

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.

- 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.

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE CHIRURGICALE. — Rétrécissements de l'urètre ; Luxations non réduites à temps,	
par M. A. T. BROUSSEAU, hôpital Notre-Dame. Montréal.	113
Mycosis de l'arrière-bouche, par A. A. FOUCHER, M. D., professeur à l'Université Laval, Montréal.....	
	117
Encéphaloïde versus Epithélioma, par H. E. CHOQUETTE, M. D., St. Hilaire, P. Q.....	
	119
Hopitaux, Cours et Dispensaires	
	121
SOCIÉTÉS SAVANTES.—SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL.—Séance du 13 février 1889.....	
	123
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.—Traitement de la chlorose (Peter).....	
	124
<i>Du traitement des douleurs rectales par la ciguë (Whitla).....</i>	127
<i>De la bronchite (Potain).....</i>	127
<i>La mort subite par arrêt du cœur (McWilliam).....</i>	129
CHIRURGIE —Traitement de la coxalgie (Kirmisson)	
	131
<i>Note sur la pathogénie et le traitement de la tourniolle (Chambard)</i>	134
<i>Traitement chirurgical des polyadénites cervicales (Ponce).....</i>	134
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — De l'accouchement dans les occipito-postérieures (Tarnier)	
	138
<i>Quand doit-on se servir du forceps ? (Lepage).</i>	143
<i>Des corps étrangers du vagin (Rouvier).....</i>	148
<i>L'acide acétique en gynécologie.....</i>	150

(Voir la suite, page 5.)

Le Dr. A. T. BROUSSEAU,

Professeur de Chirurgie et de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,

A TRANSPORTÉ SES BUREAUX

AU No. 78, RUE ST-DENIS,

(Entre les rues Dorchester et Ste-Catherine.)

Le Dr Brousseau rappelle à ses confrères qu'il n'exerce que la chirurgie et se met à leur disposition comme CHIRURGIEN CONSULTANT.

La consultation entre praticiens peut se pratiquer de trois manières principales :

1° Par lettre, le médecin de famille énumérant les causes, les symptômes de la maladie, le traitement déjà commencé et celui que l'on se propose de suivre.

2° Le patient venant lui-même se faire examiner, muni d'une lettre d'introduction de son médecin.

Dans ces deux cas, le chirurgien consultant donne une réponse détaillée et par écrit à son confrère.

3° Dans les cas graves, les accidents le médecin appelé en toute hâte peut demander un chirurgien consultant pour l'aider à surmonter les difficultés et partager la responsabilité.

Dans ses nouveaux bureaux le Dr. A. T. Brousseau aura les assistants, les appareils, table spéciale et tous les instruments requis pour pratiquer chez lui les opérations usuelles de la chirurgie.

HEURES DE CONSULTATION :

Le Matin, de 8 à 10 hrs. | Le Midi, de 1 à 3 hrs. | Le Soir, de 5 à 8 hrs.

TELEPHONE 1488.

Dr. J. LEDUC & CIE

Pharmaciens - Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

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

MONTREAL.

DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.

Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, Etc.

Dr J. LEDUC & Cie

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs

MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

PÆDIATRIE.—Du rhumatisme cervical chez l'enfant (Grancher).....	151
Paralysie faciale des nouveau-nés (Stephan)	153
Méningite tuberculeuse chez les enfants de moins de deux ans (Bosselut).....	154
Sur la pathologie et le traitement de la coqueluche (Genser).....	155
DERMATOLOGIE.—Traitement de l'eczéma de la face chez les enfants (Besnier)	156
Quelques préparations contre les engelures	158
Traitement antiseptique de l'impetigo (Eloy)	159
FORMULAIRE.—Coqueluche.—Goutte.—Fétidité de l'haleine.—Catar- rhe gastrique.—Vomissements.....	160
Varices.—Métrorrhagie.—Hémicranie.—Néuralgies superficielles. —Herpès génital.—Sueurs nocturnes	161
BULLETIN.—Traitement de l'ataxie locomotrice par la sus- pension	162
Traitement du croup.....	163
L'assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirur- giens.....	163
Petite correspondance	164
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	165
CHRONIQUE ET NOUVELLES.	166
VARIÉTÉS	167

DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première
qualité.
Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes
nouveaux.
Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les
grands fabricants, au plus bas prix du marché.
Appareils de pansements antiseptiques. Cachets Li-
mousin! Pains Azymes.

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

Médecins remplies d'après la mesure avoir-du-Poids ou le système métrique.

PHARMACIE G. DEMERS

No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

ASSORTIMENT COMPLET
— DE —

REMEDES FRANCAIS

Eau de Vals, Vin Chevrier,
Eau de Vichy, Vin Creosoté,
Eau Carlsbad, Vin Raphael,
Eau de Contrexéville, Elixir Ducro,
Eau Bonne, Goudron de Norwège
Eau Seidlitz, &c., &c.,

LAVIOLETTE & NELSON,
PHARMACIENS,

1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT
7-87-7 MONTREAL.

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire, Professeur de Médecine légale et de Pathologie générale.*

A. LAMARCHÉ, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENAIS, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROUSSEAU, M.D., *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SEVERIN LACHAPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants.*

H. E. DESROSIERS, M.D., *Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

AZARIE BRODEUR, M.D., *Professeur de Clinique externe et gynécologique.*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, attaché au cours de Chimie.*

Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 1538, rue Notre-Dame, ou à

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire.*

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL.—M. A. T. BROSSEAU.

Rétrécissements de l'urètre.

Observation I.—M. H., âgé de 30 ans, constitution délabrée, vie irrégulière, etc., etc., se présente en novembre dernier à l'hôpital, dans les conditions suivantes : A eu plusieurs blennorrhagies difficiles à guérir. S'est servi de toutes sortes de potions et injections. Un rétrécissement long et étroit existe depuis une dizaine d'années.

La miction, toujours difficile, devenait impossible après chaque excès alcoolique, il lui fallait alors avoir recours au cathétérisme. Depuis plus d'une année, la miction ne se fait plus normalement, la vessie reste continuellement remplie, et l'urine ne sort que par *regorgement*. M. H. n'étant pas pourvu d'un urinal, ses habits s'imprègnent d'urine et il répand autour de lui une odeur insupportable. Cette position n'est plus tolérable et le malade consent à une opération. Avant de tenter l'uréthrotomie externe, nous essayons à plusieurs reprises à passer des bougies filiformes tortillées en bayonnette, etc., etc., mais sans succès.

L'uréthrotomie externe (ou boutonnière) est alors pratiquée; il nous est impossible de suivre le canal à travers le rétrécissement que nous divisons cependant dans toute son étendue, puis une sonde introduite par le pénis tombe, comme par hasard, dans le bout postérieur du canal. Cette sonde est gardée en place durant un mois, toute l'urine passe par la sonde, la plaie périnéale est presque complètement cicatrisée; le patient laisse l'hôpital malgré nous, il enlève la sonde et après quelques jours un trajet s'ouvre au périnée et l'urine sort et par la verge et par ce trajet.

Le malade trouvant difficile d'entretenir son urètre perméable, préfère abandonner le cathétérisme et uriner comme une femme par le bout postérieur de son canal; nous le supplions de revenir à l'hôpital et de se soumettre à un traitement convenable, mais il refuse.

Il y a environ quinze ans, nous avons traité un cas semblable, avec cette différence toutefois, que le patient était plus âgé, le rétrécissement plus ancien et la vessie plus malade, elle était prise d'un véritable catarrhe.

La continuité du canal n'ayant pu être maintenue après l'uréthrotomie externe, le malade a continué à uriner par la boutonnière périnéale en se tenant accroupi, comme une femme, et cela sans efforts et sans douleurs; son catarrhe vésical a presque complètement disparu, et le patient, qui avait tant de difficultés à vider sa vessie, ne cessait de nous témoigner sa reconnaissance pour l'avoir ainsi fait changer de sexe..... pour uriner seulement.

Observation II.—M. X, âgé de 40 ans, italien d'origine, a eu plusieurs biennorrhagies durant sa jeunesse. La miction est très gênée et on constate à la région bulbeuse de l'urèthre une induration de deux pouces de longueur, dans laquelle existent des signes évidents d'inflammation: sensibilité, douleur, etc. Il est impossible d'introduire une bougie filiforme, même avec anesthésie.

Après quarante-huit heures d'application de cataplasmes, la suppuration est évidente; l'abcès est ouvert et on met un tube à drainage. Quelques jours plus tard, l'urine passe par la plaie, puis le scrotum s'enflamme. Nous tentons alors de rétablir la continuité de l'urèthre en perçant un canal à travers les tissus indurés; nous cherchons une heure durant le bout postérieur du canal sans réussir à le trouver, n'ayant pu introduire aucun conducteur pour nous guider. Nous avons eu là, et par nous-mêmes, la preuve que les auteurs qui disent que l'uréthrotomie externe sans conducteur est l'opération la plus épineuse et la plus délicate de la chirurgie ont bien raison.

Cependant, après cette opération, le malade a pu uriner encore plus facilement par la plaie périnéale. Ce patient, tout à fait récalcitrant, ne voulait plus permettre ni drainage, ni cathétérisme dilatateur. La bonne nature est venue à son secours, car la boutonnière s'étant refermée graduellement, le canal a fini par donner passage à l'urine dans toute sa longueur. Malgré cette amélioration nous sommes loin de considérer ce malade comme guéri.

Les déductions pratiques à tirer de ces observations sont:

1^o Que les rétrécissements de l'urèthre doivent être traités à bonne heure, par la *dilatation simple et progressive*. La dilatation est alors facile à faire avec des bougies coniques, et le succès est certain pourvu que le patient y mette de la *persévérance*.

2^o Quand le rétrécissement est devenu étroit, coriace, rétractile, mais, tout de même, encore franchissable, l'uréthrotomie *interne*, la dévulsion ou l'électrolyse doivent avoir la préférence sur les autres moyens.

3^o Si l'incurie du patient l'a poussé jusqu'à avoir un rétrécissement infranchissable comme dans les trois cas ci-dessus rappor-

tés, alors il ne reste plus au chirurgien que l'uréthrotomie externe qui n'est qu'un pis aller et dont les résultats sont peu satisfaisants.

Le traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire devient en vogue, et on en vante fort les résultats. A ce propos, je crois devoir vous donner quelques extraits d'un opuscule publié par le Dr J. A. FORT sur le sujet.

L'électrolyse linéaire des rétrécissements de l'urèthre, dit le Dr FORT, sera bientôt la seule méthode employée, elle offre de grands avantages sur l'uréthrotomie interne et sur la dilatation.

Lorsqu'on pratique cette opération avec toutes les précautions nécessaires, on peut dire : 1^o elle n'est pas douloureuse; 2^o elle est rapide; 3^o elle ne s'accompagne pas d'écoulement de sang; 4^o elle ne nécessite pas le séjour au lit; 5^o elle ne réclame pas l'emploi d'une sonde à demeure; 6^o il n'y a jamais d'accidents consécutifs; 7^o la récidive est rare.

La décomposition s'opère à froid—non pas en *divisant* les vaisseaux, mais en les *obstruant*, en fermant les portes de communication entre l'urine et le sang.

L'électrolyseur de FORT ressemble à une très *petite cravache* portant une lame métallique vers le milieu de sa longueur.

On pourrait lui donner le nom de *fouet* des rétrécissements. La petite cravache est mise en action par une pile à courant continu.

On traite aussi par l'électrolyse les rétrécissements du canal nasal et de la trompe d'Eustache.

Il n'y aura jamais récidive, toutes les fois que la substance du rétrécissement, le *tissu pathologique rétractile* aura été détruit dans *toute son épaisseur*. Si, au contraire, la destruction linéaire n'est *pas complète*, ce qui restera du tissu pathologique amènera une rétraction plus ou moins tardive.

L'électrolyseur ne produit ni une cautérisation véritable, ni une absorption, ni une section, il décompose chimiquement les tissus en leurs éléments primitifs, et les détruit.

Le Dr R. Newman, de New-York, emploie, aussi lui, très souvent et avec succès l'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre, il rapporte un grand nombre de cas à l'appui de ses avancés.

Espérons donc que l'électricité judicieusement employée sera plus efficace que les autres moyens mis en usage jusqu'à ce jour. A la prochaine occasion nous essayerons devant vous cette méthode de traitement.

Luxations non réduites à temps.

Obs. I.—Octave L., âgé de 65 ans, se présente à l'hôpital Notre-Dame le 13 février, avec une luxation sous glénoïdienne de l'humérus. Cause : chute sur le trottoir.—Cette luxation a eu lieu il y a trois semaines. Le blessé dit qu'il a consulté un médecin, lequel aurait répondu qu'il n'avait rien qu'une contusion.

Obs. II.—Florence G., âgée de 8 ans, entre à l'hôpital le 13 février, avec une luxation du fémur sur le dos de l'ilion—est tombée en bas de son traîneau il y a cinq semaines. Ses parents l'ont menée chez plusieurs rebouteurs, entre autres chez madame D., qui lui a remis le nerf du genou, mais n'a pas été capable de lui remettre le nerf de la hanche (sic).

Obs. III.—Evariste L., âgé de 25 ans : Luxation sous coracoïdienne de l'humérus.—Marchant à côté de sa voiture chargée de bois, il fut précipité dans un ravin et eut l'épaule luxée. Il fut envoyé des Townships de l'Est à l'hôpital Notre-Dame, le 14 février, dix semaines après l'accident. Il avait consulté quatre des meilleurs rebouteurs des environs.

Obs. IV.—Napoléon M....., jeune garçon de 10 ans, tombe d'une hauteur de 12 pieds. Un médecin est appelé et porte un diagnostic probable de luxation de la hanche. Il conseille d'appeler un chirurgien, mais les parents voudraient plutôt avoir un rebouteur et attendent quatre ou cinq jours avant de suivre le conseil qui leur est donné. Enfin, on s'exécute.

A la consultation, nous constatons en effet une luxation de la hanche.

Il nous a donc été donné d'observer, dans l'espace de quelques jours (du 13 au 18 février), quatre luxations, deux de l'épaule et deux de la hanche. Aucune de ces luxations n'avait été réduite immédiatement après l'accident, parce que pour trois d'entre elles on avait eu recours à des charlatans ; la quatrième avait été prise, par un médecin, pour une simple contusion.

N'est-il pas pénible d'avoir à constater qu'une bonne partie de notre population a plutôt recours aux rebouteurs qu'aux médecins, qui, eux, ont fait les études anatomiques indispensables à la réduction méthodique des luxations et qui, de plus, ont à leur disposition cet auxiliaire tout puissant, l'anesthésie. Il nous est aussi bien pénible d'avoir à confesser que si un tel état de choses existe, c'est la faute d'un certain nombre de nos confrères qui n'ont pas honte d'avouer que, pour les luxations et les fractures, ils ne s'y entendent pas. S'ils ne s'y entendent pas, c'est leur faute, c'est qu'ils n'étudient pas, qu'ils ne prennent pas les moyens de s'instruire et de se rendre capables.

Espérons que la génération qui pousse saura mieux que sa devancière.

Dans chacune de ces réductions, nous avons commencé par anesthésier complètement les blessés, puis, après avoir fait exécuter au membre des mouvements en tous sens, afin de détruire les adhérences formées en raison du déplacement déjà ancien des os, nous avons ensuite fait les manœuvres de réduction propres à chaque variété, et dans toutes nous avons réussi dès le premier essai.

Dans les deux luxations de l'épaule, nous avons fait faire l'extension sur le bras par deux élèves, la contre-extension par deux autres élèves au moyen d'un drap perforé, dans lequel nous avons passé le bras, tandis qu'avec nos pouces appuyés sur la tête de l'humérus et nos doigts accrochés sur la clavicule et l'acromion nous repoussions la tête de l'os vers la cavité glénoïdienne.

Pour les deux luxations du fémur nous avons facilement réussi en employant les manœuvres de *douceur* dites de *dégagement*. Toute la description de ce procédé peut tenir dans la formule suivante : *flexion forcée, renversement en dehors, rotation en dehors*.

Depuis l'anesthésie les *méthodes de force* sont rarement mises en usage—les connaissances anatomiques, l'adresse, l'habileté du chirurgien lui suffisent.

Mycosis de l'arrière-bouche ; (1)

par A. A. FOUCHER, M. D.,

Professeur à l'Université-Laval, Montréal.

La rareté des observations relatives au mycosis de l'arrière-bouche nous a engagé à vous communiquer un cas de ce genre, qui s'est présenté dernièrement dans notre pratique.

Sœur Marie de N., âgée de 39 ans, souffre de la gorge depuis 4 mois. Examinée une première fois, il y a quatre mois, elle présentait alors des symptômes d'une pharyngite simple. Une ordonnance conforme à ce diagnostic lui fut donnée et la patiente retourna immédiatement à sa mission.

De retour ces jours derniers, elle accuse une augmentation de tous les troubles qu'elle éprouvait naguère : sensation de brûlure, d'élançements à l'arrière-gorge. En même temps elle attire une attention toute spéciale sur l'apparition de points jaunâtres dans les sillons formés par les piliers du voile du palais et l'amygdale. Ces saillies jaunâtres sont arrondies du sommet, irrégulièrement espacées les unes des autres, elles s'étendent surtout dans l'espace compris entre le ligament glosso-épiglottique, la base de la langue et les piliers du voile du palais, à droite. La base de la langue surtout en est abondamment fournie. Cette dernière est d'un rouge violacé et saigne aux moindres atouchements au niveau des points saillants. Il est difficile de détacher ces productions de la base sur laquelle elles prennent fortement racine. On y arrive efficacement par le raclage avec une curette tranchante.

L'examen microscopique sépare nettement ces productions pathologiques de toute autre présentant la même apparence, et les range dans la catégorie des champignons.

(1) Note communiquée à la *Société de Médecine pratique* de Montréal.

A quelle cause cette affection doit-elle son origine, c'est ce que les observations relatées jusqu'à ce jour n'ont pu établir clairement. Notre patiente est bien portante d'ailleurs; elle a eu des attaques de diphthérie, elle a vomé du sang quelques fois, mais d'après toutes les indications, ce sang ne provenait pas des poumons. L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal. La digestion est bonne. L'endroit qu'elle habite est humide, mais le logement lui-même est salubre. Son choix d'alimentation n'offre rien de particulier.

Il n'y a donc rien dans son histoire qui puisse indiquer l'origine de la maladie.

