

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

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

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

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated / Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed / Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies / Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials / Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may appear within the text. Whenever possible, these have been omitted from scanning / Il se peut que certaines pages blanches ajoutées lors d'une restauration apparaissent dans le texte, mais, lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas été numérisées.

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

---

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences  
accessoires.

---

---

VOL. V.

MONTRÉAL, AVRIL 1891.

No 4

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX.

---

### QUELQUES NOTES DE MON CARNET

---

#### **De la cure des hernies ombilicales.**

Par M. le Dr G. B. Faribault (Montréal) Paris.

Le manuel opératoire brillant de la cure radicale des hernies, son innocuité relative, ses résultats opératoires excellents, grace aux nouveaux pansements, sa vogue extraordinaire et sans cesse croissante dans les hôpitaux de Paris, m'ont paru autant de raisons suffisantes pour essayer un travail sur ce genre d'opération.

#### 1<sup>o</sup>. MANUEL OPÉRATOIRE.

Les nombreux procédés de cure radicale de hernie (d'ailleurs applicables à toutes les variétés de hernies) ne diffèrent entre eux que par des modifications de détails, tous reposent sur les principes suivants :

- 1<sup>o</sup> Réduction des viscères.
- 2<sup>o</sup> Destruction de la cavité du sac.
- 3<sup>o</sup> Oblitération du collet du sac et fermeture de l'orifice de sortie.

1<sup>o</sup> *Réduction des viscères.*— Chez les enfants, la réduction de la hernie ombilicale est facile : elle ne contient que de l'intestin qui lui-même n'est pas adhérent au sac.

Chez l'adulte, la réduction ne souffrira aussi aucune difficulté, si l'épiploon se trouve seul dans la hernie. Mais si l'épiploon est adhérent au sac, irréductible, ou bien si la hernie est formée par une anse intestinale adhérent à l'épiploon, il faut alors recourir à l'opération.

Il faut, après avoir ouvert le sac herniaire, rompre avec le doigt toutes les adhérences épiploïques. Une fois l'épiploon pédiculisé et bien isolé, s'assurer qu'il est seul, qu'il ne contient aucune anse intestinale et il ne reste alors qu'à le lier au moyen d'un seul fil de catgut, s'il est petit et d'un double fil, s'il est trop volumineux. Lorsque l'épiploon est bien lié, on le résèque en deçà de la ligature et on rentre le pédicule dans l'abdomen.

*2° Destruction de la cavité du sac.*— Il faut ensuite isoler, séparer des tissus voisins la cavité infundibuliforme aboutissant au collet, à l'anneau qui avait livré passage aux viscères. Il s'agit de faire disparaître cette cavité, c'est-à-dire qu'il faut détruire le sac.

*3° Oblitération du collet et fermeture de l'orifice de sortie*—Une fois le sac disséqué et isolé surtout au niveau de son collet, on en saisit les bords avec une pince à force pressure et on le tend de façon à bien voir l'infundibulum qu'il forme ; puis, on passe autour de sa base un fil de catgut qu'on lie fortement et on résèque le sac en deçà de la ligature.

On a réduit les viscères, détruit le sac, oblitéré son collet, il reste encore l'anneau fibreux qui a livré passage aux viscères et qui demeure largement béant. Comment faut-il le traiter ? Trois différents procédés sont en vogue : avivement des bords de l'anneau, suture des bords de l'anneau et enfin avivement et sutures combinés. A Paris, on ne fait pas habituellement l'avivement de l'anneau, excepté, cependant, lorsque l'anneau est trop épais et trop résistant pour qu'on puisse compter sur un affondrement exact de ses bords.

La plaie, formée par l'opération, se traite comme les plaies simples de l'abdomen ou une plaie de la laparotomie. La majorité des chirurgiens français sont en faveur des sutures en masse de la paroi et des sutures superficielles, si c'est nécessaire.

Je n'ai pas besoin d'insister et même de dire que, dans les différents temps de cette opération, on doit mettre en œuvre l'antisepsie la plus rigoureuse. Il est inutile, après la suture, de mettre un drain dans la plaie, pas plus qu'on ne le fait après la laparotomie. On applique un pansement formé par quelques compresses de gaze iodoformée recouvertes de ouate hydrophile ; au-dessus, on place une autre couche de ouate ordinaire, puis une large ceinture de flanelle à l'aide de laquelle

on exerce une bonne compression. Le pansement est renouvelé le deuxième jour et les fils retirés le cinquième. Au bout de 10 ou 15 jours, on peut supprimer tout pansement.

## 2<sup>o</sup> RÉSULTATS.

Les suites opératoires de la cure radicale sont habituellement très simples ; si toutes les précautions antiseptiques ont été bien observées, il n'y aura ni fièvre, ni suppuration, ni accidents sérieux d'aucune sorte. Ces suites bénignes, il faut les attribuer à la méthode listérienne dont les traditions ont été si solidement établies dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris. Il faut, du reste, pour le maintien de la guérison qu'il n'y ait pas de suppuration. En effet, par la réunion par première intention (qui ne peut être obtenue que par l'antisepsie la plus rigoureuse et à cette condition seulement), on a une cicatrice linéaire, étroite et résistante, et même une cicatrice fibreuse des plus aponévrotiques aussi solide qu'une cicatrice ombilicale qui n'a jamais été distendue par une hernie. On comprend que dans ces conditions, la récurrence soit difficile.

Si donc, il y a récurrence, elle est le résultat d'une faute opératoire ou d'un manque de réunion primitive.

M. Terrier l'a dit au congrès de chirurgie tenu à Paris en 1887. "Quand après la laparotomie, une partie de la plaie vient à se désunir et ne guérit que par seconde intention, on est presque sûr de voir une éventration de ce côté." Les faits cités par ce chirurgien sont concluants. "Dans tous les cas, où il y a eu suppuration de la plaie, il y a eu récurrence de la hernie et récurrence rapide."

Le bandage est-il nécessaire après la cure radicale de la hernie ombilicale? Je ne le crois pas. Les opérés d'un bon nombre de chirurgiens n'en portent pas et dans le seul cas de récurrence de M. Lucas Championnière, le malade portait un bandage à pelote ; il ne s'est donc pas opposé à la récurrence dans ce cas et par conséquent était inutile. Il suffit comme dans les laparotomies, puisque tout le monde a comparé l'opération à la laparotomie, de faire porter aux opérés une large ceinture qui maintienne bien également les parois abdominales.

Quant à la mortalité de la cure radicale des hernies ombilicales, aujourd'hui, elle est nulle ; j'en ai vu, depuis deux mois, neuf cas, qui tous ont guéri. Il y a eu un grand nombre d'autres malades opérés dans les mêmes conditions à Paris, durant les deux dernières années et il n'y a pas encore eu, à ma connaissance, d'issue fatale relatée.

3<sup>o</sup> INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Toutes les hernies sont-elles tributaires de l'opération? Je tâcherai de répondre à cette question en peu de mots en examinant successivement :

- A. Les exomphales des nouveaux-nés.
- B. Les hernies ombilicales des enfants.
- C. do do do adultes.
- D. La cure radicale après kélotomie de la hernie ombilicale étranglée.

A. *Exomphales des nouveaux-nés.*—C'est l'intestin qui reste en dehors de l'abdomen, par suite d'un arrêt de développement dans les parois de ce dernier. L'intestin hernié n'est jamais sorti du ventre puisqu'il n'y a jamais été contenu. Si l'exomphale est volumineux, le chirurgien reste désarmé, car alors la capacité de l'abdomen est trop petite pour contenir les viscères. S'il est petit, on pourra à la rigueur tenter la cure radicale, mais à Paris, l'opinion de réduire la hernie et faire porter un bandage prévaut parmi les chirurgiens.

B. *Hernie ombilicale des jeunes enfants.*—La cause productrice la plus commune des hernies ombilicales chez l'enfant, est le défaut de résistance de l'anneau; on y trouve aussi toute une indication. Il suffira de mettre l'enfant dans le décu' itus dorsal pour que la hernie entre dans l'abdomen, puis appliquer un bandage qui maintienne la hernie réduite; le travail de resserrement de l'anneau reprendra sa marche sans entrave et on arrivera ainsi à une guérison spontanée.

C. *Hernie ombilicale des adultes.*—Posons comme indications: Chaque fois que le bandage ne contient pas la hernie complètement, sans douleur et facilement, l'opération est indiquée. Comme contre-indications: L'âge trop peu ou trop avancé du sujet.

D. *La cure radicale après kélotomie de la hernie ombilicale étranglée.*—L'opération doit être appliquée à toutes les hernies étranglées, sauf dans les cas où l'intestin ne peut et ne doit pas être entré.

DR G. B. FARIRAULT.

Paris, 6 mars 1891.

### Grossesse extra-utérine.

Par M. le Dr L. L. Auger, (Montréal) Paris.

La grossesse extra-utérine comprend trois périodes distinctes. La première s'étend depuis la conception jusque vers la fin du quatrième mois inclusivement et le diagnostic est alors peu facile. La seconde depuis le quatrième mois où l'on est certain du diagnostic d'enfant

vivant. La troisième période s'étend depuis le sixième mois à peu près jusqu'à l'expulsion et où le diagnostic est celui d'un fœtus mort ordinairement.

La marche de la grossesse extra-utérine est variable. Le kyste peut se rompre dans les premières semaines ou les premiers mois de la grossesse. En clinique, il n'y a guère que deux variétés de grossesse extra-utérine. Premièrement, tubaire. Secondement, abdominale, primitive et secondaire. Dans les variétés de la trompe, le kyste se rompt plus vite et plus facilement, les parois s'amincissent et crévent dans les premières semaines ou premiers mois de la conception. A part les douleurs il y a des hémorragies dues à la rupture des vaisseaux du kyste et qui peuvent avoir de graves conséquences pour la mère. Quelque fois cette rupture n'amène pas la mort de l'enfant et n'affecte que peu la mère; cette rupture peut aussi intéresser non seulement les parois kystiques mais encore les membranes fœtales. Le fœtus meurt inévitablement et peut s'absorber et s'éliminer sans que la femme n'offre guère d'autres symptômes qu'une hématocele bombant dans le cul-de-sac du vagin: mais aussi la mère peut mourir en quelques heures. Quand le kyste s'est rompu et que l'enfant a survécu, on a une grossesse abdominale secondaire. Aussi dans la première période on a trois possibilités différentes. Premièrement, rupture du kyste et grossesse abdominale secondaire, hémorragie. Secondement, rupture du kyste et élimination, hémorragie plus grave et donnant lieu à des phénomènes péritonitiques n'entraînant ordinairement pas la mort. Troisièmement, rupture du kyste et mort de la femme par hémorragie foudroyante.

Seconde période.—Le fœtus vit et le kyste est intact, mais il peut encore se rompre et produire une hémorragie foudroyante par les sinus placentaire. On trouve sur les parois du kyste une fissure produite par l'action perforante des villosités. Il y a des phénomènes péritonitiques qui peuvent occasionner la mort de la mère dans la suite et cela s'observe surtout quand l'enfant est mort. Dans le kyste intact, le fœtus mort peut même se putréfier, causer l'usure de la paroi et à la suite de sa rupture avoir l'intoxication de la femme qui succombe. Dans l'utérus tant que les membranes de l'œuf ne sont pas rompues le fœtus mort se macère et ne se putréfie pas, mais hors de la cavité utérine, la loi n'est pas la même.

Troisième période.—On a alors le faux travail et les contractions indolores de l'utérus. La rupture de kyste est encore possible mais n'est pas fréquente, et les ruptures kystiques dues à des manœuvres d'exploration doivent être acceptées sans réserve. On a alors les

mêmes accidents et les mêmes phénomènes que pour la seconde période. Le plus souvent le fœtus meurt et la femme n'échappe que difficilement, mais dans le cas où le fœtus succombe et que la femme survit qu'arrive-t-il ? Premièrement. — Le fœtus se putréfie et les membranes de l'œuf sont adhérentes aux organes voisins. Secondement. — Ou bien le kyste aminci crève et on a une hémorrhagie foudroyante. Troisièmement. — Ou bien le fœtus se momifie, demeure indéfiniment dans la cavité abdominale de la femme. Premièrement. — Adhérences et trajets fistuleux par où se fait l'élimination plus ou moins facile du fœtus et qui enlève le plus ordinairement la mère. Les trajets fistuleux se font au rectum, au vagin et à la vessie. Deuxièmement. — Il peut y avoir rupture du kyste par usure des parois et hémorrhagie foudroyante. Troisièmement. — Transformation en lithopédion. La putréfaction semble être empêchée par l'épaisseur du kyste ou autre raison qu'on ignore. Les membranes peuvent être seules calcifiées et le fœtus garder sa consistance. Le lithopédion n'est pas sans accidents. Premièrement. — Dans les cas de nouvelle grossesse utérine, la présence de cette tumeur peut entraver l'accouchement. Deuxièmement. — Après la ménopause, ce danger n'existe pas, mais la putréfaction peut survenir plusieurs années même après la momification dont on ignore d'ailleurs l'époque précise où elle est complète. 3<sup>o</sup> L'obstruction intestinale.

Statistique. Sur quatre-vingt-trois cas de grossesse extra-utérine. A la première période, nous trouvons sur onze cas, huit mortalités et trois guérisons, une fois le fœtus s'est éliminé par le rectum, une autre fois par la vessie, au troisième cas, le fœtus mourut au quatrième mois et se momifia.

A la seconde période. Nous trouvons trois cas et trois cas suivis de mort, au premier, intervention tardive et mort, aux deux autres cas, il n'y eut pas d'intervention et les deux malades moururent.

A la troisième période nous trouvons vingt-quatre cas, dont treize moururent et onze vécurent ; sur ces onze guérisons l'on intervient par huit laparotomie, deux cystomie et une rectotomie.

*Conclusion.* — La grossesse extra-utérine constitue un danger formidable et doit être traitée comme un néoplasme malin, d'après Doléris, Martin, Pazzi, elle est d'un danger constant.

