

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la vaginotomie postérieure. De la vaccination faite antiseptiquement ;

par M. T. BRENNAN, M. D.,

professeur de gynécologie à l'Université Laval, gynecologiste de l'hôpital Notre-Dame.

I.—DE LA VAGINOTOMIE POSTÉRIEURE.—Quelques mots au sujet des services que cette opération, inoffensive pourrais-je dire, doit rendre à la gynécologie comme moyen diagnostique et comme agent thérapeutique.

Elle consiste dans l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur et du cul-de-sac de Douglass, telle qu'on la pratique au premier temps d'une hystérectomie vaginale ; pour plus de brièveté, appelons la *vaginotomie postérieure*.

Une fois l'ouverture complétée, l'exploration minutieuse de tout le petit bassin devient facile, le doigt étant l'instrument de recherche ; alors un toucher *délicat*, combiné à l'abaissement de l'utérus et au païper himanuel, donnera de précieux renseignements ; veut-on plus de secours et de certitude, une sonde molle dans le rectum et une sonde exploratrice dans la vessie aideront à compléter l'examen.

Se décide-t-on à opérer, on agira sur un champ avec lequel on est familier ; on n'ira plus à l'aveugle.

Son peu de danger l'impose comme moyen de diagnostic dans presque tous les cas de lésions douteuses du bassin, et comme opération préliminaire dans un grand nombre d'interventions par le vagin et par l'abdomen.

Ainsi, dans beaucoup de cas douteux de tumeurs, suppurations, inflammations, etc., pourquoi ne pas se renseigner par un moyen aussi facile ? Et pour certaines lésions situées haut dans le rectum, et pour l'exploration de la paroi postérieure de la vessie, et pour celle des urèteres, etc., etc.

Comme moyen thérapeutique, pourquoi ne pas l'utiliser plus souvent dans certains cas ? Ainsi dans la *péritonite* et la *pévipéritonite*, par le drainage, les irrigations intermittentes ou continues, ne devrait-on pas obtenir certains succès ? Je le crois. Dans la *péritonite*, un grand tube mou, perforé, peut s'introduire très haut et permettre des irrigations et du drainage ; on favorisera ainsi le mouvement péristaltique des intestins, on s'opposera au dépôt de la lymphe et on diminuera l'état inflammatoire.

Dans l'*ascite*, on pourrait obtenir par cette voie un drainage continu plus aseptique et siégeant dans l'endroit le plus déclive.

Cette opération, pratiquée judicieusement dans les cas mentionnés plus haut et dans d'autres semblables, est appelée à être utilisée plus fréquemment et à rendre de grands services. Elle remplacera avantageusement dans bien des circonstances la laparotomie exploratrice; pour plus de sûreté, elle se joindra souvent à celle-ci. De la sorte, on évitera bien des erreurs et on sauvera bien des vies.

II.—DE LA VACCINATION FAITE ANTISEPTIQUEMENT.—Deux idées à propos de vaccination; d'abord *pratiquons la antiseptiquement* et, en second lieu, *avec des agents aseptiques*.

De la sorte on verra, j'en suis certain, disparaître presque en totalité tous les malheureux cas de vaccination; comme conséquence naturelle, ce précieux préservatif—le vaccin—gagnera la confiance du peuple et l'opposition qu'on lui fait n'existera bientôt plus.

Et pourquoi ne doit-on pas prendre toutes les précautions nécessaires? Cette inoculation de virus, comme celle de tous les autres, n'exige-t-elle pas d'obtenir l'effet pur et simple du vaccin? ne faut-il donc pas éloigner soigneusement tous les éléments pathogènes étrangers et être certain d'avoir fait une *vaccination pure* avec un *produit pur*? Oui, il le faut, la science l'exige, et l'humanité l'exige! Le sujet doit être mis à l'abri de toute infection étrangère; c'est son droit de l'exiger du vaccinateur.

Il faut donc prendre les mêmes soins—je dirai plus si possible—à pratiquer cette petite opération, que si l'on faisait une opération chirurgicale antiseptiquement.

Il est urgent d'abord que le *vaccin* employé soit pur à tous les points de vue; pour le cueillir, exiger des soins de propreté chirurgicale, j'allais dire comme pour une culture bactériologique, et j'aurais bien dit, je crois. Les *pointes* qui reçoivent le virus devront être absolument aseptiques (désinfectées au sublimé, à l'étuve, etc.). Les *tubes* ou petites boîtes, ou autres réceptacles destinés à recevoir les pointes seront stérilisés et renfermeront, au besoin, au fond, un *coton stérilisé* pour recevoir ces pointes; on recouvrira celles-ci d'un même coton et on fermera le tube avec des précautions antiseptiques; on ne devra l'ouvrir qu'en prenant les mêmes précautions. *Les doigts de tous et chacun ne devront pas manipuler les pointes!*

Les *scalpels* ou scarificateurs, etc., devront être flambés à la lampe, avant et après chaque vaccination.

La surface sur laquelle on vaccine sera désinfectée au sublimé (1/1000) et asséchée avec du *coton aseptique*.

En râpant l'épiderme avant de scarifier—s'il faut scarifier!—on enlèvera du foyer d'inoculation bien des agents d'infection.

L'opération terminée, on laisse sécher complètement et on recouvre d'un peu de gaze stérilisée.

Que ceux qui déposent des parcelles de vaccine (de gale) sous-

la peau avec une aiguille ou une lancette prennent encore plus de précautions ou qu'ils abandonnent ce procédé, afin d'éviter érysipèle, gangrène, et pire, quelquefois la mort du sujet vacciné. Quand même ne mourrait-il qu'un seul individu sur des milliers de vaccinés, le vaccinateur n'est-il pas un tant soit peu coupable s'il n'a pris les précautions antiseptiques voulues ? Et la syphilis ? Evitons-la ; on ne connaît jamais, jamais son voisin ni son ami ; heureux celui qui se connaît lui-même ! Des milliers de bonnes vaccinations saines ne contrebalanceront pas le malheur causé par le virus syphilitique dans l'économie d'un pauvre enfant, infecté par un vaccin syphilitique.

Adoptons donc une vaccination pure, immaculée ! Il faut au vaccinateur pour cela : 1o des pointes aseptiques, conservées antiseptiquement ; 2o une petite lampe à alcool pour stériliser la lancette, etc. ; 3o une petite fiole de sublimé (1:1000) ; 4o un peu de coton absorbant stérilisé ; et 5o une petite quantité de gaze stérilisée, le tout prenant peu de place dans un petit sac propre.

Je termine avec un souhait pour la vaccination de l'avenir, — la vaccination pure faite avec des précautions antiseptiques.

Entéroçèle Vaginale,

par C. A. DAIGLE, M.D., Montréal.

L'entéroçèle vaginale est produite par la descente de l'intestin grêle dans le canal vaginal. Cette descente s'effectue de la manière suivante : Une anse intestinale emprisonnée dans le cul-de-sac de Douglass, dilate ce prolongement séreux et vient s'appliquer entre le rectum et le vagin dont il déprime la paroi. La souplesse de ces parties chez certaines femmes et la pression exercée sur l'intestin vaginal par l'utérus gravide produisent cette descente. Il peut se faire une inversion complète du vagin qui se trouve repoussé entre les grandes lèvres où il se forme une tumeur sphérique, pyriforme, remplie d'anses intestinales. On constate par le toucher la présence de cette tumeur. Elle est réductible et laisse après sa réduction une dépression notable de la paroi vaginale. Elle a tous les caractères des autres hernies ; elle augmente de volume par la station verticale, la toux et les efforts. La femme peut éprouver un sentiment de gêne, de pesanteur et des troubles du tube digestif.

Cette hernie ne peut se produire entre l'utérus et la vessie à cause de la solidité des tissus qui unissent ces deux organes. Elle n'est guère observée que dans les accouchements, où elle peut créer de sérieuses difficultés, car dans les efforts d'expulsion, elle peut augmenter de volume, se rompre ou se trouver fortement comprimée par la tête du fœtus, ce qui amènerait le sphacèle d'une partie de l'intestin et ses conséquences.

La réduction en est facile et peut être maintenue à l'aide d'un pessaire. La contention sera faite avec soin surtout si la femme est enceinte et pendant le travail de l'accouchement, afin d'éviter la compression et les suites d'un étranglement.

Telle est la description de la hernie vaginale, entérocele, donnée par les auteurs qui disent ne l'avoir observée que très rarement, quelques-uns déclarent même ne l'avoir jamais rencontrée.

Observation.—Au mois d'août 1892, Madame X, enceinte de huit mois, accuse une gêne plus grande que d'habitude à la marche, et une pesanteur plus forte au périnée. Elle remarque à cet endroit une espèce de tumeur qui se refoule avec la main. A l'examen on constate qu'il existe en effet une proéminence à la vulve; la grande lèvre du côté droit est refoulée en dehors. Cette tumeur descend de la paroi postérieure du vagin. Elle est molle, rénitente, augmente de volume par la toux et les efforts; elle offre tous les caractères d'une hernie. La position horizontale et le taxis la font disparaître.

Le thrombus seul ou le rectocèle peuvent être ici confondus.

Le thrombus apparaît brusquement et il est signalé par une douleur vive. A peine l'accident s'est-il produit qu'on observe une ecchymose plus ou moins étendue. La tumeur prend une coloration violacée, bleuâtre et quelquefois noirâtre, qui est très caractéristique et facilite beaucoup le diagnostic d'ordinaire facile.

Ici il n'y a pas d'apparition brusque avec symptômes douloureux, mais une simple gêne, pesanteur qui s'accroît graduellement. La coloration n'est pas celle d'une tumeur sanguine, ni la consistance tout-à-fait la même; et de plus, il y a tous les symptômes de hernie énumérés précédemment. Le toucher rectal combiné au toucher vaginal permet de constater que ce n'est pas un simple rectocèle, mais qu'il y a quelque chose entre le rectum et le vagin. La malade n'a pas de varices; par contre elle a une hernie ombilicale, ce qui pourrait indiquer faiblesse des tissus et tendance aux hernies.

Des précautions sont prises pour éviter toute complication au jour de l'accouchement. Sur notre demande, on nous appelle dès les premiers symptômes du travail. La malade est placée aussitôt sur son lit, un coussin sous le siège afin d'aider la réduction et la contention. L'intestin est refoulé dans l'abdomen par le taxis, mais comme il peut de nouveau glisser dans le vagin, la malade est priée en autant qu'elle le pourra de ne point faire d'efforts avant les grandes douleurs, c'est-à-dire avant la dernière période du travail, avant que la tête soit engagée dans la filière pelvienne et fasse l'office d'un bandage naturel.

L'intestin est surveillé au même temps que la dilatation et l'engagement de la tête; et un tampon est tenu prêt à être mis en place pour le maintenir constamment si la chose devient néces-

saire. Mais tout va bien : la femme ne fait pas trop d'efforts et laisse travailler son utérus seul jusqu'aux douleurs expulsives. La tête s'engage, la mère est alors avertie qu'elle peut s'aider et l'accouchement se termine promptement et heureusement. Rien ne se déclare dans la suite indiquant que l'intestin a souffert.

Cette femme n'a pas conçu depuis, et la descente de l'intestin qui avait due être causée par la compression intérieure exercée par le fœtus, ne s'est pas reproduite d'une manière sensible.

J'ai noté ce cas non qu'il soit d'une grande difficulté de diagnostic et de traitement, mais parce qu'il s'observe rarement et offre par sa nature un certain intérêt.

Traitement de l'ozène.—M. RAUGÉ, de Challes, préconise contre l'ozène vrai, un mode de traitement qui constitue, sinon une méthode nouvelle, du moins un mode d'application très particulier de l'irrigation nasopharyngienne.

Le principe de la méthode, c'est l'abondance presque invraisemblable du liquide employé pour chaque irrigation. Au lieu des 3 ou 4 litres qu'il est classique de ne pas dépasser, M. Raugé emploie de très larges lavages, répétés habituellement deux fois par jour, et pour chacun desquels il fait passer couramment 20, 30 et jusqu'à 50 litres de liquide.

Si colossaux que paraissent ces chiffres, ils sont, dans la pratique, beaucoup plus aisément atteints qu'on ne pourrait le croire *a priori* : les malades, une fois entraînés, exécutent facilement ce lavage à grande eau et acceptent sans répugnance cette inondation de leur naso-pharynx.

Quant au danger pour l'oreille moyenne, M. Raugé le déclare illusoire et prend résolument à ce propos la défense de l'irrigation naso-pharyngienne, fort attaquée depuis quelques années. S'appuyant sur une expérience étendue, il affirme n'avoir jamais eu un accident à déplorer, ni même un accident désagréable à noter du fait de cette médication. Le tout est d'agir prudemment, et de bien dresser ses malades.

Employé suivant les indications de l'auteur, avec cette profusion de liquide qui lui paraît indispensable, et sous une pression un peu forte, l'irrigation est encore le meilleur moyen mécanique d'entretenir la propreté des cavités nasales. Absolument satisfaisante comme traitement palliatif pour supprimer la fétidité elle est peut-être aussi le plus sûr des moyens curatifs, en enlevant dès qu'ils se forment les bouchons muqueux et les croûtes, dont la présence n'est pas une des moindres causes qui entretiennent et perpétuent l'état d'atrophie des parois.—*Soc. fr. d'otologie et de laryng.*, 1894).

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Traitement par les bains froids des formes typhoïdes des maladies infectieuses, par M. le Dr FAURE-MILLER.—En dehors de la fièvre typhoïde, les maladies infectieuses dans lesquelles on a le plus souvent recours au bain froid sont la rougeole et la scarlatine malignes. Dès 1798, Currie préconisait l'emploi des affusions froides dans la scarlatine, et Trousseau, on le sait, avait adopté cette pratique que défend actuellement l'École lyonnaise. Elle a, du reste, fait de bons prosélytes, car pour Dieulafoy, par exemple "les autres médications, les autres médicaments sont inutiles ou secondaires; les bains froids priment toute autre médication." Dans la rougeole et la scarlatine, avec fièvre violente, avec agitation continue, avec délire, l'anxiété respiratoire, la dyspnée *sine materia*, l'oligurie sont les symptômes qui indiquent la prescription des bains froids. On ne doit pas craindre de provoquer par la balnéation froide des complications rénales dans la scarlatine, des complications pulmonaires dans la rougeole; et d'autre part, lorsque ces complications existent déjà, elles indiquent l'emploi du traitement. Même dans une néphrite aiguë ordinaire les bains froids peuvent avoir la plus heureuse influence et on lira à ce point de vue, avec intérêt, une observation publiée par Renaut, de Lyon, dans laquelle on voit le bain froid, donné selon la formule de Brand, amener rapidement la disparition de l'albuminurie et la guérison de la malade. Les hémorrhagies ne sont pas une contre-indication et il faut ranger la crainte "de faire rentrer l'éruption" parmi les fables. Sur 14 cas de scarlatine grave soignés par les bains froids, M. Juhel-Renoy n'a perdu que deux malades. Notons cependant que chez les enfants, il faudra surveiller attentivement l'administration des bains et combattre la tendance au collapsus, toujours possible, par des frictions dans le bain dont la durée sera abaissée à 5 et 7 minutes, la température de l'eau étant de 20 à 24°, et par l'administration d'une potion tonique.

Même de nos jours les opinions ont varié sur l'emploi des bains froids dans la variole. Kœnig donne 2 à 3 fois par jour un bain à 35°, de 15 à 20 minutes, dès que la période de suppuration commence; au contraire Curschman considère les bains froids comme pouvant être dangereux à la période de suppuration et ne les

prescrit qu'au déclin de la maladie. Pour Weintraub, la balnéation froide favorise l'éruption. Clément baigne les varioleux surtout à la période de suppuration et regarde la médication réfrigérante comme nécessaire dans les formes confluentes vraies, les formes hémorrhagiques ou irrégulières, les formes hyperpyrétiques. Tandis qu'avec les anciennes méthodes de traitement, les varioles graves donnaient à Clément une mortalité de 80 p. 100, l'emploi des bains froids a baissé ce taux à 28,5 p. 100. Clément conseille deux à trois bains à 25 ou 28° dans les 24 heures. Pendant la période de suppuration, le bain à cette température, prolongé pendant 15 à 20 minutes, jusqu'à ce que le frisson éclate, a baissé la température de 2 à 3 degrés en général. La réfrigération persiste longtemps et, trois heures après le bain, l'élévation de température n'est encore que de 4/10^{es}; ce n'est que de la 3^e à la 5^e heure qu'elle monte de 1° à 1°,5. Vinay, Riche, Juhel Renoy conseillent le bain froid dès le début de la maladie. Au stade de maturation, Vinay remplace le bain froid par le bain tiède à 28°. Vinay et Riche ont publié les statistiques suivantes: varioles cohérentes, 23 p. 100 de mortalité; varioles hémorrhagiques d'emblée, 100 p. 100; varioles confluentes, 57,90 p. 100. Pour Juhel-Renoy et Faure-Miller, dans les varioles graves, hyperpyrétiques, typhoïdes, il faut baigner le malade le plus tôt possible sans tenir aucun compte de l'éruption; dès l'apparition de la stupeur, de l'abattement, du délire, les bains froids doivent être administrés selon la formule de Brand.

Les bains froids ont été employés dans la *pneumonie* et la *broncho-pneumonie*, par Vogel, Nissen, Weber, Turgensen, Gihnoux, Chamier, Dieulafoy, Rendu, Barth, Juhel-Renoy, Sevestre, Hutinel. Dans la broncho-pneumonie infantile, la balnéation froide est acceptée de tous, mais parfois avec des tempéraments. Dès que l'état s'aggrave et surtout si on découvre les premiers signes de l'asphyxie commençante, on n'hésitera pas, écrit notre excellent maître, M. Barth, dans un travail tout récent, à prescrire les bains; on commencera par des bains à 28 ou 30° de 5½ minutes de durée suivis d'affusions froides faites sur la poitrine et le dos, l'enfant étant debout dans la baignoire. Pour Sevestre, la médication par les bains froids est indiquée dans toutes les formes graves de la *pneumonie* des enfants et dans les formes même modérées de la *broncho-pneumonie*. Hutinel donne le premier bain à 28°, les autres à 29° et abaisse la température de l'eau jusqu'à 18°; sur 12 cas, dans la clientèle de ville, il y a eu cinq morts; sur les sept guérisons, il compte un enfant de deux mois, un de six mois, un de neuf mois et deux de deux ans. Parfois la famille craint de laisser entrer l'enfant dans le bain; Sevestre conseille de mettre un peu de farine de moutarde dans l'eau et d'administrer le bain comme si l'on voulait obtenir une forte révulsion par la moutarde.