MOURE, de Bordeaux, dans un article récent sur cette question, porte à 20 le chiffre des observations de cas analogues. Pour cet auteur, la rareté des cas publiés n'est pas en rapport avec la fréquence de la maladie; elle résulte simplement d'observations incomplètes. Dans notre cas la maladie a passé inaperçue au premier examen; au second, il a fallu le laryngoscope pour se rendre bien compte de l'état de la base de la langue.

Un point qui nous paraît surtout intéressant dans le cas que nous venons de relater, c'est d'établir si les hémorrhagies qu'à eues notre patiente provenaient d'abord de la base de la langue ou primitivement de l'estomac.

Nous inclinons à croire que de petits vaisseaux de la base de la langue ont pu se briser et donner lieu à un écoulement sanguin qui a été avalé et rejeté ensuite au dehors avec les matières alimentaires.

Nous avons traité la maladie par le râclage de toutes les saillies, suivi de cautérisations au galvano-cautère et au perchlorure de fer alternativement.

Aujourd'hui, après trois semaines de traitement, il reste à peine des traces de l'affection.

Potion expectorante.—*Thomson.*

P.—Huile de lin.....	15 onces
Huile essentielle de gaulthérie	2 drachmes
“ “ “ cannelle	2 “
Glycérine.....	5 onces
Sirop simple.....	10 “
Eau	24 “

M.—*Dose* : Deux cuillerées à soupe.

Encéphaloïde versus Epithélioma :

par H. E. CHOQUETTE, M. D.

St Hilaire, P. Q.

La pratique de ces jours derniers m'a mis aux prises avec un cas si intéressant que je crois utile de le rapporter.

G..... M....., âgé de soixante ans, vint me trouver, il y a quelque temps, dans le but d'avoir des médicaments pour faire disparaître, disait-il, des bosselures nombreuses qui lui poussaient çà et là, au cou, aux épaules, aux maxillaires, sur le ventre, sur le dos, etc.

J'examinai le cas superficiellement, mais assez pour me faire penser que ce pouvait bien être de l'adénite cancéreuse, car je dois ajouter ici que mon malade, avant de venir à moi, était allé à l'hôpital, l'automne dernier, pour se faire opérer, à la langue, d'un cancer (seulement possible cependant, ainsi qu'on le lui dit alors, car il n'accusait qu'une simple érosion); que tout avait bien été jusqu'au mois dernier, alors qu'apparurent ces bosselures qu'il baligeonna d'iode, d'après les conseils d'un sien ami.

Quand je le vis alors, l'apparence du tissu malade n'était pas très mauvaise, sauf toutefois l'endroit où avaient été faites les applications d'iode et dont la teinte était violacée, sanguinolente.

Avec le temps, les différentes tumeurs s'accrurent en changeant visiblement d'aspect. Bref, il vint un moment où j'eus l'idée bien arrêtée que je devais avoir affaire à un cancer encéphaloïde multiple.

Il était bien permis, vû les circonstances, de tâtonner un peu sur ces matières de diagnostic, principalement au sein d'une clientèle de campagne, où les cancers ne pleuvent pas, je vous jure. Il est bien vrai aussi, qu'en observateur scrupuleux, j'eusse pu aller puiser des renseignements exacts auprès d'un pauvre diable de charlatan que je possède, paraît-il, à quatre ou cinq lieues d'ici, et qui, parti de chez lui simple maître d'école a, un bon jour, troqué son diplôme contre un don spécial de guérisseur de cancers..... Mais on ne songe pas à tout...

Je me rabattis donc sur mes auteurs, j'examinai au microscope le suc extrait de ces tumeurs dans lequel je constatai la plus belle collection de cellules cancéreuses qui se pût voir. Il n'y avait donc aucun doute à entretenir au sujet de la nature cancéreuse de la lésion actuelle, mais il y avait ce premier cancer de la langue, opéré six mois auparavant, et qui m'avait joliment l'air d'un épithélioma, si commun et si naturel à cet endroit, et voilà que je me trouvais, d'après moi, en face d'un encéphaloïde.

J'ouvris Ashur-t, Paget, Rodach, et je constatai que l'hermaphrodisme du cancer était superlativement rare ; tomber de l'épithélioma en encéphaloïde, c'est raide !

Mais aussi, dira-t-on, pourquoi tenir tant à cet encéphaloïde, quand il était si naturel de soupçonner la récurrence de l'opéré en première instance, ce vilain épithélioma qui surgissait de nouveau ?

Voici ma réponse :

Mon malade est mort..... et.....enterré (ce qui ne surprendra personne) depuis trois jours. Or, voici l'apparence qu'il offrait la semaine précédant sa mort. Il avait sur l'épaule gauche une tumeur du volume d'un œuf, qui, sous son mince épiderme, ressemblait tellement à l'encéphale que l'on eût cru voir un lobule du cerveau sous sa portion de dure-mère.

De plus, sur le maxillaire droit, autre tumeur un peu plus grosse et plus large, qui, outre son caractère lobulé, présentait une apparence violacée, fongueuse, et laissait s'écouler du suc et du sang allant parfois jusqu'à l'hémorrhagie, une planche toute clichée du *fungus hématoïde*.

Quant aux autres tumeurs disséminées çà et là, l'ulcération n'était pas encore complètement produite, car mon patient est mort emporté par une d'entre-elles, plus considérable, fixée au cou, s'emparant de l'œsophage au point d'abolir tout à fait la déglutition. La mort arriva de la sorte un grand mois avant la condamnation formelle que lui faisait son cancer, n'eût été cette complication d'étranglement.

Maintenant, une autre considération qui me fait opiner pour l'encéphaloïde, c'est cette multiplicité de cancers, quand l'épithélioma est plus ordinairement unique, cette mollesse du premier contrastant avec la dureté du second. En outre, il n'y a que l'encéphaloïde qui suive une marche aussi aiguë, qui tue son homme aussi rapidement. Dans mon cas, toute l'affaire, à dater de l'apparition des tumeurs, n'a duré que six ou sept semaines à peine.

En résumé, si ce n'est pas là le caractère médullaire, ce n'est pas l'épithélial à coup sûr.

Mais j'y reviens à cet épithélioma de la langue qui m'intrigue tant. L'on peut me demander : En était-ce bien un ?

J'ai tant de raisons d'y croire que je puis très difficilement ne pas répondre : Oui.

Car je trouve, en m'appuyant sur la pratique et les auteurs, qu'il est si rationnel de soupçonner un cancer épithélial sur la langue, surtout sur la langue d'un fumeur enragé comme l'était mon malade, préférablement à un encéphaloïde, que j'en viens à la conclusion définitive que j'ai eu à lutter contre un encéphaloïde comme produit hybride d'un épithélioma primitif.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Le traitement suivant est institué dans un cas de *vaginite blennorrhagique* : Irrigation antiseptique du vagin ; assèchement avec coton boraté ; application d'une solution de chlorure de zinc (10 à 25 grains à l'once), suivie d'une autre à l'acide borique et au tannin (parties égales de chaque), puis tamponnement. (Prof. M. T. BRENNAN.)

Dans la *fracture de Pott*, M. le professeur BROUSSEAU considère l'attelle de Dupuytren comme étant trop fatigante et d'application trop douloureuse. Il est très important, dans ces cas, de voir à ce que la juxtaposition soit rigoureusement maintenue, afin d'éviter le relâchement articulaire et la déviation du pied en dehors.

Dans un cas de *pleurésie séreuse*, M. le professeur LARAMÉE prescrit :

Pilocarpine..... 1|10e gr.

En injection hypodermique, tous les matins, et

Iodure de potassium..... 30 grains

à prendre trois fois par jour.

Avant que d'instituer aucun traitement intra-utérin : tamponnement, dilatation, introduction de sonde, électricité, etc., il importe extrêmement d'éliminer la *grossesse*. Toujours il faut se défier des renseignements faux que les femmes peuvent donner, soit inconsciemment, soit dans le but de tromper, et ne s'en rapporter qu'à soi-même. Dans le cas de doute, attendre. (Prof. M. T. BRENNAN.)

Quand il s'agit de procéder à l'*exploration de la vessie*, il faut obtenir le relâchement des muscles abdominaux en faisant fléchir fortement les jambes et les cuisses, le thorax et surtout le cou. La manipulation de la sonde doit être douce. La vessie doit être explorée méthodiquement. Il faut éviter avec soin les erreurs pouvant résulter du contact de la partie externe de la sonde avec les boutons du pantalon, la table d'opération, etc. Au besoin, s'aider du toucher rectal. (Prof. BROUSSEAU.)

Chez les enfants, la *broncho-pneumonie* se déclare souvent au cours d'une bronchite simple. Il ne faut jamais perdre de vue la

fréquence de cette maladie, et cela, à l'exclusion de toute autre affection pulmonaire. La pneumonie prend fréquemment cette forme chez les enfants, laquelle est plus grave que la pneumonie franche. Les petits malades, cependant, résistent assez bien à la maladie; mais celle-ci se termine parfois par la tuberculose. (Prof. LARAMÉE.)

M. le professeur LARAMÉE attire l'attention sur l'expression du visage chez les tuberculeux: œil brillant, longueur des cils, expression animée ou langoureuse. Quand on questionne attentivement ces malades et qu'ils peuvent donner les renseignements nécessaires, on trouve habituellement l'hérédité en cause principale.

D'une manière générale, il est vrai de dire que les *toussureux* des tuberculeux. Le séjour de l'hôpital est toujours défavorable à ces malades. Souvent, chez eux, la diathèse est *réveillée* par une maladie intercurrente tout à fait étrangère à l'état diathésique.

En dépit des nouvelles découvertes faites en thérapeutique au sujet des médicaments hypnotiques, le *chloral* reste encore le meilleur soporifique qui soit à notre disposition pour l'usage général. Les nouveaux hypnotiques peuvent être plus dénués de danger, mais leur action est aussi moins certaine. Plusieurs d'entre eux, même le sulfonal, ont donné lieu à des accidents. Le chloral, cependant, doit être manié avec précaution et administré à des doses n'excédant jamais 30 grains. Il est même plus prudent de ne pas dépasser 25 grains, sauf les cas où, comme dans le tétanos et l'éclampsie, la vie du malade est directement et immédiatement menacée. Le chloral doit toujours être administré dans un véhicule abondant, vu ses propriétés irritantes locales. (Prof. DESROSIERS.)

L'observation rigoureuse des faits s'accorde avec la théorie pour confirmer l'axiome suivant émis par M. Dujardin-Beaumez: *l'opium ne fait pas dormir*. En effet, comme on l'a expliqué bien avant nous, l'espace de torpeur et la somnolence produites par l'opium et ses alcaloïdes ne représentent pas les conditions du sommeil physiologique. Le cerveau est congestionné; le malade se sent alourdi, se plaint de céphalalgie, de vertige, de langueur intellectuelle. Comparez à cela l'état du cerveau et les sensations éprouvées au réveil du sommeil physiologique et du sommeil chloralique. Le contraste est évident. L'opium n'est vraiment hypnotique que dans deux conditions: quand l'insomnie reconnaît pour causes l'anémie cérébrale ou une douleur intense. Mais alors il n'est hypnotique qu'indirectement. (Prof. DESROSIERS.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL.

Séance du 13 février 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur BROSEAU communique l'observation qui suit :

M. L. R., 45 ans ; taille au-dessus de la moyenne ; forte charpente, mais d'un *tempérament lymphatique*. Il y a huit ou dix ans, s'est aperçu qu'une glande se développait dans l'aîne droite ; cette glande a grossi petit à petit jusqu'à mesurer trente pouces de circonférence et atteindre sept livres en poids. Le testicule gauche est parfaitement isolé de la tumeur, mais le droit est circonvenu et masqué par elle.

La peau en avant de l'aîne et du pubis (celle-ci facilement reconnaissable par les poils) est attirée en bas. La tumeur est lobulée, elle dilate quelque peu l'anneau inguinal externe tant elle est volumineuse. Nous avons à faire le diagnostic entre une affection du testicule droit, et un lymphome ou un lymphosarcome des ganglions inguinaux qui auraient été attirés en bas par leur pesanteur. Le malade affirme positivement que ça a commencé dans l'aîne, puis descendu à mesure que ça grossissait (sic), jusque dans le scrotum. Quel que soit le diagnostic de la tumeur, l'ablation est nettement indiquée, car le cordon spermatique est parfaitement sain ; conséquemment tout le mal peut-être enlevé.

Un immense coup de couteau est donné à la face antérieure de la tumeur, puis vient ensuite la dissection du néoplasme.

Le testicule droit ne forme pas partie de la tumeur ; elle l'enveloppe seulement, de sorte que nous n'avons pas à l'enlever ; nous ne sommes donc pas obligés d'ouvrir la tunique vaginale. Un pansement antiseptique est fait.

Quand, trois semaines plus tard, le patient laisse l'hôpital, il est en pleine voie de guérison, cependant la peau reste très épaisse ; le patient reçoit ordre de revenir se faire examiner dans un mois.

Cette énorme tumeur est-elle bien un lymphosarcome, ou ne serait-elle qu'un simple lymphome, c'est-à-dire une hypertrophie ganglionnaire ? C'est ce que l'examen histologique nous dira plus tard, plus sûrement que l'examen clinique. En faveur d'un lymphome simple il y a la lenteur du développement de la tumeur (dix ans), la non généralisation, la bonne santé du patient, etc.

Nous suivrons le malade et donnerons connaissance du résultat aux membres de cette Société.

M. le Président et les docteurs CLÉROUX et BARRY s'accordent à ranger cette tumeur dans la classe des lympho-sarcômes.

Le docteur FOUCHER lit une note relative à un cas de *mycosis de l'arrière bouche*. (Voir plus haut, page 117).

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Traitement de la chlorose.—Clinique de M. le prof. PETER à l'hôpital Necker.—Au numéro 27 de la salle des femmes est couchée une jeune fille dont l'état est intéressant à étudier. Elle est âgée de dix-huit ans, mais malgré cela elle a l'aspect d'une enfant, mais d'une enfant bouffie, ses doigts sont boudinés, en même temps elle est pâle. Le soir les jambes sont enflées, et si l'on ausculte son cœur, on perçoit un souffle à la base. D'après tous ces symptômes on pourrait donc croire à une affection cardiaque. Cependant il n'en est rien, nous sommes simplement en face d'une jeune fille chlorotique et hystérique à la fois; mais nous ne nous occuperons aujourd'hui que de sa chlorose. Disons, du reste, que son hystérie n'est probablement causée que par cette dernière.

La chlorose est une maladie de tout l'être de la femme. La femme chlorotique est mal constituée; elle est mal réglée. Ainsi notre malade a eu ses règles pour la première fois en 1885. Jamais depuis elles ne sont venues régulièrement, si bien que quelquefois il s'écoulait trois mois sans qu'elles apparussent.

D'ordinaire, on ne voit dans la chlorose que l'état du sang. Mais c'est là une erreur absolue. En effet, la femme chlorotique ne souffre pas seulement par le fait que le nombre de ses hématies est diminué, ou bien que celles-ci contiennent moins de fer que normalement, mais elle présente un nombre considérable d'autres accidents. La chlorose n'est pas une maladie due exclusivement à la diminution du fer dans le sang.

Malgré tout, il faut donner du fer aux chlorotiques et en même temps des auxiliaires qui permettent à l'estomac faiméant ou intolérant de le supporter. Il y a là toute une gamme de thérapeutique, et ceci nous amène à parler du traitement de la chlorose.

Examinons d'abord de quelle façon on doit administrer le fer. On donne ordinairement beaucoup trop de fer aux malades. L'organisme contient peut-être 4 à 5 grammes de fer normalement, et quelquefois au bout d'un mois de traitement, on a administré 20 grammes de fer. C'est alors que le fer devient malfaisant, pas autant cependant qu'on pourrait le croire.

En effet le fer agit, par sa présence seule, il irrite la muqueuse de l'estomac en faisant l'office de corps étranger, et provoque l'apparition du suc gastrique. Mais c'est là ce que veut instinctivement provoquer la chlorotique quand elle ingère, par exemple, du plâtre, du charbon, quand elle grignote du café torréfié; par ces ingestions elle veut exciter la membrane muqueuse de son estomac pour lui faire sécréter le suc chlorhydropepsique. Pourquoi notre malade mange-t-elle des crudités, de la salade, des cornichons? Parce qu'il y a avec ces aliments du vinaigre. Et lorsqu'on se trouve en présence d'une chlorotique de cette espèce, il faut bien se garder de la déconseiller d'user ainsi de ces aliments vinaigrés qui ne font que favoriser la digestion. Si pour manger la viande il lui faut des cornichons, donnons-lui des cornichons. Claude Bernard a démontré dans une expérience sur le chien que le vinaigre introduit dans l'estomac provoquait l'exagération de la sécrétion chlorhydro-pepsique.

Revenons à la question du fer et de l'estomac. Sous quelle forme la chlorotique doit-elle absorber le fer? La façon la plus simple de faire prendre le fer consiste à le donner à l'état de limaille. Quand Trousseau ordonnait du fer aux malades de la campagne, il leur disait de faire limer un clou par un forgeron et de prendre une pincée de cette limaille à chaque repas. On peut encore donner le fer réduit par l'hydrogène, une pincée avant le déjeuner et avant le dîner. Si le fer n'est pas supporté sous aucune de ces deux formes, on peut faire boire au malade des eaux minérales ferrugineuses telles que celles de Bussang, de Spa, d'Crezza, seulement ce traitement demandera à être continué plus longtemps.

S'il y a intolérance de l'estomac, s'il est douloureux à la pression, il ne faut pas hésiter à appliquer sur la région stomacale une mouche de Milan qu'on laissera sept à huit heures, ou bien encore à faire des badigeonnages de teinture d'iode sur l'épigastre, alternativement en haut, en bas, à droite, etc., de façon à pouvoir faire des applications tous les jours. En outre, il faut agir intérieurement en donnant des poudres qui favorisent l'apparition du suc gastrique. On peut avec avantage administrer un des cachets suivants :

Poudre de café torréfié.....	20 cent.
Craie lavée.....	20 —
P. de rhubarbe.....	20 —

Si l'estomac est douloureux, on ajoutera 1 centigr. d'*opium*, et s'il y a du ballonnement, 1 centig. de poudre de *noix vomique*. L'administration de ces cachets s'inspire de l'acte judicieux que commettent les malades en absorbant des poudres inertes.

