale.

Le toucher vaginal permet de reconnaître du côté droit une induration scléreuse dont les caractères diffèrent nettement de ceux de la tumeur rénitente que l'on constate à la palpation extérieure.

En l'interrogeant sur les signes anamnétiques, la malade rappelle qu'elle a été sujette à des maux de têtes accompagnés de certains symptômes fébriles, généralement peu intenses, et de douleurs à la partie inférieure de l'abdomen du côté droit ; que tous ces symptômes ont paru s'aggraver au début de ses deux dernières grossesses, bien qu'elle n'ait jamais remarqué l'enflure dont elle souffre aujourd'hui. Elle dit être dyspeptique et craint une affection de matrice. Au sujet de la qualité et de la quantité de ses urines, elle répond qu'elles sont très variables : tantôt très claires, tantôt brouillées avec dépôts ; deux ou trois fois elles ont présenté une odeur très particulière. L'émission des urines étaient quelquefois accompagnée de douleurs ; les envies sont parfois fréquentes, mais elle n'indique pas qu'elle n'ait jamais eu les tenesmes particuliers de l'inflammation de la vessie.

Le diagnostic d'hydronéphrose aiguë compliquant une lésion de l'uretère, probablement d'origine génitale, s'imposait : la vessie paraissant indemne.

Il paraissait rationnel de supposer que la grossesse ne ferait qu'accentuer la maladie et serait peut-être un obstacle à sa résolution. Dans la crainte de la nécessité d'une intervention chirurgicale M. le Dr Brochu fit appeler M. le Dr Ahern, et l'opportunité de l'opération fut annoncée à la malade dans le cas où les symptômes ne se modifieraient pas d'ici à deux jours.

Soit surprise, ou autre cause relative à l'accès d'infection aiguë, la malade fit une fausse couche le lendemain ; et les signes de l'hydronéphrose et ceux de l'empoisonnement urinaire, disparurent rapidement dans les deux ou trois jours qui suivirent l'accident.

L'hydronéphrose ou la pyélonéphrose, ou l'accumulation d'un liquide dans les conduits excréteurs du rein, sang ou pus selon que le canal urinaire, a été contaminée ou non par des germes infectieux, sont généralement déterminées par l'obturation du canal d'un uretère primitivement atteint d'inflammation, ou coudé, ou comprimé par des lésions de voisinage : ces lésions sont souvent d'origine génitale chez la femme.

Maintenant quelle est l'étiologie pathogénique des phénomènes fébriles qui surviennent accidentellement chez les urinaires ?

Les accès de la fièvre et de l'intoxication urinaire ne surviennent que rarement, d'une manière spontanée ; ils apparaissent plutôt à la suite d'intervention dans l'urètre ou dans la vessie, pour cathétérisme ou lavages, comme le démontrent les exemples cités par MM. le Dr Simard et Faucher. Mais, même dans les urétéro pyélites, tant qu'il ne se fait pas d'obstruction dans le canal de l'uretère, tant que le liquide urinaire, infecté ou mélangé de pus, s'écoule librement, il ne détermine que peu ou pas de symptôme d'intoxication urinaire surtout si l'autre rein est sain.

Il peut arriver, comme chez la malade qui fait le sujet de cette dernière observation, que les différents malaises qui détruisent l'intoxication rénale soient rapportés à des causes toutes différentes : migraine, affection utérine, dyspepsie ; et, c'est une surprise pour le médecin de se trouver, à un moment donné, en face d'une malade prise tout à coup d'une fièvre de 105° F et plus, sans un cortège de symptômes généraux graves. C'est alors qu'il importe de penser à la fièvre urinaire par l'intoxication aiguë ou l'infection des voies rénales.

Quant à la pathogénie des accès de la fièvre urinaire, ou géné-



ral, bien que l'on doive admettre, comme l'a indiqué M. le Dr Simard, que cette fièvre soit le plus souvent due à la lésion des épithéliums protecteurs de la vessie ou de l'urètre par les instruments introduits pour le cathétérisme simple ou pour les lavages — ce qui peut ouvrir une nouvelle porte d'absorption aux germes infectueux et aux principes toxiques des urines altérées — M. le Dr Brochu est tenté de croire que, pour des cas tels que ceux qui viennent d'être décrits par son savant collègue, après des interventions aussi soigneusement ménagées, une *influence nerveuse reflexe* devrait entrer en ligne de compte dans la production de ces accès de fièvre subite, qui suivent de si près les interventions dans l'urètre et dans la vessie, et qui peuvent se produire même avant que l'urine morbide soit devenue en contact avec les parties touchées.

M. le Dr Brochu dit qu'en entendant M. le Dr Simard appuyer d'après les idées de Guyon et de l'école Necker, sur la pathogénie des accès de fièvre intense, qu'il eu le désagrément de voir survenir à la suite des premiers lavages antiseptiques, chez ses deux malades, il se rappelait instinctivement la fièvre *satellite* qui accompagne la colique hépatique et qui survient également brusquement et très intense comme symptôme concomittant du passage des calculs dans les voies biliaires. Les auteurs distinguent nettement cette fièvre *satellite*, qui n'apparaît qu'à l'occasion d'une irritation des conduits hépatiques par un corps étranger, sans qu'il soit possible de retracer ultérieurement aucun signe d'infection, de la fièvre *belioseptique*, qui est symptomatique d'une infection des voies biliaires par des causes souvent étrangères aux calculs et qui porte à des conséquences beaucoup plus graves pour l'avenir. N'en pourrait-il pas être de même pour les excitations du cathétérisme ou des lavages dans les cas de vessies altérées et très sensibles ?

En réponse aux remarques de M. le Dr Brochu, M. le docteur Simard ajoute :

« Pour pouvoir bien comprendre le pourquoi de cette susceptibilité à faire de la fièvre urinaire et y mettre une étiquette aussi exacte qu'il scit possible, je crois qu'il faut, avant tout, prendre comme point de départ le bilan pathologique des deux malades.

Tout le monde sait, que la fièvre urinaire peut présenter trois types principaux : 1° une forme intense, rapide, 2° des accès prolongés, surtout répétés, avec ou sans rémission franche, enfin 3° une fièvre continue pouvant de temps à autre présenter des poussées aiguës qui viennent se griffer sur un vieux fond de chronicité. C'est à ce 3ème groupe, n'est-il pas vrai, que nos malades appartiennent.

Ce qui domine chez les chroniques urinaires, c'est la multiplicité des lésions et, par ordre de gravité, les lésions rénales.

Il n'y a pas l'ombre d'un doute que, de l'état du filtre rénal, dépend la gravité de l'infection. Les causes les plus petites peuvent provoquer des accès aigus chez les empoisonnés chroniques. Les manœuvres chirurgicales lorsque le canal est *fatigué*, même les tentatives qui paraissent de prime abord devoir être inoffensives, peuvent provoquer des accès aigus de fièvre urinaire. Quand la vessie est enflammée, usée, retentionniste, fatiguée par la lutte contre un canal rétréci etc, toute intervention peut alors devenir dangereuse. Mais, je le répète c'est des reins que viendra le danger le plus souvent.

Il faut être électrique pour expliquer la pathogénie de ces accès aigus. D'ailleurs il existe des variétés individuelles d'empoisonnements urinaires tellement diverses qu'il est bon de ne pas penser à un seul mode pathologique.

L'empoisonnement urinaire c'est l'urine dans le sang, par conséquent, plus l'absorption urinaire sera facilitée, plus de chances on aura à rencontrer des poussées aiguës. Ne voyons-nous pas très souvent ces accès apparaître après une uréthrotomie, une lithotritie faite dans une vessie retentionniste et infectée ; après même de simples desquamations de l'épithélium faites dans un urètre rétréci par le passage, en douceur, d'une sonde, au niveau d'une poche retro-stricturale ?

Quel est l'agent ici si ce n'est l'urine.

Mais il faut s'entendre ; la toxicité de l'urine normale n'est pas suffisante pour nous satisfaire et rendre compte de la plus grande majorité des cas et surtout de la violence parfois si redoutable de l'empoisonnement. Il faut quelque chose dans cette urine et c'est sa *septicité*.

Que se soient des microbes ou des toxines, peu importe, il ne m'appartient pas de trancher cette question, et je serais disposé à admettre les deux causes qui doivent ordinairement exister. Ceci admis, voilà comment je comprends ces accès.

Dans une vessie retentionniste d'un prostatique ou d'un rétréci des infections secondaires colonisent sur le résidu d'urine stagnante et élaborent des toxines. Supposez maintenant que l'épithélium subisse une altération, qu'un traumatisme fasse une plaie, voire même une éraillure, voilà une porte d'entrée, et la surface dépouillée de son revêtement-protecteur absorbe nécessairement les toxines et l'organisme réagit par un accès qui se termine comme l'on sait par une sudation des plus marquées.

Plus il y aura de poison absorbé plus la réaction sera sérieuse et plus grande sera l'accès. Supposez maintenant que l'économie soit saturée depuis de longues années de ses poisons, une absorption des plus minimes fera pencher la balance et l'économie tâchera de se débarrasser de cet excès de poisons. Enfin, que l'élimination rénale se fasse mal, en raison de vieilles lésions qui ont compromis sa fonction, et on comprendra sans peine les variétés que l'on rencontre en clinique et qui souvent, si on y regarde de près, peuvent nous faire faire fausse route.

Le rôle des toxines est encore peu déterminé par exemple mais *l'apparition rapide* des accidents après une intervention sur les voies urinaires est une forte raison qui milite en faveur de leur action comme cause des accidents.

Albarran et Hallé ont fait la preuve pour ce qui regarde l'infection microbienne, la présence du " *bactérium pyogènes* " dans le sang des urinaires est un fait acquis à la science, seul ou associé à d'autres microbes.

Par conséquent nous pouvons hardiment conclure que *la fièvre des urinaires est due à la pénétration des microbes et de leurs produits solubles dans le sang.*

Maintenant que certains accès éphémères puissent être expliqués par l'influence nerveuse, c'est possible, mais je vous avouerai bien franchement, là où il y a une infection, des microbes, et par tant, des toxines, j'aime encore mieux ma vie, je penche en faveur

de l'influence, comme cause déterminante, des poisons urinaires dont l'absorption a été augmentée ou accélérée par une intervention ou bien enfin, dont l'élimination a été diminuée ou suspendue par le fait de lésions rénales quelconques ?

C'est en m'appuyant sur ces données que j'ai institué un traitement qui peut se synthétiser comme suit : — Diminuer et tarier si possible, les sources d'empoisonnement journalier, favoriser, hâter l'élimination des poisons déjà absorbés, enfin relever l'économie en train de s'écrouler par une alimentation reconstituante et une médication tonifiante.

Mon premier malade aurait à mon avis, bénéficié beaucoup de l'urethrotomie qui aurait permis un drainage et des lavages beaucoup plus faciles au début, mais il a toujours systématiquement refusé une telle intervention. J'ai donc été forcé de me rabattre sur la dilatation lente avec lavages.

L'autre malade, en raison de la sensibilité si grande de sa vessie même aux instillations, aurait certes trouvé un grand soulagement et une amélioration locale sérieuse d'une boutonnière vésico-vaginale, mais, ici encore, elle a refusé de se soumettre à une intervention.

Maintenant j'ai dit que j'avais totalement échoué dans la prévention de ces accès aigus de fièvre urinaire pendant le traitement et c'est malheureusement trop exactement vrai.

Le Biborate de soude à haute dose.

Le salol, le Benzoate de soude, le Benzoate de lithine, l'acide borique, l'antipyrine, la quinine.

L'eau de Vichy, Centrexville, ont été employés sans succès.

Ce qui m'a paru rendre le plus de service c'est la quinine administrée à forte dose la veille et la journée de l'intervention, et l'usage interne et journalier d'acide borique, (pour le premier malade).

Ma malade, elle, s'est trouvée assez bien pendant plusieurs mois de l'eau de Centrexville. Mais je le répète, jamais, au grand jamais je n'ai réussi à enrayer cette susceptibilité à faire des poussées aiguës et à pronostic si sérieux après intervention.

Quand je dis pronostic sérieux j'en parle avec une certaine connaissance car voici ce qui arrive à mon premier malade six mois après son traitement. Malgré mes conseils, se fiant sur sa santé qui paraissait bonne, insensiblement il s'est tourné vers ses anciennes habitudes de buveur, et un beau jour il a jeté son bonnet par dessus les moulins, a rompu en visière avec ses bonnes résolutions et repris le chemin du buffet, vaguement j'ai entendu dire qu'il avait de temps à autres des indigestions, de la grippe, mais comme il craignait, en m'appelant de nouveau se voir rationner, il a attendu avec une résignation digne d'un meilleur sort que la mesure fut pleine pour recourir à un traitement.

Appelé un soir chez lui, je l'ai trouvé à peu près dans le même état que huit mois auparavant, avec en plus une rétention complète.

J'ai tenté d'explorer son canal avec un explorateur à boule No 14 et j'ai échoué. Comme je n'avais pas apporté avec moi de sonde assez petite je partis, devant repasser dans deux heures. Une heure après on me faisait appeler en toute hâte. Mon malade était sans connaissance aux prises avec une attaque formidable de fièvre uri-

neuse, temp. 41° 4. Huit heures après il était mort sans avoir repris connaissance, avec une température de 42° 8. C'est parce qu'un pareil cas peut se présenter que j'ai voulu voir l'opinion de mes confrères de la société, sans compter que ces accès fussent-ils généralement à pronostic moins fatal, ne constituent pas moins un accident qu'il ne faut pas méconnaître et qui peut ennuyer beaucoup et le patient et le médecin.

M. le Président dit que dans les cas d'hydronephrose aiguë il n'y a de frisson et de fièvre que quand le rein est infecté. Il est assez rare que dans la lithiase biliaire les premières attaques soient accompagnées de frisson et de fièvre. Un jour, cependant il a été témoin que l'introduction d'une sonde de Nélaton à un ou deux pouces dans l'urètre fut suivie chez un de ses malades d'une attaque d'infection urinaire aiguë du premier type.

Après la lithotomie interne, on laisse à demeure dans la vessie pendant deux jours une sonde de Nélaton. Si le malade a un frisson suivie de fièvre, ce n'est toujours qu'après avoir enlevé la sonde alors que l'urine a passé sur la plaie.

M. le Dr. Ahern ajoute que le cas d'hypertrophie considérable du col utérin cité incidemment par M. le Dr Faucher est un accident assez rare. Cette hypertrophie augmente énormément sous l'influence de la grossesse, elle obture l'ouverture de la vulve de manière à ne pouvoir introduire le doigt dans le vagin. Elle gêne la miction et amène une ulcération du col.

Mais au moment de l'accouchement on voit toutes les parties hypertrophiées disparaître graduellement.

M. le Dr Paquin demande à M. le Président si le cas qu'il a cité où l'introduction d'une sonde de Nélaton à un ou deux pouces seulement dans l'urètre fut suivie de fièvre urinaire ne serait pas une preuve de plus à l'appui de la théorie dont nous avons parlé M. le Dr Brochu ?

En réponse aux observations de MM. les Drs Simard et Ahern, M. le Dr Brochu dit qu'il n'a pas voulu laisser entendre que le réflexe nerveux expliquait tout, à lui seul, et que la résorption des principes infectieux et toxiques à la surface des voies urinaires altérées ne puisse être déterminée par les interventions instrumentales, qui deviendraient ainsi la cause d'accès de fièvre urinaire. Au contraire, il est même convaincu que cette absorption se fait plus ou moins régulièrement, d'une manière spontanée, en dehors des blessures de l'utère et de la vessie, et que c'est cette intoxication lente que l'on doit rapporter la physionomie morbide des vieux urinaires. Pour sa part, M. le Dr Brochu attribue une grande influence à cette infection et à cette intoxication préalables au cathétérisme et généralisées dans tout le système. Non seulement ces deux facteurs nous rendent compte des accès de la fièvre urinaire, qui se produisent quelquefois, mais ils lui paraissent agir assez souvent comme causes prédisposantes pour favoriser l'action réflexe des traumatismes et des excitations mécaniques des muqueuses altérées.

Les sujets atteints d'intoxication urinaire, seraient dans un état analogue aux femmes qui souffrent d'empoisonnement urémique et qui sont dans l'imminence des convulsions éclamptiques : la moindre cause excitante du côté des organes les plus susceptibles,

comme l'utérus dans l'état de la grossesse, suffit pour faire éclater l'accès éclamptique.

Les lavages antiseptiques de la vessie, dans les cas d'urines septiques ou purulentes, ne laissant dans l'organe aucune trace d'urine morbide, et la muqueuse vésicale, se trouvant imprégnée, à la suite, de liquides antiseptiques propres à neutraliser les premières quantités d'urines septiques que décharge le rein ou l'uretère malade, il n'est guère à présumer que les accès de fièvre, qui surviennent quelquefois si rapidement après le cathétérisme ou les lavages, ne soient déterminés que par la résorption des microbes ou des toxines urinaires répandus dans la vessie, dans le premier quart d'heure après l'opération.

D'ailleurs la clinique et l'expérimentation nous font connaître que le dépouillement d'une partie des épithéliums de revêtement des muqueuses uréthrale et vésicale, comme on l'invoque à la suite du cathétérisme ou des lavages, ne suffit pas toujours pour faire pénétrer les principes toxiques de l'urine dans la circulation générale et développer les accidents de la fièvre. Desnos rappelle, au nom de la clinique, que ces accidents ne se développent même pas " quand l'urine est en *contact simple* avec une plaie ou des vaisseaux ouverts, et il ajoute qu'il faut certaines conditions pour forcer la sécrétion urinaire à y pénétrer, par exemple lorsqu'elle est soumise à une pression plus ou moins forte par les contractions vésicales, et qu'elle est ainsi poussée dans le col ou l'urèthre dont la muqueuse a été divisée. "

Ces conditions particulières de pression pourraient-elles être toujours invoquées dans les accidents de fièvre urinaire qui suivent quelquefois, de si près, les lavages ou le cathétérisme ?

Guyon, de son côté, dit que " l'on peut admettre que le *contact* de l'urine ne suffit pas ; la *pénétration* dans le tissu d'une certaine *quantité* est nécessaire au développement des accidents : la question de *dose est capitale*. Feltz et Ritter, au même point de vue, ont insisté sur la concentration de l'urine.

Est-il bien rationnel d'invoquer exclusivement cette question de *dose* et de *quantité* ou de *concentration* dans la pathogénie de ces accès de fièvre qui surviennent dès la première heure, après une évacuation complète de la vessie, au moyen du cathétérisme, suivie d'un lavage antiseptique : intervention qui, non seulement a pu permettre aux uretères de se vider, mais qui laisse en même temps la muqueuse vésicale imprégnée de principes neutralisant, surtout, si l'opérateur a eu la précaution, comme M. le Dr Simard l'a fait dans son premier cas, de laisser quelques grammes de la solution antiseptique dans la vessie ?

Bon nombre d'auteurs se contentent de cette théorie de l'absorption de l'urine dans la circulation, énoncée en premier lieu par Velpeau pour expliquer les accidents consécutifs aux traumatismes des voies urinaires.

D'autres, au contraire, partisans de la *théorie rénale*, développée d'abord par Verneuil etc, soutiennent que les accidents se produisent non parce que les éléments de l'urine ont été introduits en excès dans la circulation, mais parce que leur élimination est entravée par des altérations rénales soit anciennes, soit immédiates, survenues sous l'influence de lésions inflammatoires ou congestives de de l'appareil urinaire.

L'expérimentation physiologique semble confirmer cette manière de voir. En effet les travaux de Feltz et Ritter ont montré non seulement que les accidents ne sont pas toujours proportionnels à la *quantité* et à la *densité* de l'urine injectée dans les veines d'un animal, mais aussi, cet autre fait, non moins important, qu'en liant les vaisseaux rénaux, une *quantité* bien moindre est nécessaire. Par conséquent, les lésions rénales préexistantes servent à précipiter la marche des accidents, qui semblent plutôt proportionnels au degré de l'insuffisance de l'émonctoire rénal qu'à la densité ou à la dose de l'urine. Il suit de là également que l'intégrité du rein, qui lui assure une fonction de dépuration régulière, reste la condition fondamentale à apprécier pour établir le pronostic (Desnos).

En présence de cette *théorie rénale*, assez généralement admise, et de ces faits d'expérimentation physiologique qui la confirment n'est-il pas permis de se demander si l'ébranlement nerveux et l'excitation des muqueuses altérées par les lavages et le cathétérisme, ne sont pas propres à troubler, du moins momentanément, par un phénomène d'*inhibition reflexe*, la sécrétion déjà insuffisante la plupart du temps, par le fait de lésions préexistantes ? et si, par conséquent, cette action reflexe, qui paralyserait la fonction des reins au même titre qu'une congestion ou une colique néphrétique, ne serait pas un facteur dont on pourrait tenir compte pour expliquer le développement et la rapidité des accidents urinaires après les interventions instrumentales. Le fait bien connu de la suppression de cette fonction rénale, et d'une *anurie complète*, pendant le passage d'un calcul à travers l'un des uretères, par une action d'inhibition reflexe identique, permet du moins d'énoncer cette hypothèse comme rationnelle.

M. le Dr Brochu ajoute que par le *reflexe* de l'irritation des muqueuses vésicales et urethrales il n'entend pas seulement l'ébranlement nerveux général qui résulte quelquefois d'un traumatisme sur ces muqueuses, mais aussi tous les autres phénomènes de répercussion sur l'activité fonctionnelle des organes qui leur sont liés par une solidarité anatomique et physiologique, des reins particulièrement.

Au sujet de l'analogie qu'il a voulu tirer de la *fièvre satellite*, survenant à l'occasion de la colique hépatique, sans qu'il soit possible de retracer aucun indice d'infection des voies biliaires, soit antérieurement, soit ultérieurement, M. le docteur Simard ayant opposé les découvertes d'Albarran, qui témoignent de la présence dans le sang de microorganismes analogues à ceux de la vessie, chez les sujets morts d'intoxication urinaire, M. le docteur Brochu réplique qu'il ne nie pas cette résorption des microbes et des toxines urinaires. Il ne diffère d'opinion avec son savant collègue que parce qu'il croit à une résorption spontanée, en dehors des manœuvres instrumentales : cette intoxication urinaire préalable créerait l'imminence morbide, au même titre que l'intoxication urémique chez les femmes enceintes, et l'irritation due aux manœuvres du cathéter ou du lavage agirait, dans bien des cas, plutôt comme une cause excitante, propre à faire éclater le paroxysme de la fièvre urinaire chez des sujets dont l'organisme infecté est d'une réaction facile : de même qu'une cause d'irritation quelconque peut devenir le point de départ d'une attaque d'éclampsie chez une femme prédisposée par l'urémie.

D'ailleurs les mêmes travaux d'Albarran et de Hallé ont servi à établir une distinction entre l'intoxication urineuse et la fièvre urineuse.

Il faut bien savoir que l'intoxication peut avoir lieu sans que l'on constate une élévation de température, et cela d'une manière indépendante de la nature même des microbes infectieux. " En réalité, chez les urinaires, la fièvre résulte de l'ensemble des réactions de l'organisme. C'est surtout la réaction de l'organisme qui varie " (Albarran). Encore un pas, et M. Albarran, en nous démontrant le fait des intoxications urineuses sans fièvre, malgré la présence de différentes espèces microbiennes dans le sang, par le seul défaut de réaction de certains organismes, nous eût fourni une preuve du rôle prépondérant que peuvent jouer, dans la production de cette fièvre urineuse, chez des sujets déjà en état d'imminence morbide, par intoxication préalable ou autre influence constitutionnelle, les manœuvres instrumentales ou les traumatismes des muqueuses de l'urèthre et de la vessie altérées : manœuvres bien propres, il faut l'admettre, à réveiller dans l'organisme quelques unes de ces réactions, à l'ensemble desquelles l'auteur semble vouloir surtout rapporter la pathogénie des accès de la fièvre urineuse.

De fait, en séparant par une distinction très nette l'intoxication urineuse, qui peut s'établir sans élévation de température, quelque soit la nature des espèces microbiennes introduites dans le sang, quelque soit la nature de l'inflammation des voies urinaires, des accès de fièvre urineuse, purement passagers ou accidentels, chez les vieux urinaires, à la suite des manœuvres instrumentales, M. Albarran me paraît laisser une place dans la pathogénie de ces accès pour la théorie du *reflexe nerveux* qui peut aller jusqu'à l'inhibition de la fonction de l'émonctoire rénal.

M. le Dr Brochu fait remarquer en dernier lieu, que ses remarques dans cette discussion sur la pathogénie des accès de la fièvre urineuse, qui a pris une extension plus grande qu'il n'avait d'abord pensé, n'ont pas eu pour but, dans son intention, de critiquer le traitement très judicieux, d'ailleurs classique, que M. le Dr Simard a employé dans les cas qu'il a cités, non plus que de contredire l'opportunité des interventions instrumentales chez tous les urinaires en état d'intoxications : tout au plus, la théorie qu'il a défendue, pourrait-elle indiquer certaines mesures préventives, pour diminuer l'excitabilité du système nerveux, atténuer l'intoxication déjà réalisée, et rendre les reins déjà lésés, moins susceptibles à l'inhibition réflexe pouvant paralyser momentanément leur sécrétion : conditions qui semblent servir à précipiter les accidents de la fièvre urineuse.

## REVUE DES JOURNAUX

### Traitement de la leucorrhée par la levure.

Le traitement habituel de la leucorrhée, qu'il s'agisse d'une blennorrhagie ancienne ou de quelque autre catarrhe, ne donne guère de résultats, et on peut dire que la maladie disparaît quand elle le veut bien. Le traitement local est toujours limité soit comme étendue, soit comme durée, les agents thérapeutiques destinés à agir sur les bactéries ou leurs produits étant soit rapidement neutralisés, soit transformés en composés albumineux insolubles, soit entraînés au dehors par le flux liquide,

On a préconisé la cautérisation au chlorure de zinc, le curetage. Ces moyens sont souvent impuissants et souvent aussi dangereux.

M. TH. LANDAU a imaginé un nouveau procédé de traitement de la leucorrhée qui a l'avantage d'être inoffensif et qui oppose à la bactérie pathogène vivante un remède également vivant, c'est-à-dire d'action durable. Ce remède c'est la levure ordinaire de bière appliquée localement.

En six mois, soit à la clinique, soit en ville, il a traité, par la levure, environ 40 cas de leucorrhée qui, pour la plupart, étaient des blennorrhagies chroniques, ou des catarrhes chroniques que les antécédents devaient faire rapporter à une blennorrhagie antérieure, mais pour lesquels on n'avait pas trouvé de gonocoques. Il n'a guère eu l'occasion de traiter des cas aigus.

Les résultats n'ont pas été si constants que l'on puisse considérer la levure comme le médicament spécifique du gonocoque, mais ils ont été satisfaisants. Dans plus de la moitié des cas, toute trace macroscopique de leucorrhée a disparu sous l'influence du traitement, quelquefois au bout d'une ou deux applications, et la guérison s'est maintenue ultérieurement. Dans d'autres cas, la guérison obtenue ne s'est pas maintenue, soit qu'il y ait eu reviviscence de la maladie, soit qu'il y ait eu réinfection. D'autres fois on n'a constaté qu'une simple amélioration. Dans quelques cas, enfin, le procédé a échoué ou à peu près.

Voici quelques détails sur le mode d'application du traitement:

M. Landau a employé la levure provenant d'une brasserie. Cette levure est conservée dans la glace et renouvelée tous les trois jours. Elle est diluée dans un peu de bière ou de matière fermentescible, de manière à former un liquide épais qui se puisse injecter avec une seringue. Après avoir déplié le vagin à l'aide d'un instrument approprié, on injecte dans le fond 10 à 20 centimètres cubes du liquide, et on le maintient en place à l'aide d'un tampon muni d'un fil. Le tampon est retiré au bout de vingt-quatre heures. Pas d'injections vaginales. Le pansement est renouvelé tous les deux ou trois jours pendant une ou plusieurs semaines. Chez les vierges, l'injection de levure est simplement faite au fond du vagin à l'aide d'un tube en verre ou en gomme.

Ce traitement n'a déterminé aucun accident et n'a pas eu d'autre inconvénient que de provoquer, chez deux femmes, une sensation de prurit dans le vagin, prurit qui a disparu par l'emploi d'injections alcalines. M. Landau n'a jamais fait d'injection de levure dans l'utérus, les injections dans le vagin lui ayant donné des résultats satisfaisants.

Dans certains cas de cystite, quand il y a bactériurie avec réaction alcaline de l'urine, les injections de levure dans la vessie semblent donner de bons résultats. (*Deutsche med. Woch.*, et *Bull. méd.*)

## FORMULAIRE

### Contre les troubles ménorrhagiques.

Salypirine.....	10 grammes
Bromure de potassium.....	10 —
Extrait de viburnum prunifolium	20 —
Eau distillée.....	120 —
Cognac.....	} à 20 —
Sirop d'écorces d'oranges.....	

A prendre une cuillerée le soir cinq jours avant les règles, une cuillerée matin et soir quatre et trois jours avant, trois cuillerées dans la deuxième journée, puis quatre cuillerées la veille et le jour de l'apparition des règles. (*Nouv. Montpellier. méd.*)

### Contre l'acné juvénile.

Soufre sublimé.....	} à 20 grammes
Alcool à 90°.....	
Eau distillée.....	
Mucilage de gomme arabique.....	6 —

en appliquant matin et soir. (*Le Progrès méd.*)

## REVUE DES JOURNAUX

## Du phlegmon périnéphrétique primitif.

M. le Professeur Dieulafoy. — Hôtel-Dieu.

Il y a autour du rein une atmosphère cellulo graisseuse très abondante qui est quelquefois le siège de suppuration. Cette atmosphère est plus abondante à la face postérieure, à l'extrémité supérieure et inférieure du rein, mais elle entoure tout l'organe et elle plonge même en bas jusque dans le petit bassin, ce qui explique les fusées purulentes de ce côté, du côté du rectum, de la vessie ; elle communique avec l'abdomen, le thorax ; elle n'est donc pas isolée. Lorsqu'il se fait une infection de cette atmosphère, de cette gangue cellulo-graisseuse, il peut survenir un phlegmon et quelque fois un phlegmon avec une quantité de pus considérable. Toutes les lésions du rein peuvent retentir sur cette gangue, surtout la lithiase rénale ayant déterminé de la pyélite ; il peut y avoir dans ce cas inflammation, par contiguité, de la gangue. Dans certains cas, celle-ci se transforme en une sorte de pannicule scléro adipeux qui fait croire à un rein très gros : c'est la périnéphrite scléro-graisseuse qui existe à côté du phlegmon périnéphrétique proprement dit. Supposez en outre un individu ayant une infection ascendante des voies urinaires : vessie, uretères, bassinot et calices, il pourra avoir une tendance au phlegmon périnéphrétique. Je me rappelle une malade que j'ai vue avec M. Guyon, qui a présenté des douleurs rénales intenses à gauche, de la fièvre, 41 degrés ; nous lui avons prescrit des bains froids, des enveloppements froids ; les analyses bactériologiques de l'urine ne donnaient rien ; malgré cela, M. Guyon pensait à une infection coli-bacillaire qui avait été s'emmagasiner quelque part, dans les calices, dans le bassinot, donnant de la fièvre. Cela s'amende, puis, quelques mois plus tard survient du pus dans les urines, et quelques mois plus tard encore surviennent une pyélite et un phlegmon périnéphrétique. Il faut connaître ces infections ascendantes et leurs diverses modalités quelquefois singulières.