La grossesse utérine étant reconnue, quand doit-on opérer ? Quand au côté de l'utérus qui se développe, l'on voit une autre tumeur se développer, à marche plus rapide et où l'on aperçoit la présence du liquide avec d'autres signes de grossesse, il y a grossesse extra-utérine et indication d'opération. L'intervention ne doit pas être prématurée, il faut

attendre les premiers symptômes graves, le plus grave danger à courir est l'hémorrhagie. L'enfant étant mort et par crainte d'hémorrhagie doit-on opérer? Non, tant que l'état général de la jeune femme est bon, attendu qu'aux moindres symptômes pathologiques il faudra intervenir de suite. La circulation interkystique placentaire se trouve interrompue peu de temps après la mort de l'enfant, c'est pourquoi l'on peut attendre, mais en consultation, quand on ne connaît pas bien le médecin qui traite la malade, il est préférable de se ranger pour l'intervention, l'on doit toujours enlever le kyste fœtal quand l'enfant est mort, quand même la femme n'en est pas incommodée, car il pourrait y avoir adhérence, perforation du kyste, etc.

L'on a préconisé plusieurs moyens parmi lesquels l'on trouve: Ponction du kyste, elle est inefficace et il ne faut jamais l'employer. Second moyen: Injection médicamenteuse avec la seringue de Pravaz, aussi inefficace que le premier, car l'on ne saurait compter sur la résorption. Troisième moyen: L'électricité (la faradisation), aussi inefficace que les deux précédents, de plus il est dangereux. Quatrième moyen: L'intervention chirurgicale.

La laparotomie est le moyen supérieur à tous les précédents, sauf dans l'insertion placentaire sur la paroi antérieure du kyste qui pourrait sans l'incision donner une hémorrhagie mortelle. Dans ce cas, l'on devra pratiquer l'électrotomie et l'extraction par le vagin, il faut toujours chercher où se trouve le placenta avant d'opérer. Toujours inciser sur la ligne médiane dans la laparotomie. Il n'est pas toujours nécessaire de ligaturer la paroi abdominale au kyste, car si le kyste n'est pas adhérent on pourra l'enlever entièrement et faire la ligature des artères ensuite, l'on doit toujours respecter le placenta, ne jamais essayer à le décoller. Car l'on pourrait causer une hémorrhagie et la septicémie; c'est vrai qu'il serait plus chirurgical d'extirper le sac, mais en cas d'adhérences nombreuses il est préférable de ne jamais le tenter, il vaut mieux recourir à la suture du sac à la paroi abdominale et tamponner. Lorsqu'il y a longtemps que le fœtus est mort, il n'y a aucun danger d'hémorrhagie; les sutures à points continus doivent être évitées, car la déchirure d'un point rendrait la ligature nulle, il faut toujours faire attention à l'intestin lorsqu'on arrive à la dernière aponévrose. Si le fœtus était trop adhérent, l'on pourrait en laisser des lambeaux qui se résorberaient très bien, car les tractions pourraient causer de graves hémorrhagies; des péritonites, etc., mais alors laver le kyste avec du naphthol pour hâter la résorption et l'élimination du placenta et des lambeaux. Messieurs les professeurs Tarnier et Pinard ont laissé, l'un toute une jambe, l'autre une main, et ils peu-



vent citer une dizaine de cas semblables où la résorption a été complète. Douze jours après l'opération, quand on s'aperçoit de granulations dans le kyste on peut aller décoller le placenta sans crainte d'hémorrhagie, mais il faut toujours attendre les granulations, le placenta enlevé, la résorption du kyste est des plus rapide. L'incision abdominale doit être de cinq à six centimètres ordinairement mais peut varier suivant les cas, on ne doit jamais tamponner le kyste et le vagin avec de la gaze fortement iodoformée vu la trop grande surface d'absorption, il vaut mieux tamponner la cavité kystique seulement avec de la gaze légèrement saupoudrée d'iodoforme ou même encore avec la poudre inoffensive dans les proportions suivantes :

Acid Salicylique..... 1 partie.  
Tannin..... 3 —

DR LOUIS L. AUGER.

Paris, Mars 15 1891.

### De la scarlatine.

Par M. le Dr M. E. de Laval, Lake Linden Mic

La scarlatine est une maladie infectieuse, aiguë, caractérisée par une température très élevée, un pouls rapide, et une éruption cutanée diffuse, (véritable dermite) se terminant par une desquamation ; caractérisée encore par une inflammation de la gorge, signe différentiel entre la rougeole et la scarlatine (d'après quelques auteurs), de l'angine et des symptômes nerveux plus ou moins prononcés.

De très graves accidents compliquent souvent cette affection, mais une attaque de fièvre scarlatine confère souvent l'immunité.

Toutefois on remarque que ceux qui ont déjà souffert de la fièvre scarlatine et qui sont exposés à la contagion durant une épidémie, souffrent quelquefois d'une angine ; cette angine peut reparaitre à plusieurs reprises, ou bien disparaître après une seule attaque.

Certaines personnes sont plus ou moins susceptibles d'être affectées par la scarlatine et l'on remarque que les variations soit dans la virulence ou diffusion de l'affection sont bien plus marquées dans la fièvre scarlatine que dans toute autre fièvre exanthématique.

La fièvre scarlatine d'après Hughes est une maladie de la peau qu'il considère comme une dermatite avec exsudation. Cette opinion n'est pas partagée par d'autres auteurs qui ne considèrent pas cette inflammation comme une dermatite quoiqu'elle soit suivie de desquamation.

On observe aussi dans la scarlatine une altération granulaire des

structures glandulaires, altérations très marquées dans les glandes de Payer et observées aussi dans l'estomac et les reins.

On est à peu près fixé sur la cause de la scarlatine, cette affection est causée par un poison ou virus spécifique, que l'on prétend résider dans les produits de la desquamation de l'épiderme (*Bussey's diseases of children*). Il est certain que les sécrétions comme celles de la gorge et autres peuvent être considérées comme un moyen de contagion.

Si on est d'opinion aujourd'hui que la fièvre scarlatine a pour cause un virus ou principe morbifique infectieux, on est loin d'être fixé sur sa nature. Tous les auteurs tout en étant unanimes sur la cause de la scarlatine, ne connaissent pas la nature du monas scarlatinusum et nous ne possédons pas de données certaines sur sa nature.

Klebs a cru reconnaître comme cause de la scarlatine un micrococcus qu'il appelle le monas scarlatinusum, il n'est que plus certain que la cause certaine est un principe infectant, quoiqu'il ne soit pas encore reconnu. La période d'incubation de la scarlatine est, d'après Bussey de courte durée de un à sept jours ; Schasmoker croit qu'elle est de trois à sept jours.

La période de contagion s'étend depuis le commencement de la fièvre jusqu'à une semaine après la disparition de tous les symptômes fébriles. Plusieurs auteurs sont d'opinion que la période d'incubation est de 1 à 14 jours, et que la période de contagion de 14 à 20 jours après la desquamation.

Pendant longtemps on a considéré la scarlatine comme une variété de la rougeole et ce n'est que depuis les travaux de Sydenham que l'on regarde cette affection, comme une maladie exanthématique, différente de la rougeole, ayant des symptômes, des caractères et une cause propre.

La scarlatine est une des affections exanthématiques des plus fréquentes et dont les suites et les complications sont les plus fatales.

On a observé que plus la population est dense, plus les cas de scarlatine sont fréquents et il est prouvé aujourd'hui que dans les endroits isolés où l'on observe une épidémie de scarlatine, les ravages causés par cette affection sont en rapport avec les facilités de communication, de dessémination du virus, comme les chemins de fer.

Comme nous l'avons dit plus haut, la cause de la scarlatine est un virus ; principe morbide infectieux, spécifique qui possède la faculté de se reproduire et qui cause chez les individus soumis à son influence une affection similaire.

Il est très vrai que dans certains cas isolés, il est difficile d'attribuer la maladie à une cause infectieuse spécifique, mais la présence de cas isolés ne peut pas servir pour nier la spécificité de l'affection, car dans

l'examen des causes facteurs de ces cas. les moyens d'investigation nous manquent totalement, de plus comment se fait-il que cette cause spontanée, ou si l'on veut employer l'expression, cause facteur, de ces cas isolés de scarlatine, reproduit la scarlatine chez les individus qui sont exposés à la contagion de ces nouveaux foyers.

Comme nous venons de le dire plus haut, on n'a pas encore pu isoler ou se rendre compte d'une manière satisfaisante de la cause vraie de la scarlatine, tout repose sur une hypothèse ; la cause est elle due à un microbe comme Kebbs le prétend ou est-elle ailleurs, nous l'ignorons jusqu'à présent, mais il est impossible de croire, comme nous disent Chauveau et Pasteur, Salmond et Smith que la cause de la scarlatine n'est pas ce que ces auteurs appellent un contagium vivum car un poison d'origine spontané ne peut pas posséder des propriétés spéciales, capables de reproduire une affection qui confère l'immunité contre des attaques subséquentes de la même affection.

La volatilité de ce virus morbifique et infectieux, cause de la scarlatine est établi par les preuves que nous avons de sa grande diffusibilité et par son transfert d'individus à individus sans qu'il y ait contact immédiat ou même proximité. La volatilité de ce virus est de plus établie par son influence sur les individus privés de protection par immunité ou autrement dans les voisinages d'un foyer d'infection.

Tout nous prouve la faculté de transfert de ce virus car on observe que souvent l'infection est transmise par les habits, même les jouets. Dans certains cas. par des lettres écrites par des personnes affectées de scarlatine ou bien soumises aux influences du virus, dans les endroits où cette affection est observée.

Les habits des garde malades, du médecin peuvent transporter l'infection à une distance très considérable et même au bout d'une période de temps si considérable que tout danger d'infection semblait disparu.

Busey prétend que les animaux domestiques peuvent être une cause de contagion.

Un moyen certain et très commun d'infection est l'eau contenant les excréments des scarlatineux et particulièrement le lait.

Car on a observé plusieurs épidémies où l'on a fait remonter la source de la contagion au lait.

Dans ces cas le lait avait été infecté par contact médiat ou immédiat avec des individus souffrant de scarlatine ; ou provenant d'un animal souffrant de cette affection.

On observe que le virus scarlatineux a une vitalité extrême, Hildebrand prétend que ses habits ont conservé le pouvoir de transmettre le virus même au bout d'une année.

Je me rappelle un exemple qui montre bien quelle vitalité possède ce virus.

Des petits enfants ayant trouvé une poupée dans une maison inhabitée depuis près de deux ans, s'en emparèrent et s'amuserent avec elle pendant quelques jours. Au bout de quelque temps, ils furent affectés de scarlatine et comme il n'y avait aucun foyer de contagion dans les environs, on a cru à une cause spontanée. Mais après enquête, on finit par découvrir que deux ou trois ans auparavant, cette poupée avait appartenu à des enfants qui avaient demeuré dans la maison dont je parlais tantôt, ces enfants avaient été affectés de scarlatine maligne et étaient morts de cette affection. Personne autre que cette famille avait occupé cette maison. Il est difficile de croire que cette poupée avait pu pendant près de trois ans conserver intact le virus, mais il existe là une curieuse coïncidence dont on peut se servir à l'appui de la théorie de la vitalité du virus scarlatineux.

On prouve la transmissibilité de la scarlatine par l'inoculation d'une personne en santé à qui une attaque antérieure de scarlatine n'a pas conféré l'immunité. On peut causer la scarlatine par inoculation pratiquée avec du sang d'une personne atteinte de scarlatine ou avec les produits de la desquamation ou encore avec du serum provenant des vésicules cutanées.

On peut aussi communiquer l'affection par le moyen des exhalations pulmonaires ou cutanées, c'est l'opinion émise par certains auteurs.

Les expériences faites à ce sujet établissent que le sang est le siège essentiel de la contagion et que ce virus est disséminé dans la peau, les tissus et les sécrétions du corps.

Certains auteurs prétendent que le virus ou poison spécifique de la scarlatine est détruit par une chaleur de 212° F.

La période où le danger de la contagion est plus grand, n'est pas encore connu. Quelques auteurs prétendent que c'est à l'époque de la desquamation et d'autres sont d'opinion que c'est au moment où l'affection atteint son maximum d'intensité.

Il est universellement admis aujourd'hui que dès que la convalescence est établie le danger d'infection diminue, mais qu'il disparaît seulement lorsque la desquamation est complète, alors comme la desquamation est plus lente chez certains individus et qu'elle se fait même incomplètement chez d'autres, la période où il y a danger d'infection par contact varie chez les différents individus.

On a remarqué que la période de danger d'infection est prolongée chez les malades affectés d'œdème.

La susceptibilité à l'infection varie beaucoup suivant les individus,

car on voit des familles entières ou des individus isolés exposés à l'infection, rester réfractaires durant toute la vie, quelquefois nous voyons ces personnes contracter l'affection plus tard à une autre épidémie ou en changeant leur résidence.

Les cas fatals de scarlatine sont un indice d'une susceptibilité extraordinaire.

La position sociale et le mode de vie ont une grande influence sur la mortalité, mais ne semblent pas exercer une aussi grande influence sur la prédisposition ou la susceptibilité.

J'ai observé durant l'épidémie de scarlatine qui a ravagé le haut Michigan en 1890 que la plupart des cas affectaient les Allemands, les Autrichiens, les Finlandais et que les Canadiens Français semblaient être très réfractaires à l'infection. Pourtant l'affection étant épidémique et les foyers de contagion étaient très nombreux, ils se trouvaient dans des conditions analogues aux autres nationalités.

Peut-être que le mode de vie qui chez ces gens était différent de celui des autres nationalités, influa beaucoup sur leur susceptibilité. Sur 100 cas rapportés au Bureau de Santé de Lake Linden, 5 seulement ont été observés chez les Canadiens Français. De même les complications observées durant l'affection, comme la diphtérie, étaient plus communes chez les autres nationalités, car sur 100 cas de diphtérie, 1 seul était chez un canadien.

Ces chiffres montrent que certaines personnes tout en étant soumises à une cause d'infection peuvent rester réfractaires tandis que d'autres chez qui la susceptibilité est plus prononcée sont facilement atteints.

Comme nous l'avons dit déjà, la mortalité augmente avec la pauvreté et diminue chez les gens aisés, mais je crois que cette différence est plutôt dans le mode de vie et d'alimentation que dans les différences qui existent dans les constitutions des individus.

Chez les personnes riches, les demeures sont mieux aérées, mieux chauffées, l'alimentation est meilleure et de plus les soins à donner aux malades sont donnés plus facilement. De plus, on appelle chez les riches les médecins dès le début de l'affection et il est bien plus facile de combattre une maladie lorsque le patient est placé dans de bonnes conditions hygiéniques.

Chez les pauvres où bien souvent manque même le nécessaire, les soins médicaux sont requis à la dernière heure, les conditions hygiéniques sont mauvaises, l'alimentation n'est pas proportionnée à l'état du malade, alors il est facile de se rendre compte que la mortalité est plus élevée chez le pauvre que chez le riche.