Pour aider la sécrétion de l'acide chlorhydrique, on pourra faire prendre une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Acide chlorhydrique.....	VI gouttes.
Eau filtrée.....	100 gram.
Sirop de limon.....	20 gram.

Cette potion remplacera le vinaigre que les malades ont tendance à ingérer, sans cependant qu'on ait à défendre les aliments dans lesquels il entre.

Pour ce qui est maintenant des aliments à ordonner aux jeunes chlorotiques, disons de suite que c'est une erreur absolue de les condamner aux viandes rouges. Si elles aiment le poulet ou le veau, il n'y a aucun inconvénient à leur en donner, voire même de la charcuterie, le maigre de jambon. Le lait ne semble pas davantage leur être nuisible.

Sous l'influence de ce traitement et du régime, vous verrez alors ces jeunes malades refleurir, digérer et engraisser. Les chlorotiques sont ordinairement constipées, parce que, de même que leur estomac, leur intestin est paresseux, il ne réagit pas. On peut leur donner des purgatifs doux tels que le podophyllin à la dose de 2 à 3 centig., le soir en se couchant, ou bien 20 à 25 centig. de cascara sagrada; on pourra recourir le matin à un lavement frais qui sollicitera les contractions de l'intestin.

Il faut aussi venir au secours de l'utérus qui fonctionne mal. Quelques jours avant l'époque où doivent apparaître les règles, les 28, 29, 30 du mois, si les règles doivent venir par exemple le 1er du mois suivant, on fera prendre un grand bain très chaud pendant 20 à 25 minutes. On pourra administrer les pistils de safran desséchés, à la dose d'une pincée par tasse à thé, trois tasses par jour, ou bien encore l'armoise, 5 gr. de sommités fleuries par litre d'eau bouillante, trois tasses par jour; mais ce nom d'armoise sonne mal, il provoque l'idée d'avortement. L'apiol (graines de persil) est également efficace à la dose de quatre dragées par jour.

Mais il ne s'ensuit pas que le bain chaud soit un traitement de la chlorose, loin de là. Il faut au contraire tonifier les vaso-moteurs des chlorotiques par l'hydrothérapie, par l'eau froide. Elle est mal supportée par ces jeunes filles qui ont de la chaleur au minimum. La meilleure pratique consiste en l'emploi de lotions froides rapidement faites avec une éponge légèrement imbibée et nullement ruisselante. Par diplomatie, on peut commencer par de l'eau tiède et couper cette eau avec du vinaigre ordinaire, du vinaigre de Bully, de l'eau de Cologne. La malade, enveloppée d'un peignoir de flanelle épaisse, sera énergiquement frictionnée pour amener la réaction.

Plus tard, on arrivera aux douches d'abord tièdes, puis froides pendant un temps ne dépassant jamais 30 secondes, ce sera la douche en jet et non en pluie, cette dernière ne frappant pas la peau assez énergiquement. L'hydrothérapie marine est merveil-

leuse ; le bain d'eau de mer avec la nage fera faire en même temps de la gymnastique.

La gymnastique en effet est indispensable. D'abord la gymnastique peu fatigante par ressorts à boudin. Plus tard on prescrira le jardinage pour forcer agréablement l'acte musculaire. On aura ainsi l'aération, l'insolation, la musculation. L'équitation, qui d'ordinaire est acceptée avec plaisir, remplira bien ce triple but. On peut conseiller aussi de conduire une voiture, de faire de l'es-crime.

Il y a là une thérapeutique très complexe qui s'inspire du simple bon sens, et il faut bien se dire que la chlorose est une pénurie générale fonctionnelle à laquelle il faut remédier par tous les moyens.—*Praticien.*

Du traitement des douleurs rectales par la ciguë, par M. WHITLA.—On connaît l'impuissance du thérapeute contre le prurit anal et surtout contre celui qui accompagne les hémorrhoides et les fissures. C'est ainsi que la cocaïne, en faibles solutions, n'atténue pas les douleurs causées par de petites fissures et qu'employée en solutions concentrées elle provoque une douleur que les malades redoutent. L'action de la morphine, de l'acide phénique, de la belladone et de la créosote est infidèle, et s'il existe de l'inflammation, aggrave plutôt qu'elle ne calme les symptômes douloureux.

La ciguë a été recommandée comme un anesthésique local et, dans ces derniers temps, l'auteur l'a mise à l'essai, sous forme de topique, à la surface des ulcérations douloureuses. Cependant, c'est du suc de ciguë et non pas de l'extrait qu'il faut faire usage, celui-ci étant inactif, tandis que celui-là, après sa concentration, est réellement un anesthésique.

M. Whitla recommande de l'incorporer à la lanoline par parties égales et d'employer cette pommade en onction sur la muqueuse rectale dans les cas de fissures étroites et douloureuses, d'excoriations par le pus s'écoulant d'un abcès et d'hémorrhoides ulcérées avec ténésme rectal.—*Gazette hebdomadaire.*

De la bronchite.—(1) L'expectoration se présente dans des conditions très diverses. Jadis on attachait assez d'importance à connaître la nature des crachats, à distinguer ceux de la bronchite de ceux de la tuberculose. Tout le monde sait comment aujourd'hui on fait cette distinction par la recherche des bacilles. Il faut toutefois considérer que tous les tuberculeux n'ont pas de bacilles et qu'ils n'en ont pas à toutes les périodes. Chez les tuberculeux, il y a souvent bronchite purement muqueuse. Les crachats seuls provenant des points atteints de tuberculose contiendront des bacilles.

(1) Suite. Voir la dernière livraison.

Il faut donc bien se mettre en garde contre les renseignements fournis par l'examen bacillaire.

Les crachats des bronchitiques sont ordinairement semi-transparents, semi-fluides, puis ils deviennent un peu plus épais, plus consistants, ils revêtent la forme muco-purulente. Souvent, chez les vieux bronchitiques, ils contiennent une matière noire qui est du charbon venu du dehors : ces malades, sous l'influence des quintes, font de très grandes inspirations et les poussières, sans s'arrêter dans la bouche ou les fosses nasales, pénètrent dans les bronches.

Les crachats membraneux (diphthérie), offrent un caractère à part, de même que la bronchite, dans ce cas, est spéciale.

On voit qu'il n'y a pas grand fond à faire sur l'examen des crachats.

Quelquefois des hémoptisies accompagnent la bronchite, et cela sans qu'il y ait tuberculose. Sans parler du sang qui peut s'échapper dans les efforts de toux, nous rencontrons cet accident dans certaines formes de bronchites très localisées, dans la bronchite polypeuse où il y a séjour de sécrétions; quand la couche est chassée par le toux, la muqueuse qui est au-dessous très vascularisée peut donner lieu à des hémorrhagies.

Il faut dire aussi qu'il y a toute une catégorie de gens prédisposés aux hémoptisies (hémophiles).

Percussion.—Le procédé d'Avenbrügger, qui consiste à frapper directement la poitrine, *immédiatement*, sans l'interposition des doigts ou d'une plaque plessimétrique, dans le cas particulier de la bronchite, vaut celui de Piorry. La seule chose que l'on puisse se faire révéler, dans cette maladie, par le secours de la percussion, c'est le degré de sonorité du thorax. Au début, cette sonorité est normale. Quelquefois en peu de temps elle augmente, comme si le sujet était emphysémateux. Au fur et à mesure que le thorax s'amplifie, la sonorité augmente, nous avons vu plus haut par quel mécanisme.

Il y a quelquefois diminution de la sonorité, mais rarement dans une grande étendue. Et pour ne pas pousser à fond la discussion, disons que l'augmentation de la sonorité n'entraîne pas d'accidents qui la suivent, et que si la diminution de la sonorité présente une grande étendue, il faut supposer de suite une complication.

L'auscultation, au contraire, aide considérablement le diagnostic.

Les mucosités contribuent au rétrécissement des bronches et déterminent la sibilance. Cette dernière peut cependant apparaître sans qu'il y ait dépôt de mucosités, comme chez certains malades empoisonnés par les moules : ils ont un véritable accès d'asthme produit par l'urticaire bronchique, et la muqueuse tuméfiée produit la sibilance. Assez vraisemblablement s'ajoute aussi à la tuméfaction la contraction réflexe des bronches.

A ce râle sibilant succède dans la plupart des bronchites le râle muqueux sous-crépitant (Laënnec) ; il est plus ou moins humide, bulleux, et il se produit à l'inspiration et à l'expiration. Le volume des bulles ne suffit pas à déterminer le râle car il peut être fin, gros ou moyen. Son caractère sera bien reconnu à sa production au moment de l'inspiration et de l'expiration. Et si momentanément il se limite à l'une des deux, il suffira, pour s'éclaircir, de faire tousser le malade, et il réapparaîtra aux deux temps. Ajoutons enfin que ce râle peut disparaître : les bulles ont une grande mobilité.

Il faut savoir distinguer si le râle se produit dans la bronche ou dans l'alvéole pulmonaire (pneumonie). Ne confondons pas non plus le râle muqueux avec le gros râle de l'œdème pulmonaire que l'on n'entend qu'à l'inspiration seule.

Dans les grosses bronches, le râle sous-crépitant peut similer le bruit entendu dans une caverne, le gargouillement.

Derrière le râle sous-crépitant de la bronchite, on entend le murmure vésiculaire. L'absence complète du murmure vésiculaire ne suffirait pas cependant à déterminer une pneumonie ; il peut, en effet, être atténué à degrés bien divers. Mais, quelle que soit l'intensité de la bronchite, dans aucun cas on n'entend de souffle ni même de respiration rude.

Voilà à quoi se borne la séméiotique de la bronchite ; elle est assez réduite, mais importante.

Quand la bronchite est intense et la respiration gênée, l'oxygénation du sang peut se mal faire et il se produit de la cyanose.

La bronchite, quand elle est aiguë, donne lieu à de la fièvre, ordinairement d'intensité médiocre, rémittente. Et quand il y a un mouvement fébrile intense dès le début, il faut penser à une infection (rougeole).—(A suivre.)

La mort subite par arrêt du cœur.—M. John McWILLIAM, professeur à l'Université d'Aberdeen, dans une de ses leçons que publie le *British Medical Journal*, étudie le mécanisme de la mort subite par arrêt du cœur. Il fait observer que c'est à tort que l'on attribue, lorsqu'un individu mort d'une syncope, la mort à un brusque arrêt des fonctions du ventricule, le cœur étant en diastole. D'après de nombreuses expériences faites sur le cœur des mammifères, M. McWilliam pense que l'arrêt brusque du cœur en diastole est exceptionnel, qu'il se rencontre à la suite d'hémorragies profuses, de l'asphyxie, d'une chloroformisation exagérée, mais que généralement la mort n'arrive qu'à la suite de contractions violentes, énergiques, irrégulières du ventricule, contractions fibrillaires (*delirium cordis*). Cette manifestation spéciale de l'activité ventriculaire, étudiée pour la première fois par Ludwig et Hoffa et par Kronecker est aujourd'hui assez bien connue. On sait qu'à ce moment les battements normaux du

cœur disparaissent, que le ventricule se contracte brusquement et irrégulièrement. On note en même temps un abaissement de la pression sanguine : enfin les ventricules sont distendus par le sang que les mouvements répétés, mais peu étendus de leurs parois, sont insuffisants à expulser.

En ouvrant le thorax d'un animal chez qui l'on entretient la respiration artificielle, on peut facilement observer cet état d'incoordination spéciale du cœur (*delirium cordis* ; il suffit de toucher l'organe avec une côte brisée, d'exercer quelques frictions sur la paroi ventriculaire. Ce phénomène se montre avec plus de fréquence quand le cœur a déjà subi quelques modifications dans sa circulation, à la suite des excitations nerveuses répétées, par exemple.

M. McWilliam pense que pareil phénomène se passe chez l'homme, que même ce doit être une des plus fréquentes causes de la mort subite. Comment admettre qu'un cœur, dont les fonctions se sont toujours à peu près bien accomplies, s'arrête brusquement, cesse de fonctionner, alors qu'il ne s'est produit aucune modification dans le système sanguin ? On sait, en effet, comme l'ont fait remarquer la plupart des auteurs, que les gens qui meurent subitement sont généralement très bien quelques instants avant leur mort ; ils sont habituellement dans un état de parfaite tranquillité ; les fonctions du cœur se font suffisamment bien pour qu'on n'admette pas l'existence d'une dégénérescence des fibres cardiaques. Les cas de mort subite s'expliquent donc mieux en admettant cette contraction fibrillaire.

Dans les cas d'angine de poitrine, M. McWilliam ne pense pas que, pendant les paroxysmes, il se produise cette contraction désordonnée dont il vient d'être question ; pendant les attaques, en effet, on sent les battements du pouls ; or, quand le *delirium cordis* existe, les battements du cœur et ceux du pouls sont supprimés. D'autre part, dans l'attaque d'angine de poitrine, on note une élévation de la pression sanguine ; dans le cas de contraction désordonnée, c'est l'abaissement qui est la règle. Par contre, il est très probable que dans l'accès qui se termine par la mort, les contractions ventriculaires sont fréquentes et incoordonnées, et c'est ce phénomène qui différencie l'accès terminal des précédents.

S'il est certain que bien des cas de syncope doivent s'expliquer par un arrêt brusque du cœur en diastole, provoqué par une excitation transmise le long des nerfs vagues, il n'en est pas moins permis d'admettre la possibilité de la mort par contraction fibrillaire des fibres cardiaques, en certains cas.

On sait que les troubles gastriques activent la terminaison fatale de la mort chez les cardiaques ; on admet que la mort est le résultat de la compression exercée sur le cœur à travers le diaphragme par un estomac distendu. M. McWilliam pense que, dans ce cas la mort est produite par contractions répétées du

cœur ; il a, en effet, vu survenir ces contractions chez les animaux dont on comprimait le cœur pendant un moment.

M. Mc William, pour expliquer la contraction fibrillaire des ventricules, admet une excitation désordonnée des fibres cardiaques qui constituent les ventricules. La mort est généralement la règle après l'apparition de ce *delirium cordis* ; la guérison se montre quelquefois cependant, chez les animaux inférieurs notamment. La pilocarpine, en diminuant l'excitabilité des fibres cardiaques, peut amener un arrêt de ces contractions fibrillaires.

CHIRURGIE

Traitement de la coxalgie.—Clinique de M. KIRMISSON.— Pendant longtemps, la coxalgie a été mal soignée. Les changements de longueur étaient pris pour des raccourcissements réels. On supposait le grossissement de la tête osseuse, de l'épanchement dans l'articulation, la luxation dans la fosse iliaque externe. C'étaient là des phases inévitables de l'affection. Le seul traitement consistait en topiques, cautérisations au fer rouge, cautères chimiques, vésicatoires, émissions sanguines ; et s'il se déclarait des abcès, on appliquait des cataplasmes émollients. Le chirurgien assistait impuissant à toutes ces périodes de la maladie.

Si le malade guérissait, c'était alors avec un raccourcissement énorme, des déformations ; ou bien il s'établissait des fistules, il s'écoulait un pus infect et le malade mourait en cachexie.

Aussi le progrès fut-il considérable quand Bonnet, de Lyon, eut éclairé la pathogénie de la coxalgie et trouvé un mode de traitement efficace. Il rechercha les causes de l'allongement et du rétrécissement, et montra qu'on pourrait s'opposer à ces accidents, et qu'il fallait le faire, car ils étaient une cause de douleur et d'inflammation permanente.

Partant de là, il a proclamé la nécessité d'une immobilisation rigoureuse dans une bonne position.

Au début, quand le membre est douloureux, peu tuméfié, sans attitude vicieuse, l'immobilisation peut suffire à elle seule, la flexion se détruisant dans la position horizontale.

Bonnet fit donc construire la gouttière qui porte son nom, que tout le monde connaît, et sur la description de laquelle nous ne reviendrons pas. Cette gouttière est précieuse dans le plus grand nombre des cas.

Mais elle a plusieurs inconvénients ; d'abord, elle coûte assez cher et ne se rencontre pas partout, elle n'est pas transportable.

Aussi a-t-on imaginé d'autres appareils pouvant être fabriqués par le chirurgien lui-même. Ce sont ceux que l'on emploie journellement, telles sont les bandes plâtrées, silicatées, dextrinées, etc., que l'on renforce par des gouttières. M. le professeur Verneuil a donné le précepte d'un appareil silicaté en fil de fer en T.

Pour qu'ils remplissent leur but, ces appareils doivent non seulement enchâsser l'articulation, mais tout le bassin et le membre inférieur en totalité.

Mais quand il y a attitude vicieuse permanente, l'appareil immobilisateur ne suffira plus. On s'exposerait à une ankylose dans une position vicieuse, et la maladie pourrait continuer avec des phénomènes inflammatoires. Il faut détruire cette attitude vicieuse.

Il peut se faire que la contraction musculaire soit assez faible pour que l'on puisse facilement par une compression lente (ouate, caoutchouc), rétablir la bonne attitude, *sans abduction ni adduction avec une légère flexion*. Mais souvent ce redressement lent et graduel est difficile.

Bonnet a préconisé le redressement brusque, quoique, au début, dans son premier ouvrage, il l'ait repoussé. Il faut aussi rendre grâce au chloroforme, qui, en supprimant la douleur, supprime aussi une partie de la contraction musculaire.

On recourra donc au redressement forcé sous le chloroforme, lentement et graduellement, par mouvements alternatifs d'adduction et d'adduction de flexion et d'extension, et peu à peu par des mouvements de circumduction.

Le résultat complet ne s'obtiendra pas dans tous les cas. Quelquefois ne fera-t-on qu'un redressement incomplet, quitte à recommencer à une seconde séance.

Voici en somme, depuis 1858, quels étaient les grands principes du traitement de la coxalgie.

Depuis une douzaine d'années, une autre méthode s'est introduite. Elle consiste à traiter la coxalgie par l'extension continue à l'aide des poids. Ce n'est pas une méthode nouvelle, Lesauvage (de Caen) la proposait dès 1835. En Amérique, l'extension s'est vulgarisée de très bonne heure. Davis (1855), Bauer et Serres l'ont préconisée.

L'extension par la méthode américaine ne se fait pas comme en France. Les Américains opposent l'extension à l'immobilisation. Ils emploient des appareils produisant l'extension pendant la marche; ils ne veulent pas d'immobilisation. Ces appareils ont été bien étudiés par M. Lefort qui en a fait construire et dont il se sert quelquefois. On peut les voir dans son service de l'hôpital Necker. Le but de ces appareils est la guérison sans ankylose.

