

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.

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

TRAVAUX ORIGINAUX

A travers les Hôpitaux de Paris.

Notes prises par Jules JÉHU-PRUME, B.A., M.D., Laval.

Guérison de l'Angine Diphthérique par la Stérothérapie, méthode des Drs ROUX et MARTIN.

(Clinique du Prof. DIEULAFOY.—Hôpital Necker).

Vers le 10 novembre dernier se présentait à la clinique de M. le Professeur Dieulafoy, à l'Hôpital Necker, un jeune garçon pouvant avoir environ quatorze ans. Depuis deux jours environ il déclare se plaindre de maux de gorge assez intenses pour gêner la déglutition; de plus il est pâlot et manifeste de la fièvre. En examinant sa gorge on aperçoit des petits points blancs sur l'amygdale droite; ces points blancs se présentent sous l'apparence de fausses membranes, se détachent avec difficulté sous la pression d'un stylo. M. Dieulafoy fit immédiatement procéder à une culture, qui fut dirigée par M. Marion, interne du service. Vingt heures plus tard, les flacons éprouvettes présentaient les traces manifestes de colonies microbiennes; l'examen microscopique décelait du bacille de Klobz. L'enfant ayant été immédiatement soumis au traitement anti diphthérique, c'est-à-dire inoculé avec l'antitoxine, suivant la méthode du Roux, ne présentait le lendemain plus de symptômes généraux et quarante huit heures plus tard, était rendu à la vie courante. Il lui fut fait trois injections, et chose remarquable à citer c'est que la maladie sous l'influence de l'antitoxine sembla vouloir prendre un nouvel essor, les membranes qui existaient quo fort peu nombreuses, augmentèrent, *mais en s'enlevant avec la plus grande facilité*. Les ganglions revenaient sur eux mêmes, la faiblesse disparaissait et le malade sortait de l'Hôpital avec un teint des plus satisfaisants. Cette hausse subite de la maladie suivie immédiatement d'une régression aussi complète ne manque pas d'être fort intéressante.

Deuxième observation.

(Clinique du Prof. DIEULAFOY.)

Un cas des plus curieux est celui que j'ai l'honneur de présenter ici, curieux, non seulement au point de vue de la maladie en elle-même, mais au point de vue bactériologique.

Il se présentait, le 10 novembre dernier, à la clinique du Prof.

Dieulafoy, à l'Hôpital Necker, une femme se plaignant d'un fort mal de gorge. Au cours de l'interrogatoire elle nous dit que son bébé avait eu lui même un fort mal de gorge et qu'il avait été soigné et guéri à l'Hôpital des Enfants. A l'examen on vit la gorge de cette femme, couverte de fausses membranes. Immédiatement une enquête eut lieu à l'Hôpital des Enfants pour savoir si l'enfant de cette femme avait eu la diphtérie. L'enquête donna une réponse affirmative et aussitôt les fausses membranes de la malade furent mises en culture. Le lendemain, l'examen microbiologique donnait du petit cocus et du streptococcus mais point de bacille de Klebs. Une nouvelle enquête ayant été faite à l'Hôpital des Enfants il fut prouvé que les membranes du bébé avaient contenu du Klebs, du petit cocus et du streptococcus, dont cette femme avait contracté les deux premiers sans toucher aux bacilles de Klebs.

On sait que le bacille de Klebs dans les diphtéries mono microbiennes se développe le premier et disparaît aussi le premier. Dans ce cas ci, les petits cocus et les streptococcus ayant une vitalité plus longue furent inhalés par notre patiente.

Troisième observation.

(Clinique de M. le Dr CHATELLIER, Hôpital St-Joseph.)

Le cas suivant n'a rien d'intéressant au point de vue pathologique, chez lui tout ce que l'on ait à observer est une simple anomalie du canal nasal qui donne lieu à un phénomène assez drôle.

Le malade venait consulter le Docteur Chatellier pour un catarrhe de la trompe d'Eustache. L'examinant moi même, il me vint à l'idée de faire sur lui, en petit, l'expérience de Politzer. Lui bouchant fortement les narines, je lui ordonnais de souffler énergiquement. A ma grande surprise je vis un véritable jet d'eau sortir par les voies lacrymales tant supérieures qu'inférieures. Sans entrer dans plus de détails, je crois que le cas mérite d'être publié, vu qu'il est assez rare.

Paris, 19 nov. 1894.

En fait de louanges, nous consultons plus notre appétit que notre santé.

L'homme qui s'abstient, par scrupule, de flatter les grands a bientôt de leur être suspect.

Le souvenir est une impression qui se répète de distance en distance dans le cours de notre vie.

La conscience de l'homme livré à ses passions est, comme la voix du naufragé, couverte par la tempête.

Le traitement des maladies des trompes de Fallope et des ovaires; (1)

par A. LAPHORN SMITH, B.A., M.D., M.R.C.S., England.

Non seulement l'expectation occasionne des adhérences et rend l'opération difficile et dangereuse, mais elle cause encore d'autres accidents non moins graves. Le pédicule de la tumeur s'enroule, elle se gangrène et bientôt nous sommes en présence d'une maladie de rein, maladie incurable occasionnée par la pression. Dans le premier cas, en agissant promptement, nous pouvons ordinairement sauver la malade, dans le second, l'opération est souvent suivie de suppression complète des urines, puis de la mort. On ne peut trop énergiquement condamner la ponction de la tumeur ovarienne; elle ne guérit jamais, tandis que l'opération guérit dans la plupart des cas. Très souvent, une femme que l'on aurait opérée avec toutes les chances de succès dans la première période de sa maladie, si on lui apporte un soulagement temporaire, elle retardera, au détriment de sa vie, une opération qui, facile au début, devient très dangereuse à cause des adhérences des kystes qui surviennent ensuite. La ponction ne vide même pas temporairement tous les kystes multiloculaires, et s'il arrive une erreur de diagnostic, si l'on prend pour un kyste ce qui est un fibroïde, une hémorragie fatale peut bien en être le résultat.

Quel doit être notre traitement dans un cas de kyste ovarien compliqué de grossesse? Devrions-nous attendre après l'accouchement ou opérer de suite?

Si il existe un kyste de l'ovaire qui obstrue le bassin, l'accouchement présente de grands dangers. L'opération au cours de la grossesse a donné des succès très souvent répétés; la fausse couche que l'on serait porté à redouter beaucoup est même une rare exception. Quelle grosseur doit avoir atteint une tumeur ovarienne pour nous justifier de l'enlever? Nous pouvons difficilement poser en principe que nous devons enlever un ovaire dès qu'il est douloureux et suffisamment gros pour le bien distinguer au toucher, mais certainement nous devons l'enlever s'il est de la dimension d'un citron et s'il continue à augmenter de volume.

Les abcès ovariens sont loin d'être rares, ils sont très redoutés par les gynécologistes expérimentés à cause de la nature virulente du pus qu'ils contiennent. Quelques uns recommandent de les ponctionner avant d'en pratiquer l'extirpation en cas de les rupturer.

Cet accident m'est arrivé une fois, mais l'ouverture d'où s'échappait le pus fut aussitôt recouverte par une éponge qu'on eut soin de mettre à part immédiatement et la malade guérit bien.

Maladies fonctionnelles des trompes et des ovaires, y compris

(1) Suite et fin. Voir la livraison de janvier 1895.

la salpingite simple et l'ovarite, la congestion active et passive et la névralgie. Heureusement que toute maladie des ovaires n'exige pas leur extirpation, bien que des centaines aient été enlevés sans nécessité. Pour un cas d'inflammation et de congestion, un tel traitement n'est pas justifiable, s'il s'agit de névralgie et de douleurs s'irradiant dans le bassin, il n'est pas rationnel. J'ai pourtant vu plus d'un ovaire enlevé pour aucune autre cause qu'une simple inflammation et congestion ; les opérateurs essayaient de justifier leur action en nous désignant quelques petits kystes à la surface de l'organe qu'ils appelaient pour cela kystique. Ces petits kystes n'étaient cependant rien autre chose que des follicules ovariennes parvenues à maturité et leur extirpation était une lésion que, je l'avoue bien franchement, j'ai moi-même commise dans mes premières années. On n'est certainement pas excusable d'enlever des ovaires sains pour guérir une névralgie. La névralgie est le cri des nerfs réclamant une nourriture plus abondante. Les ovaires sont pourvus d'une grande quantité de nerfs et sont de tous les organes ceux qui souffrent le plus du manque de nourriture.

Si nous sommes justifiables d'enlever des ovaires enflammés et douloureux, est-il aussi un autre traitement satisfaisant ? Décidément oui. Le repos au lit, le siège élevé, les laxatifs salins pour faire disparaître toutes obstructions intestinales reposant sur les veines ovariennes, des applications d'iode à la voûte vaginale, des cataplasmes sur le bas ventre, tous ces moyens combinés manquent rarement d'amener du soulagement. Dans les cas très graves, il est nécessaire de donner quelques doses d'opium. Dans la névralgie, au contraire, l'opium est contrindiqué parcequ'en le donnant on nuit à la digestion et l'on ruine en même temps notre seul moyen de guérison. Au lieu de paralyser l'estomac avec l'opium, nous devons dans ces cas le tonifier avec la strychnine, et activer l'appétit, afin que le patient mange et digère bien une quantité suffisante de bonne nourriture. Que'que substantielle que soit la nourriture que l'on absorbe, si l'on est privé d'air et de lumière, notre sang s'appauvrit et l'on devient anémique ; il faut donc recommander à de telles patientes de passer la plus grande partie de leur récréation au dehors, et de marcher en plein air. On peut ajouter à la strychnine du fer et de l'acide phosphorique.

En cas de congestion des ovaires, le courant galvanique est un puissant moyen de réveiller la tonicité vasculaire dans les parois des vaisseaux sanguins qui ont cessé de recevoir le stimulus naturel venant du nerf grand sympathique.

J'ai déjà démontré le bon effet que l'on obtient en donnant de la tonicité aux vaisseaux dilatés dans plusieurs cas d'inflammation des testicules et de la glande thyroïde. Si l'on place les deux pôles de la batterie galvanique sur le cou, près des deux nerfs sympathiques, et si l'on ouvre graduellement le courant, on peut

à tout coup obtenir une perte de connaissance due à la contraction des artérioles du cerveau. Tandis qu'un courant plus faible dirigé à travers la glande thyroïde hypertrophiée, en diminuera le volume et soulagera immédiatement le patient en faisant disparaître l'oppression.

Si l'on fait passer le même courant à travers un testicule enflammé ou un varicocèle, on en diminue le volume et l'on guérit la douleur; ainsi je fus amené à appliquer le même traitement dans les cas de congestion des ovaires avec un très bon succès.

Dans les cas de névralgie de l'ovaire, de douleurs pelviennes, le courant faradique donne beaucoup de soulagement; il agit aussi très bien dans les cas de douleurs hystériques exagérées.

Après une ou deux applications d'une vingtaine de minutes, la douleur disparaît pendant plusieurs heures, et dans la plupart des cas, six applications durant six jours consécutifs suffisent pour obtenir la guérison, pourvu que le traitement général ne soit pas négligé.

La cure de la constipation a fait disparaître les douleurs pelviennes chez la moitié des patientes qui se sont présentées à moi pendant un an; en voici les raisons: 1^o les selles retenues dans l'intestin nuisent beaucoup à la nutrition en empoisonnant le sang; 2^o elles forment un obstacle mécanique qui s'oppose à la circulation du sang dans les ovaires, surtout celui du côté gauche; ils deviennent volumineux, congestionnés et bientôt ils sont entraînés par leur poids dans le cul-de-sac de Douglas; là ils sont écrasés par les efforts que fait la malade pour aller à la selle quand d'énormes masses de matière fécale sont accumulées dans l'intestin. La constipation guérie, et tous ces inconvénients disparaissent.

C'est un fait qui est journalier à ma clinique de rencontrer chez des patientes souffrantes de douleurs pelviennes des rétentions de fèces datant de 10 à 14 jours.

Je n'ai pas besoin de dire que l'abus du coït doit être évité dans ces cas, plusieurs femmes m'ont assuré qu'elles étaient obligées de s'y soumettre plusieurs fois par jour et cela à l'année, n'ayant pour tout repos que bien juste une semaine à tous les deux ans, à l'époque de leurs accouchements.

Nous sommes rarement justifiables d'enlever les ovaires dans les cas de dysménorrhée, lorsqu'exceptionnellement, nous les enlevons dans l'insanité et l'épilepsie.

Madame M. N... est une femme de 26 ans; je la traitai pendant plusieurs années. Elle souffrait de ménorrhagie et de dysménorrhée. Elle commença à menstruer à l'âge de 17 ans. Ses règles, toujours abondantes, lui firent éprouver beaucoup de douleurs. L'utérus était fléchi antérieurement à angle aigu; la trompe et l'ovaire du côté gauche étaient de dimensions normales, mais sensibles au toucher. La trompe droite était hypertrophiée. Elle dit qu'elle souffrait généralement à ses indispositions, mais

que c'était surtout à tous les deux mois que ses menstrues étaient douloureuses.

Je la vis dans ces occasions à plusieurs reprises et après avoir essayé toutes sortes de traitements, je fus obligé de lui administrer la morphine, tout en insistant beaucoup pour l'amener à se faire traiter d'une manière plus rationnelle. Pensant que l'antéflexion pouvait bien être la cause de ses souffrances, je fis une dilatation rapide avec le résultat suivant : trois de ses périodes menstruelles furent à peu près moitié moins douloureuses que d'habitude, puis de recommencer au bout de six mois à souffrir autant que jamais. Je dilate de nouveau avec le même résultat. Je pris donc la résolution d'enlever les annexes utérines; la patiente avait grande hâte d'être opérée tant elle craignait l'approche de ses règles toujours excessivement douloureuses à tous les deux mois. Je pratiquai la Coéliotomie à son domicile le 23 mars 1894. La trompe droite était adhérente et on eut beaucoup de misère à l'enlever; la gauche était libre et facile à enlever. La convalescence se fit d'une manière tout-à-fait remarquable. J'eus beaucoup de difficultés à la tenir au lit un espace de temps raisonnable.

Dix jours après son opération, je la surpris à se bercer devant le feu et après de fortes remontrances, c'est à peine si je pus la tenir au lit 14 jours. Je laissai en place les points de suture pour un mois. Je n'employai pas de tube à drainage dans ce cas, les adhésions ne donnaient presque pas de sang. A l'examen, une des trompes ne parut guère plus grosse qu'à l'état normal, et elle était pourvue d'un magnifique pavillon. L'autre, au contraire, était parfaitement obstruée. Le pavillon était invaginé dans la trompe. Il y avait un peu de pus dans la trompe gauche, mais le mésosalpinx n'était pas épaissi.

Pourquoi cette malade souffrait elle tant à tous les deux mois? C'est que, à tour de rôle, les ovaires rendent un œuf à maturité; ainsi lorsque le pavillon ouvert se trouvait à avaler l'œuf mûri, il n'y avait d'autre douleur que celle que faisait éprouver son passage à travers l'ouverture sténosée de la trompe dans la matrice, mais lorsque le même phénomène physiologique s'accomplissait du côté opposé, la trompe courbée et obstruée augmentait encore les douleurs par les efforts spasmodiques qu'elle faisait pour pousser l'œuf vers la matrice.

Madame A. Y... se présente à moi et me raconte l'histoire suivante: Elle est âgée de 29 ans, elle souffre beaucoup de dysménorrhée; elle commença à avoir ses règles à l'âge de 14 ans, il n'y eut rien de particulier dans les cinq années qui suivirent. Mariée à 19 ans, elle n'eut jamais d'enfant, elle eut une fausse couche de cinq mois, il y a environ 10 ans, depuis ce temps elle eut ses règles à toutes les deux ou trois semaines; elles duraient quatre jours et lui causaient des douleurs atroces. Elle était si souffrante qu'une dose ordinaire de calmant ne donnait aucun résultat. Le coït

était impossible. Si elle avait le malheur de s'y soumettre, elle pleurerait, les douleurs se prolongeant même plusieurs heures après. Elle allait à la selle une fois en cinq jours.

La position et le volume de la matrice étaient anormales. Dans le cul-de-sac de Douglas, il y avait deux petites tumeurs, très dures et très sensibles au toucher, on crut que c'étaient les trompes et les ovaires accolés les uns aux autres qui étaient tombés là. Comme elle désirait beaucoup avoir des enfants, et qu'il lui répugnait de se séparer de ses ovaires, je la reçue vers le cinq février dans mon hôpital, afin de voir ce que quelques jours de repos au lit, les douches et les cathartiques donneraient de l'amélioration. En outre, on fit une application de la solution de Churchill à la voûte vaginale une fois par semaine.

Tandis qu'elle était à l'hôpital, elle eut ses règles; elle souffrit la moitié moins que d'habitude; il y avait une amélioration considérable. Elle retourna chez elle, mais elle revint vers le 17 avril; elle était amaigrie, elle me dit que depuis son séjour à l'hôpital elle avait continuellement empiré, si bien que dans le moment la vie lui était insupportable. Maintenant, elle désirait qu'on lui enlevât les annexes utérines. Après une préparation de quelques jours, on fit la Coéliotomie le 19 avril. On éleva les trompes et les ovaires au prix de très grandes difficultés, les adhésions étaient très fermes. Après avoir lavé l'abdomen avec une grande quantité d'eau chaude, on y introduisit un tube à drainage qu'on laissa en place durant 24 heures seulement.

Chez cette malade, ainsi que chez la précédente, on donna une injection de morphine d'un quart de grain, le soir suivant l'opération; ceci ne parut leur causer aucun tort, et leur procura beaucoup de repos. Cette patiente déclara que les douleurs qu'elle avait endurées presque constamment depuis plusieurs années étaient complètement disparues le surlendemain de l'opération.

Elle dit aussi que les douleurs qu'elle avait supportées après son opération n'étaient pas comparables à celles que lui faisaient éprouver d'ordinaire une de ses périodes menstruelles. Elle eut une convalescence rapide; au bout de trois semaines, elle retourna chez elle.

Ces trompes ne contenaient presque pas de pus, mais leurs parois étaient très épaissies.

Voici ce qu'à ce sujet est mon expérience: lorsque pendant au delà de trois mois on a traité une femme par tous les moyens hygiéniques et thérapeutiques: traitement local, application de la solution de Churchill à la voûte vaginale, tampon à la glycérine et à l'acide borique, douches chaudes, la malade étant couchée, l'emploi du courant faradique et galvanique, lorsque tous ces moyens, dis-je, ont été inutiles, il faut opérer et l'opération a toujours prouvé dans tels cas qu'il existait quelques maladies organiques avancées dans les trompes et les ovaires qui justifiaient pleinement l'opération.