“ Dans les cas favorables, dit Hutinel, la température s'abaisse facilement après le bain et tombe parfois à la normale; le pouls se ralentit en même temps et le calme renaît. Ne comptez sur cet heureux résultat que dans les cas où la fièvre est vive et l'agitation extrême, tandis que les symptômes sont peu accentués. On n'obtient rien de pareil quand le poumon est hépatisé sur une grande étendue sans qu'il existe une forte réaction fébrile; dans ces conditions, la dépression thermique qui suit le bain est nul ou modérée et le soulagement n'est pas appréciable. Le bain est alors inutile, il peut même être nuisible.” Il en est de même lorsqu'aux dernières périodes d'une broncho-pneumonie prolongée, l'enfant est devenu cachectique et n'a plus la force de réagir.

Dans les pneumonies franches les résultats sont meilleurs que dans la broncho-pneumonie. D'après les chiffres de Lépine, la mortalité avec le traitement ordinaire est de 29 p. 100, et avec le traitement par les bains froids de 19,7 p. 100. Barth donne des bains non pas froids, mais frais (24 à 28°), et les refroidit progressivement dans la limite de ce que le malade peut supporter. Il a montré “ que le bain, en augmentant l'amplitude des mouvements respiratoires, provoque la toux et l'expectoration, que, par la réaction cutanée qui le suit immédiatement, il contribue à modérer la congestion pulmonaire; que le bain froid est un stimulant énergique pour le cœur et les centres nerveux, enfin qu'il réveille et active les sécrétions, notamment la plus importante de toutes, la sécrétion urinaire.” En fait, ce sont là les mêmes effets qui, dans la fièvre typhoïde, rendent le bain froid le meilleur de tous les traitements.

Les bains froids doivent être regardés comme dangereux chez les gens âgés, chez ceux qui ont un cœur fonctionnant mal, qui sont atteints d'artériosclérose; ils sont inapplicables chez les vieillards, et on devra les réserver pour les malades au dessous de 50 ans et tester d'abord la susceptibilité du système nerveux par un ou deux bains presque tièdes.

Dans l'érysipèle de la face revêtant des allures graves, Hébra a employé les grands bains froids et son exemple a été suivi par Ducher, Le Gendre, Juhel-Renoy. Sur 63 érysipèles graves, tous baignés, Le Gendre n'a eu que deux décès; il donne des bains toutes les fois que la langue est sèche, qu'il y a de l'insomnie, de l'agitation, une certaine loquacité, même s'il existe une complication cardiaque ou rénale.

Dans la septicémie puerpérale, Schröder recommande les applications externes froides et les bains froids ou progressivement refroidis; Vincent donne des bains de 28 à 18°. Chabert rapporte dans sa thèse 28 observations de septicémie puerpérale traitées par les bains froids; le nombre des décès a été de trois, mais deux de ces femmes avaient été portées à l'hôpital dans un état voisin de la mort. C'est la forme septicémique aiguë de l'infection

puerpérale qui doit être baignée; il n'y a pas de bons résultats à espérer dans les formes pyoémiques ou à localisations.

Il y a déjà longtemps que l'on connaît les bons effets des bains froids sur le *rhumatisme cérébral*. Les indications des bains sont l'hyperthermie, le délire, les symptômes d'ataxo-adynergie, le coma, la disparition des douleurs articulaires, et il n'y a pas de contre indication. Le praticien, même quand il éprouve de la répugnance à employer les bains froids, même si sa clientèle habituelle les réprouve, doit bien savoir que *la balnéation est le seul traitement efficace dans le rhumatisme cérébral*. Masson a réuni 15 cas de rhumatisme cérébral traités par les bains froids; il y a eu 13 succès. Dans l'intervalle des bains, il faut, si les symptômes cérébraux sont très marqués, laisser en permanence une vessie de glace sur la tête.

Rivière a publié deux observations de *tétanos* guéri par les bains froids.

Mollière a employé la balnéation froide avec succès dans des *coliques hépatiques graves* à forme ataxo adynamique; on doit leur associer les lavements d'un litre à 18 et 20°.

Le bain froid, dans les formes typhoïdes de maladies infectieuses, répond aux indications suivantes: abaisser la température fébrile, régulariser et tonifier le cœur et le pouls; calmer et tonifier le système nerveux; activer le rôle du rein et favoriser la dépuratation urinaire.

L'hyperthermie est une des meilleures indications de l'emploi des bains froids. Cependant, et il n'est pas besoin d'insister sur un fait actuellement bien établi, elle n'est qu'un des effets de l'infection; elle n'est donc pas toute à elle seule, et on doit d'autant moins la prendre comme unique guide qu'elle n'est pas un symptôme constant des états typhoïdes. Il faut baigner ces malades à température peu élevée, car l'action diurétique, tonique et stimulante de la réfrigération a sur eux les plus heureux effets. Toute accélération permanente du pouls est l'indication d'un bain froid, et il en est de même des symptômes de paralysie cardiaque. Mais il faut alors surveiller attentivement les malades, et il est souvent préférable de donner le bain d'abord à la température de 24, 25° et de le refroidir progressivement. Lorsque l'adynamie cardiaque est très marquée, que les intermittences sont fréquentes, la balnéation froide pourrait entraîner une syncope et on doit regarder le bain comme contre indiqué. On devra donc recourir à la spartéine et à la caféine, placer une vessie de glace en permanence sur la région précordiale, et, si le cœur se relève un peu, donner le bain des moribonds de Glénard: bain tiède ou demi-bain à 28°, de 4 à 5 minutes de durée, avec affusion à 8° ou 10°, frictions énergiques pendant toute la durée du séjour dans l'eau; soutenir le malade par l'alcool à haute dose, le lait, le bouillon, les œufs; dans l'intervalle des bains, glace en permanence sur la région précordiale.

L'ataxie, l'adynamie, indiquent naturellement les bains froids; et tout le reste les grandes formes symptomatiques des maladies typhoïdes. La rareté des urines indique formellement la médication réfrigérante; la présence d'albumine dans les urines ne doit pas empêcher de prescrire les bains froids et, du reste, nous avons cité plus haut l'observation de Renault, relative à une néphrite infectieuse guérie par la méthode de Brand.

En résumé, "un malade qui présente un degré évident de typhisation doit être soumis à l'immersion froide, et cela le plus tôt possible, sans que l'on perde un temps précieux dans l'emploi des médicaments ordinaires, l'efficacité du traitement étant en raison directe de la précocité de son application." (Faure-Miller).

Les contre-indications générales à la médication réfrigérante sont des plus rares. La bronchite, la congestion pulmonaire, la pneumonie secondaire, ne doivent pas empêcher de recourir à l'emploi des bains, inutile d'insister sur ce point. Quelquefois, dans l'emphysème, l'immersion froide provoque des accès de suffocation. On ne doit pas baigner les cardiaques qui sont en imminence d'asystolie, ceux dont l'affection est très mal compensée. Dans le cas contraire, le bain est indiqué, même dans le cas d'affection valvulaire; on donnera le bain à 28°, 25°, en refroidissant progressivement l'eau; il faudra surveiller l'état du cœur pendant l'immersion, etc.

A l'exemple de Faure-Miller, nous citerons en terminant ces paroles de Juhel Renoy qui ont été écrites à propos du traitement de la dothiéntérie, mais qui peuvent s'appliquer à toutes les maladies infectieuses à symptômes typhoïdes.

"Dans les fièvres graves, la température doit-elle être le seul guide du médecin? Le bain ne doit-il être donné que lorsque la température rectale atteint 39°? Non, ce serait une grossière erreur, une faute clinique énorme. Ce qui seul indique la nécessité du bain, ce qui règle sa température, sa durée, c'est l'état général du malade, c'est l'intensité de son délire, la faiblesse de son pouls, par exemple, et nullement sa température. C'est dans ces cas que le vrai médecin se révèle, qu'il n'est plus cet automate que l'on veut faire du brandiste qui, inspectant le thermomètre, plonge son patient dans l'eau, tire méthodiquement sa montre, et retire au bout d'un temps mathématique le malade. Je ne saurais assez protester, au nom de la clinique, contre de semblables calomnies. Ce qui fait la gravité de la maladie dans ce cas, c'est l'envahissement des organes nobles: cœur, cerveau, poumons, reins. C'est pour leur restituer leurs fonctions compromises que le bain doit être donné avec un soin, une variabilité extrêmes, qui rendent le moyen aussi délicat à manier que les alcaloïdes les plus toxiques."

Sur un cas de sciatique.—Les ties et les spasmes.—Clinique de M. le professeur BRISSAUD, à l'Hospice de la Salpêtrière.—Voici une femme âgée de 28 ans, couturière, qui, d'après ce qu'elle nous raconte, est atteinte d'une sciatique double, ce qui donne à son affection un caractère un peu spécial. La sciatique qui passe d'un côté à un autre n'a pas la même signification que la sciatique primitivement double. Cette dernière se voit dans le nervosisme, l'éthylisme, le diabète, dans les affections vertébrales compromettant les racines postérieures, telles que le carcinome vertébral, le mal de Pott.

Chez notre malade, la sciatique a débuté par le côté droit et les douleurs sont apparues il y a 5 ans. Cette durée, j'y insiste dès maintenant, est très rare chez un individu jeune, et chez une femme âgée de 28 ans, elle n'aurait pas dû dépasser un an. D'une façon générale, du reste, les affections nerveuses sont très tenaces chez les individus âgés. La névrite qui entraîne l'herpès zoster, le zona intercostal, est en quelque sorte éphémère chez les jeunes gens; chez eux elle ne se prolonge guère plus de 10 à 15 jours, et une durée d'un mois est déjà très exceptionnelle. Chez un tout jeune enfant, la névrite peut, pour ainsi dire, passer inaperçue. A 50 ans elle se continue au moins pendant un mois.

Notre malade a eu un enfant il y a 5 mois, mais pas de fausse couche. La sciatique peut parfois succéder à la parturition, au passage difficile de la tête, au détroit inférieur entraînant la compression de l'origine des sciatiques. Parfois il se développe même pendant la durée de la parturition une sciatique temporaire.

Je vous ai dit que cette jeune femme était une couturière. Que fait-elle? Elle travaille à la machine à coudre depuis 18 ans, et 6 heures par jour. On a déjà observé la sciatique causée par l'usage de la machine à coudre et le professeur Charcot a fait une leçon sur ce sujet, qui a aussi été étudié par plusieurs de ses élèves.

Vous voyez que lorsque cette femme a la jambe pliée, elle ne se plaint de rien; au contraire, elle souffre quand elle étend le membre. Très souvent lorsqu'un malade atteint de sciatique est couché et que l'on soulève le membre par le talon on provoque une grande douleur; au contraire, il n'y a pas de souffrances si la jambe est fléchie, même d'une façon forcée; ce signe serait très justement nommé le signe de Lasègue.

Vous voyez que la marche est facile, ce qui n'est pas toujours le cas.

Si, maintenant, on demande à la malade de localiser exactement l'endroit où elle souffre, elle montre la crête iliaque et spécialement les environs de l'épine iliaque antéro-supérieure; elle souffre donc dans la région du nerf inguinal externe. Cependant, comme vous le savez, ce nerf vient du plexus lombaire et ses origines sont bien loin de celles du sciatique poplité externe. La malade se plaint aussi de douleurs au niveau du pli de l'aîne

dans la région du crural. Ce sont là des associations douloureuses fréquentes dans le cours de certaines sciaticques.

Notre malade, dont la jambe droite a un peu maigri, qui présente des réflexes exagérés, souffre surtout, pendant qu'elle travaille, au dessous du jarret et au niveau de la malléole extrême.

Elle présente, de plus, le point sous-fessier habituel dans la sciaticque.

Chez notre malade, l'affection nerveuse s'est produite consécutivement à la manœuvre de la pédale, elle fait aller les deux pédales avec les deux jambes qui exécutent à la fois le même mouvement.

L'atrophie musculaire est relativement peu marquée. Vous savez cependant comme elle est fréquente dans les cas de ce genre. Cette atrophie affecte de préférence les muscles extenseurs. D'une manière générale elle se produit souvent, ainsi que la douleur, par suite de la répétition fréquente d'un même mouvement; à un moment donné même, au point de vue clinique, l'atrophie finit par l'emporter sur la névralgie.

Les deux affections paraissent évoluer chacune pour son compte, on peut se demander s'il faut dire névrite avec atrophie musculaire ou atrophie musculaire avec névrite. Du reste, cette atrophie musculaire disparaît avec une grande rapidité.

J'ai vu dernièrement un cas curieux d'atrophie des muscles du bras, consécutive à des mouvements fréquemment répétés. Le malade, nourrisseur, battait toute la journée du lait pour faire des fromages, et il racontait qu'il était parfois tellement fatigué le soir "qu'il ne sentait plus ses bras." Lorsque je le vis, l'atrophie semblait absolument celle qui succède à une lésion radiculaire, et cependant, il ne s'agissait que d'une lésion d'origine fonctionnelle, ainsi que disait Duchenne (de Boulogne).

Les vélocipédistes peuvent, eux aussi, présenter des atrophies du même genre à la suite d'un usage excessif de leur instrument.

Si, dans une sciaticque, la lésion siège tout à fait à la périphérie il est évident qu'un seul rameau nerveux peut être atteint, mais si elle se rapproche des centres, les irradiations deviennent beaucoup plus fréquentes. Ici, le mal en passant de droite à gauche, a pu intéresser des branches du plexus lombaire, le nerf crural, le nerf inguino-crural. Comme une affection purement nerveuse ne passe pas facilement d'un côté à un autre, il est probable qu'il y a quelque chose sur la ligne médiane, quelque chose sur l'axe nerveux lui-même.

Le traitement de la sciaticque est souvent décevant. Tout peut réussir, comme tout peut échouer et vous ne devez jamais promettre au malade qui vient vous consulter, une guérison rapide: c'est pour vous une question de conscience en même temps qu'une question d'intérêt. Tel traitement peut échouer et tel autre réussir sans que souvent il vous soit possible de dire pourquoi et

vous êtes parfois conduit à en essayer plusieurs avant de guérir votre malade. Quelquefois le simple passage d'un courant continu, une faradisation superficielle ont des effets remarquables et vous savez les succès qui ont suivi l'élongation du nerf, l'emploi des pointes de feu et des autres révulsifs. Une guérison pour ainsi dire instantanée, peut suivre une pulvérisation de chlorure de méthyle. Ce traitement rappelle tout à fait les cautérisations transcurrentes, que j'ai vues employées par mon maître, Maison-neuve; il passait, très rapidement et très superficiellement, un fer rouge le long du sciatique et le malade se relevait parfois guéri, au moins en apparence.

Les bains sulfureux sont excellents, tels qu'on les applique à Luchon, à Aix, à Barèges. Il faut donner deux fois par jour, le matin et le soir, un bain de une heure et demie. C'est là un traitement ennuyeux, mais il donne d'excellents résultats, et c'est celui que nous allons d'abord conseiller à notre malade, mais sans lui promettre qu'il le guérira. Ici, je vous le répète encore, ne faites jamais cette promesse, car il en est du traitement de la sciatique comme de celui des maladies de l'estomac, ou tout échoue comme tout réussit.

—Les tics de la face, a dit le professeur Charcot, sont caractérisés par des mouvements systématisés, et reproduisant fort souvent en les exagérant, certains actes automatiques d'ordre physiologique, appliqués à un but. Dans les spasmes cloniques, au contraire, il ne se produit que des mouvements involontaires, qui ne s'appliquent physiologiquement à rien. Cette distinction qui semble nette, est cependant très difficile à faire lorsqu'il s'agit de mouvements convulsifs des muscles de la face.

Le tic, messieurs, est une variété du genre spasme. Or, un spasme se produit consécutivement à l'excitation d'un des points d'un arc réflexe. C'est ainsi que, dans le spasme facial, il y a un point de départ oculaire; l'œil excité transmet par la voie du trijumeau, la sensation au bulbe et elle se réfléchit sur le noyau de la septième paire qui fait contracter l'orbiculaire des paupières. Souvent le réflexe tend à se généraliser, d'autres muscles innervés par la septième paire se contractent en même temps que l'orbiculaire, et parfois même les contractures gagnent le domaine du spinal.

S'agit-il d'un tic: Le mouvement peut débiter aussi par l'orbiculaire, mais souvent, de plus, la langue vient se placer dans la commissure des lèvres, et une sorte de hoquet laryngé, avec ou sans cri ou mot, montre que non-seulement l'hypoglosse, mais de plus le récurrent et le phrénique entrent en action, qu'il y a excitation de centres indépendants les uns des autres. C'est là la maladie des tics de Gilles de la Tourette, Charcot. Un tic étendu se distingue facilement d'un spasme, mais il n'en est pas de même s'il reste limité à l'orbiculaire et alors le diagnostic devient fort difficile.

L'étiologie des tics et des spasmes est complexe. Dans certains cas ils semblent succéder à des efforts exercés sur la tête d'un enfant pendant l'accouchement. Les tumeurs de la base du crâne ne peuvent donner lieu qu'à des spasmes réflexes. Dans quelques cas on a trouvé des lésions des centres corticaux des mouvements de la face. Les corps étrangers de l'œil, l'oblitération des conduits lacrymaux, les polypes du nez, la carie dentaire sont des causes de spasmes ; il en est de même des affections de l'utérus, des vers intestinaux. Du reste, un spasme, peut se transformer en tic.

Les tics se développent chez des individus ayant un état mental bizarre, chez des excentriques, des déséquilibrés.

Le plus généralement les phénomènes présentés par les malades ne permettent pas de distinguer le tic du spasme. Cependant, souvent le tic ne s'accompagne pas de spasme oculaire, les muscles de la face se contractent sans qu'il y ait agitation des yeux ; il n'y a là, du reste, rien d'absolu.

En fait, je ne crois pas que l'on puisse distinguer le spasme et le tic quand l'étiologie ne donne pas de renseignements et que tout se borne à une secousse du facial.

Ce qui distingue cependant essentiellement les deux affections, c'est que le spasme est un acte réflexe sur lequel la volonté n'a pas de prise, tandis que le tic est un acte cérébral cortical pouvant être modifié par la volonté. Le tiqueur peut arriver à se maîtriser s'il a une volonté suffisante. Malheureusement il est loin d'en être toujours ainsi, car ces malades sont des cérébraux, des faibles ; souvent ils résistent quelque temps, puis bientôt ils sont forcés d'exécuter les mouvements de leur tic.

La difficulté de distinguer les tics et les spasmes n'existe pas pour certaines localisations. C'est ainsi qu'il existe une sorte de torticolis mental, sans lésions du spinal ou des muscles, tic dans lequel il y a contraction clonique des rotateurs, des extenseurs de la tête. Vous n'avez qu'à regarder ces malades pour connaître ces variétés de tics.