Les hommes, qui, les premiers, ont le mieux étudié la question du phlegmon périnéphrétique, sont les médecins : le premier est Reyer, dont les travaux sont de 1838-39, puis les cliniques de Guénaux de Mussy, puis les fameuses leçons de Trousseau.

A part la lithiase, il y a d'autres causes capables de provoquer le phlegmon périnéphrétique, causes bien étudiées par MM. Lejars et Tuffier. Il y a en effet des cas où une pleurésie peut déterminer un phlegmon périnéphrétique, simplement par propagation à travers l'hiatus costo-lombaire, la graisse sous-pleurale communiquant avec la graisse périnéphrétique. En 1872, M. Tuffier a présenté à la Société de biologie des observations de phlegmon pneumonique périnéphrétique consécutif à une affection pleuro-pulmonaire de même nature, mais alors ce qui est intéressant, ce qui est même amusant, c'est de voir que ce que la bactériologie a montré de nos jours, la clinique l'avait montré en 1838-39 ; voici en effet une observation de Reyer où il s'agit d'une malade ayant eu, non pas un phlegmon périnéphrétique à la suite d'une pleurésie, mais une infection pleuro-pulmonaire à la suite d'un phlegmon périnéphrétique, l'effet inverse mais dû certainement à la même cause.

Dans d'autres circonstances, l'abcès péri-rénale apparaît surtout à la suite d'un traumatisme, mais, entendons nous, il y a des cas où l'individu reçoit un coup dans la région rénale et la chose se comprend tant bien que mal, mais dans d'autres cas le traumatisme est plus indirect. Guénaud de Mussy rapporte cinq observations de phlegmon périnéphrétique ; dans un cas, le phlegmon est dû au traumatisme, il s'agit d'un malade qui avait reçu un coup de pied de cheval au niveau du flanc droit.

Mais à côté de toutes ces causes de phlegmon périnéphrétique,

infection, traumatisme, tuberculose, pleurésie, lésions rénales diverses, à côté de tout cela, il y a autre chose, il y a le phlegmon périnéphrétique qu'on peut appeler primitif ; c'est la partie de la question la moins connue ; il n'y a alors qu'un phlegmon sans aucune autre lésion coëxistante ou préexistante, dont on ne trouve pas la porte d'entrée : voilà pourquoi nous disons primitif. Vous vous rappelez les observations que je vous ai citées de péritonite à pneumocoques avec pus sans aucune maladie coëxistante : on ne sait pas d'où vient l'affection ; mais il y a mieux, il y a des cas où il n'existe pas seulement le pneumocoque mais aussi le streptocoque, il y a une péritonite pneumo-streptococcique primitive, comme j'en ai vu un cas que j'ai fait opérer au sixième jour ; eh bien, dans ces conditions, pourquoi n'y aurait-il pas de phlegmon périnéphrétique primitif ? j'ose même dire que dans l'avenir ce sera le plus fréquent lorsqu'il sera mieux connu ; les deux malades de mon service dont j'ai à vous ai parler ont présenté précisément un phlegmon périnéphrétique sans porte d'entrée connue.

Le premier de ces deux malades est un homme entré le 7 novembre 1898 à la salle Saint-Christophe où il était couché au lit n° 5. Il se plaignait d'une vive douleur dans la région lombaire gauche ; il avait de la fièvre, de violents frissons. Il souffrait déjà depuis une dizaine de jours ; dès le début, il avait eu des frissons et des douleurs nettement localisées à la région rénale ; à l'examen, on ne constatait pas de ballonnement rénal, mais un empatement profond. Deux ou trois jours après, nous trouvions un peu d'œdème de la paroi, et nous portions le diagnostic de phlegmon périnéphrétique ; or, en interrogrant le malade, on ne constatait rien comme antécédents urinaires ou autres. Le 11, on devait pratiquer l'opération ; j'arrive le matin et on me raconte que le malade venait de vider son phlegmon dans la vessie, et, en effet, son bocal à urine contenait une quantité considérable de pus ; le malade se sent soulagé à la suite de cette émission, la douleur a disparu ; les jours suivants, les urines sont encore purulentes, mais le sont de moins en moins, le soulagement est complet, et, le 28 novembre, il quitte l'hôpital complètement guéri ; aujourd'hui encore le malade va fort bien. Voilà donc un cas de phlegmon périnéphrétique qui a guéri spontanément en se vidant dans les voies urinaires, mais de plus un phlegmon primitif.

La seconde malade est une jeune femme que je vous présente et qui, vous le voyez, est en bonne santé. Elle est arrivée à l'hôpital le 16 janvier de cette année et a été admise en chirurgie. Elle se plaignait d'une vive douleur dans la région rénale gauche, elle avait des frissons, de la fièvre, mais on ne trouvait rien au niveau du rein par le palper, on ne trouvait rien non plus dans les urines ; aucun antécédent urinaire. A l'examen sous le chloroforme, on ne trouva encore rien, pas d'empatement profond, pas d'œdème superficiel : on nous l'envoie, elle arrive dans notre service après être restée quatre jours en chirurgie : elle présentait une température très élevée et une douleur très vive dans la région du rein gauche. Nous nous disions que si elle faisait quelque chose dans le rein même, elle aurait du pus dans les urines, c'est donc quelque chose en dehors du rein. Nous nous disposons à la faire opérer, lorsque nous constatons pour la première fois que son bocal contient du pus, elle était en train d'ouvrir son phlegmon dans les voies urinaires, mais le pus était peu abondant et je la fis opérer : on fait l'incision et on donne issue à un verre de pus où l'examen bactériologique a révélé l'existence de staphylocoques dorés. La malade se sent soulagée, mais la fièvre reparait le lendemain, on attend, la fièvre continue. Cependant tout le pus avait été évacué par l'incision, on fait une seconde incision au niveau même de la première, on ouvre la cicatrice, on explore la cavité et on ne trouve rien. Pourtant la malade s'affaiblit de plus en plus, elle perd du pus un peu par la plaie et un peu par l'urine, on la tient en surveillance, et, un beau jour, elle se plaint d'une douleur atroce à la vessie ; il existe là un abcès, on



l'incise, on fait l'examen bactériologique et on trouve du staphylocoque doré ; c'était donc du pus dont l'origine était l'abcès périnéphrite. La malade est immédiatement très soulagée après l'incision. Puis, pour la troisième fois, température, affaiblissement, et, chose curieuse, râles sous-cripitants fins, dyspnée. La malade est faible, anémiée, ne peut ni boire ni manger. Enfin la plaie se referme, plus de pus dans la vessie, la température tombe, plus de râles au poumon et la malade guérit.

La symptomatologie du phlegmon périnéphrétique est donc bien différente suivant que l'individu a été adulteré ou non par ses voies urinaires. Supposez en effet un individu qui a uriné du pus pendant une, deux ou trois années, et qui présente une douleur très vive du côté du rein, de la fièvre, des nausées, des vomissements ; puis, au bout de quelques jours, il vous semble qu'il y a un peu d'empâtement, que la région est un peu soulevée, qu'il y a une petite teinte rosée, comme s'il allait se déclarer un érysipèle, alors les douleurs deviennent plus fortes, l'empâtement plus net, un œdème apparaît : méfiez-vous, il y a déjà 3 à 400 grammes de pus et le diagnostic s'impose. Mais supposez le cas d'un malade pris primitivement d'une douleur de la région rénale, on croit à un lombago, on fait une piqûre de morphine, on donne de l'antipyrine ; le même jour, frissons intenses, température élevée (40 degrés), la douleur persiste. Quelques jours se passent, les deux mêmes éléments subsistent : douleur et fièvre le malade est immobile, il a de l'inappétence, enfin il maigrit. Que se passe-t-il ? Il est certain que si le malade a une douleur localisée dans le rein, s'il a un frisson, de la température, des vomissements, c'est un malade qui a du pus. Mais a-t-il du pus dans le rein ou, en dehors, autour du rein ? Dans le rein, non, car in n'a jamais présenté du pus dans les urines ; mais, si ce n'est pas dans le rein, c'est autour du rein. On surveille la malade, il semble que la région bombe un peu, on constate une défense musculaire, un peu d'œdème et d'empâtement apparaissent : alors le diagnostic s'impose. Il ne faut pas attendre que la région bombe fortement, que le pus se vide dans le colôn, dans la plèvre ou dans la fosse iliaque : faites opérer sans retard et le malade guérira. Pour notre seconde malade, elle a déjà été opérée trop tard parce qu'elle a eu le temps de faire un abcès prévésical avant même la première incision.

Donc il est possible de faire le diagnostic du phlegmon périnéphrétique primitif, et cela d'une façon positive, comme je vous l'ai montré.

(L'Indépendance méd.)

#### Traitement de la fièvre typhoïde.

D'après M le Dr SIDNEY PHILIPPS (de Londres.)

La fièvre typhoïde étant une maladie pour ainsi dire artificielle et contingente tend à se présenter d'une façon variable suivant les conditions liées à son origine, et, bien que ces différences ne soient pas extrêmement marquées d'un individu à un autre, elles finissent cependant par produire une véritable considération dans le type de la maladie originelle. Il est certain que la fièvre typhoïde qu'on décrivait il y a 30 ou 50 ans diffère assez notablement de ce que nous voyons aujourd'hui.

D'une manière générale, la fièvre typhoïde est devenue plus rare et moins grave et cela grâce à une meilleure connaissance des causes et de l'hygiène de la maladie.

Au point de vue du traitement de la fièvre typhoïde, il est important de connaître la fréquence relative des causes de mort au cours de la maladie. On peut à cet égard distinguer les groupes suivants :

I. Mort de cause générale : toxémie, hyperpyrexie, pyrexie, collapsus cardiaque, "asthénie."

II. Mort par lésions locales, propre à la fièvre typhoïde : perforation, hémorragie, etc.

III. Mort par affections intercurrentes, pneumonie, etc., dues au streptocoque ou au pneumocoque.

Parmi les causes du groupe II, la perforation est la plus commune. Elle a été estimée comme fréquence de 5,7 p. 100 (Hoelscher) à 20 p. 100 (Murchison). Les hémorragies causent 10 p. 100 de mort. La péritonite sans perforation se montre dans la proportion de 2 p. 100 des cas comme cause de mort. Quelques autres accidents rares, tels que la rupture des ganglions mésentériques, de la rate, de la vésicule biliaire, augmentent la mortalité d'environ 2 p. 100, de sorte que les accidents de ce second groupe rentrent dans la proportion de 35 p. 100 comme cause de mortalité.

Les affections intercurrentes du groupe III sont le plus habituellement la bronchite, la pneumonie, la néphrite, la péricardite. Elles représentent en tout, d'après les statistiques, 10 p. 100 de la mortalité.

En somme les IIe et IIIe groupes produisent 45 p. 100 de mortalité, soit, en admettant 5 p. 100 d'écart, un total en chiffres ronds de 50 p. 100. Il reste donc 50 p. 100 pour le premier groupe.

En premier lieu ici, il faut considérer la *toxémie*. C'est probablement la cause de mort la plus fréquente et le traitement antiseptique a justement pour but d'en diminuer les dangers en détruisant les toxines avant leur absorption et en limitant l'action des microbes au tube digestif.

La liste des substances employées dans un but antiseptique est innombrable. Un certain nombre ont même été proposées comme devant avoir une action abortive. Bien des antiseptiques ont été démontrés expérimentalement susceptibles de détruire le bacille typhique hors du corps, tel que le sublimé, en solution à 1 p. 5000. Longtemps avant que le traitement antiseptique eût été formulé, Jenner employait le "charcoal".

En 1894, Broadbent a proposé le bichlorure de mercure qui aurait une action sur la température et les symptômes toxiques. Par contre, Murchison condamne l'emploi du mercure dans la fièvre typhoïde comme toujours inutile et dangereux. Cette différence dans l'expérience des deux auteurs prouve évidemment la variation des types dans la fièvre typhoïde.

En tout cas le sublimé peut être indiqué contre la diarrhée, mais il est probable qu'il vaut mieux s'en abstenir au cas d'hémorragie.

Le salol est d'un bon emploi qui convient tout particulièrement contre la constipation.

L'*hyperpyrexie* est relativement rare dans la fièvre typhoïde. Sur 200 cas, le Dr S. Philips l'a observée 2 fois. Elle dépend le plus souvent d'une complication pneumonie, péritonite par perforation, etc. Le seul moyen efficace de la combattre est le bain froid.

La *pyrexie* simple n'est pas considérée comme un des dangers principaux de la dothiéntérie. Une température de 39° pendant 2 ou 3 semaines, chez un adulte jusque-là bien portant, n'entraîne pas de sérieuses conséquences. Les températures élevées sont plus souvent l'indice de quelque complication intercurrente qu'un danger par elles-mêmes, et certains cas graves peuvent s'accompagner d'une température moyenne : Dreschfeld et autres en ont rapporté des cas. La température habituelle de la fièvre typhoïde se combat efficacement par les ablutions chaudes ou froides ou par la quinine. De 17 ou 18 p. 100, la mortalité est tombée par ce moyen à 8 ou 9 p. 100.

COLLAPSUS CARDIAQUE. — Les altérations du myocarde résultant de la pyrexie et de l'action des toxines sont la cause du collapsus. Hoelscher, sur 2 000 autopsies de typhiques, aurait trouvé dans 19 p. 100 des cas des lésions du muscle cardiaque. La faiblesse des battements et des bruits du cœur traduit pendant la vie ces modifications. La mort survient brusquement ou graduellement.

La mort subite apparaît parfois au cours de la fièvre typhoïde sans que l'examen *post mortem* permette de trouver des lésions

cardiaques. Vraisemblablement, la mort reconnaît ici la même cause que dans les paralysies diphtériques, par altérations des nerfs périphériques.

**TROUBLES CIRCULATOIRES.** — Dans un certain nombre de cas la mort est due à des troubles circulatoires. Ces cas ne présentent rien de particulier pendant la période aiguë de la maladie, il y a parfois seulement une plus grande tendance à la diarrhée et aux melæna. Mais, vers la fin de la 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> semaine, alors qu'on attend la convalescence, la température baisse tandis que le pouls devient rapide, marquant de 140 à 160 par minute ; néanmoins la langue est propre, la nourriture est prise avec plaisir, la plupart des symptômes typhiques ont disparu, mais malgré cela la faiblesse va augmentant, l'état mental restant bon ; des sueurs profuses apparaissent, parfois du tremblement et le malade succombe tantôt subitement, tantôt lentement. Ces symptômes sont différents de ceux qui sont attribués à la toxémie et ne peuvent être rapportés à l'état du cœur, car d'une part les lésions myocardiques susceptibles d'entraîner le collapsus ne surviennent pas à la suite d'une fièvre modérée de 2 ou 3 semaines de durée et que d'autre part les symptômes en sont différents. Il est plus probable que dans ces cas les altérations du sang sont cause de la mort.

La preuve qu'il s'agit en quelque sorte d'une anémie, ou mieux d'un manque de sang, car le terme anémie s'applique au nombre de globules, c'est que :

1° Si l'on ouvre une artère chez un malade mort dans ces conditions on la trouve singulièrement vide de sang. Dans un cas où il n'y avait pas eu de melæna, le Dr Sydney Philipps a vu l'artère absolument vide et sa surface intérieure tout à fait sèche. Dans certaines nécropsies de ces malades, les intestins sont d'une blancheur marquée, exsangues, les viscères sont pâles et secs, alors qu'au contraire ils sont habituellement noirs et humides.

2° L'examen du sang confirme cette opinion. On a apporté beaucoup moins d'attention aux changements de plasma et de volume du sang qu'aux modifications des corpuscules. Les auteurs ont admis que dans la fièvre typhoïde il y a une diminution considérable des corpuscules et de l'hémoglobine. On a également vu une diminution des leucocytes, et Cœa a trouvé que la fibrine du sang est diminuée dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire exactement le contraire de ce qui se passe dans les autres fièvres. La diarrhée et les sueurs, en soustrayant à l'organisme des liquides, sont en partie cause de ces modifications. De tout ceci, il semble qu'au cours de la fièvre typhoïde le sang se trouve modifié dans tous ses éléments. En outre le Dr Thayer et autres ont décrit une anémie post-typhique parfois fatale. Il est naturel de penser que cette anémie puisse se montrer dès le début de la convalescence.

3° Enfin les symptômes de rapidité du pouls, faiblesse croissante avec état mental normal, sont justement ceux que l'on peut attribuer au manque de sang en général.

On peut donc conclure qu'un certain nombre de cas de mort restés obscurs au cours de la fièvre typhoïde relèvent du manque de sang.

Au point de vue du traitement l'indication doit être de combattre la diarrhée et les sueurs et d'autre part de nourrir le malade.

Lorsque le lait est mal supporté on peut donner du bouillon ou des extraits de viande. L'alcool, la strychnine, la caféine peuvent être indiqués à divers moments pour relever l'action du cœur. Le tannin enfin sera employé contre la diarrhée. Contre les sueurs on peut recourir à la belladone ou autres préparations habituellement employées. Les injections de sérum artificiel, les inhalations d'oxygène trouvent ici également leur indication et peuvent être d'une remarquable efficacité.

**HÉMORRAGIES.** — On a regardé parfois les hémorragies comme un signe favorable dans la fièvre typhoïde. L'opinion commune cependant admet leur gravité et la mort survient dans 30 ou

40 p. 100 des cas d'hémorragies. Il s'agit généralement d'hémorragie artérielle, mais dans un cas observé par M. S. Philipps l'autopsie montra que l'hémorragie provenait d'une veine de l'iléon ouverte par une ulcération. Comme traitement de l'hémorragie on peut employer l'opium, la térébenthine, mais aucune substance n'est aussi efficace que l'hamamélis.

**DIARRHÉE.** — Murchison, dans la première édition de son Traité en 1862, dit que la diarrhée existe dans 92 p. 100 des cas. En 1884 il trouve la proportion réduite à 80 p. 100. Depuis cette époque elle est encore moins fréquente. Sur 200 cas observés par le Dr S. Philipps la diarrhée a existé 115 fois, la constipation dans 48 et rarement la diarrhée eut une gravité particulière. Dans un bon nombre de cas la diarrhée est provoquée par une purgation intempestive. La diarrhée coïncide souvent avec les hémorragies et augmente les dangers de la fièvre par la soustraction du liquide de l'organisme. Contre ce symptôme on doit donner le salicylate de bismuth à la dose de 20 ou 30 grammes pendant 3 ou 4 jours.

**CONSTIPATION.** — Lorsqu'elle est marquée, il faut la combattre. Les lavements sont préférables aux purgatifs.

**TYMPANISME.** — Il est fréquemment associé à la diarrhée. Les fomentations chaudes sur le ventre ou la glace à l'intérieur agissent efficacement.

Quant aux différentes complications qui peuvent survenir elles entraînent enfin un traitement spécial, approprié à chacune d'elles.

(*British med. Journ. et Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.*)

#### Les trois lavages contre l'urémie.

M. le Dr HUCHARD préconise contre les accidents de l'urémie qui surviennent malgré l'observation stricte du régime lacté intégral, ce qu'il appelle la méthode des trois lavages.

Et voici comment il explique cette méthode dans un article du *Journal des Praticiens* :

« Pourquoi ces trois lavages ?

Pour une raison très simple. S'il y a bien certainement dans l'urémie autre chose que des toxines gastro-intestinales, si nous ne connaissons pas tous les éléments toxiques qui entrent en jeu, nous savons qu'un grand nombre de ceux-ci se forment dans l'estomac, dans l'intestin, et que d'autres restent dans le sang. Sans doute, on va me répondre par l'antiseptie intestinale, que l'on croit faire avec le bétol, le naphтол, le benzo-naphтол, le salol et bien d'autres drogues encore, car la liste n'est pas close. Eh bien, au risque, de paraître paradoxal, au risque de détruire une de nos plus grandes illusions thérapeutiques, je dis, j'affirme, que l'antiseptie intestinale avec les médicaments n'existe pas, ou qu'elle existe si peu qu'elle devient quantité négligeable. Vous voulez "antiseptiser" l'intestin ? Alors donnez du lait, rien que du lait. — Le lait est mal supporté, il devient insuffisant et mal digéré il peut devenir la source d'une véritable intoxication ? Alors, pratiquez les trois lavages, et répétez les.

1° **LAVAGES DE L'ESTOMAC.** C'est celui qui est accepté avec le plus de difficulté. Mais, il ne s'agit pour nous que d'imposer notre autorité, et cette autorité vient presque toujours de la confiance que nous avons en nous-mêmes et que nous savons alors bien faire partager. Le malade peut être hyperchlorhydrique, et l'on sait qu'alors l'estomac renferme parfois des toxines d'une grande puissance, plus même que dans l'hypochlorhydric. Dans un cas de ce genre, avec complication de contracture des extrémités, on est parvenu à isoler une substance toxique très active, capable de tuer un lapin en quelques minutes. Voilà un poison convulsivant dont pourrait et devrait bien se passer l'intoxication urémique ! Et alors, quand l'estomac est dilaté et qu'il retient les toxines, ne pensez-vous pas que s'impose l'indication de les évacuer ? Inutile d'insister.

2° **LAVAGE DE L'INTESTIN.** Il ne s'agit pas de lavement qui ne vont pas assez loin, mais de lavages, de ce qu'on appelle l'entéro-

clyse. Deux ou trois fois par jour, à l'aide d'une sonde longue et molle que vous introduisez profondément dans le rectum, faites pénétrer deux litres d'eau bouillie avec 7 à 8 grammes de chlorure de sodium par litre. De deux choses l'une : ou le malade gardera le liquide, ou il ne le gardera pas. S'il le garde (surtout lorsque la quantité ne dépasse 600 à 1,000 grammes), c'est parfait, cette quantité d'eau finissant par devenir diurétique et forcer la barrière rénale. S'il ne le garde pas, c'est encore bien, puisque votre injection devient réellement un lavage intestinal, et fait de l'antisepsie, bien autrement que tous les médicaments en *ol*.

3°. LAVAGES DU SANG. Il n'est pas question ici de l'introduction directe d'un liquide salin dans les veines. C'est là une opération délicate, difficile, dangereuse parfois, et j'estime que les injections sous-cutanées de 200 à 300 grammes et même 500 grammes d'eau chlorurée (7 grammes de chlorure de sodium pour 1,000 grammes d'eau bouillie) répétées deux ou trois fois par jour, agissent presque aussi bien. La quantité que l'on peut introduire dans l'hypoderme, semble toucher à l'in vraisemblance, et contre une pyélonéphrite infectieuse d'une gravité exceptionnelle, dont l'observation est rapportée par le *Journal des praticiens* (janvier 1897), on a pu injecter 2,000 grammes à la fois ; dans l'espace d'un mois, la malade a reçu en injections sous-cutanées 16 lit. 670, et en lavements 14 litres de sérum chlorurique à 7 pour 1,000, soit 215 grammes de chlorure. Sans doute tout n'a pas été absorbé ; mais la malade qui a été en danger de mort plus de dix fois, a guéri contre nos pronostics les plus désespérés. C'est là une puissante médication, puisqu'elle a pour résultat d'élever la tension artérielle, de favoriser la diurèse, d'introduire dans l'organisme une quantité assez considérable d'eau chlorurée.

(Une remarque : on appelle cette eau chlorurée du nom très pompeux de "sérum artificiel". Soyons donc plus vrais, moins solennels dans nos désignations, et appelons simplement les choses par leur nom.)

Telle est la médication de l'urémie par les "trois lavages". Elle m'a donné des résultats excellents, et je crois rendre service aux praticiens en la leur recommandant. Je la préfère aux vomitifs aux purgatifs qui peuvent, par leur répétition, affaiblir les malades, et qui ne remplissent pas complètement le but, aux "antiseptiques intestinaux" qui n'antiseptisent pas, à toutes les drogues avec lesquelles on empoisonne parfois les malades déjà suffisamment empoisonnés. Je ne renonce pas aux purgatifs, aux vomitifs, et surtout à la saignée, un moyen héroïque dans certains cas. Parfois même, une large émission sanguine doit précéder les injections sous-cutanées d'eau chlorurée : elle doit les précéder, parce qu'alors l'absorption du liquide salin se fera plus rapidement, plus complètement et qu'elle contribuera ainsi à maintenir la quantité de la masse sanguine.

Dans un état morbide comme l'urémie, caractérisé par l'intoxication de l'organisme, la formule la plus simple du traitement est celle-ci et elle indique à la fois ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il convient de faire : *Pas ou peu de drogues qui peuvent encore intoxiquer ; une médication rationnelle et antitoxique par les trois lavages.* On répand moins d'encre pour formuler, on écrit moins : on agit mieux. Et comme la thérapeutique marche toujours dans l'ombre des doctrines médicales, qu'elle veut être simplifiée, qu'elle doit être physiologique et pathogénique (ou elle ne sera pas,) l'heure nous semble venue de procéder à sa réforme.

(Concours méd)

#### Constipation et son traitement moderne.

Dans le traitement de la constipation chronique, on use fréquemment des médicaments ; mais encore faut-il se rendre un compte exact du mode d'action de ces médicaments ; à ce point de vue on peut les ranger dans les groupes suivants :

- 1° Ceux qui excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin, comme la noix vomique, la fève de Calabar ;
- 2° Ceux qui arrêtent les spasmes, tels que la belladone, les bromures, la valériane ;
- 3° Ceux qui augmentent les sécrétions intestinales, comme le chlorure d'ammonium et le phosphate de soude ;
- 4° Ceux qui ont un effet bienfaisant sur la constitution neurasthénique, comme le valérianate de zinc, le nitrate d'argent, le glycérophosphate de soude ;
- 5° Les laxatifs, dont il ne faut user qu'en de rares circonstances.

S'il y a du spasme de l'intestin, la belladone ou un bromure sont indiqués ; si le péristaltisme intestinal est défectueux, on ardonnera la noix vomique ; si les selles sont dures et sèches, on usera du phosphate de soude, par exemple.

Pendant le temps du traitement, il faut assurer l'intégrité du fonctionnement intestinal. D'abord, mettons-nous dans l'idée qu'il faut abandonner les purgatifs ; on fera usage de petits lavements journaliers d'eau froide ; l'eau chaude relâche les tissus intestinaux, l'eau froide agit comme un tonique ; peu à peu ; on en aura besoin moins fréquemment.

On obtiendra aussi de bons effets des lavements d'huile, qu'il faudra garder dans l'intestin le plus longtemps possible ; l'effet s'en continue le plus souvent pendant plusieurs jours ; de temps en temps, alors, on intercalera dans le traitement une douche interne alcaline.

(*Thérapeutic Gazette.*)

(*Ibid.*)

—:o:—

#### Note sur une cause d'erreur dans l'analyse des urines albumineuses

par MM. E. DEROIDE et M. OUI

Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lille.

Lorsqu'on veut rechercher la présence de l'albumine dans l'urine, il est de toute nécessité que celle-ci soit claire, parfaitement transparente, puisque la plupart des réactions, sinon toutes, reposent sur la formation d'un précipité ou plus souvent d'un louche.

L'urine, simplement décantée du dépôt à peu près constant qui se forme au fond des fioles ou des verres où on l'a placée, est souvent assez transparente pour pouvoir être examinée directement au point de vue de l'albumine ; si, au contraire, elle est restée trouble (urates, pus), même après un repos de quelques heures, il faut alors la rendre limpide et on y arrive facilement par une ou plusieurs filtrations sur un bon filtre en papier. Il est cependant des cas où la filtration ne suffit pas ; c'est quand l'urine est en voie de fermentation ou qu'elle est envahie par des micro-organismes.

On a alors recours à l'action qu'ont certains corps pulvérulents comme la craie, la magnésie calcinée, lorsqu'on les triture avec une telle urine, de former sur le filtre un feutrage qui retient toutes les matières en suspension dans l'urine et fournit un filtrat absolument limpide. On a aussi conseillé l'addition à l'urine de quelques gouttes d'une solution alcoolique de naphthaline à 5 p. 100.

Nous avons eu l'occasion, tout récemment, d'examiner une urine qui présentait ce phénomène de rester louche après filtration ; comme elle donnait ainsi les réactions assez nettes de l'albumine (par la chaleur et l'acide acétique, l'acide nitrique, le réactif d'Esbach), nous voulûmes nous mettre dans de meilleures conditions et, pour obtenir un liquide tout à fait clair, nous nous servîmes de la magnésie. D'urine ainsi traitée et filtrée ne contenait plus trace d'albumine.

Or, il s'agissait bien d'une urine albumineuse, car outre qu'on aurait pu déjà conclure à la présence de l'albumine par les réactions obtenues avec l'urine simplement filtrée, la même urine avait été plusieurs fois analysée auparavant et elle le fut encore plusieurs fois

depuis : la filtration pure et simple fut suffisante dans tous les cas et, toujours, nous constatâmes les réactions de l'albumine.

Nous avons, d'ailleurs, remarqué que, si on n'ajoute qu'une très petite quantité de magnésie, ou quelques gouttes seulement de la solution alcoolique de naphthaline, l'urine filtrée, bien qu'appauvrie en albumine, ne contient cependant encore. Il est donc vraisemblable que la magnésie retient une certaine quantité d'albumine, à l'état peut-être d'albuminate de magnésie insoluble. Il y a là, lorsque l'urine examinée est faiblement albumineuse, une cause d'erreur de laquelle il est bon d'être prévenu et que nous avons voulu signaler à l'attention de ceux qui se livrent journellement à ce genre de recherches.

Par conséquent, dans les cas où l'urine ne s'éclaircit pas par filtration sur papier, il faudrait avoir recours à la filtration à travers une bougie de Chamberland. On trouve dans le commerce de telles bougies, d'un diamètre plus petit que celles qui sont employées au filtrage de l'eau, et qu'on adapte facilement sur un flacon à aspiration relié à une trompe à eau. On obtient de cette façon une urine absolument limpide, dépouillée de tout micro-organisme, et qui se prête très bien aux différentes réactions de l'albumine.

(Écho. méd. du Nord.)

#### Plaie pénétrante de poitrine par armes à feu

ÉPANCHEMENT DE SANG. — TRAITEMENT PAR L'IMMOBILITÉ ABSOLUE, LA DIÈTE ET LES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL.

Par M. le docteur Lucas-Championnière,  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

L'auteur a présenté à l'Académie un blessé, guéri, dont l'histoire est intéressante et instructive à tous les points de vue.

Un homme vigoureux, en arrêtant un aliéné armé d'un revolver, fut frappé à bout portant par une balle de 11 millimètres. Le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu immédiatement et vu après par M. Championnière.

Pouls rapide et irrégulier, menaces continuelles de syncope. Agitation et un peu plus tard subdélirium.

La plaie est lavée avec de l'eau phéniquée forte puis recouverte d'un pansement iodoformé sans être explorée.