L'âge a une influence très marquée sur cette affection, mais à aucune période de la vie on n'en est exempt. Dans l'épidémie dont j'ai parlé tantôt, j'ai vu des personnes âgées de 21 à 24 ans qui étaient atteintes de scarlatine. On m'a dit une dans un endroit peu éloigné cette affection avait été observée chez une femme de 43 ans.

Certains auteurs prétendent que des enfants sont nés atteints de scarlatine. Dans la première période de la vie, celle qui suit la naissance on n'a observé que peu de cas.

La susceptibilité augmente après la seconde année, et c'est entre 2 et 7 ans que la susceptibilité est plus marquée.

Après 10 ans, les enfants semblent être moins susceptibles d'infection et le danger diminue après 15 ans.

D'après Busey, 15 p. 100 des cas de scarlatine sont observés chez les adultes 25 ans.

Si ces chiffres sont corrects, c'est une preuve à l'appui de la théorie de l'isolement employé comme préventif de la scarlatine; car comme dit Busey, si l'on empêche les enfants de contracter la scarlatine dans le bas âge et jusqu'après l'âge de dix ans, le danger de l'infection devient presque nul.

Le sexe, la couleur et la race ne semblent avoir aucune influence sur l'affection.

Les conditions du sol semblent dans certains cas favoriser les progrès de la scarlatine, mais la résidence à la campagne ou à la ville semblent n'avoir aucune influence si ce n'est qu'à la campagne, l'isolement prévient l'infection générale tandis que dans les villes l'encombrement et la presque impossibilité d'isoler les malades aide à la propagation de l'affection.

On observe ordinairement les épidémies de fièvre scarlatine vers l'approche de l'automne, en hiver, le printemps et l'été.

Mais c'est ordinairement à l'automne que la scarlatine est plus fréquente.

D'après les statistiques du Bureau de Santé de l'Etat du Michigan on voit que les épidémies de scarlatine sont plus fréquentes durant les mois de l'hiver, je suis sous l'impression que les variations brusques de la température ont une certaine influence sur la propagation de la maladie. On prétend que les variations de la température n'ont aucune influence sur la scarlatine, mais j'ai observé durant la récente épidémie dans le haut Michigan, que dès que la température de froide devenait plus tempérée, que l'air devenait très humide, il y avait rérudescence, et que un bien plus grand nombre de cas de scarlatine étaient enregistrés au bureau de santé local;

Dès que la température s'abaissait, il y avait diminution notable des nouveaux cas. Cette observation ne vaut rien jusqu'à un certain point car elle est purement locale, mais elle peut démontrer que les variations météorologiques ont une certaine influence sur cette maladie dans certains endroits sous certaines attitudes que l'on ne rencontre pas ailleurs. D'autres médecins m'ont dit avoir observé la même chose.

Comme je l'ai dit plus haut, Busey ne croit pas que les conditions atmosphériques aient une influence notable sur cette affection, mais à mon point de vue, je suis obligé de différer d'opinion avec lui sur ce sujet.

L'altitude ne paraît avoir aucune influence sur la scarlatine, mais à ce sujet on peut douter de l'exactitude de cette opinion.

L'état de la grossesse semble prédisposer à l'infection, mais pas autant que l'état puerpéral et la période de lactation. Il en est de même pour plusieurs maladies infectieuses.

Les blessés ou les individus chez qui on a pratiqué une opération chirurgicale semblent être plus prédisposés à l'infection.

D'après les observations faites depuis plusieurs années il appert qu'il existe une récurrence de la scarlatine à des intervalles réguliers.

Dans certaines localités, cette affection semble être endémique et j'ai observé comme j'ai dit plus haut que certaines nationalités semblent être plus exposées que d'autres.

Certains auteurs prétendent qu'une épidémie de scarlatine suit ordinairement une épidémie de rougeole.

J'ai eu occasion d'observer deux épidémies de rougeole, au Michigan, et je n'ai pas observé d'épidémie de scarlatine après celle de rougeole. J'ai vu en 1886 une épidémie de fièvre scarlatine maligne succéder à une épidémie de rougeole, mais il peut n'y avoir que coïncidence et rien de plus.

On prétend que les personnes affectées de rougeole sont plus susceptibles que d'autres d'être infectées par le virus de la scarlatine.

#### PRÉVENTION DE LA SCARLATINE.

On ne connaît pas encore de moyens certains de prévenir la scarlatine et de protéger les individus contre l'infection.

On peut très bien limiter jusqu'à un certain point la propagation et l'infection par l'isolement des malades affectés de scarlatine, c'est le devoir du médecin d'employer tous les moyens possibles pour établir une quarantaine sévère et isoler chaque cas.

L'isolement des patients diminue les chances de création de nombreux foyers d'infection.

La vitalité du virus de la scarlatine est diminuée par la ventilation la diffusion, la dilution, si l'on en permet l'expression.

La pratique des mesures hygiéniques diminuent de beaucoup la mortalité.

A diverses époques on a préconisé l'emploi de certains remèdes, comme agents prophylactiques, contre la scarlatine mais ces tentatives ont eu un résultat nul.

Jamieson préconise l'emploi de gargarismes à l'acide borique comme préventif. La belladone a été préconisée et employé pendant longtemps, mais on n'a aucune preuve de son efficacité.

Wolford croit que l'usage de l'arsenic peut donner de bons résultats comme agent prophylactique.

#### INCUBATION.

Dans la majorité des cas, la période d'incubation est d'une durée de 2 à 3 jours, Dans certains cas, on a observé que l'invasion n'a suivi l'exposition que de quelques heures.

On doit considérer qu'une personne est protégée contre l'infection seulement après une période de 2 à 3 semaines, après l'exposition.

Au Michigan, on ne permet pas d'après les règlements du bureau de santé aux enfants qui ont été malades ou exposés à l'infection de fréquenter les écoles avant 30 jours. Je suis certain que cette précaution est absolument nécessaire.

Durant l'épidémie dont j'ai parlé ci-haut, j'ai employé un moyen qui m'a permis de diminuer de beaucoup les dangers d'infection, c'est la visite des écoles tous les matins; j'examine tous les enfants; et tous ceux qui se plaignent ou chez lesquels je reconnais des symptômes d'inflammation de la gorge sont renvoyés chez eux et surveillés jusqu'à ce que tous les symptômes aient disparu entièrement.

Par ce système d'examen médical, je suis parvenu à diminuer le nombre des cas de scarlatine en empêchant les foyers d'infection d'être aussi nombreux.

#### IMMUNITÉ.

Comme nous l'avons vu certains individus sont plus ou moins réfractaires au virus de la scarlatine.

Ordinairement une attaque de scarlatine confère l'immunité contre des attaques subséquentes, mais Busey dit avoir observé des cas où les patients avaient souffert de la scarlatine deux et même trois fois.



Toutefois il ne faut pas considérer comme de vrais cas, ces cas où on observe ce qu'on appelle pseudo-rechute où il y a recurrence de l'exanthème durant la seconde ou la troisième semaine de l'affection.

#### SYMPTÔMES.

Shœmaker reconnaît trois variétés de scarlatine.

Scarlatine simple.

Scarlatine angineuse.

Scarlatine maligne.

Dans la première variété dite scarlatine simple. l'invasion est caractérisée par des frissons, des vomissements et chez les petits enfants par des convulsions.

Fièvre très élevée, 103 à 105° F., pouls 110 à 140. Vers la fin de la deuxième journée après l'invasion apparaît une éruption qui se montre premièrement sur le cou et la poitrine et qui s'étend ensuite sur tout le corps.

La langue à un aspect caractéristique qui n'est pas observé dans aucune autre affection exanthématique.

La langue présente l'apparence désignée par les médecins américains et allemands, sous le nom de *Strawberry Tongue*. Cet état de la langue est du à la proéminence des ses papilles qui font ressembler la langue à une fraise. Ce signe est certain.

L'éruption n'est pas toujours diffuse, mais elle a une apparence ponctuée disparaissant sous la pression. On observe que l'éruption est intense dans le pli des articulations.

Les amygdales sont rouges, enflammées, très sensibles et par là rendent les mouvements de déglutition très difficiles et très douloureux.

#### SCARLATINE ANGINEUSE.

La température s'élève jusqu'à 107° F., le pouls de 120 à 160 pulsations et les symptômes du côté de la gorge sont très accentués.

Les piliers du voile du palais, les amygdales, le pharynx sont dans un état d'hypérémie intense, les glandes cervicales sont tuméfiées endurcies, sur les amygdales on observe de petits ulcères qui rendent la déglutition très difficile.

Chez certains patients on observe une irritation de la membrane muqueuse nasale et de celle de la trompe d'Eustache.

L'affection atteint ordinairement son apogée vers le huitième jour ou vers le neuvième. Alors la fièvre diminue, les symptômes du côté de la gorge disparaissent, l'éruption disparaît graduellement, la desquamation se fait, la convalescence s'établit.

Dans les cas dangereux, les glandes cervicales et les amygdales sont très tuméfiées, les amygdales sont quelquefois atteintes de gangrène. On observe alors une élévation de température, accompagné par des symptômes typhoïdes. Le pouls est rapide, petit. L'urine contient beaucoup d'albumine, dans ces cas on observe que le coma alterne avec le délire, et ordinairement la mort survient entre le cinquième et le dixième jour de la maladie.

Dans les cas de scarlatine maligne, la température est extrêmement élevée et ce dès le commencement de la maladie, 110 F., le pouls 150 à 200 pulsations à la minute, convulsions fréquentes, chez quelques individus, état comateux. La gorge est tuméfiée et couverte d'une membrane, la respiration est irrégulière, les glandes du cou sont tuméfiées et indurées.

L'éruption a lieu sous forme de plaques d'un rouge noir ou pourpre et dans certains cas elle est retardée jusqu'à 4 ou 5 jours.

On observe ordinairement des hémorrhagies cutanées. La mort arrive ordinairement entre le 4<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> jour même le 2<sup>e</sup>me ou le 3<sup>e</sup>me jour.

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Les affections exanthématiques ou autres que l'on peut confondre avec la scarlatine, sont la rougeole, la rubéole et l'érythème.

L'érythème scarlatiniforme peut être causé par une foule de causes.

Dans cette forme d'érythème, l'éruption n'est pas aussi diffuse, de peu de durée et la desquamation n'est jamais abondante et l'éruption n'est pas ordinairement accompagné de fièvre.

Si l'érythème est causé par l'ingestion de certains médicaments comme la belladone, la quinine, il devient très difficile de diagnostiquer la cause de l'éruption, mais les symptômes établissent facilement à quelle affection on a affaire. De plus, l'histoire du cas et l'absence des foyers d'infection peuvent porter à croire que c'est à un cas d'érythème et non à la scarlatine que l'on a affaire.

L'érythème scarlatiniforme avec desquamation est une affection très rare, je ne l'ai jamais observée encore. Elle ressemble beaucoup à la scarlatine 1<sup>o</sup> par la diffusion de l'éruption 2<sup>o</sup> par la réaction fébrile qui l'accompagne, mais on la distingue par l'absence complète de foyers d'infection, l'absence de symptôme vers la gorge et la desquamation de la peau qui a lieu sous forme de lamelles, de plus les recurrences de cette affection sont très nombreuses et se suivent les unes les autres dans un très court espace de temps.

Il est très difficile de faire un diagnostic exact dans les cas de scarlatine maligne, car la virulence du virus scarlatineux est telle que la mort a lieu bien souvent avant que l'éruption ait lieu, mais dans ces cas on peut diagnostiquer cette affection seulement que par l'existence de l'épidémie coïncidant avec l'invasion des symptômes observés et la certitude de l'infection.

#### DES COMPLICATIONS ET DES SUITES DE LA SCARLATINE.

L'ascite et le rhumatisme, l'otite sont les affections qui suivent ou compliquent l'affection dont nous parlons.

Dans quelques cas, on a observé la chorée et les affections valvulaires du cœur.

L'otite est ordinairement purulente et est suivie de surdité ordinairement incurable, mais qui se guérit quelque fois spontanément après quelques mois.

On observe le rhumatisme à l'état aigu ou sub-aigu mais le plus souvent sous cette dernière forme.

L'ascite ou hydropisie comme on la nomme quelquefois est de toutes les suites la plus commune et en même temps la plus dangereuse de la scarlatine.

Elle apparaît ordinairement après la période de desquamation.

L'exposition au froid en est ordinairement la cause cependant dans quelques cas elle est observée sans causes appréciables.

Elle est souvent causée par une inflammation parenchymateuse des reins et est accompagné d'albuminurie.

L'ascite prélude ordinairement par une tuméfaction et l'œdème de la face et des paupières, œdème qui devient bientôt général. Cette hydropisie est ordinairement intimement liée à une maladie de Bright.

#### TRAITEMENT DE LA SCARLATINE.

Le traitement de la scarlatine se divise en préventif et traitement de l'affection proprement dite.

La partie importante du traitement de la scarlatine est celui qui a rapport à la prévention de l'affection. Ce traitement est connu et se compose des moyens employés pour prévenir l'infection du virus et la formation des foyers de contagion. Ces mesures préventives prophylactiques doivent être appliquées chaque fois que l'on a à combattre cette affection. Malheureusement les moyens de prévention ne sont pas ordinairement employés comme ils devraient l'être, car on reconnaît qu'il existe de la négligence de la part du médecin ou mêmes des autorités civiles.

Pour éviter la contagion et circonscrire l'affection dans un rayon de peu d'étendue, il faut isoler le malade et s'il y a des enfants dans la maison, les éloigner, placer le patient dans un appartement où la ventilation est parfaite, enlever de cet appartement tous les meubles non nécessaires, les tapis, cadres, etc.

Seuls le médecin et la garde-malade doivent avoir accès au près du patient.

Le médecin devrait toujours changer d'habits après avoir vu son malade. Le linge qui a servi au patient doit être lavé dans une solution antiseptique ou bien exposé pendant plusieurs heures à une chaleur sèche de 212° et exposé aux fumigations de soufre ou bien brûlé si possible.

Toutes les excréments du malade doivent être détruites par le feu bien mêlées à une proportion notable d'agents antiseptiques.

L'important dans le traitement médical est premièrement une diète appropriée à l'affection.

Les forces du malade doivent être soutenues, alors il faut administrer une certaine quantité de nourriture, lait, soupes légères, bouillons et l'alimenter au moins toutes les deux ou trois heures.