J'ai déjà dit que le spasme pouvait se transformer en tic ; il en est ainsi chez des malades qui, ayant pris leur spasme sous l'influence d'une lésion transitoire, le conservent et deviennent tiqueurs une fois la lésion disparue.—*Union médicale.*

La femme.—Un chercheur s'est amusé à colliger quelques pensées sur le mariage : nous les dédions aux célibataires endurcis.

Pour un Orphée qui fut chercher sa femme dans l'enfer, combien de veufs, hélas ? qui n'iraient pas même en paradis, s'ils pensaient y retrouver la leur (J. Potit-Senn).—C'est à bon droit que l'île d'Ithaque est restée célèbre : une femme y fut fidèle (Stahl).—“ Marié, lui ! fait dire Antiphanes à l'un des ses personnages. Moi, qui l'avais laissée si bien portante.” (Voir p. 372.)

CHIRURGIE.

Étude sur les luxations sous-astragaliennes en avant et en dehors, par M. QUÉNU, chirurgien de l'hôpital Cochin.—Les luxations sous-astragaliennes ne me paraissent pas être très fréquentes, à en juger par le petit nombre des cas publiés. En effet, en 1883, Stimson n'en réunissait que 27; depuis, il n'a guère paru beaucoup d'observations; celle de M. G. Marchant en 1892 est, je pense, la seule qui ait été présentée à la Société de Chirurgie.

Parmi ces luxations, les unes sont latérales, les autres sont antérieures ou postérieures: ces dernières sont absolument exceptionnelles; nous en sommes toujours aux deux faits de MacDonnel et Thierry pour les luxations en avant, et aux deux faits de Parise et de Broca pour les luxations en arrière. Les luxations latérales sont donc, de par leur fréquence, de beaucoup les plus importantes et les plus intéressantes. Les luxations latérales internes se caractérisent par le déplacement de la tête astragaliennne en dedans du tendon du jambier antérieur, sur le bord interne du pied; j'ai proposé en 1883 de les appeler à cause de cela *marginales* par opposition aux luxations *dorsales*: ces deux appellations auraient pour avantage de supprimer la confusion où nous ont plongés les nomenclatures divergentes de Broca et de Malgaigne, perpétuées jusque dans les livres de Stimson et d'Hamilton.

Je laisse de côté les luxations marginales pour lesquelles je n'ai à présenter aucun fait personnel et je ne veux m'occuper que des luxations dorsales, les en dehors, ou les obliques en dehors et en avant de Malgaigne. Dans ces luxations, l'astragale, qui a conservé ses connexions normales avec la mortaise tibio-péronière, se déplace sur le calcaneum, soit en se projetant directement en dehors, soit en se portant à la fois en dehors et en avant, de manière à ce que la tête astragaliennne repose sur la face supérieure du cuboïde. L'anatomie pathologique de ces luxations n'a été la plupart du temps reconstituée que d'après des données cliniques; aussi n'est-il pas étonnant que le mécanisme du déplacement reste obscur et que la cause des irréductibilités demeure inconnue. Et cependant les occasions d'examen n'ont pas absolument manqué. Verneuil, Poincot, Gérard Marchant, ont extirpé des astragales pour des luxations sous-astragaliennes en dehors; d'autres peut-être avant ou après eux, ils ne nous disent rien sur les lésions qu'ils ont constatées, sur la nature du déplacement, sur les causes probables de l'irréductibilité. Nous avons tenté de combler cette lacune en rapprochant les observations que nous avons pu faire

récemment au cours d'une opération d'astragalectomie de celles que la dissection d'une pièce anatomique nous avait suggérées en 1883, et en nous aidant de l'expérimentation cadavérique.

Voici d'abord l'histoire de la malade que nous avons observée il y a juste 10 jours :

Une femme âgée de 63 ans était montée sur une chaise qui l'ascula; la femme tomba sur ses pieds; mais la jambe droite s'enrgea entre deux barreaux de la chaise: le pied fut ainsi fixé par ces deux barreaux parallèles, pendant que la malade étant projetée du même côté que la chaise, la jambe avait tendance à faire avec le pied un angle à sinus interne; la femme resta debout, mais ne put marcher, son pied étant dévié et la faisant horriblement souffrir.

Nous ne la vîmes que 5 jours après l'accident, Malgré un gonflement assez notable, on pouvait assez aisément reconnaître l'état des parties.

Le pied était dans l'adduction forcée, la pointe tournée en dedans et de plus dans l'extension. En suivant la face interne de la jambe, on rencontrait au niveau de la malléole interne, peu appréciable, une sorte d'enfoncement, de dépression antéro-postérieure. Au contraire, à la face externe du cou-de-pied, on arrivait en avant et au-dessous de la malléole externe sur une tumeur dure, arrondie, comme enclavée, à fleur de peau et qui paraissait bien être l'astragale. Les mouvements de flexion étaient possible; le calcaneum n'était pas en retrait; nous fîmes le diagnostic luxation sous-astragaliennne oblique en avant et en dehors. La malade étant anesthésiée par le chloroforme, des tentatives de réductions furent modérément faites en suivant les préceptes de Malgaigne, c'est à dire en tirant le pied étendu pendant que des pressions directes tondaient à refouler la tête astragaliennne dans sa cavité.

Devant l'insuccès attendu de ces tentatives, j'incisai la peau, réséquai d'emblée une petite surface de 1 centimètre carré de peau nécrosée noire, et découvris la tête de l'astragale qui était sous la peau, au-dessus du ligament annulaire antérieur du tarse. Nous avons constaté que l'artère péronière bridait le col de l'astragale; elle n'était pas rompue comme dans l'observation de Verneuil; les tendons extenseurs étaient à leur place, ainsi que les péroniers latéraux; il n'y avait aucun étranglement de la tête par ces tendons; on ne pouvait donc les accuser de former ensemble une boutonnière autour du col astragaliennne. Le ligament péronéo-astragaliennne antérieur était parfaitement visible et intact.

Le pied étant dans l'extension, la poulie astragaliennne montrait une partie de son cartilage et les facettes malléolaires de l'astragale faisaient un peu saillie en avant des malléoles; mais il n'y avait rien là que de normal.

Je saisis la tête de l'astragale avec le davier Farabeuf, sectionnai

successivement les brides qui se présentaient, en particulier le ligament péronéo-astragalien antérieur et j'enlevai non l'astragale entier, mais les $\frac{2}{3}$ ou les $\frac{3}{4}$ antérieurs de l'os; le quart postérieur, séparé du reste par un trait de fracture, étant retenu adhérent à la malléole interne par le ligament latéral interne demeuré intact, je coupai ce ligament et achevai l'enlèvement de l'os, en libérant un troisième fragment auquel manquait encore le tubercule auquel s'insère le ligament péronéo-astragalien postérieur constaté intact.

Cette énucléation terminée, je cherchai à savoir quel obstacle m'avait empêché de réduire: replaçant mon os, je constatai nettement que la face inférieure de la tête astragalienne contusionnée, ecchymosée, à cartilage fendillé, avait refoulé en bas et comme tassé dans sa cavité le ligament annulaire antérieur du tarse, qui de convexe avait pris une forme concave: ce ligament, inséré solidement sur la face supérieure du calcaneum, tout le long du bord antérieur de la facette astragalienne du calcaneum, se dédouble pour embrasser les tendons extenseurs commun et jambier antérieur; il possède une grande épaisseur et une grande solidité; nul doute que, dans la plupart des cas, comme dans notre fait personnel, il doive résister: il est incontestable que chez notre malade il apportait seul par son interposition entre la tête astragalienne et la cavité articulaire un obstacle invincible à la réduction.

Examinons, en effet, les causes invoquées par les classiques dans les nombreux cas où l'irréductibilité a été observée.

Les faibles ligaments astragalo-scaphoïdiens sont rompus dans notre observation, comme dans celle de Carassus (*Journal de Chirurgie*, 1845); leurs débris sont incapables de créer un empêchement quelconque à la réductibilité, comme le pensait à tort Desault.

Les tendons n'étranglaient rien; ils n'étaient même pas en contact étroit avec la tête luxée.

Que vaut la théorie de Dupuytren qui accuse l'enclavement de l'onglet qui termine l'extrémité postérieure de l'astragale dans la rainure calcaneenne?

Cet enclavement aurait été vérifié par Nélaton sur une pièce présentée à la Société anatomique; mais il s'agissait d'une luxation en dedans.

Sur notre pièce, disséquée en 1883, l'onglet et le tubercule de l'astragale avaient été arrachés du reste de l'os; sur celle que je vous présente, tout le quart postérieur de l'astragale est resté à sa place; il paraît en avoir été de même dans l'observation de Verneuil, où l'astragale était fracturé en deux fragments, dont l'un plus petit profondément situé.

Il est évident, pour nous, que le seul obstacle à la réduction, c'est l'interposition entre la cavité articulaire et la tête astragalienne du ligament annulaire antérieur du tarse resté intact. 26

Pour mieux nous rendre compte du rôle que joue ce ligament dans l'irréductibilité des sous astragaliennes, nous avons tenté de réaliser une de ces luxations sur le cadavre.

Nous y sommes arrivés de la manière suivante: le pied étant fixé par un étau, et après avoir, au préalable, coupé les ligaments interosseux calcanééo-astragaliens, nous avons porté la jambe en dedans, de manière à la renverser latéralement sur le pied: nous nous sommes, on le voit, mis exactement dans les conditions très nettement expliquées par notre malade. Or, voici ce qu'on observe si on tente ce mouvement de renversement, le pied étant dans l'extension: le ligament annulaire antérieur du tarse est alors tendu et l'espace qui reste entre le tibia et le bord épais postérieur de ce ligament est trop minime, pour que l'astragale puisse exécuter son évolution en dehors.

Si au contraire on fléchit fortement la jambe sur le pied, on relâche non seulement le ligament annulaire antérieur, mais encore les gaines tendineuses de l'extenseur commun et du jambier antérieur, et dès lors un mouvement de torsion et de renversement du pied vers la jambe fait aisément glisser la tête astragalienne hors de sa cavité sans rupture du ligament annulaire. J'en conclus que le ligament annulaire antérieur étant intact, la luxation en dehors ne peut se produire que dans *la flexion forcée du pied sur la jambe*. L'os luxé, les muscles entrent en contracture; là, comme partout ailleurs, et de même qu'à l'épaule et dans les autres articulations, les plus puissants, les plus gros déterminent en partie l'attitude; rien d'étonnant à ce que dans le cas particulier le triceps sural agisse principalement et que l'attitude ordinairement observée soit l'extension forcée du pied. Cette extension du pied, qui se serait opposée à la sortie de l'astragale, s'oppose à sa rentrée en tendant le ligament annulaire antérieur du tarse, en l'appuyant contre la face inférieure de la tête luxée, en soutenant pour ainsi dire celle-ci en haut et en dehors.

Aussi s'explique-t-on que dans une observation, celle de Crosse citée par Malgaigne, la section du tendon d'Achille ait permis la réduction jusque-là impossible.

En résumé, voici quelle idée nous nous faisons de la production de cette luxation sous-astragaliennne en dehors: le pied étant fixé dans une flexion forcée sur la jambe, l'adduction et la rotation de la pointe du pied en dedans amènent la tête de l'astragale dans un espace découvert par le relâchement du ligament annulaire antérieur du tarse, la tête se luxé; alors la contraction réflexe des muscles produit l'extension du pied et fixe l'os dans son déplacement.

On peut m'objecter que notre malade étant dans le relâchement chloroformique l'irréductibilité a persisté: mais conformément aux préceptes des classiques, en particulier de Malgaigne et d'Hamilton, nous avons tiré le pied étant dans l'extension; or,

cette attitude, avons nous vu sur le cadavre, suffit en l'absence de toute action musculaire à rendre la réduction impossible.

Il est singulier que, dans une même variété de luxation, les difficultés de réduction aient tellement varié : chez un certain nombre de malades on réduit facilement ; chez d'autres, comme dans les cas de Hey, Wells, Smith, Norris, Arnott, Fergusson, Verneuil, Marchant, etc., l'irréductibilité est absolue. Roux fait des efforts inutiles pour réduire ; tout d'un coup, il réussit " sans savoir pourquoi ni comment."

Cette étude me paraît comporter quelques conséquences pratiques. En présence d'une luxation sous-astragalienne dorsale, au lieu de tirer, le pied étant dans l'extension, on replacera au contraire les parties dans la position où elles étaient au moment de l'accident, c'est-à-dire qu'on exagérera la flexion du pied sur la jambe et son adduction ; c'est alors qu'appuyant d'avant en arrière sur la tête de l'astragale on ramènera progressivement le pied dans une attitude normale. Ces tentatives ayant échoué, on mettra l'os luxé à découvert et on pourra tenter la réduction en sectionnant préalablement le ligament annulaire antérieur du tarse avec un ténotome introduit sous la tête astragalienne. Les tentatives de conservation n'ont, bien entendu, leur raison d'être que si les parties molles n'ont pas été trop contuses, que si l'état de l'os ne laisse aucun doute sur sa vitalité. Sinon, il conviendrait, l'astragale mis à découvert, de pratiquer d'emblée sa résection, comme je l'ai fait, comme l'ont fait avant moi Verneuil, Arnott, Barton, Poinso, Marchant, et d'autres encore.—*Progrès médical.*

Diagnostic des ulcérations de la langue.—On rencontre sur la langue des ulcérations de diverse nature. A ne rappeler que les plus fréquentes, les unes sont de cause purement locales : *ulcérations dentaires*, produites et entretenues par l'aspérité d'une dent ; les autres relèvent de la tuberculose, *ulcérations tuberculeuses* ; de la syphilis à ses diverses périodes, *chancre lingual*, *plaques muqueuses ulcérées*, *gommés ulcérés* ; ou du cancer de la langue, *épithélioma ulcéré*. On comprend de quelle utilité il est, au point de vue du pronostic et du traitement, d'établir le diagnostic différentiel de ces diverses ulcérations : point de pratique journalière, qui souvent embarrasse les plus expérimentés.

Ulcérations dentaires.—Lorsqu'un point de la langue se trouve en contact avec une dent cassée, ébréchée, coupante, avec l'aspérité d'un chicot, il peut s'enflammer, en raison des frottements continus de la muqueuse contre cette irrégularité, cette aspérité dentaire. Il en résulte d'abord un petit noyau d'inflammation chronique, circonscrit, dur au toucher ; puis, la cause persistant, la surface de ce petit noyau s'érode, s'ulcère : telle est l'ulcération dentaire. Souvent aussi elle débute à la suite d'une blessure pro-

duite par la mastication : les frottements continuels empêchent la petite plaie de se cicatriser, et l'ulcération s'établit. C'est donc sur les bords de la langue, au voisinage des molaires, et surtout des molaires inférieures, que siège de préférence l'ulcération dentaire.

Cette ulcération a une forme en général longitudinale, allongée d'avant en arrière, selon la direction même des mouvements habituels de la langue. Elle est limitée, peu profonde. Les bords en sont tuméfiés, parfois indurés, du fait de la glossite partielle déterminée par le contact de la saillie dentaire. Pendant la mastication, cette ulcération, frottant contre la saillie qui l'a produite et l'entretient, provoque une douleur plus ou moins vive, dont les malades caractérisent nettement la cause. Parfois, sous l'influence de ces contacts répétés, ou d'influences irritantes, tabac ou mets fortement épicés, cette petite ulcération s'enflamme : et l'on peut constater alors de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Le diagnostic de cette ulcération dentaire se résout à constater l'état de la dent qui lui sert d'origine, à vérifier le " rapport de voisinage de vis à vis, entre l'ulcération et la dent coupable." Mais ce qu'il faut savoir, c'est que pour la production de cette ulcération, il n'est pas nécessaire que la saillie, l'aspérité dentaire soit très longue, ni très apparente : ce n'est souvent qu'une petite pointe à peine saillante ; on l'aperçoit à peine, mais on reconnaît facilement son existence avec la pulpe du doigt promené sur la face interne de l'arcade dentaire. On constate ainsi l'existence d'un chicot, d'une dent cariée et irrégulière, ou encore d'une dent déviée de sa direction normale : telle la dent de sagesse en éruption vicieuse.

Il suffit que la dent ou le chicot soit enlevé pour que cette ulcération se cicatrise rapidement, presque d'elle-même.

Rapport de voisinage avec une aspérité dentaire, cicatrisation rapide après la disparition de cette aspérité : voilà qui suffit à caractériser ce genre d'ulcération. Mais il peut exister, rarement il est vrai, certaines difficultés de diagnostic, tenant à ce qu'une ulcération syphilitique ou tuberculeuse, se localise volontiers en face d'une dent cariée. Une plaque muqueuse des bords de la langue est-elle située en face d'un chicot, elle peut se modifier, se creuser, s'ulcérer sous l'influence de l'aspérité qui l'irrite : ainsi elle perd sa physionomie primitive, participe des caractères de l'ulcère dentaire, embarrasse le diagnostic. Dans ces cas-là, la conduite à tenir n'en est pas moins nette : il faut commencer par enlever l'aspérité, la dent pointue : cette avulsion suffira à la guérison de l'ulcère dentaire simple, ou facilitera celle d'une ulcération spécifique, à laquelle il rendra, en outre, sa physionomie franche et ses éléments de diagnostic. Donc, dans les cas embarrassants, faire extraire d'abord la dent suspecte, l'aspérité irritante ; observer ensuite les effets de cette intervention sur l'ulcération douteuse.

Ulcérations tuberculeuses.—Ici l'on peut considérer deux ordres de cas. Dans le premier, un tuberculeux avéré, est porteur de lésions pulmonaires qui éclaireront vite sur la nature probable de ses ulcérations buccales. En ce cas, où les lésions initiales portent sur le poumon, sur le larynx, il semble qu'il faut surtout invoquer, pour la production de la tuberculose buccale, l'inoculation par les crachats : d'autant plus, selon la remarque de Butlin, que la langue des cachectiques est volontiers excoriée. C'est sur ces malades, que l'on a déjà sous les yeux, en traitement pour leurs poumons, que l'on peut voir parfois, à leur début, les lésions tuberculeuses de la langue. Alors on constate, à la surface de la langue, des points jaunâtres, nettement limités, du volume d'une tête d'épingle, légèrement saillants au-dessus de la muqueuse : ce sont des granulations tuberculeuses miliaires. Au bout de quelques jours, l'épithélium qui les recouvre se détruit et laisse à nu une surface ulcéreuse : telle est la première phase de l'ulcération tuberculeuse, qui grandit peu à peu. Et parfois elle grandit vite chez ces tuberculeux avancés, à lésions pulmonaires évoluant rapidement : elle se combine à des lésions analogues des lèvres, des joues, du voile du palais, de la gorge, constituant ainsi une véritable *phthisie buccale*. Tel un malade de Reclus, grand fumeur, alcoolique avéré, présentant au sommet des poumons des râles cavernuleux et dépérissant avec rapidité. Chez lui "la moitié gauche du voile du palais est desquamée, bourgeonnante, irrégulière, d'aspect cicatriciel ; cette ulcération blafarde, et qui rappelle certaines scrofules du cou, gagne le rebord gingival dépourvu de dents, puis le sillon gingivo-labial, et, enfin, envahit toute la muqueuse de la joue gauche, atteinte de la commissure labiale, au pilier antérieur de l'isthme du gosier : là l'ulcère gagne la langue qui présente sur son bord, sur sa face dorsale, même au-delà de la ligne médiane, une perte de substance plus large qu'une pièce de cinq francs." Pour ces ulcérations tuberculeuses de la langue au cours d'une phthisie avancée, le diagnostic est le plus souvent évident.