Des crachats sanglants sont rendus avec efforts.

L'auscultation, le jour de l'entrée, ne fait pas reconnaître la présence d'une nappe sanguine dans le thorax. Mais le lendemain, il existe une matité remontant en arrière, jusque vers la fosse sus-épineuse, un peu moins élevée en avant.

Le blessé, atteint d'une plaie pénétrante de poitrine avec immense épanchement thoracique, fut traité par l'immobilisation absolue, la diète, les évacuants aussitôt qu'il put les supporter.

À l'heure actuelle, il a guéri ou du moins en pleine sécurité. La matité a presque disparu. La radiographie montre que la balle qui, de haut en bas, a traversé toute la poitrine, est logée en avant de la douzième côte.

L'immobilité, la diète ont amené dans ce cas la guérison d'un homme qui semblait voué à une mort assurée.

M. Championnière pense que ce cas mérite d'être présenté, non seulement à cause du succès pour le sujet, mais pour affirmer la règle générale du traitement des plaies de poitrine.

Il rappelle l'observation curieuse prise en 1891 d'un jeune homme frappé au sommet du poumon droit par un fleuret brisé. Celui-ci fut immobilisé immédiatement dans la salle d'armes dans laquelle il avait été frappé et, malgré une plaie des plus graves avec inondation immédiate de la plèvre, guérit admirablement.

M. Championnière fait remarquer que, tandis que de nombreux blessés qui avaient des blessures pulmonaires insignifiantes sont morts rapidement après des transports ou des explorations intempestives, il a eu l'occasion d'observer les cas les plus graves qui ont été suivis de guérison.

Au contraire de ce qui se passe dans les plaies de l'abdomen pour lesquelles la tendance à l'intervention est de plus en plus marquée, il faut être pour la poitrine extraordinairement réservé. Non seulement il n'y a pas lieu d'intervenir dans l'immense majorité des cas, mais il faut éviter au patient les moindres mouvements. Rien que les déplacements pour pratiquer l'auscultation peuvent être funestes au sujet qui vient d'être frappé et il doit être examiné avec une extrême discrétion.

Cela est vrai des plaies par arme blanche et des plaies par arme à feu. Ceci soit dit-il, bien entendu, des plaies par balles de revolver, telles que nous les observons surtout dans nos hôpitaux.

Sans compter les personnalités bien connues, comme celle d'un ancien et très aimé président de l'Académie qui a de longues années porté fort gaillardement deux balles de revolver dans le thorax, les plaies par balles, assez communes dans nos hôpitaux, ont pu fournir de nombreux exemples à M. Championnière.

L'année dernière il pouvait montrer dans son service deux sujets qui, à la suite de tentatives de suicide, avaient des plaies par balles ayant traversé tout le thorax du côté gauche.

Tous deux furent apportés à l'hôpital dans un état si lamentable qu'il fallut des injections abondantes de sérum pour les soutenir pendant une période assez longue.

Malgré cela tous deux guérirent complètement.

Chez l'un deux, une balle qui avait complètement traversé le thorax et qui était logée sous la peau fut extraite après le rétablissement complet du sujet. Chez l'autre, la balle qui, d'après la radiographie, occupait derrière les côtes une situation assez analogue à celle occupée dans la radiographie présentée, fut laissée en place.

Dans les plaies pénétrantes de poitrine on obtiendra de nombreux succès en observant les conditions suivantes :

Éviter le transport du blessé et l'immobiliser d'une façon absolue ;

Défendre même la conversation, isoler le blessé d'une façon absolue ;

La boisson sera peu abondante et froide si l'hémoptysie continue ;

Évacuation intestinale aussitôt que le sujet peut être soulevé ;

Diète hydrique prolongée le plus possible ;

Injections de sérum artificiel en évitant toutefois les grosses doses ;

Calmer les douleurs et l'agitation par les injections de morphine.

Par ces moyens simples quoique difficiles à obtenir dans tout événement qui amène des blessures, on sauvera des sujets qui, au premier abord, auraient été voués à la mort et on aurait certainement sauvé de la mort un grand nombre de blessés auxquels les transports ou une médication plus active n'ont pas été refusés.

(Gaz. des Hôp.)

#### Les opérations sur le col au point de vue obstétrical.

M. Pozzi établit que les amputations du col sont d'excellentes opérations, qu'il serait désolant de faire disparaître par la crainte des complications obstétricales. Il faut seulement réagir contre une mauvaise technique opératoire.

L'opération de Schröder à un seul lambeau est idéalement parfaite puisqu'on respecte le tissu sain ; mais en pratique, il faut, pour bien la faire, une habileté technique extraordinaire.

L'amputation biconique avec lambeaux inégaux, l'interne étant plus grand que l'externe, est bien plus facile à exécuter.

Les opérations sur le col sont excellentes dans bien des cas :

1° Dans les ulcérations rebelles du col, véritables néoplasies glandulaires qui se guérissent jamais spontanément ;

2° Dans la dégénérescence scléro kystique du col qui est une cause de douleur et d'infection pour l'appareil génital ;

3° Dans les métrites chroniques avec involution tardive et gros col, l'amputation produit une sorte d'involution artificielle;

4° Les ulcérations bornées à une partie latérale du col sont traitées d'une façon parfaite par l'opération d'Emmet;

5° Dans les cols coniques sténosés, M. Pozzi considère que la stomatoplasie par évidement commissural est une excellente opération.

Dans ces cas de retrécissement congénital de l'orifice externe, et quand il y a métrite cervicale, elle permet ultérieurement la fécondation. Chez les tardipares enceintes seulement à 42 ou 43 ans, le col rigide ne se dilate pas, alors même qu'on y a pas touché.

Il est donc naturel que les mêmes phénomènes se produisent si on a fait une opération, laquelle a permis la fécondation.

M. DOLÉRIS déclare que le Schröder est la seule opération à faire, car elle répond seulement à la lésion : granulations souvent grosses comme des grains de millet, ne tarissant jamais et s'étendant fort loin.

M. Doléris a réuni 78 observations ayant trait aux conséquences de ces opérations au point de vue de l'accouchement, et dans aucun cas les résultats ne prêtent à la critique de l'intervention.

Dans bien des cas, l'amputation du col a permis la fécondation et si on a observé l'avortement ou l'accouchement prématuré, ils sont imputables non à l'opération, mais à des lésions qui existaient avant elle, et qui, parfois, n'ont été rendues manifestes que pendant la grossesse : prolapsus léger, par exemple, ou début de rétroversion.

M. Doléris conclut en disant que la trachélorrhaphie peut toujours être remplacée par une bonne opération sur le col.

C'est dans ces cas, en effet, qu'on a observé le plus grand nombre des accidents, ce qui se conçoit puisqu'on refait une primipare âgée, c'est-à-dire une véritable tardipare.

Les opérations sur le col présentent, quand elles sont bien faites, une grande utilité au point de vue obstétrical, puisque, dans un grand nombre de cas, ce sont elles qui ont permis la conception.

M. VARNIER présente une pièce tendant à prouver que les opérations pratiquées sur le col sont dangereuses.

C'est un utérus qui s'est rompu au cours de la plus facile des versions. La malade est morte d'hémorragie malgré un tamponnement serré qui avait semblé arrêter l'écoulement de sang.

La rupture utérine s'étend de 5 centimètres dans le col et a son point de départ dans une cicatrice inodulaire qui date d'un des accouchements antérieurs de la malade.

Le froncement de l'orifice interne par cette cheville fibreuse cicatricielle a été le point de départ de la rupture du segment inférieur.

Il est certain que si cette femme avait subi une opération de Schröder ou d'Emmet, on aurait été tenté d'incriminer l'opération plastique comme cause de la rupture utérine.

M. Varnier demande à M. Lepage s'il peut lui donner l'explication de la rupture prématurée des membranes qu'il a observée à la suite des opérations sur le col, car ce fait lui paraît incompréhensible.

M. DOLÉRIS montre qu'on peut fort bien agir sur les cols qui ont été déchirés, comme dans le cas que vient de rapporter M. Varnier. Pour les réparer, il suffit de les dilater : on voit alors un canal dont les deux parois sont absolument inégales.

Il faut alors inciser très haut, enlever tout le bloc malade, aller jusqu'à ce qu'on ait sous le doigt un muscle rosé et élastique.

(Société obstétricale et de gynécologie, Paris.)

#### De l'efficacité de l'arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne.

par le Dr Léon MABILLE, de Reims.

L'utilité de la médication thyroïdienne n'est plus à démontrer. Elle est souveraine dans le myxœdème et peut être très utile dans toutes les affections où il est avantageux d'activer certains processus de dénutrition.

Cette médication n'est cependant pas sans offrir parfois de très sérieux inconvénients. Tous les praticiens connaissent les phénomènes d'intolérance et même d'intoxication qui constitue le thyroïdisme. Ce sont une polyurie abondante, et l'agitation du tremblement, de la céphalgie, une sensation de vertige et d'anxiété respiratoire précédée de palpitation fréquentes. Les troubles respiratoires vont parfois jusqu'à la dyspnée. Souvent existe aussi d'incessantes démanagements.

Le Dr Mabile de Reims a eu l'occasion de constater que l'administration simultanée de liqueur de Fowler et d'iodothyre (de Boyer) — préparation qu'il considère comme la plus constante — met le sujet à l'abri des phénomènes d'intoxication.

Ce fait qu'il observa chez une goitreuse de 42 ans fut confirmé par des recherches expérimentales. L'auteur soumit différents animaux aux deux traitements. Chaque expérience portait sur deux animaux de poids aussi uniformes que possible. L'un était soumis à la médication thyroïdienne pur, l'autre à la médication mixte : iodothyre Boyer et arsenic. Les mêmes doses d'iodothyre furent administrées et tandis que le premier sujet mourait au bout d'un temps assez court, le second se maintenait fort bien et parfois augmentait même en poids. L'association de l'arsenic empêche les phénomènes d'excitation, de tremblements, la perte de l'appétit et les troubles gastro-intestinaux. Elle est donc à conseiller dans tous les cas où le traitement thyroïdien doit être suivi avec rigueur : myxœdème, goître, les troubles quelconques se rapportant à une lésion du corps thyroïde. L'auteur s'en est bien trouvé également dans un cas de rhumatisme déformant où sous l'influence de la médication ; mixte les ostéophytes se résorbèrent et les douleurs disparurent.

Les expériences de laboratoire démontrent que ce traitement ne peut avoir qu'une très faible influence dans le traitement de l'obésité. Celle-ci est du reste tellement variable dans ses origines qu'un traitement uniforme ne peut lui être appliqué. Il faut la modifier en agissant sur les éléments qui en sont cause.

(Progrès méd. belge.)

#### Du nœud chirurgical.

Par le docteur d'HOTMAN DE VILLIERS.

Je désire vous démontrer, comme le professeur Soubottine, de Saint-Petersbourg, me l'a prouvé, le peu de sécurité que le nœud chirurgical offre en général, surtout dans les ligatures utérines, annexielles et toutes autres où il faut déployer une certaine force pour la stricture.

Que l'on se serve de la soie, du catgut ou du crin de Florence (toutes questions d'antisepsie, de préparation et de conservation étant considérées comme excellentes), l'on pourra facilement constater, par la petite expérience que je fais devant vous et que vous pourrez répéter "ad libitum", le peu de solidité qu'offre ce mode de stricture.

Avec cette scie de moyenne grosseur (de Triollet), n° 4 ou 5, et faisant le nœud simple autour de ce bâton de plume et, "a fortiori", en enserrant n'importe quel tissu, malgré toute la force que je déploie, je n'arrive pas à casser le fil, tandis qu'en faisant le nœud chirurgical, vous voyez par vous-même avec quelle facilité le fil se brise.

Ce fait s'explique assez facilement : en examinant de près le point de rupture de la soie, on voit clairement qu'il s'est produit à ce niveau une véritable usure du fil par une sorte de mouvement



de scie. La traction augmentant, le fil s'est rompu au point usé.

Ce fait pourrait expliquer dans une certaine mesure ces hémorragies secondaires pédiculaires à la suite d'ovariotomies, de salpingotomies, etc., dont la cause jusqu'ici restait introuvable.

En effet, si l'on considère la force que le chirurgien déploie habituellement pour serrer ce fameux nœud chirurgical autour d'un pédicule quelconque et, si vous voulez regarder, lorsque le second et même un troisième nœud auront été faits, le peu de solidité du fil aux deux points extrêmes du nœud chirurgical, vous comprendrez aisément qu'un effort de vomissement, une contraction quelconque peuvent facilement en amener la rupture; c'est ce qui se passe probablement dans la production de ces hémorragies secondaires. Le chirurgien, absolument sûr de sa ligature, referme le ventre de la malade avec une entière sécurité, ne se doutant nullement que le moindre effort se produisant chez sa malade amènera la rupture du fil à moitié usé par la stricture.

A mon avis, le nœud simple offre beaucoup plus de garantie, de solidité et une sécurité bien plus grande, surtout, si l'on prend soin de laisser une quantité suffisante de tissu sur la partie libre du moignon pour empêcher la ligature de glisser.

La stricture parfaite, il est vrai, est un peu plus difficile à faire avec le nœud simple, mais avec un peu de patience on y arrive sans trop de peine, surtout en faisant usage de soies ou de catgut tressés, qui sont beaucoup moins glissants entre les doigts et qui s'enchevêtrent aisément. Pour résumer: le nœud chirurgical n'offre presque pas de solidité, peu de sécurité et peut causer parfois de graves complications.

(Journal de méd. de Paris)

#### Influence de l'époque de la ménopause sur la marche des maladies du cœur.

Les observations recueillies pendant 5 ans à l'hôpital Nicolas, par M. KOSTKEWICZ, l'ont amené aux conclusions suivantes.

- 1) La ménopause s'accompagne chez certaines femmes de l'apparition d'une névrose fonctionnelle cardio-vasculaire.
- 2) Les névroses cardio-vasculaires de l'époque de la ménopause, s'ajoutant aux vices organiques du cœur, peuvent produire un affaiblissement rapide des propriétés fonctionnelles du cœur et mener à une issue fatale.
- 3) Chez 5 0/0 des femmes arrivées à l'époque de la ménopause et atteintes des maladies organiques du cœur, les névroses fonctionnelles constituent une des causes les plus proches et les plus importantes qui mènent à l'asystolie.
- 4) Ce sont les malades atteintes d'artério sclérose sans lésions valvulaires qui résistent le plus longtemps aux influences morbides de l'âge critique; les malades atteintes d'insuffisance aortique viennent ensuite. Ce sont les malades qui portent une lésion de l'orifice veineux gauche ou de la valvule mitrale qui sont le plus prédisposés aux troubles de compensation.
- 5) Parmi les symptômes objectifs, observés chez ces malades, on remarque une dilatation plus ou moins considérable des cavités cardiaques, de la tachycardie, de l'arythmie et une dilatation de l'aorte. Tous ces phénomènes ne sont nullement proportionnels au degré de l'artério-sclérose.
- 6) La maladie dans sa marche présente des accès correspondant à chaque période menstruelle, et séparés les uns des autres par des périodes d'améliorations. Petit à petit ces accès deviennent de plus en plus longs et les intervalles d'amélioration se raccourcissent de plus en plus. Dans certains cas ces accès menstruels s'allongent jusqu'à faire disparaître complètement les intervalles d'amélioration: La maladie gagne du terrain et mène quelquefois à une mort rapide. L'apparition des règles s'accompagne d'habitude d'une amélioration subjective et objective et raccourcit notablement la durée des accès.

7) Les névroses cardio-vasculaires de l'époque de la ménopause sont profondément influencées par les conditions dans lesquelles se trouvent les malades. Tout ce qui mène à une débilitation de l'organisme, comme des émotions morales, un travail physique pénible, etc., influencent considérablement l'état des malades en renforçant les phénomènes morbides propres à l'époque de la ménopause.

(Archives russes de pathologie et Abeille méd.)

#### De la phlegmatia alba dolens des suites de couches.

— Pour le professeur Pinard, la phlegmatia alba dolens est une phlébite infectieuse d'origine utérine qu'elle apparaisse à la suite d'un avortement ou à la suite d'un accouchement. La cause maladie est le streptococcus pyogènes.

Voici le traitement formulé par M. Pinard:

- (A) *Traitement curatif.* — 1° Immobiliser le membre dans une gouttière en plan incliné;  
 2° Calmer les douleurs, quand elles existent, à l'aide d'injections de morphine;  
 3° Injecter le sérum antistreptococcique tant que dure l'hyperthermie;  
 4° Envelopper le membre avec une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, jusqu'à l'apparition d'une éruption.  
 5° Faire garder le lit pendant un mois après la dernière élévation de température contemporaine du début de la phlegmatia;  
 6° Faire porter un bas ou caleçon élastique dès le premier jour où la malade se lèvera.

(B) *Traitement prophylactique.* — 1° Antisepsie plus sévère que jamais pendant l'accouchement, surtout chez les prédisposées: albuminuriques, femmes ayant eu des hémorragies, etc.;

2° Injections préventives de sérum antistreptococcique chez les femmes ayant eu déjà des phlegmatia alba dolens lors d'accouchements antérieurs, ou appartenant à des familles où la phlegmatia paraît être pour ainsi dire la suite fatale de chaque accouchement.

(Bull. méd. de Paris, et Lyon méd.)

#### Des douleurs dorsales dans les névroses traumatiques; par SCHUSTER, Berlin. Klin. Woch.

— Sur 190 malades victimes de traumatisme, Schuster a trouvé 40 fois une douleur dorsale ou lombaire. Ces recherches ont porté sur trois catégories de malades; 1o les hypocondriaques, hystériques et neurasthéniques; 2o les malades atteints de maladie de Rummel; 3o un groupe d'affections fonctionnelles.

Chez les malades du premier groupe, la douleur dorsale n'occupe guère le premier plan; les malades peuvent fléchir la colonne vertébrale et gagner leur vie par leur travail.

Dans les cas de Rummel, il s'agit de malades victimes de traumatismes rachidiens; après quelques jours de repos ils peuvent reprendre leur travail; mais au bout de quelques semaines ou mois apparaîtront des douleurs dorsales et intercostales, des troubles de motilité des membres, une cyphose, et une sensibilité extrême à la pression.

Le troisième groupe comprend des malades qui avaient fait une chute ou reçu un traumatisme violent au dos. La douleur était le symptôme prédominant de leur état. A côté se montrent d'autres symptômes. La colonne vertébrale présente une raideur anormale; la lordose lombaire, et la cyphose thoracique s'effacent; le malade ne peut se plier qu'en fléchissant les genoux et les hanches; le malade marche à petits pas, à la colonne vertébrale raidie; beaucoup de malades portent un corset; jamais de gibbosité. La douleur à la pression n'est pas localisée à un point, mais s'étend à toute la colonne lombaire et au sacrum. Les muscles extenseurs du tissu sont contracturés. Cette forme morbide semble devoir être rapprochée de l'kystérie.

(Le Progrès méd.)

**Emploi d'un pansement humide à l'alun et à l'acétate de plomb dans le traitement de l'ulcère de jambe.**

M. J. Marcuse (de Mannheim) a traité avec succès 46 cas d'ulcère de jambe par l'application de compresse imbibées d'une solution d'alun et d'acétate de plomb, qui porte en Allemagne le nom de liqueur de Burow, et dont voici la formule :

Alun pulvérisé.....	5 grammes
Acétate de plomb.....	25 —
Eau distillée.....	500 —

F. S. A. — Usage externe.

Après avoir plongé des bandelettes de gaze hydrophile dans ce liquide (qu'on a soin d'agiter au préalable, car il s'y forme souvent un précipité de sulfate de plomb), on les exprime légèrement et on les applique sur la plaie, pliées en 3 ou 4 doubles. Quelques compresses de gaze également imbibées de liqueur de Burow sont ensuite disposées par-dessus, de façon à dépasser largement les limites de l'ulcère ; on recouvre ces compresses d'une étoffe imperméable et on fixe le tout au moyen d'une bande de tarlatane, enroulée de manière à exercer partout une compression uniforme. Le pansement est renouvelé plus ou moins fréquemment, suivant le cas.

Grâce à ce traitement, associé au repos absolu, notre confrère a vu guérir, en l'espace de 2 à 9 semaines, même des ulcères invétérés. Il a pu aussi obtenir la cicatrisation définitive de la lésion chez des sujets qui ne voulaient ou ne pouvaient garder le lit ; mais, dans ces cas, la guérison a été naturellement plus tardive.

(Sem méd.)

**Traitement du rhumatisme articulaire.**

par Gilbert BALLANTINE.

— Certains cas d'arthrite rhumatismale résistent aux moyens thérapeutiques usuels et il est parfois impossible de les soulager. Ce sont ceux où il s'agit de lésions définitivement constituées. Le traitement ne réussit, en effet, qu'en cas de lésions articulaires peu avancées, susceptibles de disparaître par résorption. Etant admise la nature infectieuse de l'affection, c'est aux antiseptiques généraux qu'il convient de s'adresser. L'auteur s'est adressé à ceux du groupe des phénols et s'est arrêté à la créosote, dont il a expérimenté trois dérivés : a) le créosotal (ou carbonate de créosote), corps huileux, se décomposant dans l'intestin en créosote et en acide carbonique ; b) le carbonate de gaïacol, poudre blanche, insoluble, dépourvue de goût et d'action caustique ; c) le benzozol (ou benzoylgaïacol), corps sans saveur ni odeur, se décomposant dans l'estomac en gaïacol et acide benzoïque.

L'auteur donne la préférence au carbonate de gaïacol, facile à administrer en cachets ou en pilules. Ce médicament agit très favorablement sur l'arthrite ; il diminue les douleurs et le gonflement, et procure du bien être au malade. Quant à son mode d'action, l'auteur pense qu'il agit localement sur le tube digestif pour éliminer les toxines et favoriser ainsi la guérison. Il est contre-indiqué en cas de néphrite. Le traitement local de l'arthrite est fort important : l'huile gaïacolée, appliquée matin et soir sur les jointures malades, réussit très bien. L'auteur n'a jamais observé d'effets toxiques par son emploi. En cas d'érythème, il faut suspendre ces applications.

(Edinburgh Medical Journal.)

**FORMULAIRE**

**Mixture contre la constipation opiniâtre.**

Podophylina.....	15 centigrammes
Essence de gengen-bre.....	8 grammes
Alcool.....	60 —

Mélez. A prendre une cuillerée à café tous les soirs ou tous les deux à quatre soirs dans un quart de verre d'eau.

(Journal de méd. de Paris)

**Traitement de l'alopecie syphilitique.**

L'alopecie du début de la syphilis guérit habituellement avec facilité, à l'aide de quelques lotions excitantes du cuir chevelu. Mais l'alopecie en clairière est souvent longue à guérir. Aussi faut-il, comme le conseil M. le docteur Gaucher, tenir les cheveux courts et faire des lotions fréquentes avec une solution excitante :

Sublimé.....	0 gr. 20
Hydrate de chloral.....	4 —
Résorcine.....	2 —
Huile de ricin.....	1 —
Alcool à 90°.....	150 —
Teinture de quina.....	50 —

Il faut prévenir les malades que la teinture de quina, appliquée journellement, peut rougir momentanément les cheveux.

(J. des Praticiens.)

**OUVRAGE RECU**

**SCIENTIA**

**Exposé et développement des Questions scientifiques à l'ordre du jour.**

Recueil publié sous la direction de MM. Appelli, Cornu, d'Arsonval, Friedel, Lippman, Moissan, Poincaré, Potier, membres de l'Institut pour la partie physico-mathématique et sous la direction MM. Balmiani, professeur au collège de France, d'Arsonval, Filhol, Fouqué, Gaudry, Guinard, Mar y, Milne-Edwards, Membres de l'Institut pour la partie biologique.

Chaque fascicule comprend de 80 à 100 pages in-8° écu, avec cartonnage spécial, prix du fascicule : 2 francs.

On peut souscrire à une série de 6 fascicules (*Série physico-mathématique* ou *Série biologique*) au prix de 10 francs.

A côté des revues périodiques spéciales enrégistrant au jour le jour le progrès de la Science, il nous a semblé qu'il y avait place pour une nouvelle forme de publication, destinée à mettre en évidence, par un exposé philosophique et documenté des découvertes récentes, les idées générales directrices et les variations de l'évolution scientifique.

A l'heure actuelle, il n'est plus possible au savant de se spécialiser ; il faut connaître l'extension graduellement croissante des domaines voisins : mathématiciens et physiciens, chimistes et biologistes ont des intérêts de plus en plus liés.

C'est pour répondre à cette nécessité que, dans une série de monographies, nous nous proposons de mettre au point les questions particulières, nous efforçant de montrer le rôle actuel et futur de telle ou telle acquisition, l'équilibre qu'elle détruit ou établit, la déviation qu'elle imprime, les horizons qu'elle ouvre, la somme de progrès qu'elle représente.

Mais il importe de traiter les questions, non d'une façon dogmatique, presque toujours faussée par une classification arbitraire, mais dans la forme vivante de la raison qui débat pas à pas le problème, en détache les inconnues et l'inventorie avant et après sa solution, dans l'enchaînement de ses aspects et de ses conséquences. Aussi, indiquant toujours les voies multiples que suggère un fait, scrutant les possibilités logiques qui en dérivent, nous efforcerons-nous de nous tenir dans le cadre de la méthode expérimentale et de la méthode critique.

Nous ferons, du reste, bien saisir l'esprit et la portée de cette nouvelle collection, en insistant sur ce point, que la nécessité d'une publication y sera toujours subordonnée à l'opportunité du sujet.

—:o:—

## Travaux Originaux

### La prévention et le traitement de l'utérus. (1)

par M. A. LAPHORN SMITH, B. A., M. D., Laval, M. R. C. S.

*Professeur de Gynécologie clinique à l'Université Bishop, Montréal*

Dans son opinion, l'auteur dit que le cancer de l'utérus n'est pas une maladie héréditaire, vu que dans plus de la moitié de ses cas, il n'en a trouvé aucune trace dans l'histoire de la famille, à partir de trois générations en arrière. Ceci peut froisser l'opinion de ceux qui ont été séduits à croire à la tradition de son hérédité, aussi bien qu'à ceux qui croient à l'hérédité de la consommation, après qu'on leur ait dit que c'était une maladie contagieuse, comme c'est maintenant admis. Il a été prouvé par plusieurs expériences que le cancer de l'utérus était une maladie contagieuse, probablement due à un microbe ne se développant pas dans un tissu sain, mais qui se cultive plus facilement dans un tissu de moins de vitalité, comme les cicatrices ou tout autre tissu dont la vitalité est moindre.

**Moyens préventifs.** — L'auteur a remarqué que le cancer est plus fréquent et augmente dans les contrées où l'on ne prête pas d'attention aux lacérations du col, tandis qu'il devient beaucoup plus rare dans celles où les lacérations sont promptement réparées. Il est de rigueur dans sa pratique ou à l'hôpital d'opérer tous cols lacérés qu'il rencontre, avec ce résultat que, sur au delà de cinq milles cas, dont il a une histoire complète, il y en a pas moins de vingt-cinq dont il n'a pas opéré les lacérations. Si nous croyons, comme l'a démontré le Dr Emmet, que le cancer du col débute presque toujours dans le tissu cicatriciel de l'angle de la plaie, alors en enlevant ce tissu cicatriciel et en réparant la lacération, nous mettrions arrêt à cette cruelle maladie. Encore plus, si c'est une maladie contagieuse, comme cela doit être, si elle est due à un microbe, les chirurgiens et les garde-malades devraient prendre la précaution de se désinfecter les mains après avoir touché aux patients cancéreux. L'auteur connaît trois cas survenus chez des garde-malades qui prenaient soin de malades morts de cancer. Il n'y avait dans l'histoire de leur famille aucun cas d'hérédité. Quand la contagion sera plus reconnue, il sera encore plus facile de l'arrêter en isolant les malades.

**Traitement.** — Si cette maladie était toujours reconnue en temps, quand elle est encore limitée à l'angle de la déchirure ou à la muqueuse de l'utérus, l'extirpation totale serait dans la plupart des cas suivie de guérison. Il est reconnu que la plupart de ces femmes ne consulte pas le médecin dans la première période de leur maladie; tandis que dans les cas où ce dernier est consulté, soit qu'il manque souvent de reconnaître la maladie ou il n'envoie pas sa patiente assez promptement à un spécialiste pour hystérectomie vaginale. Si, sur les cent-milles médecins de ce continent, chacun d'eux faisaient comprendre à cent-cinquante mères que les hémorragies de la ménopause ne sont pas naturelles, mais qu'au contraire, elles constituent un des premiers et des plus graves symptômes de cancer, alors, l'hystérectomie vaginale serait faite de beaucoup plus à bonne heure et les résultats seraient en proportion bien plus satisfaisants.

(1) Extrait d'un travail lu devant le " American Medical Association " Colombus, 6 juin 1899.

Dans le cas où l'organe est franchement mobile, quand bien même que la maladie l'aurait envahit en entier, l'hystérectomie vaginale avec ligatures donnera de bons résultats. S'il est moins mobile, la méthode des clampes est plus facile. S'il est complètement fixe et si la maladie s'est étendue aux ligaments larges, l'auteur préfère un curetage complet avec application rigoureuse d'acide carbolique pure sur la muqueuse et ensuite de faire l'amputation du col (méthode de Schroeder). Avant de terminer l'opération il est bon de cautériser bien légèrement avec le thermo-catère afin de détruire les microbes. Ce traitement a pour effet de prolonger la vie de deux à cinq ans. Dans tous les cas il est important de désinfecter toute surfaces lésées.

## REVUE DES JOURNAUX

### La phlegmatia alba dolens.

M. le prof. Pinard. — *Clinique Baudelocque*

Je veux vous parler d'une femme qui va quitter notre service, et qui a présenté pendant son séjour ici un accident que vous voyez rarement, qui s'éteint de plus en plus.

Il s'agit d'une femme enceinte de deux mois et demi qui est venue à la clinique perdant du sang et présentant une température au-dessus de la normale, elle faisait une fausse couche et avait une infection de l'ovif et de l'utérus. Je passe rapidement sur l'observation. Immédiatement on évacua l'utérus, et pendant quelques jours la température fut normale, quand, un soir, la femme se plaignit d'une impotence dans le membre inférieur gauche et d'un peu de douleur; le lendemain l'impotence était plus marquée, la douleur était plus forte, en même temps il y avait élévation de température et l'on vit un des membres inférieurs s'œdématiser; la température revint à la normale pendant cinq jours, puis nouvelle ascension, prise de l'autre membre. Qu'a eu cette femme? Une double phlegmatia alba dolens. Déjà vous noterez qu'il ne faut pas dire que cette affection survient seulement chez les femmes qui ont accouché à terme, elle survient pendant la seconde période de la puerpéralité, j'insiste sur ce point parce qu'il vous montre que la phlegmatia ne s'observe pas pendant la grossesse, mais après l'accouchement ou l'avortement. Pendant la grossesse, au point de vue des affections veineuses, on ne trouve, en dehors de l'ulcère qui est extrêmement rare, même chez les femmes qui ont de grosses varices, que la périphlébite qui est une chose différente de la phlegmatia.