Conclusions :

I.—Nous ne sommes jamais justifiables d'enlever les trompes et les ovaires simplement pour des douleurs ovariennes ou de la névralgie, ce qu'à coup sûr guérirait au moyen de l'électricité et des médicaments toniques.

II.—Nous ne sommes pas justifiables d'enlever les trompes et les ovaires pour faire disparaître une congestion active ou passive, étant que la déflexion et les antiphlogistiques guériraient aisément.

III.—Nous ne devons pas enlever les annexes dans les cas d'inflammation, excepté si le péritoine pelvien n'est pas intéressé.

IV.—Nous ne devons même pas enlever des annexes utérines même affectées d'inflammation chronique, seulement après avoir essayé pendant six à douze semaines les moyens ordinaires de traitement, tant local que général.

V.—Nous ne devrions pas hésiter à enlever des annexes utérines enflammées depuis longtemps, et qu'un traitement systématique et régulièrement suivi ne peut guérir en six à huit semaines, de manière à permettre à la femme de jouir de la vie et de s'acquitter envers son mari de ses devoirs conjugaux, sinon avec plaisir, du moins sans souffrance.

VI.—Nous devrions enlever immédiatement des trompes et des ovaires qui, par leur état maladif, rendent la patiente à tout instant susceptible d'inflammation récurrente du péritoine pelvien, l'infection se propageant dans ces cas par continuité du tissu infecté, ou par des gouttes de pus suintant à travers les trompes.

VII.—Nous devons enlever immédiatement une trompe ou un ovaire dès qu'il remplit le cul-de-sac de Douglas, quelque soit la nature de cette hypertrophie; un simple kyste, une grossesse tubaire ou une trompe remplie de pus, aussi longtemps qu'il restera là, il sera une source de misères et de souffrances de toutes sortes. En outre, plus on retardera l'opération, plus elle sera difficile et dangereuse, lorsque le moment sera arrivé où il n'y a plus à choisir qu'entre l'opération ou la mort.

VIII.—S'il n'y a qu'une trompe ou qu'un ovaire de malade, il faut n'en enlever qu'un seul. Il est, certes, bien important de laisser même la moitié d'un ovaire si possible, afin de prévenir la ménopause hâtive.

Nos sentiments, nos pensées, nos paroles, perdent leur rectitude en entrant dans certains esprits, comme les bâtons qui plongés dans l'eau s'y tordent.

JOSEPH ROUX.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Les faux cancers de l'estomac :— Chronique du Dr HICHARD. *Faux cancers avec tumeur.*— Ceux-ci peuvent siéger au niveau de l'estomac ou bien en dehors de cet organe.

a) Brinton a décrit sous les noms de "linitis plastiques" ou d'inflammation cyrrhotique de l'estomac, une maladie qui avait été autrefois signalée par Andral dans son précis d'anatomie pathologique. L'auteur français a même ajouté que l'hypertrophie conjonctive se localise le plus souvent au pylore, au point de former une tumeur et de ressembler au cancer, surtout lorsque l'affection a pour résultat de rétrécir l'orifice pylorique. Plus tard, Habershon, qui décrit une "dégénérescence fibroïde" de l'estomac, parle d'une "maladie fibreuse du pylore" dont Quain et Wilks ont ensuite donné de bons exemples. A une époque plus voisine de nous, Hanot et Gombault ont étudié (*Arch. de phys.* 1882) les mêmes faits sous le nom de "gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse." Ils ont démontré que cette dernière complication, intéressant parfois le hile hépatique, pouvait amener la compression de la veine-porte, d'où l'ascite. Parfois, il existe en même temps quelques excrécations de la muqueuse, capables de donner naissance à des vomissements mare de café.

Ainsi, dans cette maladie, rare à la vérité, mais réelle, la présence d'une tumeur au niveau de l'orifice pylorique, l'existence de vomissements tardifs et abondants par suite d'une sténose de cet orifice, la production possible de légères gastrorragies, peuvent conduire à l'erreur. En voici des preuves cliniques :

Trousseau cite l'exemple d'un homme de cinquante ans qui, atteint de vomissements alimentaires, avait maigri de 50 livres depuis trois mois. Vomissements de suite délayée et induration diffuse au creux épigastrique. A l'autopsie, pas de tumeur, mais inflammation des tuniques de l'estomac avec hypertrophie de la musculature. Un autre malade, très amaigri, sans appétit, présentait, avec l'existence d'une tuméfaction pylorique, une teinte jaune paille des téguments. Après cinq mois il sortait guéri de l'hôpital.

Sans doute, on peut contester la valeur de ces faits à une époque où l'examen histologique n'était pas pratiqué dans toute sa rigueur.

Pour répondre à cette objection, je pourrais m'aider des faits étudiés par Gombault et Hanot. Mais voici des observations concluantes.

Teissier (de Lyon) rapporte en 1884 l'histoire d'un homme de cinquante cinq ans. alcoolique, atteint de gastrite chronique avec vomissements alimentaires et mélaniques. A l'autopsie, pas de cancer, mais gastrite chronique avec parois considérablement hypertrophiées.

Durand-Fardel (*Soc anat.* 1879) a observé un homme de cinquante-trois ans avec ascite, emphyseme de la région épigastrique, anorexie, amaigrissement. Pas de vomissements. On songe naturellement à un cancer, et l'autopsie ne permet de constater qu'une sclérose hypertrophique de l'estomac.

b) Dans l'artério-sclérose, le processus scléreux peut s'étendre à l'estomac et déterminer une gastrite interstitielle. J'ai cité deux exemples de ce genre dans mon "*Traité des maladies du cœur*". L'un est relatif à un artério-scléreux à l'autopsie duquel on trouva, en outre de lésions scléreuses dans presque tous les organes, une gastrite avec épaissement considérable des parois, surtout au niveau de la région pylorique. Or, pendant la vie, j'avais constaté l'existence d'une tuméfaction mal limitée dans cette région, et comme il y avait des troubles digestifs accusés, avec vomissements abondants et fréquents, comme le malade était très amaigri et paraissait anémié, j'avais, pendant plusieurs mois, agité la question d'un cancer stomacal.

Il en fut de même pour un malade atteint de néphrite interstitielle, et qui présentait une induration pylorique depuis dix ans. Il succomba à une hémorragie cérébrale, et l'autopsie ne fit constater qu'une induration scléreuse du pylore, sans cancer.

Mon collègue Rendu cite dans ses cliniques un fait absolument semblable. Une femme de quatre-vingts ans souffrait, depuis dix ans, d'une dyspepsie d'autant plus suspecte que l'on constatait l'existence d'une induration pylorique. Néanmoins, l'état général restait bon. Or, depuis quelques années, on a vu se manifester tous les signes d'une artério-sclérose diffuse avec insuffisance aortique et néphrite interstitielle. Il n'est pas douteux que l'induration pylorique ne fut provoquée par une sclérose d'origine vasculaire.

Sans doute, dans tous ces cas, la longue durée de l'affection, la conservation d'un bon état général ont été, par la suite, des éléments d'un diagnostic exact; mais, au début, l'hésitation a pu être très grande.

c) Je ne parle que pour mémoire des ulcères de l'estomac, du pylore ou du duodénum qui peuvent former tumeur de plusieurs manières: par une sorte d'induration inflammatoire des bords de l'ulcération, par l'existence d'une péritonite circonscrite ou même d'un abcès enkysté.

Et l'erreur a été d'autant plus commise que la maladie de Cruveilhier s'accompagne parfois de vomissements de sang noirâtre et qu'elle peut aboutir à un véritable état cachectique. Ces faits vont trop connus pour que j'insiste davantage.

d) Les tumeurs formées par la vésicule biliaire (hydropisie, lithiase, cholécystite avec péritonite partielle, etc.) peuvent en imposer pour le diagnostic d'un cancer du pylore. Assurément, la vésicule biliaire est située normalement plus à droite, mais cette différence de siège ne suffit pas le plus souvent. J'ai vu l'an dernier, à l'hôpital Bichat, un homme de cinquante ans qui présentait, depuis deux ans, un peu en dehors de la région pylorique, une tumeur bosselée qui fut prise par un cancer de l'estomac. On pratiqua la laparotomie et l'on vit qu'il s'agissait d'une vieille cholécystite avec adhérences péritonéales. Un malade de Teissier (de Lyon) présentait une induration pylorique des plus accusées avec vomissements fréquents. On crut à un cancer. Or, cette tumeur disparut un jour après l'expulsion d'un calcul gros comme une amande.

D'un autre côté, dans la lithiase biliaire, il y a souvent une dyspepsie opiniâtre avec dégoût profond pour tous les aliments et surtout pour la viande, avec amaigrissement et teinte cachectique. On a même observé des hématuries qui peuvent s'expliquer, en l'absence d'ictère, par l'action traumatique exercée sur la muqueuse du canal cholédoque au moyen des aspérités du calcul. Dans ce cas, le sang reflue dans l'estomac, comme on peut le voir pour la bile, comme on le voit encore dans les cas d'ulcère du duo d'enum où le sang épanché passe de ce dernier organe à travers l'orifice pylorique. Peut-être faut-il invoquer encore un autre mécanisme et admettre l'existence de véritables poussées congestives du côté de l'estomac, comme Murchison en aurait signalé dans l'intestin des lithiasiques. A ce propos, M. Rendu cite encore l'observation intéressante d'une colique hépatique accompagnée d'une abondante gastrohémorragie.

Tous ces faits sont rares et même exceptionnels, mais il ne faut pas oublier que rien ne ressemble plus à la dyspepsie cancéreuse que la dyspepsie d'origine biliaire, et lorsqu'une tumeur est constatée au niveau de l'orifice pylorique, on conçoit que le diagnostic puisse rester longtemps douteux. Cependant, il faut vous rappeler que la dilatation de l'estomac est un phénomène habituel de la sténose pylorique, tandis qu'elle est relativement rare et moins prononcée dans les affections biliaires.

e) Voici maintenant un fait presque unique dans la science, relaté par Delore (de Lyon) : un malade très amaigri, atteint de vomissements incessants, présentait une tumeur à la partie inférieure de l'épigastre. Celle-ci — qui avait été prise pour un cancer — disparut rapidement après l'expulsion de fragments de charbon de Belloc qui s'étaient enchaînés dans un diverticule stomacal.

f) Enfin, il est à peine besoin de mentionner les *pseudo-tumeurs stercorales* ; mais pour que des cliniciens de la valeur de Troussseau et de Barth aient pu s'y tromper, il faut bien admettre que l'erreur peut être parfois commise.

Faux cancers avec cachexie.—a) *L'hyperchlorhydrie paroxystique* et la gastrosucchorrée ou *maladie de Reichmann*, peuvent aboutir à un état cachectique qui ressemble, à s'y méprendre, à celui du cancer. J'ai observé plusieurs faits semblables, et notamment un homme de quarante-deux ans qui, outre une cachexie profonde et un amaigrissement considérable, présentait au niveau du pylore une plaque d'induration, vestige probable d'un ulcère ancien. Le diagnostic de carcinome fut abandonné et remplacé par celui d'hyperchlorhydrie avec sécrétion permanente du suc gastrique. Or, sous l'influence du traitement alcalin intensif (25 à 30 grammes de bicarbonate de soude par jour), tous les accidents disparurent et le poids de ce malade, qui était de 116 livres le 4 décembre dernier, s'éleva jusqu'à 134 livres le 15 février 1894.

b) Bouveret (de Lyon) qui a cité des cas semblables dans son livre si remarquable sur les maladies de l'estomac, insiste judicieusement sur le diagnostic parfois difficile de la maladie de Reichmann et du cancer gastrique. Dans celle-là, la marche de l'affection est de longue durée (20 à 40 ans), l'appétit est normal et même exagéré, les vomissements marc de café sont possibles mais rares ; les vomissements renferment surtout des matières amylacées non digérées, les douleurs sont très vives, paroxystiques et souvent nocturnes, l'acide chlorhydrique est en excès, l'élimination de l'urée est augmentée, tandis que celle des chlorures urinaires est considérablement diminuée. Rien de semblable pour le cancer de l'estomac : évolution rapide en deux ou trois ans au plus, appétit nul, hématomèses fréquentes et vomissements composés surtout de débris de viande toujours mal digérée, douleurs peu vives, anachlorhydrie ou hypochlorhydrie, diminution très notable dans l'élimination de l'urée, etc.

c) *L'anorexie hystérique*, signalée par Briquet en 1859, étudiée ensuite par Gull et Lasègue en 1873, est bien une "anorexie mentale," comme je l'ai dit en 1883 dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld. Les malades n'ont pas perdu positivement l'appétit, mais ils refusent de manger, comme certains aliénés. d'où le nom de *siti-cirgie* donné par Sollier à cet état morbide (*Revue de médecine* 1891).

J'ai ainsi vu une malade qui en était arrivée à une cachexie profonde, à un amaigrissement tellement considérable, qu'on avait prononcé le nom de cancer gastrique. Elle aurait certainement succombé si elle n'avait pas été soumise à l'isolement et soustraite à son milieu habituel. Or, quoique cette singulière affection s'observe surtout chez les jeunes hystériques, elle peut certainement faire croire à une maladie organique, d'autant plus qu'elle est parfois très grave et qu'elle peut se terminer par la mort, comme on en a cité des exemples (Lasègue, Gull, Charcot, Rosenthal,

Bouveret). Il faut se rappeler encore une fois, qu'il n'y a pas perte d'appétit, comme je le disais en 1883, mais un "état mental particulier qui aboutit au refus de l'alimentation et se termine par des accidents dus à l'inanition prolongée."

d) Tout autre est la *dyspepsie nerveuse* ou dyspepsie neurasthénique. Celle-ci affecte deux formes d'après Bouveret : l'une bénigne et l'autre grave. Or, lorsque cette dernière aboutit à la perte des forces, à la perte considérable du poids (20 kilogrammes en quelques mois), à l'aspect le plus profondément cachectique, "on ne peut se défendre de l'idée d'un cancer de l'estomac, et c'est là d'ailleurs une erreur de diagnostic très commune" (Bouveret), d'autant plus que, dans ces cas, la sécrétion de l'acide chlorhydrique a beaucoup diminué.

Quelques auteurs, et Jurgens en particulier, ont cru trouver la cause anatomique de cette dyspepsie dans une dégénérescence des ganglions nerveux, des plexus de Meissner et d'Auerbach. Le fait demande confirmation ; mais il est surtout important de constater que chez ces malades, qui continuent à manger d'une façon presque normale, l'absorption ne se fait pas, et il leur arrive ce qui se produit—comme l'a dit Claude Bernard—chez les animaux qui, ébranlés par les vivisections, mangent avec voracité, paraissent digérer et cependant maigrirent jusqu'à mourir d'inanition. "Les aliments peuvent être parfaitement digérés, ajoute-t-il, et cependant ne fournir aucun principe utilisé par l'organisme."

e) Chez les neurasthéniques et les hystériques, on peut observer, comme pour l'œsophage, des rétrécissements spasmodiques du cardia et du pylore. Un auteur anglais, Power (*The Lancet*, 1886), a même cité un cas de spasme du cardia terminé par la mort. A l'autopsie on n'a constaté aucune lésion organique.

Ces faits, quoique exceptionnels, sont réels, et dans le "*Traité des névroses*" je m'exprimais ainsi à leur sujet :

"Tantôt le spasme se localise au sphincter du cardia, et plus fréquemment encore à celui du pylore pour constituer ce que nous appelons le *pylorisme hystérique*."

En voici, du reste, un exemple intéressant que je trouve dans la thèse de Bentejac (1888). Un homme hystérique est pris, pendant plusieurs mois, de vomissements incoercibles avec dilatation considérable de l'estomac. On croit à un cancer du pylore. M. Richelot pratique la laparotomie et trouve un pylore absolument soluble et normal. Or, après l'opération, qui avait agi d'une façon suggestive, tous les accidents gastriques disparaissent, et avec eux les stigmates hystériques, l'hémianesthésie sensitive et sensorielle, etc.

On aurait encore beaucoup à dire sur ce sujet. Je ne vous parle pas des différentes hématoméses, de celles qui peuvent survenir dans la gastrite ulcéreuse, dans l'urémie gastro-intestinale, etc. Il vous suffit de connaître les principales causes d'erreur et les quelques exemples que j'ai placés sous vos yeux pour vous convaincre de la difficulté parfois grande du diagnostic du cancer stomacal.

Pathogénie et traitement de la gangrène pulmonaire.—La prophylaxie et les indications thérapeutiques de la gangrène pulmonaire découlent entièrement de ses facteurs pathogéniques. Les exposer, c'est introduire un peu de logique dans le traitement de cette redoutable maladie.

La gangrène pulmonaire est toujours le résultat de la présence, de la vie d'agents septogènes, qui ont pénétré le poumon par les voies aérienne ou sanguine.

Le processus est subordonné aux conditions de milieu ambiant, de température et d'humidité que réclame la vie des ferments. La nécrose, c'est à-dire la mortification par cessation de l'apport, par les artères bronchiques, des éléments nutritifs, ne trouve ici que très rarement l'occasion de se manifester à l'état de pureté, à cause du contact incessant du foyer nécrosé avec l'atmosphère et ne tarde pas à se compliquer de gangrène. Toutefois ces foyers de nécrose pure peuvent dans le poumon comme partout ailleurs aboutir à la résorption, après avoir passé par les stades anémiques et régressif par transformation graisseuse des tissus non irrigués. La gangrène pulmonaire est une affection microbienne : mais le microbe ou plutôt les microbes, comme nous le verrons plus loin, ne suffisent pas ; il leur faut pour s'implanter, vivre et détruire des conditions particulières, un terrain favorable. Étudier le terrain, la graine, les voies de pénétration de cette dernière dans le poumon, revient donc à exposer la pathogénie de l'affection.