En Allemagne, Volkman (de Halle), en 1865, dans l'*Encyclopédie* de Biliroth et Pita, a proposé l'extension continue.

M. Eugène Buquel (de Strasbourg), en 1870, la propose. (Lire

à ce sujet une revue de M. Charles Monod parue en 1878 dans les *Archives de médecine* sur l'extension continue appliquée aux articulations.)

Quelles sont les prétentions de l'extension continue? C'est d'abord de détruire la pression des surfaces articulaires pour éviter tous les désordres qui en résultent. Beaucoup d'expériences ont été faites sur les résultats, elles n'ont rien donné de concluant.

M. Lannelongue a placé un cadavre dans l'extension. Il a présenté la pièce et conclut à l'écartement possible. Cependant nous ne croyons pas à la conclusion absolue de cette expérience.

Quelquefois il faut des poids énormes pour obtenir l'écartement. On a en effet à lutter contre la pression atmosphérique.

On a pensé que l'extension pouvait agir en fatiguant les muscles, et venait lutter contre la contraction et la déformation vicieuse.

Quoi qu'il en soit, le premier résultat est de supprimer de très bonne heure les douleurs. Il y a immédiatement du calme, l'état général s'améliore, et le soulagement est réel.

Mais à quelle extension continue se rallier? Faut-il employer la méthode américaine ou la méthode française? l'extension sans immobilisation ou avec immobilisation? Il n'y a pas à hésiter, l'extension se fera avec l'immobilisation, le malade restant couché. En Amérique même il y a une réaction contre les appareils portatifs.

Dans le *Medical Record* du 15 septembre, 1888, un article accorde la préférence à l'immobilisation par la méthode française. Un numéro d'octobre 1888 du *New York Medical Journal* accuse les mêmes tendances.

Les principes de Bonnet restent tout entiers les mêmes et on ne leur enlève rien en combinant à l'immobilisation l'extension continue.

Pour le petit malade qui est dans le service, on fera l'extension continue avec l'appareil de M. Hennequin, pour les fractures des cuisses, et qu'il avait déjà conseillé pour la coxalgie.

Les abcès, dans la majorité des cas pourront être vidés par la ponction aspiratrice et injectés d'éther iodofomé. Le résultat est souvent favorable. Si la peau est très tendue, on fera une large ouverture et on nettoiera la poche, sans pratiquer le grattage, et l'on pansera cette poche avec les différents topiques qui agissent sur les productions tuberculeuses.

La résection a passé pendant un certain temps pour le traitement de la coxalgie, et certains chirurgiens en étaient arrivés à conseiller les résections primitives. Cependant la résection ne doit être qu'un moyen, ce ne doit pas être une méthode. Il faut tenir compte de l'état du malade.

Le but final dans le traitement sera différent suivant la nature du mal, et il sera important de porter un diagnostic exact. Ce

ne sera pas la même chose s'il s'agit d'une coxalgie rhumatismale ou d'une coxalgie tuberculeuse. S'il y a tuberculose, on devra désirer l'ankylose. S'il y a rhumatisme, on devra chercher à rétablir la fonction du membre.

Enfin, dans quelques cas, on pourra avoir à recourir à l'ostéoclasie ou l'ostéotomie (Mac Ewen).—*Praticien.*

Note sur la pathogénie et le traitement de la tourniole.—

M. le Dr. Ernest CHAMBARD expose quelques recherches venant à l'appui de l'origine parasitaire de la tourniole. Tout en confirmant au point de vue morphologique celles de MM. Cornil, Babès et Audry, elles montrent l'existence, dans le pus du panaris sous-épidermique et même dans un cas de panaris sous-cutané, non seulement d'un streptococcus et d'un staphylococcus, mais de la plupart des germes qui peuvent constituer les micrococci suivant leur mode de division ou d'association (diplococci, staphylococci, streptococci, tetrageni)

Elles nous ont suggéré, dit l'auteur, " l'idée d'appliquer au traitement du panaris la méthode que nous avons employée avec succès dans celui de l'anthrax. S'agit-il d'un panaris sous-cutané, nous l'incisons, et après avoir nettoyé le foyer purulent à l'aide d'une injection phéniquée, nous le bourrons, selon qu'il est plus ou moins anfractueux, de poudre de crayons iodoforme; le panaris est-il sous-épidermique, après avoir excisé la voûte de la phlyctène, nous en saupoudrons le plancher avec le même médicament: un morceau de gaze iodoformée et une bande complètent le pansement que nous renouvelons chaque jour. Nous avons vu guérir sans complications et très rapidement tous les panaris, et ils sont assez nombreux, que nous avons pu observer en deux ans parmi les 5 ou 600 malades de la division des hommes de l'asile de Ville-Evrard et, fait que nous avons déjà signalé à propos de l'histoire du furoncle et de l'anthrax chez les aliénés, les malades les plus affaiblis nous ont paru supporter leur mal et guérir au moins aussi bien que les plus vigoureux."—*Paris médical.*

Traitement chirurgical des polyadénites cervicales, 1^{re}

M. le professeur A. PONCET.—Je désire appeler votre attention sur le traitement des polyadénites cervicales chroniques, c'est-à-dire des masses ganglionnaires que l'on rencontre communément au cou et qui se montrent plus particulièrement dans les régions sous-maxillaires, à la face antérieure et sur les parties antéro-latérales de la région cervicale. En pareil cas, si la tuméfaction ganglionnaire s'est développée lentement, à la façon d'une lésion froide, la plupart du temps sans douleur, sans réaction locale apparente, si les moyens généraux actuellement mis en usage ont échoué, je n'hésite pas à recourir à une intervention chirurgicale.

qui a pour but l'extirpation, la destruction complète des masses ganglionnaires.

Le traitement que je propose, et auquel j'ai eu bien des fois recours depuis cinq ans, est l'ablation, la destruction de tous les ganglions malades apparents, appréciables au doigt, et cela quelle que soit leur profondeur.

Pour extirper ces ganglions, j'emploie le bistouri qui me conduit sur ces productions pathologiques, et alors, soit encore avec l'instrument tranchant, soit avec le doigt, soit avec la curette, j'enlève ou détruit par abrasion les tissus malades.

Deux cas peuvent se présenter :

- 1o Les ganglions sont superficiels ;
- 2o Les ganglions sont profonds.

Dans le premier cas, quoique les ganglions soient également sous-aponévrotiques, l'opération est plus simple ; on ne manœuvre pas au voisinage des gros vaisseaux, l'extirpation peut être souvent faite avec le bistouri, avec les ciseaux.

Dans le second cas, il s'agit de ganglions profonds, carotidiens, sus-claviculaires. Ici les difficultés sont notablement accrues, l'extirpation peut offrir de réels dangers par le voisinage des gros trônes veineux et artériels.

Si la distinction en ganglions superficiels et profonds est capitale au point de vue opératoire, je m'empresse de reconnaître qu'en clinique ces deux variétés d'adénites, différentes par leur siège, sont souvent concomitantes, et l'opération commencée d'une façon doit être terminée d'une autre.

L'intervention chirurgicale que je propose peut être divisée en plusieurs temps :

Premier temps : *Mise à découvert des ganglions.*

Incision de la peau, des parties molles jusqu'aux ganglions. L'incision faite couchée par couche, en reconnaissant au fur et à mesure les tissus qu'intéresse le bistouri est subordonnée au volume, au nombre des ganglions à enlever. L'incision doit être d'autant plus longue que les ganglions sont plus profondément situés et qu'il est nécessaire d'avoir plus de jour, non seulement pour pouvoir arriver jusqu'à eux, mais pour pouvoir procéder à leur ablation, sans danger d'intéresser les organes voisins. Souvent les incisions mesurent d'emblée 8, 10 et même 15 centimètres. Plusieurs fois l'incision allait d'une apophyse mastoïde à la clavicule, du bord antérieur du sterno-mastoïdien à la symphyse du maxillaire. Des incisions multiples sur divers points sont la plupart du temps nécessaires et dans quelques cas de polyadénite cervicale étendue, alors qu'un grand nombre de ganglions étaient envahis, la longueur de mes incisions réunies dépassait 30, 40 centimètres. Chez la dernière de mes opérées, elle atteignait 45 centimètres.

S'agit-il des ganglions carotidiens, l'incision sera faite parallèle.

lement au bord postérieur du sterno-mastoïdien ; par cette voie, il est plus facile d'arriver jusqu'à eux que par l'incision au niveau du bord antérieur de ce muscle, et qui rappelle les incisions pour la ligature de la carotide primitive et de la carotide externe.

Deuxième temps : *Extirpation. Destruction sur place des ganglions malades.*

Ce deuxième temps est celui qui présente le plus de difficulté, il doit être considéré comme particulièrement dangereux par le voisinage et les adhérences possibles des ganglions avec le faisceau vasculo-nerveux : carotide, jugulaire interne, etc.

Lorsque les ganglions sont superficiels, éloignés de tout organe qu'il importe de ménager, ils pourront le plus souvent être enlevés en totalité, après une large incision avec le bistouri des couches fibreuses normales et pathologiques qui les entourent. Avec la pointe de ciseaux mousses courbés sur le plat, et même encore avec l'index recourbé en crochet, leur décortication s'effectuera aisément. Il importe, pour que cette énucléation soit facile, que la masse ganglionnaire soit bien mise à découvert et que l'incision des couches conjonctives directement enveloppantes mesure, comme longueur, le grand diamètre des ganglions.

S'agit-il de tumeurs profondes, voisines des vaisseaux, un tel mode d'extirpation doit être complètement rejeté. En pareil cas, non seulement le bistouri, les ciseaux blesseraient le paquet vasculo-nerveux, mais des déchirures vasculaires pourraient être la conséquence de tractions, de tiraillements exercés sur des ganglions adhérents aux tissus voisins.

C'est la crainte de blesser les gros troncs vasculaires qui a certainement empêché les chirurgiens de recourir dans la région cervicale à l'ablation des masses ganglionnaires chroniquement enflammées, et cela malgré l'insuccès des nombreuses autres méthodes de traitement. Il est permis cependant d'agir avec sécurité, en procédant à la destruction sur place des ganglions. Bilroth, Kocher, Cazin, Foulet, etc. (*Archives de médecine militaire*), 1884, ont ainsi obtenu des guérisons rapides.

Je procède de la manière suivante : le ganglion malade, reconnu et fixé avec l'index de la main gauche, le doigt restant en place, je ponctionne avec la pointe du bistouri, et par cette brèche de 5 à 6 millimètres environ, j'introduis une petite curette qui, enlevant une partie du tissu malade, permet bientôt l'introduction de l'extrémité du doigt, puis une curette plus grosse, à bords un peu plus mousses, avec laquelle je termine en quelques secondes cette *enucléation sous-capsulaire*.

La même opération est répétée pour chaque ganglion et l'on peut ainsi après une chasso plus ou moins longue, enlever dix, quinze et même trente ganglions, sans danger, comme j'ai eu occasion de le faire plusieurs fois.

Une telle extirpation est *sans danger*, car l'on n'exerce aucune

traction sur les vaisseaux, et l'instrument à bords mousses se trouve séparé d'eux par la coque ganglionnaire, qui mesure toujours une certaine épaisseur. Cette abrasion est d'autant plus rapide que le ganglion est plus ou moins ramolli dans toute sa masse, soit qu'il ait été détruit par la suppuration, soit qu'il ait subi en totalité ou en partie la dégénérescence caséuse ou fongueuse.

Dans tous les cas, la destruction du tissu malade, la décortication sous-capsulaire peut et doit être complète.

Troisième temps : Le troisième temps comporte :

1o L'application sur les surfaces cruentées et particulièrement dans les coques ganglionnaires évidées, d'une couche d'iodoforme, donnant à la plaie une teinte jaune safran. L'iodoforme ainsi employé, non seulement antiseptise les tissus traumatisés, mais s'oppose dans une certaine mesure aux réinoculations tuberculeuses.

2o Un drain est placé dans toute la longueur de la plaie, sortant vers l'angle le plus déclive et de nombreux points de suture assurent la réunion par première intention, qui ne doit pas faire défaut dans une telle opération, non seulement parce que la plaie est aseptique, mais encore parce qu'il s'agit de la région cervicale où les tissus ont une plasticité comparable à celle de la face.

Après une telle opération, malgré la longueur des incisions et la profondeur des plaies, la guérison est complète, au plus tard, après 10 à 15 jours. Dès le 3e ou 4e jour, le pansement est renouvelé, les drains sont enlevés ainsi que la plupart des points de suture. J'ai pour habitude de ne laisser en place jusqu'au deuxième pansement, qui a lieu habituellement huit jours après, que le fil placé vers l'angle inférieur de la plaie.

La méthode opératoire que je propose aujourd'hui, comme traitement des polyadénites cervicales, n'a, dans ces détails, rien de neuf. C'est ainsi qu'on a, en effet, proposé l'extirpation des ganglions malades, leur grattage, leur curage, mais l'opération se bornait à quelques ganglions suppurés ou caséux, et toute une pléiade de ganglions profonds était respectée.

Ce qui caractérise ma manière de faire, c'est :

1o L'intervention chirurgicale relativement hâtive dans les polyadénites chroniques, alors qu'après quelques semaines, quelques mois au plus tard, la résolution ne se produit pas.

2o L'ablation et la destruction systématique par évidement de tous les ganglions malades, quels que soient leur siège et leur profondeur à la région cervicale, d'où la nécessité des incisions longues et multiples.

3o La recherche après drainage de la réunion par première intention, d'où l'absence de cicatrices écronelliques et le minimum de cicatrices.

Cette opération assure une guérison rapide (15 à 20 jours au maximum), en détruisant les ganglions atteints ; elle diminue

notablement par la suppression de ces foyers pathologiques les chances d'une infection viscérale tuberculeuse. Les cicatrices qui succèdent à ces larges extirpations sont des cicatrices linéaires qui n'ont rien du tissu cicatriciel pathologique.

Chez dix-sept malades que j'ai ainsi opérés et qui étaient porteurs de ganglions sous-maxillaires, sus-hyoïdiens, carotidiens, etc., les suites ont été des plus simples.

Plusieurs d'entre eux, revus un an, deux ans après, étaient restés complètement guéris, je n'ai pas observé chez ces malades d'infection tuberculeuse viscérale imputable à l'intervention.—
Lyon médical.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De l'accouchement dans les occipito-postérieures.—Leçon de M. le professeur TARNIER à la Clinique d'accouchements de la Faculté.—L'accouchement dans les occipito-postérieures est un sujet dont j'aurai plus d'une fois encore l'occasion de vous entretenir, parce que cet accouchement est souvent compliqué de lenteurs, de difficultés et de dangers qu'on doit prévoir et qu'on peut le plus souvent éviter. Outre cet intérêt pratique, qui domine tout, la question de l'accouchement dans les occipito-postérieures présente de l'importance par les discussions qu'elle a suscitées.

Vous savez ce qu'il faut entendre par occipito-postérieure ou mieux par occipito iliaque postérieure, c'est la position de l'enfant s'engageant au détroit supérieur par le sommet, suivant un des diamètres obliques du bassin, avec son occiput tourné non pas comme à l'habitude vers l'éminence iléo-pectinée, mais du côté opposé vers la symphyse sacro-iliaque. Presque toujours, l'occiput est en arrière et à droite, le dos est dirigé du même côté, et l'on dit que la position est occipito-iliaque droite postérieure.

Cette position se reconnaît facilement à l'aide des divers procédés d'investigation: le palper, l'auscultation et le toucher; mais pendant le travail, au moins, c'est le toucher qui constitue notre plus puissant moyen de diagnostic. Le doigt rencontre en effet tout d'abord la suture saziitale dans la direction du diamètre oblique gauche et la parcourt tout entière d'avant en arrière, atteint presque tout de suite, vers la gauche, la grande fontanelle lozangique. En poussant vers la droite, nous avons plus de peine à sentir la petite fontanelle assez élevée d'ordinaire, ou même hors de notre atteinte, à moins que nous ne touchions profondément de la main gauche. On constate donc, avec la position postérieure, une tendance de la tête à la déflexion ou plus exactement une

flexion de la tête moindre que dans les positions antérieures. Cette particularité est commune ; c'est pre-que la règle dans les positions postérieures du sommet, et les auteurs lui ont attribué une certaine influence sur la marche ultérieure de l'accouchement. J'ajoute que la fontanelle antérieure paraît d'autant plus basse qu'elle est plus accessible, occupant la partie antérieure du bassin plus facile à explorer.

Au fur et à mesure des progrès de l'accouchement, la tête descend dans l'excavation en conservant la direction qu'elle avait au détroit supérieur, se fléchit sur le périnée, tourne d'arrière en avant et met son occiput en rapport avec le ligament sacro-sciatique, le muscle obturateur interne, la branche ischio-pubienne, enfin l'arcade du pubis. Cette révolution fort étendue, plaçant la tête en OI DP, OI DT, OI DA et enfin en occipito pubienne, s'accomplit cependant intégralement dans l'immense majorité des cas — 960/0 d'après U. West — mais douloureusement, péniblement avec des arrêts, des réculs, un va-et-vient désespérant, lentement par conséquent, en cinq ou six heures de plus que si l'occiput eût été primitivement placé en position antérieure.

Si encore les postérieures étaient exceptionnelles ou seulement rares, nous aurions moins à nous en préoccuper. On le croyait jadis faute de bien observer la conversion de la tête ; mais ce n'est pas la réalité. On compte à peu près aujourd'hui une postérieure sur trois ou quatre accouchements, et si j'examine la statistique de la Clinique depuis les trois semaines que j'ai pris la direction du service, je lis qu'on a eu 54 accouchements en présentation du sommet avec douze positions droites postérieures, proportion sensiblement égale à la moyenne généralement admise.

Et si la tête ne tourne pas, ou si l'occiput roule dans la concavité sacrée, cela arrive dans 4 0/0 des cas environ, que se passe-t-il ?

L'accouchement spontané est tout de même possible, mais au prix de quels efforts ! Il fallait tout à l'heure du temps et de la peine, il en faut à présent bien davantage. Néanmoins la tête progresse, se fléchit de plus en plus, déprime le périnée qui bombe comme s'il allait éclater au milieu de l'anus. Puis le sommet apparaît dans l'orifice de la vulve, se dégage, l'occiput et le bregma suivent. Une fois l'occiput au dehors, la tête exécute un mouvement de déflexion ayant pour centre la commissure périnéale et le dégageement s'effectue suivant les diamètres sous-occipitaux.