Il n'en est plus de même pour le second ordre de cas, lorsque l'on constate une ulcération linguale chez un sujet indemne de toute autre tuberculose. Quels sont les caractères qui feront admettre ici la nature tuberculeuse de cette ulcération ? On peut dire que pour différencier les ulcérations de la langue, il n'est guère à compter sur leurs caractères objectifs : leur siège, leur nombre, leur forme n'ont rien de caractéristique. Tout au plus a-t-on souvent noté l'aspect irrégulier, l'apparence "ravinée" de leur fond. Les découpures de leurs bords. Si minutieusement qu'on analyse ces symptômes, on n'arrive jamais qu'à la constatation de nuances suffisantes pour le diagnostic.

Un seul signe a vraiment une grande importance : la présence autour de l'ulcération, sur la muqueuse voisine, d'un semis de points

jaunâtres, de granulations ressemblant à un grain de millet : granulations miliaries tuberculeuses, éléments initiaux de l'affection. Ce semis blanchâtre, ces petits nodules caséeux, on peut les retrouver également sur les bords de l'ulcération, ou en son milieu. Leur constatation a la plus grande valeur, et Trélat, qui a indiqué ce signe, le considérait, comme pathognomonique. Quand on rencontre au pourtour de l'ulcération quelques-uns de ces points jaunes, le diagnostic est fait. On peut également en trouver sur les autres parties de la bouche ou sur le voile du palais.

Enfin on examinera avec le plus grand soin l'état général du malade, ses antécédents héréditaires ou personnels, et surtout les sommets de ses poumons, pour dépister la possibilité d'une tuberculose commençante jusque là méconnue. Mais il faut savoir se passer de ces constatations : souvent elles sont absolument négatives, l'ulcération linguale apparaissant en l'absence de toute autre manifestation tuberculeuse : et voilà justement les cas où le diagnostic est à débattre. Rappelons enfin que souvent la nature tuberculeuse d'une ulcération douteuse a été péremptoirement démontrée par la constatation, dans les produits du raclage, du bacille de Koch : ces vérifications bactériologiques sont aujourd'hui courantes.

Un mot encore à propos de ces ulcérations tuberculeuses de la langue : elles sont tenaces, et souvent leur extension est lente, continue, rebelle à tous les traitements : si bien qu'on a parfois proclamé leur incurabilité absolue. Opinion exagérée, car on a cité des cas bien nets de guérison. Mais souvent aussi cette guérison n'est que partielle, d'autres places étant envahies en même temps, ou passagère, la récidive ne tardant pas à survenir. Tout dépend, pour le pronostic et la conduite à adopter, de l'état des poumons. Le sujet est-il compromis par le phtisie, il ne saurait être question de traitement curatif : bonne hygiène buccale, attouchements de l'ulcération avec un tonique convenable, tel que le naphthol camphré, applications émollientes et laudanisées contre des douleurs vives, au besoin injections sous cutanées de morphine : telles seront les seules ressources, auxquelles se joindra le traitement général de la tuberculose. Mais si le sujet n'a pas de tuberculose pulmonaire, et si ses lésions linguales sont peu étendues et bien limitées, il y a mieux à faire qu'à chercher par les applications toniques une cicatrisation aléatoire. L'ablation radicale du foyer tuberculeux au bistouri, suivie de suture, semble être dans ce cas le traitement de choix : à condition, bien entendu, que l'étendue du mal ne soit pas une contre-indication. C'est la doctrine de Billroth, qu'a soutenue Trélat, en 1881, à la Société de chirurgie. Certes, il ne faudrait pas croire que cette ablation met d'une façon certaine à l'abri des récidives : mais somme toute, c'est elle qui, bien indiquée, donne le plus de chances de succès.

Chancre lingual.—Le chancre lingual (et c'est seulement du

chancre induré qu'il faut parler, le chancre mou n'ayant pas été observé à la langue) est assez rare, bien plus rare que celui des lèvres. Il est habituellement unique, solitaire, et occupe de préférence la pointe de l'organe, sans que ce soit là son siège exclusif. Il se présente sous la forme d'une ulcération arrondie, peu profonde, parfois simple érosion, à surface opaline, à bords rouges, saillants, indurés, comme taillés à l'emporte-pièce. Mais surtout sa base présente l'induration caractéristique du chancre infectant, et l'on trouve son adénopathie significative : ganglions sous-maxillaires volumineux et indolents. Ce chancre lingual croît pendant une quinzaine de jours, puis commence à se cicatrifier.

Ses caractères objectifs, sa *forme arrondie*, sa *base indurée*, son *adénopathie* mèneront donc au diagnostic : et ne tarderont pas à apparaître la *roséole*, et les *plaques muqueuses* qui viendront le confirmer.

Plaques muqueuses ulcérées.—A la langue, les plaques muqueuses siègent de préférence sur la face dorsale et sur les bords. Ordinairement elles sont simplement érosives : simples desquamations épithéliales, lisses, légèrement douloureuses. Mais elles peuvent devenir ulcéreuses, et leur siège sur les bords de la langue les prédispose tout spécialement à revêtir cette forme ulcéreuse, parce que là se rencontrent des causes d'irritation plus fréquentes : frottements contre une dent cariée, irrégulière, contre une aspérité dentaire ou un chicot.

Ce sont alors des "ulcérations irrégulières, le plus souvent multiples, recouverte d'une pellicule blanchâtre caractéristique, laquelle une fois enlevée laisse à nu un fond rougeâtre et saignant facilement." Dans quelques cas, le bord de la langue est comme festonné par une série de plaques muqueuses ulcérées, offrant une dépression plus profonde au niveau de chaque dent.

En un mot, pour la plaque muqueuse ulcérée : peu ou point d'induration, surface recouverte d'une pellicule blanchâtre, ulcération superficielle n'entamant pas le derme de la muqueuse linguale, enfin *autres signes de syphilis* : plaques muqueuses en d'autres points de la bouche, au scrotum ou aux grandes lèvres, à l'anus, roséole concomitante, traces d'un chancre cicatrisé.

Gommes ulcérées.—Les gommes que produit à la langue le syphilis tertiaire sont superficielles, muqueuses, ou profondes, musculaires.

Les premières sont en somme assez rares. Ce sont de petites gommes superficielles, enchâssées dans le derme muqueux, où elles forment des nodosités disséminées, avec un léger relief et une induration appréciable au toucher : cette nodosité gommeuse se ramollit, se perfore, se vide, et se transforme en une petite ulcération arrondie, à bords nettement découpés, à fond bourbillonneux : elles sont tout à fait comparables aux petites gommes du derme cutané.

Les secondes, gomme profonde ou musculaires, plus fréquentes, sont bien autrement importantes au point de vue du diagnostic. L'évolution en est bien connue, semblable à celle des gomme en général : une gomme linguale du volume d'un haricot ou d'une amande se ramollit peu à peu et s'ouvre à l'extérieur, laissant alors une ulcération cavitaire et bourbillonneuse. C'est à la face supérieure, au dos de la langue que viennent s'ouvrir ces gomme ; " c'est là, dit Fournier, qu'elles viennent toujours proéminer, s'ouvrir et s'ulcérer. Jamais on ne les voit se frayer une voie vers les parties inférieures." Parfois on ne trouve qu'une seule de ces gomme dans la langue : mais presque aussi fréquemment on en trouve plusieurs, deux, trois ou quatre. Après une période de crudité assez longue (deux ou trois mois en moyenne, selon Fournier), une gomme de ce genre, se rapprochant progressivement de la face supérieure de la langue, où elle proémine de plus en plus, se ramollit, s'ouvre à la surface par un pertuis qui s'élargit en s'ulcérant ; " et bientôt la coque superficielle de la tumeur, se trouvant détruite dans une certaine étendue, laisse à jour, laisse à ciel ouvert une plaie plus ou moins large, plus ou moins anfractueuse." Telle est la gomme ulcérée : voyons ses caractères.

Les caractères objectifs qui distinguent l'ulcération linguale d'origine gommeuse d'avec les ulcérations d'autre nature, n'ont rien qui soit spécial ici : ce sont simplement les caractères communs aux ulcères gommeux de tout siège. Fournier leur reconnaît quatre signes principaux : *Etat creux de l'ulcération*. Toujours les ulcères gommeux sont notablement creux. A la langue, ils mesurent deux ou trois millimètres de profondeur au minimum, cinq ou six millimètres le plus habituellement ; *2^e Ulcère encadré par une aréole dure et rouge*. Le pourtour de l'ulcération est constitué par une zone de tissus remarquablement durs au toucher et manifestement infiltrés ; à la surface, la muqueuse offre une coloration d'un rouge sombre, violacée ; *3^e Ulcère à bords nettement entaillés*, c'est-à-dire découpés verticalement et à pic, descendant en pente raide vers le fond de la lésion, adhérents en général, rarement décollés ; *4^e et surtout—caractère majeur, insiste Fournier—ulcère à fond bourbillonneux* : d'une part, inégal, irrégulier de fond, anfractueux, et, d'autre part, jaunâtre ou jaune gris, diphthéroïde d'aspect, ou mieux *bourbillonneux*, c'est-à-dire revêtu d'enduits adhérents qu'on ne peut détacher ni par le lavage, ni par le pinceau, et qui sont constitués par des eschares de tissu gommeux en voie d'élimination. " La réunion de ces quatre attributs confère à l'ulcération gommeuse une physionomie assez spéciale pour être nettement distinctive dans le plus grand nombre des cas."

La langue qui porte ces gomme peut présenter aussi des sillons, des fissures profondes, à bords indurés, à papilles rouges

et hypertrophiées, signes de cette glossite scléreuse que produit aussi la syphilis tertiaire, et qui est le type de ce qu'on appelle la "langue de Clarke."

Ces gommés ulcérées n'entraînent, en règle générale, aucun retentissement sur les ganglions lymphatiques. Sauf exceptions absolument rares, *pas d'adénopathie concomitante*.—Les symptômes fonctionnels sont peu marqués: les douleurs ne se manifestent guère que si elles sont provoquées par le contact d'aliments épicés, de boissons alcooliques, de fumée de tabac. Et cette indolence relative est à noter en face des douleurs parfois vives, avec irradiations vers l'oreille, que l'on observe dans le cancer.

Enfin, sous l'influence du traitement spécifique classique, par l'iode et le mercure, ces ulcérations gommeuses se réparent et se cicatrisent assez facilement. Le fond de l'ulcération se déterge, s'élève, bourgeonne, et se comble progressivement.

Épithélioma ulcéré.—Le point capital, c'est qu'il s'agit ici d'une tumeur ulcérée, plutôt que d'une ulcération simple. Ces ulcérations cancéreuses reposent sur une tumeur dont les prolongements ligneux s'enfoncent dans l'épaisseur de la langue: en tout cas, la base en est dure et résistante. La perte de substance, parfois peu profonde, tend à saigner au moindre contact; ses bords sont indurés, calleux, souvent renversés en dehors. Les malades accusent des douleurs lancinantes, avec, parfois, des irradiations très pénibles vers l'oreille. Autour de l'ulcération cancéreuse, il n'est pas rare de trouver des plaques nacrées de *leucoplasie buccale*. Enfin, on trouve l'*adénopathie symptomatique*: il faut la chercher toujours avec le plus grand soin: pour faire cet examen dans les meilleures conditions et déceler dès le début de leur engorgement les ganglions sous-maxillaires, on palpe entre un ou deux doigts introduits sous la langue et l'autre main appliquée à la région sus-hyoïdienne. Ainsi l'on trouve, sous le maxillaire inférieur, de petits ganglions durs, isolés, mobiles et roulant sous le doigt. Le diagnostic sera complété par l'étude des antécédents, la recherche de l'hérédité, l'absence de toute autre lésion syphilitique ou tuberculeuse.

C'est surtout avec la syphilis tertiaire, avec les gommés ulcérées que l'on confond souvent l'épithélioma ulcéré. Et cela au grand détriment du malade que l'on soumet pendant longtemps au traitement spécifique, alors que le diagnostic peut s'établir sans qu'on ait recours à ce traitement dit "pierre de touche," traitement qui, en cas de cancer, est non seulement inutile, mais encore dangereux, par le temps précieux qu'il fait perdre, et par l'exacerbation qu'il imprime parfois au néoplasme. Nous avons vu tout à l'heure les caractères de la gomme ulcérée: ulcération creuse, sans tumeur véritable sous-jacente, bords en creux, nettement entaillés, découpés à pic, fond bourbillonneux et non saignant, troubles fonctionnels peu marqués, absence d'adénopathie, antécé-

dents syphilitiques, influence du traitement spécifique. Au contraire, dans le cancroïde lingual ulcéré: *tumeur ulcérée en surface, bords en relief*, formant un bourrelet saillant, inégal, renversé, *fond saignant, sécrétion*, mais ceci plus tard, abondante et fétide, douleurs parfois vives, troubles fonctionnels marqués, *adénopathie* significative. Et il faut ajouter *influence nulle, influence nuisible du traitement antisiphilitique* lorsqu'on a été obligé de l'appliquer. Parfois, en effet, ce traitement spécifique est seul capable, en fin de cause, de décider du diagnostic: mais Larroy, Verneuil, Trélat, à la Société de chirurgie en 1880, ont montré que pour l'épithélioma il est non seulement inutile, mais nuisible. Pendant le temps qu'on perd à l'appliquer, le néoplasme progresse, rendant plus difficile une intervention chirurgicale efficace; il est des cas où il semble même s'exacerber sous l'influence du traitement ioduré et hydrargyrique. Il faut donc savoir se passer de lui et ne l'appliquer qu'aux cas difficiles, où l'on ne peut vraiment se faire une opinion nette d'après les caractères objectifs de l'ulcération, les antécédents du malade, ou les symptômes concomitants. Et, lorsqu'ainsi on s'adresse à lui, il faut le faire avec *une surveillance soigneuse*, de façon à être fixé le plus tôt possible et à ne pas le prolonger inutilement.—M. JOURDAN, in *Concours médical*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Métrite hémorrhagique.—Dr Ad. OLIVIER. Dans la métrite catarrhale subaiguë les règles sont généralement plus abondantes et plus longues. Cela ne suffit pas pour donner à la métrite le caractère hémorrhagique. Il faut qu'il y ait des métrorrhagies, c'est-à-dire, que la femme perde du sang plusieurs fois par mois; souvent même ces malades sont constamment dans le sang. Vous avez pu voir, il n'y qu'un instant, une femme qui, lorsqu'elle est venue nous trouver, perdait du sang depuis plus de trois mois. Que faut-il faire dans ce cas?

Lorsque les hémorrhagies sont peu abondantes, quoique persistantes, vous pouvez avoir recours aux palliatif: injections vaginales très chaudes prises dans la position horizontale; ergot de seigle, ergotine, ergotinine; digitale à la dose de 30 centigrammes de poudre de feuilles en infusion par jour; extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 20 gouttes, trois fois par jour, ou mieux chlohydrate d'hydrastinine à la dose de 10 milligrammes par jour en pilules prises d'heure en heure.

Si tout cela manque, je vous engage à essayer, comme l'ont conseillé Huchard et Florea, la dilatation du col avec la lami-

naire. Ces messieurs auraient obtenu un résultat favorable dans un assez grand nombre de cas. D'après eux, la dilatation agirait soit d'une façon réflexe sur les nerfs vaso-moteurs constricteurs des vaisseaux de l'utérus, soit en faisant contracter le corps utérin. En cas d'hémorrhagie grave, vous aurez recours au tamponnement du vagin. Ce tamponnement, vous ne le laisserez pas plus d'une douzaine d'heures; vous le retirerez alors, puis vous ferez une injection vaginale antiseptique avec une solution de sublimé au quatre millième. Vous attendrez un moment pour voir si l'hémorrhagie est arrêtée; s'il en est ainsi, vous reviendrez au traitement ordinaire; mais si le sang reparaît aussi abondant vous réappliquerez le tampon et vous vous mettrez en mesure de préparer ce qu'il faut pour pratiquer le curettage.

Lorsque l'hémorrhagie est rebelle et résiste au traitement de la métrite et aux médicaments dont nous avons parlé plus haut, une opération s'impose. On a proposé de faire la ligature des artères utérines; c'est là une mauvaise pratique vouée à un échec certain; les utérines n'étant pas seules à irriguer l'utérus.

C'est au curettage qu'il faut avoir recours; il doit être pratiqué avec le plus grand soin et à fond, de façon à ne laisser aucune parcelle de muqueuse. M. Pozzi conseille de faire suivre le curettage d'une injection de perchlorure de fer, je préfère, pour ma part, un bon tamponnement à la gaze iodoformée que je laisse en place pendant deux et même trois jours. Quand le curettage a été bien complet, il est presque constamment suivi de succès.

Il y a cependant des cas d'insuccès et ceux d'entre vous qui suivent depuis un certain temps mon service ont pu voir une femme chez laquelle le curettage avait été pratiqué trois fois sans succès à l'hôpital. J'ai essayé alors le galvano-caustique à 50, 80, puis 100 milliampères sans mieux réussir. Son état général périllicitant tous les jours, je lui proposai la castration: elle refusa et ne revint plus, je ne sais ce qu'elle est devenue.

Je vous reparlerai dans ma prochaine leçon de la galvanocaustique intra-utérine; elle m'a fort bien réussi chez la malade dont je vous ai parlé au commencement de cette leçon et qui perdait du sang depuis trois mois. Dès la première application à 50 milliampères, le sang a disparu, il n'y plus reparu depuis qu'aux époques des règles. J'ai continué le traitement de la métrite par ce procédé et la malade va fort bien; la métrite est guérie, il ne lui reste plus qu'un point de névralgie pelvienne que nous traitons par la faradisation vagino-abdominale.