On doit diriger le traitement médical vers l'élimination aussi prompt que possible du virus ou principe infectant, baisser la fièvre et atténuer les symptômes de la gorge, veiller aux complications cérébrales pulmonaires ou rénales, etc.

Dans les cas de scarlatine simple il est bon, d'après Shoemaker d'employer l'aconite, le chlorate de potassium conjointement avec la digitale en infusion ou autrement.

Tous les deux jours il est bon d'administrer le calomel et le bi-carbonate de soude.

Dès le moment que la fièvre est baissée, il faut cesser de suite l'emploi de l'aconite ou des autres sédatifs artériels. Pour diminuer la sensibilité de la gorge et rendre plus faciles les mouvements de déglutition on doit faire prendre de temps à autre des petits morceaux de glace pilée, on doit aussi laisser boire au malade de l'eau fraîche.

S'il existe du délire avec inflammation excessive de la gorge, Shoemaker indique l'emploi de la glace sur le cou et sur la tête.

S'il existe des membranes, elles doivent être enlevées à l'aide d'une solution de chlorure de sodium ou de chaux, d'acide boracique.

Un moyen que j'emploie pour empêcher la formation des membranes est l'usage d'une solution de peroxyde d'hydrogène. Il est mieux de faire l'application de ces différentes solution à l'aide d'une pulvérisation.

Si la tuméfaction des amygdales est très forte, il est bien de faire des

badigeonnages avec la teinture d'iode ou de teinture de fer muriaté. Shoemaker emploie de préférence une solution de nitrate d'argent de 3 grs à l'once d'eau.

Quelques médecins se servent du levain des boulangers ou bien d'une solution très étendue de capsicum.

Si l'on observe des symptômes diphthéritiques et la formation des membranes diphthéritiques il est bien de se servir d'une solution de chlorure. J'aime mieux l'emploi de la solution de peroxyde d'hydrogène que de tout autre agent, car son action antiseptique est meilleure que toute autre et son application exempte de tout danger.

Dans les cas de scarlatine maligne, il faut absolument abaisser la température par les moyens en usage. Dans ces cas la phénacétine ou l'acétanilide sont préconisés, on peut même employer les bains froids.

Si l'on observe de l'œdème, il faut administrer les diaphorétiques et les diurétiques comme l'acétate de potassium, la digitale, mais les diurétiques stimulants sont contre-indiqués.

Les convulsions observées dans la scarlatine sont causées par la congestion cérébrale, peut être aussi par l'action du virus sur les centres nerveux. Dans le traitement des convulsions, les bromures sont indiqués. Pour moi j'aime mieux l'acide hydro-bromique que le bromure de potassium vu qu'il n'a pas l'action dépressive de ce dernier. Le bromure de lithium a, par son action spéciale sur la sécrétion rénale, une bonne action et devrait être employée de préférence aux bromures de potassium ou de sodium.

Les convulsions observées vers la fin de la scarlatine sont dues à l'urémie et le traitement approprié à cette complication est de faire fonctionner les reins le plus vite possible, les diaphorétiques, les diurétiques.

Un remède dont je me sers souvent dans le traitement de la scarlatine est l'hydrate de chloral. L'hydrate de chloral est indiqué dans cette affection, vu son action diurétique et en même temps sédative.

Pour empêcher la démangeaison observée durant la scarlatine, il est bien de faire des onctions, soit avec de l'huile phéniquée ou de la vaseline combinée à l'acide boracique ou salicylique, ces onctions ont pour effet de diminuer le prurit qui empêche le malade de reposer et le tient dans un état d'irritation constante.

Da Costa emploie et préconise le carbonate d'ammoniaque à petites doses dans le but de prévenir la formation d'embolies et prétend que cet agent a une excellente action sur la durée de l'affection.

Si l'on observe l'œdème de la glotte ou du pharynx, il faut pratiquer des scarifications ou s'il est nécessaire, la trachéotomie.

Shoemaker dit que biodure de mercure a une excellente action dans le traitement de la scarlatine.

M. E. DE LAVAL, M. D. Victoria.

*Officier de santé.*

Lake Linden, Mich.

---

## MEDECINE

---

### **Etat du cœur dans l'anémie ; origine du souffle pulmonaire.**

(HENRY HANDFORD : *American Journ. of the med. sc., déc. 1890.*)

Voici les points les plus importants de ce mémoire : 1<sup>o</sup> L'anémie est fréquemment une cause suffisante de dégénérescence graisseuse du cœur, de dilatation de ses cavités. 2<sup>o</sup> Dans certaine classe définie d'anémies, y compris la chlorose, la dilatation cardiaque est un état constant et important qui demande absolument à être plus souvent reconnu et traité. 3<sup>o</sup> Dans ces cas, c'est souvent le côté droit qui est principalement affecté. 4<sup>o</sup> Dans certaines formes d'anémie existent des souffles cardiaques, dans d'autres, ceux-ci manquent ; de même, le cœur est élargi et dilaté dans certaines formes et ne l'est pas dans d'autres. Plusieurs conditions peuvent contribuer à dilater le cœur. Il existe plusieurs souffles différents dans l'anémie qui peuvent tous exister, tous manquer ou se trouver en partie dans un cas donné. De là, les divergences d'opinions. 5<sup>o</sup> Le souffle systolique pulmonaire n'est pas dû à un changement dans la constitution du sang. 6<sup>o</sup> La caractéristique consiste dans ce que tout en étant susceptible d'être entendu partout, il a son maximum d'intensité dans les 3<sup>e</sup> et surtout 2<sup>e</sup> espaces gauches, près du sternum ; dans ce qu'il devient toujours beaucoup moins fort et qu'il disparaît souvent absolument dans sa position droite. 7<sup>o</sup> Le souffle pulmonaire systolique est dû à la pression sur l'artère pulmonaire d'un cœur élargi, flasque et dilaté. 8<sup>o</sup> Le souffle pulmonaire, alors même qu'il serait très intense dans les autres régions pendant le décubitus, peut être facilement, par cette épreuve de la position, distingué des véritables souffles d'insuffisance dus au relâchement des muscles cardiaques, à la dilatation de ses orifices, aux lésions valvulaires. 9<sup>o</sup> Lorsqu'il existe dans l'anémie des souffles sur

tous les foyers qui ne sont pas dus à des lésions permanentes, ils disparaissent dans un ordre défini pendant la convalescence, d'abord le tricuspide, puis le mitral, l'aortique, et enfin le pulmonaire. 10° Il est probable que dans quelques dilatations cardiaques, d'origine anémique, celles-ci peuvent conduire à une affection permanente du cœur.

*Revue de Bibliographie.*

**Durée de la virulence des crachats tuberculeux mêlés à des poussières de route et des poussières bacillaires chauffées.**

Dans une thèse récente, et fort bien faite, que vient de soutenir à Nancy M. Zilgien, chef des travaux anatomiques du laboratoire de M. le professeur Feltz, nous trouvons, à propos de la biologie du bacille de Koch en dehors de l'organisme, le résultats d'une série d'expériences très intéressantes faites par M. Feltz, sur la durée de la virulence des crachats tuberculeux mêlés à des poussières de route et sur celle de poudres bacillaires soumises à différents degrés de température.

Ces expériences ont été imaginées et conduites par M. Feltz avec le même esprit de méthode et la même observation sagace qui l'ont guidé dans ses recherches bien connues sur l'urémie expérimentale, le charbon, l'ictère grave et les septicémies, et lorsqu'en collaboration avec M. Coze, il appliquait, un des premiers, aux phénomènes vitaux, les découvertes de M. Pasteur sur les fermentations.

Dans une première série d'expérience, M. Feltz a recherché la résistance des bacilles tuberculeux mélangés aux poussières de route. Des échantillons de ce mélange étaient exposés durant trois jours à des températures de 40°, 50°, 60°, 70°. Cinq cobayes étaient inoculés de mois en mois avec chaque échantillon.

L'échantillon exposé à plus de 60°, inoculé le 28 juillet; il tue tous les cobayes; inoculé le 29 août, il ne tue que trois cobayes; les échantillons inoculés le 29 septembre, le 30 octobre et le 15 novembre ne tuent qu'un seul cobaye.

Le mélange exposé à 50°, inoculé à cinq cobayes le 28 juillet et le 29 août, donne les mêmes résultats que précédemment; inoculé le 29 septembre, il rend trois cobayes tuberculeux; inoculé le 30 octobre et le 14 novembre, il n'affecte aucun cobaye.

L'échantillon exposé à plus de 60°, inoculé le 28 juillet, tue trois cobayes; inoculé le 29 août et le 29 septembre, il tue un seul cobaye; inoculé le 30 octobre et le 14 novembre, il ne rend aucun cobayes tuberculeux.

L'échantillon exposé à plus de 70°, durant trois jours, n'a jamais

donné la maladie à aucun cobaye. Il en a été de même d'un autre échantillon exposé durant deux jours à 70°.

Dans une seconde série d'expériences, le 13 septembre 1887, de la poussière de route est mélangée à des crachats tuberculeux. Ce mélange est divisé en trois échantillons. Le premier est exposé au soleil.

Le 15 septembre, M. Feltz l'inocule à douze cobayes; tous meurent tuberculeux.

Le 2 janvier 1888, cet échantillon, inoculé à douze cobayes, en fait périr trois par tuberculose.

Le 4 avril 1888, inoculation à huit cobayes, un seul meurt tuberculeux. Enfin, dix cobayes, inoculé le premier juillet, restent sains.

Le 15 septembre, le second échantillon exposé à l'étude à plus de 40° durant deux jours, est inoculé à douze cobayes: tous meurent tuberculeux; dix sont inoculés le 2 janvier; deux seulement meurent tuberculeux; huit sont inoculés le 4 avril: deux encore meurent tuberculeux; six sont inoculés le 1<sup>er</sup> juillet: tous restent sains.

Le troisième échantillon, exposé aux intempéries de l'air, est inoculé, le 3 décembre 1887, à douze cobayes: quatre seulement meurent tuberculeux. Dix cobayes sont inoculés le 10 février: tous restent sains: il en est de même pour les six inoculés le 1<sup>er</sup> juillet.

Il résulte donc de ces recherches que la virulence des poussières bacillaires, exposées aux intempéries de l'air, dure un peu plus de deux mois et que cette durée est de six mois environ, quand ces poussières sont exposées au soleil.

*Bullet. médic.*

---

## THERAPEUTIQUE.

---

### Du Kounys

Au moment où notre illustre professeur Verneuil se met à la tête du mouvement scientifique qui tend à établir sur des bases solides la prophylaxie de la tuberculose, cette maladie terrible qui, moins effrayante que les épidémies, décime pourtant en détail, chaque année, la population de tous les pays, je crois de mon devoir de praticien ayant longtemps exercé comme médecin de l'hôpital de Menton, ville dont le climat doux et égal convient peut-être le mieux au traitement de cet



affection, de signaler à l'attention de mes confrères un médicament qui m'a donné depuis vingt ans des résultats constamment heureux dans le 1er degré de la phtisie pulmonaire.

Le Koumys est une liqueur fermentée préparée avec le lait de jument auquel on ajoute une matière sucrée fermentescible, car il ne contient aucun principe susceptible d'éprouver la fermentation spiritueuses et *le lait de jument* tient le milieu entre le lait de femme et celui de vache : la crème qu'il contient ne fournit point de beurre ; le caseine et le sucre de lait y sont plus abondants et ce dernier y est plus mou que dans celui de la vache. Les acides le coagulent facilement en s'emparant du caséum et en formant avec lui un composé insoluble.

Le lait destiné à la nourriture des nouveaux nés contient toujours de l'eau, du caséum, une matière grasse connue sous le nom de beurre, du sucre de lait et une acide libre ; dans le *Koumys* le beurre est supprimé, *ce qui rend sa digestion plus facile pour des estomacs faibles*, mais il contient des sels réparateurs de l'organisme : des phosphates de potasse, de chaux et de magnésie, de l'oxyde de fer, des chlorures de potassium et de sodium et des traces de phosphate de fer ; tous sels éminemment propres à reconstituer le système nerveux de la vie organique primitivement atteint par les bacilles de la pneumophymie ; par son acidité il active les fonctions digestives et redonne l'appétit qui permet aux organismes débilités de se reconstituer par une alimentation animale réparatrice : alimentation regardée par tous les auteurs qui ont écrit sur la phtisie comme le meilleur remède à opposer à l'envahissement, à la généralisation de cette affection qui débute le plus souvent par une profonde anémie.

Le Koumys entre donc dans *la prophylaxie* de la tuberculose à forme torpide, mais il prévient aussi le développement de la phtisie qui survient après un rhume négligé, de cette affection à forme érethique, inflammation qui attaque d'une façon galopante les individus disposés à avoir l'hiver des bronchites successives.

Administrez du Koumys à ces malades, en même temps que vous soutiendrez ainsi leur appétit et par suite leur constitution ; ils pourront mieux résister aux intempéries de saisons, et, cela vous permettra de leur faire suivre, en même temps, le traitement anti-phlogistique et calmant que vous jugerez le plus convenable ; car, *le Koumys n'exclut aucun autre médicament* ; son usage peut être continué une année, tout en ne contre indiquant aucune médication appropriée à l'état inflammatoire ou microbienne des bronches et des poulmons.

Le Koumys appliqué aux maladies de consommation ne fait que régulariser les fonctions digestives en suppléant par ses principes répara-

teurs à la dépense exagérée de l'organisme malade et à l'insuffisance fonctionnelle du système nerveux de la vie végétative ; de là, son succès contre l'anémie, les convalescences lentes, les maladies de l'estomac ; gastralgie, dyspepsie, le cancer du foie et de l'estomac.

Si le Koumys agit d'une manière surprenante sur la phthisie à tous les degrés, il relève toutes les constitutions débilitées et on l'emploie avec un succès non moins constant dans les maladies qui occasionnent une déchéance de l'organisme, telles que : la chlorose, l'albuminurie, la maladie bronzée d'Addison, le diabète sucré ; nous pourrions citer de nombreuses observations de malades guéris par l'usage du Koumys de chacune de ces affections graves : les ouvrages de nos maîtres en contiennent qui établissent son action curative. Nous rappellerons seulement ce cas observé par le Dr Labadie-Lagrave d'une jeune fille de seize ans arrivée au dernier degré de la consommation pulmonaire et qui, alors que tout faisait présager une mort prochaine, recupéra ses forces dès qu'on la mit à l'usage du Koumys et son poids augmenta de près de 2 kilogrammes en six semaines.