Beaucoup d'accoucheurs, jusqu'à ces dernières années, ont cru que les choses se passaient différemment ; que l'occiput, parcourait tout le sacrum et le périnée d'arrière en avant et venait d'abord sortir à la fourchette, et qu'ensuite la tête se défléchissait en amenant successivement sous le pubis le bregma, le front et le nez. Mais de bons observateurs, Guillemot, Nagele, Elscasser, Danyau, en regardant avec attention, avaient remarqué que la portion de la tête sortant la première était toute voisine de la

fontanelle antérieure; et ils avaient bien vu, je me suis efforcé de le prouver. Vous vous en convaincrez vous-mêmes en attachant une anse de fil ou une pince sur les premiers cheveux qui apparaissent dans l'encadrement des petites lèvres ou bien en recherchant, une fois la tête sortie, à quelle région correspond la pointe conique de la déformation en pain de sucre : vous verrez que c'est en arrière de la fontanelle bregmanique.

Fréquemment aussi la matrice, épuisée avant d'avoir fourni l'effort suffisant, devient inerte et laisse la tête fœtale en détresse au milieu des voies génitales; d'où nécessité d'intervenir.

C'était, pour beaucoup d'anciens auteurs, la terminaison inévitable de ces accouchements en position fronto-cotyloïdienne. Mesnard en donnait l'étrange raison que, " si l'enfant est sur le dos, il peut moins aisément aider à sa sortie, de même qu'entre deux nageurs, celui qui nage sur le dos, quoiqu'il fasse plus d'efforts que celui qui se met sur le ventre, n'avance pas, à beaucoup près, autant que ce dernier."

La vérité est que les accouchements en occipito-postérieure—que la tête tourne correctement ou que l'occiput se place vis-à-vis le sacrum—sont des accouchements longs, pénibles, dont l'issue est incertaine, compromettant les enfants, exposant les mères, par suite de la prolongation inusitée du travail, à des compressions dangereuses et à des opérations. Rappelez-vous les exemples que vous avez eus sous les yeux ces jours derniers :

Une femme H..., entre autres, actuellement au lit 32 de la salle des accouchées, vint ici le 8 novembre. C'était une multipare, sans viciation pelvienne, ayant eu six couches antérieures à terme et très rapides; à son entrée, les contractions étaient vigoureuses; tout laissait présager un dénouement prochain. Mais il y avait une position droite postérieure, la rotation se fit en arrière et l'expulsion n'eut lieu qu'après huit heures d'efforts soutenus.

Ne pouvons-nous donc rien pour épargner tant de fatigue aux parturientes? Vous allez voir qu'on peut agir. La cause des retards, n'est-il pas vraie? est la lenteur ou le défaut du mouvement de rotation; il nous faut l'accélérer ou le produire. Cette rotation exécutée, l'efficacité des contractions, entravée jusque-là, se manifestera par le dégagement presque immédiat de la tête. Pour cela, vous vous servirez de votre main, mais comment?

Smellie (la manœuvre n'est pas nouvelle), Velpeau voulaient qu'on refoulât la face en arrière. C'est aisément dit. Pour ma part j'ai bien des fois tenté de repousser le front et je n'ai guère réussi.

On a ajouté qu'il fallait alors prendre point d'appui avec la pulpe du doigt sur la dépression d'une suture. Je l'ai essayé sans plus de succès.

Les accoucheurs anglais, ayant remarqué que la rotation ne s'opère qu'une fois la flexion de la tête accomplie—ce que M. Bailly et moi avons, du reste, signalé—en avaient conclu : pour

faciliter la rotation, contentez-vous de déterminer la flexion de la tête en pressant fortement sur le bregma, la nature fera le reste. J'ai fait comme eux; j'ai appuyé sur le front, je me suis efforcé de bien fléchir et j'ai attendu: rien n'a tourné.

Alors, échouant toujours en ayant recours à tous les procédés décrits, à ceux de Smellie, de Velpeau, de Playfair, de Mattei même qui agissait au-dessus des pubis, sur les épaules, par des manœuvres externes, j'ai pensé que cette boule céphalique, unie comme une bille de billard et plus glissante, devait nécessairement échapper au doigt à moins d'un point d'appui plus résistant que le rebord d'un pariétal. Or, la tête des enfants est ornée de chaque côté des appendices auriculaires aisément accessibles dans l'excavation: on en use même dans les diagnostics douteux. C'était ce point d'appui dont j'allais me servir. Quand la dilatation est complète, glissez vos deux doigts de la main gauche derrière l'oreille qui regarde la paroi droite du bassin, enfoncez-les profondément tout du long du bord adhérent et non pas seulement sur la partie flottante du pavillon; attendez une contraction, ou mieux faites pousser entre deux contractions; à ce moment, appuyez fortement derrière l'oreille, en même temps ramenez vos doigts en avant avec force mais sans violence et continuez le mouvement jusqu'à ce que vos doigts soient arrivés sur le côté gauche du bassin. Presque toujours la tête suivra votre impulsion, obéissant à la première sollicitation, quelquefois seulement à la deuxième ou à la troisième, et l'accouchement se terminera en quelques minutes.

Si votre main était retirée aussitôt après la rotation obtenue, l'occiput pourrait retourner en arrière, le bénéfice requis serait perdu; il faut laisser vos doigts en place jusqu'à la contraction prochaine qui fixera définitivement la tête en avant.

Si vous aviez une gauche postérieure au lieu d'une droite, la conduite serait la même sauf à prendre la main droite au lieu de la gauche. C'est ce que vous m'avez vu faire, voilà quatre jours, avec la femme M..., maintenant au n° 21 des accouchées.

Les douleurs duraient depuis une dizaine d'heures sans progrès; la tête était immobilisée en OIGP et ne manifestait aucune velléité de se déplacer. J'ai introduit les doigts de la main droite en avant et à gauche derrière l'oreille; au moment opportun j'ai imprimé à mes doigts un mouvement de rotation vers la droite; la tête tourna, l'occiput vint sous la symphyse et l'accouchement était terminé complètement treize minutes après le début de mon intervention.

Vous réussirez comme moi, si vous faites de la même façon, non pas toujours, mais presque toujours. Peut-être ne ferez vous, le plus souvent, tourner que des têtes qui eussent tourné toutes seules, le temps aidant; n'est-ce rien que d'épargner des heures de souffrance aux mères et aux enfants dont vous avez pris charge?

Quant à moi je considère que vous rendrez très grand service aux femmes chez qui, la rotation n'étant pas accomplie, le travail s'éternise, énervant comme il est en ces cas, si vous faites tourner la tête fœtale par cette petite manœuvre digitale absolument inoffensive. Vous devrez toujours y recourir, sauf les cas exceptionnels, avant de vous armer du forceps plus efficace sans doute, moins inoffensif à coup sûr.

Il y a des circonstances où le doigt comme le forceps sont impuissants pour obtenir la rotation. Il y a deux jours, au matin, on nous a apporté une pauvre femme, en douleurs depuis plus de trente heures, sur qui l'on avait fait en ville deux applications successives de forceps infructueuses.

L'état général était peu satisfaisant, l'état local moins satisfaisant encore, en ce qu'il existait dans le vagin en avant et à droite, vis-à-vis le trou obturateur, une profonde déchirure d'origine traumatique qui avait dénudé la branche ischio-pubienne et qui s'enfonçait en arrière jusqu'au ligament sacro-sciatique. La dilatation était complète; la tête du fœtus, recouverte d'une bosse sanguine volumineuse, se présentait en occipito-iliaque droite; à peine entendait-on les battements du cœur très faibles.

Fallait-il tenter la rotation digitale? Je n'y ai pas même songé un instant. L'utérus était à ce point rétracté, la tête à ce point serrée dans l'encavation, que c'eût été courir au devant d'un échec assuré, et perdre inutilement un temps qui devait être mieux employé.

Après des lavages antiseptiques plus nécessaires que jamais, j'introduisis mon forceps en commençant par la branche droite. J'aurais voulu faire tourner l'occiput vers le pubis, en plaçant la cuiller, à l'aide de ma main gauche, mais je ne pus réussir et dus me contenter d'une prise régulière d'une oreille à l'autre, le front en avant; puis je fis des tractions soutenues et énergiques. *"Il faut, autant que possible, faire exécuter artificiellement à la tête, à l'aide du forceps, tous les mouvements qu'elle exécuterait spontanément si l'accouchement était naturel."* C'est là le précepte fondamental qui sert de boussole à l'accoucheur, ai je écrit voilà dix-sept ans. Tout en tirant la tête, je devais donc viser à lui faire exécuter le mouvement de rotation qu'elle eût accompli dans l'accouchement naturel, sans aucune crainte de tordre le cou. Bien des accoucheurs et des plus illustres ont manifesté hautement cette crainte et les rotations de la tête fœtale à l'aide du forceps ont soulevé des polémiques sans nombre. Mais les appréhensions de mes contradicteurs sont vaines et leurs reproches théoriques ne tiennent pas devant les faits, attendu que sans parler des observations multipliées établissant l'innocuité de la manœuvre, mes expériences déjà vieilles, indiquées dans l'atlas de Lenoir, en 1864, puis exposées dans mon article du Dictionnaire pratique, ont toutes en faveur de la rotation artificielle de la tête, nullement

dangereuse pour l'enfant, moins dangereuse même qu'une flexion exagérée.

Comme mes maîtres Dubois et Danyau, avec MM. Depaul, Blot et Bailly, j'estime qu'il faut, en combinant les mouvements de rotation et de traction, tenter avec le forceps la conversion des postérieures en antérieures.

Mais comme il faut aussi savoir se résigner à dégager l'occiput en arrière, si la rotation exige des efforts trop violents, ou reste impossible, j'ai fait seulement chez notre femme quelques tentatives de rotation qui sont demeurées sans résultat, tentatives un peu timides peut-être, mais que la déchirure de la partie latérale du vagin imposait.

Il m'a fallu extraire en occipito-sacrée avec une excessive lenteur. " Dans ces cas, le périnée, fortement distendu, fait une voussure considérable au niveau de l'occiput. L'extraction est pénible, elle exige beaucoup de soin et de prudence si l'on veut éviter une déchirure étendue du périnée qu'on sera souvent obligé d'inciser."

C'est ce que j'écrivais en 1872, et vous voyez qu'en effet, pendant mon opération, le périnée bombait à ce point que, redoutant une rupture étendue, j'ai préféré, ce que je ne fais que rarement, prendre les devants en sectionnant les tissus de manière à diriger la déchirure, si celle-ci se prolongeait, sur les côtés de l'anus.

L'enfant, très compromis au début de mon intervention, est venu mort et n'a pas pu être ranimé.

La conduite à tenir dans les accouchements en occipito-postérieure est donc variée. J'ajoute que si l'enfant était mort et si en même temps l'extraction par le forceps présentait de sérieuses difficultés, il ne faudrait pas hésiter à faire la perforation du crâne.—*Semaine médicale.*

Quand doit-on se servir du forceps ? — Il n'est peut-être pas d'instrument qui, dans la pratique courante, rende autant de services que le *forceps*, lorsqu'il est employé avec à propos et appliqué suivant les règles de l'art. Souvent il sauve la vie de l'enfant ; il évite à la mère des lésions graves des organes génitaux qui pourraient résulter de la compression trop prolongée exercée par la tête fœtale.

Malheureusement, il n'est peut-être pas d'instrument dont on se serve plus inutilement ; cet abus s'accroît d'autant plus que, grâce à l'antisepsie, on ne voit plus qu'exceptionnellement des accidents de septicémie survenir à la suite de cette intervention.

Les raisons de cet abus du forceps sont multiples, et nous nous permettrons d'en donner seulement quelques-unes, les autres étant délicates à dire et surtout à écrire. Certains médecins oublient trop que l'accouchement est un acte physiologique pour l'accomplissement duquel les ressources seules de la nature doivent

suffire ; craignant pour la vie de l'enfant, ils interviennent trop tôt ; ils cèdent parfois un peu au désir de se procurer un triomphe facile. D'autres, les *humanitaires*, veulent épargner de longues souffrances à la femme qui réclame d'ailleurs l'intervention : fatigués d'attendre, ils recourent au forceps pour débarrasser la mère. N'est-ce pas aussi quelquefois pour pouvoir retourner plus vite—eux-mêmes—à leurs autres occupations ?

Cette intervention est-elle toujours inoffensive ? Non ; on peut dire, en principe, que toute application de forceps inutile est mauvaise.—Si les conditions requises pour une intervention n'existent pas encore (orifice dilaté ou dilatable, poche des eaux rompue, etc.), l'intervention hâtive est une pratique *coupable* parce qu'elle est *dangereuse* (déchirures étendues du col, ruptures utérines, etc.)

Si les conditions requises existent, il n'y a le plus souvent que demi-mal : le plus habituellement les suites de couches sont bonnes. Cependant, en admettant même que l'application du forceps soit tout à fait inoffensive pour le fœtus (il n'en est pas toujours ainsi), l'introduction des cuillers du forceps augmente toujours les lésions des parties maternelles (déchirures vaginales, du périnée, etc.), augmente par conséquent les dangers de septicémie.

Il est un autre accident d'une application de forceps inutile—accident dangereux pour la réputation de l'accoucheur. Il vient de décréter que jamais la femme n'accouchera seule, qu'il faut se servir des *fers*, et, mettant la parole en action, il passe dans la chambre à côté, défait sa trousse, se met en devoir de flamber son instrument, etc. La femme effrayée par l'opération qu'elle va subir, rassemble son courage, se met à pousser vigoureusement, et, lorsque l'accoucheur revient auprès de sa cliente, les vagissements de l'enfant lui sonnent désagréablement aux oreilles et lui rappellent qu'il ne faut jamais intervenir trop tôt ni surtout être trop affirmatif sur le mode de terminaison d'un accouchement.

Bien que tous les traités classiques consacrent un chapitre aux *indications* de l'application du forceps, il est certain que ces préceptes ne sont pas faciles à appliquer lorsqu'on n'a pas une certaine pratique obstétricale : c'est l'œuvre du clinicien de savoir les interpréter, de savoir *intervenir à propos*, de savoir *s'abstenir à propos* d'une intervention inutile, de savoir en un mot *quand* il faut se servir du forceps.

Nous allons essayer, en nous basant sur l'enseignement de nos maîtres, et en particulier sur l'enseignement que nous avons recueilli à la Maternité de Lariboisière, de résumer les principales règles de conduite de l'accoucheur en pareille occurrence.

Un premier devoir capital s'impose à l'accoucheur : c'est de ne pas tenter une application de forceps tant que l'*orifice utérin n'est pas complètement dilaté ou dilatable* ; agir autrement est commet-

tre une faute grave, c'est exposer la vie de la femme d'une manière inutile. Quant aux membranes, il faut qu'elles soient rompues ; si elles ne l'ont pas été spontanément depuis le début du travail, rien n'est plus facile que les rompre, avec l'ongle ou mieux avec un perce-membranes.

D'une manière générale, on peut dire qu'une application de forceps est indiquée, lorsqu'il y a intérêt à la pratiquer soit *pour la mère*, soit *pour l'enfant*, quelquefois *pour les deux*. Ce sont là les grandes indications de l'application du forceps : l'accouchement ne se termine pas ; la vie du fœtus est en danger ; il faut débarrasser la mère par une application de forceps. Tout cela est écrit dans les livres d'une façon théorique. Essayons de voir comment se présentent *dans la pratique* ces différentes indications.

Dans les présentations du sommet, le forceps est employé dans deux conditions très différentes :

1^o ou bien le travail dynamique est normal, la contraction utérine est efficace et régulière, mais un incident, un accident survient qui nécessite la terminaison rapide de l'accouchement ;

2^o ou bien il y a quelque chose d'anormal dans le mécanisme de l'accouchement qui ne pourra se terminer que très lentement, ou même qui est impossible sans l'intervention de l'accoucheur. *La vis à tergo* n'est pas suffisante pour amener l'expulsion du fœtus ; il faut la remplacer, lui apporter du secours à l'aide de la *vis à fronte*, le forceps.

C'est cette seconde catégorie de faits qui oblige le plus souvent l'accoucheur à recourir au forceps : l'obstacle à la terminaison de l'accouchement peut venir *du fœtus*, — de la *silière pelvienne* — ou d'une *insuffisance de la contraction utérine*. Quelquefois deux de ces facteurs entrent en jeu pour rendre l'accouchement très difficile ; par exemple, un fœtus volumineux, dont la tête est très ossifiée, passera difficilement dans un bassin qui n'est même que peu rétréci.

Le fœtus peut présenter un *excès de volume* général ou partiel : tantôt c'est une exagération notable de tous ses diamètres qui rend l'accouchement difficile ; tantôt c'est le volume seul de la tête qui fait obstacle, comme dans l'hydrocéphalie. Il est vrai de dire que dans ces derniers cas le forceps n'est pas souvent indiqué, à moins que l'hydrocéphalie ne soit pas très accusée ; il convient le plus souvent dans les cas d'hydrocéphalie de recourir à la ponction des sutures ou à la perforation du crâne.

Parfois c'est parce que la tête fœtale est dans une *position peu favorable* à la terminaison de l'accouchement qu'il faut intervenir : les positions postérieures, qui sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a dit, donnent lieu à des interventions assez nombreuses. Il en est de même toutes les fois que la rotation de l'occiput en avant ne s'accomplit pas facilement, soit spontanément, soit même après l'intervention nouvelle.

Il peut sembler singulier au premier abord d'indiquer ici le *petit volume* du fœtus comme pouvant nécessiter une intervention ; et, cependant, il est certain, que lorsque la tête fœtale est petite, elle peut se défléchir plus facilement ; elle subit moins l'action directrice du bassin et de la contraction utérine, et par conséquent il y a un retard, parfois trop prolongé, dans le mécanisme naturel de l'accouchement.

On observe assez souvent ces faits dans une grossesse gémellaire, pour le second fœtus ; il est vrai qu'intervient ici un autre facteur que nous verrons tout à l'heure ; l'inertie de la fibre utérine paralysée par distension de la cavité utérine.

L'obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement peut venir de la *filrière pelvienne* rétrécie suivant l'un de ses diamètres utiles.