Au commencement de l'année scolaire, nous avons eu dans le service une autre femme qui accouchait à terme. C'était une primipare qui avait eu, pendant sa grossesse, de l'albumine en grande quantité dans les urines, qui n'avait pas été soignée et qui avait eu chez elle des attaques d'éclampsie. Elle vint donc dans notre service, et, malgré le régime lacté, elle continuait à avoir 4 à 6 gr. d'albumine par jour. Elle accoucha d'un enfant pesant 2870 gr.; elle eut des suites de couches normales, tout allait bien quand, au bout de huit ou dix jours, elle présenta une infection localisée dans un membre inférieur puis dans l'autre, malheureusement elle mourut.

Je tenais à vous rappeler cette observation pour vous montrer que chez une albuminurique ayant accouché dans les meilleures conditions, une phlegmatia peut survenir, phlegmatia double pouvant se compliquer d'accidents capables d'entraîner la mort. Ceci vous montre qu'il existe à cette affection une certaine prédisposition, un terrain favorable sur lequel elle peut évoluer et se renforcer.

Qu'est-ce que cette phlegmatia alba dolens? Je ne vous furai

pas ici l'historique de cette question. C'est une affection qui a toujours existé et qui a été observée par les anciens accoucheurs, par Mauriceau, par Puzos ; ces auteurs admettaient qu'il s'agissait d'un œdème et d'une métastase laiteuse. C'est Davis qui, en 1823, montra qu'il s'agissait en réalité d'une affection veineuse. C'était un pas. Cependant cette localisation n'a pas été admise par tout le monde, Weight et Jaccoud ont fait revivre la théorie lymphatique, mais Renaut (de Lyon) a montré que la lymphangite ne pouvait déterminer de l'œdème qu'elle faisait au contraire disparaître. Donc, ce sont les veines ; mais pourquoi sont-elles malades et comment ? Pendant longtemps régna la théorie de la trombose primitive, émise pour la première fois non pas par Virchow mais par Bouchut puis Virchow. Je vous engage à lire sur ce sujet la thèse d'agrégation de M. Troisier, de 1880. Doléris, qui a fait des études sur la même question, parle de l'infection par un agent pathogène, Hutinel soutenait la même opinion, mais il faut arriver jusqu'à la thèse de Widal pour trouver la lumière complète au point de vue de la pathogénie. Widal a démontré que la trombose n'est pas l'accident primitif, que la cause est un microbe. Comment ce microbe arrive-t-il à déterminer cette affection du côté des membres inférieurs ? Widal a donné la conclusion suivante : Une des trombose physiologiques qui se fait dans l'utérus et à la fin de la grossesse, au niveau de l'insertion du placenta, s'infecte, le microbe y cultive, détermine de l'endophlébite et cette endophlébite va, de par sa présence, former un caillot, caillot qui va s'infecter secondairement. Dans d'autres cas, il se fait une véritable infection par la voie sanguine, l'agent pathogène pénètre dans le sang, se fixe dans tous les points du corps, et l'on voit apparaître une phlébite des veines des membres supérieurs, des veines du crâne et surtout du foie : c'est là l'infection généralisée. Quel est maintenant cet agent pathogène ? M. Widal n'a trouvé que le streptocoque, cependant chez cette femme qui est morte et dont je vous ai rapporté très brièvement l'observation, M. Paquy a fait l'autopsie avec M. Marmorek et ils ont pu reconnaître que les veines iliaques externes étaient oblitérées et, au niveau des caillots, les cultures ne donnèrent que du coli-bacille, quelques jours plus tard quelques chaînettes de streptocoques, mais du côté opposé il n'y avait que du coli-bacille, ce qui prouve que ce bacille peut être prédominant ou associé avec le streptocoque.

Deux mots de l'étiologie, toujours au point de vue clinique. J'admets que la cause est toujours un microbe, mais les microbes existent chez toutes les femmes, quelques précautions que nous prenions ; ils existent chez les vierges ; il faut donc reconnaître qu'il existe des causes prédisposantes, favorisants, chez certaines femmes, l'infection. Chez notre femme l'albuminurie créait précisément ce terrain, cette prédisposition. Je connais, pour ma part, des femmes dont les mères, dont les sœurs ont eu des phlébites, malgré toutes les précautions prises, femmes qui ont elles-mêmes une terreur de la phlegmatia, et celle-ci peut néanmoins survenir, je le répète, malgré toutes les précautions. Cela ne vous empêchera pas de prendre les précautions voulues, et l'on a eu raison de décrire les formes atténuées de la phlegmatia ; d'ailleurs, depuis l'antisepsie, cet accident est infiniment moins fréquent, mais vous vous souviendrez qu'il existe une question de prédisposition qui, quelquefois, joue un rôle extrêmement important.

J'arrive maintenant à la fréquence. Nous sommes très mal placés pour établir cette fréquence. J'ai rassemblé avec M. Wallich 29 cas de phlegmatia, dans le travail que nous avons consacré au traitement de l'infection puerpérale. C'est bien ceux que nous avons observés, mais combien de femmes ont quitté notre service et ont présenté ultérieurement cet accident ! Pourquoi cela ? Parce que la phlegmatia est un accident tardif ; elle apparaît le plus souvent du douzième au seizième jour, et les femmes quittent le service vers le onzième jour. C'est un accident qui survient chez les femmes affaiblies par les hémorragies, chez les albuminuriques, chez celles

qui ont eu un commencement d'infection. Je viens de vous dire que cette affection débutait, le plus souvent, après la deuxième semaine ; exceptionnellement, elle apparaît vers le cinquième ou sixième jour, et on peut la voir survenir quarante jours et plus après l'accouchement.

Et la symptomatologie ? La phlegmatia apparaît, le plus souvent, alors que les suites de couches paraissent normales, alors que les femmes ont présenté, le deuxième ou troisième jour, une petite élévation de température ou même rien ; le cinquième, sixième, septième, huitième, dixième ou douzième jour, tout est normal ; puis, la femme éprouve de la difficulté à soulever un membre, il y a une impotence fonctionnelle particulière de ce membre, puis la douleur se montre au niveau du mollet ou au niveau de la racine de la cuisse, douleur plus ou moins vive, capable quelquefois de faire pousser des cris à la malade. En même temps se montrent deux symptômes locaux : un œdème et une élévation de température locale sur laquelle on insistait Peter et Damaschino. Puis l'œdème augmente, on constate de l'accélération du pouls, de l'hyperthermie générale. Cette température générale revient à la normale, on peut constater ensuite une nouvelle ascension, et le membre sain se prend à son tour. Sur les 29 cas que nous avons observés, il y a 6 cas de phlegmatia double. Presque toujours, c'est le membre inférieur gauche qui est pris, puis le droit. Généralement, l'élévation de température dure quatre, cinq, six jours aujourd'hui ; mais, autrefois, elle durait des mois ; les femmes devenaient infirmes, quand elle ne mouraient pas. Quant au cordon noueux, dur, sur lequel les auteurs insistent tant, je ne l'ai jamais senti : je ne dis pas qu'il n'existe pas, mais, je vous le répète, je ne l'ai jamais senti, et je ne vous conseille pas de le chercher, de crainte de mobiliser un caillot. A côté des signes déjà décrits, il y a des signes que j'appelle signes précurseurs, et qui, apparaissent au début et au cours de la phlegmatia alba dolens. C'est une femme qui est accouchée, et qui, au bout de dix, douze jours, présente un point de côté extrêmement violent. En auscultant, on ne trouve pas grand'chose, quelquefois des râles, et, pendant quelques jours, la femme présente des phénomènes qui font commettre les plus grosses erreurs de diagnostic ; j'ai vu de mes Maîtres faire le diagnostic de pneumonie, de pleurésie avec épanchement, de pleurésie sèche, d'apoplexie pulmonaire. Pourquoi d'apoplexie pulmonaire ? Parce que la femme a des crachats hémoptoïques, et on voit apparaître en même temps une phlegmatia. Je crois que ce sont de petites embolies quelconques infectieuses qui ne ressemblent en rien à de grandes embolies capables de tuer la femme, et qui déterminent de petites apoplexies pulmonaires. Je n'insisterai pas ; l'œdème peut prendre des proportions énormes, et l'hydarthrose existe dans 95 0/0 des cas.

Je passe par-dessus le diagnostic, et j'en arrive au traitement. Le traitement prophylactique, vous le connaissez. D'après ce que nous savons de la pathogénie, nous ne pouvons pas agir directement sur l'agent pathogène. Cependant, est-ce que nous ne pouvons pas aujourd'hui entrer dans cette voie, et est-ce que chez une femme prédisposée, chez une femme suspecte, on ne peut rien faire ? Vous savez que nous faisons ici des injections de sérum anti-streptococcique préventives ; je l'ai fait en clientèle dans deux cas où la phlébite avait déjà existé lors d'accouchements antérieurs, et qui n'a pas reparu ; puisque ces injections ne peuvent pas faire de mal, je vous conseille donc de les employer préventivement à raison de 20 centimètres cubes par jour, pendant dix à douze jours, chez les femmes suspectes. Mais la phlegmatia existe, que faut-il faire ? Ici, nous employons des moyens particuliers. Pourrait-on faire la même chose à la campagne ? Oui. Il y a deux choses à faire : mettre le membre au repos et calmer la douleur. D'abord, calmer la douleur, rien n'est plus simple il faut faire des injections de morphine, quelquefois matin et soir, tellement la douleur est vive ; donc morphine jusqu'à cessation de la douleur. Mettre le

membre au repos, mais le mettre au repos dans une bonne attitude ; le membre a une tendance à se fléchir et à reposer sur sa face externe ; il doit être placé dans la rectitude, sur un plan incliné, le pied étant plus élevé que la racine ; point n'est nécessaire d'avoir une gouttière spéciale, avec un sac de balle d'avoine de dimensions convenables, dont la plus grande épaisseur doit être du côté du talon et sur lequel on ménage, avec la main, une gouttière ; on réalise les meilleures conditions pour maintenir la jambe en bonne position. Maintenant, peut-on faire quelque chose pour hâter la résolution ? Autrefois, on employait l'onguent napolitain belladonné ou un liniment quelconque et de l'ouate. Nous y avons renoncé depuis longtemps, et, d'après les observations que nous avons, nous sommes sûrs d'avoir abrégé la durée de la maladie. Il faut recouvrir le membre avec des compresses mouillées constamment avec une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. Au bout de quelques jours, on voit survenir une éruption miliaire, des petits boutons qui causent des démangeaisons ; quelquefois, les boutons, sont plus gros et rappellent l'éruption de la variole ; généralement, au moment de cette éruption, qui se montre cinq ou six jours après le début du traitement, la fièvre et la douleur disparaissent. Nous faisons, en même temps, les injections de sérum. Ceci dit, voici une femme qui n'a plus de fièvre, plus de douleur, dites-vous bien qu'il y a un danger redoutable, toujours à craindre, une épée de Damoclès toujours suspendue : c'est l'embolie. Que faut-il faire pour éviter l'embolie ? Il faut éviter les mouvements brusques, tout ce qui peut déterminer des efforts ; c'est dire que les frictions que l'on recommandait autrefois sont dangereuses ; c'est dire que le repos doit être absolu et la maladie ne doit pas se remuer, même pour ses besoins, mais cela jusqu'à quand ? J'ai l'habitude de permettre de descendre du lit trente jours après la dernière élévation de température ou depuis le début de la défervescence ; c'est peut-être trop, mais après ce délai, je n'ai plus jamais observé d'accidents ; on peut alors permettre à la femme de descendre doucement. On fait fonctionner la peau par des lotions, non pas par des frictions, par des lotions aromatiques ; plus tard, quand la femme se lèvera, pendant plusieurs jours, elle aura un oedème dont il ne faudra pas vous effrayer ; c'est un oedème purement mécanique qui disparaît le matin après le repos ; vous pourrez, d'ailleurs, faire porter un bas élastique à la femme. Quant à l'hydarthrose, elle provoque quelquefois des raideurs articulaires. MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage en ont publié deux observations, et, dans un cas où je fus consulté par M. Lepage, je n'hésitai pas à recommander, après quelques mois, le massage qui, dans le premier mois, serait dangereux. Enfin, certaines femmes, après l'usage du bas élastique, présenteront longtemps, des mois après leur affection, un oedème persistant ; c'est à elles qu'il faut conseiller, si elles peuvent s'y rendre, Bourbonne, Bagnère-de-Lorme, Luxeuil. C'est ainsi que dans les cas de phlegmatia alba dolens vous rendrez de grands services à vos malades.

(L'Indépendance méd.)

#### De la dyspnée toxi-alimentaire. — Son traitement.

par M. le Dr H. HUCHAND.

Messieurs,

Arrêtons-nous quelques instants sur ce malade qui vient depuis quelques mois à ma consultation.

Ce qui l'a engagé à venir à l'hôpital, c'est qu'il était gêné pour respirer quand il faisait quelque effort ; de plus, il était privé de sommeil par le fait de son oppression.

Il avait le visage pâle ; il n'avait jamais eu d'oedème des jambes.

Ses urines ne contenaient pas d'albumine.

Il avait un bruit de galop ; il l'a encore aujourd'hui.

Remarquez combien M. Potain a raison de dire que le bruit de

galop consiste en une sensation tactile bien plutôt qu'en un bruit. Vous avez vu, en effet, que ma main, embrassant la région précordiale, était soulevée par les battements du cœur suivant un rythme rappelant celui du bruit du galop ; quand j'ai retiré ma main, vous avez même vu la paroi du thorax agitée suivant ce rythme.

La diagnostic posé a été celui de *dyspnée toxi-alimentaire* et j'ai dit à l'homme de suivre le régime lacté absolu, c'est-à-dire de ne s'alimenter qu'avec du lait, avec trois litres et demi par jour puisque telle est la quantité nécessaire pour que le lait constitue une nourriture suffisante.

Après quelques jours de traitement, l'oppression a disparu, le sommeil est revenu. Et aujourd'hui, le malade se trouve assez bien pour que je lui permette les légumes tant qu'il en voudra manger — la viande restant interdite et le retour au lait étant rigoureusement prescrit en cas d'oppression.

Cet homme se plaignait donc d'une gêne respiratoire intense qui se manifestait dans la marche, lors d'une montée d'escalier, à propos d'un travail quelconque et qui la nuit, survenait spontanément, procurant une insomnie des plus pénibles.

Rappelez-vous ce fait et quand vous interrogerez des malades semblables à celui-ci, ne soyez pas surpris d'en trouver huit sur dix qui vous demanderont de les faire dormir. Si vous en rencontrez qui prétendent dormir, enregistrez leur affirmation, mais soyez sûrs qu'un moment viendra où la dyspnée s'accompagnera d'insomnie.

Et alors, les malades ne dormant pas parce qu'ils respirent mal, vous voudrez les faire respirer : en cela, vous réussirez entièrement, si vous conseillez le régime du lait ; c'est de cette façon que le lait devient un excellent hypnotique.

Mais si, étant ignorants de la cause de l'insomnie, vous la combattez avec le chloral, le sulfonal, le trional, non seulement vous échouerez, mais vous augmenterez encore les malaises de votre client parce que vous aurez ajouté une nouvelle substance toxique à celles qui causaient la dyspnée et secondairement l'insomnie.

Donc, en présence d'une dyspnée toxi-alimentaire, vous devez ordonner le lait à vos malades et vous pouvez leur dire qu'après trois jours de régime, leur respiration sera devenue plus facile et leur sommeil aussi. Par contre, abstenez-vous soigneusement d'hypnotiques, qui ne feraient qu'aggraver l'insomnie, symptôme satellite de la dyspnée.

Qu'est-ce que cette dyspnée toxi-alimentaire ?

La plupart des auteurs disent qu'elle est urémique. Je le veux bien, mais à condition que l'on change la définition de l'urémie et qu'on l'étende à toutes les manifestations de l'insuffisance rénale.

L'urémie est un empoisonnement complexe, résultant d'auto-intoxications par différents produits, parmi lesquels il ne faudrait pas placer en première ligne, l'urée, qui est diurétique ainsi que l'a montré M. Bouchard.

Les différentes substances toxiques manifestent leur action chacune par des effets spéciaux ; l'empoisonnement par la digitale n'a pas les caractères de l'empoisonnement par l'opium. De même l'empoisonnement par les déchets provenant de l'ingestion et de la digestion des aliments ne peut être confondu avec celui qui constitue l'urémie.

Certes, la dyspnée toxi-alimentaire fait partie comme l'urémie, des symptômes de l'insuffisance rénale. Mais c'est un symptôme de la première heure qui précède de longtemps les accidents urémiques.

Elle a sa cause propre et on la trouve dans l'alimentation. La meilleure preuve, c'est que plus on mange de viande, plus on s'empoisonne et plus la dyspnée augmente. Au contraire, si l'on renonce à se nourrir de viande en conservant dans ses menus les légumes et le lait, l'oppression devient aussitôt moindre et enfin, quand on se borne à prendre du lait, elle disparaît.



Même au cours d'une crise urémique, toute la dyspnée ne tient pas toujours exclusivement aux poisons de l'urémie ; ceux qui proviennent des aliments carnés et végétaux jouent aussi un rôle dans la production de cette dyspnée puisqu'elle diminue sitôt qu'on ne fait plus usage de ces aliments.

Disons donc qu'il existe une dyspnée toxi-alimentaire, c'est-à-dire dans laquelle l'alimentation est le *primum movens*.

Quant une personne atteinte de cette dyspnée vient à vous, elle est pâle ; mais lorsque, sur votre avis, elle se met au lait, trois jours plus tard sa pâleur a disparu et son visage présente une certaine coloration. A tort, vous l'auriez prise pour une anémique ; à tort vous lui auriez imposé le traitement de l'anémie, elle n'en avait pas. Sa pâleur tenait à la vaso-constriction périphérique. Les substances toxiques, les ptomaines jetées dans l'économie par suite de l'ingestion inconsidérée de viandes peu cuites, de bouillons gras, de poissons, de fromages faits, ont une propriété vaso-constrictive très prononcée. C'est cette vaso-constriction périphérique qui donne au malade son aspect anémique ; c'est un signe de son empoisonnement, dont l'autre signe est la dyspnée.

Supprimez le poison et du coup vous supprimez ses effets, en particulier la pâleur : quelques litres de lait en quelques jours changent l'aspect du visage et l'état général.

Voilà pourquoi le *chloro-brighthisme* est, sinon une erreur de fait, au moins une erreur de mots, et c'est une dénomination à rejeter parce qu'elle peut entraîner précisément à des fautes graves d'appréciation.

La dyspnée toxi-alimentaire est une dyspnée d'effort se manifestant à propos de divers mouvements que peut se donner le malade. C'est, de plus, une dyspnée à paroxysmes nocturnes.

On l'a confondue avec le *pseudo-asthme cardiaque*. Mais, celui-ci dû à l'augmentation de la tension pulmonaire, et s'accompagnant d'accentuation du bruit diastolique à l'orifice de l'artère pulmonaire se voit chez les cardiaques valvulaires et elle en fait des dyspnéiques rouges. La confusion est donc facile à éviter, puisque l'intoxication alimentaire rend les gens pâles.

L'erreur est plus aisée à commettre dans la distinction avec le *pseudo-asthme aortique* dû à l'exagération de la tension artérielle. C'est celui des cardio artériels qui, en opposition avec les cardiaques valvulaires, sont des dyspnéiques blancs.

En présence d'un malade dyspnéique et ayant une dilatation de l'aorte, vous donnerez de l'iodure de potassium et... souvent, vous n'obtiendrez aucun résultat. Et pourquoi ? Parce que la dyspnée que vous aurez voulu combattre était une dyspnée d'origine toxique et alimentaire, parce que sur dix aortiques dyspnéiques, neuf auront une dyspnée toxi-alimentaire.

Il y a deux façons d'avoir une insuffisance aortique. On peut avoir une insuffisance aortique endocardique. C'est une insuffisance localisée qui tient à la seule altération des valvules, et la lésion de l'endocarde constitue toute la maladie. Dans ces cas, pas plus qu'on ne voit d'angine de poitrine, on ne rencontre de dyspnée toxi-alimentaire. Il n'en est plus de même dans la deuxième forme de l'insuffisance aortique, et cette dyspnée a coutume d'atteindre les porteurs d'insuffisance aortique artérielle, celle où le système artériel entier est malade, celle où la maladie générale domine la lésion valvulaire.

L'homme que nous venons de voir n'a point d'insuffisance aortique, mais néanmoins, son système artériel est touché sur plusieurs points.

Il n'a jamais eu d'albumine ; le réactif de Tanret qui en décele deux ou trois centigrammes, n'en a jamais fait découvrir dans ses urines. Cela n'empêche pas qu'il y a une néphro-sclérose, une lésion rénale qui n'est déjà plus latente, comme le prouve sa dyspnée toxi-alimentaire et son bruit de galop. Il restera ainsi des mois et des années, puis le cœur, à son tour sera envahi : la forme cardio-

rénale de la sclérose artérielle est la conclusion habituelle de ces histoires morbides.

D'autre part, il a une dilatation de son aorte atteinte chroniquement. Elle déborde le bord droit de sternum et on entend au niveau du deuxième espace intercostal droit, le *bruit clangoreux* de Noël Guéneau de Mussy, qui a, dit cet auteur, "une amplitude, une redondance, une vibration métallique caractéristiques." C'est un retentissement diastolique sonore, bien différent d'un autre retentissement également diastolique qu'on perçoit au même lieu. Je veux parler d'un retentissement simple, en coup de marteau, qui n'est qu'une modification dans l'intensité et la tonalité du second bruit du cœur sans altération de son timbre. Il indique l'augmentation de la tension artérielle qui détermine une fermeture plus rapide et plus violente des valvules. Le bruit clangoreux — résultat d'un changement de timbre du deuxième bruit — est le signe certain de la dilatation de l'aorte chroniquement atteinte.

Quand vous entendez ce bruit clangoreux et qu'en même temps vous constatez le bruit de galop, même sans qu'il y ait élévation de la sous-clavière et alors qu'il n'y a pas trace d'albumine dans l'urine, vous pourrez affirmer sans aucune crainte d'erreur, l'existence d'une lésion généralisée du système artériel qui évoluera d'une façon continue et progressive.

En présence d'une telle lésion, vous serez portés à prescrire l'iodure de potassium ou de sodium. Sans doute, l'iodure de potassium agit sur les parois artérielles et possède une grande puissance puisqu'il a procuré la guérison d'anévrysmes ; mais il ne faut pas le donner inconsidérément. Il existe une *contre-indication formelle à son emploi*.

Les gens atteints de cardia-sclérose ou de néphro-sclérose sont sujets à l'œdème aigu du poumon. Et rien de terrible comme cet œdème qui peut apparaître brusquement sans que rien l'annonce, et tue quelquefois en moins d'un quart d'heure. Or, l'iodure peut, par lui-même, déterminer de l'œdème pulmonaire et joindre son œdème à celui de la maladie. Il est donc telles circonstances où donner de l'iodure, c'est se faire le complice du mal.

Aussi, dès que vous trouverez trace d'œdème du poumon chez vos malades, dès que vous entendrez des râles crépitants gros, qui peuvent en quelques heures monter comme un flot de la base au sommet — s'accompagnant d'ailleurs de sonorité à la percussion — vous supprimerez l'iodure et vous recommanderez le lait absolu. Et pour le cas d'œdème aigu, j'ajoute qu'une saignée de cinq cents grammes est un moyen héroïque pour sauver le malade.

En terminant cette courte instruction, j'insiste de nouveau sur l'importance de la dyspnée toxi-alimentaire. Elle est le signe de l'imperméabilité rénale au début ; elle indique qu'une cardiopathie artérielle est à redouter dans l'avenir ou existe déjà.

Ne vous laissez pas induire en erreur, la cardiopathie pourra masquer l'insuffisance rénale : sachez la dépister. Vous ausculterez un cœur arythmique, présentant un souffle à la pointe, diastolique ; vous ferez le diagnostic d'insuffisance mitrale. Anatomiquement, vous aurez raison mais, si vous en demeurez là, votre diagnostic sera incomplet et votre thérapeutique s'en ressentira. Parce que vous verrez un peu d'œdème malléolaire, un peu d'albumine dans l'urine vous craindrez l'hyposystolie, vous donnerez la digitale, — je préférerais la théobromine à hautes doses, — vous ferez uriner le malade, l'albumine disparaîtra, mais de la dyspnée, vous ne vous serez pas rendu maîtres. Pourquoi ?

C'est que vous n'avez pas porté assez loin vos investigations. Hypnotisés par le souffle cardiaque, vous avez négligé le bruit clangoreux de l'aorte, l'élévation de la sous-clavière, vous n'avez pas vu la lésion artérielle généralisée ; vous ne vous êtes pas rendu compte que la dyspnée était une dyspnée toxi-alimentaire.

Vous avez pris une cardiopathie artérielle pour une cardiopathie valvulaire. Et pourtant, entre elles, les différences ne manquent

pas, ne seraient-ce que les incidents qui surviennent dans la maladie artérielle avant l'hyposystolie et l'asystolie, incidents parmi lesquels je ne cite que la dyspnée toxi-alimentaire, l'angine de poitrine par obstruction de l'entrée des coronaires, l'œdème aigu du poumon.

(Journ. de méd. Int.)

**Le phosphore chez l'enfant**

(COEY).

Comment prescrit-on le phosphore ? je répète que ce n'est pas par centigrammes, mais par milligrammes ou fractions de milligrammes. Il y a au Codex une huile phosphorée dont la formule est la suivante :

Huile d'amandes douces..... 1,000 grammes.  
Phosphore..... 1 grammes.

Si le médecin prescrit de l'huile de foie de morue phosphorée, sans autre indication, il peut arriver que le pharmacien délivre un litre d'huile de morue contenant 1 gramme de phosphore.

L'enfant prenant une ou plusieurs cuillerées à soupe de cette préparation par jour (c'est-à-dire plusieurs centigrammes de phosphore) s'empoisonnera fatalement, ce qui est malheureusement arrivé. Il faudrait rayer cette formule du Codex et prescrire une huile phosphorée dix fois moins forte, contenant dix centigrammes seulement de phosphore par litre, soit au dix-neuvième, et prescrire seulement par cuillerées à café. C'est ce que Dujardin-Beaumetz et Yvon conseillent d'ailleurs en donnant la formule suivante d'huile de foie de morue phosphorée :

Huile phosphorée du Codex..... 100 grammes.  
Huile de foie de morue..... 900 grammes.

Chaque cuillerées à soupe contient un peu plus d'un milligramme de phosphore.

Quand je prescrivis l'huile phosphorée dans le rachitisme, je formule ainsi :

Huile d'amandes douces..... 100 grammes.  
Phosphore..... 1 centigramme.  
Essence de menthe..... 1 goutte.

En prendre une cuillerée à café tous les matins ou deux cuillerées à café suivant l'âge de l'enfant (1 an, 2 ans).

Les doses conseillées par Kasowitz dans le rachitisme ne sont pas plus fortes :

Huile d'amandes douces..... 70 grammes.  
Sucre en poudre..... 30 "  
Phosphore..... 1 centigramme.  
Essence de fraises..... 2 gouttes.

Trousseau prescrivait des doses plus fortes, quand il faisait prendre en trois jours cette tartine de beurre :

Beurre frais..... 300 grammes.  
Iodure de potassium..... 15 0 gr. 15  
Bromure de potassium..... 50 0 gr. 50  
Chlorure de sodium..... 5 grammes  
Phosphore..... 1 "

Mais il s'adressait à des enfants plus âgés.

Dans tous les cas le phosphore ne sera pas prescrit plus d'un mois, et les doses seront prises au moment des repas, pour éviter l'irritation de la muqueuse gastrique. Ces recommandations s'appliquent au phosphore de zinc comme au phosphore pur.

Le phosphore de zinc, en granules de 4 milligrammes, sera prescrit par unités (1, 2, 3, granules en 24 heures).

On faisait usage autrefois de la teinture éthérée de phosphore (20 centigrammes par 30 grammes), dont on donnait 2 à 4 gouttes dans de l'eau.

Pour l'usage externe, Tavignet prescrivait en friction le liniment suivant :

Huiles d'amandes douces..... 100 grammes.

Naphte..... 25 "

Phosphore..... 0 gr. 20

Quant, au lieu de phosphore, on prescrit les phosphates et phospho-glycérates, les doses doivent être plus fortes. Les glycérophosphates se prescrivent à la dose de cinq centigrammes par jour et par année d'âge. Le phosphate tricalcique ou poudre d'os se donnera par pincées à chaque repas, dans une cuillerée de lait ou sur une tartine de beurre, de confiture, etc. Sous cette forme, il est d'ailleurs peu assimilable, car il n'est pas soluble.

Le phosphate de chaux acide de la phosphatine Fallière (25 centigrammes par cuillerée à soupe de poudre), celui de la solution gazeuse Jacquemaire, celui de la solution du codex, etc., sont solubles et, par conséquent, plus facilement absorbables.

Mais tous ces phosphates minéraux passent dans les excréta sans se fixer dans les tissus, et s'ils agissent favorablement, c'est plutôt en excitant la digestion et l'activité de l'estomac qu'en s'assimilant directement.

Par contre les phosphates de chaux déjà assimilés par les plantes ou par les animaux, ceux que contiennent les céréales, les légumineuses, le lait des vaches bien nourries, agissent directement sur la nutrition de l'enfant et la renforcent.

Ces réserves faites, on prescrit les solutions acides de phosphate, chlorydrophosphate, citrophosphate de chaux, par cuillerée à café dans la seconde enfance (2, 3, 4 suivant l'âge). Les sirops faits avec les solutions précédentes se prescrivent par cuillerées à soupe (une le matin et soir avant le repas).

Le phosphate de cuivre a été injecté dans les tumeurs blanches par Luton :

Phosphate de cuivre récent..... 1 gramme.  
Glycérine..... }  
Eau distillée..... } à 5 grammes.

Une seringue de Pravaz au soin des tissus des malades.

Le phosphate d'ammoniaque vanté dans la gravelle, peut se prescrire en tisane :

Phosphate d'ammoniaque..... 5 grammes.  
Acide tartrique..... } à 1 "  
Tre. de zestes d'orange..... }  
Sucre..... 50 "  
Eau q. s. pour 1 litre.....

1/2 verre trois fois par jour.

Les glycérophosphates de chaux ou de soude se prescrivent par décigrammes, en poudre mêlé au sucre, granulés, etc.

Glycérophosphates de chaux..... 0 grammes 10  
Sucre en poudre..... 0 " 50

Pour un paquet ; en prendre deux à trois par jour dans une cuillerée d'eau ou de lait ; on a fait des solutions injectables avec le glycérophosphate de soude, voici une formule due à M. Mousnier :

Glycérophosphate de soude..... } à 5 centigrammes.  
Benzoate de caféine..... }  
Arséniat de strychnine..... 2 milligrammes.  
Eau stérilisée pour q. s..... 1. c. c.