Le terrain comprend deux grands éléments, l'économie en totalité et le poumon, qui tous deux peuvent être affectés simultanément ou séparément. Tantôt c'est le premier élément qui est seul inférieurisé, diminué dans sa résistance : dès lors, tout agent infectieux tombant dans un tel milieu, sur n'importe quel organe, ne trouve pas d'obstacle à son implantation et fructifie. Le parasite septogène pousse ici et se développe comme le feraient le pneumocoque pour une pneumonie, le streptocoque pour un érysipèle, le staphylocoque pour un anthrax, une furonculose. Les causes générales indirectes, prédisposantes à la gangrène, inférieurisant toute l'économie sont multiples ; il nous suffira de signaler le surmenage, la misère, l'inanition, la convalescence des maladies graves, le diabète et l'urémie. À côté de ces causes, dont le mécanisme est simple à comprendre, nous rangerons les altérations graves de l'axe encéphalo médullaire, l'hémorragie et le ramollissement cérébral, la paralysie générale, l'intoxication grave des pyroxies et l'aliénation mentale qui agissent principalement en diminuant l'action trophique du système nerveux sur tous les tissus de l'économie ; cette notion répond à l'ancienne conception de la dyserasie,

Parfois, au contraire, dans un organisme résistant se trouve une portion de parenchyme pulmonaire tellement diminuée dans sa vitalité qu'elle ne résiste plus à l'agent putride. C'est ainsi qu'a-

gissent la pneumonie survenant chez des individus porteurs de bronches dilatées ou de pneumokoniose et par conséquent déjà en puissance d'agents septogènes dans les voies aériennes, la tuberculose pulmonaire cavitaire, la sclérose pulmonaire, les inhalations de vapeurs toxiques qui, par elles mêmes, peuvent amener une nécrose de la muqueuse bronchique, les broncho-pneumonies ordinaires et le traumatisme des parois thoraciques.

L'énumération de ces influences générales et locales nous met à même de comprendre comment se prépare le terrain de la gangrène ; il nous faut maintenant étudier comment y arrivent les agents infectieux pour donner naissance à la maladie. Ces derniers peuvent aborder le poumon par trois voies, par continuité, par effection, par le torrent circulatoire. Dans le premier cas, le corps fermentifère pénètre dans le poumon par les voies aériennes. C'est le mode d'action de la déglutition erronée d'aliments chez les enfants, les vieillards, les paralysés du voile du palais et du pharynx ; c'est encore ainsi qu'agit la translation de fragments gangréneux provenant de la bouche (noma), du pharynx, du larynx (laryngite ulcéreuse de la phthisie, de la diphthérie, de la dothiénentérie) et du rocher ; enfin, la salive seule (Cornil et Babès), ou la salive enrobant des parcelles étrangères, non putrides par elle mêmes (Bonome) peut avoir les mêmes conséquences. Cette voie directe est la plus fréquente ; en face, il nous faut placer la voie indirecte par contiguïté, que créent les diverticules de traction, les fistules cœso bronchiques et trachéales, les fistules intestino et stomaco bronchiques, les plaies de poitrine ; mais le poumon n'est pas seulement accessible par ces deux routes naturelle et artificielle, il l'est encore par le torrent circulatoire. C'est ainsi qu'agit un embolus gangréneux provenant d'une gangrène périphérique, d'une eschare de décubitus, d'une métrite puerpérale gangréneuse, d'un sphacèle de la vulve.

L'embolus simple, fibrineux de l'artère pulmonaire, comme la thrombose des artères bronchiques ne peut amener, comme nous l'avons montré, qu'un foyer d'apoplexie ou une nécrose, que l'arrivée par les bronches d'agents septogènes transforme en gangrène. Le foyer gangréneux pulmonaire est fréquemment à son tour le point de départ de gangrènes viscérales (Charcot et Ball. *Union médicale* 1860), (Fernet, *France méd* 1880). La gangrène est une fermentation. Les matières organiques du poumon subissent une série de transformations qui les rendent solubles et les ramènent à l'état simple d'eau, d'acide carbonique, d'hydrogène et de composés ammoniacaux ; dans les phases intermédiaires se produisent des substances fétides, des poisons putrides, des ptomaines. Cette destruction est toujours fonction d'un être vivant, d'un microbe aérobie ou anaérobie. Nous arrivons ainsi, après avoir établi les conditions accessoires de la gangrène pulmonaire, à l'agent causal. Parmi les auteurs qui se sont occupés de sa détermination, nous citerons Virchow, Zenker et Conheim, qui signalent des saïcines,

Koch et Gaffky le micrococcus tetragenus, Leydon et Jaffé le leptothrix buccalis, Kannenberg des infusoires ciliés, Rosenbach, Banomo, Cornil et Babès, des staphylocoques, des streptocoques et bacilles qui normalement habitent la cavité bucco-pharyngée et peuvent acquérir, comme l'ont montré MM. Guyon et Albarran pour le bactérium coli (J. de chirurgie 1891), des propriétés particulières de virulence et avoir une action gangréneuse. Ces dernières notions sont les plus importantes; elles montrent que, semblable à la broncho-pneumonie ordinaire, la gangrène pulmonaire peut n'être qu'une auto-infection d'un organe altéré dans un organisme débilité. La multiplicité des micro-organismes, capables d'engendrer la gangrène pulmonaire, enlève à cette dernière affection tout caractère spécifique que Bird et Charmoi (*Lyon méd.* 1886), en se basant sur plusieurs observations de contagion, avaient affirmé. L'encombrement, la mièrre physiologique, les maladies antérieures des bronches jouent ici le même rôle que dans la broncho-pneumonie qui produisent un grand nombre de microbes, dont la virulence est tout à coup exaltée. Le parasite saprogène commande tout le processus.

Ces notions pathogéniques nous permettent maintenant d'établir notre thérapeutique. La prophylaxie exige que chez tout débilité, tout fébricitant gravement atteint, la peau, les muqueuses, la cavité bucco-pharyngée soient minutieusement désinfectées. Toute eschare, toute nécrose seront maintenues aseptiques, alors que se produira le sillon d'élimination. Enfin, tout individu, porteur d'une lésion pulmonaire quelconque, sera rigoureusement éloigné d'un malade frappé de gangrène pulmonaire. La gangrène pulmonaire est produite, que devons-nous faire? Il est évident que, ne pouvant rien contre les formes diffuse-, nous n'envisagerons que les foyers limités. Ici la médecine et la chirurgie doivent se prêter un mutuel appui. Les indications médicales à remplir seront tout d'abord de soutenir les forces du malade et de surveiller les principaux émonctoires. Le malade sera placé dans une chambre spacieuse, dont l'aération sera aussi parfaite que possible. L'air sera mélangé à des vapeurs anti-septiques (eucalyptus, acide phénique). La peau du malade, toujours sèche, sera lavée trois ou quatre fois par jour avec de l'eau vinaigrée ou frictionnée avec de l'alcool ou du baume de Fioraventi.—S'il n'existe pas d'albuminurie, on pourra donner une alimentation franchement réparatrice, viande, champagne, café, alcool. A la moindre défaillance du cœur, de tendance au collapsus, la digitale et la caféine en ingestion ou en injection seront indiquées.

Cette première indication, capitale, une fois remplie, il reste à lutter contre le foyer gangréneux viscéral, qu'il faut s'efforcer de limiter et de vider pour empêcher les infections ultérieures du parenchyme pulmonaire resté sain.

Pour faire l'antisepsie pulmonaire, et par conséquent atténuer l'infection putride, on a préconisé un grand nombre d'agents thé-

rapentiques. Nous ne les passerons pas tous en revue, nous contentant de ne signaler que les plus importants. Ces agents peuvent pour arriver au foyer prendre deux voies, la voie bronchique et la voie sanguine, après absorption intestinale. Afin de ménager les voies digestives, dont l'intégrité est nécessaire pour l'alimentation, il sera préférable d'employer les inhalations. Trousseau donnait l'essence de térébenthine; quelques cuillerées à café d'essence sont versées dans de l'eau chaude et le malade aspire les vapeurs qui se dégagent.

M. Jaccoud fait pratiquer, plusieurs fois par jour et pendant plusieurs heures, des inhalations d'une solution faible d'acide phénique (1/100).

Parmi les médicaments ingérés, ceux dont l'action semble certaine, sont la teinture d'eucalyptus (Bucquoy), et l'hyposulfite de soude (Lancereaux), ou la liqueur de Labarraque (Jaccoud). Les injections sous-cutanées de gaiacol, que M. Weill a préconisées, s'adressent aux affections fétides et non aux localisations pulmonaires gangréneuses. L'antiseptie interne par les sels de quinine et l'acide salicylique est d'une efficacité douteuse.

Il n'y a pas que des indications pharmacologiques à suivre; il faut rechercher l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

S'il existe un épanchement pleural gangréneux, la thoracentèse ou l'empyème s'impose. La qualité de l'épanchement prime ici la quantité; aussi faut-il toujours ponctionner et répéter la même opération en cas de récurrence. Si l'épanchement pleural est considérable et coexiste avec une lésion pulmonaire limitée, il y a lieu de faire suivre l'empyème d'un lavage antiseptique avec l'eau naphtolée (Chauffard). S'il existe un foyer gangréneux bien limité (la multiplicité et la bilatéralité des lésions, l'intoxication trop profonde contre-indiquent toute intervention chirurgicale), qui résiste au traitement médical et menace d'épuiser le malade, quelle conduite adopter? Les injections parenchymateuses antiseptiques, seront absolument rejetées; elles n'ont qu'une action très limitée, oblitérent des bronches saines et entraînent, dans les alvéoles non oblitérées, des parcelles putrides. En cas d'intervention, il faut que celle-ci soit large et aboutisse à la mise à jour du foyer gangréneux.

Au médecin incombe la recherche de l'adhérence des plèvres (fixité du poumon dans les mouvements respiratoires) et de l'étendue des foyers ou voie d'excavation (matité, râles humides, exagération des vibrations thoraciques, souffle, râles cavernuleux, et présence de fibres élastiques dans les crachats). Le chirurgien a dès lors le choix entre la pneumotomie qui, ainsi que l'indique Richerolle, dans sa thèse sur la chirurgie du poumon, a dans ces circonstances, donné de 1886 à 1892, sur 31 cas, 13 guérisons, 4 améliorations et 14 morts. Depuis cette statistique, Monod, Périer, White, Roux, etc., ont obtenu des succès. Disons enfin que MM. Drinkwater et Delagénière ne se contentent pas d'inciser et de drainer les foyers gangréneux, ils les résèquent.—Dr THIROLLOIX, in *C. méd.*

CHIRURGIE.

Le signal de danger du chloroformisateur. — L'opinion de la plupart des chloroformisateurs experts, contrairement aux suggestions de la commission d'Hyderabad sur le chloroforme, est que la respiration seule ne peut donner que des renseignements infidèles sur l'état du chloroformisé et que la pupille, le pouls et tout ce qui se rapporte au patient doit être surveillé.

Certes, il semble probable que si nous surveillons la respiration seule, nous nous exposons à donner le chloroforme jusqu'au point de produire la narcose respiratoire; et tandis que cette narcose surviendra graduellement, la condition du patient pourra passer inaperçue tant que celui-ci ne sera pas dans un état d'extrême danger.

Il est vrai que la respiration artificielle peut toujours ramener le patient; cette intervention toutefois cause de suspension de l'opération, dans beaucoup de cas, est une des complications des plus désagréables et des plus alarmantes, qui ne devrait jamais survenir. Toute modification du centre respiratoire par le chloroforme, quelque légère quelle soit, indique qu'une dose trop forte a été donnée. De plus, si la respiration seule est surveillée, comment le novice pourra-t-il distinguer entre la respiration faible et irrégulière de l'inhibition réflexe que présente si souvent le vomissement, et l'apparition insidieuse de la narcose respiratoire? Si l'on administre l'anesthésique jusqu'au point d'affecter le pouls, si toutefois cela est possible, il y a lieu de croire qu'une dose toxique a été donnée. Le cœur lui aussi est susceptible des inhibitions réflexes, et devient souvent irrégulier et déprimé pendant les vomissements et pendant les violentes irritations du système grand sympathique dans les opérations abdominales; dans les deux cas, cessez de suite l'administration de l'anesthésique. Ainsi comme indicateur du degré de narcose, le pouls est tout à fait insuffisant.

Il nous faut des indications qui puissent nous démontrer quand le cerveau est complètement anesthésié et aussi nous mettre en garde lorsqu'il y a danger d'affecter le centre respiratoire. C'est à la pupille qu'il faut avoir recours. Le troisième centre nerveux qui y préside, est le premier des centres automatiques dont nous avons connaissance; ce n'est pas un centre vital, comme le centre respiratoire, et sa narcose n'est pas, par elle-même, suivie de complications dangereuses. La pupille, signe visible de l'état de ce centre, est le signal du danger que nous cherchons. Elle suit une marche régulière à mesure que le patient devient de plus

en plus anesthésié. D'abord elle se dilate et devient agitée, puis elle se contracte et enfin elle se dilate de nouveau et reste fixe. La cause de ce cycle s'explique comme suit : dans la narcose imparfaite, le patient s'endormant ou s'éveillant, la pupille se dilate parce que les impulsions mentales, sensitives ou sympathiques affectent le cerveau à moitié endormi et provoquent une inhibition réflexe de l'extrémité centrale du troisième centre nerveux ; elle est agitée, parce que l'anesthésique n'atteint pas le centre lui-même. Une pareille dilatation se produit dans les conditions ordinaires sous l'influence de la peur, de la douleur ou d'un coup sur l'abdomen. À mesure que la narcose augmente, la pupille se contracte parce que le cerveau est complètement anesthésié, que tous les reflexes cérébraux sont abolis et que le troisième centre nerveux est par conséquent entravé dans son action. On remarque ce même état de chose pendant le profond sommeil. Si l'on pousse plus loin la narcose, la pupille se dilatera, d'abord lentement et deviendra moins sensible à la lumière, puis elle se dilatera largement et restera fixe, parce que maintenant la narcose a atteint le centre lui-même et l'a graduellement envahi ; par conséquent tout contrôle nerveux a cessé et la pupille s'est dilatée ; en même temps le reflexe de la lumière a été aboli. Une semblable condition de la pupille se rencontre dans la compression cérébrale générale. Cette dilatation fixe indique un grand danger, car la narcose respiratoire est imminente, c'est pourquoi la narcose ne doit jamais être poussée au point de produire une dilatation complète de la pupille. Ainsi c'est la pupille contractée qui doit inspirer le plus de confiance toute dilatation matérielle signifiant : "Prenez garde". Dans ce cas, le patient s'éveille et provoque des reflexes où s'approche trop de la narcose respiratoire.

Il est facile de différencier la dilatation réflexe commençante de la dilatation anesthésique précoce. Dans la première, la pupille est sensible et on verra se produire les autres réflexes—respiration faible, vomissements, agitation ; dans la seconde, le patient est dans un état de stupeur, la pupille est insensible et les globes oculaires fixes. Dans celle là il y a indication de donner plus de chloroforme, dans celle-ci, de ne pas en donner du tout jusqu'à ce que la pupille se contracte de nouveau et par conséquent que le troisième centre nerveux revienne à son état normal. Si l'on surveille la pupille de cette manière, toute complication du côté de la respiration et du cœur peut être évitée.

Pour les opérations ordinaires, la pupille doit être maintenue contractée, mais dans la chirurgie abdominale, il est quelquefois nécessaire de combattre l'irritation violente du sympathique en donnant le chloroforme jusqu'au point de produire une légère dilatation narcotique de la pupille ; mais dans tout autre cas, il est inutile aussi bien que dangereux d'aller plus loin. Toute rigidité abdominale qui se manifeste ensuite est due soit à une

fibrose inflammatoire, soit au développement d'une communication réflexe anormale entre le grand sympathique et les nerfs spinaux chez les sujets neurasthéniques. Dans les deux cas, l'anesthésique ne produit plus d'effet.

Le moment où il faut donner le plus d'attention à la respiration est celui où le malade commence à respirer l'anesthésique. Il peut alors, intentionnellement ou par l'inhalation de vapeurs trop fortes, retenir sa respiration. Ce centre respiratoire se trouve ainsi affaibli par le manque d'oxygène et quand le besoin de respirer devient impérieux, le patient prend une large inspiration, inonde de vapeurs le centre respiratoire qui ne peut les supporter. Alors la pupille se dilate et la mort survient. Que le cœur soit affecté ou non, la question est encore à décider, le point principal est d'éviter le danger. On peut se mettre en garde, en engageant le patient à respirer régulièrement et en prenant soin, s'il le retient sa respiration, de ne lui laisser parvenir qu'une petite dose de chloroforme.

Chez les enfants, il est préférable de se servir de l'aspirateur de Junker, parceque s'ils crient ou s'ils retiennent leur respiration, ils ne peuvent absorber qu'une quantité limitée de chloroforme; on évite ainsi la dose toxique. Dans ces cas, j'ai l'habitude de donner le chloroforme jusqu'à ce que survienne la contraction de la pupille et une légère stupeur, d'en suspendre l'administration jusqu'à l'apparition de quelque léger réflexe, puis d'en donner encore un peu et ainsi de suite. Je ne crois pas que la pupille soit aussi digne de confiance que chez l'adulte, car l'on peut quelquefois avoir une dilatation fixe avec une trop forte dose subite. Il peut arriver que le réflexe pupillaire soit imparfait; ce qui, j'en suis sûr, est le cas pour le réflexe de la cornée, qui est presque incertain comme signe de narcose chez les enfants, avec un léger stertor, l'on peut être tranquille.—H. WARD, M.D., in *Canada Lancet*.

Traitement de la blennorrhagie par les lavages au permanganate de potasse.—Le sujet que nous allons traiter ici semble banal au premier abord; cependant à tous ceux qui ont lu la thèse de SOUPLÉT "*La blennorrhagie maladie générale*", ou bien qui ont visité un service de gynécologie, deux choses apparaissent évidentes: la gravité des méfaits de l'infection gonococcique, et la nécessité de lui opposer un traitement sûr. C'est ce traitement par les lavages au permanganate de potasse que nous voudrions exposer ici, aussi brièvement que possible, mais avec tous les détails nécessaires pour que le praticien puisse l'employer et juger par lui-même de ses résultats.

Avant tout, il convient de dire que c'est au Dr Janet, chargé de la direction du traitement des malades externes, à la clinique de l'hôpital Necker, que nous sommes redevables de ce traitement. Ni

les lavages de l'urèthre, ni l'emploi du permanganate de potasse ne sont nouveaux. Ce qui nous est personnel, dit le Dr Janet, consiste dans le mode d'emploi de ce vieux procédé sous le contrôle d'une analyse clinique et bactériologique minutieuse, dans une certaine technique lui donne une efficacité à peu près absolue et lui permet de désinfecter presque sûrement, en huit jours, un urèthre de ses gonocoques dans les phases aiguës, subaiguës ou chroniques de la chaudepisse, en faisant disparaître presque totalement l'écoulement à partir du premier lavage.