Pour habituer le malade au gout acidulé du Koumys, qui, du reste, n'a rien de désagréable, on commence par lui faire prendre 2 verres en quatre fois entre les repas. Au bout de quatre jours il pourra en prendre facilement 2 verres pleins le matin et 2 l'après-midi, c'est à dire une bouteille par jour entre les repas, 3 heures après et deux heures avant. On peut augmenter la dose et en prendre jusqu'à 4 bouteilles par jour.

La durée de la cure est, au minimum, de six semaines.

Le régime, pendant la cure, doit être approprié à l'état pathologique contre lequel on lutte généralement ; nous conseillons de supprimer les crudités, les fruits acides, et d'insister, au contaires, sur les viandes rôties, et même, nous nous sommes très bien trouvé de la *viande crue râpée*, du jus de viande. On peut boire du vin aux repas, mais pas après le Koumys

Il est très-avantageux, pour les malades qui peuvent marcher de faire, pendant la cure du Koumys, beaucoup d'exercice sans cependant se fatiguer trop ; un exercice modéré favorise l'action de ce lait dès qu'on l'aura ingurgité et permettra en même temps, au malade d'acquérir de l'appétit pour le repas qui doit suivre deux heures après l'administration.

Dr M. REYNAUD.

### De quelques nouvelles médications.

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE QUELQUES NOUVEAUX REMÈDES  
(CHLORALAMIDE, HYOSCINE, HYDRATE D'AMYLÈNE) DANS  
LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES.

P. Nacke (*Allg. Zeitschrift f. Psych.*, B. XLVII, H. 1, 1890), résume comme suit son expérience sur l'action thérapeutique du chloralamide, de l'hyoscine et de l'hydrate d'amylène.

1<sup>o</sup> *Chloralamide*.—1<sup>o</sup> Donnée à la dose de 1-3 grammes, le chloralamide provoque chez les femmes atteintes de maladies mentales chroniques et chez les épileptiques un sommeil tranquille ; son emploi ne présente jamais de danger ;

2<sup>o</sup> Il agit favorablement non seulement sur l'insomnie nerveuse, mais aussi dans le cas d'excitation ;

3<sup>o</sup> Plusieurs fois il agissait comme calmant, donné vers midi à la dose de 1-2 grammes ;

4<sup>o</sup> Son action est beaucoup moins prononcée sur l'insomnie par suite des douleurs ;

5<sup>o</sup> Les malades s'habituant au chloralamide, il faut, de temps en temps, le remplacer par un autre narcotique quelconque ;

6<sup>o</sup> Le meilleur mode de l'administrer, c'est de le prescrire peu de temps avant que l'on se couche ;

7<sup>o</sup> Son action est plus lente, mais presque aussi sûre que celle du chloral ; le sommeil provoqué par lui est moins profond, mais en même temps plus rafraîchissant que celui qui suit l'administration du chloral, sur lequel il présente l'avantage d'être moins dangereux.

II. *Hyoscine*.—L'auteur la rejette comme complètement inutile.

III. *Hydrate d'amylène*.—1<sup>o</sup> Une solution à 10 p. 100 à la dose de deux à cinq cuillerées à bouche diminue le nombre des accès chez des personnes atteintes depuis des années d'épilepsie ;

2<sup>o</sup> On n'avait jamais observé d'effets secondaires dangereux ;

3<sup>o</sup> Son action se maintient telle quelle, même après un usage prolongé pendant trois à cinq mois ;

4<sup>o</sup> Il influence favorablement non seulement l'épilepsie nocturne, mais aussi les autres formes de l'épilepsie ;

5<sup>o</sup> L'action antiépileptique s'exerce indépendamment de l'état psychique du malade.

Il est vrai d'ajouter que plusieurs épileptiques traités auparavant par le bromure de potassium, l'administration de l'hydrate d'amylène pendant des semaines entières n'a eu pour conséquence que d'augmenter le nombre des accès et la stupeur déjà très accusée.—P. N.

*L'Union Médicale.*

**Traitement des dyspepsies chroniques par le massage**

(*Gaz. des hôpitaux Paris, 5 février 1891, p. 139.*)

Le traitement des dyspepsies chroniques par le massage est actuellement préconisé en Allemagne et CSERI (de Budapest) lui a consacré, dans le *Wiener medizinische Wochenschrift*, un article intéressant. Ce traitement paraît avoir eu, une réelle efficacité. Son emploi, à la condition bien simple de le réserver aux dyspepsies nettement chroniques, sans phénomènes inflammatoires, sans hémorragies gastro-intestinales, est de toute façon entièrement inoffensif. Voici d'ailleurs, sommairement résumés, sa technique opératoire, son mode d'action, ses résultats.

I. La technique opératoire du massage de l'estomac est d'une grande simplicité. Le moment le plus favorable pour les séances est la période qui s'étend de deux à trois heures après le principal repas. Le malade est placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin, la bouche ouverte, respirant largement. Le massage consiste tout d'abord dans les effleurements très-superficiels, très légers, de la région stomacale. Peu à peu, la pression devient plus forte et l'on finit par pratiquer un vrai pétrissage de l'estomac, en ayant soin de diriger toujours les pressions de l'extrémité cardiaque et des bords de l'organe vers le pylore. La durée de chaque séance est de dix minutes environ. Après le massage de l'estomac, on pratique, pendant quatre à cinq minutes, le massage de l'intestin. Les pressions portent tant sur l'intestin grêle que sur le gros intestin. Il est bon pour ce dernier, de suivre son trajet anatomique en partant du cæcum, suivant le trajet du colon ascendant, du colon transverse, du colon descendant, pour terminer à l'S illiaque.

II. Le mode d'action du massage est, d'après Cseri, le suivant. Se trouvant pratiqué au moment où l'estomac est rempli d'aliments, souvent mal digérés et qui y feraient encore un long séjour, il assure le passage de ces aliments dans le duodénum, d'abord en réveillant la contractilité des fibres musculaires stomacales, puis par l'impulsion directe que les pressions impriment à la masse alimentaire. A la longue, il finit ainsi par réveiller la tonicité de l'estomac. En même temps, il combat la tendance à la constriction du pylore, constriction à laquelle Cseri attribue un rôle en particulier dans les dyspepsies nerveuses. Enfin la stimulation qu'il exerce sur la paroi musculaire n'est peut-être point sans influence sur l'augmentation de sécrétion du suc gastrique. Le massage de l'intestin agit d'une façon analogue. On doit rappeler combien la constipation est fréquente chez les dyspepti-

ques. Le massage intestinal qui constitue un des moyens les plus puissants de la combattre est donc, au point de vue de cette indication spéciale, d'une grande utilité.

III. Les résultats sont, si l'on s'en tient au soulagement momentané, presque immédiats. Dès la fin de la séance, les malades se sentent soulagés, ils n'ont plus cette sensation de douleur, de distension ordinaire dans les dyspepsies. Jamais au cours du massage, ni après la séance, ils n'éprouvent, si l'on procède dans les pressions avec la graduation nécessaire, la moindre douleur. Il n'est pas rare, au moment où cesse la distension de l'estomac, de les voir accuser un désir marqué de sommeil, fait intéressant au point de vue des insomnies d'origine gastrique. Au bout de quelques jours de traitement, leurs idées tristes disparaissent. Ils se sentent bien à l'aise et n'éprouvent plus cette tendance aux frissons qui leur est d'ordinaire si pénible. Mais pour consolider l'amélioration obtenue, le massage doit, généralement, être continué pendant un certain temps ; il est fréquent, après l'avoir cessé, d'être obligé de le reprendre par suite de rechutes ultérieures. Il est à peine utile d'ajouter que ce traitement mécanique de la dyspepsie n'est nullement exclusif et qu'on devra venir en aide à son action, tant par un régime alimentaire rigoureux que par les médicaments appropriés.

*Revue de Bibliographie.*

### **Traitement des sueurs profuses par l'acide camphorique et le tellurate de soude.**

Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. le Prof. Combemale (de Lille), dans un mémoire inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

(A) 1° L'acide camphorique a une action certaine sur les sueurs nocturnes des tuberculeux ; il les tarit très souvent, les diminue fréquemment, est rarement sans effet sur elles ;

2° Ces effets antisudoraux sont produits à raison de 2 grammes *pro die* ou mieux *pro dosi* ;

3° Aucun effet désagréable ou fâcheux n'accompagne l'usage de l'acide camphorique ;

4° L'acide camphorique agit sur les tuberculeux d'autant plus sûrement que les lésions pulmonaires sont moins purulentes ;

(B) 5° Le tellurate de soude jouit, vis-à-vis des sueurs nocturnes des phtisiques, de propriétés fédatrices puissantes ;

6° Les doses de 5 centigrammes *pro die* de tellurate de soude produisent avec certitude des effets antisudoraux ; avec 2 ou 3 centgr. l'action antihydrotique est moins sûre et moins marquée ;

7° Le tellurate de soude donne parfois à l'haleine une odeur alliacée son ingestion répétée amène quelques troubles secondaires ;

8° C'est à toutes les phases de la tuberculose pulmonaire que réussit le tellurate de soude ; mais, pour tarir les sécrétions sudorales, la dose de tellurate doit être en rapport direct avec l'intensité des lésions pulmonaires.

(c) 9° Le tellurate de soude est, jusqu'à maintenant, le meilleur des médicaments à opposer aux sueurs profuses des phtisiques.

10° L'acide camphorique, quoique moins fidèle que le tellurate de soude, doit être aussi préféré à tous les autres agents antisudoraux connus ;

(d) 11° Le tellurate de soude, de même que l'acide camphorique, n'agissent pas seulement contre les sueurs des tuberculeux. Nombre de sueurs pathologiques : rhumatisme, fièvre typhoïde à forme sudorale, cavernes pulmonaires syphilitiques, (dyspepsie), sont taries par ces deux agents ;

12° L'action de ces deux médicaments antisudoraux se ramène, de par la clinique, à une action antiseptique, nous voulons dire destructrice des produits solubles microbiens. *Sd. Ibid.*

## CHIRURGIE.

### Indications de l'opération des fistules à l'anus dans la phtisie.

(H. ALLINGHAM : *Rev. thérap. méd. chirurg. Paris*, 15 janvier 1891, p. 52.)

1° Fistule existant avec une tuberculose aiguë. Ces fistules débent généralement par une ulcération tuberculeuse du rectum et sont borgnes internes, donnant souvent lieu à des douleurs par accumulation de pus dans leur cavité. Les malades n'ayant pas longtemps à vivre, on ne tentera pas la cure radicale et on se bornera à inciser la cavité de la fistule pour favoriser l'issue du pus et empêcher les douleurs.

2° Fistule existant avec une tuberculose chronique. Ces fistules sont presque toujours complètes. On doit en tenter la guérison pour faire disparaître une cause d'épuisement de l'organisme. Après avoir ouvert le sinus principal, on excise les bords malades de la peau et on gratte le fond de la fistule.

3° Fistules chez les prédisposés à la phtisie ou les héréditaires. Cette forme de fistule doit être promptement attaquée, comme un foyer susceptible de généralisation infectieuse ; on opérera comme les fistules traumatiques chez les sujets sains.

Allingham conseille de préférer le chloroforme à l'éther pour ces sujets à bronches sensibles et de choisir le commencement de l'été comme saison la plus favorable ; le malade se lèvera le plus tôt possible après l'opération. Les petites fistules qui ne causent pas de douleurs et donnent peu de sécrétion peuvent être négligées sans inconvénient.

*Revue de Bibliographie.*

**Péricardiotomie.**—*St. Louis med. and. surg. j., janv. 1891.*)

STOLL, de Varsovie, relate une opération avec succès pour péricardite purulente. Le patient était un soldat épuisé et amaigri, âgé de 21 ans. Après la trépanation du sternum, le péricarde fut librement ouvert au niveau du second espace intercostal. Deux mois après l'opération, l'examen montra que le sac du péricarde était complètement oblitéré. C'est dit-on, le quatrième cas connu traité avec succès.

*Revue de Bibliographie.*

**Quelle est la longueur de l'urèthre,**

Voilà une question qui pourra paraître étrange. Ne savons-nous pas tous, en effet, que l'urèthre mesure 16 centimètres, deux et demi pour la portion prostratique, un et demi pour la membraneuse et douze pour la spongieuse.

Voilà, en effet, les chiffres donnés par tous les auteurs d'anatomie sans exception. Sont-ils exacts ? Sur le cadavre, peut-être, sur le vivant, assurément non.

On ne saurait s'imaginer à combien d'erreurs de diagnostic ces chiffres erronés ont donné lieu. Combien de médecins, persuadés que la longueur de l'urèthre est réellement celle indiquée par les auteurs, ont méconnu des rétrécissements ! C'est à cette erreur qui se propage, qu'on doit cette locution erronée de quelques médecins disant : *le rétrécissement est au col de la vessie*, parce que la sonde est arrêté à 16 ou 17 centimètres du méat.

Pour mesurer l'urèthre, voici comment il faut s'y prendre, sur un sujet porteur d'un canal normal en venant d'être opéré d'un rétrécissement :

La vessie contenant de l'urine ou du liquide injecté, introduisez une sonde que vous maintiendrez dans la main droite, pendant que la main gauche exercera une légère traction sur la verge. Pendant que le liquide s'écoulera, retirez la sonde insensiblement ; l'œil de la sonde correspondra à l'extrémité vésicale de l'urèthre dès que le liquide cessera de couler. A ce moment, faites une marque à la sonde au niveau du méat urinaire, retirez la et mesurez exactement l'espace qui sépare cette

marque de l'œil de la sonde. Vous constaterez alors la vraie longueur de l'urèthre chez l'homme vivant.

Nous avons fait cette expérience sur un grand nombre de sujet ; chacun peut la répéter, on peut la faire plusieurs fois de suite sur le même sujet.

En mesurant ainsi l'urèthre, nous avons constaté qu'il y a, en moyenne, *vingt-cinq centimètres*, et fréquemment *vingt-six*, *vingt-sept* et même *vingt-huit*.

Il n'est donc pas étonnant de constater que les bougies, même les plus fines, viennent buter parfois à vingt-un et vingt-deux centimètres de profondeur, sans qu'on soit autorisé à dire que l'obstacle siège au col de la vessie. A cette profondeur, le rétrécissement occupe encore son siège de prédilection, la portion membraneuse.

