

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Propriétaire et Administrateur : -- DR A. LAMARCHE,

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

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

VOLUME XXI.

NOUVELLE SÉRIE, - - - VOLUME VI.



MONTREAL :

CIE DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME

30 rue St-Gabriel.

1892

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Propriétaire et administrateur : Dr A. LAMARCHE.

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

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

Volume XXI.

MONTREAL, 1892.

{ NOUVELLE SÉRIE
VOL. VI.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée ;

par le docteur O. F. MERCIER, (de Montréal, Canada).

Ce fut Maisonneuve qui, le premier, traita les hémorroïdes par la dilatation. Il y eut d'abord recours, en 1849, pour la fissure à l'anus. En 1850 et 1851, trois de ses élèves firent leurs thèses sur " les heureux résultats de ce mode de traitement dans les cas de sphinctéralgie simple, d'hémorroïdes douloureuses ou non, et des fissures." Maisonneuve avait donc reconnu, dès lors, les bons résultats que donne la dilatation forcée, employée au traitement des hémorroïdes. Avait-il compris l'influence prépondérante de la contraction du sphincter sur les accidents hémorroïdaires, et espérait-il les faire cesser en s'attaquant au muscle contracturé ? Il eût permis d'en douter si l'on en juge par les travaux qu'il fit publier. C'était plutôt directement à la douleur qu'il s'attaquait ; il n'avait été amené d'ailleurs à se servir de cette méthode qu'après l'avoir beaucoup employée contre la fissure.

Après lui, ce mode de traitement fut pendant longtemps complètement délaissé.

En avril 1855, Verneuil présentait à la *Société anatomique* de très belles pièces, démontrant clairement le rôle que joue la contraction du sphincter dans les hémorroïdes. Ce n'est cependant qu'en 1874 que ce si éminent chirurgien eut l'idée de recourir à la dilatation du sphincter anal pour guérir les hémorroïdes. Son premier patient fut complètement guéri après une seule séance. Encouragé par cette heureuse tentative, Verneuil ne tarda pas à

faire de nouvelles applications d'une méthode qui s'accordait si bien avec ses découvertes anatomo-physiologiques. Deux ans plus tard, en 1876, les premiers succès furent livrés à la publicité.

Par les expériences et les préparations qu'il avait présentées à la *Société anatomique*, Verneuil avait démontré que dans la grande majorité des cas, les hémorroïdes sont accompagnées de contracture du sphincter, contracture déterminée par les hémorroïdes et qui réagit sur celles-ci pour les congestionner davantage. Sous l'influence de causes occasionnelles, permanentes ou autres, de petites tumeurs variqueuses irritent la muqueuse rectale, elles en déterminent la congestion, et celle-ci provoque bientôt à son tour, par action réflexe, la contracture du sphincter. Cette contracture peut être violente ou légère, constante ou intermittente, états qui coïncident avec les crises hémorroïdaires et leur force. Cette contracture, on le conçoit, contribue, par l'arrêt de la circulation de retour qu'elle provoque, contribue dis-je à l'accroissement de ces petits diverticules qui, d'abord à peine apparents, deviennent bientôt grosses hémorroïdes. Lorsque ces dernières sont arrivées à un degré suffisant pour atteindre la marge de l'anus, c'est encore la contracture sphinctérienne qui tient sous sa dépendance la série d'accidents dont cette proci-dence n'est que le premier terme.

Sur ces faits repose toute la méthode. Enlevez la contracture, cause de tous les accidents, et tout rentrera dans l'ordre. La dilatation est donc toute indiquée. Par quel mécanisme expliquer les succès qu'elle donne? Probablement par le simple fait de l'élongation des fibres sphinctériennes, et non pas par le fait de leur rupture, car non seulement la distention produite n'est pas suffisante pour les rompre, mais c'est là un effet que l'on cherchera à éviter en opérant lentement.

Maisonneuve faisait la dilatation anale avec les doigts. Appliqué aux hémorroïdes, ce genre de dilatation est mauvais, car on a affaire à des tissus ayant une grande tendance à saigner, et l'on est presque certain de déchirer par cette manœuvre la muqueuse anale. Verneuil avait bien saisi cet inconvénient, aussi se servit-il d'un spéculum dès le début; il employa d'abord le simple spéculum bivalve ordinaire. Aujourd'hui, tous les chirurgiens se servent du spéculum de Trélat.