A tous ceux qui désirent avoir des notions complètes sur la question qui nous occupe, nous recommandons l'excellente thèse du Dr Delaroche auquel nous empruntons les détails qui vont suivre, relativement à la description de l'appareil, au mode opératoire, et enfin, à la direction générale du traitement. Bion entendu, il s'agit de la blennorrhagie chez l'homme seulement.

A. DESCRIPTION DE L'APPAREIL. — L'appareil pour le lavage de l'urèthre à l'aide de la pression atmosphérique est des plus simples ; il se compose d'un récipient quelconque, par exemple le vulgaire bock à injections vaginales, muni à sa partie inférieure d'une tubulure à laquelle on adapte un tube en caoutchouc de 2 mètres de long, avec robinet ou levier interrupteur, et terminé par une canule dite de Janet. Cette canule est un cylindre en verre de 9 centimètres de long et de 15 millimètres de diamètre ; une de ses extrémités, olivaire, s'adapte au tube de caoutchouc ; l'autre, conique, est destinée à être introduite dans le méat urinaire. Depuis peu de temps M. Janet emploierait, pour les lavages de l'urèthre postérieur, des canules d'un diamètre plus petit, de telle sorte qu'elles puissent être introduites entièrement dans le canal de l'urèthre, en l'obturant exactement. Ces canules ont un orifice de sortie d'un diamètre de 2 à 3 millimètres.

La hauteur à laquelle sera placé le siphon varie suivant les cas : 60 centimètres environ suffisent pour l'urèthre antérieur. Pour laver l'urèthre postérieur, il faut une pression de 1 mètre à 1 m. 50.

La quantité du liquide usitée pour chaque lavage est le plus souvent de 1 litre à 1 litre et demi.

La température du liquide serait indifférente d'après les recherches de M. Delaroche. Nous pensons que les lavages seront d'autant moins désagréables aux malades qu'ils seront faits à une température plus voisine de celle du milieu lavé. Par conséquent, c'est à 35° environ que nous conseillons de les pratiquer.

Le nombre des lavages est ainsi formulé par M. Janet : l'espace des lavages doit être de douze heures en cas de traitement abortif, et de vingt quatre heures dans les autres cas, sans aucune interruption. Comme les malades viennent le plus souvent trouver le médecin alors que toute tentative d'abortion serait inutile, on se contentera donc de faire un lavage par jour, mais encore une fois

sans interruption ; le succès du traitement et la rapidité de la guérison en dépendent.

La dose de la solution de permanganate de potasse employée varie de 1/4000 à 1/1000. Nous conseillons de toujours commencer avec des solutions à 1/4000 quitte à augmenter la dose à mesure que l'urétrite est moins aiguë et la réaction moins forte. Il est bon de rappeler que ces solutions se font dans l'eau distillée pure, le permanganate de potasse se décomposant en présence des matières organiques.

B. MANUEL OPÉRATOIRE. — Le malade est assis sur le bord d'une chaise, le dos fortement incliné en arrière sur le dossier ; il baisse, son pantalon jusqu'à terre, et se couvre les genoux et les cuisses d'une toile cirée dont le bord inférieur plonge dans un sceau placé entre ses pieds. Le bock irrigateur est accroché à une planchette graduée placée le long de la muraille. Les canules baignent, dans l'intervalle des lavages, dans une solution antiseptique ; elles sont, au moment de servir, essuyées avec une compresse trempée dans le sublimé.

Pour laver l'urèthre antérieur, le bock irrigateur est placé à une hauteur de 60 centimètres au dessus du méat urinaire. A ce moment, on fait uriner le malade, qui a dû rester au moins deux heures sans pisser avant le lavage ; le jet d'urine balaye les parois de l'urèthre et chasse le pus qui, sans cette précaution, pourrait être refoulé vers l'urèthre postérieur. Tenant la verge au voisinage du gland, entre le médius et le pouce de la main gauche, on prend entre trois doigts de la main droite le tuyau de caoutchouc, immédiatement en dehors de la canule, de façon à pouvoir, par de faibles pressions, interrompre l'arrivée du liquide ; le jet est d'abord dirigé sur les lèvres du méat et sur le gland pour en faire l'antisepsie, puis directement sur le méat dont il écarte les lèvres, ce qui facilite l'introduction de l'extrémité conique de la canule. Celle-ci obturant bien le méat le liquide emplit l'urèthre et le distend ; la main droite, pressant alors sur le tuyau, interrompt le courant en même temps qu'elle retire un peu la canule. Le liquide qui a rempli l'urèthre s'écoule au dehors, et le lavage continue ainsi par des mouvements de va-et-vient de la canule, qui obture et débouche alternativement le méat. La durée moyenne du lavage avec une canule de 2 millimètres d'orifice de sortie et pour un litre de liquide est de 4 à 5 minutes.

Pour l'irrigation de l'urèthre postérieur, le bock étant élevé à 1 mètre 50, on commence par laver le gland, le méat et l'urèthre antérieur pendant quelques secondes, puis la canule (du diamètre de l'urèthre,) est introduite jusqu'à fermer complètement le méat, contre lequel elle est tenue solidement appliquée. Le malade ne fait pas d'efforts et respire largement. Le liquide pénètre alors facilement dans l'urèthre postérieur et la vessie, ce dont le patient se rend très bien compte. Au bout d'un temps variable, suivant le

-cas, le besoin d'uriner se fait sentir. A ce moment, on retire la canule en interrompant le courant, et on laisse le malade uriner en ayant soin, pendant qu'il urine, de comprimer le gland plusieurs fois, de façon à assurer la tension du canal au retour comme à l'aller du liquide. On produit ainsi un lavage des plus efficaces, et l'on recommence dès que la vessie est vide : en moyenne, le lavage se fait en quatre ou cinq fois. Inutile d'ajouter qu'après chaque séance le méat est recouvert d'un petit tampon d'ouate ou de gaze aseptique.

Si une faible quantité de liquide antiseptique reste dans la vessie, il n'y a pas à s'en inquiéter ; ce liquide baignera l'urèthre postérieur et prolongera son action thérapeutique pendant l'intervalle de temps qui sépare le lavage de la première miction.

On doit s'attendre à voir se développer une certaine sensation douloureuse à la suite de ces lavages, mais cette douleur ne dure pas plus d'une heure environ et n'est pas insupportable ; elle disparaît d'ailleurs dès la deuxième ou troisième séance.

Le mode d'emploi de ces lavages est, comme on le voit, des plus faciles, mais ils demandent à être exécutés avec soin et sans négliger les petites précautions que nous avons décrites. C'est précisément à cause de la minutie que ce procédé exige qu'il n'est pas bon de laisser entre les mains du malade ; tout au plus pourrait-on laisser le blennorrhagien se soigner lui-même après s'être assuré qu'il n'oublie aucun point important du manuel opératoire.

C. DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAITEMENT. — Ici plusieurs questions se posent :

1o L'uréthrite à traiter est-elle spécifique ?

2o Quelle est son extension ? Est-elle compliquée ?

3o Quand doit-on cesser les lavages ?

4o Doit-on associer une médication interne quelconque à ce traitement ?

1o Le microscope répond à la première question de la *spécificité de l'uréthrite*. Au moyen d'un fil de platine ou d'une aiguille, on recueille une parcelle de pus et on l'étale sur une lame. Celle-ci, séchée, est plongée dans un bain colorant de bleu de méthylène, puis lavée et examinée séance tenante. Le gonocoque est facile à reconnaître : c'est un diplocoque ayant la forme de deux petits reins se regardant par leurs hiles.

2o *Extension et complications de l'uréthrite*. — Voici un moyen pratique et rapide pour savoir si l'urèthre postérieur est infecté : c'est le procédé dit des deux verres. Le malade est resté plusieurs heures sans pisser, on le fait uriner successivement dans deux verres. Le premier jet balaie l'urèthre, on trouve donc dans le verre no 1 les sécrétions qui se sont accumulées depuis la dernière miction et dont la quantité varie selon l'acuité de l'affection. Le verre no 2 contient l'urine qui a traversé l'urèthre nettoyé et les dernières gouttes avec lesquelles la vessie-expuise par ses contrac-

tions les filaments et les leucocytes accumulés dans son basfond. Si donc cette urine no 2 est trouble, si on y voit des filaments, on peut affirmer la propagation de l'urétrite à l'urèthre postérieur.

Dans le doute, y a-t-il danger à laver les deux urèthres, si l'inflammation est localisée exclusivement à l'urèthre antérieur ? Nous ne le pensons pas, dit M. Delaroché. La crainte de propager l'urétrite par le fait même du lavage est illusoire, puisque le lavage est précédé par la miction, et le lavage de l'urèthre postérieur est précédé lui-même d'un lavage de l'urèthre antérieur. En supposant même que les sécrétions de la première portion de l'urèthre soient repoussées vers la vessie, elles sont noyées dans une telle quantité de liquide antiseptique et y demeurent si peu de temps que le danger est de bien faible importance pour ne pas dire nul. Ajoutons que lorsque le malade se fait lui-même ses lavages, il est bien préférable qu'il se fasse le lavage des deux urèthres dont l'exécution est plus facile et remplit sûrement l'indication d'une irrigation complète de l'urèthre antérieur.

Les complications de l'urétrite seront soigneusement recherchées. C'est ainsi que les abcès péri-urétraux seront détruits au début du traitement, sans quoi ils produiraient la réinfection du canal et rendraient inutiles les lavages.

La cystite, l'orchite, dit Janet, ne sont des contre-indications que dans leur période très aiguë ; quand elles se sont amendées par quelques jours de repos, elles ne doivent pas empêcher de commencer le traitement et guérissent même rapidement sous son influence.

30 *Quand doit-on cesser les lavages ?* Sous l'influence du traitement que nous préconisons, les douleurs spontanées ou provoquées par la miction disparaissent rapidement, les érections deviennent moins fréquentes, et au bout de quelques jours le malade ne souffre plus. Aux premiers lavages, la réaction séreuse du permanganate de potasse s'est produite, c'est-à-dire qu'un abondant écoulement séreux a succédé à l'écoulement purulent. Actuellement le malade vient nous trouver avec un méat presque complètement sec ou agglutiné par une petite goutte muqueuse. Est-il guéri ? Le microscope et l'épreuve du sublimé ou de la bière nous répondront.

Parce que les préparations microscopiques ne nous montrent plus de gonocoques, il ne faut pas cesser brusquement l'emploi des lavages. Ce serait une faute grave. On peut à ce moment faire un lavage avec du sublimé à 1/2000 ou du nitrate d'argent à 1/2000 ; sous l'influence de ce lavage irritant, les gonocoques reparaissent dans l'écoulement. Si le malade préfère, il prendra quelques verres de bière le soir et le lendemain matin on fera l'examen microscopique de l'écoulement. Quand ces diverses réactions n'ont pas donné lieu à une nouvelle poussée gonococcique, on peut affirmer que la guérison est complète. Voici au surplus comment s'exprime M. Janet à ce sujet :

Le nombre des lavages est très difficile à fixer, vu que dans un traitement bien conduit, les gonocoques disparaissent après les lavages ; on n'a donc alors aucun guide pour s'avoir quand il faut s'arrêter. L'expérience nous a appris qu'il faut d'autant plus de lavages que l'urétrite est plus aiguë et plus récente. Un traitement abortif en demande douze et même plus, alors qu'une chaude-pisse chronique à gonocoques se désinfecte facilement en quatre ou cinq lavages. Comme règle générale, il vaut mieux en faire trop que trop peu : douze à quinze en cas de traitement abortif, huit à dix dans les autres cas.

On peut aussi espacer les lavages (un tous les deux jours par exemple) lorsque les gonocoques ont disparu des préparations microscopiques.

40 *Aucune médication interne n'est associée à ce traitement.* Janet considère même le bicarbonate de soude comme nuisible, car en alcalinisant l'urine il est favorable au développement du gonocoque. On se contentera donc de prescrire le régime alimentaire et hygiénique ordinaire, et de grands bains si la réaction du permanganate est trop violente.—*La médecine internationale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Examen d'un fœtus mort-né et d'une fille inculpée de suppression de part, par le docteur SIMON, professeur agrégé à la Faculté.—Le cadavre qui fait l'objet de la première expertise était celui d'un fœtus, du sexe féminin, qu'on avait trouvé le 18 décembre 18..., soigneusement empaqueté, sur la voie publique, dans un fossé rempli d'eau et qui fut apporté aussitôt à la faculté de médecine pour y être l'objet d'un examen médical.

Il était facile, de primo abord, de reconnaître qu'il ne s'agissait pas d'un fœtus né à terme : la longueur du corps était de 0.30 centimètres seulement ; l'ombilic était encore distant du milieu du corps, de plus d'un centimètre. Les organes sexuels étaient bien distincts, le cuir chevelu portait des cheveux fins et courts, les ongles de consistance cornée, n'atteignaient pas l'extrémité des doigts ; les paupières n'étaient pas ouvertes. Ces différents caractères permettaient d'assigner au fœtus l'âge de six à sept mois.

Le corps était dans un état de conservation parfaite : il n'y avait pas trace de putréfaction ; l'épiderme n'était pas macéré, les membres étaient peu rigides. L'enduit sébacé était très peu abondant, la peau offrait une coloration blanche, terreuse ; la face et la partie latérale droite du cou étaient de couleur un peu rosée. On ne constatait aucune malformation, ni aucune difformité.

Il existait, en différents points du corps, des taches de sang très évidentes qui disparaissaient par le lavage. D'ailleurs, on ne constatait ni plaies, ni ecchymoses, ni fractures, en un mot aucune trace de violence. La bouche, les narines, et en général tous les orifices des cavités naturelles du corps ne présentaient rien d'anormal.

Le cordon ombilical, sectionné à deux centimètres environ de la paroi abdominale, était lié par plusieurs tours de fil blanc, il n'était nullement desséché et on ne constatait à sa base aucun signe d'une élimination commençante.

De tout ce qui précède, nous pouvions conclure, d'abord, que la naissance remontait à peu de jours, qu'elle n'avait pas eu lieu à terme, et enfin que la mort paraissait être de cause naturelle.

La présomption d'infanticide se trouvait ainsi écartée ; d'autre part l'avortement provoqué n'est guère tonté après le quatrième mois de grossesse et la question de *suppression de part* semblait pouvoir seule se poser. Les soupçons se dirigèrent, par suite de diverses circonstances, sur une jeune fille de 18 ans, qui dut se soumettre à un examen médical auquel, d'ailleurs, elle se prêta très volontiers.

Elle nous raconta que, réglée pour la première fois il y a deux ans, elle l'avait toujours été régulièrement depuis ; les époques tantôt retardaient d'un mois, tantôt avançaient de huit jours. Cependant, depuis le mois d'août dernier, elles paraissent régulièrement, chaque mois, mais peu abondantes, quand il y a un mois, elle eut tout à coup une perte considérable, après laquelle ses règles se sont montrées deux fois, la dernière fois il y a huit jours. Elle déclarait n'avoir jamais été enceinte et n'avoir jamais été malade, sauf l'an dernier, où elle fut opérée à l'hôpital pour des adénites scrofuleuses du cou. Depuis ce temps, elle ferait usage, l'hiver, d'huile de foie de morue, l'été, d'iodure de fer et en outre, pour faciliter ses époques, elle prendrait parfois des bains de pieds additionné d'un peu de sel.

Le sujet était une fille moyenne, brune et assez bien constituée : elle présentait, au dessous de l'angle du maxillaire inférieur gauche, une cicatrice irrégulière de nature évidemment scrofuleuse, elle n'avait pas d'anémie prononcée.

Les seins n'étaient pas gonflés : le mamelon et son aréole offraient une coloration brune, la glande était bien développée et on ne parvenait pas à faire sourdre du lait par les orifices du mamelon.

La ligne médiane verticale de l'abdomen présentait une coloration brunâtre, le ventre et les cuisses ne montraient aucune varicelle. La paroi abdominale était ferme et nullement relâchée ; la matrice n'était pas augmentée de volume et il était impossible de la percevoir en arrière du pubis.

Les parties génitales externes n'étaient pas tuméfiées ni ramol-

lies ; l'hymen n'était plus représenté que par des caroncules myrtiliformes, la fourchette n'était pas déchirée et on n'y constatait aucune cicatrice.

En résumé, on ne constatait chez cette fille aucun signe d'un accouchement ancien ou récent ; d'autre part, l'état de parfaite conservation du fœtus, malgré une température extérieure assez douce, permettait de faire remonter la naissance à un moment assez rapproché qui ne concordait pas avec l'époque où la jeune fille avait présenté une hémorrhagie utérine considérable dont la réalité avait d'ailleurs été établie par l'enquête. Il est vrai que la putréfaction est moins rapide chez les nouveau-nés et qu'elle est retardée par l'immersion dans l'eau, mais ici la durée du séjour dans l'eau paraît avoir été assez courte, puisque le cadavre portait des traces de sang très manifestes qui eussent disparu très probablement par une immersion prolongée.—*Archives de Tocologie et de Gynécologie.*

Accouchement spontané ; version et symphyséotomie. (*Centralblatt für Gynäkologie*, septembre 1884.)—Dans cet important travail, le prof. OLSHAUSEN se range, en ce qui concerne la symphyséotomie, à l'opinion de Léopold, formulée par celui-ci au congrès de Vienne. Il estime cependant que l'opération césarienne, pratiquée selon les règles modernes, ne mérite pas la défaveur dont elle est l'objet. Saenger, dans sa statistique pour 1891 et 1892, qui porte sur 120 opérations césariennes, a eu seulement 17 décès, soit 14 0/0, chiffre qui diffère peu de celui de la symphyséotomie qui donne 12 0/0. Léopold dans sa statistique a eu, par la version, 90 0/0 d'enfants vivants, ce qui tient à ce qu'il l'a pratiquée au moment de choix, membranes intactes, col entièrement dilaté.

Olshausen estime que tant que les membranes ne sont pas rompues, on ne peut savoir si l'accouchement spontané pourra se faire, hors le cas de bassins très peu rétrécis, la mobilité de la tête ne permettant pas d'apprécier ses dimensions, en particulier pour le diamètre transverse. D'autre part, la rupture des membranes, en apprenant que l'accouchement ne peut pas se faire spontanément rend la version beaucoup moins favorable. Les statistiques de Léopold ne prouvent donc rien, parce qu'on ignore si dans beaucoup de cas l'accouchement spontané n'aurait pu avoir lieu. Le même raisonnement s'applique à la symphyséotomie ; tant que les membranes ne sont point rompues, on ne peut affirmer que l'accouchement ne se fera point spontanément. Olshausen préfère attendre que la tête soit engagée, et même tenter l'extraction avec le forceps, quitte, en cas d'insuccès, à pratiquer la symphyséotomie, les branches de l'instrument restant en place.