Il peut arriver, comme je viens de vous le dire, que l'hémorrhagie résiste aux curettages répétés; dans ce cas il nous reste deux ressources: la castration et l'hystérectomie vaginale. La castration offrant beaucoup moins de gravité que l'hystérectomie vaginale, c'est à elle que je donne la préférence. Et, cependant, il me faut vous dire qu'elle ne suffit pas toujours et qu'on peut

trouver acculé à l'hystérectomie.—*Annales de Policlinique de Paris.*

Nouveau procédé de respiration artificielle à employer dans les cas d'asphyxie chez les nouveau-nés. (Dr FOREST.)—Voici en quoi consiste ce nouveau procédé : D'abord l'enfant est couché pendant quelques instants sur la face, la tête étant placée à niveau un peu plus bas que le reste du corps. En même temps on exerce une légère pression sur le dos, cela dans le but d'exprimer hors de la bouche et de la trachée les liquides que l'enfant aurait pu avaler.

Puis, l'enfant étant maintenu dans l'attitude assise, on l'introduit, jusqu'au thorax, dans une baignoire à moitié remplie d'eau chaude. L'opérateur, de la main gauche, saisit les poignets de l'enfant, les paumes des mains étant tournées en avant ; de la main droite il empoigne les épaules, en maintenant la tête entre le pouce et les autres doigts. Les bras de l'enfant sont ensuite attirés un peu en haut et en arrière, en même temps qu'on leur imprime un léger mouvement de rotation en dehors. Cette mesure a pour effet de tendre les muscles des épaules et des côtes et de soulever un peu celles-ci. En même temps les muscles abdominaux sont relâchés, par suite de l'attitude de l'enfant ; ils ne contrarient donc pas le jeu des muscles éleveurs des côtes. Enfin la tête de l'enfant se trouve portée davantage en arrière.—*Journ. de méd. de Paris.*

Traitement des métrorrhagies par les lavements d'eau salée, par M. WARMAN.—Cette médication serait substitutive de celle des injections intra-veineuses ou sous-cutanées de solutions salines. M. Warman l'a employée chez vingt-huit accouchées déjà en collapsus par suite d'hémorrhagie post-partum.—*Thérap. Monat.*, sept. 1893.

Leur effet se traduit par retour de la température, du pouls et de la respiration. En voici la technique : une cuillerée à café de sel marin est dissoute dans un quart de verre d'eau, à la température de la chambre. La malade est placée sur le côté, on introduit la canule en la faisant passer au-dessous du vagin et on la maintient fortement pour compenser l'incontinence du sphincter.

M. Warman propose d'étendre cette médication à toutes les hémorrhagies abondantes. Une seule contre indication : les entérorrhagies.—*Rév. gén. de chir. et de théér.*

Bleu de méthylène contre le cancer.—A la Société de médecine de Vienne, M. Von Mosetig a signalé le traitement du cancer par les couleurs d'aniline. Il a présenté à l'assemblée une femme de 52 ans, qui fut atteinte d'un cancer vilieux de la vésicule biliaire. L'auteur, après enlèvement des masses cancéreuses à la

ouiller, a donné à la patiente le bleu de méthylène à la dose de 0,60 gr. par jour en pilules. En même temps, il a introduit dans la plaie tous les deux jours un crayon de la substance. En deux mois, la guérison a été complète. Cependant l'examen microscopique avait confirmé le diagnostic de cancer.

La miction chez les femmes en couche.—Il s'agit d'un point de pratique fort important dans l'exercice des accouchements et qui est encore discuté parmi les accoucheurs. M. le Dr Recht a fait sur ce sujet un travail fort intéressant dans lequel il montre les inconvénients de cette pratique et quelle est la règle de conduite qui tend à prévaloir actuellement.

Les observations montrent que lorsqu'on a la patience d'attendre, la miction après l'accouchement se fait presque toujours d'une façon spontanée. Ainsi, dans le service de M. Pinard, sur un total de 6,666 accouchements pratiqués dans ces quatre dernières années, on n'a sondé les accouchées que 20 fois; et même dans la dernière année sur 1,920 accouchements on n'a sondé que trois fois.

M. Pinard insiste en effet beaucoup sur ce point qu'on ne doit sonder que le plus rarement possible, parce que le cathétérisme, même avec les plus grandes précautions possibles, qui, il faut le reconnaître sont rarement prises dans la pratique ordinaire, peut être la cause de cystites très difficiles à guérir. Ce n'est donc que dans le cas où le développement de la vessie est par trop considérable, où la malade souffre de sa rétention, qu'il faut sonder.

M. Recht a d'ailleurs résumé dans un chapitre très instructif, la pratique suivie par la plupart des accoucheurs de Paris.

À la Maternité, école des sages-femmes, on sonde presque toutes les accouchées.

Dans le service de M. Bar, accoucheur à l'hôpital Saint-Louis on pratique généralement le cathétérisme au bout de 12 à 18 heures, même quand la femme ne souffre pas, car à ce moment la vessie est toujours plus ou moins distendue.

Malgré cette façon de faire, on n'observe pas de cystites dues à la sonde.

M. Porak, accoucheur de Lariboisière, dit qu'il n'attend jamais pour pratiquer le cathétérisme plus de 24 heures.

À sa deuxième visite, si la nouvelle accouchée n'a pas uriné, il la sonde; généralement entre 18 et 24 heures.

Chez M. Maygrier, accoucheur de la Pitié, on sonde le plus tard possible, mais ce distingué praticien appelle le plus tard possible un délai de 12 heures. Si la vessie a été vidée naturellement ou artificiellement pendant le travail, on attend qu'elle soit distendue, pendant 8 à 12 heures pour la vider; on se base sur la hauteur de l'utérus et sur l'état de souffrance de l'accouchée.

MM. le Professeur Tarnier, Budin, Ribemont-Dessaignes et

Champetier de Ribes sont partisans du cathétérisme pratiqué le plus tard possible.

Dans le service de M. le Professeur Tarnier à la clinique de la rue d'Assas, on sonde le moins souvent possible, on attend une miction spontanée pendant 24 ou 36 heures, à moins que la femme ne souffre.

M. Champetier de Ribes, en principe, ne sonde jamais dans son service de l'hôpital Teuon, il attend volontiers 24, 36 et même 48 heures. Mais généralement les nouvelles accouchées urinent bien avant ce temps.

A la Charité, M. Budin pratique très rarement la cathétérisme; si la femme ne souffre pas, il attend volontiers plus de 24 heures.

M. Ribemont-Dessaigues à l'hôpital Beaujon sonde très rarement, il conseille d'attendre jusqu'aux dernières limites; convaincu qu'un cathétérisme fait dans les meilleures conditions peut avoir des inconvénients. Enfin M. le docteur Boissard, accoucheur des hôpitaux, est également d'avis d'attendre le plus longtemps possible la miction spontanée. Non seulement il craint les cystites mais il veut éviter aussi l'habitude que prend facilement une femme, surtout quand elle est nerveuse, de vouloir se faire sonder tous les jours quand elle l'a été une première fois.

En résumé, la question du cathétérisme après l'accouchement partage les accoucheurs en trois camps; les uns sont partisans du cathétérisme pour ainsi dire systématique, pratiqué très peu de temps après l'accouchement et c'est là surtout la ligne de conduite suivie dans les écoles de sages-femmes.

D'autres, tout en ne conseillant pas le cathétérisme pratiqué d'une manière hâtive, n'osent pas attendre assez longtemps pour que la miction se fasse spontanément.

Le cathétérisme, toujours dangereux alors que l'on connaissait moins les règles de l'antisepsie, est certainement devenu moins redoutable; il n'en est pas moins vrai que, malgré les plus grandes précautions, il occasionne encore des cystites. Un autre inconvénient de la sonde c'est d'y habituer quelques femmes qui demandent à être sondées pendant quelques jours consécutivement; pendant tout ce temps ces femmes sont alors menacées de cystite. C'est ce qui explique pourquoi des accoucheurs, comme M. le Professeur Pinard préfèrent attendre le plus longtemps possible avant de le pratiquer.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

Le mécanisme de l'accouchement et la symphyseotomie.—Conférence de M. le professeur FARABEUF, (suite).—Comment donc reconnaître vous le véritable engagement? Voici :

• Touchez la tête attardée au détroit supérieur. Elle est distante de 3 doigts en hauteur au-dessus du plan coccy-sacré, et la suture sagittale est à 35 millim. du bord inférieur du pubis.

Lorsqu'elle s'engage, c'est à dire lorsqu'elle commence sa bas-

seule en arrière, la suture s'éloigne et se trouve à 55 millim. lorsque l'engagement de la bosse antérieure est accompli ; en même temps elle est descendue et son pôle ne se trouve plus qu'à une hauteur de 2 doigts au dessus du plan coccy-sacré.

Quand la bascule est achevée, la descente faite, la suture est à 75 millim. du sous-pubis et le pôle est tout près ou à un doigt seulement du plancher.

Les deux éléments du diagnostic, les deux signes sont donc : la distance de la suture sagittale au sous-pubis, et la hauteur du pôle au-dessus du plan coccy-sacré.

N'est-ce pas là d'ailleurs une démonstration de l'engagement tel que je le décris ? Suivant la doctrine régnante du synclytisme, la suture sagittale devrait, au moment de la descente de la tête, se rapprocher du pubis, et bien plus encore dans l'asynclitisme de Naegele. Or, c'est le contraire qui se produit.

V

Vous voyez donc quelles sont les conditions nécessaires pour que l'engagement se fasse dans un bassin rétréci :

1o. Il faut que le diamètre promonto-pubien égale le diamètre temporo-pariétal du fœtus, réduit au minimum inoffensif : il se laisse diminuer de plus d'un centimètre par la dépression de la tempe postérieure.

2o. Il faut que le diamètre mi-sacro-pubien égale le diamètre bi-pariétal.

Or on ne mesurait pas le mi-sacro-pubien et l'on ne pouvait mesurer bien le promonto-pubien, on ne pouvait connaître les diamètres fœtaux, et malgré cela on osait faire la version pour faire passer, dans un bassin *mal connu*, une tête fœtale *inconnue*.

Il est facile de montrer que l'on connaissait mal le promonto-pubien. La seule donnée résidait dans la mensuration du promonto-sous-pubien et l'on faisait, pour obtenir celui qui seul intéressait, le promonto-pubien, une déduction arbitraire ; c'était 15 millimètres à Paris, un autre chiffre en Allemagne, etc. Or, il est facile de voir que cette déduction doit être très variable suivant l'inclinaison de la symphyse. Pour une même longueur du sous-pubien, le promonto-pubien peut varier de 30 millimètres, suivant que l'axe de la symphyse est plus ou moins oblique. Voyez moi redresser cette symphyse mobilisée : la déduction nécessaire dépasse 30 m.m. ; l'abaisser : elle tombe à zéro.

Maintenant, essayez de comprendre quel peut être le résultat de l'application du forceps au détroit supérieur ? On ne peut l'appliquer sur le front et l'occiput, en mettant cuillère à droite et cuillère à gauche de la mère, il faut faire une prise antéro-postérieure ou un peu oblique. Ne voyez-vous pas que la cuillère postérieure, dont le manche est repoussé en avant par la fourchette et le coccyx, supprime la concavité nécessaire du sacrum ;

que le diamètre mi-sacro-pubien est réduit considérablement. Ces appareils grandis, mais bien proportionnés, le montrent à tous ceux qui sont ici.

De plus, le forceps ayant ses branches fortement appuyées sur le périnée et le coccyx, est fixé; il n'y a ni pour la tête liberté de basculer en arrière, ni pour l'opérateur possibilité de tirer dans l'axe.

Donc le forceps aggrave les rétrécissements d'au moins 10 mill.; il en produit lorsqu'il n'en existe pas.

VI

Ce n'est pas tout, car le forceps a un autre inconvénient plus grave encore. Introduit dans cet anneau osseux comme un porte-crayon dans sa virole, suivant l'expression de Pajot, il représente un coin très allongé que l'on tire à travers un anneau inextensible. La force de traction se trouve multipliée dans des proportions énormes. Plus les faces se rapprochent du parallélisme, plus s'augmente cette action qui peut atteindre et atteint souvent dans la pratique plusieurs centaines de kilogrammes. Je l'ai démontré par un dispositif très simple, la traction d'un coin, c'est à dire d'un forceps chargé d'une tête, entre deux bornes, l'une fixe, l'autre mobile en rapport avec un dynamomètre indiquant la pression. Quiconque voudra en juger par lui-même n'a qu'à venir dans mon laboratoire.

Avec cette force de traction décuplée, on peut amener les enfants, mais ils ont la tête écrasée. Beaucoup survivent plusieurs jours avec ou sans convulsions; si on fait l'autopsie on trouve: enfoncement osseux, hématome méningé. Quelques-uns ne meurent pas et restent avec leur enfoncement et plus ou moins d'ampleur intellectuelle.

Parfois, c'est la symphyse que le forceps fait éclater avec bruit.

Il faut que je me hâte d'ajouter que la nocuité du forceps est la moitié du temps atténuée par la mollesse et la petitesse de la tête, par la brièveté du sacrum, l'absence de périnée, le faible degré du rétrécissement, etc.

VII

Mais il n'y a pas que la *version*, véritable coup de dés, et le *forceps*, toujours nuisible.

Une troisième méthode opposée aux rétrécissements qui nous occupent est l'*accouchement prématuré provoqué*. Cette méthode, la statistique la condamne.

M. Tarnier, qui passe pour soigner l'accouchement prématuré mieux que personne, était arrivé, une année toute récente, à n'avoir qu'une mortalité de 18 pour 100, mortalité dans les 9 premiers jours; mais combien de ces enfants débiles meurent un peu plus tard! Cette année, d'ailleurs, la statistique, paraît-il, rentrera

dans l'ordinaire. En fait, en prenant en bloc les œuvres de tout le monde, la moitié de ces enfants meurent au bout d'assez peu de temps.

C'est qu'on ne peut pas savoir l'époque exacte où l'intervention serait indiquée. On ne connaît pas la date de la conception. On peut provoquer l'accouchement 15 jours trop tôt, et l'enfant est plus débile; ou bien 15 jours trop tard, et sa tête est trop grosse et trop dure, d'où recours au néfaste forceps. Au reste, il est certain que, par peur, par prudence, on a fait beaucoup d'accouchements prématurés qui se seraient heureusement terminés à terme. L'abstention systématique, essayée par plusieurs accoucheurs dans l'intention de lever les difficultés par la symphyséotomie, a donné des résultats tout à fait inattendus et lumineux chez des femmes soumises, pour des grossesses antérieures, aux interventions les plus variées.

C'est qu'en vérité, je dois le répéter, on ne pouvait qu'agir à l'aveugle, tant qu'on ne savait pas mesurer le bassin; et si le doigt ne donnait pas de résultat direct, aucun instrument non plus ne le pouvait. Aucun instrument introduit dans le vagin ne peut prendre contact simultanément avec le pubis et le promontoire. Quand on a refoulé le cul-de-sac vaginal jusqu'au promontoire, et qu'on l'y maintient, la paroi vaginale antérieure, où se trouvent l'épaisse colonne antérieure, l'urèthre et la vessie, est si tendue qu'on ne peut essayer de l'appliquer au culmen pubien sans déterminer de la douleur.

Nous en étions là, il y a deux ans et demi, lorsqu'une idée bien simple m'est venue.

Je mesure, comme tout le monde, le promonto-sous-pubien avec mon doigt ou avec une tige rectiligne et j'introduis en même temps, dans la vessie, cette petite sonde large et mince, coudée à angle droit. La partie coudée, plate, haute de 3 centimètres $\frac{1}{2}$, prend facilement le contact tangentiel cherché en s'appliquant à la face postérieure du pubis. Je tiens mon index, qui touche le promontoire, étendu en ligne droite sur son métacarpien et la partie longue antérieure de la sonde appliquée de manière à se confondre avec cette ligne. Je mesure la distance du sous-pubis au promontoire et du sous-pubis au pied de la perpendiculaire formée par la partie intra-vésicale de la sonde.

Voyez, je vais construire au tableau, avec la plus grande facilité, le diamètre promonto-pubien. Au lieu des erreurs considérables données par l'ancienne méthode, je n'ai jamais constaté sur le cadavre une erreur de plus de trois millimètres, c'est-à-dire insignifiante.

Il n'y a pas de danger que j'oublie de mesurer le mi-sacro-pubien avec mon doigt. Mon dessin est donc facile à terminer, puisque je sais que mes premières vertèbres sacrées ont chacune 3 centimètres d'épaisseur. Je puis donc, avec cette pelvigraphie

à la portée de tous, déterminer et figurer la divergence du sacrum, c'est-à-dire établir l'un des deux facteurs du pronostic. Mais l'autre facteur ? Je n'ai pas eu de trêve que je ne sois arrivé aussi à mesurer la tête... ; vous le verrez tout à l'heure.

C'était là du nouveau, puisque c'en est encore.

Je pouvais donc, à ce moment, déterminer les cas où une disproportion peu considérable entre les diamètres du bassin et ceux du fœtus pouvait permettre de laisser se réaliser le mécanisme naturel de l'accouchement, ou de tenter de l'aider.

Restaient les cas, malheureusement plus nombreux, où cette disproportion est trop considérable. Le moment est venu de vous parler de la symphyséotomie.

VIII

Morisani (de Naples), a été le véritable gardien de la symphyséotomie, cette opération abandonnée par suite des nombreux désastres qui l'ont suivie à la période préantiseptique.

En 1881, au Congrès international de Londres, il supplia les maîtres de la science obstétricale de la reprendre sous leur protection, les assurant qu'elle les payerait en réputation, sinon en gloire. Il s'y refusèrent ; ils ne comprirent pas. En automne 1891, lorsque l'agrégé Varnier, travaillé à Paris par un disciple de Morisani, vint me demander mon avis, je lui servis d'abord les objections classiques ; mais, dix minutes après, ayant songé à l'antisepsie, j'emmenai mon jeune ami dans mon laboratoire pour voir si vraiment l'opération causait des dégâts sérieux sur le bassin et si elle donnait un passage suffisant.

Tout me parut aussitôt favorable pour faire revivre cette belle conquête due à Sigault. L'antisepsie était venue écarter les dangers de complications opératoires, et je voyais que les conditions anatomiques et mécaniques de l'opération étaient excellentes. J'engageai vivement mon collègue et ami Pinard à prendre l'honneur d'en être le rénovateur et à se presser, car je craignais de le voir devancer par un rival.

Mais je ne me dissimulai pas que, si cette tentative échouait, ce serait un retard de dix ans. Je me mis donc à l'œuvre pour bien déterminer les conditions du succès, qui ne l'ont jamais été complètement.

IX

Connaissant les méfaits du forceps, que je vous ai exposés, sa puissance néfaste lorsqu'il est tiré à travers la virole osseuse, je dis et répétai à Pinard : Surtout, après la section de la symphyse, ouvrez le bassin largement, en écartant les cuisses, afin que la tête fœtale n'ait rien à faire, qu'elle passe toute seule. Il y faudra de la force, attendez vous y et passez outre ; vous ne rompez que quelques fibres périostiques insignifiantes.