Les *rétrécissements* dus au rachitisme siègent au détroit supérieur ; on attache aujourd'hui beaucoup moins d'importance qu'il y a quelques années à la mensuration exacte du ou des diamètres rétrécis ; peu importe que le diamètre promonto-pubien mesure quelques millimètres de plus ou de moins ; il est autrement intéressant de connaître le rapport qui existe entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du détroit supérieur qu'elle doit franchir. On arrive assez facilement à cette appréciation à l'aide du palper, mode de mensuration sur lequel M. Pinard insiste avec raison depuis quelques années et sur lequel nous reviendrons. Ce qui nous importe savoir aujourd'hui, c'est à quel moment il faut recourir au forceps lorsque la tête est arrêtée au détroit supérieur. Il faut s'armer de patience et attendre longtemps avant d'intervenir ; la tête fœtale n'appuyant pas sur le segment inférieur, la dilatation est très lente à se faire ; il faut attendre que l'orifice soit dilatable, rompre la poche des eaux et attendre encore quelque temps (une heure ou deux) pour voir si la tête va commencer à s'engager, à se mouler au niveau du détroit supérieur.

L'expectation un peu prolongée est ici de mise ; elle n'a pas d'inconvénient, parce que la partie fœtale, n'exerce pas compression nuisible sur les parties maternelles. Un symptôme inquiétant dans l'état de la femme ou du fœtus peut seul engager l'accoucheur à intervenir promptement ; il n'en est pas de même, lorsque la tête fœtale, profondément engagée dans l'excavation, a franchi l'orifice utérin et n'est pas expulsée au bout de *deux heures*. Ici la temporisation n'est plus permise : si l'on tarde à intervenir, la tête fœtale, exerce une compression dangereuse sur les parties maternelles et peut produire des eschares qui donneront lieu plus tard à des fistules nombreuses difficiles à guérir.

Nous ne pouvons énumérer ici toutes les causes qui peuvent ralentir ou empêcher la progression de la tête fœtale dans la filière pelvienne : laissant de côté les rétrécissements dus à des

altérations du squelette, l'obstacle peut provenir d'une *tumeur du bassin* ou des *parties molles*, d'une tumeur de l'*utérus* (fibrôme, cancer, etc.)

Une cause plus fréquente, la plus fréquente, c'est la *résistance des parties molles*, du périnée et pour quelques accoucheurs même, tels que M. Budin, la résistance de l'orifice hyménial. C'est surtout chez les primipares, et particulièrement chez les primipares âgées, que ce facteur intervient : le travail a marché régulièrement pendant un certain temps ; la dilatation s'est faite assez rapidement ; la tête a vite progressé ; la rotation s'est faite ; on croit que la femme va accoucher ; on aperçoit même la tête fœtale, qui disparaît cependant après chaque contraction. C'est ce qu'on a appelé la période de *désespoir*. On a beau essayer avec le doigt de distendre le périnée, de faire la dilatation pré-fœtale ; rien n'y fait, et il faut intervenir. Notre ami H. Vernier vient d'étudier avec soin la nature de l'obstacle à cette période de l'accouchement, et, d'après lui, ce ne seraient pas les parties molles, mais la résistance que met le coccyx à se laisser propulser, qui gênerait l'expulsion du fœtus ; " la résistance du coccyx à la rétro-pulsion paraît être la cause ordinaire et principale du " retardement " de la sortie de l'enfant à terme et vivant." C'est contre cette résistance que vient s'épuiser la contraction du muscle utérin ; c'est elle qui souvent provoque l'inertie utérine. Le muscle utérin se fatigue, ses contractions ne reviennent que plus faibles et à intervalles plus éloignés ; elle ne sont plus suffisantes pour amener l'expulsion du fœtus. Il importe de surveiller avec soin ces modifications dans les caractères de la contraction utérine ; c'est en les observant qu'on peut affirmer qu'il y a insuffisance de la contraction et inertie utérine.

Nous devons signaler également une cause de *dystocie périnéale* bien étudiée par notre ami A. Boissard ; chez certaines femmes la vulve a une orientation spéciale, elle regarde trop en avant ; la commissure postérieure de la vulve peut se rapprocher si près du bord inférieur de la symphyse, que l'extrémité supérieure de la fente vulvaire commence sur la face antérieure du pubis, le capuchon du clitoris partant presque du bord supérieur de la symphyse. Chez les femmes qui présentent cette conformation spéciale (la *barrure* des anciens auteurs), on doit s'attendre à une grande lenteur lors de la dernière période d'expulsion, et par fois les difficultés " seront si accusées qu'on devra recourir à une application de forceps " (Boissard.)

Ainsi, dans tous ces cas, l'application de forceps est indiquée, toutes les fois que la contraction utérine est insuffisante pour terminer l'accouchement ; tantôt il y a une véritable inertie utérine, un arrêt ou une diminution dans la contraction utérine ; tantôt la contraction utérine est régulière, mais elle n'est pas suffisante pour triompher de l'un des obstacles que nous avons étudiés. (A suivre.) G. LEPAGE, in *Concours médical*.

Des corps étrangers du vagin. (1) — Certains corps étrangers s'altèrent facilement. Ils sont érogés par l'action des sécrétions physiologiques, ou s'incrustent de dépôts calcaires et phosphatiques. Les corps métalliques s'oxydent plus ou moins rapidement. Charrier et de Beauvais ont signalé l'augmentation de volume des pessaires en gomme élastique, en bois, en liège, en caoutchouc, sous l'influence des sécrétions vaginales.

Tout corps de forme irrégulière, dont la composition ou le volume subissent quelqu'une des transformations précédentes, est généralement mal supporté par la muqueuse vaginale. L'inflammation locale qu'il provoque aboutit d'abord à des ulcérations sur les points immédiatement en rapport avec lui, puis, plus tard, à des enkystements, à des fistules, à des atrésies totales ou partielles ou enfin à des propagations inflammatoires vers les organes voisins.

Un pessaire volumineux, de forme sphérique, en bois, avait été placé dans le but de remédier à des douleurs consécutives à un prolapsus utérin. Le médecin avait recommandé à sa cliente d'avoir bien soin de le retirer régulièrement et de pratiquer des lavages vaginaux. Longtemps, la femme suivit exactement la prescription. Mais, à un certain moment, ayant éprouvé des difficultés sérieuses à retirer le pessaire, elle y renonça et se contenta de faire des injections vaginales. Après être restée assez longtemps sans ressentir aucun trouble de la présence du pessaire, elle fut prise de douleurs dans l'aîne gauche, et remarqua le développement à ce niveau d'une tuméfaction légère; elle perdit du pus par le vagin. Beatty constata à ce moment la présence, dans l'aîne gauche, d'une adénite et, dans le vagin, celle d'une tumeur sphérique, volumineuse, en rapport avec les parois gauche et postérieure du vagin. Après avoir incisé l'enveloppe de la tumeur, il put énucléer et extraire avec beaucoup de peine ce pessaire, que la muqueuse vaginale avait fini par recouvrir. L'opération fut immédiatement suivie de la disparition de tous les phénomènes pathologiques.

De Beauvais a extrait, au bout de trois ans, un pessaire en caoutchouc durci, qui avait contracté des adhérences intimes avec le col de l'utérus, sans avoir néanmoins empêché la femme de concevoir, car elle fit, peu de jours après l'opération, une fausse couche de trois mois et demi.

M. Jenks a vu une femme que l'on croyait atteinte d'un cancer de la matrice. Elle n'avait plus ses règles depuis douze ans et souffrait depuis assez longtemps d'un écoulement assez considérable et très irritant des parties génitales. Les cuisses et la vulve avaient fini par être fortement excoriées. A l'extrémité supérieure du vagin, le doigt fit constater l'existence d'une masse

(1) Suite et fin. Voir la dernière livraison.

molle, immobile, dont la consistance ne rappelait aucune tumeur connue. Par le spéculum, Jenks reconnut qu'il s'agissait d'une éponge très adhérente aux tissus. Il dut l'enlever par morceaux. Les parois vaginales sous-jacentes étaient saignantes et ulcérées. Guérison rapide. Cette femme raconta qu'elle avait l'habitude d'introduire une éponge dans le vagin pour remédier à une chute de la matrice. L'éponge y avait été placée pour la première fois deux ans auparavant par un médecin. Depuis lors, elle n'avait plus eu besoin de ce moyen, et elle croyait avoir retiré l'éponge.

Une femme de 36 ans vint consulter A. Pearse pour une ménorrhagie datant de dix jours et ayant amené une grande prostration, des coliques très fortes et l'affaiblissement. Au toucher vaginal on sentait, à un pouce de l'entrée, un corps étranger recouvert par un repli de la muqueuse. La malade finit par avouer qu'à 14 ans elle s'était introduite elle-même une bobine de fil. Elle avait déjà eu des attaques de péritonite et d'hémorrhagie. Dix jours après, le corps étranger fut retiré. On trouve une fistule uréthro-vaginale. Cette malade avait été mariée deux fois et avait été soignée par des médecins. Chose inconcevable, la bobine, mesurant un pouce trois quarts de longueur et dix pouces de largeur, avait toujours passé inaperçue.

Dans l'observation de Carter et Daly, le dévidoir avait provoqué un écoulement fétide, parfois sanieux. Il s'était incrusté dans un tissu cicatriciel. Il fallut pratiquer de larges incisions pour arriver à l'extraction de l'objet. Deux ans plus tard, on pratiqua une opération à cause d'un mariage projeté, et le vagin fut trouvé rétréci par des cicatrices nombreuses. Peu après, cette femme devint enceinte, et elle accoucha au huitième mois. Le vagin étant encore diminué de calibre, il fallut inciser les bandes cicatricielles et appliquer le forceps. L'enfant naquit vivant, mais mourut bientôt après. La seconde couche eut lieu à terme, on incisa de nouveau les bandes cicatricielles, la délivrance s'opéra naturellement, et l'enfant vit encore.

Aux symptômes précédemment décrits, il convient d'ajouter des alternatives de rétention et d'incontinence de l'urine et des matières fécales, et des exemples de rétention menstruelle. Dans les faits cités par Barad et de Breisky, la rétraction cicatricielle était si prononcée, qu'elle avait entraîné l'oblitération presque complète du vagin.

Les corps étrangers les plus dangereux sont les crayons, poinçons, fragments de verre, épingles, etc., pointus ou tranchants. Ils ont de la tendance à perforer les parois vaginales et à s'engager en totalité ou en partie dans les cavités voisines : le rectum, la vessie, le péritoine, etc. Dans ce cas, les phlegmons circumtériers et les péritonites peuvent souvent apparaître avec toutes leurs conséquences funestes.

Nous avons déjà signalé les erreurs de diagnostic auxquelles les

corps étrangers avaient donné lieu, ajoutons-y encore quelques autres observations.

Guyon parle d'une sangsue qui, entrée dans le vagin, déterminait des hémorrhagies très abondantes pour lesquelles on soigna inutilement la malade.

Capuron, Richet, Horrochs, etc., ont rapporté des faits d'éponges oubliées dans le vagin et confondues avec des cancers ulcérés.

On pourrait multiplier les exemples analogues sans grande utilité pour les lecteurs.

On conçoit la difficulté du diagnostic en pareil cas. Bien souvent la femme oublie; d'autres fois, retenue par un sentiment invincible de honte ou de pudeur, elle n'ose renseigner le médecin et avouer les manœuvres auxquelles elle s'était livrée antérieurement.

Une fois la nature du corps étranger reconnue, il faut procéder à son extraction. Nous avons vu plus haut qu'elle pouvait être très difficile. Dans certains cas, comme le nôtre, il faut faire des applications d'instruments spéciaux pour la traction. Bombke a publié un fait dans lequel un calcul du volume d'un œuf de dinde s'était formé autour d'un pessaire en bois, resté en place pendant dix ans; il fallut employer le forceps pour l'enlever.

Dans d'autres cas, il faut pratiquer des débridements.

Quoi qu'il en soit, on s'entourera toujours des précautions d'une antiseptie rigoureuse, et l'on ajournera l'opération des fistules pouvant exister jusqu'après la guérison de l'inflammation locale et de ses résultats, ulcères, fongosités etc. —*Gazette de gynécologie.*

L'acide acétique en gynécologie.—Les solutions d'acide acétique sont aussi antiseptiques que les solutions d'acide phénique. Elles sont absolument inoffensives et ne produisent jamais de phénomènes d'intoxication; de plus, elles sont hémostatiques, et même à un degré assez prononcé. L'acide acétique possède, en outre, la propriété d'imprégner les tissus avec une facilité beaucoup plus grande que les autres agents antiseptiques; il a donc un grand avantage sur le sublimé, qui, en présence de l'albumine, produit des composés insolubles. L'acide acétique attaque aussi beaucoup moins les instruments que le sublimé. On peut laisser séjourner un forceps pendant un quart d'heure dans une solution de 3 pour 100 d'acide acétique, sans produire le moindre dégât. Le savon ne se dissolvant pas dans les solutions d'acide acétique, il faudra, après son emploi, se laver au moins deux fois les mains, petit inconvénient, fort léger à la vérité. On emploiera des solutions à 3 pour 100. Dans les cas de septicémie préexistante, il faudra recourir à des solutions de 5 pour 100. Ces dernières occasionnent sur les plaies une sensation de brûlure.

Rappelons que les anciens se servaient du vinaigre rosat pour pratiquer l'antiseptie puerpérale.—*Gazette de gynécologie.*

PÆDIATRIE.

Du rhumatisme cervical chez l'enfant.(1)—En résumé, le rhumatisme cervical peut présenter diverses modalités cliniques qu'il importe de connaître.

1o *Il peut être uniquement articulaire*, et alors, tantôt *il coexiste* avec d'autres manifestations articulaires (comme dans notre dernière observation), tantôt *il les précède* (comme dans le cas de M. Chauffard), tantôt enfin il constitue *la seule détermination* du rhumatisme; témoin cette observation rapportée dans la thèse de M. Picot (1872) d'une fillette de 15 ans chez laquelle le rhumatisme resta uniquement localisé aux articulations cervicales, et n'en fut pas moins compliqué d'endocardite mitrale.

Le propre de ce rhumatisme cervical articulaire est de s'accompagner d'un torticolis de protection qui place la tête soit *en flexion et rotation*, soit *en inclinaison latérale* (observation de la petite Jeanne D.....), soit *en extension* (observation de M. Chauffard); enfin, le torticolis peut être *variable* (faits de M. Cadet de Gassicourt).

2o *Le rhumatisme cervical peut être uniquement musculaire :*

Avec torticolis (observation de Deseille), ou *sans torticolis* (observation de la petite Henriette S...).

3o Enfin, *il peut être mixte* et intéresser simultanément et les muscles et les articulations du cou.

Le diagnostic du rhumatisme cervical est facile, d'ordinaire. Vous ne le confondrez pas avec une attitude vicieuse de la tête et du cou provoquée par une angine phlegmoneuse ou une adéno-pathie. Si, dans ce cas, on peut croire à première vue, avoir affaire à un rhumatisme cervical, l'erreur n'est pas de longue durée. Mais la chose n'est pas toujours aussi simple, et, dans mainte circonstance, votre esprit restera en suspens entre le diagnostic de rhumatisme cervical et celui de *méningite spinale*, ou, plus souvent encore de *mal sous-occipital*.

Examinez votre malade avec la plus grande attention : cherchez du côté des articulations, du côté du cœur, du côté de la peau. Si vous trouvez, en même temps que la douleur et l'attitude vicieuse du cou, quelques arthropathies ou une détermination cardiaque, ou des lésions cutanées à cachet rhumatismal, la tâche vous sera singulièrement facilitée. Mais il peut arriver que vous ne trouviez que la localisation cervicale : dans ce cas, examinez minutieusement la région malade; recherchez les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant, voyez quelle est sa consti-

(1) Suite et fin. Voir la dernière livraison.

tation, et de l'ensemble de ces renseignements découlera souvent la certitude absolue de votre diagnostic. Au surplus, si vous ne pouvez affirmer ce diagnostic séance tenante, l'évolution de la maladie et les résultats du traitement vous fourniront ultérieurement des données de la plus haute importance.

Messieurs, le diagnostic du rhumatisme cervical une fois établi, il ne faut pas vous en tenir là : allez plus loin et voyez à quelle variété vous avez affaire ; les articulations peuvent être touchées isolément, comme aussi les muscles, et enfin, articulations et muscles peuvent être intéressés à la fois. Cette seconde partie du diagnostic n'est pas la moins délicate. Néanmoins, avec de la patience et de la méthode dans l'examen des petits malades, vous arriverez assez facilement dans la plupart des cas, à localiser la lésion d'une façon certaine.

Je n'insisterai pas sur le traitement du rhumatisme cervical. Je vous en ai assez parlé, chemin faisant, pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Qu'il me suffise de vous dire que tout rhumatisme cervical articulaire, musculaire ou mixte, est justiciable du *salicylate de soude* qui est bien supporté par les enfants, même à dose très élevée.

L'*antipyrine*, que les enfants tolèrent non moins bien, à la dose de 3, 4 et 5 grammes, est un médicament d'une valeur au moins égale, pour ne pas dire supérieure, à celle du salicylate de soude, dans le traitement du rhumatisme cervical.

Grâce à cette médication vous obtiendrez à peu près toujours la guérison très rapide et complète de vos petits malades. Quelquefois cependant, alors que toute douleur, que tout fièvre a disparu, il reste encore un certain degré de contracture musculaire. Je vous en citerai comme exemple l'observation suivante que j'emprunte aux cliniques de M. Cadet de Gassicourt.

« Je soignais, il y a quelques années, dit mon excellent collègue, une fillette d'une dizaine d'années, qui était atteinte d'un *torticolis rhumatismal* dans lequel les articulations des vertèbres cervicales et le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit étaient également touchés. Au début, le rhumatisme, très subaigu, suivait une marche normale et ne m'inspirait aucune inquiétude. Mais, malgré l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas, je m'aperçus au bout d'une quinzaine de jours que la raideur du cou allait chaque jour en augmentant et que la tête penchait de plus en plus vers l'épaule droite. Cependant, la fièvre, qui n'avait jamais été très vive, était tout à fait tombée quoique les vertèbres continuassent à être légèrement sensibles à la pression et que la moindre tentative de redressement fût rendue impossible par l'acuité de la douleur. Les douches sulfureuses, les vésicatoires ne donnaient aucun résultat ; la cautérisation ponctuée conseillée par mon maître Barthez, que j'avais appelé en consultation, avait complètement échoué. J'étais fort inquiet, et je me demandais si la lésion était

restée limitée aux articulations et si les vertèbres elles-mêmes n'étaient pas profondément atteintes. Pourtant la marche de la maladie, le torticolis persistant, l'absence d'empatement autour des vertèbres et d'abcès de voisinage ou migrateurs, l'intégrité des membres supérieur et inférieur, l'état général excellent, tout me faisait repousser l'idée d'une carie vertébrale. Les jours passaient cependant; pendant ce temps, les vertèbres avaient cessé d'être douloureuses, mais le muscle restait contracturé.