En résumé, il faut que le chirurgien se pénètre bien de cette vérité ; la longueur de l'urèthre donnée par les auteurs d'anatomie, si elle s'applique à l'urèthre du cadavre (11 centimètres), ne saurait donner une idée exacte du canal de l'homme vivant ; puisque l'expérience montre que *l'urèthre de l'homme vivant présente une longueur moyenne de vingt-cinq centimètres*.

(*Gazette de Gynécologie*)

DR J.-A. FORT.

### **Exostose sous-unguéale du gros orteil droit.**

INCISION, ABLATION PAR FRAGMENTATION. GUÉRISON.

On décrit sous le nom d'exostoses de développement ou exostoses ostéogéniques, des tumeurs osseuses dont l'apparition coïncide avec la période d'accroissement du squelette. Ces tumeurs se rencontrent fréquemment chez les enfants et les adolescents ; comme Broca l'a parfaitement décrit, elles sont souvent en connexion avec le cartilage épiphysaire.

Ce serait une erreur de croire cependant, que ces tumeurs ne se rencontrent qu'au niveau du cartilage de conjugaison des os longs. Nées du cartilage d'accroissement, elles peuvent évoluer avec l'os qui les supporte, et à un moment donné se trouver situées en pleine diaphyse.

De récents travaux ont établi que les exostoses d'accroissement peuvent naître du périoste, par suite d'une hyperactivité ostéogénique. Sans nous attarder à des considérations de cette nature, nous donnons ci-dessous une observation qui semble confirmer cette manière de voir.

Une des exostoses les plus communes chez les adolescents, c'est



celle qui siège sous l'ongle du gros orteil. Souvent symétrique, parfois uni latérale, cette tumeur apparaît pendant la jeunesse ; et si elle est relativement rare dans l'enfance, c'est à la période de la puberté qu'elle atteint son maximum de fréquence.

Le mode d'évolution de l'exostose sous unguéale n'est pas toujours le même. Ainsi, on voit le plus communément cette tumeur occuper la face supérieure de la phalange, s'élever peu à peu, en soulevant l'ongle, développer des phénomènes d'irritation locale, et donner naissance à des douleurs souvent intolérables.

Dans quelques cas, le point d'implantation est pédiculisé, dans d'autres, il est sessile ; mais on a rarement occasion de constater la présence de l'exostose sur l'une des faces latérales de l'os de la phalange unguéale. C'est une observation d'exostose appartenant à cette variété que nous allons rapporter.

M. M..., jeune homme de 19 ans, employé de commerce, vient me demander mes soins, parce qu'il souffre beaucoup du gros orteil droit. Pour lui, la marche devient un véritable supplice.

Il me dit qu'il a ressenti les premières douleurs en ce point, il y a deux ans. A cette époque, le gros orteil aurait été le siège d'un gonflement douloureux, et le médecin, appelé à donner ses soins au patient aurait diagnostiqué un ongle incarné et fait l'ablation de l'ongle. Le malade, à l'appui de sa déclaration, me présente l'ongle qui lui a été enlevé.

En interrogeant ce jeune homme, j'appris qu'avant la chute de l'ongle, une suppuration assez abondante s'était produite, et que le décollement de la lame cornée, qui m'est soumise, a été des plus simples ; une légère traction a suffi pour la détacher. Il ne s'était point produit de fongosités autour de la table unguéale. La marche de l'inflammation avait été franchement aiguë. La conclusion est donc facile à tirer, et le diagnostic fait par le médecin a dû être : *onyxis* et non *ongle incarné*.

La guérison suivit de près l'enlèvement de l'ongle. Un autre se reproduit, mais avant qu'il n'eût occupé en totalité sa place normale, des douleurs surviennent de nouveau : douleurs vives, mais sans réaction inflammatoire. De plus, sur la partie interne et antérieure du lit unguéal, une tumeur apparaissait et barrait le chemin à l'ongle de nouvelle formation. Celui-ci dévia sensiblement sur le côté extérieur de l'orteil, et bientôt il prit la forme d'un croissant, circonscrivant une sorte de promontoire large, étalé circulairement, et revêtu de cellules cornées.

A mon premier examen, je constate que cette tumeur est dure, résistante, n'offrant aucun point fluctuant, et ne présentant aucune mobilité

Lisse à sa surface, elle donne au doigt l'impression d'un durillon analogue à ceux que l'on rencontre fréquemment à la plante des pieds.

La moindre pression détermine une exacerbation considérable des douleurs. Le siège du mal, la dureté de la tumeur me font diagnostiquer une exostose.

Je conseille au malade de lui enlever la tumeur qui le détermine à demander mes soins.

Après anesthésie locale avec l'éther, je pratique l'incision ; je vois alors que mon bistouri divise une couche de tissu cartilagineux, et que plus la lame atteint les parties profondes, plus la section est difficile, en raison de la dureté croissante de la tumeur.

Avec la gouge je fragmente l'exostose, et enlève tout ce qui excède la surface de l'os normal. Comme je l'ai dit plus haut, la tumeur occupait le côté interne et antérieur de la table de l'ongle ; aussi, par l'énucléation, avais-je dû la circonscrire dans une incision circulaire. En pénétrant jusqu'à sa base d'implantation, je pus m'assurer que c'était sur la face interne de la phalange, que la tumeur s'était développée. Après l'enlèvement total de l'exostose, je me bornai à faire un pansement avec la gaze iodoformée et l'ouate de tourbe.

Les suites furent des plus simples, la guérison se fit sans le moindre accident.

Je viens de revoir l'opéré ; depuis un an il est guéri, il a repris ses occupations, et jamais il n'éprouve la moindre douleur au siège de l'intervention. La brèche faite par le bistouri et la gouge est comblée et revêtu en totalité par un nouvel ongle qui a repris la direction et l'ampleur normales.

Ce qui donne un caractère spécial à cette observation, c'est que la tumeur s'est développée sur la face interne de l'os de la 2<sup>e</sup> phalange de l'orteil, et que malgré son lieu d'implantation elle faisait saillie, non sur le côté interne, mais bien sur la face dorsale. Pourquoi l'exostose s'est-elle repliée sur elle-même, à la manière de l'apophyse de coracoïde, lorsque rien ne semblait s'opposer à son développement sur le côté latéral ? Nous l'ignorons absolument ; mais souvent, en des régions diverses, les choses se passent de la même manière, les exostoses se recourbent.

L'onxyis survenu deux ans avant l'opération, a pu faciliter l'accroissement de la tumeur, et peut-être est-ce là la cause de l'ostéogénèse dont l'exostose a été le dernier terme. Mais avant d'accepter cette hypothèse, il faudrait être certain que l'exostose a suivi l'onxyis. Or, sur ce point nos renseignements ne sont pas suffisamment précis.

On dit que souvent ces lésions étaient héréditaires ; pour ce qui

concerne notre malade, nous n'avons rien relevé de semblable dans ses ascendants.

La tumeur se composait, à la surface, de couches régulières de cellules cartilagineuses, tandis que profondément l'ossification était complète. La partie faisant corps avec l'os de la phalange avait acquis une dureté considérable, rappelant celle de la lame compacte des os longs.

Le traitement que nous avons adopté est celui qui s'impose en pareil cas. En présence des douleurs persistantes, de gêne de la marche et dans la crainte des complications qui pouvaient survenir par le fait du frottement de la chaussure contre la tumeur, il n'était pas possible de s'attarder à prescrire un traitement palliatif.

Les exostoses unguéales bien tolérées, non douloureuses et surtout peu volumineuses, peuvent être abandonnées à elles-mêmes.

Pour les exostoses douloureuses, le traitement opératoire s'impose; il consiste dans l'ablation totale de la tumeur.

Il met fin aux poussées aiguës.

L'opération complète, et pratiquée antiseptiquement, est exempte de danger, et ne donne lieu à aucune récurrence.—*Annales d'Orthopédie.*

DR M. BILHAUT.

### Traitement des gangrènes des membres.

M. Reynier fait un rapport sur une observation d'érysipèle de la face communiquée par Schmitt (de Versailles), remarquable en ce que l'érysipèle a entraîné des accidents infectieux et une gangrène de la jambe qui a nécessité l'amputation.

Au mois de novembre 1890, un jeune soldat fut atteint d'érysipèle de la face et, bientôt après, d'accidents infectieux divers : fièvre intense, sueurs abondantes, diarrhée, etc. Le 26 novembre, un adéno-plegmon de la région sous-maxillaire dut être ouvert. A la fin de décembre, le malade se plaignit de douleurs très vives dans la jambe droite; les battements de l'artère fémorale s'arrêtèrent, le membre pâlit, et bientôt il fut évident que l'on se trouvait en face d'une gangrène.

L'état général du malade resta relativement assez bon, et le sillon de séparation entre les parties vivantes et les parties gangrénées s'étant développé à quelques centimètres en dessous du genou, M. Schmitt amputa au niveau de la tubérosité antérieure, suivant le procédé de Larrey. On fit la suture de la peau et le drainage. La plaie suppura légèrement, mais, malgré cela, la guérison paraissait assurée lorsque

l'on constata un souffle cardiaque systolique, puis une broncho-pneumonie qui se développa d'abord à droite pour envahir ensuite le côté gauche. Quelques jours plus tard, apparurent les signes de la pleurésie purulente, et enfin le 31 janvier, le malade expectora une quantité considérable de pus. Dès que cette vomique se fut produite, l'état du malade s'améliora et la guérison fut bientôt complète.

Dans les commentaires dont il accompagne son observation, M. Schmitt se demande si l'opération de Larrey, qui le forçait à rester au voisinage du foyer septique, et que, du reste, il a choisie, était préférable à l'amputation de la cuisse.

M. Reynier fait remarquer qu'il est probable que les accidents dépendaient plutôt de l'endartérite que de l'embolie, car on n'a pas trouvé de caillot dans les artères en disséquant le moignon. Peut-être donc aurait-on dû faire l'amputation en un point plus élevé. Il est extrêmement difficile, dans les cas de ce genre, de faire le diagnostic de la cause des accidents. Il est bon, quand on fait l'amputation, de ne pas se servir de la bande d'Esmarch, afin de ne pas déplacer le caillot, s'il existe, et de ne pas refouler les produits septiques.

Les gangrènes érysipélateuses sont, du reste, excessivement rares.

M. Reclus n'a pas observé de faits analogues, mais il pense qu'en présence d'une gangrène, il faut laisser la lésion évoluer et attendre la séparation du mort et du vif pour scier les os. En agissant de cette manière dans la gangrène seule, on peut ne pas se servir de la bande d'Esmarch et on est sûr de ne pas avoir de complications sphacéliques.

Dans les grands traumatismes, il ne faut pas faire l'amputation immédiate et simplement momifier les membres atteints pour ne les enlever que lorsqu'ils ne vivent plus. M. Reclus rapporte une observation qui est en faveur de cette manière de voir. Il a eu à soigner il y a quelque temps un homme qui avait voulu se suicider en se faisant broyer la tête par un train. Il n'y eut qu'un membre inférieur d'atteint, mais il fut complètement écrasé. Cette mutilation plongea le blessé dans le collapsus, et il était évident qu'il n'aurait pu supporter la désarticulation de la hanche, qui était cependant l'opération indiquée. M. Reclus se contenta d'enlever la partie inférieure du membre presque complètement séparée et de faire, pendant près d'une heure, des lavages abondants avec de l'eau à 53°. Le malade se réchauffa, puis, lorsqu'il alla mieux, on appliqua de la pommade antiseptique dans tous les intervalles musculaires et on exerça une légère compression avec de la gaze. Au bout d'une quinzaine de jours, un second pansement devint nécessaire, à cause de la mauvaise odeur et,

après un mois et demi, les parties mortes tombèrent d'elles-mêmes et laissèrent des lambeaux permettant de faire avec succès l'amputation de la cuisse.

M. Quénu est d'avis qu'il ne faut pas employer aux gangrènes le humides le même traitement qu'aux gangrènes sèches. Dans ce dernier cas, on peut embaumer les parties qui ont été atteintes de traumatisme et n'intervenir que plus tard, car alors l'infection n'est généralement pas à craindre. Il en est tout autrement dans les gangrènes humides. Il y a quelque temps, M. Quénu a soigné un jeune homme de 18 ans atteint d'une arterite de l'artère femorale. Cette arterite entraîna une gangrène humide avec phénomènes de putréfaction très développés, teinte verdâtre des parties molles, développement de gaz, etc. Les phénomènes généraux étaient en même temps très graves, aussi M. Quénu pratiquait-il de suite l'amputation de la cuisse. Les résultats furent excellents, car à la fin de la première semaine, la plaie était réunie par première intention.

M. Routier a fait une double amputation, il y a quelques années, sur un nègre atteint de gangrène des deux pieds. Il y avait eu embolie dans les deux fémorales. La guérison survint sans complications, et lorsque, quelque temps plus tard, on fit l'autopsie du malade, on constata que les fémorales étaient oblitérées et que l'arterite allait jusqu'aux artères iliaques. L'hypogastrique avait servi pour le rétablissement de la circulation.

M. Routier a traité, par l'embaumement, une gangrène du membre supérieur survenue à la suite d'une brûlure. Dans la suite, il a fait une amputation intra-deitoïdienne, qui lui a donné un moignon très beau.

M. Reclus n'a pas voulu parler de gangrènes à marche rapide ; dans ces cas, en effet, l'intervention primitive est indiquée d'ans l'immense majorité des cas, il a eu un beau succès par la temporisation. Le malade avait une gangrène traumatique à marche aiguë du membre inférieur. Au lieu d'opérer immédiatement, il a séparé avec le thermocautère, les tissus morts des tissus vivants. La gangrène s'est arrêtée, et plus tard, il a pu faire une amputation suivie d'un bon résultat.

Autrefois, M. Berger, dans des cas de gangrène spontanée, a fait des amputations. Comme le résultat était très mauvais, il s'était résolu à laisser l'élimination des parties mortes se faire d'elle-même. Actuellement, on peut considérer que le pronostic des amputations faites dans des cas de ce genre est beaucoup moins grave.

Dans les gangrènes par embolie à marche lente, on doit panser à l'aide de compresses imbibées d'alcool, se servir de poudres absorbant-

tes et laisser la nature agir. Il y a quelques années, M. Berger a soigné, à la Charité, un malade qui avait une gangrène du membre inférieur gauche à marche lente ; l'embaumement a donné le temps d'attendre que le sillon d'élimination devint bien net. M. Berger s'est alors servi de la rugine, pour refouler les parties vivantes et a fait l'amputation avec succès.