L'auteur conserve sa préférence à l'opération césarienne. Elle est indiquée non seulement quand il y a étroitesse absolue, mais

même dans les cas de rétrécissement moindres, quand les accouchements antérieurs par les voies naturelles ont présenté des dangers pour la mère et pour l'enfant.

En résumé, au début, on peut ou rester dans l'expectative, ou faire la version ou l'opération césarienne. Plus tard, quand l'accouchement spontané est reconnu impossible, il faut faire ou l'opération césarienne ou la symphyséotomie : celle-ci permet d'attendre et d'observer la marche du travail, tandis que l'opération césarienne est pratiquée dans de meilleures conditions avant la rupture des membranes.—*Revue de Thérapeutique Médico-chirurgicale.*

Traitement de l'infection puerpérale par les injections intraveineuses de sublimé. T. DE KESMARKY (*Cent. für Gynæk.*, septembre 1894) a traité une première malade par les injections sous-cutanées de sublimé à la dose de 1 centigramme par jour pendant vingt-six jours : la malade mourut en quarante quatre jours d'un abcès métastatique gangréneux du poumon avec ouverture dans la plèvre. Dans deux autres cas d'infection puerpérale l'auteur eut recours au traitement de Bacelli : il injecta dans les veines 1 milligramme de sublimé, en allant progressivement jusqu'à 5 milligrammes par jour. La première malade reçut ainsi 37 milligrammes en dix injections, la seconde 31 milligrammes en huit injections. La température s'abaisse progressivement dès le début du traitement, et les deux jeunes femmes guérirent : dès le deuxième ou le troisième jour, il y eut un relèvement manifeste de l'état général ; le traitement est sans aucun danger et peut donc être expérimenté sans crainte.—*Revue de Thérapeutique Médico-chirurgicale.*

Symphyséotomie. Résultats éloignés (*Centralblatt für Gynæk.*, septembre 1894.)—H. von WERTZ publie les résultats éloignés de 10 symphyséotomies pratiqués à la clinique de Schanta, à Vienne. Il y a eu un cas de mort par infection. Dans 5 cas, la suture osseuse a été faite avec succès et la consolidation de la symphyse a été rapide, complète et durable : un an après, le résultat s'était maintenu parfait. Dans les 4 autres cas, les résultats ont été variables. Les malades, à la sortie, présentaient une diastase assez prononcée de la symphyse : la réunion était faite par un pont fibreux : dans un cas, la marche et le travail ont été influencés pendant plusieurs mois. Chez deux femmes, on a pu constater ultérieurement une guérison durable. Quand la suture osseuse n'est point faite, la guérison complète est possible, mais il importe de rechercher si, plus tard, les résultats ne sont point inférieurs. Les lésions des parties molles, au cours de ces diverses opérations, n'ont pas eu de suites fâcheuses.

Symphyséotomies : résultats éloignés. (*Centralblatt für Gynæk*, septembre 1894.)—R. BRAUN VON FERNWALD communique les résultats de 12 symphyséotomies pratiquées à la Clinique de Braun, à Vienne. Il y a eu quatre décès. Dans l'un il s'agissait d'un bassin de 7 cent. $\frac{1}{4}$, avec un rétrécissement canaliculé sur une longueur de 5 centimètres : présentation du sommet avec proéminence du cordon : extraction avec le forceps, d'un enfant de 3,600 grammes, vivant. Pendant l'extraction, on a entendu un craquement. Mort au vingt cinquième jour ; l'autopsie a révélé une infection généralisée avec abcès métastatiques dans les poumons et suppuration des deux articulations sacro-iliaques : abcès en arrière de la symphyse. Sur les 8 autres cas, il y en a eu 4 où l'on a fait la suture osseuse et 4 autres avec suture du périoste seul : les résultats ont été les mêmes, ce qui prouve que cette dernière suffit. La mobilité persistante de la symphyse dans la suite n'a aucune influence fâcheuse pour la marche ou le travail : elle favorise même les accouchements spontanés ultérieurs.

Quelques considérations sur la conduite à suivre dans l'agonie des femmes enceintes.—Nous extrayons ce qui suit d'une clinique du Dr RÉMY, sur la conduite à suivre dans l'agonie des femmes enceintes, publiée dans les Archives de tocologie, novembre 1894. Le professeur se demande : Que reste-t-il à faire pour sauver l'existence de l'enfant ? En nous reportant, dit-il, à ce qui a été fait et publié, nous voyons que trois solutions ont été proposées :

- 1o Attendre le décès de la mère et extraire ensuite l'enfant le plus tôt possible ;
- 2o Faire l'opération césarienne dans l'agonie ;
- 3o Provoquer un travail accéléré et extraire l'enfant dès que cela est possible ou dès que les accidents le commandent.

Examinons chacune de ces solutions.

1.— *Attendre le décès de la mère et extraire ensuite l'enfant le plus tôt possible.*—Depuis longtemps les médecins obéissent à cette prescription de la *lex regia* attribuée à Numa Pompilius, encore en vigueur dans beaucoup d'états : *Negat lex regia mulierem, quæ prægnans mortua sit, humari antequam partus ei excidatur ; qui contra fecerit spem animantis cum gravidâ peremisse videtur.* Nombreux sont les cas où un enfant vivant a été retiré ainsi du sein de la mère. Le médecin qui, dans ces conditions, négligerait de faire ce qu'il peut pour sauver une existence, serait bien coupable. Mais cette pratique donne-t-elle tous les résultats qu'on pourrait désirer ? C'est ce qui nous reste à examiner, non pas pour décourager le médecin appelé seulement au moment du décès de la mère, mais pour établir qu'au moment de l'agonie, dans certains cas, il y a plus à faire qu'à se croiser les bras en attendant le dernier soupir.

Prunshuber a réuni une statistique de 510 cas dans lesquels l'opération césarienne a été faite conformément aux prescriptions de la *lex regia*. 91 enfants vinrent vivants au monde, sur les-

quels 66 moururent de suite ou peu après l'opération ; 25 seulement survécurent, donc 5 0/0 seulement furent sauvés (Manasse). Sur 453 cas véridiques recueillis par Puech, on trouve 357 enfants morts, 101 vivants. Blanc (1) y ajoute 16 cas récents, ce qui donne pour 469 cas, 363 enfants morts et 112 enfants vivants. Il est permis de penser que plusieurs de ces enfants extraits morts ont succombé dans les derniers moments de la mère.

L'enfant, dans cette période ultime des maladies maternelles est, en effet, exposé à plusieurs genres de mort : ce sont d'une part les troubles respiratoires et circulatoires de l'agonie qui accumulent l'acide carbonique dans le sang de la mère qui ne peut plus fournir ainsi l'oxygène nécessaire à l'hématose du fœtus ; ce sont les élévations thermiques rapides ou prolongées chez la mère qui exercent, ainsi qu'on a pu le constater cliniquement et expérimentalement, une influence si défavorable sur l'enfant ; ce sont les autres modifications ultimes des maladies qui peuvent retentir sur l'organisme fœtal, les apoplexies placentaires qui étouffent les villosités, etc. Ces causes de mort existent déjà dans les cours de maladie, comme l'éclampsie, les affections pulmonaires et cardiaques ; leur action sera naturellement plus marquée au moment de l'agonie.

II. *Faire l'opération césarienne dans l'agonie.*—C'est à cette opération qu'ont eu recours quelques accoucheurs allemands pour soustraire l'enfant au péril qui le menace. Manasse, dans sa dissertation, a plaidé la cause et la légitimité de cette opération dans des cas bien déterminés en rapportant les opinions favorables des auteurs qui font autorité en Allemagne, et en relatant les cas traités selon cette méthode opératoire. Je ferai donc de fréquents emprunts à cette thèse, dans les lignes qui vont suivre.

En 1871, Lowenhardt conseillait dans ses aphorismes de chirurgie obstétricale, de sauver ce qui était à sauver dans le cas que nous étudions, et ainsi, d'opérer dans l'agonie. Mais Lowenhardt n'était pas le premier à prétendre que les résultats de l'opération césarienne seraient supérieurs dans ces conditions ; on trouve déjà cette opinion défendue dans les vieux auteurs, comme Stein, Fulda, Ringen, etc. On trouve déjà auparavant, dans la littérature, la relation d'un cas (celui de Roser), opéré d'après ce principe. Lowenhardt dit le chapitre de l'opération césarienne : " On doit assurer que nous rendons plus service à l'État et aux citoyens quand nous conservons une vie, que quand nous poussons trop loin les ménagements pour la mère déjà mourante, tout en laissant périliter la seconde existence. Nous conseillons ce qu'il faut conseiller dans de telles circonstances, ainsi nous estimons que c'est un devoir irrévocable pour l'accoucheur, de ne pas laisser mourir une parturiente qui porte un enfant vivant, sans la délivrer....."

(1) *De l'opération césarienne post-mortem considérée au point de vue purement médical.* Thèse de Montpellier, 1881.

Pendant quelques années, les propositions de Lowenhardt restèrent isolées jusqu'à ce que Runge les reprit et les confirma par ses expériences et exposa son opinion touchant l'opération césarienne dans l'agonie, dans les termes suivants : " Si le diagnostic et le pronostic du médecin font entrevoir avec sûreté la mort d'une femme enceinte près du terme, si en même temps l'enfant est vivant, et qu'on ne puisse délivrer la mère par la voie pelvienne, on doit alors procéder à l'exécution de la section césarienne pendant l'agonie, aussitôt que surviendront chez la mère les phénomènes qui feront mourir sûrement l'enfant avant l'arrivée de la mort de la mère (asphyxie de la mère, abaissement sérieux de la pression sanguine pendant l'agonie, élévation excessive de la température), dangers qui peuvent quelquefois être contredits par l'auscultation des battements fœtaux." Dans leurs traités d'accouchements, Zweifel et Spiegelberg admettent aussi la nécessité éventuelle de faire l'opération césarienne pendant l'agonie.

Pour Güsserow et Manasse, les conditions requises pour faire l'opération césarienne dans l'agonie, sont : 1^o qu'on doit avoir diagnostiqué sûrement une affection qui rend impossible la continuation de la vie chez la mère ; 2^o que la vie de l'enfant ne laisse aucun doute.

Cependant il est peu de médecins pour oser porter l'instrument sur une femme encore en vie, incapable de donner son consentement à l'opération ; les anciens, comme Fulda, Stein, Ritgen, tout en défendant cette opinion, trouvent que l'exécution les décourage, comme blessant au plus haut point le sentiment ; d'autres sont retenus par un sentiment de compassion ; à d'autres, cette pratique paraît inhumaine.

Heureusement les méthodes destinées à provoquer le travail et à produire une rapide dilatation de l'orifice ont subi dans ces dernières années un perfectionnement tel qu'il est permis d'espérer obtenir la délivrance de la femme moribonde par les voies naturelles, sans être obligé de recourir à cette pénible nécessité d'ouvrir le ventre de la mère pour en retirer un enfant vivant.

III.—*Provoquer un travail accéléré et extraire l'enfant dès que cela est possible ou dès que les accidents le commandent.*—Provoquer simplement le travail par les moyens habituels excito-moteurs, cela ne suffit plus en cas de mort imminente. Il faut à tout prix obtenir une dilatation rapide du col et de l'orifice externe permettant de procéder à bref délai à l'extraction du fœtus, autrement dit, obtenir un travail accéléré. De la sorte, on soustrait rapidement l'enfant aux conditions défavorables qui le compromettent, et bien des fois on améliore la situation de la mère. Combien de femmes éclamptiques se sont rétablies après un coma prolongé qui ne laissait guère d'espoir de guérison ! C'est pourquoi, à cause même de ces guérisons inespérées, le médecin évitera d'employer toute manœuvre violente transformant l'accouchement

accélééré en accouchement forcé. Il sera de sage et prudente tactique de ménager l'utérus, de ne déterminer aucune lésion incompatible avec la prolongation de la vie et le rétablissement possible de la femme. Ce sera donc aux moyens de douceur qu'il faudra s'adresser en premier lieu et ne recourir aux moyens brusques qu'en cas de nécessité immédiate et absolue.

Il me suffira donc de rappeler les moyens instrumentaux à l'aide desquels on obtient un accouchement accéléré.

Le colpeurynter a été utilisé pour dilater le col. Plusieurs fois aussi avec l'appareil électro-ptérygoïde de Chassagny on a obtenu une rapide dilatation du col.

Les sacs violons de Barnes introduits successivement dans le col ont déterminé la dilatation du canal cervical.

C'est surtout aux ballons de Champetier de Ribes qu'on a eu recours dans ces derniers temps pour obtenir une dilatation rapide, grâce aux larges dimensions qu'on peut lui donner, et grâce aux tractions qu'on peut y ajouter pour l'engager à travers le canal cervical. M. Pinard put ainsi, par des tractions manuelles exercées sur le ballon distendu, déterminer chez une femme valide une dilatation en un quart d'heure sans produire de lésion.

Sur un orifice déjà partiellement ouvert, l'écarteur de M. Tarnier pourrait également, dans certaines occasions, accélérer la marche du travail et de la dilatation.

Enfin, Bossi a proposé récemment un dilatateur très solide, à trois branches, destiné à produire rapidement, dans un espace de temps, même inférieur à une demi heure, la dilatation du col et de l'orifice dans les cas pressants. On trouve la description de l'instrument dans un mémoire publié dans les *Nouvelles Archives d'obstétriques et de gynécologie*. Il s'exprime ainsi: "La dilatation complète est obtenue à volonté au bout d'une demi heure au minimum, ou bien d'une ou plusieurs heures, et l'opérateur peut procéder à l'extraction, soit avec les mains, soit avec le forceps..." et rapporte 19 observations à l'appui de l'excellence de sa méthode.

Tels sont les principaux moyens qu'on peut utiliser dans les cas où l'on peut encore compter sur le résultat de l'accouchement accéléré.

Mais dans les cas où le danger est pressant, lorsque la femme n'a plus que quelques instants à vivre, il faut recourir à la dilatation manuelle extemporanée du col. Celle-ci fut pratiquée, pour la première fois, par Duparcquo, en 1823, chez la femme agonisante, et érigée ensuite comme méthode systématique par Rizzoli en 1833. "La dilatation demande en réalité peu de force, et cette manœuvre n'entraîne aucune lésion grave." (Thévenet). L'opérateur s'introduit d'abord l'index, puis successivement les cinq doigts en dilatant graduellement et sans violence l'orifice, et fait passer ainsi la main entière à travers le canal cervical. Une dilatation en train de se faire, ou commencée par l'usage de

moyens précédemment indiqués, rend naturellement la manœuvre plus facile et plus inoffensive.—*Arch. de Tocologie.*

De l'emploi de la Cocaine contre la rigidité du col pendant le travail.—FARRAR.—L'auteur a successivement employé les applications de cocaïne dans deux cas de rigidité du col pendant le travail. Dans le premier : primipare relativement âgée, la rigidité entrava la marche du travail pendant quarante-huit heures et le chloroforme n'avait aucun effet. L'accoucheur décida alors de pratiquer une incision sur le col ; il y appliqua d'abord un tampon trempé dans une solution de cocaïne à 10 pour cent, de manière à obtenir un certain degré d'anesthésie locale. Trois minutes après, il enleva le tampon et fut surpris de trouver le col considérablement dilaté. La dilatation continua à se faire rapidement et l'accouchement se termina normalement. Dans le second cas : une primipare de quarante ans ; l'application d'un tampon de cocaïne à 10 pour cent, sur le col, fit disparaître une rigidité qui depuis trois jours résistait à tous les moyens.—*Annals of Gynecology and Pediatrics.*

Action ocytocique de l'acide salicylique et de ses composés de sodium.—(Hiram N. VINEBERG).—Les salicylates sont si fréquemment administrés qu'il est utile d'être familiarisé avec leur action thérapeutique. Ils possèdent une propriété qui n'est généralement pas connue : leur action sur les organes génitaux de la femme. Ils agissent très énergiquement comme ocytocique et emménagogue. B. S. Luchart a remarqué que sous l'influence des salicylates les règles deviennent plus abondantes et durent plus longtemps. Il observa aussi quatre cas d'avortement dus à ce remède employé dans un autre but. Récemment, C. Binz a étudié l'action de l'acide salicylique sur l'utérus. Il expérimenta sur huit cobayes qui avortèrent tous après l'administration de cet acide.

L'auteur a récemment observé deux cas dans lesquels l'administration de salicylate de soude semble avoir eu une action évidente sur l'utérus.

Une femme fut atteinte, au quatrième jour d'un accouchement normal, de rhumatisme articulaire aigu. Les lochies étaient normales et, avant le rhumatisme, peu abondantes et de couleur jaune grisâtre. Le salicylate de soude fut administré à la dose de soixante-quinze centigrammes toutes les trois heures, et, comme l'attaque était très violente, le remède fut donné, pendant quelques jours, toutes les deux heures. Le deuxième jour la malade eut une hémorrhagie utérine très abondante ; cependant l'examen bi manuel montra que l'involution utérine se faisait normalement. Pendant les trois semaines que le salicylate fut administré, la malade eut, presque tous les jours, des hémorrhagies utérines plus ou moins abondantes ; dès que le médicament fut supprimé, elles disparurent.

L'involution utérine ne fut point arrêtée pour cela et, au bout de six semaines, cet organe avait repris son volume normal.

Le deuxième cas est celui d'une jeune fille de 18 ans, très délicate, réglée irrégulièrement et en petite quantité, anémique. Elle a toujours été délicate et son développement ne correspond point à celui d'une jeune fille de son âge.

Le traitement consiste à améliorer l'état général, laissant à la fonction utérine le soin de s'installer seule. Récemment, elle a été prise d'amygdalite aiguë, son médecin lui a prescrit soixante-quinze centigrammes de salicylate de soude toutes les trois heures. Elle et sa mère furent toutes surprises de voir ses règles apparaître le deuxième jour de sa maladie, et abondamment, une semaine plutôt qu'auparavant. Elle souffrit de crampes au début de l'écoulement, mais pas plus que d'habitude.

Conclusions :

1o L'acide salicylique et ses composés peuvent être administrés utilement dans les menstrues insuffisantes et tardives.