Trélat, après avoir eu, lui aussi, recours au spéculum ordinaire, lui reconnut deux graves inconvénients: l'écartement non assez étendu de ses valves, et son peu de solidité. Il imagina alors un spéculum spécial très solide, d'un maniement très commode et qui a remplacé, du moins en France, tous les autres spéculums ani.

Il faut absolument renoncer à pratiquer la dilatation de l'anus sans anesthésie générale ou locale. Si l'on se sert du chloroforme, on devra pousser l'anesthésie presque à la résolution complète, sinon on s'expose à des troubles plus ou moins graves du côté de la respiration et de la circulation, troubles qui s'expliquent par une action réflexe du grand sympathique.

La cocaïne peut être avantageusement employée comme anesthésique local. Voici comment M. Reclus s'en sert : il enfonce l'aiguille en six points différents et également espacés, et la fait cheminer un peu en dehors de la muqueuse, dans les fibres les plus internes du sphincter, jusqu'au niveau, ou même, jusqu'au dessus de son rebord supérieur. Chaque injection est d'une demi-séringue, soit un demi-gramme d'eau et un centigramme de cocaïne à 2 0/0. Au bout de trois à quatre minutes, on peut saisir le spéculum de Trélat et forcer le sphincter, sans causer la moindre douleur.

L'anesthésie produite, il faut placer le malade sur le flanc, en position de Sims. Si l'on s'est servi de cocaïne, il est entendu que le chirurgien aura de suite fait mettre son patient dans cette position avant de lui faire les piqûres analgésiques. L'on introduit alors doucement le spéculum, préalablement enduit de vaseline ou d'huile phéniquée, et l'on commence la dilatation d'abord dans le sens transversal. L'écartement des valves se fera lentement, progressivement et sans secousses, car en allant trop vite l'on produirait des déchirures qui causeraient une hémorrhagie plus ou moins considérable et nuisible chez un patient déjà fort anémié par des hémorrhagies antérieures. Ce qu'il faut viser, c'est une simple dilatation avec le minimum de dégâts possible. Il faut parfois deux ou trois minutes pour arriver à l'ouverture complète du spéculum. On referme alors l'instrument, on retourne dans un autre sens, et on recommence la dilatation avec mêmes précautions. On répète au besoin ces manœuvres une ou deux fois encore, toujours dans un nouvel axe, de façon à obtenir l'assouplissement complet des fibres du sphincter.

Le peu de sang qui s'écoule généralement à la suite de ces manœuvres est vite arrêté par une irrigation d'eau froide ou la simple application d'une compresse.

Quand les effets anesthésiques sont dissipés, le malade éprouve ordinairement une certaine douleur très modérée ; le plus souvent c'est une sensation d'endolorissement et de pesanteur qu'exagèrent les mouvements, les efforts et la toux ; elle est d'ailleurs de peu de durée.

Comme pansement, l'application de compresses imbibées d'eau boriquée, pendant les 24 ou 48 premières heures, suffit ; ensuite, soins ordinaires de propreté.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Il n'y a aucune réaction générale. Pendant les premiers jours il y a incontinence des matières fécales, mais bientôt le sphincter reprend son fonctionnement normal. Huit jours de repos au lit suffisent pour en avoir fini avec l'état local. Il ne s'est jamais produit d'accidents.

Cette méthode si simple dans sa technique peut être avantageusement employée contre la plupart des hémorroïdes, et elle y donne d'excellents résultats. Cependant dans quelques cas elle est sans effet. Ainsi lorsque les hémorroïdes sont très volumineuses,

lorsque l'orifice anal est relâché, flasque, qu'il n'offre plus aucune tonicité et surtout qu'à cela se joint de la procidence de la muqueuse anale, il est entendu que la dilatation est alors inefficace. En effet, puisque c'est en détruisant la contracture sphinctérienne qu'elle fait disparaître les hémorroïdes et les accidents qu'elles causent, l'on conçoit qu'ayant perdu sa principale indication elle demeure sans effet. Cependant, même dans ces cas, s'il est vrai qu'elle ne peut guérir les hémorroïdes mêmes, elle a souvent fait cesser les hémorrhagies pour un temps plus ou moins long. Néanmoins, c'est aux méthodes d'exérèse qu'il faudra recourir dans ces cas, qui sont toutefois peu nombreux.