L'un des cas de M. Berger se rapporte à un homme de 40 ans qui avait des troubles singuliers du côté des membres inférieurs. Ces troubles, caractérisés surtout par du refroidissement et de l'anesthésie, avaient été suivis de gangrène des deux premiers orteils, à la suite de laquelle M. Verneuil a fait une amputation suivie de guérison. Un an plus tard, les mêmes accidents s'étant reproduits sur le deuxième orteil du pied opposé, M. Berger fit encore une amputation ; puis, il y a peu de temps, des douleurs apparurent dans la jambe qui avait été la première atteinte et une escarre envahit la partie inférieure du membre. Les phénomènes généraux étant apparus, on fit l'amputation de la jambe au lieu d'élection et la guérison fut obtenue par première intention. L'examen du membre amputé ne permit de reconnaître ni lésion vasculaire, ni lésion nerveuse.

Pour M. Berger, l'embaumement n'est bon que quand il s'agit de forme sèche ou que l'on peut pouvoir empêcher de dessécher. Dans le cas contraire, on peut espérer que l'amputation primitive, même si elle est pratiquée près de la région gangrénée, sera suivie de succès.

Pour M. Lucas Championnière, il est impossible d'établir une loi générale, car les gangrènes sèches, les gangrènes séniles et les gangrènes traumatiques sont très différentes les unes des autres. Il faut agir d'une façon dissemblable suivant les cas. L'expectation peut être suivie de bons résultats dans certaines conditions qu'il est du devoir d'un bon chirurgien de reconnaître. Dans les conditions opposées, au contraire, l'opération immédiate est nécessaire.

M. Bazy rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'embaumement a été suivie de succès.

Dans un cas, il s'agissait d'un vidangeur, qui avait une fracture compliquée de la jambe, causée par la roue de sa voiture. M. Bray tenta la conservation, mais le troisième jour un érysipèle apparut et envahit tout le membre. Dans ces conditions, on pratiqua les débridements au thermo-cautère ; on cautérisa avec l'huile créosotée et l'on fit des pulvérisations d'éther sublimé ; l'amputation fut faite tardivement et cependant le succès fut complet.

Dans une autre circonstance, M. Bazy a fait l'amputation d'urgence sur un malade atteint de gangrène spontanée. Les incisions furent

faites dans des tissus remplis de gaz, mais l'on traite par les pansements ouverts, et le malade guérit. Des cultures faites avec des liquides provenant de parties malades restèrent stériles.

M. Quénu pense qu'il faut absolument séparer les gangrènes traumatiques des gangrènes spontanées. Dans ces dernières même, il faut distinguer les gangrènes sèches des gangrènes humides, l'amputation convenant pour ces dernières lorsqu'elles tendent à se limiter. La gangrène foudroyante est une affection d'une nature toute spéciale.

M. Verneuil fait remarquer qu'il faudrait établir des catégories dans les différentes espèces de gangrènes, le même traitement étant loin d'être applicable à toutes. Il faut distinguer les gangrènes traumatiques, mécaniques ou infectieuses, dans lesquelles le trauma ne joue qu'un rôle minime ; les gangrènes emboliques ; enfin les gangrènes par artérite, d'origine diabétique, alcoolique, etc. Parfois la temporisation est utile et donne d'assez bons résultats à cause des pratiques antiseptiques. Il est bon d'avoir recours aux pulvérisations phéniquées et au thermo-cautère. Dans les gangrènes foudroyantes, il faudra amputer rapidement. Au contraire, l'intervention rapide doit être exceptionnelle dans les gangrènes emboliques ou par artérite des vieillards.

---

## GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

---

### **De la Dysménorrhée. Son traitement,**

Par le Dr A.-P. PHILIPPEAU.

Non seulement les gynécologues, mais encore les praticiens qui exercent la médecine en général, sont souvent consultés par des femmes qui souffrent de dysménorrhée. Une menstruation indolore est, il faut l'avouer, une exception, et il y a dans le monde des milliers de femmes qui n'ont jamais consulté leur médecin et qui souffrent cependant de douleurs plus ou moins aiguës pendant leurs règles.

Les différentes causes de la dysménorrhée sont : 1° L'antéflexion ; 2° la rétroflexion. Surtout quand ces deux états pathologiques sont congénitaux, ils sont parfois modifiés par la grossesse et la dysménorrhée disparaît. 3° L'atésie du canal cervical ; 4° des fausses membranes qui obstruent le canal cervical ; 5° des polypes qui obstruent le col utérin et font valves ; 6° ces cas de neurasthénie qui produisent des spasmes des différents muscles annulaires ou sphincters. Les spasmes

qui se produisent parfois localement sur les fibres musculaires du col utérin, peuvent se produire en même temps, sur les bronches, les cordes vocales, le sphincter anal, les fibres musculaires vésicales et uréthrales, et produire de l'asthme, de l'aphonie, de la constipation, de la cystite.

Je vais décrire rapidement les divers modes de traitement employés pour faire disparaître la dysménorrhée.

D'après les causes qui s'opposent à l'écoulement facile des menstrues, le traitement est *médical* ou *mécanique*.

Ordinairement, l'utérus est en antéflexion chez les vierges ou chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants ; mais l'exagération de cette déviation constitue la flexion pathologique. La courbure du canal utérin s'oppose à l'écoulement du liquide sanguin qui transsude la travers la muqueuse utérine ; il s'accumule dans l'utérus et dans la portion du canal cervical située au-dessus du point de flexion ; il distend cette cavité en déterminant des douleurs et des coliques utérines de plus en plus violentes jusqu'à ce que, sous l'influence de la pression intra-utérine, il franchisse le point infléchi et trouve une issue au dehors.

Plus rarement l'utérus se trouve en rétroflexion. L'obstacle à l'écoulement sanguin est le même que dans l'antéflexion, le canal cervical étant toujours infléchi. Le traitement à employer dans ces deux cas est mécanique ; il faut faire la dilatation du canal cervical. Cette dilatation peut être complète ou incomplète, lente ou rapide.

La dilatation incomplète peut se faire dans le cabinet du gynécologue, sans que la malade soit obligée de garder le lit, sans chloroforme, au moyen de bougies d'Hégar, mais nous donnons de beaucoup la préférence aux dilateurs métalliques à deux ou trois branches, qui permettent de dilater le col utérin beaucoup plus rapidement, et sans produire autant de tiraillements sur les ligaments que pour introduire les bougies d'Hégar. Il nous est arrivé souvent, dans notre cabinet, d'être consulté par des femmes atteintes de dysménorrhée, de pratiquer séance tenante une dilatation du canal cervical suffisante pour pouvoir introduire une bougie d'Hégar n° 8, et cela sans grande douleur, et il nous suffisait de répéter cette dilatation deux ou trois fois à huit jours d'intervalle pour voir disparaître la dysménorrhée.

Pour faire la dilatation rapide du canal cervical, la patiente étant endormie, on procède de la manière suivante :

Le vagin est d'abord irrigué avec une solution antiseptique de bichlorure de mercure à 1/2000. Après l'introduction du spéculum, le vagin est de nouveau lavé et nettoyé. On prend alors un dilateur aseptique qu'on introduit dans le col utérin jusqu'à ce qu'on éprouve



une résistance. Il faut alors chercher à franchir le point infléchi en abaissant l'extrémité extérieure du dilatateur et en appuyant légèrement sur la paroi postérieure du canal cervical. Le dilatateur franchit ce point, l'orifice interne et pénètre dans l'utérus. Il n'y a plus qu'à dilater lentement et avec précaution jusqu'à extension complète de l'instrument. L'écartement des branches peut atteindre à leur extrémité 4 centimètres. Le dilatateur retiré grand ouvert, on irrigue de nouveau le vagin et le col avec la solution antiseptique, puis on y place un suppositoire au salol ou à l'iodoforme. Certains gynécologues ont l'habitude de faire placer dans le rectum, avant de procéder à cette dilatation, un suppositoire contenant de 2 à 5 centigrammes d'extrait d'opium. Parfois, au réveil, quand les effets de la narcose ont disparu, la douleur est très vive et un second suppositoire peut être nécessaire. On peut employer dans le même but une injection hypodermique de morphine. Après avoir subi cette opération, le malade devra faire, matin et soir, une irrigation intra-vaginale d'un liquide antiseptique. En donnant ces injections chez une jeune fille vierge, il faut avoir soin d'appuyer assez fortement, avec la canule, sur le périnée pour le déprimer et effacer la courbe du vagin, afin que le liquide antiseptique n'y soit pas retenu en quantité notable.

Pour expliquer l'action de la dilatation, il faut remarquer que le canal cervical se comporte exactement comme un anneau de caoutchouc qui, quand il a été complètement étiré, ne revient jamais à la dimension primitive. Quand le tissu utérin se contracte, le canal cervico-utérin se referme, mais sans jamais reprendre un calibre aussi étroit que celui qu'il avait précédemment.

Récemment nous avons eu à traiter une jeune fille de vingt cinq ans, chez qui les règles étaient devenues de plus en plus douloureuses, à tel point que la vie lui était devenue insupportable.

Quand une jeune fille souffre de dysménorrhée, on peut être à peu près certain de trouver un utérus en antéflexion avec sténose du canal cervical, c'est-à-dire de la dysménorrhée par déplacement. Chez cette malade, il existait un déplacement utérin rare; elle avait une rétroversion d'un utérus antéfléchi, ce qui paraît un paradoxe, mais ce qu'on peut expliquer de la manière suivante: l'utérus antéfléchi est tombé tout entier en arrière. L'obstruction mécanique ne permettant pas l'écoulement facile des sécrétions utérines, causait d'abord leur accumulation, puis leur décomposition avant leur sortie, aussi cette femme avait des pertes odorantes pendant la période menstruelle.

Après avoir anesthésié cette jeune fille au chloroforme, nous avons pratiqué la dilatation complète du canal cervico-utérin, après avoir

ouvert complètement le dilateur, nous l'avons retiré sans le refermer. Il s'est produit une légère éraillure du col utérin, mais cela n'a pas d'importance grâce aux précautions antiseptiques qui ont été prises. Certains gynécologues, loin d'y attacher de l'importance et de chercher à éviter cette déchirure légère du col, la considèrent plutôt comme une garantie du succès de la dilatation. Du reste, il suffit de se rappeler que le bistouri a été pendant longtemps le seul moyen employé pour rendre le canal cervical plus perméable.

Quand la dysménorrhée est produite par l'atésie du canal cervical, sans qu'il y ait malposition de l'utérus, il faut encore pratiquer la dilatation mécanique. Nous avons employé ce traitement chez une femme de trente-cinq ans, mariée depuis douze ans, sans enfants. Ces règles ont toujours été douloureuses, mais, depuis dix-huit mois, l'écoulement est de plus en plus difficile et accompagné de coliques très violentes. A l'examen, nous trouvons un utérus petit à col conique en antéflexion légère; l'ouverture du col est très petite, une bougie n° 2 d'Hégar pénètre difficilement. En dilatant, au moyen des bougies d'Hégar, nous arrivons à introduire un petit dilateur qui reste en place pendant cinq minutes, nous le remplaçons par un plus fort. Séances répétées deux fois par semaine pendant trois semaines. Règles indolores depuis six mois.

Les fausses membranes qui obstruent le canal cervical peuvent être enlevées au moyen de cautérisations à l'acide nitrique, mais nous préférons employer la dilatation suivie d'un curettage avec application de glycérine créosotée sur l'endométrium.

Les polypes qui s'opposent à l'écoulement des règles doivent être enlevés au moyen des ciseaux ou de l'écraseur ou du galvanocautère.

Dans les dysménorrhées d'origine nerveuse, le traitement consistera en repos au lit, massage, électricité, toniques, préparations ferrugineuses, arsenicales, etc

L'antipyrine figure au premier rang parmi les médicaments employés pour combattre la dysménorrhée, dans les cas où la douleur est plutôt d'ordre réflexe que traumatique. Nous administrons d'abord 5 décigrammes d'antipyrine en une seule fois, puis 25 centigrammes toutes les heures ou toutes les demi-heures jusqu'à ce que la malade ait pris 1 gramme à 1 gr. 50 d'antipyrine. Si cette prescription ne réussit pas, c'est-à-dire si la douleur persiste, on emploie une autre méthode de traitement. On administre, toutes les heures, une cuillère à café d'une solution de 15 milligrammes de bromhydrate d'hyoscine dans 150 grammes d'eau, jusqu'à disparition complète de la douleur ou

apparition des effets physiologiques du médicament, effets qui sont très analogues à ceux de l'atropine.

On peut encore administrer, trois fois par jour, dans un demi-verre d'eau sucré, une cuillère à bouche de la solution suivante :

Chlorure d'ammonium.....	7 gr. 5 décigr.
Bromure d'ammonium.....	15 grammes
Eau distillée.....	300 —

*F. s. a.*

La formule suivante donne souvent d'excellents résultats :

Chloral.....	8 grammes.
Bromure de potassium.....	10 —
Eau distillée.....	150 —

*F. s. a.*

Une cuillère à café, trois fois par jour, dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger, parfois quand la douleur est trop vive on peut y ajouter l'emploi de suppositoires à la morphine ou à l'extrait d'opium ou de belladone.

Quand nous voulons employer le chloral associé au bromure de potassium, nous donnons la préférence au *chloral bromuré Dubois*, qui joint à l'avantage d'être très exactement dosé celui d'être très bien supporté par les malades.

— *Gazette de Gynécologie.*

### **Chloroforme contre l'albuminurie gravidique.**

*A. W. Griggs* (*St-Louis med. a. surg. Journ.*, septembre 1890) considère le chloroforme comme un très bon remède contre l'albuminurie de la grossesse. Il le donne à doses progressivement croissantes, 4 fois par 24 heures, à XII-XX gouttes (immédiatement avant chaque repas et à minuit. Il faut mélanger les gouttes avec 2 cuillerées à bouche d'eau et retenant la respiration avaler rapidement le mélange et faire ensuite une longue expiration (pour expulser les vapeurs de chloroforme retenues dans la bouche et le larynx). Le traitement doit être continué jusqu'à la disparition complète de l'albuminurie. L'albumine augmente-t-elle, il faut augmenter aussi la quantité de chloroforme à administrer, et la diminuer si l'albuminurie s'amende. L'auteur affirme que le chloroforme non seulement fait disparaître l'albuminurie et diminue les œdèmes, mais relève aussi la nutrition en général.