Churchill prescrivait l'hypophosphite de soude suivant la formule :

Hypophosphite de soude..... 5 grammes  
Sirop de fleurs d'oranger..... 50 —  
Sirop simple..... 350 —

Chaque cuillerée à soupe contient 25 centigr. d'hypophosphite ; on en donne de 1 à 4 cuillerées à café par jour.

En résumé, le phosphore et ses combinaisons les plus utilisées (phosphore de zinc, phosphate et phospho-glycérates), sont journellement prescrits en médecine infantile. Ils peuvent rendre des services dans tous les états de déchéance organique : anémie, rachitisme, lemmatisme, scrofule, troubles de la croissance, etc. Il faut faire deux parts dans la thérapeutique phosphorée : 1° le phosphore pur et le phosphore de zinc qui se prescrivent par milligrammes et

qui, à cause des dangers d'accumulation, doivent être discontinués après un mois d'usage ; 2° les phosphates, glycérophosphates et hypophosphites, préparations moins dangereuses, qui se prescrivent par centigrammes et décigrammes, et dont l'usage prolongé n'offre pas de danger. Mais la plupart de ces préparations sont peu solubles, peu assimilables, et l'emploi des végétaux riches en phosphates organisés soit leur être substitué ou adjoind pour agir lentement. A thérapeutique phosphorée, nous préférons alimentation phosphorée.

(*Médecine Moderne*)

**Sur un plan d'expériences concernant le traitement de certaines tumeurs par la serotherapie (1).**

par le Dr JULLIEN.

En 1895, je songeai à tenter l'immunisation des animaux contre le myome, plus précisément encore le liomyome ou hystérome de Broca. On sait que ce tissu constitue le trame de tumeurs redoutables, rencontrées dans la plupart des organes qui renferment des fibres musculaires lisses. L'utérus et ses annexes, trompes, ligaments larges, ovaires, en sont le siège de prédilection ; on les a signalées aussi dans la prostate, ou voisinage de l'urèthre et adhérent au rectum, dans le foie, dans les diverses parties du tube digestif, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, soit dans le duodénum, soit dans l'iléon, dans la peau du mamelon, du scrotum, dans le tissu fibreux à fibres musculaires de l'orbite, dans l'intérieur de l'œil au niveau de la choroïde et du cercle ciliaire (*Dict. encyclopéd.* 2e série, tome II, p. 626). J'avouerais toutefois que je visais essentiellement les hystéromes improprement nommés fibromes en gynécologie et dont le nombre est si prodigieux et si désastreuses sont leurs conséquences, que la découverte de leur spécifique avait vraiment de quoi tenter un chirurgien.

Aussi bien est-ce des fibromes utérins que je me servis. Je remercie les gynécologistes qui ont bien voulu me fournir les tumeurs qu'ils enlevaient, mes amis Nitot, Picqué, Guinard et Rochard. Ces masses néoplasiques, recueillies pendant l'opération ou immédiatement après, étaient découpées en très petits morceaux et soumises à l'action d'une presse à viande sortant de l'étuve ou du four à flamber. La quantité de liquide ainsi obtenue est toujours très minime. C'est ainsi que je transcrivis les chiffres suivants : 300 grammes de fibrome donnent 9 grammes de suc ; 450 gr. donnent 13 grammes ; 350 donnent 15 grammes ; 450 donnent 15 grammes ; 530 donnent 15 grammes. C'est un suc peu dense et sanguinolent cultivant facilement sur gélose.

Le suc recueilli, je l'inoculai à des chèvres d'un poids de 30 kilogrammes environ, par une piqûre hypodermique faite sur le dos, et j'observai les effets en faisant prendre deux fois par jour la température de ces animaux.

Il est rare que je n'ai pas vu survenir une notable augmentation de température, 39°4, 39°8 et même 40 degrés qui s'apaisait au bout de deux ou trois jours. Puis les animaux devenus tristes reprenaient leur état normal.

Depuis le 27 juin, 1895, date de ma première injection, j'ai fait l'injection du suc de 8 fibromes, avec des résultats à peu près identiques, à cela près que la température dans les derniers cas ne subit presque aucune élévation.

Aujourd'hui je renonce à continuer ces expériences pour plusieurs raisons ; le temps me manque pour aller à la chasse aux fibromes et pour continuer ces essais d'immunisation. L'étable de mes animaux devrait être annexée à un grand service de gynécologie très actif, ce qui n'est pas le cas. Il faudrait faire ce que je n'ai pu faire, multiplier les inoculations et les rendre presque quotidiennes. Alors on aurait quelque chance de produire des modifications

durables et définitives sur l'organisme de ces animaux, et peut-être obtiendrait-on les résultats que je n'ai réalisés que dans mes rêves du premier moment. Accablé de travaux et d'occupations afférentes à la spécialité, j'abandonne à regret ce que j'ai commencé, et j'offre le résultat des premières expériences et les deux chèvres elles-mêmes à qui voudra bien en reprendre la suite. Il me suffit d'avoir réclamé la parcelle qui m'appartient et d'avoir appelé votre attention sur le principe même qui m'avait guidé au début et qui, je l'espère encore, conduira de plus heureux et de plus persévérants expérimentateurs au succès définitif.

(*La France méd.*)

**Les exagérations de traitement dans le diabète.**

Le prof. Dieulafoy vient de consacrer au diabète sucré une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu qui est particulièrement intéressante par la réaction qu'on y constate contre les exagérations de traitement. Après quelques considérations sur le diagnostic de diabète sucré établi d'après la densité de l'urine, le savant professeur de clinique médicale insiste sur la nécessité de comprendre les diabètes sucrés en deux catégories, les petits et les gros diabètes, division qui, dit-il, n'est point artificielle. Les petits sont ceux dans lesquels la quantité de sucre de dépasse pas 10 à 15 grammes par vingt-quatre heures ; ils n'ont pas grande portée et peuvent rester longtemps ignorés par suite de l'absence de signes révélateurs (anthrax, etc.) Dans les grands diabètes les malades urinent 100 à 200 grammes et plus de sucre. Malgré cette énorme déperdition, ces derniers malades ne sont pas fatalement plus menacés que les autres ; il en est qui sans aucune précaution supportent très bien cette déperdition.

Le docteur Dieulafoy expose ensuite un cas de diabète sucré (428 grammes) de son service qui présente la particularité d'avoir débuté brusquement, ce qui est assez rare. Il examine ensuite le problème des rapports du diabète avec l'albuminurie, problème assez difficile à élucider. Il s'étend aussi sur la coexistence, chez son malade, du diabète azoturique avec le diabète sucré. Nous ne le suivons pas dans ses intéressants développements et nous donnons immédiatement sa méthode de traitement.

S'il s'agit d'un malade ayant 25 ou 50 grammes de sucre, il n'y a pas de quoi s'émouvoir, et il est bien inutile de faire subir le régime draconien qu'on impose quelquefois au malade. Ce qu'il faut retenir, c'est que le malade ne doit pas maigrir, c'est une faute de le sevrer comme on le fait habituellement. Avec 1 gramme d'antipyrine à prendre le matin et soir, avec 50 centigr. de bicarbonate de soude, on voit en trente-six heures disparaître les 30 ou 50 grammes de sucre constatés précédemment dans l'urine. Il est inutile de faire dans la nourriture du malade de ces suppressions radicales dont on a trop souvent l'habitude, un petit diabétique peut manger un peu de pain, un peu de pommes de terre ; on peut lui permettre même un peu d'alcool, son café avec le petit verre. Quand il sera revenu à 4 ou 5° de sucre, il sera désormais inutile de se préoccuper de son diabète ; si le sucre revient, il faut de nouveau serrer un peu la vis.

Tel est d'ailleurs le cas le plus habituel. On peut donner de l'arséniate de soude, une cuillerée à café à chaque repas d'une solution contenant 3 centigr. d'arséniate de soude pour 80 grammes d'eau ; cette solution est préférable à la liqueur de Fowler.

Le diabétique peut-il prendre du lait ? On a cru devoir supprimer le lait à cause de la lactose ou sucre du lait ; M. Dieulafoy est d'avis contraire. La lactose ne se transforme pas en glycose, cela a été démontré. Donc le malade peut prendre du lait et il le doit.

En ce qui concerne les gros diabétiques, il faut les laisser boire à leur soif et manger à leur faim ; c'est ce qui a été fait et est fait encore chez le malade actuel. Il faut laver son sucre par les liqui-

[1] Communication à la Société de Médecine de Paris.

des ingérés et ne pas le laisser s'accumuler dans l'organisme. Il est inutile de supprimer totalement les féculents. On doit donner 25 centigr. d'antipyrine, c'est ce qui se fait ici ; et si l'antipyrine reste sans effet, il faut virer de bord et donner l'arséniate de soude.

(*Le Moniteur thérapeutique*)

#### Un procédé d'expression du placenta

Après avoir adressé quelques paroles à la patiente de façon à distraire son attention et à éviter une contraction brusque de la paroi abdominale, Von Budberg place une main sur le fond de l'utérus, le pouce et l'éminence thénar en avant, les quatre autres doigts étendus en arrière ; ceux-ci, par des mouvements de friction d'abord très doux, puis de plus en plus énergiques, s'enfoncent progressivement derrière la paroi postérieure de l'utérus de façon qu'à un moment donné la main tiennent bien l'utérus. Pendant ce temps, l'autre main est placée de telle manière que son bord cubital s'applique contre le bord supérieur du pubis, tandis que le pouce, d'un côté et les autres doigts de l'autre, s'appliquent contre les parois latérales de l'utérus et s'enfoncent progressivement dans l'abdomen.

Les mains, une fois placées de cette façon, on attend une contraction utérine, qui ne tarde pas à se produire. C'est à ce moment seulement qu'on comprime avec les deux mains l'utérus ; cette pression est graduelle et suit, pour ainsi dire, dans son intensité la marche de la contraction utérine.

Le plus souvent le placenta est expulsé après cette manœuvre. Mais il faut se garder de retirer alors brusquement les mains, leur retrait ne doit se faire que graduellement, par une diminution progressive de la compression qu'on exerçait, afin d'empêcher le redressement brusque de l'utérus et l'aspiration dans sa cavité des mucosités vaginales et de l'air. Comme pendant cette manœuvre le bord cubital de la seconde main, en s'enfonçant derrière le pubis pèse sur la vessie, il arrive souvent que la malade urine pendant que le placenta apparaît à sa vulve ; cette miction a pour avantage d'éviter le cathétérisme de la vessie, qu'on est encore assez souvent obligé de faire après l'accouchement.

Si, pour une cause quelconque, l'expression du placenta échoue, les mains restent en place pour recommencer la même manœuvre pendant une nouvelle contraction utérine.

Dans le cas où la plus grande partie du placenta a déjà franchi le segment inférieur de l'utérus, il suffit d'exercer seulement la compression comme elle vient d'être décrite avec la main placée audessus du pubis.

Dans les cas où l'épaisseur de la paroi abdominale empêche de bien saisir l'utérus, on procède de la façon suivante : On introduit dans le vagin l'index et le médium, qui, en longeant chacun un bord du col, repousse l'utérus en haut et vers le promontoire ; pendant ce temps, l'autre main, placée sur le fond de l'utérus, exerce une compression de la façon habituelle. L'utérus se trouvant ainsi fixé, la compression amène avec la plus grande facilité la sortie du placenta.

Sur 950 accouchements, le procédé et ces deux variantes n'ont échoué que dans le cas où il y avait soit atonie de l'utérus, soit lésions graves (fibrome, dégénérescence fibreuse du placenta, tétanisation par ergot de seigle).

(*Abeille méd.*)

#### Traitement des hémorroïdes.

*Discussion.* — M. MONOD fait une communication sur ce sujet. Il n'a pas jusqu'ici adopté le procédé de Whitehead, le trouvant trop sanglant. D'autre part, il a renoncé à l'emploi du thermocautère. Voici comment il procède : il administre préalablement deux purgatifs successifs ; il a recours à l'anesthésie chloroformique, il fait la dilatation forcée avec le spéculum de Trélat ; on voit alors saillir les bourrelets hémorroïdaires ; il les prend dans des pinces

aussi haut que possible du côté de la muqueuse, et il excise, aux ciseaux, tous les bourrelets hémorroïdaires, puis il applique une forte mèche de gaze iodoformée, munie d'un tube. Les suites de cette opération sont des plus simples. Il y a quelques fois un peu de rétention d'urine pendant les deux premiers jours. Il donne de l'opium pour constiper les malades et les purge le quatrième jour. La purgation a pour effet de chasser la mèche. M. Monod n'agit ainsi que sur les hémorroïdes internes ; il ne touche pas aux hémorroïdes extérieures, qui tombent d'elles-mêmes. Jamais il n'a vu de récidives après cette opération.

M. REGLUS rappelle que, quand M. Delorme a préconisé à la Société de chirurgie le procédé de Whitehead, il a fait observer que depuis fort longtemps il employait un procédé absolument semblable à celui que vient de décrire M. Monod. Voici comment il opère :

Il emploie la cocaïne qui, pour lui, est l'anesthésique de choix dans ces cas. Après avoir purgé son malade, il dilate l'anus avec le spéculum de Trélat. Il applique des pinces de Kocher en T et coupe tout ce qui dépasse les pinces. Il extirpe ainsi toutes les hémorroïdes, puis, avec une aiguille de Reverdin, il prend la peau, le muscle et la muqueuse et passe un fil de catgut qu'il donne la préférence. Il fait ainsi des points profonds et obtient, du même coup la réunion et l'hémostase. Contrairement à M. Monod, il enlève les hémorroïdes externes. Il a recours, comme pansement, à une pommade polyan-tiseptique à l'orthoforme qui a l'avantage de faire disparaître les douleurs consécutives à l'opération. M. Reglus pratiquait cette opération alors que tous ses collègues avaient recours au thermocautère.

M. POZZI redoute l'extirpation d'une portion de la muqueuse. Dans cette région la suture la mieux faite peut ne réussir que partiellement. Aussi a-t-il continué à recourir au procédé qu'il emploie depuis vingt deux ans et qui lui donne constamment de bons résultats. Voici en quoi consiste ce procédé : anesthésie chloroformique, dilatation, exposition en couronne, ectropion du bourrelet hémorroïdaire, lardage au thermocautère des hémorroïdes jusque dans leur profondeur, application d'une mèche de gaze iodoformée avec un tube. Avec ce procédé, M. Pozzi n'a jamais eu d'accidents et a toujours obtenu de parfaits résultats.

M. TILLAUX rappelle que cette question du traitement des hémorroïdes a été agitée, à la Société, il y a trente ans. Chassignac ventait alors son procédé, qui a été abandonné comme donnant lieu parfois à des hémorragies et à des rétrécissements de l'anus. Quant à M. Tillaux, il emploie le même procédé depuis trente-cinq ans, procédé qui est exactement celui dont vient de parler M. Pozzi : cautérisation des hémorroïdes ou thermocautère rouge sombre jusqu'à affaïssissement de la tumeur.

(*Société de chirurgie et Gaz. des Hôp.*)

—:o:—

#### De quelques médicaments stimulant l'action du foie.

La podophylline à petites doses est un stimulant du foie. Pendant cet accroissement de sécrétion de la bile la proportion des matériaux solides particuliers à la bile n'est pas diminuée. Si la dose est trop élevée, il n'y a pas augmentation dans la sécrétion biliaire. La podophylline est un puissant irritant intestinal.

L'évonymine est un puissant stimulant du foie ; ce médicament exerce sur l'intestin une action presque aussi irritante que la podophylline.

La sanguinaire est une énergique excitant de l'action du foie. Elle stimule l'intestin, mais pas d'une façon aussi puissante que la podophylline.

L'érisine stimule énergiquement le foie. Elle n'agit pas sur l'intestin, aussi puissamment que la podophylline.

La leptandrine a une action modérée sur le foie. C'est un excellent stimulant intestinal.

La coloquinte est un énergique stimulant hépatique et intestinal. Elle rend la bile plus aqueuse, mais elle augmente la sécrétion des matériaux biliaires.

Le jalap est un stimulant puissant du foie et de l'intestin.

La ménispermine n'excite pas le foie ; elle excite légèrement les glandes intestinales.

Le baptisin jouit d'un pouvoir considérable comme stimulant de l'intestin et du foie.

Le phytolaccin a une action très puissante comme stimulant hépatique. Il excite aussi légèrement les glandes intestinales.

L'hydrastin a un pouvoir modéré d'excitation du foie. C'est un faible stimulant intestinal.

La juglandine est un excitant hépatique modéré et un léger stimulant intestinal.

Le chlorhydrate d'ammoniaque passe pour avoir des propriétés cholagogues, mais c'est un fait encore douteux : il excite néanmoins certainement les glandes de l'intestin.

Le calomel est un purgatif puissant, mais la question de savoir s'il excite le foie n'est pas encore résolue.

Le sublimé corrosif est un puissant stimulant hépatique, mais agit faiblement sur l'intestin.

Le sulfate de potasse est un puissant irritant intestinal, mais son action sur le foie est variable et peu continue.

Le taraxacum est un faible stimulant hépatique.

L'acide chlorhydro-nitrique dilué a sur le foie une action stimulante modérée.

Le boldo, le bromure de potassium, le nitrate de potasse et le savon dur ont chacun sur le foie une action stimulante.

(Journal de méd. de Paris)

#### Deux signes nouveaux de la mort par submersion.

A la Société de médecine légale de Belgique, M. Moreau a observé dans les autopsies de noyés deux signes nouveaux de la mort par submersion. Ce sont : 1° la présence d'un liquide clair et limpide dans la cavité péritonéale ; 2° la présence dans la vessie d'une grande quantité d'urine claire et peu colorée. Il n'affirme pas que ces signes soient constants dans la mort par submersion, mais ils sont très fréquents et, si le signe tiré de la vessie, peut manquer par suites de certaines circonstances, celui du péritoine fait rarement défaut.

Il explique de la manière suivante la production de ce phénomène : lors de la mort par submersion, une quantité considérable d'eau pénètre par les voies digestives et respiratoires et est rapidement absorbée par la circulation. Il en résulte que la masse sanguine augmente beaucoup, elle peut ainsi dépasser d'un tiers la quantité normale.

L'augmentation de pression sanguine ainsi obtenue provoquerait une sécrétion abondante du rein et augmenterait la quantité d'urine contenue dans la vessie, cette même pression agissant sur le réseau capillaire du péritoine donnerait lieu à une transsudation de liquide clair dans la cavité péritonéale.

(Abeille méd.)

## FORMULAIRE

### Paquets vermifuges pour enfants.

(MM. José et FERRAN.)

Benzonaphtol.....	2 grammes
Semen contra.....	2 —
Sucre.....	5 —

Pour 20 paquets. Donner 2 à 5 paquets par jour.

Après l'expulsion de vers intestinaux et pour empêcher leur

reproduction, on donne, pendant 2 à 4 semaines du benzonaphtol associé ou non à de la magnésie.

(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

#### A la période ultime de l'endocardite.

(G. Lyon)

Carbonate d'ammoniaque.....	2 grammes
Eau-de-vie.....	30 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	40 —
“ de gomme.....	} à 20 —
“ de tolu.....	
“ de morphine.....	

#### Contre les sueurs des tuberculeux.

(Siefert)

Agaricine.....	0 gr. 50 centigr.
Poudre de Dower.....	7 — 50 centigr.
Poudre de guimauve.....	} à 4 grammes.
Mucilage de gomme.....	

Diviser en 100 pilules. — Une pilule à deux dans la soirée.

#### Lavements à la quinine pour les enfants.

(J. Simon)

Eau.....	100 grammes
Sulfate de quinine.....	1 —
Eau de Rabel.....	Q. S.
Laudanum de Sydenham.....	V gouttes.

Une cuillerée à dessert contient dix centigrammes de quinine.

(Le Progrès méd.)

## OUVRAGE RECU

### Tableaux synoptiques de Pathologie générale

par M. le Dr COUTANCE, ancien interne des hôpitaux.

1 vol. gr. in-8 de 200 pages, cartonné..... 5 fr.

L'idée de mettre la *Médecine en Tableaux synoptiques* a obtenu un grand succès auprès des étudiants comme auprès des praticiens. La collection Villeroy, qui comprenait déjà des *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, de *Pathologie externe* de *Diagnostic* et de *Thérapeutique*, vient de s'accroître d'un nouveau volume : les *Tableaux synoptiques de Pathologie générale* ; c'est essentiellement un livre de clinique.

La *Pathologie générale* est la partie de la médecine qui met un peu d'ordre dans la genèse des maladies, quelle que soit leur nature.

Elle étudie, en effet, l'origine des maladies, c'est-à-dire qu'elle recherche les causes souvent complexes qui peuvent les susciter, tant dans le monde inorganique que dans la sphère des êtres organisés :

Elle étudie la réaction de notre organisme envers ces différentes causes, réactions morbides qui résultent des troubles ou des modifications apportées dans l'état intimes de nos tissus et de nos humeurs ;

Elle soumet ensuite à l'examen d'une critique sévère les symptômes réactionnels qui traduisent l'état de souffrance de l'organisme, et recherchent enfin les variations évolutives des différentes affections.

Tel est le plan qui a été suivi dans la composition de ces *Tableaux synoptiques de Pathologie générale*, où l'on passe successivement en revue : les causes des maladies ; les lésions anatomiques qu'elles produisent ; les signes cliniques qui les traduisent extérieurement ; la marche avec le diagnostic et le pronostic des affections ;

Ces nouveaux *Tableaux synoptiques* rencontreront auprès du public médical le même succès que les *Tableaux* similaires déjà parus, qui ont déjà rendu de si grands services aux praticiens par gain de temps, et aux étudiants, à la veille des concours.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.



## Travaux Originaux

### LA THÉRAPEUTIQUE GLANDULAIRE

Le thymus comme médicament

par M. le Dr Chs. E. Boisvert, de Québec.

La thérapeutique glandulaire, ou "organothérapie", est un des sujets les plus intéressants de la médecine actuelle; c'est le corollaire des sérums artificiels, le résultat intelligent des recherches pathologiques, qui nous permettent aujourd'hui d'élucider la cause et la conséquence des maladies, c'est surtout une thérapeutique rationnelle et physiologique. Il n'y a rien d'empirique à fournir à l'économie une substance qu'elle possédait normalement, mais dont elle est privée par accident.

Notre médication donne encore asile au mercure de la syphilis et au colchique de la goutte, ces grandes héroïdes de l'âge cabalistique — même le mercure nous sert de moyen diagnostique c'est une sorte de cycle entre le mal et le remède, l'un prouvant l'autre; — mais nous serions assez embarrassés s'il fallait expliquer leur mode d'action pathologique.

L'empirisme a régné; c'est maintenant l'analyse, la physiologie et surtout la pathologie microscopique qui dictent la synthèse du médicament et sa raison d'être. Si la sérothérapie doit son existence à la bactériologie, de même la médication glandulaire commence avec la connaissance plus intime de la construction, du fonctionnement et du rôle des glandes sans conduit excréteur ou à vésicules closes; c'est dire que c'est une thérapeutique toute moderne. Il y a peu d'années encore la chirurgie sacrifiait sans arrière-pensée une capsule surrénale, glande thyroïde, sans parler des ovaires; mais aujourd'hui la chirurgie se fait surtout conservatrice, sachant que chaque organe forme partie nécessaire du mécanisme délicat de la vie, que chaque glande, si petite qu'elle soit, a une fonction continue et non pas passagère comme on le disait autrefois, qu'on ne peut rien enlever du système organique sans grave inconvénient, qu'il faut enfin dans certains cas substituer à une structure, dont les sécrétions ou la substance sont altérées, une autre organisation de même nature à l'état sain.

Réparer une perte d'épiderme par les greffes de Thiersch et traiter le myxoedème, qui suit la thyroïdectomie complète, par des injections de thyroïdine, c'est absolument le même procédé organoplastique.

Depuis six ans l'expérience clinique vient affermir ce système, qui semble nouveau à première vue, mais qui remonte — du moins comme théorie — à 1848, époque où Hermann publia un traité de "Vraie Isopathie, ou traitement des maladies organiques par ces extraits d'organes sains." Brown-Séguard, en 1866, crut trouver l'élixir de vie dans l'extrait testiculaire du bouc, et sans doute pour prouver l'aphorisme de Virgile: "anos omnibus idem", en fit l'expérimentation honnête sur lui-même; mais on ridiculisa sa théorie, malgré ses attestations. C'est de 1893 seulement, c'est à-dire depuis la connaissance de la pathogénie de certaines affections jusqu'alors obscures (maladie d'Addison, myxoedème, goitre exophtalmique, etc.), et de la physiologie encore plus obs-

sure des glandes de l'économie, que l'organothérapie pût prendre place scientifique comme système thérapeutique. Chaque jour nous apporte nouvelle confirmation clinique de la valeur et des indications précises de cette médication, particulièrement dans les maladies rebelles aux autres moyens de traitement. Ce n'est pas à dire que le dernier mot soit prononcé sur la question; il y a encore des indications à rechercher, bien des points à éclaircir, mais du moins l'étude en est assez approfondie pour nous permettre l'usage intelligent et raisonné de ces substances. C'est déjà beaucoup d'avoir à notre disposition des aides précis dans ce groupe de maladies rebelles où l'on nous dit que le traitement consiste en toniques généraux, régime reconstituant et cette dernière épave: la médication purement symptomatique.

En tête de l'organothérapie est certainement la substance thyroïde; on s'en sert comme spécifique dans la myxoedème, le crétinisme, le goitre sporadique et endémique, la cachexie syphilitique (syphilis indienne surtout, qui résiste aux injections mercurielles et au traitement mixte), le psoriasis et la polyarcie; puis viennent avec leurs indications spéciales: capsules surrénales dans la maladie d'Addison, substance cérébrale dans certaines manies mélancholiques, substance ovarienne dans oophoralgie et cachexie opératoire de l'ovariotomie, extrait testiculaire dans hypertrophie sénile de la prostate, glande thymus dans la maladie de Graves et la chlorose, etc.

Toutes ces substances présentent à l'analyse un alcaloïde, nommé "spermine" par Pöchl, qui l'isola d'abord dans l'extrait testiculaire; le thymus et la thyroïde contiennent en outre une matière colloïde (Ferguson) et sont les seules parties de l'économie où l'on trouve l'iode — iodothyryne et iodothymine de Bowman. Selon Pöchl (1), la spermine, dont la formule chimique est  $C_2H_5N$  (Schreiner), augmente l'oxydation des matières azotées et s'impose dans toutes les maladies, qui requièrent un tonique physiologique. D'après Hammond (2), la médication glandulaire agit rapidement comme un excitateur de la nutrition, et joue le rôle de ferment physiologique (Hirsch, 3) en régularisant l'oxydation, accroissant le métabolisme et excréant les produits excrémentitiels qui pourraient nuire au système nerveux — en un mot, rendant toute liberté d'action au "vis medicatrix naturæ".

Si c'était là le sommaire analytique de toutes ces substances, elles devraient en conséquence produire même effet, et nous aurions surabondance de moyens que l'on pourrait même substituer sans inconvénient les uns aux autres; mais chacune de ces substances est douée de propriétés particulières, pour l'accomplissement de son rôle physiologique, et ainsi chacune trouve son indication pathologique spéciale. Ce qui prouve mieux la raison d'être scientifique de l'organothérapie et la distingue de l'empirisme, c'est que nous ne pouvons nous tromper dans nos indications, étant donné d'un côté la connaissance du rôle physiologique exercé dans l'économie par chaque glande et, par opposition, le processus pathologique à traiter — c'est une simple déduction.

De plus, nous ne traitons pas les symptômes mais la cause des symptômes, et cela avec un médicament idéal qui n'exige pas de transformations avant d'être assimilé. Par exemple, le fer, nous le savons, est d'urgence dans l'anémie chlorotique, et pourtant nous n'obtenons pas toujours le succès avec notre médication, car il faut

compter sur la complaisance des glandes assimilatrices pour obtenir le desideratum : l'hématine du sang ; c'est-à-dire nous avons d'abord à préparer l'organisme pour notre médication. C'est un traitement double. J'ai souvent pensé qu'une personne en état d'assimiler le fer pourrait bien s'en passer. L'organothérapie présente à l'économie malade la substance qu'elle demande, sous une forme déjà assimilée, déjà digérée — nous donnons le fer sous forme d'hématine sans exiger de notre malade une série de phénomènes chimiques et physiologiques, ce qu'il aurait grand'peine à faire même à l'état de santé.

Dans ce court rapport, je veux surtout parler de la glande thymus, la plus récemment étudiée, et présenter un cas d'observation personnelle de son emploi dans la maladie de Graves.

La littérature à ce sujet est assez difficile à réunir bien qu'elle ne date que depuis 1895. La médication thymique jusqu'aujourd'hui est limitée à la chlorose et à la maladie de Graves. Comme nous l'avons vu, la composition chimique du thymus est semblable à celle de la thyroïde, avec cette différence qu'il s'y trouve une plus grande quantité d'iode, tandis que dans la thyroïde c'est la matière colloïde qui prédomine. Quant à ses propriétés physiologiques, si longtemps inconnues, nous savons, depuis les investigations de Kolliker, que c'est une glande leucogénique à fonctions continues ; Beard (4) de plus affirme que c'est le lieu de formation de tous les leucocytes de l'économie, et j'ai en vain cherché une réfutation à cet énoncé.

Owen (5) préconise le premier l'administration de l'extrait thymique dans la maladie de Graves ; ses observations cliniques et celles de Mikuliz (6), de Cunningham (7), de McKie (8), de Metcalfe (9), de Todd (10) nous donnent des rapports intéressants sur cette médication nouvelle ; dans tous les cas il y eut grande amélioration et quelquefois guérison complète, et ils s'accordent à lui donner première place dans le traitement de cette maladie complexe. Mackenzie, dans un article critique et réservé (11), tire la conclusion de ses expériences cliniques que l'administration du thymus dans le goître exophtalmique exerce une action tonique générale sur la nutrition, et bien que la lecture de sa revue montre qu'il a obtenu des résultats satisfaisants, il hésite à les attribuer entièrement au thymus ; Bruns (12) trouve que la "maladie de Basedow est généralement atténuée par une diète thymique ;" Enfin Kinnucutt de Chicago a réuni toutes les observations jusqu'en 1897 et sur soixante cas cités il trouve vingt-six guérisons ou améliorations marquées — dans un seul cas les symptômes furent aggravés. Cette statistique comprend des sujets de tout genre ; dans six de ces cas la maladie dura au-delà de dix ans, et il s'agit, dans le seul cas où les symptômes s'aggravent, d'une personne cachectique, avec artérites et insuffisance aortique, qui meurt de syncope deux jours après le commencement du traitement ; même alors cette statistique suffit à faire prévaloir l'administration de thymus dans le goître exophtalmique sur d'autres traitements.

On me permettra de citer mon seul cas d'observation.

Madame R., Allemande, âgée de trente-quatre ans, mère de deux enfants bien portants, a une bonne histoire personnelle, pas d'hérédité pathologique, n'a jamais vécu en un milieu goîtreux.