Pour savoir si l'obstacle au redressement de la tête siégeait dans les vertèbres ou dans le muscle, j'endormis l'enfant par le chloroforme. A peine le sommeil était-il complet, qu'il me fut facile de vaincre la résistance du muscle, et je reconnus que je pouvais fléchir et tourner le cou dans tous les sens sans la moindre difficulté. Je résolus alors d'appliquer autour du cou un collier, dit minerve, comme dans le mal de Pott cervical, de manière à maintenir la tête après l'avoir redressée. Au bout de quinze jours d'application, la résistance du muscle était vaincue et l'enfant guéri. Le procédé n'est pas nouveau, mais il est efficace; je vous le recommande en pareille circonstance."

Vous voyez, Messieurs, par le fait que je viens de vous citer, quelle doit être votre conduite dans le cas de contraction musculaire consécutive à un rhumatisme cervical. Aux moyens employés par M. Cadet de Gassicourt j'ajouterai—et en première ligne—le *massage*, dont vous obtiendrez souvent des résultats véritablement merveilleux.

C'est par cette theurapeutique à la fois interne et locale que vous parviendrez, même dans les cas les plus rebelles, à la guérison complète de vos petits malades.—*Abeille médicale*.

Paralysie faciale des nouveau-nés.—Chez les nouveau nés il existe au moins trois formes différentes de paralysie faciale périphérique :

- 1^o Les paralysies causées par l'application du forceps ;
- 2^o Les paralysies causées par un travail lent, une conformation vicieuse du bassin ou par une tumeur intra-pelvienne ;
- 3^o Les paralysies, généralement accompagnées d'une diminution de l'ouïe qui sont vraiment congénitales.

Tandis que les deux premières permettent un assez bon pronostic, quant à une guérison complète, la dernière est incurable et reste pendant toute la vie ; les troubles fonctionnels qui l'accompagnent ne sont pas grands, parce que le sujet apprend à s'y accoutumer, n'ayant jamais connu une fonction normale du côté paralysé. Mais quand l'accoucheur a constaté chez un nouveau-né une paralysie faciale périphérique qui n'est pas causée par l'application du forceps, il fera bien, en général, de réserver son pronostic, car si l'affection est le résultat d'une pression, elle disparaîtra, en général, mais si elle est vraiment congénitale, elle persistera toute la vie.—STEPHAN, in *Revue de médecine*.

Méningite tuberculeuse chez les enfants de moins de deux ans.—Il est de notion classique que la méningite tuberculeuse est une affection atteignant sa plus grande fréquence vers l'âge de quatre ans, et qu'au-dessous de deux ans elle est exceptionnelle. Cependant, sa fréquence à cet âge est peut-être plus grande qu'on ne le croit, et M. le docteur BOSSELUT, conseillé sous ce rapport par M. le professeur Damaschino, vient de faire sur ce sujet des recherches qu'il a consignées dans sa thèse. De ce travail, il résulte que l'enfant nouveau-né, jusqu'à l'âge de deux ans, est sujet à la méningite tuberculeuse bien plus souvent qu'on ne le croit d'ordinaire.

Loin d'être exceptionnelle avant cette époque, elle existe fréquemment, ainsi que l'a démontré M. Damaschino; mais elle passe inaperçue n'étant pas diagnostiquée, étant même quelquefois éliminée systématiquement par des observateurs qui admettent à tort la fréquence de la méningite franche dans le très jeune âge. Les causes sont d'ailleurs les mêmes que dans la méningite tuberculeuse en général; elles consistent, en définitive, dans l'introduction du bacille de Koch dans le sang et sa localisation au niveau des méninges. L'alimentation, et aussi la respiration, sont habituellement les fonctions qui permettent l'introduction de ce micro-organisme. Dans beaucoup de cas, la tuberculose d'origine héréditaire est transmise par les parents à l'embryon.

Les symptômes, quoique plus vagues, étant donné l'âge de l'enfant, reproduiront ici à peu près le tableau clinique de la méningite tuberculeuse du sujet plus éloigné de la naissance. Il existe cependant quelques détails cliniques suffisants pour attirer l'attention et faciliter le diagnostic. La marche est ordinairement très rapide; l'évolution chronique est beaucoup plus rare qu'à l'âge de quatre ou cinq ans. La terminaison est la mort dans tous les cas; le pronostic est donc des plus graves.

Il importe de ne pas confondre la méningite tuberculeuse des enfants à la mamelle avec l'embarras gastrique dû à l'alimentation mauvaise, insuffisante ou trop abondante ou administrée d'une façon non méthodique; avec la pneumonie lobaire, certains cas de syphilis héréditaire et surtout l'otite aiguë; M. Bosselut insiste beaucoup sur ce dernier point. L'otite aiguë, en effet, est une des maladies qui donnent le plus de prise aux erreurs de diagnostic. Cette affection, quoique rare dans le bas âge, peut être observée. Le rocher peut devenir le siège de tuberculose primitive à la suite d'un état général mauvais, ou secondaire à la suite d'une tuberculose voisine; de plus, il est souvent envahi par une phlegmasie simple, aiguë ou chronique, qui succède toujours à une inflammation de l'oreille interne ou de l'oreille moyenne. Encore ici l'état général et les fièvres éruptives, la rougeole en particulier, jouent un rôle pathogénique prépondérant. Quoi qu'il en soit, l'enfant atteint d'otite simple ou tuberculeuse, pré-

sente un-ensemble syndromique qui a les plus grandes analogies avec la méningite tuberculeuse; ce qui pourra fixer le diagnostic; c'est le rôle effacé de la constipation, la douleur très vive qu'on arrive à déterminer lorsqu'on exerce une pression au voisinage de l'oreille malade et surtout l'écoulement purulent qui a lieu à ce niveau et qui macule l'oreiller sur lequel repose la tête du petit malade, de sorte que le diagnostic est pour ainsi dire inscrit sur l'oreiller, suivant l'expression de M. Damaschino.

Le traitement ne saurait être que préventif et, quand la maladie est confirmée, palliatif. Il n'est guère permis d'espérer un résultat satisfaisant de la médication, surtout quand il s'agit d'enfants qui viennent de naître.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Sur la pathologie et le traitement de la coqueluche.—Dans une communication à la Société de médecins de Vienne, le Dr GENSER, après avoir passé en revue les travaux les plus récents sur la nature parasitaire de la coqueluche, énumère les résultats qu'il a obtenus lui-même dans le traitement de cette maladie.

Les malades qu'il a traités s'élevaient au nombre de 200. Ils furent soumis à deux modes de traitement: chez les uns, on pratiqua des insufflations de poudres médicamenteuses dans les fosses nasales, suivant le procédé de Michaël, aux autres, on administra de l'antipyrine par voie stomacale.

La méthode de Michaël fut essayée dans 76 cas; on insuffla au moyen d'un tube en verre coudé, de la poudre d'acide benzoïque dans les fosses nasales des malades. Les résultats obtenus furent médiocres, comme le montrent les tracés indiquant le nombre des quintes de toux par vingt-quatre heures. La durée du traitement a été en moyenne de quarante-trois jours. L'auteur a pu constater, dans un grand nombre de cas, que les insufflations avaient le seul avantage de mettre fin aux vomissements. En général, les petits malades les supportaient difficilement, elles les mettaient dans un état d'excitation considérable et amenaient souvent à leur suite une violente quinte de toux.

Par contre, l'antipyrine administrée par la bouche s'est généralement montrée plus efficace. Les tracés établis par l'auteur montrent que cette médication a toujours eu pour effet non seulement de diminuer le nombre des quintes par vingt-quatre heures, mais encore leur durée et leur intensité. Dans la plupart des cas, la durée du traitement n'a pas duré vingt-quatre jours. La dose moyenne a été de 0 gr. 10 centigr. par jour pour chaque année d'âge, de sorte qu'un enfant âgé de 5 ans, par exemple, absorbait, pour quarante-huit heures, 1 gramme d'antipyrine dans 80 grammes d'eau, avec addition d'un sirop quelconque. Dans cinq cas compliqués de lésions pulmonaires, l'antipyrine a donné des résultats négatifs.

Ces faits établissent nettement, suivant l'auteur, l'action favorable de l'antipyrine dans la coqueluche. Ce produit agit-il, en tant que médicament antiparasitaire, ou bien n'est-ce pas plutôt par ses propriétés sédatives, en diminuant l'excitabilité réflexe qu'il arrête la toux de la coqueluche ? L'auteur se range à cette dernière supposition. L'antipyrine, par conséquent, tout en n'étant pas un médicament spécifique contre la coqueluche, n'en rend pas moins des services considérables dans le traitement de cette maladie et, dans tous les cas, l'administration de ce médicament ne présente pas le moindre inconvénient pour l'organisme de l'enfant. Celui-ci l'avale sans difficulté ; son goût amer peut-être masqué à volonté.

L'auteur a également expérimenté l'antifébrine dans le traitement de la coqueluche, mais cette substance lui a donné des résultats incomparativement moins favorables que l'antipyrine.—*Paris médical.*

DERMATOLOGIE.

Traitement de l'eczéma de la face chez les enfants, par M. BESNIER, médecin de l'hôpital St-Louis.—Nous empruntons au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* les préceptes suivants posés par M. E. BESNIER pour le traitement de l'eczéma chez les enfants :

L'eczéma de la face chez les enfants reconnaît trois formes. La première se rencontre chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux-tuberculeux ; elle a pour caractères principaux d'être peu prurigineuse, de se développer autour des orifices, comme le nez et la bouche, et de déterminer de grosses adénopathies qui peuvent être le point de départ de lésions tuberculeuses. Sa sécrétion est très abondante et la cornée est souvent atteinte de kératite phlycténulaire.

La seconde forme d'eczéma appartient à la première enfance et coïncide avec le travail de la dentition. Très prurigineux, cet eczéma couvre la figure comme un masque, respectant tous les orifices comme le nez, les yeux, la bouche et même les plis des oreilles ; il gagne souvent aussi le dos des mains et des poignets. En même temps existent des traces d'irritation buccale, telles que sensibilité des gencives, salivation abondante, indiquant qu'on se trouve en présence d'un eczéma réflexe, en rapport avec le travail de la dentition. Aussi les meilleurs moyens de le combattre sont-ils de diminuer l'irritation des gencives en faisant mâcher de la racine de guimauve ou du bois de réglisse et surtout

de calmer le prurit gingival par des atouchements fréquemment répétés à l'aide de la préparation suivante :

Glycérine.....	10 grammes.
Eau distillée.....	10 —
Bromure de potassium.....	1 —
Cocaïne	0,10 centigr.

Si le sommeil est agité, on donne le bromure de potassium à l'intérieur à la dose de quatre cuillerées à café (une par heure) de la solution suivante :

Sirop de fleurs d'oranger.....	50 grammes.
Bromure de potassium.....	1 —

Comme traitement local, on a recours à la pommade suivante :

Oxyde blanc de zinc.	25 grammes.
Vaseline.....	75 —

La troisième forme d'eczéma diffère de la précédente par l'absence de prurit, mais ne se montre pas non plus au pourtour des orifices ; siégeant dans la partie de la peau qui confine aux glandes sébacées et sudoripares, cet eczéma débute par le cuir chevelu où il se caractérise par une desquamation abondante et l'aspect des cheveux qui sont rares et grêles ; de là, il gagne les sourcils, la face et souvent aussi le cou, le dos et les épaules.

Son mode de traitement est des plus simples : au cuir chevelu, on fera couper les cheveux et faire des lavages avec le savon ; sur la face on fera faire des lotions avec de l'eau tiède à laquelle on ajoute un peu de lait pour mieux dissoudre les sécrétions grasses de la peau et l'on fait ensuite les applications de résorcine.

Résorcine.....	1 gramme.
Oxyde de zinc.....	10 —
Vaseline.	100 —

On peut remplacer la résorcine par le soufre à la dose de 4 ou 5 grammes.

Quant à l'eczéma scrofuleux-tuberculeux, le plus grave de tous, on commence par faire deux fois par jour des lavages avec un liquide tiède composé de : une cuillerée de liqueur de Van Swieten pour un bol d'eau, et peu à peu on arrive à employer la liqueur. On fait en même temps des applications de pommade au calomel à 1 gramme pour 30 grammes, puis on a recours au précipité rouge à la dose de 0,05 centigrammes pour 50 grammes. Mais comme ces préparations sont irritantes, il faudra en surveiller attentivement l'usage.—*Tribune médicale.*

Quelques préparations contre les engelures.— Les pédilures ou les manulaves à l'alun et au tan sont d'usage banal; le massage donne de bons résultats. Parmi les préparations pharmaceutiques les plus efficaces, sont le nitrate d'argent, l'oxyde de zinc et le collodion iodé ou iodoformé :

1o *Solution de nitrate d'argent.* :

P. Nitrate d'argent.....	3½ grains.
Eau distillée	1 once.

F. s. a. pour l'usage externe. En badigeonnages.

2o *Pommade au nitrate d'argent (Billroth)* :

P. Nitrate d'argent....	1 partie.
Pommade rosat.....	100 “

F. s. a. pour l'usage externe. En onctions sur la région malade.

3o *Vaseline à l'oxyde de zinc* :

P. Oxyde de zinc	3 parties.
Vaseline.....	20 “

F. s. a. même usage.

4o *Collodion iodé.*—M. Billroth, d'après M. Wheite et le formulaire de la Faculté de Vienne, emploie volontiers un badigeonnage quotidien avec le collodion ainsi formulé :

P. Collodion.....	40 parties.
Iode métalloïdique	1 “

F. s. a. pour l'usage externe.

Ou bien, il combine ces badigeonnages avec l'application de compresses imbibées du mélange suivant :

P. Eau de cannelle.....	20 parties.
Eau distillée.....	60 “

F. s. a.

5o *Collodion iodoformé.*—Les badigeonnages avec cette préparation donnent de bons résultats, comme je l'ai souvent constaté dans ces dernières années. On doit les répéter au besoin deux fois par jour. Ce collodion se formule ainsi :

P. Iodoforme.....	1 partie.
Collodion.....	20 “

F. s. a. pour l'usage externe.

Traitement antiseptique de l'impétigo.—CH. ELOY conseille le traitement suivant, basé sur l'antiseptio médicale.

Il faut d'abord assurer la chute des croûtes avant d'appliquer les topiques antiseptiques.

Pour provoquer la chute des croûtes, on peut les recouvrir d'une compresse formée de huit à dix doubles de tarlatane et imbibée d'eau boriquée au 50^e (Besnier), ou encore de cataplasmes de fécule de pommes de terre aseptique par l'addition d'eau boriquée (Gaucher). M. Eloy, reconnaissant que l'usage des cataplasmes présente des inconvénients, recommande les compresses de tarlatane recouvertes d'une feuille de mackintosh et imbibées de la solution classique de fleurs de sureau mélangée par parties égales avec l'eau boriquée à 50 0/0, l'eau phéniquée à 5 0/0, ou la solution de sublimé à 2 0/0.

Enfin, voici les topiques antiseptiques recommandés par Besnier et Vidal :

1o Emplâtre de diachylon.....	20 gram.
Minium	2 gr., 50
Cinabre.....	1 gram.

On applique cet emplâtre en petits morceaux, on renouvelle tous les jours ces derniers en faisant précéder chaque pansement d'une lotion avec solution d'alcool camphré.

Dans les impétigos étendus ou généralisés, il faut employer les bains antiseptiques additionnés de 1 à 4 gram. de sublimé, ou encore les lotions avec la liqueur de Van Swieten étendue de moitié d'eau tiède.

Enfin, il ne faut jamais oublier le traitement général : huile de foie de morue, iodiques ferrugineux, alcalins, arsénicaux, etc.

Revue de clinique et de thérapeutique.

—Il est aussi difficile de conserver une clientèle que de la faire.

—Tous les titres scientifiques ne valent pas, pour un praticien, une certaine habileté à se faire valoir.

—Le public, en médecine, comme en toutes choses, court aux habileurs et se détourne des modestes.

—Beaucoup de malades guérissent sans nous ou malgré nous ; le comble de l'art est de nous faire attribuer tout l'honneur de leur cure.

—Contradiction curieuse : le public qui court aux spécialistes n'admet pas qu'un médecin ne soit pas universel ; c'est pour lui une déchéance souvent définitive que de se récuser dans un cas difficile.

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Germain Séc.*

P.—Poudre de racine de belladone.....	$\frac{1}{3}$ grain
Poudre de Dover.....	$\frac{1}{2}$ "
Soufre sublimé.....	4 grains
Sucre blanc.....	10 "

M.—A prendre en une seule dose, de deux à dix fois par jour, suivant l'âge du malade et l'effet produit.—*Journal de médecine de Paris.*

VEILLARD conseille de badigeonner le pharynx et les amygdales avec une solution à $\frac{5}{10}$ de cocaïne.

Goutte.—*Loomis.*

P.—Extrait de colchique.....	
" d'aloès.....	
Ipécacuanha.....	
Calomel.....	ââ 1 grain
Extrait de noix vomique.....	$\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ "

M.—Pour une pilule, à prendre toutes les quatre heures à effet purgatif.—*Medical Age.*

Fétidité de Phaleine.

P.—Café torréfié.....	75 grammes
Charbon de bois pulvérisé.....	
Poudre d'acide borique.....	ââ 25 "
Saccharine.....	65 centigram.
Teinture de vanille.....	q. s.
Mucilage.....	q. s.