2o Ils ne doivent pas être administrés aux femmes grosses qui sont prédisposées à l'avortement ou à celles qui souffrent de ménorrhagies ou métrorrhagies.

3o Leur administration doit être attentivement surveillée dans tous les cas de grossesse et, au moindre signe de travail ou de douleur, les suspendre.—*Gazette de gynécologie.*

PÉDIATRIE ET HYGIÈNE.

De l'asthénie cardiaque chez les enfants atteints de maladies infectieuses; par le Dr SEVESTRE, médecin de l'hôpital Trousseau. — Les maladies infectieuses chez l'enfant revêtent beaucoup moins souvent que chez l'adulte la forme adynamique, et, pour la fièvre typhoïde en particulier, il est assez commun de voir la maladie accomplir son évolution complète sans que le petit malade ait présenté les symptômes qui la caractérisent à un âge plus avancé; c'est même en raison de cette circonstance que le diagnostic peut s'égarer ou rester hésitant pendant un certain temps.

Néanmoins, même chez ces malades qui ne présentent pas les manifestations habituelles de l'état adynamique, il n'est pas rare d'observer des phénomènes d'asthénie cardiaque. Ces phénomènes peuvent survenir très rapidement et constituent parfois une véritable surprise; mais, dans d'autres cas, au moins pour un clinicien avisé, ils ont pu être prévus, d'après certains caractères que j'indiquerai plus loin.

Dans sa forme la plus intense, l'asthénie cardiaque se manifeste

parfois d'emblée par une syncope qui peut amener la mort subite ; mais, d'autres fois, après avoir duré quelques instants, elle disparaît, laissant le malade dans un état de faiblesse et de prostration, affaissé dans son lit, sans mouvement ; la face est pâle, les extrémités se refroidissent, puis on constate une cyanose des téguments, particulièrement à la face et aux mains qui se recouvrent d'une sueur froide ; le pouls est très fréquent et, en même temps, il est très faible, onduleux, très dépressible, le plus souvent même introuvable ; les battements du cœur sont précipités, tumultueux, assez souvent irréguliers, dans certains cas plus forts qu'à l'état normal, d'autres fois et plus souvent faibles et donnant à peine l'impression d'une ondulation, ou complètement imperceptibles ; à l'auscultation, les bruits sont en général faibles, sourds et présentent les caractères qui ont été décrits sous le nom d'état *embryocardique* (Huchard, Gillet), c'est-à-dire que les deux bruits ne se distinguent plus l'un de l'autre ni par leur timbre, ni par l'inégale durée du grand et du petit silence ; on n'entend plus qu'une série de bruits à peu près égaux, donnant même parfois jusqu'à un certain point (au timbre près) l'impression de la trépidation des appareils électriques à intermittence.

Dans certains cas, cet état se termine plus ou moins rapidement par la mort, le plus souvent, les phénomènes se calment, et le malade sort peu à peu de sa torpeur, mais conserve quelque temps encore une faiblesse plus ou moins grande ; mais, alors même qu'il est à peu près complètement revenu à lui, on n'observe guère de changements dans les caractères du pouls qui reste misérable, ni dans l'état du cœur dont les bruits sont mal frappés. Cette forme intense est relativement rare, mais ce qui est commun c'est d'observer les mêmes phénomènes sous une forme atténuée qui se manifeste surtout par un peu de refroidissement des extrémités, une légère cyanose, et par les modifications du cœur et du pouls. Ces modifications précèdent même en général de quelques jours au moins les troubles fonctionnels, et, si l'on a le soin de surveiller l'état du cœur et de la circulation, on peut généralement prévoir les accidents et, dans un certain nombre de cas, les prévenir par un traitement approprié. Le fait a d'autant plus d'importance que les accidents peuvent survenir à l'occasion d'un bain froid, et l'on sait pourtant combien est grande l'utilité des bains froids dans les maladies infectieuses et, en particulier dans la fièvre typhoïde ; c'est précisément la crainte de provoquer la syncope ou les accidents de collapsus qui m'empêche souvent de prescrire les bains froids dans la fièvre typhoïde chez les enfants ; car il semble que ces accidents soient plus fréquents chez les enfants que chez les adultes. Aussi ne doit-on jamais (ou particulièrement chez les enfants) négliger de surveiller avec soin l'état du cœur et de la circulation. L'examen de la courbe thermique est assurément fort important, mais l'examen régulier du pouls ne l'est

pas moins, car il fournit pour le pronostic et le traitement, des indications très précieuses.

Jusqu'ici je n'ai guère eu en vue que la fièvre typhoïde, mais les considérations qui précèdent s'appliquent aussi bien aux autres maladies infectieuses, fièvres éruptives, diphtérie, grippe, broncho-pneumonie, etc. A l'inverse de ce qu'on aurait pu penser, et malgré la gêne que peuvent apporter dans le fonctionnement du cœur les modifications de la circulation pulmonaire, les phénomènes d'asthénie cardiaque paraissent plus rare dans la pneumonie, ce qui montre bien la part imputable à l'infection dans la pathogénie de ces accidents.

Quant au mécanisme suivant lequel ils se produisent, il est complexe. Il est certain que l'altération de la fibre musculaire du cœur (myocardite infectieuse) joue un rôle très important, mais il faut également faire intervenir la diminution de la tension artérielle; et c'est en tenant compte de ces deux éléments qu'on peut formuler un traitement rationnel et qui, du reste, est souvent fort efficace.

Il va sans dire que l'on doit chercher à combattre l'infection dans sa cause même: faire autant que la chose est possible l'antisepsie interne, favoriser l'élimination des toxines, prescrire les bains froids, les toniques, etc.; mais il existe encore une indication plus directe, c'est celle qui consiste à tonifier le cœur lui-même. De tous les médicaments qui peuvent convenir en pareil cas, aucun ne me paraît supérieur à la *cafféine*, et j'y ai très fréquemment recours, non seulement pour combattre les accidents, mais même pour les prévenir. Dès que, chez un enfant atteint de maladie infectieuse je vois survenir la fréquence et la mollesse du pouls, dès que je pense que le cœur va faiblir, je prescris la *cafféine*; en particulier dans le cas où le malade doit être soumis à la pratique des bains froids, j'ai très souvent le soin de les faire précéder d'injections de *cafféine*, pour peu que l'état du pouls laisse à désirer.

La forme qui me paraît de beaucoup préférable est en effet celle des injections hypodermiques. J'emploie pour cela la solution dont la formule a été indiquée par M. Tanret, mais en la modifiant légèrement de la façon suivante:

R. Caffeine.....	2 gr
Benzoate de soude.....	2,40
Eau distillée, Q. S.,	pour faire 10 cent. cubes.

(Chaque centimètre cube contient 0,20 centigr. de *cafféine*, tandis que la solution de Tanret donne 0,25.)

Je n'hésite pas à injecter un centimètre de cette solution (soit 0,20 de *cafféine*) chez les enfants de 5 ans et au dessus, la dose étant légèrement abaissée au dessous de cet âge. Généralement aussi (suivant les indications) je répète cette dose deux ou même trois fois par jour.

Les injections sont faites profondément sous le derme, en choisissant une région pourvue d'un tissu cellulo-adipeux assez épais, comme la partie extérieure de la cuisse; les régions des fesses et des lombes doivent être évitées surtout dans le cas de fièvre typhoïde, pour empêcher sur la petite plaie le contact des matières et des urines. Il va sans dire que l'injection doit être faite suivant les règles de l'antisepsie la plus rigoureuse. Dans ces conditions il est extrêmement rare d'observer des accidents.

Cependant lorsque, pour une raison quelconque, on ne peut pratiquer une injection hypodermique, on peut donner la caféine en potion. A la suite de différents essais, mon interne en pharmacie, M. Cochinal, s'est arrêté à la formule suivante, dans laquelle l'amertume de la caféine est assez bien dissimulée :

R. Caféine ..	1 gr. 60
Benzoate de soude.....	1,60
Vanilline.....	0,05
Sirop de tolu	50 gr.
Rhum	10 gr.
Eau	60 gr.

Qu'elle soit donnée en injection ou en potion, la caféine est généralement bien supportée, cependant j'ai quelquefois observé quelques accidents d'excitation cérébrale, ainsi que le fait a été signalé par M. Faisans. Je n'insiste d'ailleurs pas d'avantage sur ce sujet, renvoyant ceux que la question pourrait intéresser aux thèses faites par deux de mes élèves (Leblond, thèse 1883; Bruneau, thèse 1894).

Comme adjuvant des injections de caféine on peut avoir recours aussi aux injections d'éther ou d'huile camphrée, mais dans ces derniers temps j'ai surtout employé, comme moyen de relever la tension artérielle, les injections de sérum artificiel suivant la formule suivante :

R. Chlorure de sodium.....	7 gr.
Eau distillée.....	1 litre.
F. S. A. une solution stérilisée.	

Les injections sont faites à la dose de 20 gr. et répétées deux ou trois fois par jour. Elles ont été toujours bien supportées et ont en général (soit isolément, soit alternant avec les injections de caféine) donné de très bons résultats. J'ai en ce moment même dans mon service plusieurs enfants convalescents de fièvres typhoïdes très graves, qui avaient été dans un état désespéré et paraissent devoir leur guérison à l'emploi de ces moyens.

L'Hygiène des Ecoles.—LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES.—LA PÉRIODE D'ISOLEMENT.—L'INSPECTION HYGIÉNIQUE ET MÉDICALE.— L'un de nos honorables correspondants de province nous posait récemment ce point d'interrogation : *Quelle est en France, à l'heure actuelle, la situation exacte de l'inspection médicale scolaire ?*

Au moment de rechercher dans la collection du *Journal d'Hygiène* les éléments d'une réponse précise, nous avons trouvé, dans l'*Union médicale*, par la plume autorisée de M. le Dr Jules Rochard et sous le titre d'*Hygiène des écoles*, une série d'articles visant les diverses questions qui, de près ou de loin, se rattachent à cet important problème hygiénico social.

Dans ces conditions, nous résumerons volontiers le chapitre *Epidémies scolaires*, certain d'avance de donner à notre collègue de la Société d'hygiène pleine et entière satisfaction.

I— " Il y a, écrit M. Rochard, un intérêt de premier ordre à formuler des règles précises pour prévenir le développement des épidémies dans les écoles, et pour en arrêter la propagation. Il ne s'agit pas seulement de l'intérêt des enfants, c'est une question de sécurité pour la population toute entière.

" Les maladies qui peuvent prendre un caractère épidémique dans les écoles n'ont pas toutes la même gravité ni la même puissance de propagation ; sous ce rapport, on peut les diviser en 4 groupes :

" 1er groupe : les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, varioles et varioloïdes), la varicelle, la diphthérie, la coqueluche et les oreillons ;

" 2e groupe : le choléra, la fièvre typhoïde, la grippe, la dysenterie (qui rentrent dans les conditions générales de la prophylaxie sanitaire) :

" 3e groupe : les affections cutanées et les ophthalmies contagieuses (à sphères d'action plus bornées, ne menaçant pas au même degré la population du dehors) ;

" 4e groupe : les névroses contagieuses par imitation (épilepsie, hystérie, chorée) pouvant motiver l'éloignement des élèves qui en sont atteints."

Pour les maladies des deux premières catégories, la réglementation des mesures à prendre a été fixée :

1o Par un arrêté du Ministre de l'Instruction publique, en date du 18 mars 1893 (après avis conforme de l'Académie de Médecine, du Comité consultatif d'hygiène et du Conseil supérieur de l'Instruction publique) :

2o Pour les écoles primaires de Paris, par un arrêté préfectoral, sur l'avis conforme de la Commission d'assainissement et de salubrité de l'habitation (17 avril 1894).

Les mesures à prendre, avant et pendant les épidémies par les directeurs des écoles et par les médecins-inspecteurs, consistent : d'une part dans l'observation rigoureuse des mesures d'hygiène (propreté excessive et salubrité des locaux, isolement, désinfection sur toute la ligne) ; de l'autre, dans l'examen sévère des enfants à leur arrivée en classe.

II.—La durée de l'isolement pour chaque maladie contagieuse, fixé jusqu'alors par les règlements ministériels de 1882 et de 1887,

a été modifié en juillet 1893, sur l'avis conforme de l'Académie de Médecine, après avoir entendu le rapport de M. Dr. A. Olivier.

“ La durée de l'isolement imposé aux élèves des lycées et des écoles atteints de maladies contagieuses sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion). Elle devra être :

“ De quarante jours pour la scarlatine, la variole, la varioloïde et la diphtérie ;

“ De seize jours pour la rougeole et la varicelle :

“ De trois semaines pour la coqueluche après cessation complète des quintes caractéristiques ;

“ De dix jours pour les oreillons, après la disparition des symptômes locaux.

“ L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées ci-dessus ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin, constatant la nature de la maladie, les délais écoulés, et constatant que l'élève a été baigné ou lavé, et que ces effets ont été désinfectés.”

L'éviction successive de tous les enfants atteints de maladies contagieuses suffit le plus souvent au dire de M. J. Rochard, pour arrêter les épidémies ; “ mais lorsqu'un très grand nombre d'enfants sont atteints, lorsque la maladie a frappé quelques-unes des personnes résidant dans l'école, il faut prendre le parti de la licencier.”

Toutefois cette mesure grave n'est justifiée que lorsqu'il s'agit de variole, de scarlatine, de rougeole et de diphtérie.

“ Pour la fièvre typhoïde et le choléra, tout les hygiénistes la refusent, sauf dans les cas d'épidémie très grave implantée dans l'école.

Quant aux autres affections telles que la varicelle, la coqueluche et la grippe, elles ne sont pas assez graves pour la motiver.”

III.—“ L'inspection sanitaire des écoles, écrit l'éminent hygiéniste, est la conséquence logique de l'instruction obligatoire, et il importe à l'Etat comme aux familles de faire participer des médecins compétents à l'administration des établissements scolaires.

“ La Seine est le premier département et Paris la première ville de France qui aient organisé l'inspection sanitaire de leurs écoles. Elle y a été établie par un arrêté préfectoral du 13 juin 1879, pris à la suite d'une délibération du Conseil général et du Conseil municipal. Peu de temps après, le Ministre de l'Instruction publique adressa aux Préfets une circulaire pour les engager à organiser ce service dans leur département et pour définir les attributions des médecins inspecteurs. Plusieurs grandes villes s'empressèrent de se conformer aux instructions ministérielles. Lyon et le Havre furent les premières. Saint-Etienne, Reims, Amiens, Lorient vinrent ensuite ; un certain nombre de départements organisèrent tant bien que mal un service d'inspection,

mais 35 d'entre eux ne donnèrent aucune suite à la circulaire ministérielle. Ce résultat était inévitable. Elle était muette sur les ressources budgétaires destinées à rémunérer les médecins inspecteurs, et les conseils généraux se refusaient à voter les crédits nécessaires. Il fallait une loi pour les y contraindre. Celle du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire en a fourni les moyens. Son article 9 stipule, en effet, que l'inspection, dans les établissements d'instruction primaire, doit être exercée, au point de vue médical, par des médecins inspecteurs communaux ou départementaux. Un décret, en date du 18 janvier 1887, spécifie que ces médecins devront être Français, âgés de 25 ans au moins, agréés par le Préfet et que leur inspection ne pourra porter que sur la salubrité des locaux, la santé des enfants, et l'observation des règles de l'hygiène scolaire.

“ Ce programme comprend, comme on le voit, tous les sujets que nous avons passés en revue dans la série d'articles que nous avons consacrés à l'hygiène des écoles ; il est donc inutile d'y revenir. Pour les remplir, le médecin inspecteur doit visiter les écoles publiques au moins une fois par mois et beaucoup plus souvent en temps d'épidémie. Quant aux écoles privées, son action doit se borner à signaler les mauvaises conditions hygiéniques qu'elles peuvent présenter. En cas d'épidémie, il doit provoquer les mesures nécessaires pour en arrêter les progrès.

“ Les médecins inspecteurs doivent adresser à l'autorité municipale trois sortes de rapports : le premier, *rapport unique*, sur l'état hygiénique de l'école, n'est pas renouvelé. Le second, *rapport annuel*, comprend toutes les observations faites pendant l'année sur l'état sanitaire des enfants. Le troisième, *rapport occasionnel*, n'est envoyé que lorsqu'un fait grave s'est produit dans l'école ou lorsqu'une épidémie s'y est déclarée.”

Les récents travaux des Drs Blayac et Mangelot ont remis à l'ordre du jour de la polémique la question de l'inspection médicale des écoles de Paris dans le sens d'une surveillance plus active, d'un contrôle plus efficace, d'un personnel médical plus nombreux et d'une rémunération plus en rapport avec les nouvelles obligations à imposer aux médecins inspecteurs.—DR DE FOURNÈS, in *Journal d'Hygiène*.

Traitement contre le torticolis aigu chez les enfants.—M. de Saint-Germain.

P.—Extrait de belladone	4 grammes.
Laudanum de Sydenham.....	15 “
Huile de jusquiame.....	75 “

M.—Usage externe.—*Semaine médicale*

FORMULAIRE.

Aménorrhée.

P.—Bichlorure de mercure.....	$\frac{3}{4}$ grain.
Arséniat de soude	1 “
Sulfate de fer sec.	30 grains.
Carbonate de potasse.....	15 “
Extrait de noix vomique.....	5 “

M.—Et divisez en 30 pilules. Dose : Une pilule avant chaque repas.—*Provincial Medical Journal.*

Bronchorrhée.

P.—Copahu.....	3 drachmes fl.
Esprit de chloroforme.....	1 drachme fl.
Mucilage d'acacia.. ..	7 onces fl.
Liquueur de potasse.....	1 drachme fl.
Eau de cannelle.....	q. s. pour 8 onces.

M.—Dose : Une cuillerée à thé trois fois par jour.—*Provincial Medical Journal.*

Asthme bronchique.

P.—Extrait de stramonium	178 grain.
Iodure de potassium.....	5 grains.
Carbonate d'ammoniaque.....	4 “
Teinture de lobélie éthérée	5 minimes.
Eau de chloroforme.....	q. s. pour $\frac{1}{2}$ once.

M.—Dose : Une cuillerée à soupe toutes les quatre ou six heures —*Provincial Medical Journal.*

Métrorrhagie.—Jutang.

P.—Extrait d'opium.....	$1\frac{1}{2}$ grain.
Teinture d'hydrastis canadensis	$1\frac{1}{2}$ drachme fl
Teinture de gingembre	$2\frac{1}{2}$ drachmes fl
Sirop d'écorce d'orange	1 once fl.
Eau distillée.....	3 onces fl.