Les objections n'ont pas manqué de la part de nos adversaires.

qui n'ont jamais guère disséqué les ligaments du bassin, ni expérimenté. Écarteler ! Déchirer ! Exposer la femme à ne plus pouvoir marcher ! N'est-il pas cent fois plus sage de laisser la tête se faire la place, juste la place qui lui est nécessaire.

Eh oui ! ce serait plus sage si je n'avais démontré d'avance que c'était insensé, et si ceux qui n'ont pas accepté la formule : *Symphyséotomie complète, double symphyséoclasie symétrique et suffisante*, n'avaient fourni des preuves cliniques trop nombreuses.

Après les premiers succès, un danger nouveau se présente. Ce fut l'influence de Léopold (de Berlin) qui, avec son immense autorité, eut la malencontreuse et inexplicable idée de recommander de ne sectionner la symphyse que dans la moitié ou les deux tiers de sa hauteur.

C'était déjà trop pour la tête d'avoir à forcer elle-même les articulations postérieures, et l'on venait y ajouter une partie à qui 100 kilogrammes, ne font pas peur. Qu'allait-il advenir si l'on conservait ce ligament résistant qui soutend le pubis, l'*arcuatum* ?

Heureusement cette pratique absurde tua coup sur coup tant d'enfants et je criai si fort et si loin que Léopold ne fut plus suivi. Il n'a pas répété ses assertions relativement à ce point au Congrès de Rome qui vient d'avoir lieu.

X

Ceux qui ne veulent pas forcer eux-mêmes le bassin ont peur de l'ouvrir trop, et moi j'ai peur qu'on l'ouvre trop peu. En effet, il ne faut ouvrir *ni trop, ni trop peu*. Trop : c'est produire des dégâts importants en avant, déchirer peut-être la commissure vulvaire antérieure ; trop peu : c'est contraindre la tête à subir une pression dangereuse. Il me fallait donc calculer l'ouverture nécessaire et suffisante et dresser un tableau qui pût guider les praticiens.

Voyez ce qui se passe sur ce schéma. Les pubis s'écartent et descendent. Lorsqu'on est arrivé à l'écartement maximum de 7 centimètres, l'agrandissement, disent nos adversaires, n'est pas bien fort ; il mesure 10 ou 12 millimètres, à peine 2 mm. par centimètre.

Quelle légèreté ! Ils oublient que la tête s'enclave dans l'interstice ; qu'elle s'y avance sur une épaisseur de plus en plus grande à mesure que l'écartement s'accroît.

Le bénéfice pratique, réalisable sans danger, est donc composé de deux éléments : *a*, la préimpulsion du pubis ; *b*, l'épaisseur du segment de tête engagé. Croyez-moi, puisque je vous le montre, $a - b =$ facilement 10 - 20 = 30 millimètres. Il faut, bien entendu, que l'écartement soit symétrique, que les deux pubis s'écartent, à très peu de chose près, également.

XI

Les articulations sacro-iliaques sont constituées par la tenue en

rapport immédiat des deux *surfaces auriculaires* que l'on trouve à la face externe de la moitié supérieure du sacrum et à la face interne de la partie postérieure de l'ilium par des ligaments périphériques antérieurs ou pelviens et postérieurs ou dorsaux. Ceux-ci, nombreux et puissants, chargés qu'ils sont de transmettre du sacrum à l'ilium qui s'en décharge sur le fémur, le poids du tronc et des fardeaux, ne souffrent pas de l'écartement des pubis, sauf peut être un centième de leurs faisceaux qui s'insèrent dans la concavité des auricules *en avant* de l'axe autour duquel tourne on charnière, l'os iliaque violenté. Ceux là, c'est à dire le périoste qui saute du sacrum à l'ilium par dessus l'interligne, doivent céder. Ils le font simplement en se décollant de l'ilium, de l'ilium seul, sur une étendue de 20 ou 30 millimètres et en s'éraillant quelque peu, ce qui n'est pas, l'expérience le prouve, une lésion notable.

Ce n'est pas pour l'arrière qu'il faut craindre, c'est pour le devant: la commissure vulvo-vaginale antérieure, l'urèthre et la vessie. Jusqu'à présent, il a été remédié facilement aux déchirures produites.

L'écartement symétrique est le moins dangereux et le seul efficace. Si l'écartement n'est réalisé que d'un côté, il faut qu'il soit énorme pour être suivi d'effet utile. Aussi la symphyséotomie n'est-elle pas praticable dans les cas de bassin oblique ovalaire ou l'une des articulations sacro iliaques est ankylosée. C'est dans ces cas que j'ai conçu et fait réaliser l'*ischio-pubiotomie* du côté ankylosé, à cinq centimètres de la ligne médiane (*Annales de gynécologie*, 1892).

Vous voyez sur cet appareil, qui représente le bassin agrandi, qu'avec un écartement unilatéral, le pubis resté en borne immobile empêche la tête de profiter d'un bénéfice sérieux.—*La Normandie médicale*.—(A suivre.)

(La femme); Suite de p. 350.—En France, les maris ne parlent presque jamais de leurs femmes; c'est qu'ils ont peur d'en parler devant des gens qui les connaissent mieux qu'eux (Montesquieu).—Pour rendre un mariage heureux, il faudrait que le mari fut sourd et la femme aveugle (Alphonse d'Aragon).—Pythagore, ayant donné sa fille en mariage à l'un de ses plus grands ennemis, en rendit une étrange raison à ceux qui en demandaient la cause: "Je ne pensais pas, dit-il, lui faire davantage de mal, ni lui donner rien de pire qu'une femme" (Le P. du Bosc).—Après la lune de miel, le mariage fait l'effet d'une tartine de confitures dont on a mangé le dessus (A. Ricard).—Qu'un homme d'esprit ait des doutes sur sa maîtresse, cela se conçoit: mais sur sa femme!... Il a t être par trop bête (Montesquieu).—*Rev. des mal. des femmes*.

HYGIÈNE.

Altérations spontanées, stérilisation et falsifications du lait.—Le lait est le plus altérable des liquides organiques. Aussitôt qu'il est extrait des mamelles, il se couvre d'une couche de crème que les laitiers enlèvent pour en faire du beurre. Lorsqu'on le reçoit dans un tube stérilisé, pour empêcher l'introduction des microbes, et qu'on le laisse en repos, à l'abri de tout germe, il se sépare spontanément en quatre couches: l'inférieure, plus dense, est constituée par un dépôt de phosphate tricalcique très ténu; la seconde est formée par un liquide opalescent contenant un précipité très fin de caséine solide; la troisième est un liquide opalescent contenant de la caséine en solution (caséine à l'état colloïdal); enfin, la couche supérieure est constituée, pour la presque totalité, par des globules butyreux.

Après la montée de la crème et au bout d'un temps variable, le lait se coagule. La matière albuminoïde se précipite sous l'influence de l'acide lactique dans lequel le sucre de lait se convertit peu à peu. Cette transformation s'arrête quand il y a de 2 à 3 p. 100 d'acide dans la masse. Elle est l'œuvre du *ferment lactique* de Pasteur (*bacillus, acidii, lactici* de Hueppe).

Le lait frais et non mouillé ne coagule pas par la chaleur, au contraire. Le lait bouilli, à conditions égales, reste frais vingt heures de plus que le lait cru. Il est identique à ce dernier, sauf qu'il a un peu moins d'arôme et que sa caséine coagule en petits flocons au lieu de se prendre en masse. L'addition d'une partie de carbonate de soude ou de potasse pour 1,000, retarde la coagulation du lait de cinq heures; si l'on en met le double, il reste frais vingt heures de plus que le lait naturel. L'acide salicylique, le borax, l'acide borique retardent également la coagulation du lait. Ce dernier, à la dose de 1 p. 1 000, conserve le lait pendant vingt-quatre heures, et à 2 p. 1,000 pendant soixante-douze heures.

L'addition d'un acide coagule instantanément le lait. Il en est de même de la *présure* et alors la coagulation a lieu avec une telle énergie que les albuminoïdes emprisonnent les corps gras.

Après la coagulation spontanée du lait, il reste un liquide légèrement trouble, riche en sels et en sucre, peu nutritif et légèrement acide. C'est le petit lait (*serum lactis*) dont on faisait autrefois un si grand usage en médecine. Lorsqu'on a séparé le beurre du lait par le battage, il reste un liquide blanc-bleuâtre aigrelet, plus nutritif, qu'on nomme *lait de beurre*, *lait battu* en Flandre, *lait ribot* en Bretagne, et qui ne se consomme guère qu'à la campagne.

I. *Altérations spontanées.*—Elles sont extrêmement nombreuses. Parfois elles dépendent de la nourriture de l'animal. Il est des plantes qui communiquent au lait un goût désagréable et des propriétés malfaisantes; il est des laits amers, d'autres qui ont une coloration rouge causée par du sang venu de la mamelle; mais, presque toutes les altérations spontanées du lait proviennent du développement d'organismes microscopiques. M. Duclaud en a fait une étude très complète. Il y a trouvé dix espèces de *tyrothrix* dont sept sont aérobies et trois anaérobies et chacune d'elle détermine, dans l'aspect et la composition du lait, des altérations différentes. Toutes nuisent à sa qualité, le rendent malsain, surtout pour les enfants du premier âge, qui meurent en si grand nombre de diarrhée cholériforme et d'athrepsie, lesquelles ne reconnaissent pas d'autre cause que la mauvaise qualité du lait qu'ils boivent, mais ce liquide, bien qu'altéré, ne communique pas de maladies infectieuses comme celles dont il me reste à parler.

Laits virulents.—Indépendamment des microbes inoffensifs, le lait en renferme parfois de pathogènes et il peut être l'agent de la transmission d'un certain nombre de maladies virulentes.

Scarlatine.—C'est en Angleterre que le lait a été accusé de transmettre la scarlatine. Power et Klein, au cours d'une épidémie de cette affection, annoncèrent qu'ils avaient trouvé sur les tétines des vaches, un ulcère dont la sécrétion contenait un *strep-tococcus* identique au *micrococcus scarlatrice*. Vérification faite, Crookshank et Brown constatèrent que ces ulcères n'étaient autre chose que le cowpox spontané.

On cite également de petites épidémies de scarlatine provenant de fermes dans lesquelles des malades se trouvant dans la période de desquamation, avaient contaminé le lait avec les pellicules qu'ils répandaient autour d'eux. Ces faits ne paraissent pas suffisamment démontrés.

Fièvre typhoïde.—Ceux qui sont relatifs à la fièvre typhoïde sont plus probants. Ils sont relatés par Taylor, Murchison, Corfield, Cameron, etc. Dans quelques cas, il est question de laits souillés par l'eau, avec laquelle on avait lavé les vases; dans d'autres, l'eau des mares voisines de la laiterie qui avait servi à mouiller le lait, avait été contaminée par des déjections typhoïdiques. Un fait semblable a été observé à Clermont-Ferrand au mois de janvier 1892, par les docteurs Goyon, Bouchereau et Fournial. Une épidémie de fièvre typhoïde a pris naissance dans une laiterie, près de la ville, par suite de l'infiltration de déjections typhoïdiques répandues sur le fumier. Elles avaient contaminé l'eau d'un puits creusé dans l'étable et qui servait à laver les vases et à couper le lait. La maladie put être suivie à la trace de la laiterie jusqu'à Clermont, sur 28 cas, 18 se montrèrent dans la clientèle du laitier, et 6 furent suivis de mort. Une observation analogue a été publiée récemment par le docteur Gaffky. Il s'agit de trois

cas d'entérite infectieuse à forme typhoïde, survenus à l'Institut d'hygiène de Giessen, chez des personnes qui avaient bu du lait provenant d'une vache malade.

Choléra.—Le lait a également été soupçonné de transmettre le choléra. Nous ne connaissons aucun fait clinique qui appuie cette supposition, mais M. le docteur Douglass Cunningham a fait à Calcutta, des recherches expérimentales pour savoir comment le *komma-bacille*, qu'on regardait comme la cause du choléra, se comporte dans le lait cru, bouilli et stérilisé. Il a reconnu que ce bacille y était toujours détruit par les microbes ordinaires, qui se développent dans l'air sous l'influence de l'acidité. Ces expériences ne nous semblent pas avoir un grand poids, nous n'avons pas cru toutefois pouvoir les passer sous silence.

Fièvre aphteuse.—Cette maladie est, comme on le sait, transmissible à l'homme, et c'est le plus souvent par le lait que cette transmission s'opère. Le fait a été mis hors de doute par un si grand nombre de vétérinaires, qu'il est inutile de relater leurs observations. On les trouvera toutes citées dans le travail de M. Nocard, auquel nous avons fait tant d'emprunts.

De véritables épidémies ont été observées.

C'est au moment de la traite que le lait est contaminé par la sécrétion des aphtes qui existent toujours sur les trayons des vaches laitières.

Charbon.—Les recherches de Chamberlent et Moussous tendraient à prouver que le charbon peut se transmettre par le lait; mais ce sont des expériences de laboratoire, elles ne sont confirmées par aucun fait clinique.

Tuberculose.—La possibilité de la transmission de la tuberculose par le lait, n'est plus contestée aujourd'hui, mais il est également reconnu, d'après les travaux de Bang (de Copenhague), que le lait des vaches atteintes de *ponmilière* n'est dangereux que lorsque les mamelles elles-mêmes sont envahies par la tuberculose. M. Nocard, en 1885, en inoculant à des cobayes le lait de onze vaches tuberculeuses, ne l'a trouvé infectieux que dans un seul cas où la mousse était elle-même atteinte. May, également, n'a obtenu que des résultats négatifs. Ernest (de Boston) et Hirschberger, au contraire, ont réussi dans un dixième des cas, à transmettre la tuberculose à des lapins et à des cobayes, en leur injectant le lait de vaches tuberculeuses à mamelles saines.

En présence de ces résultats contradictoires, Bang a repris ses expériences. Sur 28 vaches phtisiques à mamelles saines, il n'en a trouvé qu'une seule dont le lait, injecté dans le péritoine de lapins à la dose de 1 à 2 centimètres cubes, ait pu leur communiquer la tuberculose.

En somme, et quelque faibles que soient les chances de transmission, comme il est toujours difficile de diagnostiquer sur le vivant la tuberculose bovine, et presque impossible de reconnaître

la tuberculose mammaire, comme d'autre part, on ne peut jamais connaître au juste la provenance du lait qu'on va consommer, il est toujours prudent de le faire bouillir avant de le boire.

L'ébullition ne conjure pas seulement le danger de la tuberculose, elle prévient également la transmission des autres maladies que nous avons passées en revue auparavant. Elle est simple, pratique et elle suffit. Les bactéries pathogènes sont toutes détruites par quelques minutes d'ébullition. On a prétendu le contraire. On a cité des expériences dans lesquelles on avait inoculé la tuberculose à des lapins avec du lait qui avait bouilli quelques minutes; on a parlé du vibrion septique qui se plaît dans l'eau bouillante. On a fait observer que le lait n'était plus le même après l'ébullition, qu'il avait perdu de son eau et de ses gaz, et qu'il était moins nutritif.

Il est indispensable de s'entendre sur tout cela. Il y a certes des microbes qui résistent à la température de l'ébullition.

Les bacilles butyriques collectifs de Hueppe ne sont détruits qu'à 110° ou 120°; et lorsque le lait a été chauffé à cette température, il est devenu jaune et amer; mais ce n'est pas de cela qu'il est question. Il s'agit de détruire les microbes qui font aigrir le lait et ceux qui peuvent transmettre des maladies contagieuses. Or, le lait bout à 101°5 et les bacilles de la tuberculose qu'on a toujours en vue sont tués par une température de 70°; les autres meurent entre 0 et 100°. Il est donc inutile d'aller au-delà; mais l'ébullition à l'air libre altère le lait. Lesage et Chavanne ont constaté qu'en cinq minutes elle lui fait perdre près d'un quart de son volume et une partie des gaz, il n'a plus le même goût ni les mêmes qualités nutritives. Par contre, il est plus facilement digéré au moins par les adultes. Le lait cru se prend en masse, en arrivant dans l'estomac, tandis que le lait bouilli donne naissance à un coagulum composé d'une foule de grumeaux plus facilement accessibles à l'action du suc gastrique.

Ainsi, pour l'adulte, l'ébullition suffit complètement. En est-il de même pour les enfants à la mamelle dont il constitue l'unique aliment, et qui ont les organes digestifs autrement sensibles que les nôtres?

Il paraît que non. Reichmann estime qu'il ne convient pas dans les quatre premiers mois de la vie. "Il donne lieu, dit le docteur Laurent, à des troubles intestinaux appartenant plus ou moins à la dyspepsie ou même à l'inflammation des voies digestives (coliques, constipation fréquente, irrégularité des garde-robes, selles grumeleuses mal liées, diarrhées par moments)."

Cette constatation a conduit à chercher d'autres moyens pour arriver à la destruction des microbes, sans enlever au lait ses qualités nutritives. De là est née la méthode de la stérilisation dont je m'occuperai dans un second article.—*A suivre.*—JULES ROCHARD, in *Union médicale*.

Questions d'hygiène.—MM. MOISSAN et GRIMBERT ont fait, le mois dernier, à l'Académie de médecine une communication sur la présence des microbes dans les eaux minérales naturelles: il résulte de leurs analyses que la plupart de ces eaux renferment un grand nombre de microorganismes, dont un, au moins, le bacillus coli communis, est pathogène. D'après MM. Richie, Cornil et Robin, les eaux seraient généralement pures à leur griffon d'origine et ne s'infecteraient que secondairement pendant les manœuvres de décantage, d'embouteillage et de gazéification. Quoi qu'il en soit, il importe de noter soigneusement ce fait.

I.—Une grande réserve s'impose dans l'usage des filtres, même les meilleurs, qui sont les filtres en porcelaine.