## PÆDIATRIE.

**Nouveaux remèdes contre la coqueluche.***(Deut. med. Wochenschr. 1er janv. 1891.)*

Von Genser fut le premier qui prescrivit l'usage de l'antipyrine dans le traitement de la coqueluche. Ses essais se portèrent sur 120 cas : la maladie ne durait plus en moyenne que 24 jours au lieu de 60 à 90 jours, en administrant aux enfants un peu âgés 1 décigramme. Sonnenberger fit aussi les mêmes essais sur 70 cas. Aux enfants jeunes, il donnait 0,03 à 0,1 d'antipyrine quatre fois par jour ; aux enfants plus âgés de 0,15 à 1 gramme. Il a observé un soulagement considérable et une forte diminution de la durée de la maladie. Toutefois l'usage de l'antipyrine n'est pas toujours absolument inoffensif, et il arrive souvent des cas d'empoisonnement par cette substance. Rothe, qui a observé des résultats défavorables dans l'emploi de l'antipyrine, se sert d'une combinaison de teinture d'iode et d'acide carbolique, et il vante le grand effet de cette médication dans le traitement de la coqueluche. Sur une centaine de cas observés par lui, et où il ne pouvait y avoir erreur, la maladie traitée par ce système n'a jamais duré plus de quatre semaines. Il se sert de la solution suivante :

Acide carbolique.....	0 10	centig.
Esprit de vin rectifié.....	0 10	"
Teinture d'iode.....	X	gouttes.
Teinture de belladone.....	XXX	"
Eau de menthe.....	50	gram.
Sirop opiacé.....	1	"

à donner aux enfants de 2 ans, une cuillerée à café toutes les deux heures.

L'antifébrine est employée avec avantage comme sédatif des nerfs et comme antispasmodique dans la coqueluche. Le Dr Love (St Louis) a publié 50 cas traités de cette manière avec les résultats les plus satisfaisants. Kate C. Haw a employé avec succès l'acétanilide. La dose administrée quatre fois par jour à des enfants un peu âgés variait de 0,03 à 0,30 centig.

R. Heiman recommande aussi la phénacétine dans la coqueluche. Il mentionne un cas traité avec de bons résultats par la phénacétine, là où l'antipyrine n'avait produit aucun effet. La dose qu'il a fait administrer à un enfant de 3 ans a été de 0,10 centig. quatre fois par jour.

En 1885, Moncorvo à Rio de Janeiro prescrivait le traitement local de la coqueluche par la résorcine. La méthode a été suivie par Bou-chut, Callias, et surtout par Moriac à Bordeaux par contre Mugdan dit avoir traité 8 cas de coqueluche par la résorcine sans aucun effet. Il serait trop long d'énumérer toutes les substances prescrites dans le traitement de la coqueluche, avec des effets plus ou moins satisfaisants.

Qu'il suffise de citer pour mémoire l'acide sulfureux, employé par Mauby ; le bromoforme, par Stepp, Lœwenthal et H. Neuman ; l'eau chloroformée, par Stepp et Shilling, d'après les essais de Salkowski ; l'hydrate de terpine, par Manassé ; enfin l'ouabaïne, un alcaloïde C<sub>30</sub>H<sub>46</sub>O<sub>12</sub> provenant du Somal, est recommandée en Angleterre. Wm. Gammel est le premier qui en ait fait usage pour combattre la coqueluche.

*Revue de Bibliographie.*

### La posologie du salol chez les enfants.

(*Rev. gén. clin. et thérap. Paris, 7 janv. 1891, p. 9.*)

On admet qu'elle peut s'établir ainsi :

A six mois.....	o 20 centigramme	par jour.
A deux ans.....	o 50	“ “
A cinq ans.....	1	gramme “

Cette dose doit être divisée par prises qui seront administrées de trois en trois ou de quatre en quatre heures, dans la journée. On peut incorporer le salol dans un julep gommeux.

*Revue de Bibliographie.*

### Traitement du croup spasmodique par l'opium, (Méd.

*News, 23 mars 1889, in Journ. of Laryng. aud Ring., n. 10, 1889.)*

L'auteur désigne sous ce nom toutes les formes de maladie caractérisées par l'absence de fausse membrane, celles que l'on suppose spasmodiques, inflammatoires, catarrhales. Dans tous les cas graves, administrer l'émétique et, pour avoir un résultat rapide, donner un cuillerée à thé d'alun en poudre mélangé à une cuillerée à thé de sirop d'ipéca. Sauf vomissement dans les quinze ou vingt minutes, répéter la dose. L'ipéca seul, sulfate de zinc n'ont pas la même valeur, et l'antimoine est dangereux. Si l'on ne recherche pas le vomissement, le spasme peut être le mieux combattu par l'administration d'une dose de laudanum et d'ipéca, la première, suffisante pour produire un effet soporifique sensible, mais modéré, la seconde pour calmer le spasme, mais non pour donner des nausées, autrement dit, pour un abulte, vingt

gouttes de laudanum, et quinze de sirop d'ipéca. Une seconde dose et moindre peut être donnée plus tard.

A un enfant, il faut toujours donner une minime dose d'opium. Pour un enfant de deux mois, la première fois, pas plus de deux gouttes de laudanum, avec dix de sirop d'ipéca, renouvelée en une heure. De deux à six mois, première dose, une demi-goutte d'opium, avec cinq à six d'ipéca. Ce traitement calme l'attaque imminente, mais tenir l'enfant au lit le lendemain, avec toutes les deux heures de doses légères de parégorique et d'ipéca. Éviter d'endormir avec l'opium, de donner des nausées avec l'ipéca (de deux à cinq aus, donner cinq à six gouttes de parégorique, cinq gouttes de sirop d'ipéca). La deuxième nuit, redonner le laudanum l'ipéca ; le lendemain. repos au lit ; renouveler le laudanum et l'ipéca la troisième nuit. La toux diminue, il n'y a plus de spasmes, sauf dans les cas d'intensité exceptionnelle. La dose d'opium doit équivaloir à l'effet de vingt gouttes de laudanum chez l'adulte.

Après le spasme, traiter comme un coryza ou une bronchite. L'intolérance des enfants pour l'opium lui a donné une mauvaise réputation combattu epar Meigs, Pepper, Gustave Smith et Goodhardt.—R. LEUDET.

## TOXICOLOGIE

### Un cas d'empoisonnement par la cocaïne ; accidents graves.—Guérison.

Par OLIVIER.

Le 26 août 1890, M. G. me faisait appeler en toute hâte à midi pour donner des soins à sa femme. Lorsque j'arrivai auprès d'elle, voici ce que j'appris : Mme G... s'était rendue à 11 h.  $\frac{1}{2}$  chez son dentiste pour se faire arracher une dent. Afin de lui éviter toute douleur, le dentiste lui avait fait dans la gencive une injection abondante de cocaïne avec une seringue de Pravaz. L'injection était copieuse, car le liquide s'écoula dans la bouche et la patiente dut porter vivement la tête en avant pour cracher. Il est donc probable qu'une pleine seringue avait été injectée. La dent fut extraite sans douleur ; mais à peine l'extraction était elle terminée que Mme G... se plaignait d'un malaise général qui augmentait rapidement. Le dentiste lui donna un peu d'eau de mélisse et l'engagea vivement à rentrer chez elle. Mme G... descendit à grand-peine l'escalier et arrivée sur le pas de la porte s'affaissa. Transportée chez elle, voici l'état dans lequel je la trouvai :

Mme G..., couchée à plat, et d'une pâleur extrême, le corps tout entier est décoloré ; les extrémités sont froides, les membres inférieurs

sont dans la résolution complète ; impossibilité absolue de se tenir debout. Les mains au contraire, sont contracturées ; les doigts sont dans l'extension forcée, le pouce appliqué sur la face interne des autres doigts. La respiration est extrêmement difficile et n'a lieu qu'au prix d'efforts incessants et très fatiguants. Le cœur bat d'une façon absolument irrégulière et je compte à grand'peine 172 pulsations à la minute. Mme G... ne parle qu'avec difficulté. Elle nous dit qu'elle se refroidit progressivement et qu'elle sent la mort venir. Intelligence entière.

Je me trouvais évidemment en présence d'un cas d'empoisonnement par la cocaïne. Les empoisonnements peu marqués s'observent encore assez fréquemment à la suite des injections de cocaïne ; les patients éprouvent un peu de malaise, des nausées, quelquefois des vomissements, un peu de frissonnement, mais tout disparaît au bout de quelques minutes. Dans notre cas, la dose de cocaïne injectée avait dû évidemment être assez élevée, puisque nous nous trouvions en présence d'accidents graves.

Je donnai immédiatement une injection d'éther qui sembla ranimer un peu la patiente ; je lui fis avaler coup sur coup plusieurs cuillerées à café de cognac, puis je fis une nouvelle injection d'éther. Tout cela restant sans effet, je fis faire à la hâte une solution de caféine et j'injectai 0,50 centigrammes de cet alcaloïde. La situation sembla s'améliorer en ce sens que la respiration devint plus calme et la malade me dit d'elle-même qu'elle se sentait mieux. Je continuai l'alcool de dix en dix minutes. Le mieux ne fut que momentané. Vers 2 heures de l'après-midi, Mme G... fut prise tout à coup d'un malaise excessif, d'un froid intense, ses dents claquèrent et des mouvements convulsifs se produisirent dans les membres supérieurs, le cou et la face. La respiration se suspendit presque ; la face, de blanche, devint violacée. Je crus la malade perdue ; on sait en effet que lorsque, chez les animaux empoisonnés par la cocaïne, les convulsions se produisent, la mort s'ensuit constamment à bref délai. Voulant lutter jusqu'au bout, je fis successivement une injection d'éther et une injection de 0,50 centigr. de caféine ; puis j'administrerai par petite cuillerées du café fortement alcoolisé très chaud. Au bout d'une demi-heure d'attente très pénible pour toutes les personnes présentes, Mme G... commença à se réchauffer, les mouvements convulsifs disparurent, la respiration se fit mieux, le cœur se calma et les battements devinrent plus réguliers tout en restant rapides. Enfin à 3 heures tout danger semblait conjuré. Je fis continuer à donner du café chaud jusqu'au soir. A ce moment la respiration était devenue normale, le pouls était à 110. Il ne restait

plus qu'une grande faiblesse des membres inférieurs. Ce ne fut que le surlendemain que Mme G... put marcher.

J'ai jugé utile de vous rapporter cette observation parce que ces faits sont peu connus.

Dans toutes les branches de la chirurgie on emploie la cocaïne sans y regarder et assurément sans se douter qu'on expose son malade à la mort, bien plus sûrement qu'avec le chloroforme.

Les cas de mort ont été peu nombreux jusqu'à ce jour, mais il semblent se multiplier.

Tout récemment une jeune fille mourait à Lille dans le cabinet même d'un dentiste. On a observé des accidents graves à la suite d'injections de cocaïne dans la vessie ; il y aurait même des cas de mort. On connaît le cas d'Abadie. La cocaïne est donc un médicament dangereux, qu'il ne faut manier qu'avec la plus grande prudence surtout en injections. On se trouvera bien de ne jamais dépasser la dose de 2 à 3 centigrammes. On fera bien même de s'abstenir complètement chez les jeunes sujets et chez les femmes de faible complexion.

Dans notre cas, il nous a été absolument impossible de savoir qu'elle avait été la dose injectée, le dentiste ayant refusé toute explication au mari.

M. CHARRY.—Je partage absolument l'opinion de M. Olivier au sujet de la cocaïne ; c'est un médicament précieux pour le dentiste aussi bien que pour l'oculiste, mais il demande à être manié très prudemment. Je ne dépasse jamais, pour ma part, la dose de 5 centigrammes et habituellement je n'en donne pas plus de 2 à 3 centigrammes. Les dentistes ont fréquemment de petites alertes dont ils ne tiennent pas grand compte ; ils ne croient pas au danger. Il est cependant très réel et je considère qu'il est bon de publier les faits comme celui de M. Olivier qui montrent qu'on se servant d'une solution concentrée ou en ne proportionnant pas la dose à la constitution de la malade on l'expose aux plus grands dangers.

## BIBLIOGRAPHIE

**L'art de soigner les enfants malades** guide hygiénique des mères par le Dr E. PÉRIER 1 vol. in-16 de 219 pages de la *Petite Bibliothèque Médicale* à 2 frs. le volume.

Librairie J. B. BALLIÈRE & FILS, 19 Rue Hautefeuille, Paris.

**Painless Parturition** a guide for women—How to avoid the pains and danger of parturition, by Dr R. CHAREST, St Cloud, Minn. A Montréal, chez M. le Dr CHAREST, 461½ rue St-Laurent. Prix 50 centins.



## NOUVELLES MÉDICALES.

### **Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.**

#### NOUVEAUX MÉDECINS.

A obtenu le prix Bourget, après de brillants examens, M. Gédéon Blanchet.

Ont été reçus docteurs en médecine et maîtres en chirurgie après examens spéciaux, MM. Léonard Charbonneau et Arsène Prévost.

Ont été reçus docteurs en médecine, MM. Alfred Arsenault, Ch. Ed. Auger, Wilfrid Braudon, Gédéon Blanchet, A. F. Bouillon, Ls. Th. Caron, Jul. Chopin, J. Bte Chouinard, Achille Dagenais, Jos. Eloi Fontaine, J. M. Grondin, Eug. Guilmette, Omer Lachapelle, Ovide Normandin, Georges Lecompte, O. M. Paulhus, J. N. Peireault, J. P. Pidgeon, Jos. Piquart, F. de Salles Prévost, J. Richardson, S. Rohrer et F. X. Voisard.

### **Collège des Médecins.**

#### LES TRAVAUX DE LA COMMISSION.

Le comité de législation nommé par le Collège des Médecins de la Province de Québec siège depuis la semaine dernière sous la présidence de M. le Dr F. W. Campbell et sera prêt à faire rapport, vers le 10 ou le 13 de mai prochain, lors de la prochaine réunion du Collège.

Les travaux des Commissaires ont trait à l'exercice illégal de la médecine, à la forme des examens pour l'admission à l'étude et à la pratique, à l'adoption d'un code d'éthique professionnel et à d'autres sujets d'un intérêt vital pour la profession.

### **Mariage**

A Varennes, le 7 avril courant, M. le Dr Camille Gariépy, de St-Casimir, comté de Portneuf, conduisait à l'autel Mlle Régina Beauchamp, de Varennes.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. l'abbé Théberge, curé de Varennes.

### **Aux Médecins**

Bonne clientèle à céder, avec maison et dépendances, pour \$2,200, dont \$800 au moins comptant. S'adresser à G. A. Lacerte M.D, de Stanbridge, P.Q.