M.—Dose : Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

Hyperthermie de la pneumonie infantile.—D. C. Lewinthal.

P.—Phénacétine.....	} $\hat{a}\hat{a}$ 0 gr. 06 centig
Sulfate de quinine.....	
Caféine.....	} $\hat{a}\hat{a}$ 0 — 01 “
Benzoate de soude.....	

Mélez. Pour un paquet. Faites douze paquets semblables.—A prendre : un paquet toutes les deux à quatre heures pour un enfant de 16 mois.—*Semaine médicale.*

BULLETIN.

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

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE, de Paris, dans la section de chirurgie, dit que la chirurgie crânienne a fait tant de progrès de notre temps que la publication des cas curieux ou isolés a perdu beaucoup de son intérêt. L'ensemble des résultats obtenus pendant une longue période d'années me paraît au contraire, mériter l'attention et j'ai pensé à donner ici les résultats de ma pratique de chirurgie crânienne qui remonte aujourd'hui à vingt années, puisque mon premier cas de trépanation heureuse date de 1874.

Dans cette période, avec des opérations rares d'abord, plus communes ensuite, j'ai pu réunir un total de 64 cas.

Pour traumatismes et pour maladies cérébrales en dehors du traumatisme, 10 cas appartenant aux traumatismes récents et 54 cas aux maladies cérébrales sans traumatisme antérieur ou succédant à un traumatisme très ancien.

Le procédé que j'emploie depuis de longues années pour ouvrir le crâne est simple et donne le minimum d'ébranlement possible, ce qui me paraît une condition importante. L'ouverture première pratiquée avec une couronne de trépan, large s'il se peut, est agrandie dans le sens voulu à l'aide de pinces-gouges spéciales droites et courbes. Je ne connais aucun procédé donnant d'une façon plus satisfaisante ou plus rapide les dimensions voulues en toutes directions.

Pour découvrir l'os du crâne j'ai depuis longtemps utilisé le grand lambeau, qui donne à la réparation de meilleures conditions de solidité que tout autre procédé.

Dans la recherche des centres moteurs j'ai toujours appliqué, sans y rien modifier, la méthode que j'ai le premier conseillée dans mon livre, et j'ai toujours rencontré la région cherchée. Les procédés de recherche peuvent varier. On peut rappeler que tous les chirurgiens qui ont pratiqué de nombreuses et de sérieuses opérations ont toujours cherché les grandes ouvertures et tenu peu de compte des très petites différences de mensuration qui, en pratique, ne peuvent gêner.

Des procédés différant entre eux par des écarts de 1 à 3 centimètres ont pu être utilisés avec succès. Le mien, considérant l'ensemble de la région, plutôt qu'un point fixe, m'a toujours paru plus chirurgical que celui d'auteurs qui prétendent à une précision impossible et sans utilité pratique.

Mes dix cas d'opération pour traumatisme m'ont donné les résultats satisfaisants que tout le monde connaît. J'ai observé trois cas de mort chez des sujets opérés dans des conditions désespérées. J'ai, du reste, guéri des sujets qui paraissaient aussi désespérés. L'un d'eux survit depuis dix-neuf ans.

Mes 54 cas observés en dehors du traumatisme m'ont démontré d'une façon plus frappante encore la bénignité de l'opération. Si j'ai observé 7 cas de mort, il ne s'est agi dans tous ces cas que de sujets voués à la mort à courte échéance. Je ferai remarquer, toutefois que dans les seuls cas où il y aurait pu y avoir un peu de survie il s'agissait d'énormes lésions cérébrales, tumeur volumineuse et péri-encéphalite diffuse. Dans les cas de grosses lésions cérébrales, l'opération est grave par le choc subi.

La conclusion que je tire de mon expérience personnelle est que si l'on peut compter sur la chirurgie cérébrale pour découvrir certaines lésions localisées, notre champ d'action est bien loin d'être ainsi limité. En effet, certaines maladies déterminent des accidents tels que la décompression large du cerveau, l'ouverture de la dure-mère modifie puissamment leur évolution. L'épilepsie vraie et la péri-encéphalite seront profondément modifiées par les interventions dans les cas déterminés et surtout dans les cas opérés de bonne heure.

Avant l'apparition des accidents qui menacent de mort à très courte échéance, l'opération a toujours été bénigne et comme elle n'a jamais été suivie de suppuration, quelle qu'ait été l'étendue de l'ouverture crânienne, je n'ai jamais vu la nécessité de faire porter un appareil de prothèse quelconque pour protéger le cerveau, même chez des sujets épileptiques."

M. Noble SMITH, de Londres, parle de la cure du torticolis spasmodique par la résection du nerf spinal et des troisième, quatrième, cinquième paires cervicales. "Mon expérience personnelle relative au traitement chirurgical du torticolis spasmodique me semble démontrer d'une façon précise les phénomènes suivants :

Lorsque le spasme est limité au sterno-mastoïdien on obtient, à coup sûr, la guérison en excisant une partie du nerf spinal avant son entrée dans le muscle.

Lorsqu'il existe, en outre, un spasme du splénius ou de quelque autre muscle, il sera nécessaire d'opérer sur les nerfs qui se rendent à ces muscles, et par ce moyen on pourra espérer une guérison complète.

L'innervation des muscles postérieurs étant moins exactement définie que celle du sterno-mastoïdien, il faut s'attendre à ce que des phénomènes spasmodiques persistent pendant quelques semaines après l'opération.

Toute communication nerveuse est abolie par l'excitation d'une portion des branches externes de la division postérieure des deuxième, troisième, quatrième nerfs cervicaux.

Aucun trouble fonctionnel important ne résulte de l'opération pratiquée sur un seul nerf spinal et sur les nerfs cervicaux d'un côté. Dans un cas, où j'ai opéré, sur les deux nerfs spinaux et sur les nerfs cervicaux d'un côté, je n'ai observé aucune gêne notable.

Dans un seul cas, où j'avais opéré sur un seul nerf spinal et sur les nerfs cervicaux des deux côtés, j'ai constaté un peu de faiblesse du cou, mais cette faiblesse ne présentait aucune importance et ne tarda pas, du reste, à disparaître. La malade affirmait, d'ailleurs, qu'elle préférait une gêne permanente dans les mouvements du cou aux spasmes violents dont elle souffrait autrefois.

M. MASSE, de Bordeaux, entretient le congrès sur la *topographie cranio-encéphalique*.

« Nous nous sommes livré, dit-il, à des recherches ayant pour objet de tracer à la face externe du crâne, par un procédé spécial d'autogravure sur des têtes d'étude, des lignes correspondant au *sillon de Rolando* et à la *scissure de Sylvius* »

Ces lignes tracées, nous avons déterminé leurs relations géométriques avec deux grandes lignes de direction, l'une supérieure et antéro-postérieure, à laquelle nous avons donné le nom de *méridien crânien*, passant par l'ophryon, le bregma et l'inion; l'autre horizontale, à laquelle nous avons donné le nom de *équateur crânien* passant par l'ophryon, audessus de l'attache crânienne du pavillon de l'oreille et de l'inion.

Nous avons projeté chacune des lignes correspondant au sillon de Rolando et à la scissure de Sylvius sur ces espèces de longitude et de latitude crâniennes. Il est tout aussi facile d'établir ces lignes sur le vivant que sur le cadavre. Ceci fait, nous avons procédé à des séries de mensurations, à l'aide desquelles nous sommes arrivé à trouver des nombres fractionnaires décimaux, qui expriment les relations constantes qui existent entre ces lignes et les segments de cercle qui les coupent, soit directement soit par prolongement.

Nous avons, maintes fois constaté qu'il suffit de connaître ces nombres fractionnaires pour pouvoir déterminer avec exactitude à l'aide de simples mensurations faites avec un ruban métrique sur des têtes de différentes formes et de différentes dimensions la direction des sillons de Rolando et des scissures de Sylvius.

Nos conclusions pratiques sont les suivantes: il faut prendre les 53 0/10 du méridien crânien, à partir de l'ophryon, pour déterminer la situation exacte de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

On trouve la direction de ce sillon en déterminant un point sur l'équateur crânien au 42 0/10 de la distance qui sépare sur cette ligne l'ophryon de l'inion. Sur cette ligne rolandique, l'extrémité inférieure du sillon de Rolando se trouve, du haut en bas, au 67 0/10 de la ligne totale.

La scissure de Sylvius coupe l'équateur crânien au 32 0/0 de la distance qui sépare horizontalement l'ophryon de l'inion.

On trouve la direction générale de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius en déterminant sur le méridien crânien un point situé sur le prolongement de cette ligne qui se trouve au 79 0/0 du méridien crânien, mesuré à partir de l'ophryon.

L'extrémité postérieure de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius se trouve en moyenne au 48 0/0 de la ligne sylvienne, mesurée de bas en haut et d'avant en arrière.

Sur une tête préalablement rasée, on tracera facilement au un crayon fuchsiné un méridien et un équateur crânien. Grâce aux mensurations de ces lignes, à l'aide de simples règles de proportion, on tracera les lignes rolandiques et sylviennes à l'aide desquelles on sera toujours en mesure d'établir la situation exacte des différents centres de localisation sur lesquels on aura à diriger une action chirurgicale. Les ventricules cérébraux et les ganglions crâniens se trouveront au dessous d'un arc de cercle décrit cocentriquement au méridien crânien, avec le conduit auditif comme centre et un rayon égal à la moitié de la distance auriculo bregmatique. Dans les opérations de chirurgie encéphalique qui demandent de la précision, des notions exactes d'anatomie topographique sont indispensables. Les méthodes que nous avons employées sont à la fois simples, faciles à appliquer et donnent toutes les garanties désirables d'exactitude.

Nous avons maintes fois contrôlé l'exactitude de notre procédé en traçant sur le cadavre la direction de la scissure de Sylvius et du sillon de Rolando. Nous avons pu vérifier par l'ouverture du crâne que nos lignes de direction étaient bien situées immédiatement au dessus des sillons tracés à l'aide des nombres proportionnels que nous avions expérimentalement établis. Nous avons appliqué notre procédé à la recherche des différents centres corticaux de localisation du cerveau, des lobes cérébelleux, des ventricules, des ganglions crâniens, des artères méningées moyennes et des sinus crâniens. Nous sommes presque toujours arrivés mathématiquement, par des applications diverses de notre méthode, sur le point que nous voulions atteindre.

En chirurgie, les procédés qui nous permettent d'arriver exactement sur des régions très limitées de l'encéphale auront certainement des applications lorsqu'il s'agira d'extirper des tumeurs de petit volume, d'évacuer des abcès très circonscrits, de faire cesser des compressions portant sur des espaces peu étendus et se manifestant par des symptômes caractéristiques, pour lier les artères méningées, agir sur les sinus crâniens, drainer les ventricules, exécuter tout ce qui se rapporte à la chirurgie des organes contenus dans la boîte crânienne, cerveau, cervelet, etc.

M. A. LORENZ, de Vienne, parle du *traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche*. "Le traitement chirurgical de la

luxation congénitale de la hanche a pour but d'abaisser la tête fémorale. L'opération comprend donc trois temps : la réduction de la tête fémorale, l'agrandissement de la cavité cotyloïde et la constitution d'une tête fémorale qui n'existe pas toujours, enfin l'adaptation de la tête avec la cavité cotyloïde.

La méthode de Hoffa repose sur cette opinion que le raccourcissement des muscles entourant directement l'articulation et des muscles pelvitrochantériens en particulier constitue l'obstacle principal à la réduction de la tête. cette méthode a le grand désavantage d'occasionner un délabrement trop considérable, en privant plus de dix muscles de leur point d'insertion, ce qui n'est pas sans compromettre le fonctionnement ultérieur de l'articulation.

L'expérience clinique et l'examen anatomique prouvent au contraire que les muscles pelvitrochantériens ne subissent pas de raccourcissement consécutif à la luxation, mais qu'ils s'allongent, au contraire, de sorte qu'ils ne peuvent être regardés comme formant un obstacle à la réduction, ces muscles allongés sont le psoas-iliaque, les obturateurs externe et interne, les jumeaux, le carré-fémoral, les moyens et petits fessiers.

C'est à la traction des muscles pelvitrochantériens allongés que doivent être attribuées les altérations du bassin consécutives à la luxation congénitale de la hanche.

Seul, le grand fessier subit un raccourcissement, mais ce muscle n'appartient pas au groupe des muscles pelvitrochantériens, mais bien à celui des muscles pelvi-fémoraux, et on peut facilement faire cesser sa tension en sectionnant le fascia lata.

Les obstacles à la réduction proviennent uniquement du raccourcissement du tenseur du fascia lata, de quelques faisceaux du grand adducteur, du couturier, du droit antérieur, du demi-membraneux, du demi-tendineux et du biceps.

C'est sur ces faits d'observation anatomique et clinique que j'ai basé ma méthode de réduction qui repose sur le principe de la conservation des insertions de tous les muscles qui ne sont pas raccourcis ou sont même allongés, de façon à respecter autant que possible l'appareil moteur de l'articulation de la hanche. Je laisse donc intacts tous les muscles péri-articulaires, à l'exception du tenseur du fascia lata, qui n'a d'ailleurs aucune importance fonctionnelle ; lorsque cela est nécessaire, chez les enfants déjà d'un certain âge, on peut faire la ténotomie sous cutanée des tendons du creux poplité.

Le détail de l'opération peut être résumé ainsi : on sectionne le tenseur du fascia lata par une incision longitudinale partant de l'épine iliaque antéro-supérieure, et l'on ajoute à cette première incision transversale au niveau du trochanter, puis on met à nu la paroi antérieure de la capsule, qu'on ouvre au moyen d'une incision cruciale, on creuse la cavité cotyloïde et l'on reconstitue

la tête fémorale, si cela est nécessaire ; il ne reste plus alors qu'à attirer celle-ci par des tractions énergiques, jusqu'au niveau de la cavité cotyloïde, et, pour faciliter la réduction, on peut, dans certains cas, faire la ténotomie des tendons du creux poplité. Enfin, on le fixe dans une position de légère abduction. Après quatre semaines on commence le massage et le traitement gymnastique qui doivent être continués pendant une année.

Les avantages de cette opération résident en ce qu'elle occasionne des lésions insignifiantes, et en ce qu'elle conserve tout l'appareil musculaire indispensable à la restitution facile de la fonction articulaire.

J'ai opéré 63 enfants d'après cette méthode, et quelques uns d'entre eux, opérés depuis dix huit mois, présentent aujourd'hui un résultat si brillant qu'on ne peut découvrir chez eux aucune trace de l'ancienne luxation."—*À suivre.*

A travers la thérapeutique.

L'utilité de la *moelle d'os* dans le traitement de l'anémie pernicieuse a été démontrée par le professeur Thomas R. FRASER, au Congrès de Rome. Il donne une leçon clinique complète d'un cas où aucun effet ne se produisit durant l'administration prolongée par des doses moyennes et très élevées de fer et d'arsenic, mais qu'un mieux très rapide fut le résultat de l'administration de la moelle d'un os de bœuf, avec ou sans le fer et l'arsenic. La moelle d'os fut donnée par la bouche, non cuite, et à dose de trois onces par jour.—*Canadian Practitioner.*

* * *

Sous le nom d'*Odontodol*, l'on désigne une préparation qui, paraît-il, serait un excellent odontalgique. En voici la formule :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.
Ban de laurier cerises.....	1 "
Teinture d'arnica,	1 "
Acétate d'ammoniaque liquide.....	10 grammes.

Si la douleur provient de la carie, placer dans la dent creuse un tampon de coton imbibé du liquide. S'il y a pulpite, laver la bouche avec 30 grammes du mélange étendu de 50 grammes de décoction tiède de graine de lin. Si la mâchoire est douloureuse dans son entier, faire une friction *loco dolenti* avec quelques gouttes du mélange.

* * *

L'ésérine en injection hypodermique a guéri le tétanos après 12 injections de deux milligrammes, chaque fois que les moyens ordinaires n'ont pas réussi.

* * *

Le Dr A. SPENGLER a découvert que le parachlorophénol détruit infailliblement le bacille de Koch. Il l'injecta dans la cavité péritonéale des cobayes un centimètre cube d'une émulsion de crachats tuberculeux, préparée soit avec de l'eau, ou avec une solution à deux pour cent de parachlorophénol. En tuant ces animaux quelque temps après qu'ils ont été inoculés avec les crachats désinfectés, ceux-ci étaient entièrement libres de l'infection purulente, tandis que ceux chez lesquels l'émulsion non mêlée au parachlorophénol a été injectée, présentent, sans exception, les lésions tuberculeuses.

* * *

A diverses reprises nous avons parlé des applications externes de gaïacol. M. le Dr Miron Sigalea, de Bucharest, vient de résumer sa pratique dans le traitement des pleurésies par le gaïacol.

Il recouvre la partie postérieure du thorax avec le mélange suivant :

Gaïacol cristallisé alpha.....	3 grammes
Glycérine.....	} ââ 20 grammes
Teinture d'iode.....	

A 24 heures d'intervalle, il fait deux badigeonnages et recouvre ce badigeonnage d'ouate et de gutta percha. Au bout de 4 heures, la réaction se produit, la sueur devient profuse, les urines augmentent de quantité et la température tombe chez les fébricitants.

De l'avis du Dr Miron, ce traitement est un des plus actifs dont nous disposons pour combattre les épanchements pleurétiques.

Cette communication faite à la Société de thérapeutique de Paris a amené la discussion sur les divers gaïacols, et le mot de la fin a été dit par M. Constantin Paul : c'est que le gaïacol cristallisé seul était constant dans ses effets et seul devait être employé.

* * *

M. FOLET, de Lille, rapporte l'observation d'une malade atteinte de péritonite tuberculeuse à laquelle il pratiqua une ponction ayant donné écoulement à 6 litres de sérosité. Après la ponction et l'évacuation du liquide, il injecta trois litres d'air dans la cavité abdominale. Le liquide ne se reproduit pas et huit mois après, l'état général de la femme se maintient excellent.

* * *

Dans un cas de gourme cérébrale probable survenue chez un malade traité par des doses élevées d'iode de potassium et des frictions mercurielles, Lichtenstein eut recours au désespoir de cause, aux injections intraveineuses de sublimé dans les veines du bras. Le résultat obtenu fut merveilleux et prompt. Ainsi que l'a indiqué Bacelli, le malade ressentait maintenant la convalescence, dans la bronche, le mercure, une minute à peine après l'injection. S'appuyant sur ces succès, l'auteur recommande vivement cette méthode de traitement de la syphilis.