“ Il est à remarquer—dit à propos de ceux-ci M. A. Gauthier (*Encyclopédie d'hygiène*, tome II)—il est à remarquer qu'au bout de quelque temps, surtout si l'on ne surveille pas ces filtres, alors que la paroi du côté de l'arrivée de l'eau s'est recouverte d'une légère couche glutineuse de vase organique, la liqueur filtrée prend un léger goût marécageux. Si l'on examine à ce moment directement les dépôts, que l'on dilue dans l'eau et traite à l'acide osmique, ou bien les produits de cultures de l'eau filtrée l'on voit que, bien loin d'être libérées de tout être vivant, les eaux qui ont passé à travers ces filtres, contiennent un nombre considérable de microbes, quelquefois plus grand que ceux de l'eau non filtrée. C'est que, dans ces parois poreuses, les colonies microbiennes, d'abord arrêtées, finissent par pulluler, et que leurs mycéliums ou leurs germes, pénètrent à travers les pores de l'appareil filtrant, qui devient dès lors un véritable foyer de culture. Cette remarque que j'ai faite dès le début de mes recherches sur les filtrations à travers les parois de biscuit de porcelaine ou de faïence, m'a empêché d'en conseiller l'usage comme procédé de stérilisation absolue, au moins de liquides alcalins ou neutres.” Des observations analogues ont été faites par MM. Galippe, Villejean, Kübler, Giltay et Aberson. Enfin, de ses expériences plus récentes, M. de Freudeure conclut que “l'appareil à filtrer Chamberland-Pasteur fournit de l'eau privée de germes, au moins pendant huit jours, dans nos climats tempérés, et qu'il peut être employé dans les ménages, hôpitaux et laboratoires, à la condition que la bougie filtrante soit stérilisée au moins tous les huit jours et que la température de l'eau filtrée ne dépasse pas certaines limites. La stérilisation est chose facile dans les laboratoires et dans les hôpitaux; chez des particuliers, par contre, la négligence aidant, cette mesure risque d'être peu observée.” (*Annales de micrographie*, 1892). Concluons avec M. H. de Varigny (*Revue des revues* 1884): “ Pour qu'un filtre soit pratique, il faut qu'il n'exige point une éducation de bactériologiste pour apprendre à s'en servir, et il n'est pas admissible qu'il le faille sans cesse stériliser (tous les

dix ou quinze jours) ou changer; il faut que la cuisinière suffise à le surveiller."

II.—On a fait dernièrement un certain bruit autour d'un procédé chimique de désinfection de l'eau par le permanganate de potasse. L'auteur de ce procédé, M. Chicandard, proposait (*Union pharmaceutique*, mai 1893) d'utiliser la propriété que possède le permanganate, d'oxyder toutes les matières organiques en les transformant en acide carbonique, eau et ammoniaque (ce dernier corps si le composé est azoté) : il ajoutait à l'eau assez de permanganate (0 gr. 05 à 0 gr. 60, pour colorer celle-ci en violet et se débarrassait de l'excès de sel en ajoutant une matière organique quelconque, de la poudre de quinquina, de café, de réglisse, ou simplement du charbon animal lavé.

M. Chicandard avait pu détruire, par ce moyen, divers alcaloïdes comme la strychnine ou des produits animaux comme la peptone; mais la preuve bactériologique restait à faire. Elle vient d'être fournie dernièrement par M. Coreil (*Annales d'hygiène*, 1894) et les expériences de ce chimiste ont démontré que, si l'addition de permanganate diminue le nombre des microbes, ce sel est impuissant à les faire tous disparaître.

III.—Deux mots seulement au sujet de la stérilisation par l'alun, proposée par Babés. Les expériences de Max Teich, faites à l'Institut d'hygiène de Vienne, ont prouvé que les saprophytes et les bacilles typhiques ne sont nullement influencés par l'alun; seuls, les microbes du choléra sont atteints, mais bien lentement, au bout de vingt-quatre heures et davantage. (*Revue d'hygiène*, 1894).

IV.—Il était intéressant de connaître l'action sur les microbes des boissons alimentaires, le thé, le café, le vin et la bière. Après Gruber et Baber, le médecin viennois Aloïs Pick est arrivé aux résultats suivants :

Le thé, le café, ajoutés à l'eau, ne troublent pas la virulence du bacille du choléra. Mais ce bacille disparaît après cinq minutes de séjour dans du vin additionné de $\frac{2}{3}$ d'eau, après cinq à quinze minutes dans la bière. Cet effet n'est, d'ailleurs, pas dû à l'alcool contenu dans ces boissons, puisqu'il faut, 45 pour 100 d'alcool pour anéantir le bacille virgule en cinq minutes et que, d'ailleurs, le vin et la bière privés d'alcool par distillation sont toujours aussi antiseptiques; il est dû aux acides organiques. Les acides acétique, lactique, tartrique, citrique, sont, en effet, des parasitocides du choléra et font disparaître les vibrions de l'eau en cinq minutes à 2 pour 1,000, en dix minutes à 1 pour 1,000.

L'action microbicide du vin et de la bière est malheureusement très faible à l'égal du bacille typhique. Rares sont les vins qui, même purs, le tuent en quinze minutes et surtout en cinq à dix minutes. Étendu de son volume d'eau, aucun vin ne conserve assez d'activité pour le détruire en moins d'une demi-heure. La

bière échoue de même, ainsi que les acides organiques, à moins d'arriver à des doses excessives.

V.—Pour en finir avec cette étude un peu longue de la stérilisation de l'eau potable, nous devons présenter les réserves que suggère lui-même le procédé le plus efficace et le plus pratique: l'ébullition.

Il est bien certain que l'ébullition à 100° ne tue pas tous les microbes; certains ne périssent qu'à 110 ou 115°, mais ceux-là sont inoffensifs et les microbes pathogènes succombent tous après une ébullition de dix minutes.

On a reproché à l'eau bouillie d'être fade et indigeste. L'addition de substances aromatiques comme le thé, le battage de l'eau avant de la boire, feront disparaître cet inconvénient, assez léger en comparaison des méfaits que peut causer une eau aérée, mais souillée par des microbes pathogènes.

Plus sérieuse est cette dernière objection: L'ébullition, dit-on tue bien les microbes; mais il reste dans l'eau leurs cadavres et aussi les ptomaines sécrétées par eux. Or, Strauss et Gamaleia ont montré que les bacilles de Koch morts donnent la tuberculose comme les bacilles vivants, et certains microbes agissent surtout par leurs produits solubles. Ces réserves sont théoriques jusqu'ici; à importerait beaucoup qu'on y réponde par l'expérience.—
Dr AMBLARD in *Concours médical*.

On connaît le système phrénologique du docteur Gall. Le docteur Garré, de Bâle, a voulu fonder, il y a quelques années, une science analogue en s'appliquant à diagnostiquer les penchants mentaux au moyen des souliers. C'est la scarpologie.

Les souliers usés valent mieux que les lignes de la main pour juger du caractère. Aux souliers, on reconnaît le manque d'énergie, l'inconstance, la disposition à être négligent et à éluder les obligations, les accès de mauvaise humeur. Montrez une chaussure portée deux mois et on peut analyser le caractère.

Exemples: Si le talon et la semelle sont également usés, il s'agit d'un homme d'affaires énergique, d'un employé sûr, d'une épouse distinguée, d'une mère excellente. Si le bord externe est usé, le porteur a une tendance fantasqué aux aventures, c'est un esprit entêté et hardi. Si c'est le bord interne, cela indique de l'irrésolution et de la faiblesse chez l'homme, de la modestie chez la femme. Il y a quelque temps, rapporte M. Garré, je vis entrer chez moi un étranger dont les souliers étaient usés sur le bord externe, et avaient les pointes râpées et le reste encore neuf; je pensai: cet homme est un coquin: le lendemain, il était arrêté pour vol.—*Médecine moderne*.

FORMULAIRE.

Météorisme et coliques dans la fièvre typhoïde.—On pourra prescrire :

Naphtol.....	0,50	gr.
Salicylate de bismuth.....	0,30	gr.
Poudre de rhubarbe.....	0,20	gr.
Extrait de belladone.....	0,009	gr.

Pour une poudre. Donnez-en 4 à 6 semblables par jour.

Ou bien :

Naphtol.....	0,50	gr.
Codéïne.....	0,009	gr.
Poudre de cannelle.....	0,20	gr.
Poudre de rhubarbe.....	0,10	gr.

Pour une poudre. Donnez-en 4 à 6 semblables par jour.

Impetigo.

P.—Axonge.....	3	drachmes.
Vaseline.....	3	“
Acide salicylique.....	7	grains.
Oxyde de zinc.....	90	“
Diacétate de plomb.....	5	“

M.—Usage local.—*Medical Press and Circular.*

Mixture contre la toux des phthisiques.

P.—Sulfate de codéïne.....	3	grains.
Solution de sulfate d'atropine (Br).....	12	minimes.
Solution de strychnine (Br).....	1	drachme.
Sirop de tolu.....	1½	once.
Infusion de roses acidulée.....	q. s.	pour faire 6 onces.

M.—Une cuillerée à soupe dans un verre à vin d'eau toutes les quatre ou six heures.—*Medical Press and Circular.*

Pharyngite rhumatismale.—*Dr Fletcher Ingalls.*

P.—Sulfate de morphine.....	4	grains.
Acide carbolique.....	30	“
Acide tannique.....	30	“
Glycérine.....	4	onces.
Eau distillée.....	4	“

M.—Usage local.—*Medical Bulletin.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTRÉAL, JUILLET 1894.

BULLETIN.**Le onzième Congrès International des Sciences Médicales
tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.**

Dans la section de médecine, M. le professeur LÉPINE, de Lyon, a traité de la question de *l'anasarque par rétention d'urine sans albuminurie*. Déjà Bourgeois (d'Étampes) et Trousseau avaient signalé la relation existant entre une anasarque et la rétention de l'urine dans la vessie, et M. Lépine se demande comment il faut la comprendre.

Les faits suivants sont établis: la distension de la vessie s'accompagne d'une augmentation de pression dans les uretères. Dans ce cas les reins fonctionnent d'une manière anormale, ce qui a été prouvé par des expériences faites sur des chiens. On en a conclu que le défaut d'élimination de l'urine amènera une hydrémie et par conséquent un état favorable à la production d'une anasarque chez un sujet plus ou moins cachectique, et que l'urine pourra rester exempte d'albumine s'il n'y a pas de brusques augmentations de pression dans les uretères. S'il se produit dans l'uretère le reflux d'une urine même exempte de microorganismes, l'albuminurie pourra exister et on rentrera dans les conditions vulgaires de l'anasarque avec albuminurie. Si ce reflux n'a pas lieu, l'albuminurie pourra manquer alors même que l'urine de la vessie sera ammoniacale, condition cependant bien favorable à l'infection du rein. Une condition favorable au reflux est l'hypertrophie de la vessie. Aussi arrive-t-il que dans la plupart des cas d'anasarque par rétention d'urine sans albuminurie, l'hypertrophie de la vessie n'est pas signalée.

M. DE DOMINICIS, de Naples, fait une communication sur le *diabète pancréatique expérimental*. Le diabète expérimental, dit-il, est le plus souvent sucré, plus rarement insipide, et est la conséquence de l'absence de la sécrétion du pancréas dans l'in-

testin. Pour lui, la ligature du canal de Wirsung, sans altérer les rapports vasculaires en supprimant toute communication entre le pancréas et le duodénum, a les mêmes conséquences que l'extirpation totale de la glande. Les animaux meurent dans les vingt-quatre heures par la mortification du pancréas; quelques uns survivent. Ceux qui survivent présentent les symptômes d'animaux diabétiques. L'extirpation totale du pancréas ne serait pas toujours suivie de glycosurie comme quelques auteurs l'ont prétendu, mais à part la glycosurie, tous les autres phénomènes du diabète grave se produisent constamment.

DeDominicis se croit autorisé, d'après ses expériences, à conclure que la suppression du pancréas produit, d'une part, des altérations de la nutrition générale et, d'autre part, des matières toxiques qui provoquent un processus de désassimilation et souvient la glycosurie.

MM. HANOT et BOIX, de Paris, communiquent un travail au sujet d'une forme de cirrhose non alcoolique du foie par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

“ L'alcool, disent-ils, est loin de constituer aujourd'hui la raison pathogénique exclusive des cirrhoses du foie. À côté de lui doivent prendre place désormais les infections et les intoxications microbiennes. Le plus habituellement les types cliniques et anatomiques sont suffisamment nets pour nous permettre de remonter à la cause. Dans certaines conditions, à vrai dire, on ne peut trouver à l'origine de la maladie une cause jusqu'ici reconnue comme efficiente. Chez certains malades que nous avons pu suivre et qui étaient indemnes de tout alcoolisme et de toute maladie infectieuse, nous avons pu noter une dyspepsie ancienne, avec ou sans dilatation de l'estomac. Or, chez ceux que nous avons observés dès le début, nous avons pu voir le foie augmenter lentement de volume et acquérir assez rapidement une *dureté ligneuse* des plus nettes. L'hypertrophie est en général modérée.

“ Les symptômes fonctionnels sont très peu accentués et, en dehors d'une certaine lassitude et d'une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit, on ne trouve presque rien. Dans certains cas, cependant, surviennent des accidents aigus, sous forme d'embaras gastrique, avec poussée congestive du côté du foie, ou bien il existe de la périhépatite susceptible de simuler la colique hépatique fruste.

“ Au point de vue histologique, nous avons pu constater une sclérose périportale avec intégrité de la veine centrale du lobule. Le tissu conjonctif pénètre plus ou moins loin dans l'intérieur des lobules.

“ La dyspepsie prolongée nous a paru la seule cause rationnelle de cette cirrhose. Chez trois de nos malades nous avons pu constater une hyperchlorhydrie très nette.

“ Toutes les substances résultant de fermentations gastro-intes-

tionales, apportées directement au foie par la veine porte, peuvent sans doute déterminer à la longue des lésions irritatives sur les vaisseaux de cet organe.

“ Le pronostic est bénin; mais un foie ainsi lésé sera assurément plus accessible aux infections intercurrentes.

“ Quant au traitement, il devra surtout viser la dyspepsie préexistante (régime diététique, antiseptie intestinale, etc.).”

M. S. LEWASCHEW, de Kazan, a entrepris une série d'expériences sur le *traitement du typhus exanthématique*. Ayant échoué avec la sérothérapie, l'essence de térébenthine et le gâicol, donnés *intus et extra*, il a utilisé la *fuchsine* et il pense pouvoir appliquer ce traitement avec succès en constatant que, dans les préparations microscopiques faites extemporanément, les microorganismes du typhus exanthématique sont tués. Pour lui, la fuchsine est complètement inoffensive et il n'a constaté aucun phénomène toxique même avec une dose de 15 grains par jour. L'emploi de cette méthode lui aurait donné des résultats réels à tel point que dès le deuxième ou le troisième jour du traitement, rarement plus tard, la température descend progressivement. La sécrétion de l'urine augmente et l'état général des malades subit une amélioration notable. En peu de jours la courbe de la température revient à la normale et la guérison est définitive. Il conseille enfin la dose de 15 grains par jour mais fractionnée en six à douze doses et que, de cette façon, on peut parvenir à abrégé et même à arrêter l'évolution du typhus exanthématique.

Il est évident, à notre sens, que ces résultats devront être confirmés par d'autres que M. le médecin de Kazan.

M. BORGERINI, de Padoue, a signalé *quelques phénomènes survenant dans la pleurésie avec épanchement par suite de l'augmentation de la pression intrathoracique*. Ces phénomènes ou symptômes, pour parler plus simplement, consistent dans l'augmentation du périmètre thoracique, non seulement du côté malade, mais aussi du côté sain. Les mouvements thoraciques restent non seulement très actifs des deux côtés, mais même, dans certains cas, ils lui ont paru supérieurs du côté malade. Il existerait entre la fin de l'expiration et le commencement de l'inspiration une véritable pause respiratoire.

M. MURRI, de Bologne, a lu un travail sur la *pathogénie de la chlorose* et sur *l'action du froid chez les chlorotiques*. Il dit que le froid produit des effets défavorables sur la chlorose et que cette influence explique, à son avis, pourquoi les chlorotiques se portent mieux la nuit que le jour, et pourquoi leur état s'aggrave en automne et en hiver, alors qu'il s'améliore en été. M. Murri a observé d'autre part que le bain froid prolongé détermine chez les chlorotiques des modifications notables dans la composition du sang, telles que diminution des globules rouges et de l'hémoglobine et augmente l'urobiline dans l'urine. Chez les chlorotiques,

l'exercice musculaire entraîne aussi une destruction de globules rouges.

Pour comprendre le mécanisme de cette dissolution des globules, Murri dit qu'il faut se reporter aux phénomènes qui se passent du côté de la peau chez les chlorotiques. L'abaissement de la température, la diminution de la sueur, l'existence d'engelures, l'asphyxie des extrémités sont des symptômes fréquents de la chlorose et tous ces accidents dépendent de l'ischémie qui, augmentant après les repas, détermine la fièvre chlorotique en diminuant la perte de chaleur. Cette ischémie périphérique contraste avec l'accumulation excessive du sang dans les organes abdominaux. Le sang est donc très irrégulièrement distribué et ce trouble de la circulation, provoqué par le repas ou l'action du froid sur la peau, démontre que le système vasomoteur ne fonctionne plus régulièrement chez les chlorotiques. Mais comme ces altérations du sang se rencontrent aussi dans le scorbut, la syphilis, les hémorragies, il est difficile de leur attribuer la détermination du trouble vasomoteur spécial à la chlorose. Il faut alors chercher autre part une explication rationnelle.

La clinique nous apprend que la chlorose est une anémie particulière au sexe féminin et qui survient à l'époque de la puberté. Il est naturel de supposer que lorsque les organes génitaux de la femme entrent dans une période active d'évolution fonctionnelle, il peut résulter de ce fait des excitations centripètes parfois exagérées. Il a été démontré que ces actions centripètes ont un grand pouvoir sur les centres vasomoteurs.

La théorie hématique n'est susceptible d'aucune explication plausible. Pour elle l'action du froid est un mystère ! Murri conclut enfin " qu'une chlorose guérie en apparence n'est souvent qu'une chlorose en puissance et qui récidivera l'hiver. Le fer, l'arsenic, le repos moral sont donc insuffisants et il croit qu'il faut, pour agir avec efficacité sur le système vasomoteur appliquer l'hydrothérapie froide.

M. CARRIEU, de Montpellier, a fait des expériences chez les animaux sur *l'injection de la lymphe du chien dans le traitement de la tuberculose*. Ces injections ne donnent lieu à aucun accident local et sont d'une entière innocuité. M. Carrieu rappelle que la tuberculose peut guérir spontanément par l'enkystement et la transformation fibreuse des parties environnantes, et les recherches plus récentes de Metchnikoff ont démontré le rôle que joue la phagocytose dans ce processus. Car la lymphe, d'après Carrieu, injectée à d'autres animaux a un pouvoir phagocytaire considérable. Il a donc pensé que l'injection d'une certaine quantité de lymphe d'un animal peu tuberculisable, comme le chien, pouvait activer l'évolution du tubercule dans cette voie de sclérose. M. Carrieu n'a pas encore appliqué ces données à la pathologie humaine, mais il estime qu'en présence des résultats obtenus chez

les animaux, la *lymphothérapie* a logiquement le droit d'entrer dans le domaine de la clinique.—(A suivre.)

Association Américaine pour la santé publique.

(AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION)

L' "American Public Health Association" fut organisée en 1872 par quelques philanthropes qui pressentirent le besoin qui existait de réunir en un corps les plus habiles hygiénistes du pays dans le but de prendre des mesures pour limiter et prévenir les maladies contagieuses et infectieuses et de vulgariser les connaissances sanitaires.