*Historique.* Le premier symptôme appréciable fut la palpitation

survenant à la moindre fatigue, mais la malade ne s'en préoccupa pas d'abord, l'attribuant à sa grossesse (sixième mois) ; bientôt elle "sentit sa gorge enfler et ses yeux sortir de la tête," la moindre émotion causait des tremblements qu'elle ne pouvait contrôler ; elle entendait le sang battre dans sa tête et il lui semblait que les veines du cou faisaient saillie perceptible à chaque battement. Elle ne voulut plus sortir ou recevoir ses connaissances par crainte de ridicule. Dès ce début le mal s'est aggravé continuellement en dépit de tout traitement.

Je la vois pour la première fois en 1896, trois ans après le commencement de sa maladie. Elle est d'une maigreur extrême, malgré son appétit vorace que rien ne peut satisfaire ; la glande thyroïde est hypertrophiée sur une longueur de quatre pouces, circonférence du cou quinze pouces et demie ; il y a pulsation visible sur chaque lobe latéral de la tuméfaction. L'exophtalmie est marquée, sensation de brûlure et de chaleur dans les orbites, la paupière supérieure ne peut recouvrir l'œil (signe de von Graef), vision normale permettant des lectures prolongées, seule occupation de la malade. La poitrine est bombée, vingt-deux inspirations à la minute, mouvement respiratoire à peine marqué (signe de Bryson) ; aucune indication du côté du poumon ou des bronches. Les battements cardiaques sont très visibles, hypertrophie modérée, valvules aortiques sans lésion appréciable, tachycardie avec pouls de 123, accéléré par le mouvement, "bruit du diable" dans les carotides. Les muscles sont atrophiés laissant saillir par contraste les articulations qui semblent tuméfiées ; les membres sont agités d'un tremblement convulsif fin, continue même pendant le sommeil, avec accès intermittents de grands mouvements cloniques ; ces mouvements se calment lorsque les membres sont appuyés ; v. g. préhension d'un objet ou pression du pied sur le lit ; les réflexes du genou et du pied sont peu exagérés. Du côté des voies digestives : boulimie et légère diarrhée, les sueurs sont profuses ; température axillaire 101° Fah., aménorrhée complète depuis deux ans. Urine pâle, trois litres en vingt-quatre heures, réaction acide, pas de phosphate ni de sucre, gravité spécifique 1.015, traces d'albumine à différentes reprises, pigment biliaire retenu par le filtre ; le microscope ne montre pas de tube ni de cylindre. Le moral de la malade est abattu, elle désespère de sa guérison, ne veut plus sortir du lit où elle garde une position demi-inclinée ; enfin elle est sur le seuil de la manie mélancolique avec l'idée fixe qu'elle se transforme graduellement en monstruosité.

Le diagnostic est évident : maladie de Graves, forme sporadique.

Quant au traitement, les débuts en furent difficiles ; la malade pendant trois ans avait gagné une certaine expérience et pouvait me nommer les remèdes qu'elle avait pris et dont elle ne voulait plus entendre parler : digitale, ergot, belladone, strychnine, bromures, etc., mon champ de tentatives était nécessairement restreint ; en outre elle refusait absolument de modérer son alimentation de par trop généreuse. Un confrère lui donna les courants galvaniques recommandés par Charcot, obtenant ainsi un bon effet sur le tremblement, mais n'affectant en rien les autres symptômes ; c'est alors seulement que la malade fut mise à la diète thymique : cinq grains de l'extrait de thymus de l'agneau, administrés trois fois par jour pendant une semaine, puis à la suite vingt-cinq grains dans la journée. Les premiers jours, les symptômes semblent s'aggra-

ver, température allant jusqu'à 103°, mais la malade dit qu'elle se trouve mieux et l'on persiste dans le traitement. Après la première semaine grande diminution de l'exophtalmie, pouls un peu ralenti. pas de changement appréciable dans le goître. A la quatrième semaine, la proptose est à peine marquée, la paupière supérieure maintenant recouvre l'œil, la malade est décidément mieux, prend intérêt à son entourage et, selon le mari, trouve des consolations dans son miroir et fait des projets pour l'avenir. Après trois mois de médication continue au thymus, son aspect est entièrement transformé, le pouls 100 à la minute, température et urines normales, respiration 19, appétit modéré, exophtalmie disparue, l'agitation ne survient qu'avec la fatigue ou une excitation prolongée. A la fin de la dix-septième semaine, la santé est à peu près rétablie; il ne reste qu'une légère tuméfaction de la thyroïde, augmentée à chaque période menstruelle et diminuant après — la circonférence du cou mesurant onze pouces et demie; pouls 90, hypertrophie reste la même; tous les autres symptômes sont disparus.

Dans tout ce cadre symptomatique ce qui m'a le plus frappé, je l'avoue, c'est l'effet presque instantané du traitement sur le moral de cette personne, qui présentait, en même temps que le facies d'épouvante grotesque caractéristique de la maladie de Graves, l'aspect le plus morne et désespéré qu'on puisse voir.

Tout dernièrement j'ai reçu communication d'un confrère me disant que l'état de madame R. reste le même; elle peut s'occuper des charges de sa maison et si, après quelque fatigue excessive, la thyroïde donne signe d'éveil, quelques doses d'extrait thymique font rentrer tout dans l'ordre; mais il y a aujourd'hui une insuffisance mitrale distincte, l'hypertrophie toutefois maintient parfaitement l'équilibre.

Je crois que nous avons dans le thymus un remède précieux contre la maladie de Graves, dont le traitement jusqu'ici a consisté en thérapeutique symptomatologique ou en moyens chirurgicaux; même la chirurgie ici s'adresse aux symptômes puisqu'aucune opération ne peut s'appliquer à tous les caractères complexes de cette maladie. Gérart-Marchant et Abadie (13) nous disent que la section des nerfs sympathiques du cou guérit l'exophtalmie; Chauffard et Quénu (14) nient cette allégation. La thyroïdectomie, qui nécessairement n'affecte que le goître, est une opération des plus dangereuses par le fait que dans la maladie de Graves il y a idiosyncrasie pour les anesthésiques; puis pour remplir son indication il faut que cette thyroïdectomie soit complète, ce qui presque invariablement expose l'opéré au myxoedème.

La genèse du goître exophtalmique, sans être déterminée d'une manière absolue, est restreinte à certaines limites; on a voulu en faire une névrose, une maladie de la moëlle (4° ventricule, Hale White); d'après Trousseau ce serait une congestion temporaire du sympathique ou une altération permanente du système nerveux ganglionnaire; Thompson combat cette opinion et dit que c'est une intoxication (15); Hirschloff offre la même conclusion (16) et Horsley (17) résume que la somme de nos connaissances actuelles sur la glande thyroïde justifie l'opinion que le goître exophtalmique est due à l'altération de la sécrétion glandulaire.

S'il y a encore quelque doute sur la cause première de cette maladie, il n'en existe plus sur les phénomènes pathologiques qui l'accompagnent (voir Hirschloff (15), et c'est la connaissance de

ces troubles métaboliques et sécréteurs qui rend rationnel l'emploi de la médication thymique dont nous savons la physiologie et l'analyse.

Pour le dosage il convient de ne pas préciser, chaque cas l'indique diversément. "Par la médication glandulaire," dit le professeur Wood (18), "nous nous proposons de fournir à l'économie certaines substances pour remplacer des organes qu'un accident morbide a détruits ou détournés de leur rôle physiologique. Il y a deux indications à remplir: d'abord la dose sera grande pour satisfaire plus tôt au besoin; puis, par des doses minimales, maintenir l'équilibre normal rétabli."

#### Bibliographie.

- 1° Poehl: St Petersburger Medicinische Wochenschrift, 1894— (N° 12.)
  - 2° Hammond W. A.: New-York Medical Journal, Vol. LVII. p. (94.)
  - 3° Hirsch: St-Petersburger Medecin. Wochensch., 1897-N° 7.
  - 4° Beard: Lancet, Jan. 1°-1899.
  - 5° Owen: British Medical Journal, 1893 Vol. III et 1895 Vol. I.
  - 6° Mikuliz: Berliner Klinisch. Wochensch., 22 Avril 1895.
  - 7° Cunningham: New-York Medical Record, 15 Juin 1895.
  - 8° McKie: British Medical Journal, 1896 Vol I.
  - 9° Metcalfe: American Journal of the Medical Sciences, Vol. (CXIII-N° 2.)
  - 10° Todd: British Medical Journal, 5 Juillet 1896.
  - 11° Mackenzie: American Journal Medical Sciences, Février 1897.
  - 12° Bruns: Beiträge zur Klin. Chirurg., Band XIII.
  - 13° Gérart-Marchant et Abadie: Presse Méd. 3 Juillet 1897.
  - 14° Chauffard et Quénu: Ibid.
  - 15° Thompson: New-York Neurological Congress, 7 mars 1893.
  - 16° Hirschloff: Zeitschrift für Klin. Medic., Band 36.
  - 17° Horsley: British Medical Journal, 5 Déc. 1896.
  - 18° Wood: American Journal of the Med. Sciences, 7 mai 1897.
- 16, rue St. Jean, Québec.

## REVUE DES JOURNAUX

### Note sur la guérison, par la saignée, du coup de chaleur à forme comateuse.

Par le Dr TOUSSAINT.

Médecin-major de 1re classe, lauréat de l'Académie de médecine,

Le 11 septembre dernier, au cours des manœuvres du 20e corps d'armée (général de Monard), j'ai eu l'occasion, à Vézeline, de me rappeler, qu'au Tonkin, un soldat de la légion étrangère avait dû le rappel à la vie à une abondante saignée, alors qu'un coup de chaleur, particulièrement grave, l'avait mis en état de mort apparente.

Cet homme, très robuste, à musculature puissante, était de ceux, que le coup de chaleur frappe de préférence. Cette remarque judicieuse est due à Barclay, qui a eu l'occasion de la faire souvent aux Indes anglaises.

Par une matinée chaude et orageuse des premiers jours d'octobre, ce légionnaire était allé, en barque, porter des approvisionnements à 15 kilomètres de QuangYen. A midi, il entra faire la sieste sur son lit, placé dans un casernement d'ailleurs bien aéré. Une céphalée intense l'avait empêché de manger, il s'en était plaint à ses camarades. Vers 1 heure, ceux-ci s'aperçurent que son sommeil n'était pas normal, que la respiration ne s'étendait pas, que la figure était cyanosée. Immédiatement prévenu, j'ai assuré au plus tôt la respiration artificielle, la flagellation, à coups de serviettes trempées dans l'eau froide, le refroidissement de la peau à coups de larges éventails; les inhalations d'ammoniaque et les injections hypodermiques d'éther complétèrent les soins médicaux, il n'était pas alors question de la méthode de Laborde (traction rythmée de la langue); mais la résolution musculaire restait complète; les pupil-

les dilatées ne réagissaient à aucune excitation, l'insensibilité des cornées paraissait absolue; le pouls et la respiration ne se percevaient plus.

Pour combattre cet état de mort apparente, il ne restait qu'un moyen, celui de décongestionner au plus tôt la bulbe, le nœud vital, par une large saignée. L'ouverture de la veine resta, au pli du coude, d'abord blanche. Après une 1/2 heure de respiration artificielle et de violents mouvements provoqués dans les articulations des membres inférieurs, le sang s'écoula en bavant, noir et poisseux, par la veine ouverte; bientôt, un faible jet sanguin apparut; mon malade était sauvé.

J'ai laissé s'écouler 600 à 700 grammes de sang, et j'ai eu la grande satisfaction de quitter cet homme, une heure après avoir été appelé près de lui, en parfaite connaissance, et répondant avec précision aux différentes questions.

Une desquamation furfuracée des bras et du dos succéda les jours suivants à la teinte cuivrée et brûlée par le coup de soleil que cette peau avait subi. Mon légionnaire avait manié les avirons, n'ayant le tronc couvert que d'un tricot à jour, et sans manches; la tête et la nuque étaient abritées par le salacco, casque colonial en liège, qu'il n'avait pas quitté.

L'érythème solaire était symptomatique de l'insolation directe, et le coma avait été produit par le coup de chaleur, provoquant la toxémie asphyxique.

Cette résurrection avait impressionné l'entourage, et, en réponse à la relation que je lui avais adressée, le directeur du service de santé du corps d'occupation du Tonkin, M. Dujardin-Beaumetz, aujourd'hui médecin inspecteur général de l'armée, m'exprimait ainsi son sentiment dans une lettre datée de Hanoï le 18 octobre 1886 :

" Je vous félicite de la décision et de la persévérance que vous avez apportées dans le traitement de l'insolation grave dont vous m'avez adressé la relation. Ce malade vous doit la vie.

" C'est dans ces cas que l'application de sangsues derrière les oreilles rend de grands services, en dégorgeant immédiatement les vaisseaux du cerveau; la saignée a eu le même effet, vous avez très judicieusement appliqué les préceptes de l'art."

Le 11 septembre dernier, à 8 heures du soir, mon ami le Dr Georges, médecin de l'hôpital de Vézelize, m'appelait près d'un malade, soldat au 153<sup>e</sup> régiment d'infanterie, qui avait été apporté dans la voiture d'ambulance sans connaissance. La température maxima de la journée avait été de 30°, soit au soleil de 40°, d'après mes observations, la température en plein soleil, dépassant d'un tiers exactement celle observée à l'ombre. Le billet d'entrée d'urgence à l'hôpital précisait que cet homme avait été frappé sur la route d'un coup de chaleur, et que tous les moyens habituels de traitement étaient restés sans résultat (injections d'éther, inhalations ammoniacales, traction rythmée de la langue).

En présence de ce malade militaire, après que j'eus raconté le rappel à la vie de mon légionnaire, 12 ans auparavant, le Dr Georges voulut bien m'en confier le traitement. Le coma était complet, la résolution des membres et de la nuque absolue, le pouls non perceptible ainsi que les battements du cœur, les pupilles dilatées; les extrémités froides indiquaient de l'hypothermie; la température exacte n'a pas été prise, il fallait aller au plus pressé. Je fis le cathétérisme de la vessie, et deux litres d'urine s'écoulèrent en bavant, pendant les préparatifs de la saignée. Celle-ci fut blanche au début; environ un 1/4 d'heure après, le sang, mis en mouvement par un violent massage de l'avant-bras, s'écoula par gouttes; bientôt le jet veineux noir, fluide, poisseux, se produisit, et 600 à 700 grammes de sang noir non coagulable, *asphyxique*, étaient recueillis dans une cuvette.

Des inhalations d'ammoniaque aidaient en même temps au retour des mouvements respiratoires, qui tardaient à apparaître, ainsi que des injections sous-cutanées d'éther. Avant de quitter l'hô-

pital, ce malade nous disait son nom, sa satisfaction d'appartenir à la classe qui allait être libérée dans quelques jours, ce qui lui permettrait de rejoindre Bollegarde, son domicile.

Le lendemain, à 5 heures du matin, en quittant Vézelize, j'allais prendre de ses nouvelles, et il me disait qu'il n'avait pas le moindre souvenir de son attaque de la veille. Mais, j'avais le plaisir de ne pas constater d'abnubilation cérébrale, toutes ses facultés étaient intactes, la souvenance de l'incident d'hier exceptée.

Ce soldat portait un hyste médian thyroïdien du volume d'une grosse châtaigne; la glande thyroïde elle-même était développée. Ce goître avait évidemment été une cause prédisposante à l'asphyxie par le coup de chaleur: et, le coma s'est montré, je pense, aussi grave, parce qu'on avait affaire à un goîtreux, chez qui la glande comprimait la trachée.

Les alertes qu'on observe lors des chloroformisations ne sont que trop souvent dues à semblable compression mécanique par la glande thyroïde hypertrophiée, et la valeur clinique de cette remarque ne doit jamais être perdue de vue.

Enfin, ce soldat du 153<sup>e</sup> régiment d'infanterie ne faisait pas exception, en tant que développement musculaire, plutôt athlétique, à la règle bien connue, que les hommes les plus fortement musclés sont surtout ceux prédisposés au coup de chaleur. Il n'avait, d'ailleurs, pas d'antécédent morbide infectieux, pas de méiopragie viscérale, ni d'urémie brightique.

Il ne faut pas publier que dans le coup de chaleur la mort peut être le résultat de la chute elle-même; car elle ressemble à celle de l'épileptique, qui tombe brusquement et violemment sans le moindre avertissement. La fracture du rocher et de la base du crâne a pu ainsi provoquer le décès d'hommes s'affaissant lourdement, l'occiput portant en arrière sur un sol très résistant. Je pourrais en citer un exemple confirmé par l'autopsie. En semblable occurrence, il y a toujours à dépister une hémorragie nasale, sous-orbitaire ou auriculaire, pour établir, avec un bon diagnostic, le pronostic de la lésion.

Au point de vue militaire, on devra toujours délivrer un certificat d'origine de maladie, qui est la pièce indispensable de tout dossier de retraite, à tout malade ainsi frappé de coup de chaleur, car le coup de chaleur est le plus souvent *mixte*; c'est-à-dire que l'insolation a sa part dans l'ictus apoplectique. Or, celle-ci doit toujours faire redouter l'inflammation des méninges; et, si la méningite devient chronique, elle ne s'accompagne alors que trop souvent de trouble d'insuffisance cérébrale, voire même d'aliénation mentale. Le traitement par la saignée n'a-t-il pas aussi son indication contre l'asphyxie par coup de froid?

C'est la mort par submersion d'un soldat du 26<sup>e</sup> régiment d'infanterie, qui, nageant le 7 septembre dernier à Mirecourt, dans le Madon, par une température de 29° à l'ombre, à 2 heures de l'après-midi, me fait naître à l'esprit cette réflexion.

L'eau de surface était chaude; mais, à 1 m. 50 les pieds baignaient dans l'eau presque glaciale, déversée en cet endroit par des sources souterraines, bien connues des habitants. Le cadavre retiré de l'eau, sous mes yeux, 1 h. 1/2 après la submersion, fut soumis immédiatement pendant plus d'une 1/2 heure au traitement habituel (respirations artificielle, traction rythmée de la langue, flexion répétée des membres inférieurs); mais, sans résultat.

Les veines jugulaires externes étaient fortement distendues, je fis alors la saignée de l'une d'elles; et, 500 à 600 grammes de sang noir asphyxique, ne se coagulant pas, furent rapidement obtenus par un jet à haute pression; je dus refermer la plaie par deux sutures entortillées, pour mettre fin à l'écoulement sanguin, particulièrement fluide et poisseux. Le cadavre était resté trop longtemps sous l'eau pour obtenir le rappel à la vie.

Une injection intra-veineuse de sérum artificiel chauffé à 38° (comme j'ai eu occasion de m'en servir si utilement au Tonkin

dans les formes *algides*, prolongées de choléra) injection succédant à une saignée, me paraît devoir être, dans le cas de submersion ayant provoqué de la congestion pulmonaire *a frigore* avec arrêt du cœur, le dernier moyen à tenter pour aider au rétablissement de la circulation. Le rêve sera d'avoir alors sous la main de quoi faire cette injection chaude intra-veineuse. Le laboratoire pourra seul nous dire le bien fondé de cette vue théorique à expérimenter sur des animaux.

En présence de cas absolument désespérés de coup de chaleur et de coup de froid, la compression rythmée du cœur, sur laquelle Tuffier a appelé l'attention de la Société de chirurgie le 2 novembre dernier, devrait enfin être mise à contribution, pour réveiller la contractilité cardiaque.

En face d'une syncope avec état de mort apparente, chez un homme qu'il avait opéré d'appendicite aiguë 4 jours auparavant, Tuffier vit échouer le traitement habituel. C'est alors qu'il fendit le 3<sup>e</sup> espace intercostal, décolla la péricardite, et, après avoir saisi la masse ventriculaire entre le pouce et l'index, il pratiqua sur elle 60 à 80 compressions rythmées par minute. Les pulsations des artères devinrent perceptibles, et le patient ouvrit les yeux ; mais, au bout de 2 à 3 minutes, le pouls s'arrêta, et ne reprit que sous l'influence de nouvelles compressions rythmées ; ce résultat ne fut, d'ailleurs, que de courte durée, et malgré un troisième essai, il fut impossible à l'opérateur de rappeler le malade à la vie.

Ces jours derniers j'avais l'occasion de voir sur le vivant le résultat de l'acte opératoire en lui-même.

Un jeune soldat venait de subir la résection de la partie antérieure de la 4<sup>e</sup> côte et d'une portion de son prolongement cartilagineux, dont la carie avait déterminé un volumineux abcès semi chaud avec prolongement dans le médiastin, formant collerette extérieure et intérieure à la côte. La pulpe de l'index plongé dans la cavité cureté, reposait alors sur le péricarde décollé, épaissi, et sentait ses mouvements et ses ondulations isochrones avec les contractions du cœur.

N'est-ce pas cette même voie que le professeur Delorme conseille de suivre pour le traitement chirurgical de la symphyse cardio-péricardite ? (*Bulletin médical*, 30 octobre 1898.)

A l'autopsie du malade de Tuffier on peut constater qu'il y avait un caillot dans la branche gauche de l'artère pulmonaire.

Ce caillot n'a jamais été signalé, lors des autopsies de l'homme et des animaux ayant succombé aux accidents soit du coup de froid, soit du coup de chaleur : seule la stase circulatoire asphyxique du poumon et du cerveau a été constamment notée.

C'est le *primum movens* de cette stase, qui aura déjà produit la mort apparente, que la thérapeutique doit apporter au plus tôt.

Elle le donnera soit indirectement, sous forme de violents massages d'appel, de respiration artificielle, de traction rythmée de la langue et de saignée surtout, qui soustraie ainsi rapidement à l'organisme du sang devenu solution de poison ; soit, directement, par la pression digitale, véritable coup de pouce à la circulation absente, faite dans le 3<sup>e</sup> espace intercostal gauche sur le cœur lui-même.

(*Revue médicale de l'Est.*)

#### De la dilatation anale dans les affections douloureuses de l'urètre et de la vessie

Par A. GUÉPIN.

Sans rechercher aujourd'hui les raisons anatomiques et physiologiques du fait en lui même, il est facile de se convaincre que chez l'homme, à l'état normal, les contractions des sphincters anal et urétraux sont ordinairement synergiques. On comprend alors avec plus de facilité comment le spasme habituel du sphincter de l'anus peut entretenir un phénomène de nature identique du côté de l'urètre et de la vessie et inversement, comment la contracture des voies urinaires inférieures retentit sur la portion terminale du gros

intestin, et entraîne le spasme qui vient compliquer de ses conséquences propres la situation pénible des malades.

I. — La contracture du sphincter anal provoque donc et entretient un état spasmodique de l'urètre et de la vessie, se traduisant par des mictions fréquentes, difficiles, pénibles parfois jusqu'à la douleur. Cette *excitation vesico urétrale* qui accompagne souvent les affections inflammatoires (cystites) et qui a été confondue avec elles, opinion dont notre collègue P. de Grandcourt a autrefois fait justice, peut aller jusqu'à la rétention d'urine, surtout lorsque le col vésical est déplacé par une augmentation de volume de la prostate passagère ou définitive. Le cathétérisme, alors urgent, est douloureux, accompagné de petites hémorragies de nature congestive ; souvent il est difficile et même quelquefois temporairement impossible. Il démontrerait au besoin la réalité de l'existence du spasme urétral. Chez tous les sujets atteints de fissure à l'anus, de la variété dite intolérante, d'hémorroïdes au moment des poussées de congestion locale, ou qui ont subi certaines interventions chirurgicales portant sur le voisinage de l'orifice anal et laissant à leur suite une irritation plus ou moins persistante, se montre l'excitation vésico-urétrale avec ou sans rétention d'urine et cette dernière, lorsqu'elle se rencontre, revêt alors la forme douloureuse. La connaissance des lois générales des réflexes urinaires faisait prévoir cette complication. Mais ce qui peut être observé à des degrés divers dans des circonstances ordinaires prend, bien entendu, chez les malades spéciaux que seuls vise ma courte description, un intérêt de première importance.

Permettez moi de ne vous citer, et très rapidement, qu'une observation récente. Un homme de 45 ans, que je vois régulièrement depuis des années, sans autre cause appréciable qu'une neurasthénie peu accusée, souffre par moments de crises d'excitation vésico-urétrale. Le passage d'une bougie molle n° 21, d'abord très difficile, a seul donné de bons résultats. Le toucher rectal, pendant les crises, dénotait la contracture du sphincter avec constipation tenace et petites hémorroïdes externes turgescents.

Or, vers le milieu de 1898, apparaissent les douleurs caractéristiques d'une fissure ; les troubles urinaires prennent une grande acuité et les cathétérismes jadis efficaces restent désormais sans effet. J'examine ; je découvre la fissure ; et, quelques jours après, je fais la dilatation forcée de l'anus sous le chloroforme. Le soir même de l'intervention, le malade, très soulagé, n'urine plus que toutes les trois ou quatre heures, sans efforts, et sans souffrances. Cette amélioration considérable se maintient encore ; plus n'est besoin d'avoir recours à la bougie urétrale et la fissure n'a jamais reparu. Je n'insiste pas ; il y a trop longtemps que de tels faits sont connus.

II. — Les affections très douloureuses de l'urètre et de la vessie, qu'il y ait ou non des lésions constituées, affections dont le spasme vésico-urétral fait partie intégrante, sont accompagnées de contracture anale avec toutes ses complications. Comme dans le cas précédent, il semble qu'il y ait entre les deux appareils musculaires un échange réciproque de mauvais procédés.

MAISONNEUVE avait noté ces rapports et, de propos délibéré, il pratiquait la dilatation forcée de l'anus à ses prostatiques, pour espacer leurs besoins d'uriner et rendre leurs mictions plus faciles. A cette époque, on entendait par prostatiques, conservant à ce terme son sens le plus général, tous les malades atteints de prostatomégalie et souffrant des troubles urinaires qui en résultent ; c'étaient des prostatites chroniques, des hypertrophies séniles, des cancers de la prostate, ayant de commun un symptôme physique essentiel : la prostatomégalie est un syndrome fonctionnel dont parfois la terrifiante acuité et la ténacité désolante justifient les plus sérieuses interventions opératoires : l'excitation vésico-urétrale, le spasme douloureux de l'urètre et de la vessie. A l'exemple de Maisonneuve, les chirurgiens de son époque, surtout lorsqu'ils n'opéraient point, attachaient à la thérapeutique "rectale" pour ainsi



dire, chez les urinaires de toute sorte, un intérêt capital, que le temps et l'expérience n'ont en rien diminué.

Nous en trouvons la preuve dans les travaux de son élève, mon maître RELIQUET. L'évidence des relations établies entre l'excitation vésico-urétrale et la contracture du sphincter de l'anus permettait d'aller plus loin dans cette voie et, en l'absence d'une modification pathologique, locale et appréciable de l'urètre, de la vessie ou de l'anus, d'opposer au spasme des voies urinaires inférieures paraissant résulter d'une simple névralgie (si pareil diagnostic est encore de mise), la dilatation forcée du sphincter anal. Récemment encore, après avoir exploré sans résultat la vessie d'un malade chez qui tous les traitements généraux et tous les traitements de la cystite ont échoué, j'ai pratiqué la dilatation anale. Et depuis cette époque, les mictions, presque aussi fréquentes, sont du moins beaucoup plus faciles et tout à fait indolentes.

Deux cas se présentent encore à ma mémoire où, à une intervention commandée par l'état de la vessie, il m'a paru utile de joindre la dilatation forcée. Ici, certainement, il serait facile de discuter la valeur de cette dernière opération. Cependant, comme elle ne prolonge pas la durée des manœuvres chirurgicales, comme elle n'ajoute rien à la gravité du traumatisme, comme enfin, nous le savons, elle contribue, pour sa part, à rendre à l'urètre et à la vessie le calme indispensable, je crois préférable de terminer l'acte opératoire par une rapide dilatation du sphincter anal. L'un de ces cas est celui d'un jeune homme de 35 ans, tuberculeux vésical, envoyé de province à Paris, épuisé par les souffrances, atteint d'une constipation rebelle et sous le coup de graves accidents urémiques (dyspnée, vomissements incoercibles), à qui je fis d'urgence la taille périnéale. Je profitais de l'anesthésie chloroformique pour dilater rapidement le sphincter. Depuis janvier 1898, ce malade conserve et entretient sa fistule urinaire : ses urines sont presque claires et normales d'aspect ; l'état général est excellent, les garde-robes sont régulières. L'autre a trait à un vieillard de 70 ans, envoyé également de province pour une hypertrophie sénile de la prostate avec rétention absolue, profondément infecté et presque mourant. Taille périnéale en juin dernier, dilatation forcée de l'anus. Trois semaines après ces deux interventions, je laissais la fistule se fermer d'elle-même. Le malade vit encore ; il a toujours de la stagnation d'urine due à sa prostatomégalie ; mais les mictions se font assez bien dans l'intervalle des cathétérismes. Ceux-ci, autrefois très douloureux et très pénibles, sont désormais indolents et faciles. Les hémorrhoides habituelles ont disparu et l'évacuation du rectum se fait avec régularité.

Si donc, pour me résumer, je cherche à établir les indications de la dilatation forcée du sphincter de l'anus dans les états douloureux de l'urètre et de la vessie, j'arrive aux conclusions suivantes. Seront-elles définitives ? Peut-être ; mais *a priori* je ne le pense pas et je fais appel à tous mes collègues de la Société de médecine de Paris, pour qu'ils veuillent bien apporter, à cette tribune, le résultat de leur expérience dont je m'efforcerai de tirer le meilleur profit.

La dilatation anale est indiquée comme moyen palliatif ou comme adjuvant utile du traitement spécial des affections douloureuses et spasmodiques de l'urètre et de la vessie, alors qu'une opération ne peut radicalement guérir les lésions (cancer de la prostate et tuberculose vésicale avancée, par exemple). Dans la même séance, on agit, au besoin, sur la vessie, sur l'urètre et sur le rectum, comme il a été fait dans mes deux dernières observations.

Elle est encore indiquée quand l'exploration méthodique et sous l'anesthésie du réservoir urinaire n'a point permis de remonter aux causes d'une violente excitation vésico-urétrale ou que, pour une raison ou pour d'autres, le chirurgien n'est pas autorisé à faire davantage.

Enfin, lorsque les douleurs et le spasme vésico-urétrale sont la conséquence de troubles nerveux mal définis et que leur intensité

justifie l'emploi de procédés énergiques, avant de prendre une plus grave détermination, je reste décidé à proposer la dilatation forcée du sphincter anal. Dans cette circonstance encore, je montrerai peut-être un esprit rétrograde. L'important est que mes malades aient lieu de ne pas le regretter.

(France méd.)

#### Des difficultés de la version causée par la rétraction de l'anneau de Bandl

D'après M. le Dr Henry CHÉRON (de Paris)

L'anneau de Bandl varie suivant les différentes époques de la puerpéralité. Pendant la grossesse il ne se distingue par aucun relief, et se continue directement avec le corps de l'utérus et avec le segment inférieur. C'est seulement par les rapports qu'affecte cette région avec le péritoine et les vaisseaux que sa situation peut être déterminée. Le péritoine, très adhérent à la partie supérieure du corps utérin, est séparé à ce niveau du plan sous-jacent par un tissu cellulaire lâche ; la ligne de séparation des deux zones est représentée par une ligne qui marque la limite de l'adhérence de la séreuse péritonéale. On trouve également à cette hauteur une veine circulaire et le cercle de Huguier. L'épaisseur de cette région est variable, et en rapport avec la tonicité et l'élasticité du segment inférieur ; elle est d'ordinaire de 10 à 15 millimètres.