:

Dans un cas de ténia-solium rebelle à tous les médicaments ténifuges ordinairement recommandés, le *Dr R Bartholow* eut recours avec succès à la papaine, donnée à doses de 6 décigrammes trois fois par jour, après chacun des repas principaux. Le résultat obtenu fut excellent : expulsion d'un ténia ne mesurant pas moins de 7 mètres de longueur. Il est assez probable que la papaine exerce une action toxique sur le ténia, ce qui fait qu'il lâche sa prise à la membrane muqueuse de l'intestin et est chassé au dehors par des mouvements péristaltiques.

:

Le Professeur H. A. HARE est d'avis que le cubèbe est très utile dans la gonorrhée, non parcequ'il n'a aucune action spécifique contre cette maladie, mais parcequ'il agit très bien en modifiant la douleur au passage de l'urine qui est en général le symptôme le plus douloureux dans la gonorrhée.

:

Le professeur WILSON dit que dans les cas d'influenza, une pneumonie catarrhale survient insidieusement avec une augmentation graduelle des symptômes bronchitiques, vers le quatrième ou le cinquième jour en général, mais elle peut survenir le deuxième jour ou aussi durant la convalescence.

Colique infantile.—*Wriotta.*

P.—Teinture de belladone..... 10 à 11 gouttes
 Infusion de cannelle..... 2 onces fl.

M. — Dose : Une drachme toutes les heures.—*Semaine médicale.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

EDEBOHLS.—*The Technique of Vaginal Hysterectomy*, by George M. Edebohls, A. M. M. D., Gynecologist to St. Francis' Hospital, New York; Professor of diseases of women at the New-York Post Graduate Medical School; consulting gynecologist to St. John's Riverside Hospital, Yonkers, New-York.—*From American Journal of the Medical Sciences.*

EDEBOHLS.—Notes on movable Kidney and Nephrorrhaphy, by George M. Edebohls, A. M. M. D., Gynecologist to St. Francis' Hospital, New-York; Professor of diseases of women at the New-York Post Graduate Medical School; consulting gynecologist to St. John's Hospital.

EDEBOHLS.—Three cases of Uterus Bicornis Septus; with reports and operations performed upon them by George M. Edebohls, A. M. M. D., Professor of diseases of women at the New-York Post Graduate Medical School and Hospital; Gynecologist to St. Francis' Hospital, New-York.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On rapporte que la santé de Pasteur ne s'améliore guère.

En France il y a plus de quatre cent mille personnes atteintes de goître.

Sir Joseph LISTER vient de résigner ses fonctions de chirurgien d'hôpital et de l'enseignement chirurgical.

M. le professeur Wm GOODELL, décédé en novembre 1894, a légué \$50,000 à l'Université de Pensylvanie, \$10,000 au Collège des Médecins, et \$50,000 au Bureau Américain des Missions Etrangères.

Un chien enragé a mordu dix-sept personnes en une seule journée, à Mt. Vernon, Ohio. Sur ce nombre onze avaient la chair plus ou moins profondément lacérée. Tous furent transportés à l'Institut Pasteur de Chicago pour y être traités.

Le Bureau de Santé de New-York, va interdire la vente de toute antitoxine dont l'étiquette ne constatera pas la valeur telle que stipulée par un étalon généralement reconnu ainsi que le nom et l'adresse du fabricant. C'est une excellente mesure, et nous osons croire que le jour n'est pas loin où tous les médicaments offerts en vente, seront étiquetés de la même manière.

Le pharmacien du Jewish Hospital de Cincinnati, est en train d'acquérir une grande notoriété parmi les médecins et les pharmaciens, à propos de l'expérience qu'il fait du nouveau remède contre l'obésité, adonis aestivalis. Le dernier rapport publié accuse chez ce monsieur une diminution de 27 livres durant un très court espace de temps. Avant le traitement, il pesait 342 livres.

Jusqu'où va la bêtise humaine ? Les antivaccinateurs, les anti-visectionnistes et quelques autres ennemis analogues du progrès, se remuent en Angleterre. Il y a quelques jours une députation s'est présentée au conseil des asiles métropolitains pour protester contre l'emploi de l'antitoxine dans les cas de diphtérie. Comme il y a plusieurs mois que la sérothérapie est employée de façon quotidienne un peu partout en Angleterre, et que les bons effets s'en manifestent, il est douteux que les protestataires aient grand succès, malgré la phrase à effet que "les deniers publics ne devraient point être employés à des expériences de physiologie."

Le fonds de ce mouvement, c'est qu'on préfère laisser mourir les êtres humains, plutôt que de faire souffrir des brutes.

Les buveurs d'eau de Cologne.—Ils sont nombreux et vont se multipliant. Les habitués à l'usage de l'alecol, femmes surtout, commencent à ingérer quelques gouttes d'eau de Cologne et finissent par la consommer par verres. D'autre part, un préjugé se répand, dans le public, qui consiste à croire que cet alcoolisme peut remplacer et guérir la cocaïnomanie et la morphinomanie.

Cet alcoolisme cause des accidents d'autant plus redoutables qu'aux alcools mal rectifiés servant à la préparation de ce liquide, on ajoute des huiles essentielles naturelles ou artificielles, également toxiques. Ces buveurs (*Eaux de Cologne Kiplers*) se rencontrent, d'après notre confrère anglais, dans les classes aisées.

Une lutte à outrance contre les abus de la "charité médicale."—L'Association britannique demande que toute personne malade, jouissant d'un certain revenu ou gagnant un certain salaire, et qui se présenterait dans les hôpitaux ou les polycliniques, soit obligée de payer les soins qu'elle y recevrait. L'association recommande également aux administrations de placer désormais en évidence, dans les salles d'hôpital et de polyclinique, des

écritaux avec l'inscription suivante : " Cet établissement a été fondé en vue de secourir les malheureux, trop pauvres pour payer les soins médicaux. Avis est donné que dorénavant, les malades auront à fournir les renseignements que l'on jugera utile de leur demander, afin d'éviter les abus que commettent beaucoup de personnes parfaitement à même de payer les soins qu'elles réclament."

Mouvement de la population en France.—D'après le rapport publié par le *Journal Officiel* sur le mouvement de la population en France, pendant l'année 1893, le mouvement de la régression qui s'accusait depuis trois ans semble subir un temps d'arrêt.

En 1890, 1891, 1892, l'excédent des décès sur les naissances avait été respectivement de 38,446 ; 10,505 et 20,041.

En 1893, on a compté 374,672 naissances et 367,526 décès soit un léger excédent de 7,146 naissances.

Mais, détail qui a sa valeur, c'est le sexe féminin qui bénéficie seul de cet excédent. Bien que le nombre des naissances féminines soit moindre que celui des naissances masculines, 427,715 au lieu de 446,957, comme il est mort beaucoup plus d'hommes, 449,682, que de femmes, 417,844, c'est le sexe féminin qui gagne 9,871 unités, tandis que le sexe masculin est réduit de 2,725 unités.

Au commencement de novembre 1894 on comptait dans l'empire allemand 22,287 médecins praticiens, soit 666 de plus que l'année précédente. Dans les huit dernières années (1887-1894), le nombre des médecins s'est accrue de 32 p.c. Pendant le même temps l'accroissement de la population de l'empire n'a été que de 10 p.c., soit trois fois moindre que celui du nombre des médecins

VARIETES.

Physiologie macabre. (1)

Si nos laboratoires, si nos modes actuels d'investigation ne suffisent pas ; si les vivisections sont trompeuses ; si le lapin, dont les professions moins désintéressées nous disputent à tort le symbole, n'est plus sur les autels de la science qu'une victime inutile, ayons le courage de notre foi de savants et réclamons le droit, au nom des intérêts de la République—pardon, de la vérité—de viviser nos semblables eux-mêmes. Nous ne serions point des novateurs en le demandant. Les Américains qui ne sont pas seulement les pionniers des grandes prairies du Far-West, mais les hommes de toutes les vastes entreprises, des audacieuses conceptions, des stupéfiantes fantaisies, et auxquels il semble que l'imagination

(1) Suite, voir numéro de janvier 1895.

épuisée du vieux monde soit maintenant forcée de demander jusqu'aux moindres des inspirations, les Américains nous ont devancés dans cette voie. Du même petit coin de ce vaste pays qui nous réjouissait naguère des gaîtés de sa loi contre le baiser, de ce même Ohio qui s'acharne à ne pas pardonner à ses voisins de l'Illinois le relatif insuccès de la prodigieuse *World's Fair* et veut montrer combien l'esprit surpasse la matière, un autre projet de loi est né qui évitera aux physiologistes de l'avenir la cruelle nécessité de partager, ne fut-ce qu'une heure, le corbillard de guilotinés.

L'idée est d'une simplicité géniale. Au lieu d'employer à l'exécution des criminels un personnel spécial et des appareils, en général, peu satisfaisants, que ce soit la corde, l'acier ou le fluide électrique, qui soit chargé de la lugubre mission, on confierait le soin de venger la société à nos confrères, ni plus ni moins. Un délicieux anesthésique plongerait, au préalable, le patient dans un sommeil profond, exempt de tout rêve pénible, et l'on expérimenterait sur lui jusqu'à ce que mort s'en suive.

De toutes les conceptions écloses en les cerveaux surmenés de nos semblables pendant ces dernières années, celle-ci mérito la palme hors concours. Je n'en sais aucune qui soit véritablement aussi "fin de siècle". Elle detient, sans conteste, le record de la bizarreries et il y aura fort à faire, même en Amérique, pour trouver mieux. Et, cependant, tant l'esprit humain est borné, tellement il est voué à l'imperfection, ce mirifique projet ne satisferrait pas tout le monde et ne concilierait même pas tous les intérêts. Les condamnés à mort y trouveraient probablement leur avantage; rien n'est doux comme la mort par le chloroforme précédé d'une solide injection de morphine. Mais je craindrais que les physiologistes n'y rencontrassent plus d'un déboire. Là où il n'y a rien, le roi lui-même perd ses droits; allez donc chercher des réflexes après les avoir tous abolis d'avance. Décidément, ce n'est pas encore le Sénat de l'Ohio qui nous donnera le moyen d'être fixés sur les relations intimes du ganglion cervical et de l'iris.

Le mieux, s'il est absolument indispensable au bonheur de l'humanité de connaître à fond ces relations, serait de renouveler la tentative dont le récit m'a valu la mauvaise nuit que je vous ai contée. Il faudrait seulement améliorer les conditions de l'expérience, et voici mon plan. Un bon accumulateur suspendu à l'ossieu de la voiture y allumerait quelques lampes électriques. Quant aux cahots à éviter, la solution est plus délicate. On pourrait essayer de garnir les roues du tonnerreau d'un énorme "pneu" et, si cela ne suffisait pas, modifier l'itinéraire de la charette de façon à lui faire faire un long circuit sur le pavage en bois. Il y a là, en germe, tout un projet de fourgon des hautes œuvres à l'usage des physiologistes, dont un modèle bien réussi ne manquerait pas d'intéresser vivement les visiteurs de l'exposition de 1900.

.....
 Un scrupule me vient au dernier moment. Dans le trouble où m'avait jeté mon cauchemar, je n'ai pas songé à vérifier si j'avais réellement lu le fait divers dont il s'agit. Et voilà que je me prends à douter de la véracité de cette abracadabrante histoire. Vraie ou non, mon projet de voiture à expériences n'en subsiste pas moins dans toute son ingénieuse beauté.

Bibliographie un peu... médicale

Ami lecteur, soyez assez heureux pour feuilleter le nouveau né du Docteur Grellety (de Vichy). *Questions professionnelles* (2^e série), et vous verrez que vous passerez un bon moment en sa compagnie. Ce bon docteur n'a ombre de méchanceté; il s'appuie sur le dire de Sarcey, affirmant que les hommes gras ne sont jamais méchants, et le médecin thermal pèse un poids respectable. Le livre comporte des causeries pour les médecins au nombre d'une trentaine.

Je glane au hasard dans les *Causeries* et vous recommande les suivantes: les *Nouvelles à sensation*, une entre autres:

"*Les consultations de l'hôpital Saint-Louis et autres lieux ont cessé d'être fréquentes; la démocratie se civilise et ne se syphilise plus.*"

Un bon chapitre sur l'apologie de la profession et le médecin de campagne: "*On a dit que la vie a deux raisons d'être, ou deux excuses: le travail et le bien. Je connais peu de professions où il soit permis de se rendre aussi utile.*" A lire les *malentendus*—qui portent entre les médecins, d'une part, et les magistrats et journalistes, d'autre part.—A lire: *le respect aux anciens*, qui se termine ainsi: "Hélas! cette jolie fleur de la courtoisie française, dont le nom même semble démodé, n'est guère plus cultivée; elle ne se rencontre plus que dans certaines serres privilégiées; il est grand temps d'en faire des boutures et de la semer à profusion... On ne vit que des concessions dans notre société fin de siècle, ne l'oublions plus, et même quand on meurt, on a encore besoin d'une concession: seulement, celle-là est à perpétuité!"

Des *Déboires professionnels*, j'en cite un seul: "*En vous mettant à l'abri d'une averse, sous une porte-cochère, vous vous trouvez en face d'un client aussi exigeant que peu solvable, à qui on avait fait dire, le matin, que vous étiez en voyage.*"

Le *Lit à deux*: "Si j'avais une opinion à formuler, m'inspirant du dicton populaire qui veut que chaque âge ait ses plaisirs, ce serait pour qu'on regardât le ciel de lit dans les premières années du mariage, période de glotonnerie et de prodigalités. En second lieu, j'opinerais pour que chaque ménage eût des matelas

distincts, durant la maturité, de façon à rendre les tentations moins fréquentes. On commence à avoir besoin d'un régime tempéré; un mari prudent commence à se rationner; il renonce peu à peu à l'amour, avant que l'amour n'ait renoncé à lui.

"Enfin, la séparation complète me semble normale, au moins après la cinquantaine, lorsque la méchanceté implacable du temps nous neutralise, lorsque Cupidon, défaillant et cacochyme, se met à ressembler aux emphatiques enfants des bords de la Garonne, qui promettent plus qu'ils ne tiennent..." L'auteur ne va pas jusqu'à défendre la théorie de l'*incompatibilité nocturne électrique*, la puissance absorbante de Madame, épuisant les forces de Monsieur, mais il se base simplement sur l'hygiène pour défendre ses idées.

Un curieux exemple d'aberration génitale.

Le *Bulletin médical de l'Algérie* publie une intéressante observation d'aberration du sens génital. Elle mérite d'être rapprochée des nombreux faits analogues qui abondent dans les annales de la médecine légale. Il s'agit d'un homme dont les désirs sexuels étaient uniquement provoqués par la vue de perruques de femmes.

L'observation se passe de commentaires. La voici dans son éloquente simplicité :

"Je recevais, dit notre confrère, qui fut témoin de cette étrange monomanie, il y a quelques années, la visite d'une dame qui venait me demander un conseil extra-médical. Je la connaissais depuis longtemps. Elle avait été mariée à un homme à peu près de son âge.

"Il était résulté de cette union deux enfants que j'avais soignés dans leur jeune âge et qui avaient, à l'époque où cette dame vint me voir, la jeune fille, l'aînée, 17 ans, et le petit garçon, 14 ans environ. Ces deux enfants, encore aujourd'hui, ne présentent aucune tare de nervosisme, quoique la mère soit une grande hystérique et le père ce que vous allez voir.

"Je savais que le ménage n'avait pas été bien uni; que le mari, un déquilibré, avait monté plusieurs établissements qui n'avaient pas prospéré et que depuis longtemps il avait disparu, laissant sa femme et ses enfants à ses beaux-parents.

"Les circonstances qui amenaient cette dame à venir me demander conseil l'obligèrent à me faire le récit suivant :

"Élevée d'une façon fort bourgeoise, elle n'avait naturellement aucun soupçon des mystères intimes du mariage. Aussi, le grand jour arrivé, sa mère crut devoir, ainsi que les choses se passent habituellement dans les mêmes circonstances, faire une allusion discrète aux catastrophes qui attendaient son innocence pendant la première nuit de noces, et la prémunir contre les vives douleurs qui précèdent toujours les surprises de l'initiation.

“ Ce ne fut donc pas sans une vive appréhension qu'elle se trouva le soir, alors que les danses continuaient à entraîner les nombreux invités dans les salons paternels, en tête-à-tête avec son époux.

“ Qu'allait il se passer ?

“ Les catastrophes annoncées se bornèrent à ceci : l'époux, après avoir embrassé sa jeune femme, lui défit la chevelure si artistiquement arrangée pour la circonstance, et après l'avoir froissée et constaté qu'elle n'était pas opulente, s'allongea dans le lit et s'endormit.

“ Le lendemain matin, les parents vinrent curieusement au déjeuner interroger la jeune femme sur les émotions de la nuit. La jeune femme répondit, avec une candeur *virginale*, que tout s'était admirablement passé, et, prenant sa mère à part, lui fit observer que les catastrophes annoncées n'avaient rien de si terrible. Stupéfaction bien légitime de celle-ci et sourires malins des tantes et oncles.

“ Comme la seconde nuit avait été absolument semblable à la première, la mère de la jeune femme, ainsi qu'elle le lui dit plus tard, commença à éprouver certaines inquiétudes sur les aptitudes de son gendre, lorsque le lendemain de la troisième nuit vint rassurer ses maternelles alarmes. Sa fille lui annonçait en effet que les catastrophes prédites s'étaient réalisées cette nuit là même.

“ Cependant, me disait ma visiteuse, malgré mon inexpérience, je sentais bien que les choses ne devaient pas se passer ordinairement de la sorte.—*A suivre.*

Naissance.

BROUILLET.—A ville de Maisonneuve, le 11 courant, l'épouse de V. J. E. Brouillet, M.D., un fils.

Décès.

DUQUETTE.—A la Longue-Pointe, le 19 décembre, à l'âge de 39 ans, M. le docteur E. E. Duquette, surintendant médical de l'Asile des Aliénés de St-Jean de Dieu.

BOURDEAU.—A Chicago, le 28 décembre 1894, à l'âge de 24 ans, M. le docteur Victor Joseph Bourdeau, gradué de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal en 1894.

CHALIFOUX.—A Montréal, mercredi, le 2 janvier, à l'âge de 23 ans et 9 mois, Cécilia M. Duckett, épouse de M. le docteur J. E. Chalifoux.