Le développement de l'association et le travail qu'elle a accompli sont plus que suffisants pour justifier son existence. Le nombre de ses membres augmentant d'année en année, elle est devenue le corps sanitaire le plus considérable et le plus important du monde entier; comme étendue territoriale, elle comprend les États-Unis, Puissance du Canada et la République du Mexique.

Sous son impulsion des bureaux de santé locaux et d'état ont été fondés et de nombreux travaux d'hygiène ont répandu au loin les connaissances sanitaires. L'association a déjà publié 16 volumes considérables et importants, et continue à publier annuellement ses travaux, communications et discussions. Ces volumes élégants constituent une bibliothèque d'hygiène et compensent amplement le prix de la contribution annuelle. Chaque membre de l'association a droit au volume annuel, franc de port.

Elle compte parmi ses membres: des médecins, avocats, ministres, ingénieurs civils et sanitaires, professeurs, plombiers, marchands, etc., en un mot, toutes les professions et un grand nombre d'industries y sont représentées.

Les seules qualifications requises pour faire partie de l'association sont un bon caractère moral, un intérêt au progrès hygiénique et la recommandation de deux membres de l'association. Le prix de la contribution annuelle est de cinq dollars.

La 21^{me} assemblée annuelle a eu lieu en septembre 1893 à Mexico. La 22^{me} aura lieu à Montréal du 25 au 28 septembre et promet un succès éclatant. Les deux législatures et le Conseil de Ville de Montréal y ont pris intérêt et promis leur appui effectif.

Voici la liste des officiers pour l'année 1893-94 :

Président : Dr E. Persillier Lachapelle, Montréal, P.Q., Canada.

1^{er} Vice-Président : Dr M. Carmona Y. Valle, Mexico, Mex.

2^{ème} Vice-Président : Dr J. N. McCormack, Bowling Green, Ky.

Secrétaire : Dr Irving A. Watson, Concord, N. H.

Trésorier : Dr Henry D. Holton, Battleboro, Vt.

Les comités spéciaux sont les suivants :

Sur la pollution de l'eau ; Sur la manière des disposer des déchets, etc. ; Sur les maladies des animaux et la nourriture animale ; Sur la nomenclature des maladies et la forme des statistiques ; Sur les inoculations protectrices dans les maladies infectieuses ; Sur la législation sanitaire nationale ; Sur la cause et la prophylaxie de la diphtérie ; Sur la cause et la prévention de la mortalité infantile ; Sur la restriction et la prévention de la tuberculose ; Sur l'hygiène des chars des voies ferrées.

Comité international pour prévenir la dissémination de la fièvre jaune :—Sur le centenaire de la vaccination ; Sur l'incorporation.

Comité local d'arrangements. — Pour tous renseignements s'adresser au Dr Elzéar Pelletier, 76 St Gabriel, Montréal, ou au Dr J. B. A. Lamarche, 2040 B. de P., Montréal.

Les Agents reconstituants.

Extrait du *Journal de médecine* de Paris :

“ Les récentes expériences faites sur des chiens par M. Monavon, pharmacien, à Lyon, démontrent que la Kola n'agit pas seulement par la *cafféine* qui y est contenue, mais qu'elle a une action particulière due au rouge de Kola. Tous ses principes, d'ailleurs, s'unissent et combinent leurs vertus pour concourir à un même but. Cette action se traduit par une meilleure utilisation des substances alimentaires ingérées. Cette meilleure utilisation a pour résultat une moindre déperdition de forces et conséquemment une plus grande transformation de chaleur en travail mécanique. C'est ce qu'on peut appeler un *modérateur* de la dénutrition.

“ Après ces belles expériences prouvant la supériorité de la noix de Kola sur les agents antidépéritifs autrefois employés, M. Monavon a recherché quelle était la meilleure forme pratique d'administration de cette précieuse substance thérapeutique. Après de nombreuses recherches, il est arrivé à démontrer que l'*Élixir* devait être préféré parce que la *Cafféine*, le *Tannin*, le *Rouge de Kola* ou *Kolanine*, et les autres principes actifs de la Kola sont peu solubles dans l'eau et très soluble dans l'alcool. L'*Élixir de Kola-Monavon* constitue la seule forme pratique qu'il convient d'employer dans les cas où cet agent est indiqué. Il n'est point besoin d'insister sur ces indications. Il importe, cependant, de faire ressortir un point d'une grande importance : C'EST QUE LA NOIX DE KOLA DIMINUE LE NOMBRE DES PULSATIONS, RÉGULARISE ET TONIFIE LE CŒUR. Contrairement à la

“ plupart des toniques, elle est donc toute indiquée dans les affections cardiaques parce qu'elle régularise la fonction sans l'exciter.

“ Régularisatrice de la circulation, tonique certain et incontesté, elle rend de véritables services dans les troubles nerveux que font naître certaines maladies débilitantes comme la chlorose, l'anémie. C'est le remède par excellence de la neurasthénie. Elle est très utile dans les convalescences des maladies graves où il y a une sorte d'atonie générale qui retentit sur les canaux d'irrigation, et qui fait que les échanges nutritifs s'effectuent avec moins d'activité. En activant cette circulation indolente, l'irrigation devient complète et les échanges sont plus actifs, plus efficaces.

“ Après l'administration de la Kola, le malade éprouve toujours une sensation de bien-être général.

“ Le médecin doit donner la préférence à la *Kola-Monavon* dans les cas nombreux où cette précieuse substance est indiquée. Non seulement parce que c'est à M. Monavon que nous devons les expériences et les travaux les plus concluants sur la matière, mais parce que les préparations à base de Kola ne peuvent et ne doivent pas être conseillées indifféremment. On sait, en effet, qu'il existe dans le commerce un grand nombre de fausses noix (Kola mâle, kola bitter, etc.), qui n'ont aucune des propriétés de la noix vraie. De plus, M. Monavon est arrivé, grâce à des appareils modernes très perfectionnés, à épuiser totalement la graine, ce qui lui permet d'obtenir un extrait sec dosé toujours identique.”

La supériorité de l'Elixir et du *Vin de Kola-Monavon* a été d'ailleurs sanctionné par un grand nombre de Récompenses, Diplômes d'honneur, Grands prix, Médailles d'or, etc.

Prurit vulvaire.—*Dr Ohmann Dumesnil.*

P.—Sublimé corrosif.....	1½ grain.
Muriate d'ammoniaque.....	2 grains.
Acide phénique.....	1 drachme fl.
Glycérine.....	2 onces.
Eau de rose.....	8 “
	q. s. pour faire.....

M.—En lotion. Applications fréquentes.

Acné.

P.—Ichthyol.....	90 grains.
Ether sulfurique.....	2½ drachmes fl.
Alcool.....	½ drachme fl.

M.—Usage local; sponger doucement les pustules plusieurs fois par jour.—*Medical Press and Circular.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

GREIG SMITH.—**Chirurgie abdominale**, par J. GREIG SMITH, M.A., F.R.S.E., chirurgien de l'Infirmierie royale de Bristol; professeur de pathologie externe à l'École de Médecine de Bristol, etc., etc. Ouvrage traduit sur la 4^{ème} édition avec l'autorisation de l'auteur, par le Dr Paul Vallin, précédé d'une préface du Dr H. Duret, professeur de clinique chirurgicale, etc. 91 figures dans le texte. 1 vol. in-octavo-royal de 828 pages, 1894. G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris. Prix, 18 francs.

L'ouvrage du Dr Greig-Smith, le premier en date, arrive à propos pour nous faire connaître, dans tous ses détails cette nouvelle chirurgie qui date de dix à vingt ans à peine. Dès l'année 1887, le professeur Greig Smith avait compris qu'il était utile et opportun de faire un ouvrage d'ensemble sur la chirurgie abdominale. "Le moment me paraît venu, disait-il, et le temps propice pour décrire systématiquement les opérations chirurgicales qu'on a l'habitude de qualifier d'abdominales." Son premier essai obtint un tel succès en Angleterre que l'année suivante il fallut faire une deuxième édition, bientôt suivie d'une troisième en 1889 et d'une quatrième en 1891, celle-ci aussitôt traduite en français, en allemand et en italien. Autant que son opportunité, le caractère de l'auteur et la valeur de l'ouvrage expliquent une réussite si rapide. Ce traité participe du génie pratique des opérateurs anglais; il n'est pas encombré de bibliographie à l'instar de quelques auteurs allemands. L'exposition est *didactique* et nullement *anecdotique*, comme celle de beaucoup de ses compatriotes. Le style est d'une grande clarté, la forme concise, mais sans sécheresse.

La description de chacune des nombreuses opérations de la chirurgie abdominale est *narrative*, des plus agréables, suscitant sans cesse l'intérêt et le rendant plus vif à mesure qu'on avance dans la lecture. La mémoire en garde heureusement le souvenir.— (Extrait de la préface du Dr Duret).

Traité technique des préparations microscopiques à l'usage du dentiste, par J. CHOQUET, préparateur à l'École dentaire de Paris, un volume in-8 jésus de 144 pages. Prix: broché, 3 fr.; relié, cuir plein, peau souple, 4 fr.

Jusqu'à ce jour, l'histologie de la dent a été délaissée. Cela tenait à ce que les données d'une technique spéciale faisaient absolument défaut.

Le livre de M. CHOQUET vient combler cette lacune et nous ne doutons pas qu'il rendra de réels services, non seulement aux

dentistes, mais encore aux histologistes, car c'est le premier traité qui paraisse en France et dans lequel on pourra trouver tous les renseignements que nécessite la préparation si ardue et si compliquée des dents en vue de l'examen microscopique.—Société d'Éditions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, et Place de l'École de Médecine, Paris.

NECROLOGIE

G. E. FENWICK, M.D.

M. le docteur George Edgeworth FENWICK, est décédé à sa résidence 2356 rue Ste Catherine, le 26 juin après une maladie datant de dix jours : hémorragie cérébrale et paralysie consécutive.

Le docteur FENWICK était âgé de soixante et neuf ans, étant probablement le chirurgien le plus vieux et le plus en renom de la province. Il naquit à Québec le 8 octobre 1825 et fit son éducation classique sous la direction du Révérend M. Ramsay. En juin 1841 il commença ses études médicales à l'Hôpital de la Marine. Son frère, le docteur A. G. Fenwick étant alors médecin interne de cet hôpital, le docteur George remplissait les fonctions de pharmacien de l'hôpital qu'il continua à exercer jusqu'en novembre 1842, alors qu'il entra comme élève à la faculté de médecine de l'Université McGill, passant avec succès six examens en mai 1846. N'ayant pas encore l'âge requis il ne reçut son diplôme qu'en janvier 1847, alors qu'une convocation spéciale de l'Université fut faite dans le but de lui conférer le degré de Docteur en Médecine et Maître en Chirurgie, M.D., C.M. En mai 1848 il fut nommé médecin interne (*House Surgeon*) et pharmacien de l'Hôpital Général de Montréal, position qu'il remplit jusqu'en décembre de la même année alors qu'il commença à exercer son art en ville. En novembre 1864 il fut nommé chirurgien de service au *Montreal General Hospital*. En 1860 il avait été nommé démonstrateur d'anatomie et en 1867 professeur de clinique chirurgicale à l'Université McGill, chaire qu'il occupa jusqu'en 1876, alors que, feu M. le docteur George W. Campbell ayant résigné comme professeur de chirurgie, le docteur FENWICK fut appelé à le remplacer. Il occupa cette chaire un grand nombre d'années. Il fut aussi le chirurgien du *Montreal Field Battery* pendant une longue période et était de service lors de l'invasion févrière à la frontière du Canada en 1866 et 1870. En 1864, le docteur FENWICK fonda, avec son collègue le docteur F. W. Campbell, le *Canada Medical Journal* qu'il continua à éditer jusqu'en 1879, alors qu'il cessa d'occuper le fauteuil de la rédaction.

Comme écrivain, sur les sujets de médecine, il était probablement

aussi bien connu que tout autre en Canada. Ses articles sur les cas de chirurgie étaient tous terses et logiques et donnaient l'impression d'un esprit vigoureux et réfléchi. Ses articles les plus importants furent sur la lithotomie, opération sur laquelle il avait probablement eu beaucoup plus de cas qu'aucun autre chirurgien du *Dominion*.

Dans les cas d'excision du bronchocèle, ses opérations hardies lui attirèrent l'attention très générale des chirurgiens et dans les cas d'excision de l'articulation du genou et autres grandes opérations il réussissait d'une façon remarquable.

Il était membre honoraire de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de la Société médicale de la Nouvelle Ecosse et de la Société gynécologique de Boston.

Pendant plusieurs années il fut le représentant de la profession de Montréal comme Gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Il a été président de la Société Médico-Chirurgicale de Montréal et président, pour Québec, de l'Association Médicale du Canada.

Il se maria, en 1852, avec Eliza C. fille de feu le Colonel de Hertel, de St-André, Qué. Il en eut sept enfants. Sa veuve et une fille, Madame George Massey lui survivent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le professeur CZERNY, de Heidelberg, est appelé à succéder à Billroth dans la chaire de clinique chirurgicale de Vienne.

Le Journal des maladies nerveuses et mentales (*Journal of nervous and mental diseases*) publié à New-York, nous prie d'annoncer à nos lecteurs que le discours du Dr S. WEIR MITCHELL à l'Association médico-psychologique américaine sera, avec plusieurs lettres de neurologistes éminents, publié dans la livraison de juillet de ce journal et qu'il importe beaucoup que ce discours soit lu par tous les médecins.

—Un jésuite disait : Il y a quelque chose dans la femme qui n'est pas elle et qui la domine.—Ce que le confesseur ignore, le gynécologue le sait. Aussi les gynécologues sont-ils les plus indulgents des médecins et des confesseurs.

VARIÉTÉS.

LA FOLIE AMOUREUSE. (1)

Bientôt il l'accabla de ses œuvres lyriques; de là à l'obséder de sa présence au sortir de la scène, il n'y avait qu'un pas...; bref, cela le mena tout droit à Charenton.—Peut-être l'eût-on guéri de sa folie, en lui faisant voir de près l'ange déchu de ses rêves d'antan! Mais on ne songea pas, à l'asile, à ce mode de traitement, et le pauvre diable est mort sans avoir eu la consolation de voir souffrir son adorée, vengeance suprême, que Gustave Rivet a si bien exprimée par les vers suivants, qui ont paru dans le *Chat noir* :

Oui! faites-lui manger mon cœur
 Et ma vengeance sera sûre ?
 Il brûlera, son sein moqueur,
 Elle connaîtra la torture
 De la passion que j'endure,
 Et saignante de ma blessure
 Elle mourra de ma douleur !

Maintenant, voyageurs pour la mort, en voiture!

Du reste, à chaque époque, et plusieurs fois, par siècle, la façon d'aimer, une au fond, revêt un caractère différent. Autrefois, du temps de Goethe, de Benjamin Constant, de Chateaubriand, de Lord Byron, la mélancolie était la compagne inséparable de l'amour.—On tenait moins à le couronner de fleurs qu'à paraître sombre, nuageux, toujours prêt à accuser le ciel et la terre, à les prendre pour témoins de son douloureux martyr, et un délire de persécution mystique était le premier acte du drame amoureux; avoir la poitrine bourrelée de chagrins et de tubercules, était le scénario obligé, quand on ne devenait pas fou ou si on ne se suicidait pas, ce qui est un genre de folie tout comme un autre, plus rapide seulement.

De notre temps, on mène sa barque plus rapidement; on se moque de Werther, de René, d'Adolphe et de Lara, amoureux transis, osant tout au plus jouer de la guitare sous les fenêtres de leurs belles en soupirant une romance sentimentale.—L'imagination n'est plus envahie en même temps que le cœur; notre mélancolie, dit de Goncourt, n'est plus une mélancolie suicidante, blas-

(1) Suite et fin.

phématrice ou larmoyante comme celle de ces beaux ténébreux; au lieu de mouchoirs prêts à être baignés de larmes, on garnit sa poche d'un bon revolver et on tue sa bien aimée, ou bien, comme Antony, parce qu'elle vous a résisté, ou bien, comme Chambige, parce qu'elle ne vous résistait pas. On se manque, il est vrai, et on en est quitte en passant en Cour d'assises, pour plaider la folie ou la morphinomanie, comme il y a deux ans dans le drame de Ville-d'Avray.

Le suicide amoureux est bien, en effet, un acte de folie, prémédité le plus souvent, instantané parfois. Et ce qui le prouve bien, c'est qu'on ne recommence plus, lorsque l'on s'est manqué. Il nous semble cependant que l'existence de l'homme qui s'est fait l'assassin d'une pauvre femme doit être bourrelée de remords, et devrait être consacrée à des œuvres de bien expiatoires.

C'est ce qu'avait parfaitement compris un officier de santé de marine, qui courtisa à Rochefort, il y a de ceci de longues années, la femme d'un officier embarqué sur un vaisseau. Ils goûtèrent pendant quelque temps une félicité sans nuages, mais le retour imminent du mari vint bientôt les plonger dans l'affliction.—B... ne voulait pas que sa maîtresse l'abandonnât, elle avait juré de ne pas appartenir à un autre, ils résolurent de mourir ensemble. La profession exerce plus d'influence qu'on ne croit sur le choix des moyens employés pour mettre fin à nos jours; B..., chirurgien, ne voulut pas du pistolet, comme trop bruyant, et se servit de son bistouri, qu'il plongea dans le cœur de son amante. Sa main était sûre; la mort fut immédiate... Ce spectacle terrible l'impressionna sans doute au point de faire trembler sa main, quand il voulut se tuer à son tour; aussi son instrument dévia, quand il l'enfonça dans sa poitrine; alors, il se trancha les artères du poignet, mais on le recueillit baigné de son sang et en état syncopal. Des soins assidus le ramenèrent à la vie et il comparut, guéri de ses blessures, mais non de ses remords, à la Cour d'assises de Saintes; son avocat plaida la folie et demanda l'acquiescement, jurant que la vie à jamais malheureuse de son client sera consacrée au soulagement de l'humanité. Il promit, en son nom, qu'il irait vivre sous des cieux lointains et dans un pays dont le climat est mortel pour l'Européen. B... fut acquitté et il tint parole.—Il partit aussitôt pour le Sénégal où il est resté toute sa vie, traversant les épidémies les plus épouvantables, de fièvre jaune, de dysenterie, de fièvre paludéenne, prodiguant jour et nuit ses soins à tous, pauvres ou riches... La mort ne voulut pas de lui, que longtemps après, et c'est ainsi que résigné, ce malheureux, marqué au coin implacable de la fatalité antique, a expié son crime ou plutôt sa folie d'un instant!