Faire des pastilles de 70 centigrammes chacune. — *American Druggist.*

Catarrhe gastrique.—*Waugh.*

P.—Carbonate de soude.....	2 drachmes
Vin d'ipécacuanha.....	
Extrait fluide de rhubarbe.....	2 drachmes
Sirop de rhubarbe.....	q. s. pour 3 onces

M.—Dose : Deux cuillerées à the dans un verre d'eau chaude une heure avant chaque repas.—*Medical Age.*

Vomissements.—*Randolph.*

P.—Créosote.....	20 gouttes
Acide acétique.....	40 "
Sulfate de morphine.....	2 grains
Eau.....	2 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures pendant deux heures.—*Saint Louis Medical Journal.*

Varices.—*Koberl.*

P.—Chlorure de barium.....	23 grains
Eau distillée.....	q. s.
Lanoline.....	3¼ drachmes
Huile d'amandes douces.....	1½ "

M.—En frictions sur les veines trois fois par jour.—*Medical Standard.*

Métrorrhagie.—*Gallard.*

P.—Ergot.....	2½ drachmes
Sous-carbonate de fer.....	2½ "
Sulfate de quinine.....	½
Extrait de digitale.....	15

M.—Faire 100 pilules.—*Dose* : Deux pilules avant chaque repas.—*Pacific Medical Journal.*

Hémicranie.—*Liégeois.*

P.—Sulfate de quinine.....;	25 grains
Salicylate de soude.....	25 "
Chlorhydrate de morphine.....	¼ "

M.—A priser toutes les demi-heures ou toutes les heures.—*Lyon médical.*

Névralgies superficielles.—*Garretson.*

P.—Aconitine.....	2 grains
Vératrine.....	4 "
Huile de croton.....	2 gouttes
Huile d'olive.....	2 drachmes

M.—En applications deux fois par jour.—*Columbus Medical Journal.*

Herpès génital.—*Besnier.*

P.—Amidon.....	100 parties
Acide tannique.....	5
Sous-nitrate de Bismuth.....	1

M.—*St. Louis Medical Journal.*

Sueurs nocturnes.—*Nicolai.*

P.—Chloral.....	2 drachmes
Alcool.....	
Eau.....	ss 3 onces.

M.—Eponger le corps tous les soirs avec ce mélange.—*Bulletin de thérapeutique.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, MARS 1889.

Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension.

Le traitement du tabes, toujours si peu satisfaisant au point de vue pratique, vient de s'enrichir d'un nouveau procédé thérapeutique qui, s'il semble singulier au premier abord, a du moins le mérite d'avoir donné, dans les cas où il a été employé, des résultats très satisfaisants. Nous voulons parler de la *suspension*, dont le Dr MORCHONKOWSKY, d'Odessa, avait, dès 1883, signalé les avantages, et à laquelle M. CHARCOT vient, dans une de ses leçons cliniques à la Salpêtrière, de prêter le double appui de son nom et de son merveilleux savoir.

Le procédé consiste à suspendre le malade à l'aide de l'appareil imaginé par Sayre pour placer le corset qui porte son nom et qui est appliqué pour le redressement des déviations du rachis. La durée de chaque séance est toujours progressive, depuis une demi-minute jusqu'à quatre minutes au maximum. On répète les séances tous les deux jours, car il a été reconnu qu'une application plus fréquente ne donne pas de meilleurs résultats. Les points d'appui durant la suspension sont le menton, la nuque et les aisselles, et pour que la traction exercée sur la colonne vertébrale soit plus effective, le patient est invité à soulever les bras toutes les quinze ou vingt secondes.

Quant aux résultats, les voici, tels qu'obtenus chez quatorze tabétiques confirmés : amélioration de l'incoordination des mouvements, du signe de Romberg, des troubles vésicaux (incontinence, etc), des douleurs fulgurantes, de l'impuissance, de l'engourdissement et de l'anesthésie des pieds. Chez les malades de M. Charcot, l'abolition des réflexes rotuliens et les signes pupillaires n'ont jamais été modifiés par la suspension.

Quel sort est réservé à ce nouveau mode de traitement de l'ataxie, c'est ce qu'un avenir assez prochain nous dira sans doute. En même temps pourra s'éclaircir cette autre question : quel est le mode d'action de la suspension dans ces cas ? Sur ce dernier point, M. Charcot n'a pas formulé d'opinion. La suspension agit-elle en modifiant la circulation de la moelle ou par l'élongation des nerfs qui en émanent ? Nous n'entreprendrons pas de résoudre un problème sur lequel le Maître juge à propos de rester indécis.

Traitement du croup.

Dans un éditorial écrit avec cet esprit pratique qui caractérise nos voisins, notre éminent confrère du *Medical Register* préconise dans le traitement du croup deux médicaments qui ne sont pas, quo nous sachions, très souvent prescrits dans ces cas parmi la majorité des praticiens dans notre province: le sulfate de quinine et le sulfure de calcium.

Le sulfate de quinine est prescrit de préférence au début de la maladie, quand surviennent les accès de dyspnée, à dose de deux grains, et donne lieu parfois à un soulagement presque immédiat. Dans l'intervalle des accès, l'auteur remplace le bon vieux sirop d'ipécacuanha (dont on abuse parfois trop) par le sulfure de calcium à dose de 1/10 gr. toutes les heures.

Le traitement, comme on le peut voir, se recommande par sa grande simplicité, et bien qu'on ne puisse pas donner de son mode d'action une explication entièrement satisfaisante, rien ne s'oppose à ce qu'on le mette à l'épreuve pour combattre une maladie contre laquelle la thérapeutique est trop souvent impuissante ou désarmée.

L'assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens.

L'assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec se tiendra en juillet prochain, à Québec. Le but de l'assemblée est, comme chacun le sait, l'élection des gouverneurs devant composer, pour trois ans, le Bureau provincial de médecine, et la discussion des intérêts généraux de la profession. Seuls, auront droit de voter à l'élection, les médecins qui auront payé toutes leurs redevances au Collège jusqu'au 1er juillet 1889. Ainsi le veut la loi actuelle.

On nous dit que parmi les amendements que l'on proposera de faire subir à l'Acte médical de 1882 figurent en première ligne la création d'un Bureau central d'examineurs, des dispositions pénales effectives contre les charlatans, et la détermination d'un tarif au maximum.

L'expérience du passé est là pour nous dire que ce n'est pas chose facile que d'amender la loi médicale. Il y a, au sein de la profession, tant d'intérêts divers et opposés, tant d'éléments de désaccord, que la tâche de concilier le tout devient d'une délicatesse extrême. Les amendements mentionnés plus haut faisaient partie du projet de loi rejeté par le Comité des bills privés il y a un an. Quelque forme qu'on leur donne et sous quelque couvert qu'on les présente, ils ne s'en imposent pas moins à l'attention sérieuse de tous ceux qui ont à cœur les véritables intérêts du corps médical.

de la Province. Il nous faut un Bureau Central d'examineurs, afin de protéger la profession: 1^o contre un encombrement toujours menaçant; 2^o contre l'admission de sujets incompetents; 3^o contre l'admission trop facile de gradués venant des autres provinces ou de l'étranger. Quand les candidats à la Licence du Collège auront à passer tous par la même filière et à subir les mêmes épreuves, peut-être verra-t-on les universités accorder moins facilement leurs diplômes, et exiger de leurs élèves une somme de connaissances plus considérable et plus étendue. A coup sûr on verra la fin de cet étrange état de choses grâce auquel nos licenciés ne peuvent fouler le sol de la province voisine sans risquer d'être appréhendés au corps, tandis que les praticiens de la dite province ont toute liberté de venir nous enlever les clients à notre nez et en se moquant de nous.

Quant à l'importance de protéger la profession contre les charlatans et d'établir un tarif, elle saute trop aux yeux pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Petite correspondance.

Veillez donc donner, dans votre prochaine livraison, la formule du sirop de Désessarts, employé dans le traitement de la coqueluche, et auquel a fait allusion M. le docteur Lachapelle dans sa revue de pédiatrie (UNION MÉDICALE, janvier 1889, p. 12,) et obliger

UN ABONNÉ de Québec.

R.—Le sirop de Désessarts se formule comme suit :

Poudre d'ipécacuanha.....	1 once
Feuilles de séné.....	3 onces
Thym.....	1 once
Pétales de coquelicot.. ..	4 onces
Sulfate de magnésie.....	3 "
Vin blanc.....	24 "
Eau de fleur d'orange.....	24 "
Eau bouillante.....	96 "
Sucre blanc.....	qs

M. Dose : De deux à quatre cuillerées à thé pour un jeune enfant. Une cuillerée à soupe pour les enfants au-dessus de cinq ans.

Un médecin établi depuis quinze ans dans la partie Est de la ville de Montréal désire céder sa clientèle avant son départ prochain pour l'Europe. Poste excellent. Clientèle canadienne-française. L'ameublement complet de la maison sera aussi à vendre. Possession immédiate ou au 1^{er} mai 1889. Pour plus amples informations, s'adresser à la Rédaction de l'UNION MÉDICALE DU CANADA.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

FORT.—Nouveaux faits confirmant l'efficacité de l'Electrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. Procédé rapide et inoffensif. Deuxième mémoire, par le Dr J. A. Fort, Paris, 1888, Emile Le Lecrosnier et Babé, éditeurs, Place de l'École de Médecine.

BOURNEVILLE.—Vient de paraître, aux bureaux du *Progrès médical*, Paris, 14, rue des Carmes, **Recherches Cliniques et Thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1887, par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre; SOLLIER, PILLIET, RAOULT, internes du service et BRICON, conservateur du musée. Un beau volume in-8° de LX-264 pages avec 27 figures dans le texte.—Prix 5fr anc.

CHARCOT.—**Maladies des Poumons et du Système Vasculaire,** par le professeur J. M. CHARCOT, Tom V des Œuvres complètes. Un beau volume in-8° de 640 pages, avec 51 figures dans le texte et 2 planches en chromo-lithographie.—Prix 15 francs.

WILLIARD.—*Osteotomy for anterior curves of the leg,* by DR FOREST-WILLARD, *University of Pennsylvania.*

BUCKLEY.—*On the relation between the General Practitioner and the consultant or specialist,* by L. DUNCAN BUCKLEY, M. D. *Journal of the American Medical Association, Chicago.*

Once a Week.—Comme journal hebdomadaire illustré, *Once a Week* n'est surpassé par aucune autre publication de ce genre aux Etats-Unis. Le lecteur y trouve à la fois une littérature de premier ordre, des nouvelles en tout genre, et l'*humor* le plus fin et le plus délicat. Les gravures sont excellentes et la typographie parfaite. Le No. du 16 mars contient une belle gravure *idéalisant* l'annexion du Canada aux Etats-Unis.

Abonnement, \$4.00 par an payable d'avance, ou \$4.20 payable dans l'année.

Adressez : F. X. COLLIER, 104 à 110, Attorney St., New-York.

—Science et succès ne vont pas nécessairement de pair ; il y faut l'appoint de la chance.

—On dit de tel médecin : c'est un sot fieffé, un homme ridicule, et, au premier dérangement, on se suspend à sa sonnette.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les examens semi-annuels du *Montreal College of Pharmacy* auront lieu à Montréal, du 9 au 12 avril prochain.

Par son testament, feu M. Alex. Murray, président de la compagnie de navigation de Richelieu et Ontario, a légué au *Montreal General Hospital* la jolie somme de \$750,000.

Un Congrès international de jurisprudence médicale se tiendra à New-York, le premier jeudi de juin 1889, sous les auspices de la *Société médico légale* de New-York. Le succès de l'entreprise ne fait pas de doute.

Les anciens internes de l'hôpital Notre-Dame viennent, de concert avec les internes actuels, de se former en société sous le nom d'*Association des Internes de l'Hôpital Notre-Dame*, pour des fins à la fois scientifiques et confraternelles. Les réunions ont lieu à l'hôpital, le troisième jeudi de chaque mois.

Le Bureau de l'Association, pour l'exercice 1889, se compose comme suit : Président, Dr H. E. DESROSIERS ; vice-président, Dr A. R. MARSOLAIS ; secrétaire-trésorier, Dr I. CORMIER ; bibliothécaire, Dr M. T. BRENNAN.

Lors de la prochaine réunion, (21 mars), un travail sera présenté par M. le président, intitulé : *Observations en rapport avec l'emploi de la saignée dans la pneumonie*.

Congrès international de thérapeutique.—Sur l'initiative de la *Société de Thérapeutique* de Paris, le Ministre du Commerce a décidé qu'un Congrès international de thérapeutique et de matière médicale aurait lieu à Paris, du 1er au 5 août 1889 et un comité choisi parmi les membres de la *Société de thérapeutique* a été institué pour l'organisation de ce congrès. Le Bureau de ce comité est composé comme suit : président, M. MOUTARD MARTIN ; vice-président, M. DEJARDIN BEACMETZ ; secrétaire général, M. CONSTANTIN PAUL ; secrétaire adjoint, M. le Dr G. BARDET.

Le Congrès se divisera en deux sections : 1o matière médicale et pharmacologie ; 2o thérapeutique proprement dite.—Questions générales proposées : Antithermiques analgésiques.—Toniques du cœur.—Parasitocides des microbes pathogènes.—Drogues nouvelles d'origine végétale.

VARIÉTÉS

Le carême au point de vue hygiénique.

Quatre-Temps, Vigiles, jeûneras,
Et le Carême entièrement.

Nous n'avons pas à traiter ici cette question au point de vue religieux, puisque nous ne devons étudier que ce qui a trait à l'hygiène, mais il nous sera facile de montrer que le Carême est de la plus grande utilité, qu'il est indispensable même pour maintenir dans l'organisme l'équilibre qui est la condition *sine qua non* d'une bonne santé, équilibre qu'une foule de causes tendent à détruire à cette époque de l'année.

Quelles sont donc les raisons qui ont fait que tous les hommes de science, n'ayant d'autre parti-pris que celui de dire la vérité, ont proclamé hautement l'heureuse influence du Carême sur la santé des peuples, sous le rapport hygiénique? Elles sont de deux sortes.

Le Carême commence presque toujours vers le printemps. Or, le printemps, tout le monde le sait, est cette saison où tout renaît dans la nature. La sève monte dans toutes les plantes et leur redonne la vie. Tout fleurit à cette époque nouvelle de l'année.

Mais en même temps que cette exubérance de vie vient animer les plantes, les animaux sentent aussi que leurs organes sont fortement travaillés, surexcités. Le sang circule avec force et chaleur, on le sent pour ainsi dire bouillonner dans les veines; la digestion s'opère à merveille, et il survient une véritable exubérance de vie, qui peut devenir un danger très sérieux pour la santé. C'est pour cela que l'on voit, à cette époque de l'année, le nombre des maladies s'accroître, et que beaucoup de personnes sentent qu'elles ont un besoin urgent de se débarrasser, au moyen de purgations, de cet excès de vie qui peut mettre leur santé en péril.

Or, le Carême se trouve justement placé au début même de cette saison critique, et il est facile de comprendre que les privations qu'il impose, et le régime particulier qu'il fait suivre, contribuent puissamment à modérer ce renouvellement de vie, qui peut être pernicieux, et à le maintenir dans de justes limites. Le Carême agit dans ce cas avec d'autant plus de sûreté qu'il constitue un vraie préservatif, et non un remède.

Telle est la première raison qui prouve l'utilité de ce temps d'abstinence au point de vue hygiénique. Voyons maintenant la seconde.

Le Carême vient à peu près vers la fin des fêtes de l'hiver. Pendant les longues soirées de cette saison si triste, on a beaucoup festoyé; on a déjeuné chez l'un, on a dîné chez l'autre, et ainsi, pendant plusieurs mois, on a non-seulement mangé plus que de coutume, mais encore plus souvent qu'il ne le fallait. En outre, on s'est fatigué outre mesure, à cause des soirées, des bals, des théâtres. Le tube digestif, fort surmené pendant tout ce temps, a

été encore très irrité par l'ingestion de boissons plus ou moins alcooliques que l'on a bues, non-seulement parce qu'il faut boire plus que de coutume quand on est en société, quand on se trouve entre amis, mais aussi parce que les liqueurs alcooliques sont un peu nécessaires en hiver pour activer la circulation, remonter l'organisme, et lui permettre de réagir facilement contre le froid. C'est pour cette raison aussi qu'on a mangé des mets fortement relevés et échauffants.

Et dans les campagnes il en est de même. Si on n'a pas les bals, les théâtres, on a les nombreuses réunions de famille. Entre parents, on s'invite à tour de rôle pendant tout l'hiver, et, circonstance aggravante, on s'invite généralement lorsqu'on a tué le cochon, ce qui fait que, pendant deux ou trois mois, on se nourrit surtout avec une viande, saine à la vérité, mais fort lourde, échauffante, et qui fatigue inévitablement tous les organes digestifs. De plus, comme cette viande a besoin d'être arrosée, on boit, on boit sans cesse, on boit d'autant plus que, si le lendemain on n'est pas à l'aise, on a le loisir de se reposer, les travaux ne pressant guère pendant la froide saison.

Eh bien, pensez-vous, ami lecteur, que le Carême, arrivant justement aussitôt après cette série interminable de festins pantagruéliques, soit inutile ?

Quand, à la suite d'un travail exagéré, on ressent une fatigue extrême, on sait qu'on n'a qu'une chose à faire : se reposer. Eh bien, il en est de même dans le cas présent. Les organes digestifs ont été surmenés pendant plusieurs mois, ils demandent du repos, c'est-à-dire une nourriture plus légère, plus rafraîchissante, et surtout moins copieuse ; il faut leur donner ce qu'ils demandent si on veut continuer à se bien porter.

Le Carême est donc utile et nécessaire.

Primitivement, il était fort rigoureux. Aujourd'hui, il l'est beaucoup moins, quoique dans les campagnes on trouve encore certaines personnes qui passent les quarante jours sans manger un seul morceau de viande. Il est des personnes qui pensent que nous ne sommes plus assez robustes pour nous soumettre à une abstinence aussi sévère qu'autrefois. Nous n'avons pas à examiner cette question aujourd'hui. Nous dirons cependant que, dans les bourgs et les villages de la plus grande partie de la Grèce, de la Roumanie, de la Russie, ainsi que la plupart des îles, on fait presque exclusivement usage d'aliments d'origine végétale. A cause des pratiques religieuses, ils arrivent à faire maigre pendant plus de deux cents jours de l'année. Et cependant leur santé est généralement très bonne, leur stature et leur système musculaire sont très développés ; ils sont gais, lestes, et tout le monde sait qu'ils sont ordinairement beaux. Enfin, ils conservent bien leurs forces physiques pendant de longues années.

Il nous est donc permis de conclure : Jeûnons, faisons Carême, et notre santé ne s'en trouvera que mieux. Dr. H. VIGOUROUX.