Situé dans le plan du détroit supérieur, l'anneau de Bandl est plus ou moins distant de l'orifice interne, suivant la distension et l'élongation du segment inférieur. Quand le segment inférieur est très distendu, l'anneau musculaire s'élève et s'éloigne de l'orifice interne, souvent même la paroi antérieure est plus fortement distendue, et la direction de l'anneau n'est plus horizontale. On peut, en pénétrant directement dans le canal cervical, explorer l'anneau de Bandl et s'assurer de son existence, mais cette recherche n'a qu'un intérêt théorique, et n'est pas sans dangers.

Pendant le travail, la région de l'anneau de Bandl constitue une vraie bande contractile qui se sépare de la continuité de la paroi utérine. Ce relief est très visible sur certaines coupes, celles de Braun, de Barbour en particulier, et si on ne le retrouve pas sur toutes, cela tient probablement au relâchement qui se produit dans le muscle utérin après la mort. Par suite des contractions l'anneau s'élève et arrive tantôt à égale distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne, tantôt seulement à 2 ou 3 travers du doigt au-dessus du pubis ; on l'a rencontré, au cours d'un accouchement dystocique, au niveau de l'ombilic.

Dans les quelques heures qui suivent l'accouchement, l'anneau de Bandl présente un contour fort net ; il apparaît comme un véritable sphincter fermant la cavité utérine. Vers le 6<sup>e</sup> jour, la saillie devient de moins en moins accusée et vers le 10<sup>e</sup>, il se perd insensiblement dans les tissus du col.

Il est démontré aujourd'hui que l'anneau de contraction, de même que le segment inférieur, se forme aux dépens de la partie inférieure du corps de l'utérin.

Le phénomène de la rétraction de l'anneau de Bandl est connu depuis longtemps. Depuis de longues années, on a décrit une bande musculaire qui partage la cavité utérine en 2 segments. Nægeli avait vu la forme particulière en sablier que prend l'utérus pendant certains accouchements normaux. Mais la connaissance complète de cette nouvelle dystocie est assez récente et les observations en sont relativement peu communes.

Les causes qui favorisent la production de la rétraction sont d'origine maternelle ou fœtale. Au nombre des causes maternelles, on doit ranger toutes les anomalies des parties molles ou du bassin qui obligent le muscle utérin à un surcroît d'efforts, telles que les rétrécissements pelviens, la rigidité du col, la rupture prématurée des membranes, la longueur du travail, l'emploi de l'ergot de seigle ou des ballons accélérateurs du travail.

Les présentations de l'épaule, l'excès de volume du fœtus, la procidence d'un membre, sont les causes *fœtales* le plus fréquemment rencontrés dans les observations.

Quand la rétraction de l'anneau de Bandl est constituée, il est parfois facile, par la simple inspection de l'abdomen, de constater la forme en sablier, en calebasse de l'utérus, mais d'ordinaire c'est seulement en pratiquant le toucher manuel profond que l'on peut affirmer son existence.

Dans certains cas, la longue durée de la période d'expulsion ou bien une difficulté sérieuse survenant dans l'évolution du fœtus, en l'absence de toute autre cause de dystocie, feront penser à cette rétraction.

En pratiquant le toucher, on peut constater que la rétraction porte sur des régions différentes du fœtus. Celui-ci est quelquefois retenu en entier dans le corps utérin. L'anneau rétracté est alors situé au-dessous de lui.

Parfois la tête occupe déjà le segment inférieur, et le point qui supporte la constriction est généralement le cou. On reconnaît alors la rétraction à l'inutilité des tractions faites avec le forceps, soit à l'impossibilité de l'introduction de la main, dans les tentatives de version.

Dans les présentations de l'épaule, l'anneau de contracture passe habituellement en écharpe au-dessus de l'épaule opposé à la présentation, on observe plus rarement les deux dispositions suivantes : les deux épaules et la tête sont situées dans le segment inférieur ; ou bien une partie du tronc a déjà dépassé l'anneau rétréci. Il est très important, au point de vue opératoire, de connaître exactement ces diverses éventualités.

Dans les présentations de siège, la tête dernière peut être arrêtée par une rétraction et fixée "comme dans un véritable étai."

La plus redoutable des complications de la rétraction de l'anneau de Bandl est la rupture de l'utérus, causée ici par l'élongation et l'amincissement des parois du segment inférieur.

Au moment de la délivrance on peut observer aussi, la reproduction de la bande annulaire et consécutivement des hémorragies *post partum* redoutables.

Pendant la version podalique pratiquée dans un utérus rétracté, on rencontre des difficultés à chaque temps de l'opération :

**1er temps.** La main sera arrêtée par la rétraction de l'anneau, qui cède habituellement après des manœuvres de dilatation manuelle. De plus, la progression de la main et la saisie du bon pied sont rendues difficiles par l'hypertension utérine.

**2e temps.** Il faut considérer ici deux cas bien distincts. *a)* Le fœtus occupe la cavité du corps de la matrice, et dans ce cas c'est la rétraction utérine et non l'anneau de Bandl qui s'oppose à l'évolution, qui est alors assez facile et exempte de tout danger de rupture. *b)* Il n'en est plus de même quand la partie fœtale est dans le segment inférieur. On éprouvera une première difficulté pour abaisser le siège, ou mieux le pied. Mais pour faire remonter la partie fœtale engagée dans le segment inférieur, au-dessous par conséquent de l'anneau rétracté, il faudra avoir recours à l'un de ces procédés. Pendant qu'une main exerce des tractions sur le membre inférieur abaissé, l'autre main pénètre dans l'utérus et presse de bas en haut sur le globe céphalique pour lui faire franchir le rétrécissement. L'anneau de Bandl résiste fortement, il se forme aux dépens du segment inférieur une sorte de cul-de-sac qui s'exagère par suite des pressions. Pour *débloquer* la tête, on pourra se faire aider par un assistant qui saisira entre les deux mains la sphère céphalique, à travers la paroi abdominale, et la soulèvera en l'entraînant vers le fond de l'utérus. Ce procédé n'est pas sans dangers, car les pressions s'exercent sur les parois du segment inférieur considérablement aminci, et par conséquent peuvent aisément causer une rupture. Aussi doit-on donner la préfé-

rence au procédé suivant que Budin a employé avec succès : le pied amené à la vulve est entouré d'un lacis et confié à un aide, qui ne tirera que quand on le lui dira. L'opérateur "fait alors pénétrer l'extrémité des doigts entre l'anneau de Bandl et la tête ; cette main refoulera l'anneau de dedans en dehors et constituera surtout un plan incliné allant de la cavité cervicale vers la cavité du corps." L'autre main refoule la tête qui glisse facilement sur le plan incliné. Quand la tête a franchi l'anneau rétréci, on prie l'aide de tirer sur le lacis, et l'évolution se produit sans difficultés.

**3e temps.** La dystocie est moins considérable pendant le 3e temps ; car l'obstacle a été déjà forcé pendant l'évolution. On a noté cependant des faits où le passage de la tête nécessita de fortes tractions et amena la mort de l'enfant.

Pendant toutes ces manœuvres, la seule complication à redouter est la rupture utérine.

Faut-il dans les cas de ce genre avoir toujours recours à la version ? Si l'enfant a succombe, l'embryotomie est seule de mise. Si l'enfant est vivant, et si la rétraction est très forte, le forceps, qui constitue le moyen de choix quand le fœtus ne présente pas le sommet, donne de très mauvais résultats dans les présentations de la face.

(Gaz. Hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

#### Traitement électrique de la goutte.

par M. le Dr Th. GUILLOZ.

Un double problème thérapeutique s'impose si, avec M. Bouchard, on envisage la goutte comme une auto-intoxication consécutive à un ralentissement de la nutrition entraînant des altérations des tissus, particulièrement des jointures, reconnaissant pour cause immédiatement tangible un dépôt de composés uratiques.

Il convient d'augmenter l'activité nutritive des tissus en les poussant à accomplir, jusqu'à ces termes normaux, leur cycle trophique sans s'arrêter à des produits intermédiaires de désassimilation nuisibles par leur toxicité propre ou par leur insolubilité dans le milieu organique.

Il convient aussi de dissoudre et d'éliminer les déchets existants tout en favorisant, par augmentation de la circulation locale, la réparation des désordres qu'ils ont déjà provoqués.

J'ai d'abord cherché, comme Edison, Labatut, une action locale par transport électrolytique de lithium au niveau des jointures atteintes, mais en employant des courants plus intenses allant jusqu'à 150 à 200 milliampères et passant pendant 20 à 30 minutes. J'ai observé que les goutteux ainsi traités, sans changement dans leur régime, maigrissaient en même temps qu'ils accusaient une amélioration de leur état général. Pensant alors à une action trophique globale du courant continu, j'ai appliqué systématiquement ce courant à d'autres ralentis de nutrition, aux obèses. J'ai pu obtenir chez certains sujets, sans changement de régime alimentaire et dynamique, un amaigrissement allant de 10 kilogr à 15 kilogr avec une moyenne de un kilogr par semaine.

Les urines n'ont donné aucune augmentation de déchets azotés (dosages durée, d'ozate total), ce qui prouve que le muscle n'est pas altéré et que l'amaigrissement se fait aux dépens des graisses et hydrocarbonées, preuve d'une nutrition suractivée.

J'ai examiné, et je reviendrai bientôt sur ce point, l'action des autres modalités électriques sur l'activité de la nutrition.

Je dirai seulement que, dans l'application des courants à haute fréquence, et en prenant l'obèse comme réactif, la méthode d'auto-conduction de M. d'Arsonval m'a seule donné des résultats. Un obèse, qui avait maigri par le courant continu, engraisa sous l'action directe du courant à haute fréquence qui, au bout de quelques jours, fut même appliqué journellement, pendant 2 heures, avec une intensité de 300 à 350 milliampères, mesurée par une lampe de 30

volts en série avec lui. Ce même malade diminua par les courants continus, etc.

Le traitement électrique de la goutte, tel que je l'ai appliqué à 75 malades, consiste en un transport électrolytique de lithium au niveau des jointures atteintes et dans l'application des courants de haute fréquence par auto conduction. L'action thérapeutique est locale (transport de lithium) et générale (augmentation de l'activité de nutrition). Celle-ci est due aux courants d'auto-conduction, mais aussi à l'action propre du courant continu intense (150 à 200 milliampères,  $d=1$ ) et de longue durée qui sert de vecteur au médicament.

Les accès traités dans leur période aiguë avortent rapidement et ne laissent pas de reliquats après leur disparition. Les empâtements articulaires chroniques se dissipent après un nombre de séances variables de 4 à 5, de 25 à 30, à moins toutefois qu'ils ne s'accompagnent d'ostéite chronique, reconnaissable à la fluoroscopie par la teinte blanchâtre des régions atteintes de l'os.

Ce traitement n'apporte pas seulement aux douleurs un soulagement à l'impotence des membres une restauration fonctionnelle plus ou moins complète; il modifie profondément l'état général. C'est ainsi que l'un des résultats les plus fréquents signalés par les goutteux chroniques consiste dans la bien moins grande durée et la moins grande douleur des accès qu'ils ont pu avoir après leur traitement.

Ce même traitement appliqué à des cas de rhumatisme chronique déformant, n'a pas donné de résultats satisfaisants.

Enfin des dosages des composés xantho-uriques (procédé Denigès), faits avant, pendant et après le traitement, n'ont pas montré de grandes variations dans l'élimination de l'acide urique, et il ne m'a pas été possible de rapporter les variations observées à quelque cause que ce soit.

(Académie des sciences de Paris)

—:0:—

#### Pathologie de la rougeole.

par M. STEFFENS

Ces recherches ont pour but d'étudier les points suivants: 1° existence d'une immunité contre la rougeole chez les jeunes nourrissons; 2° état de la température pendant la période d'incubation et le stade prodromique; 3° complication et suites morbides de la rougeole.

Pour ce qui est du premier point, l'auteur a pu réunir les observations de 41 nourrissons, âgés de moins d'un an, qui se trouvaient dans les familles où il y avait eu des cas de rougeole. Sur ces 41 nourrissons, 16 avaient contracté la rougeole et 25 étaient restés indemnes. Or, sur les 25 restés indemnes, aucun n'avait dépassé l'âge de 5 mois: par contre, les 16 qui avaient contracté la rougeole étaient âgés de 6 à 12 mois. L'immunité des nourrissons âgés de moins de six mois, soutenue en premier lieu par M. Jurgenssen, se trouve donc ainsi établie.

L'état de la température, pendant la période d'incubation, a pu être étudié grâce à l'obligeance des parents, qui ont bien voulu prendre, plusieurs fois par jour, la température de leurs enfants non encore atteints de la rougeole. L'auteur a réuni ainsi 57 courbes thermométriques (à l'abri de toute objection) des enfants qui ultérieurement, ont eu la rougeole. Ces 57 cas se décomposent en 4 groupes.

Dans le premier groupe, qui comprend 36 cas, la température, pendant la période d'incubation, est restée constamment normale et l'état général satisfaisant, c'est-à-dire que les enfants étaient bien portants à tous les points de vue. Dans le second groupe, qui comprends 11 cas, la température s'est élevée plusieurs fois, et chez quelques malades seulement, à 37°6-37°9; l'état général est resté bon. Enfin dans le troisième groupe, qui comprend 10 cas, il y a eu

6 cas dans lesquels on a noté plusieurs fois une élévation de la température à 38°9, et 39° et 40; dans les 4 autres observations, l'élévation de la température tenait à une cause autre que l'incubation de la rougeole. L'auteur en conclut que, dans la majeure partie des cas, la période d'incubation évolue d'une façon latente tant au point de vue de la température qu'à celui de l'état général.

Sur 71 enfants dont la température a été prise exactement pendant le stade prodromique, deux seulement avaient encore une température normale la veille de l'éruption. Chez les autres il y eut des élévations de la température, qui dans la majorité des cas, pouvaient se réduire à deux types: tantôt la température montait assez haut pendant le premier jour pour descendre à la normale les jours suivants et s'élever ensuite rapidement la veille et au moment de l'éruption; tantôt la température montait lentement, mais d'une façon continue jusqu'à l'apparition de l'exanthème. La durée du stade prodromique, dans 69 cas, a été, en moyenne, de 3 à 4 jours  $\frac{1}{2}$ .

(Deut. Arch. f. klin. Medic. et Gaz. Hebd.)

## FORMULAIRE

### Traitement de l'emphysème pulmonaire.

(GRASSET)

1° Vingt jours par mois prendre à chaque repas une cuillerée de:

Iodure de potassium..... 10 grammes  
Eau quantité suffisante pour..... 300 cent. c.

Et les dix autres jours de chaque mois, à chaque repas, une cuillerée de:

Arséniate de soude..... 10 centigr.  
Eau..... 300 grammes

2° Tous les huit jours, le soir au coucher, prendre pilule de 10 à 15 centigrammes d'aloès.

3° Supprimer tabac et alcool. Boire du lait aux repas.

4° Si possible, bains d'air comprimé.

(Gaz. des Hôp.)

### Contre l'ébranlement des dents.

(Quinceroth.)

Tannin..... 8 grammes  
Teinture d'iode..... 4 —  
Iodure de potassium..... 1 —  
Teinture de myrrhe..... 5 —  
Eau de roses..... 200 —

En bains de bouche à la dose d'une cuillerée à café pour un demi-verre d'eau.

### Traitement simple des verrues.

Par le Dr VIDAL.

Étendez une couche de savon noir sur un morceau de flanelle. On applique cet emplâtre sur les verrues pendant la nuit et le jour, si cela est possible. Après quinze jours de ces applications répétées, les verrues s'amollissent, sont dissoutes, et il suffit de gratter pour les faire disparaître complètement.

(Gaz. des Hôp.)

ERRATUM. Dans le dernier numéro de *La Revue*, page 361, lire le titre du travail original de M. le Dr. A. Laphtorn Smith comme suit: LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS.

## A NOS LECTEURS

Le présent numéro, qui termine la deuxième série de notre publication, a dû être consacré presque exclusivement à la publication de l'index des travaux de l'année. Nous profitons de la circonstance pour annoncer à nos lecteurs un changement important dans la direction, avec le premier numéro de la troisième année.

L'ADMINISTRATION.

## REVUE DES JOURNAUX

## Un cas de pleurésie gonorrhéique

Voilà certainement une espèce d'inflammation bien imprévue. On parle constamment de gonorrhée des organes génitaux, ce qui est des plus naturel, de gonorrhée oculaire, ce qui se comprend fort bien ; on parle aussi de rhumatisme et de péritonite gonorrhéique. Mais la pleurésie gonorrhéique, qui eût songé ! J'en ai cependant observé un cas caractérisé et, à cette occasion, j'ai feuilleté de nombreuses publications médicales, afin de rechercher si d'autres médecins avaient relaté des cas semblables.

J'ai eu ainsi l'avantage de savoir que mon malade n'était pas unique en son genre, il existe même dans la littérature des cas de pneumonies, de maladies de cœur qui ne sont dues qu'au développement du gonocoque de Neisser.

Les ouvrages classiques déclarent que la pleurésie secondaire provient de pneumonies, de péricardites ou de rhumatismes préexistants, ou encore d'une complication de la variole, de la scarlatine et de la tuberculose ; le mal de Bright et l'alcoolisme favorisent souvent cette localisation, il faudra ajouter à cette nomenclature la blennorrhagie comme cause possible.

Le malade dont il s'agit est un jeune homme de 24 ans, présentant tous les symptômes de la pleurésie, frissons, point-de côté et fièvre. Il avait 40 mouvements respiratoires à la minute, un pouls faible et rapide, la toux et les mouvements exaspéraient fortement les douleurs. L'auscultation, la palpitation et la percussion montraient qu'il s'agissait bien d'une pleurésie.

Le médecin traitant croyant à une tuberculose du poumon et me l'avait envoyé pour l'examiner au moyen des rayons X, afin de s'assurer de l'existence du foyer et en même temps de vérifier le diagnostic et de fixer les limites du mal.

Il n'y avait pas de tuberculose, mais je trouvai tout autre chose, je remarquai que l'image des organes génitaux avait un singulier aspect et je reconnus bientôt que le malade avait une épéidymite méconnue.

Lui-même ne se souvenait pas d'avoir jamais eu une blennorrhagie, mais il finit par se rappeler que pendant un certain temps il avait un peu de sécrétion purulente au méat.

L'examen des crachats n'avait pas encore été pratiqué, nous le fîmes, et à notre grande stupéfaction au lieu de trouver un résultat négatif ou tout au moins les bacilles tuberculeux, nous vîmes une quantité notable de microcoques de Neisser (gonorrhée). Des cultures subséquentes vinrent nous assurer de la chose.

La pleurésie guérit en 8 semaines sans autres complications, l'épidymite et l'urétrite furent traitées suivant les procédés en usage.

L'an dernier, le Dr Fisher, de Chicago, a publié un cas analogue. Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans ; c'était un machiniste grand et vigoureux ayant une hérédité irréprochable. Quatre

ans auparavant il avait eu une gonorrhée, et n'avait plus été malade depuis cette époque. En mars il fut traité pour une pleurésie, mais la ponction ne donna pas de résultat.

On reconnut qu'il avait un très léger écoulement urétral qui cessa pendant cette pleurésie. Après trois semaines de maladie les symptômes généraux s'accrochèrent et il cracha beaucoup de pus. Cette expectoration fourmillait de gonocoques. En octobre, le malade se considérait comme guéri.

Comment peut-on expliquer ces localisations imprévues ? Il faut bien admettre qu'il y a un certain degré de pyémie, que les microbes pénètrent dans le courant circulatoire à la faveur d'une érosion inflammatoire ; alors ils vont se déposer quelque part, dans le *locus minoris resistentiæ*, souvent dans une articulation, quelquefois dans le péritoine, parfois dans la plèvre.

ANDERS a trouvé le gonocoque dans les exsudats de l'endocardite, HERING et COUNCILMAN dans le myocarde. Souvent il existe toute une série de complications ; il y a concomitamment ou consécutivement, rhumatisme, iritis, endocardite, etc.

(Traduit de *The Journ. of the Amer. Medical Assoc.*)

par M. le Dr A, BIENFAIT.

(Gazette méd. Belge.)

## A Courtade

## DU VERTIGE DE MÉNIÈRE

*Étiologie.* L'étiologie de cette affection est très obscure et il est impossible de déterminer, exception faite de la forme secondaire ou traumatique, dont la pathogénie est évidente, si les malades ne présentaient pas antérieurement quelques troubles congestifs qui préparaient la rupture de petits vaisseaux labyrinthiques, car les malades ne viennent consulter qu'après l'attaque, les troubles légers prémonitoires étant regardés comme insignifiants.

Ménière avait observé que la maladie frappait assez souvent les rhumatisants ou les goutteux ; cela tient à plusieurs causes ; d'abord ces états diathésiques sont très fréquents ; d'autre part, ils peuvent déterminer des fluxions vives, rapides ou même des hémorragies pour peu que les parois vasculaires soient altérées : il en est de même, d'ailleurs, de la syphilis, de l'albuminurie.

Ce même auteur n'hésite pas à regarder certaines migraines comme d'origine labyrinthique lorsqu'elles se présentent avec des vomissements, du vertige ; souvent la surdité incurable en est la suite ; il croit même que l'hémorragie labyrinthique est une des causes des plus efficaces de la surdité absolue chez les enfants en bas âge.

*Pronostic.* La gravité de cette affection varie suivant les cas ; si parfois elle a été suivie d'une mort rapide, comme dans les cas de Ménière très incomplètement relatés, on peut dire qu'en général elle ne compromet pas l'existence ; il n'en est plus de même de l'audition qui, le plus souvent, est diminuée à chaque attaque nouvelle et qui finit par disparaître : cette terminaison fâcheuse d'une fonction sensorielle est compensée ordinairement par la cessation du vertige et des bourdonnements qui tourmentent les malades.

Il est des cas, cependant, où la fonction auditive est peu touchée au moins pendant les premières attaques de vertige ou bien ne l'est que temporairement ; on peut supposer, car la preuve anatomique n'en est pas faite, que les canaux demi-circulaires sont seuls le siège de la congestion ou de la transsudation et que le limaçon n'a été que très peu ou pas atteint ; il est encore d'autres cas où, bien que toutes les parties de l'oreille interne soient lésées, la guérison survient après un traitement bien dirigé.

*Traitement.* Laissant de côté le vertige de Ménière, secondaire à une affection du conduit ou de la caisse du tympan dont le traitement médical ou chirurgical est subordonné à la nature des

altérations primitives et causales, je ne ferai que rappeler succinctement le traitement de la maladie de Ménière qui est exclusivement médical.

Ménière, dans les cas où il reconnaissait le rhumatisme ou la goutte comme cause déterminante probable, donnait à ses malades les médicaments appropriés à ces états diathésiques ; de même dans la syphilis.

Charcot a institué un traitement systématique de cette affection par le sulfate de quinine à dose progressivement croissante, en commençant par 50 centigrammes par jour, en pilules de 10 centigrammes et en allant jusqu'à 1 gramme. Sous l'influence de ce médicament, les bruits subjectifs augmentent tout d'abord, mais diminuent peu à peu, après la période de repos qui doit séparer les périodes de traitement.

Si le vertige et les bourdonnements disparaissent à la longue, c'est au détriment de l'ouïe qui diminue aussi sous l'influence de la quinine.

Le salicylate de soude peut aussi rendre des services dans certains cas déterminés, bien qu'il ait les mêmes inconvénients que les sels de quinine.

Le médicament qui aurait jusqu'ici donné les meilleurs résultats, c'est la pilocarpine en injections sous-cutanées.

Une solution de nitrate de pilocarpine au 1/50e est injectée à la dose de quelques gouttes, en augmentant tous les jours jusqu'à ce que la salivation et les sueurs apparaissent.

Le traitement doit être commencé le plus tôt possible avant que l'épanchement plastique se soit organisé et lorsqu'il peut encore être résorbé.

L'iodure de potassium, le bromure de potassium ont aussi été prescrits dans certains cas déterminés.

(Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.)

#### De la valeur des cylindres urinaux dans le diagnostic et le pronostic des maladies rénales

par M. PÉHU

La recherche et l'étude des cylindres urinaux peuvent donner en clinique des renseignements utiles pour le diagnostic et le pronostic des néphrites : elles sont actuellement abandonnées, parce que, d'une part, on a voulu demander à chacune de leurs variétés une valeur sémiologique égale, et que, d'autre part, on n'a pas placé à sa base l'individualisation des néphrites épithéliales dans le groupe complexe des maladies rénales.

On peut, d'après leur mode de formation, diviser les variétés de cylindres en trois classes : 1° les cylindres de *transsudation* résultant du passage à travers les parois des tubes urinifères de certaines substances contenues dans le sang, et ce passage s'effectue à la faveur des troubles circulatoires, d'allure aiguë ou chronique : cylindres hyalins d'hémoglobine, de fibrine, de globules rouges ; 2e les cylindres de *desquamation* sont des formations dues à la mise en liberté, par le mode dégénératif, de cellules modifiées venues des tubes du rein : cylindres colloïdes, graisseux, amyloïdes, épithéliaux même ; 3e les cylindres de *fermentation* sont produits par la *prolifération* de l'épithélium à revêtement de Heidenhain qui a subi du principe pathogène une atteinte plus ou moins forte, et réagit suivant le mode prolifératif.

Les cylindres granuleux sont la caractéristique des néphrites épithéliales ; leur constatation en plus ou moins grande quantité, leur persistance, même en dehors d'une inflammation aiguë, doit amener à formuler le *diagnostic* d'une néphrite portant son action sur le labyrinthe rénal.

Les autres variétés de cylindres sont d'une utilité moindre pour le diagnostic d'une affection rénale : les cylindres *hyalins* qui sont, de beaucoup, la variété la plus fréquente, accompagnent gé-

néralement les troubles circulatoires, mais n'ont en eux-mêmes aucune signification caractéristique au point de vue du diagnostic.

Comme facteur du *pronostic* dans les néphrites épithéliales, la recherche des cylindres *granuleux* tire sa valeur de ce qu'elle permet de suivre les phases diverses du processus anatomo-pathologique, les modifications des cylindres traduisant des étapes inflammatoires.

A l'état *aigu*, ils sont nombreux, cohérents, à granulations compactes, d'un diamètre étroit, et sont l'indice d'une fermentation cellulaire active.

A l'état *subaigu*, les formations granuleuses sont plus rares, moins cohérentes : leur diamètre est accru. Lorsque la sclérose secondaire tend à s'installer dans le tissu lésé, on note la présence de cylindres colloïdes ; cependant, on ne peut, sur ce point, formuler des conclusions fermes, étant donnée la variabilité de leur constatation.

Enfin, si l'affection passe à l'état *chronique*, les cylindres sont en quantité minime et sont doués d'une cohésion moindre. Si l'affection *guérit*, l'albumine et les cylindres disparaissent. Si le processus passe à l'état *cicatriciel*, les tubes, imparfaitement régénérés, laissent passer une quantité variable, généralement minime d'albumine ; ils ne fournissent plus aucun cylindre.

Pour tous ces motifs, la recherche systématique des cylindres mérite de prendre une place importante en sémiologie urinaire.

(Revue de médecine.)

#### Tuberculose et variole

En 1898, le professeur Landouzy appela l'attention du public médical sur la fréquence de la tuberculose chez les variolés. Sur 300 malades il n'en avait trouvé que 3 pour 100 qui ne fussent pas devenus tuberculeux. M. P.-A. Lop, de Marseille, apporte une contribution à cette question de la variole et de la tuberculose. Il relate 64 observations personnelles qui, jointes à 54 du professeur Revilliod, et 22 du docteur Chauvain, portent le chiffre des variolés devenus tuberculeux à 140.

Ce qui donne aux observations de ces trois auteurs une grande valeur, c'est qu'ils ont recherché soigneusement les antécédents, et ils n'ont trouvé des prédispositions tuberculeuses que chez 19 malades sur 140 ; 27 malades de M. Lop étaient dans de très bonnes conditions sociales.

L'époque à laquelle la tuberculose a fait son début a été très variable. En général c'est 10 à 30 ans après la variole qu'apparaît l'infection bacillaire. Quand le début est précoce la forme de la tuberculose est plus grave. En général, plus l'infection variolique aura été intense, plus sûres sont les chances de tuberculisation précoce.

Cette prédisposition des variolés à la tuberculose va chagriner les partisans de la ligue anti-vaccinale, car la phtisie pulmonaire était à leurs yeux une des nombreuses maladies déterminées par le poison vaccinal.

La variole, non contente de décimer ceux qu'elle frappe, de les rendre aveugles, défigurés et infirmes, en fait de futurs tuberculeux. Le variolisé néo tuberculeux deviendra un foyer de tuberculose, tout comme autrefois il était le foyer de la variole : dangereux hier, ajoute M. Lop, le variolisé le sera encore demain !

Que les médecins qui mettent en doute cette prédisposition tuberculeuse des anciens variolés veuillent bien suivre leurs malades, chose facile dans la pratique civile, et ils pourront se rendre compte de l'exactitude de ce fait que nous avançons.

(Revue de la tuberculose.)



# TABLE DES MATIÈRES

## Travaux Originaux

<p><b>A</b></p> <p>Avortement. De l' — incomplet, de la conduite à tenir, traitement (Société médicale de Québec), 193, 201, 210, 217, 229</p> <p>De l' — incomplet par M. le Dr S. Bolduc (St-Michel de Bellechasse)..... 233</p> <p><b>C</b></p> <p>Cancer. La prévention et le traitement du — de l'utérus par M. le Dr A. Laphorn Smith (Montréal)..... 361</p> <p><b>D</b></p> <p>Dentaire. La carie — et son traitement par M. le Dr J. Pinault, de St-Sébastien d'Aylmer..... 17, 25, 33, 49</p> <p>Dermatosclérose. Observations de trois types de — partielles par M. le Dr M. D. Brochu (Québec)..... 329</p> <p>Diphthérie strepto par M. le Dr Eugène Paquet (St-Aubert)..... 137</p> <p>Traitement de la — par le sérum antidiphthérique par M. le Dr J. E. Laberge (Montréal)..... 337</p> <p><b>E</b></p> <p>Electrothérapie. Société française d' — 169, 212, 244, 274, 333</p> <p>Etude sur la cause ou condition première de toute maladie par M. le Dr C. R. Paquin (Québec) 249, 273, 289</p> <p><b>F</b></p> <p>Fièvre urinaire. Discussion sur la — (Soc. méd. de Québec)..... 297, 305, 313, 321, 345</p>	<p>Fœtus. Relation d'un cas de monstruosité fœtal. Absence complète du cordon. Insertion du placenta dans le périnée de l'enfant par M. le Dr Alphonse Lessard de (Québec)..... 153</p> <p><b>G</b></p> <p>Gynécologie. Notes gynécologiques de Paris, par M. le Dr A. Laphorn Smith de Montréal..... 9</p> <p>Quelques gynécologistes — éminents d'Europe et leurs œuvres par M. le Dr A. Laphorn Smith..... 41, 81</p> <p>Notes sur la — par M. le Dr A. Laphorn Smith (Montréal)..... 257</p> <p><b>H</b></p> <p>Hernie. Prévention et cure de la — ventrale, par M. le Dr A. Laphorn Smith (Montréal)..... 324</p> <p>Hystérie. De l' — et son traitement par le Dr Gille de la Tourette, leçons inédites recueillies par M. le Dr Chs DeBlois (T.-Rivières). 242</p> <p><b>I</b></p> <p>Incontinence. Un cas d' — d'urine guéri par la colporaphie antérieure et postérieure, par M. le Dr A. Laphorn Smith (Montréal)..... 169</p> <p>Lettre se rapportant à l'article précédent..... 179</p> <p>Industrie laitière. La santé publique et l' — par M. le Dr L. J. O. Sirois, (St Fer-</p>	<p>dinand d'Halifax..... 161</p> <p>Injection et sérothérapie par M. le Dr J. E. Laberge (Montréal)..... 57, 65</p> <p><b>M</b></p> <p>México-Psychologique société — de Québec... 44, 153, 162</p> <p>Médecin. Le — à la campagne, par M. le Dr J. E. Paradis de Montmagny... 89, 97</p> <p><b>N</b></p> <p>Nez. De l'emploi des sels de l'acide sozoiodique dans le traitement des affections nazales par M. le Dr M. E. de Laval-Thyerner, (New-Bedford Mass)..... 177</p> <p><b>O</b></p> <p>Ophthalmologie. L'antisepsie en — par M. le Dr J. Jehin Prume (Montréal)... 121, 129</p> <p>Ophthalmie. De l' — purulente des nouveau-nés, complications provoquées par le traitement intempestif, Prophylaxie, par M. le Dr L. Gauthier (Québec)..... 185</p> <p><b>P</b></p> <p>Penis. Nœud des corps carverneux du — par M. le Dr M. J. Ahern de Québec... 73</p> <p>Placenta. Un petit coin de l'histoire du traitement du — prœvia par M. le Dr P. V. Faucher (Québec)..... 281</p> <p><b>S</b></p> <p>Sérothérapie. Infection et — par M. le Dr J. E. La-</p>	<p>berge (Montréal)..... 57</p> <p>Solanum carolinense. De l'emploi du — dans le traitement de l'épilepsie et autres affections nerveuses-convulsives par M. le Dr M. E. de Laval-Thyerner (New-Bedford, Mass.) 105</p> <p>Strepto-diphthérie voir Diphthérie.</p> <p><b>T</b></p> <p>Testicule. Ectopie acquise du — compliquée de cancer par M. le Dr M. J. Ahern de Québec..... 1</p> <p>Thymus. Thérapeutique glandulaire. Le — comme médicament, par M. le Dr Chs. E. Boisvert de Québec 369</p> <p><b>U</b></p> <p>Urinaire. Leçon d'ouverture des cours sur les maladies des voies — à la faculté de médecine de Paris, par M. le prof. Tuffier reconstituée au moyen de quelques notes prises par M. le Dr Henri Lasnier, (Lévis)..... 13</p> <p>Utérus. La prévention et le traitement du cancer de l' — par M. le Dr A. Laphorn Smith (Montréal) 361</p> <p><b>V</b></p> <p>Varicocèle. De la —, sa cure radicale par la ligature double et l'excision des veines combinées à la résection étendue du scrotum par M. le Dr M. T. Brennan (Montréal)..... 145</p>
--	---	--	--

## Revue des Journaux

<p><b>A</b></p> <p>Abcès. Traitement des — froids par les injections de serum oxygéné..... 23</p> <p>De l'intervention dans les cas d' — et de fluxion Congrès dentaire..... 183</p> <p>Traitement des — tuberculeux..... 270</p> <p>Accouchement. Emploi de la glycerine pour provoquer l' — prématurée artificielle. 16</p> <p>De l'emploi de l'analgesie hypnotique dans les —... 175</p> <p>Contribution à l'étude de l' — prématuré spontané... 221</p> <p>La lactose comme accélérateur physiologique du</p>	<p>travail de l' —..... 239</p> <p>Du lever précoce après l' —..... 254</p> <p>Combien de temps les nouvelles accouchées doivent être condamnées au repos absolu..... 286</p> <p>Acné. Traitement de l' — des jeunes filles..... 95</p> <p>L' — excoriée des jeunes filles et son traitement... 303</p> <p>Actinomycose de l'embolie par inoculation directe. (Acad. de méd.)..... 133</p> <p>Adénites. La guérison des — cervicales sans cicatrices.. 168</p> <p>Adénoïdes. Quelle est la meilleure opération pour les —? 164</p>	<p>Alcool chez les enfants..... 86</p> <p>De l'influence de l' — sur l'échange des matières .... 224</p> <p>Alcoolisme. Traitement de l' — par l'hypnotisme 127, 226, 235</p> <p>Alimentation des tuberculeux à l'hôpital..... 176</p> <p>De l'influence de l' — sur le début de la marche de l'enfant..... 216</p> <p>L' — du nourrisson après le sevrage..... 307</p> <p>Allaitement. Des dangers de la surcharge alimentaire pendant l' —..... 108</p> <p>Alopécie. Traitement des — Ampoules. Traitement des — qui se forment pendant la marche..... 32</p>	<p>Amygdale. Traitement des affections de l' — linguale et de la base de la langue.. 228</p> <p>Amygdalites considérées comme portes d'entrée des infections générales... 222</p> <p>Anémie. Traitement de l' — 2</p> <p>Traitement de l' — pernicieuse de la puerpéralité... 86</p> <p>Aneurismes. Traitement des — par la gélatine en injections sous-cutanées .... 181</p> <p>Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle cocaïné. 242</p> <p>Angine rhumatismale..... 28</p> <p>— goutteuse..... 312</p> <p>Ano-rectal. Des malformations ano-rectales..... 265</p> <p>Anthrax. Trait de l' — pour</p>
--	--	---	---



Eruption due au benzoate de soude ..... 256  
 Erysidèle ambulante..... 285  
 Estomac. Indications et mode d'emploi de l'acide chlorhydrique dans les affections de l'— ..... 49  
 Traitement de l'ulcère hémorragique de l'— par les lavements alimentaires et le repos ..... 231  
 Traitement des névroses de l'— ..... 282  
 Ether. La technique des injections sous-cutanée d'— ..... 151  
 Éthérisation rationnelle ..... 25

**F**

Faiblesse congénitale des nouveau-nés ..... 334  
 Faux croup. Traitement du— ..... 184  
 Fèces. Signification clinique des— grasses ..... 288  
 Ferments amylicés ..... 27  
 Fer. Sur le rôle du— dans les phénomènes de la vie et de la mort des cellules..... 280  
 Fibrome. Traitement médical des— de l'utérus..... 87  
 Fièvre de digestions chez les enfants ..... 47  
 La typhoïde chez les obèses ..... 70  
 Rechutes dans la— typhoïde ..... 140  
 Traitement de la typhoïde par le sérum sanguin d'homme convalescent ..... 223  
 La température locale de la— typhoïde ..... 302  
 Traitement de la typhoïde ..... 254  
 Fœtus. Procédé d'extraction du— en présentation du siège, mode des fesses..... 314  
 Foie. De la bile de bœuf dans la lithiase biliaire. .... 71  
 Chirurgie des voies biliaires etc, (Cong. fran. de Chir.) ..... 138  
 La cirrhose chez les enfants ..... 152  
 De quelques médicaments stimulant du— ..... 367  
 Forceps. Des applications de— au détroit supérieur..... 38  
 Fractures spontanées ..... 68  
 Le traitement des— de la rotule ..... 118  
 Lésions des nefs du membre supérieur dans les— de l'humérus, (Cong. fran. de Chir.) ..... 157  
 Traitement des du maxillaire inférieur..... 183  
 Freudreich. La maladie de— ou ataxie héréditaire..... 190  
 Furoncle et furonculose, leur traitement ..... 199  
 Furonculose. Furoncle et—, leur traitement. .... 199  
 La levure de bière dans la— ..... 275  
 Traitement de la ..... 343

**G**

Gale. (Prof. Fournier)..... 3, 10  
 Gastra-entérites. Teint. d'iode dans les— infectieuses. 167  
 Gastrite. Traitement de la— chronique..... 272  
 Gastro-entérostomie (Cong. fran. de Chir.)..... 139  
 Gastro intestinales. Le rôle des bactéries dans l'étiologie des affections—, du nourrisson..... 172  
 Teinture d'iode dans les affections— aiguës..... 253  
 Gastrorrhagies. Du traitement des— par les lavements d'eau chaude..... 5  
 Gerçures. Comment prévenir les— du mamelon. .... 84  
 Le permanganate de potasse contre les— du mamelon ..... 224  
 L'orthoforme contre les— et les crevasses du sein..... 232  
 Glandes. Influences des produits tyroïdien sur les organes génitaux pelviens et les— mammaires etc. .... 206  
 Emploi de l'électricité pour rendre à la— mammaire ses fonctions de lactation.. 326  
 Glaucome. Traitement du— voir sympathique.....  
 Glycosurie non diabétiques..... 285  
 Goître. La médication thyroïdienne dans le traitement du— exophtalmique ..... 103  
 Résumé du rapport sur le traitement chirurgical du—, cancer et— exophtalmique (Cong. de Nantes) 131  
 Traitement du— exophtalmique, voir sympathique  
 Goutte. Traitement de la migraine et des troubles gastro-intestinaux chez les goutteux..... 7  
 Traitement de la— ..... 214  
 Influence exercée sur la— par les substances minérales contenues dans les végétaux ..... 240  
 Angine goutteuse..... 312  
 Goutte. Traitement électrique de la— ..... 375  
 Grippe. Cas de— avec éruptions de taches rosées lenticulaire ..... 6  
 Traitement de la— infantile ..... 319  
 Grossesses. Traitement des extra-utérines ..... 165, 171  
 Quelques chiffres sur l'hérédité de la— gémellaire .. 222  
 Gynécologie. Signification du reflexe en— ..... 14

**H**

Hemathémèse de la galée, ... 64  
 La gelatine contre les— de l'ulcère de l'estomac ..... 127  
 Hémoptysies. L'iodoforme en injections sous-cutanées dans les— à répétition du

début de la tuberculose. (Cong. de la tuberc.)..... 58  
 Hémorrhoides. Traitement opératoire des— (Quenu). 12, 18  
 Traitement des— ..... 367  
 Hémorragie. Traitement des— par les applications locales de sérum gélatiné. 188  
 Traitement des postpartum par le tamponnement vaginal à travers un spéculum laissé à demeure. 311  
 Hernies. Réduction des— étranglées, à l'aide du colodion..... 128  
 Traitement des— gangrenées (Cong. fran. de chir.) 150  
 Huchard. Signe de ..... 282  
 Hydrastis canadensis dans le traitement des methorrhagies ..... 69  
 Hydrocèle. Opération de Wilkermann pour— ..... 296  
 Hyperchlorhydrie. Sur les rapports de l'— ..... 15  
 Hystérectomie. Technique de l'— par voie vaginale.. 299  
 Hystérie. Le journalisme à sensation et l'— ..... 207

**I**

Ictus laryngé ..... 336  
 Impétigo. Traitement contre l'— ..... 72  
 Impuissance ..... 4  
 Infection. Traitement des— puerpérales par l'essence de térébentine et d'autres essences aromatiques ..... 135  
 Le rôle de la bouche de l'opérateur dans l'— des plaies chirurgicales..... 198  
 Injections. Technique des— sous-cutanées de gélatine. 198  
 Insomnie. Traitement de l'— chez les enfants ..... 31  
 Traitement hygiénique de l'— ..... 90  
 Influence de l'— expérimentale sur la mutation intra-organiques ..... 344  
 Instruments. La conservation en acier ..... 32  
 Intestin. Traitement du catarre chronique de l'— par l'eau gazeuse..... 24  
 Iode comme nouveau réactif du sperme..... 151

**J**

Journalisme à sensation et l'hystérie ..... 207

**K**

Kystes congénitaux..... 291  
 Diagnostic des— de l'ovaire 339

**L**

Langue. Etat de la— dans les principales maladies ... 194  
 Laryngite voir larynx.....  
 Larynx. Traitement de la— tuberculeuse par les aspirations laryngées..... 182  
 Traitement de la tuberculose du— ..... 221

Ictus laryngé..... 336  
 Lavement. Un effet peu connu du— ..... 240  
 Leucorrhée. Traitement de la— par la levure..... 352  
 Lithiase. De la bile de bœuf dans la— biliaire voir foie.  
 Lupus. Traitement du— érythémateux par les lotions alcooliques..... 271  
 Luxation ancienne du coude. Complète du pouce en arrière, réduction par la méthode de douceur ..... 204

**M**

Maladie. Effet bienfaisant d'une— sur une autre ... 31  
 De l'influence de la lumière colorée dans le traitement des nerveuses.... 104  
 Mammite gravidique et puerpérale ..... 13  
 Maxillaire sur un cas d'ostéopériostite généralisée du— inférieur. Enlèvement de nombreux sequestres, conservation des dents, guérison complète (Congrès Dentaire)..... 83  
 Médicament. L'heure du—.. 85  
 Méningite. Un signe pathognomonique de la— ..... 72  
 De la valeur du signe de Kernig dans le diagnostic des— ..... 88  
 Ménopause. Organothérapie ovarienne contre la chlorose et les troubles de la— ... 31  
 Influence de l'époque de la— sur la marche des maladies du cœur ..... 359  
 Menstruation. Trouble de la— dans les maladies du cœur..... 118  
 Métorrhagie. De l'hydrastis canadensis dans le traitement des ..... 69  
 Microbes. Réaction de l'organisme en présence des— pathogènes..... 15  
 Migraine. Traitement de la— et des troubles gastro-intestinaux chez les goutteux ..... 7  
 Nature et traitement de la— ..... 221  
 Traitement de la— chez les dyspeptiques ..... 328  
 Mobilisation précoce après toutes les opérations destinées à restituer le mouvement normal des articulations où à créer des articulations nouvelles..... 167  
 Morphinomane ..... 258, 266  
 Mort immédiate après opération..... 175  
 Indication des injections hypodermiques de la morphine en cas de danger de— ..... 239  
 Deux signes nouveaux de la mort par submersion.... 368  
 Muguet. Traitement du— chez le nouveau-né..... 316



Tuberculomes. Sur le traitement des— (abcès tuberculeux) symptomatiques ou non d'une altération des os. 270	créosote dans la— (Cong. de la— ..... 75	Sur un plan d'expériences concernant le traitement de certain tumeur par la sérothérapie 336	reur dans l'analyse des— albumineuses 356
Tuberculose et variole..... 378	Indications de l'hivernage des tuberculeux à Alger-Mustapha (Cong. de la—) 75		Utérus. Du curettage de l'— Résultats de l'extirpation vaginale de l'— cancéreux par le procédé de Mackenrodt, c à-d à l'aide du thermocautére 70
Tuberculose. Traitement de la— pulmonaire par la créosote de hêtre à doses élevées..... 22	Des convalescences envisagées au point de vue de la prophylaxie de la— infantile dans les villes (Cong. de la—..... 76	<b>U</b>	Traitement médical des fibromes de l'— 87
La— locale du cœcum..... 35	Traitement de la— par la Vanadine (Cong. de la ) 76	Ulcères. Pathogenie et traitement des— variqueux de la jambe 150,157	La rétroflexion et le prolapsus de l'— 126
De l'illégitimité de l'hypothèse de Roch en ce qui regarde les origines de la— (Congrès de Nantes) ..... 46	Sur l'action des rayons X sur la—..... 128	De l'intervention active dans les— de la jambe 159	Action de la ligature des artères utérines dans les hémorragies de l'— 230
La désinfection dans ses rapports avec la—(congrès de la—..... 153	Alimentation des tuberculeux à l'hôpital ..... 176	Traitement de l'— hémorragique de l'estomac par les lavements alimentaires et le repos 231	Affections utérines et bicyclette 307
Sérodiagnostic des épanchements de la—..... 53	Traitement de la pharyngite tuberculeuse par les aspirations laryngées..... 182	Le traitement des ulcérations cancéreuses par les badigeonnages d'acide arsénieux et d'orthoforme 262	Les opérations sur le col au point de vue obstétrical 357
L'iodoforme en injections sous cutanées dans les hémoptysies à répétition du début de la— (C. de la—) 58	Du cautère mitigé dans le traitement de la phtisie pulmonaire ..... 207	Emploi d'un pansement humide à l'alum et à l'acétate de plomb dans le traitement de l'— de jambe 360	<b>V</b>
De la prophylaxie de la— et des mesures de prévention contre la contagion bacillaire etc. (C. de la—) 58	Traitement de la— laryngée De la curabilité de la— pulmonaire par la minéralisation intensive..... 237	Urée. La valeur de l'— pour le traitement de l'ascite chez les cirrhotiques 208	Vaccination. Contre indications momentanées de la— 276
Notice sur l'application du chloroforme au traitement de la— (Cong. de la—) 59	Traitement de la— vésicale par les injections de vaseline iodoforme..... 252	Urémie. Traitement de la petite— Les trois lavages dans le traitement de l'— 310	Variole. Traitement de la— 268
Inhalation d'air ozonisé chargé de substances médicamenteuse dans la— pulmonaire (Cong. de la—) 59	Sur la tuberculose conjugale..... 271	Uretères. Le cathétérisme des— par la voie naturelle Diagnostic et le calcul de l'— et l'appendicite 340	Végétations. Traitement des— des organes génitaux par la résorcine 94
La guérison des arthrites tuberculeuses sans interventions sanglantes (Cong. de la—) ..... 60	L'antisepsie pulmonaire par la voie rectale chez les phtisiques..... 277	Urètre. Calcul de l'— chez un enfant de 6 ans (Cong. franç. de chir.) 157	Ventricule voir Cœur.
Etude sur les injections de sérum artificiel dans la— pulmonaire ..... 62	Des méthodes modernes de traitement de la phtisie pulmonaire..... 278	Les vices de conformation de l'— et leur traitement 180	Version. Des difficultés de la— causée par la rétraction de l'anneau de Bandl..... 374
Résultats obtenus sur l'homme et sur les animaux de la nouvelle tuberculine T. R. de Koch (C. de la—) 66	Un signe nouveau pour le diagnostic précoce de la— pulmonaire..... 296	De la rupture traumatique de l'— pelvien 280	Vésicatoire. 213
Le terrain tuberculeux, sa vaccination etc. (Cong. de la—..... 67	De l'ichthyol dans la— et le catarrhe sec ..... 310	Urètre. De la dilatation anale dans les affections douloureuses de l'— et de la vessie 373	Vessie. Sur un cas d'extrophie de la— dans le sexe féminin, etc. (Cong. franç. de chir.) 138
Traitement de la— par le sérum médicamenteux (Cong. de la—..... 367	Ostéo-arthrite tuberculeux du cou de pied ..... 310	Urinaire. Clinique des maladies des voies— L'huile de salosantal dans les lésions des organes— 254	Traitement de la tuberculose vésicale par les injections de vaseline iodoformée 252
L'influence de l'acide phosphorique combiné à la	Tumeur. Sur les ligatures vasculaires dans les—..... 16	Urines. Traitement des retensions d'— aiguës et chroniques 312	Technique des lavages de la— 280
	— Traitement des— érectiles par les injections interstitielles de perchlorure de fer ..... 167	Notes sur une cause d'er-	Vomitifs. Les— dans les affections bronchiques 19
			Vomissements. Traitement des— par le menthol 102
			Vulvo-vaginite des petites filles 198

Formulaire

<b>A</b>	Anémie Choto..... 120	et au sulfate de quinine pour prévenir les troubles de la vue et de l'ouïe qu'occasionne l'ingestion de fortes doses de ces médicaments..... 72	Bronchite. Elixir de terpine contre les— ..... 72
Abscès. Essence de thérebentine contre les— mammaires..... 232	Traitement de l'— syphilitique ..... 360	Association du fer et du quinquina ..... 288	— aiguës ..... 128
Acide chromique..... 296	Anorexie. Traitement de l'— chez les enfants ..... 24	Asystolie ..... 54	Broncho-pneumonie des enfants..... 120
Acné. Contre l'— juvénile.... 352	Anti-cancéreux. Topique . . . 240	<b>B</b>	<b>C</b>
Adénite scrofuleuse chez les jeunes enfants . . . . . 48	Antidyspeptique. Mixture 32	Basedow. Traitement de la maladie de—..... 224	Céphalée. Pilules contre la— 72
Pommade contre l'— chronique . . . . . 200	Antifeorine ..... 184	Blépharite..... 296	Chancre. Traitement du— phagédénique par l'acide pyrogallique..... 136
..... 344	Antinévralgique. Pommade— Liniment—..... 272	Blenorrhagie . . . . . 108	Chaux. Solution de chlorhydrophosphate de— créosoté..... 16
Aloès. Mixture d'— composée ..... 136	Antitoxine. Composition et emploi de l'— ..... 224	Mélanges pour injections intra-urétrales contre la— ..... 216	Chloro-anémie ..... 120
Alopécie précoce . . . . . 64	Anus. Ulcérations fissuraires de l'—..... 328		Chlorodine . . . . . 272
Amenorrhée. . . . . 40	Artério-sclérose. Traitement de l'— ..... 32		Chorée. Solution contre la— infantile..... 240
Pilules contre l'— ..... 264	Association de l'ergot de seigle au salicylate de soude		
Amygdalites lacunaire..... 64			
Anesthésie locale..... 120			



Constipation. Mixture contre la—opiniâtre . . . . . 96  
 —Des enfants . . . . . 104  
 Convulsions. Potion contre les— de l'enfance . . . . . 168  
 Coqueluche. Contre les quintes nocturnes de la— . . . . . 264  
 Coryza. Potion contre le— . . . . . 264  
 Crampes. Prises contre les— d'estomac . . . . . 160  
 Créosote. Solution de— de hêtre pour lavements . . . . . 24  
 Cuir Chevelu. Lotion excitante pour le— . . . . . 288  
 Cystite. Contre la douleur de la— . . . . . 264

**D**  
 Dentifrice. Elixir— antiseptique . . . . . 176  
 Dent. Contre l'ébranlement des— . . . . . 376  
 — Traitement médical des maux de— . . . . . 152  
 Gargarisme contre l'ébranlement des— . . . . . 164  
 Odontalgie . . . . . 272  
 Désinfection des selles dans les maladies contagieuses . . . . . 8  
 Diaphorétique. Poudre— . . . . . 319  
 Diarrhée. Dysenterie et— . . . . . 136  
 Traitement de la— chez les enfants . . . . . 176  
 Diurétique. Poudre laxative et— . . . . . 168  
 Dyspnée. L'oxycamphre dans la— . . . . . 272  
 Dyspepsie. Potion contre la— . . . . . 168  
 L'ipéca dans la— avec insuffisance motrice de l'estomac . . . . . 336  
 Dysenterie et diarrhée . . . . . 136  
 Dysurie. Mixture contre la— blennorrhagique . . . . . 128

**E**  
 Eczéma. Pommade destinée à combattre l'empétigo vulgaire ainsi que l'— suintant de la tête etc . . . . . 248  
 Créosoline dans l'érysipèle et l'— aigu . . . . . 328  
 contre l'— . . . . . 328  
 Empyème. Traitement de l'— pulmonaire . . . . . 376  
 Endocardite. A la période ultime de l'— . . . . . 368  
 Enduit. Nouvel— pour sonde . . . . . 288  
 Engelures. Pommade contre les— . . . . . 192  
 Ephérides. Traitement des— . . . . . 319  
 Erysipèle. Créoline dans l'— et l'eczéma aigu . . . . . 328  
 Ether. Posologie infantile de

l'— sulfurique . . . . . 128  
 Expectorants. Mixture expectorante . . . . . 168

**F**  
 Fièvre. Emploi de glycérine dans le traitement de la— aiguë . . . . . 108

**G**  
 Gangrène. Traitement de la— pulmonaire . . . . . 64  
 Gastralgies. Contre les— . . . . . 296  
 Goître. Traitement du— exophtalmique . . . . . 200

**H**  
 Haleine. Pastilles contre la fétidité de l'— . . . . . 264  
 Hémorroïdes. Traitement des— par le calomel . . . . . 192  
 Hoquet. Sirop composé contre le toux gastrique et le— incoercibles . . . . . 72  
 Huile de foie de morue Iode, Emulsion crémeuse d'— . . . . . 40  
 Hydrastis canadensis dans les affections utérines . . . . . 312

**I**  
 Ichthyol dans le traitement des névralgies . . . . . 40  
 Impétigo. Traitement de— Pommade contre l'— du cuir chevelu et de la face chez les nourrissons, Pommade destinée à combattre l'— vulgaire, etc . . . . . 248  
 Iode. Huile de foie de morue— . . . . . 40  
 Inappétence. Mixture contre l'— des femmes enceintes . . . . . 136  
 Incompatibilité entre l'extrait de quinquina et l'antipyrine . . . . . 264  
 —entre l'extrait de quinquina formule de Vrij et le bromure . . . . . 288  
 —entre l'extrait de quinquina et le borax . . . . . 288  
 Insomnie chez les enfants . . . . . 144  
 Instruments. Pour éviter la rouille des— de chirurgie . . . . . 16  
 Iodoforme flexible . . . . . 136

**L**  
 Lait. Solution pour tarir la sécrétion lactée . . . . . 96  
 Lavements. Solution de créosote pour— . . . . . 24  
 — alimentaire . . . . . 192  
 — à la quinine pour les enfants . . . . . 368  
 Laxative. Poudre— et diurétique . . . . .

**M**  
 Maladies contagieuses. Désinfection des selles dans

les— . . . . . 8  
 Manie aiguë . . . . . 256  
 Ménorrhagique. Contre les troubles— . . . . . 352  
 Menstrues. Mélange contre les douleurs prémenstruelles . . . . . 320  
 Migraine. Cachets contre la— Traitement de la névralgie trifaciale et de la— . . . . . 216

**N**  
 Néphrite. Potion contre la— . . . . . 184  
 Nerveux. Formule pour tannifier le système— . . . . . 240  
 Névralgie. L'Ichthyol dans le traitement des— . . . . . 40  
 Traitement de la— trifaciale et de la migraine . . . . . 216

**O**  
 Odontalgie . . . . . 272  
 Oreille. Traitement de la supuration de l'— par l'acide picrique . . . . . 80  
 Oreillons. Dans les— . . . . . 256  
 Organes pelviens. Mixture contre la congestion des— chez la femme . . . . . 288  
 Orgéolet. Pommade contre l'— . . . . . 224  
 Oxycamphre . . . . . 304

**P**  
 Parasie. Lotion parasitaire . . . . . 216  
 Peau. Moyen de nettoyer la— tachée par l'acide picrique . . . . . 8  
 Pommade et hernie dermatologique ayant la couleur de la— . . . . . 208  
 Pellicule. Lotion contre la— . . . . . 248  
 Pharyngite. Pulvérisation contre la— sèche . . . . . 72  
 Gargarisme contre la— chronique . . . . . 168  
 Phlébites. Traitement médical des— . . . . . 160  
 Poudre. Préparation d'une— antiseptique . . . . . 24  
 — diaphorétique . . . . . 319  
 Pyélite . . . . . 88

**Q**  
 Quinine. Sous forme agréable Lavement à la— pour les enfants . . . . . 368

**R**  
 Rachitisme. Formule contre le— . . . . . 264  
 Le phosphore chez les enfants rachitiques . . . . . 328  
 Rhumatisme. De l'usage de la phénacétine dans les affections rhumatismales . . . . . 256  
 Royal embrocation . . . . . 248

**S**  
 Scrofuleuse. Adénite scrofuleuse chez les jeunes enfants . . . . . 48  
 Séborrhée. Pommade contre la— du cuir chevelu . . . . . 40  
 Sirop de l'enfant Jésus . . . . . 176  
 — de chlorhydrophosphate de chaux et de gaiacol . . . . . 344  
 Sonde. Nouvel enduit pour— . . . . . 288  
 Spasmes. Traitement des— utérins . . . . . 136  
 Stomatites aphteuse . . . . . 256  
 Sueurs nocturnes des phthisiques . . . . . 264  
 Contre les— des tuberculeux . . . . . 368  
 Sueur. Teinture contre la— des mains . . . . . 96  
 Suppositoires vaginaux . . . . . 160  
 Syphilis. Traitement prophylactique de l'hérédo— à prescrire à la mère . . . . . 160

**T**  
 Ténia. Traitement du— par l'acide salicylique . . . . . 16  
 Ténifuge. Emulsion— pour enfants . . . . . 224  
 — Le chloroforme comme— . . . . . 128  
 Toux. Quelques moyens pratiques pour combattre la— opiniâtre . . . . . 24  
 Sirop composé contre la— gastrique et le hoquet incoercibles . . . . . 72  
 Contre la— opiniâtre chez les enfants . . . . . 152  
 Tuberculose. Pommade contre les douleurs des tuberculeux . . . . . 272  
 Tympanite. Formule contre la— . . . . . 160  
 mes utérins . . . . . 136  
 Solution pour injections intra utérines . . . . . 304  
 L'hydrastis canadensis dans les affections utérines . . . . . 312

**U**  
 Urticair. Topique contre l'— . . . . . 88  
 Utérus. Traitement des spas-

**V**  
 Vermifuges. Paquets— pour enfants . . . . . 368  
 Verrues. Traitement simple des— . . . . . 96  
 Vin quino-phosphate . . . . . 176  
 —créosoté . . . . . 320

Nouvelles et Variétés

Anniversaire. Premier — de La Revue Médicale. La Direction . . . . . 1  
 A nos lecteurs . . . . . 221, 329  
 Assemblée triennale du C. des M. et C. de la P. Q., élection des gouverneurs . . . . . 8  
 Association médicale canadienne. A propos de l'—, 31e réunion annuelle . . . . . 54

Bureau provincial de médecine. (Rapport) . . . . . 109  
 Défense médicale, par M. le Dr A. Casset . . . . . 320  
 De la voix chuchotée, par M. Paul Olivier . . . . . 336  
 Discours du président de la C. M. A., M. le Dr J. M. Beausoleil . . . . . 51  
 Election des gouverneurs . . . . . 8  
 Enregistrement interprovin-

cial . . . . . 56  
 Erratum . . . . . 376  
 Introduction à l'étude de la médecine par M. G. H. Roger . . . . .  
 La Cathéchisme de la mère de famille . . . . . 80  
 Les Ribaud par M. le Dr L. J. O. Sirois . . . . . 52  
 Lettre de M. le Dr A. Lapthorn Smith . . . . . 179

Nécrologie du Dr C. E. Lemieux . . . . . 209  
 Rapport des auditeurs . . . . . 8  
 Scientia (collaboration) . . . . . 360  
 Seul responsable . . . . . 65  
 Société médicale de Québec, Rapport . . . . . 234  
 Tableaux synoptiques de pathologie général par M. le Dr Coutance . . . . . 368