Dans tous les autres cas qui forment la grande majorité, tant par la simplicité de son manuel opératoire que par la bénignité de ses suites, la dilatation est bien supérieure à la cautérisation ou à l'exérèse. Après ces opérations, la douleur est plus prolongée, les soins locaux plus délicats et plus compliqués, et la guérison beaucoup plus lente : de plus elles font courir au malade des dangers d'infection que les pansements antiseptiques actuels ne réussissent pas toujours à écarter, et si elles guérissent les hémorroïdes, elles sont sans action sur la contracture qui persiste alors avec tous ses inconvénients.

Ainsi donc la plupart des hémorroïdes doivent être traitées par la dilatation forcée, car c'est là la méthode de choix.

Paris 17 décembre 1891.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 10 décembre 1891.

Présidence du Dr H. E. DESROSIERS.

De la fécondation artificielle comme moyen de corriger certains déplacements utérins.

Le Dr M. T. BRENNAN communique la note suivante :

Je n'ai nul désir d'entrer dans l'histoire de ce point de thérapeutique gynécologique, le but de notre *Association* étant de donner des travaux pratiques et originaux. Voici donc en quelques mots les résultats de mon expérience personnelle au sujet de cette mesure thérapeutique, que je crois avoir employée, sinon le premier à Montréal, au moins un des premiers, car je ne retrouve, dans nos journaux, aucun rapport de cas semblables à ceux que je présente ce soir.

Obs. I.—Il s'agit d'une jeune dame protestante, âgée de 25 ans, mariée depuis six ans, sans grossesse. Dans sa jeunesse, cette dame se promenait beaucoup à cheval, et, l'année avant son mariage, elle avait souffert de constipation, de dysménorrhée, etc, sans toutefois en avoir fait part à personne.

Mariée, elle a souffert pendant quelques mois de douleurs pendant le coït ou survenant le matin, après le lever, lorsque le coït avait été pratiqué même le soir. Ces douleurs duraient quelques heures; une selle les soulageait souvent, et alors la malade éprouvait le besoin d'aller à la garde-robe le matin. Depuis, elle a toujours eu plus ou moins de douleurs, de pesanteurs dans le bas ventre, etc. Elle s'était mise sous les soins de plus d'un médecin et avait été traitée, comme elle le dit elle-même, pour *mal de matrice*, ayant même porté un pessaire pendant plusieurs mois. Le traitement subséquent n'ayant pas été surveillé, la malade fut forcée d'enlever elle-même ce pessaire.

Quand je la vis pour la première fois, elle me consulta au sujet des douleurs qu'elle éprouvait, en me demandant aussi pourquoi elle n'avait pas d'enfants.

Un examen minutieux révéla l'état suivant: rétroversion au second degré avec légères adhérences sacrées et prolapsus de l'ovaire droit; aucune inflammation péritéridienne apparente; pas de sténose du col, ni d'endocervicite, ni d'endométrite; col un peu congestionné passivement.

J'explique à la malade la cause qui chez elle peut entraîner la stérilité. Elle me demande s'il existe un moyen certain grâce auquel elle pourrait avoir des enfants. Je lui explique alors les moyens ordinaires de traitement de sa maladie et énumère les chances de succès. Fatiguée de ces traitements, elle n'en veut plus. Je lui propose alors la fécondation artificielle comme mesure ultime, ayant soin cependant de bien établir que je ne me tiens en aucune façon responsable des désagréments ou accidents qui pourraient survenir par suite de l'emploi de ce traitement. À ce, elle et son mari consentent, tous deux voulant avoir à tout prix un héritier. M'étant déclaré prêt à faire l'opération, je demande un examen du sperme du mari. Je trouve les spermatozoaires de monsieur aussi vigoureux que possible et ne demandant qu'un bon parti pour fabriquer un petit écossais. Tout étant donc propice, je procède à féconder artificiellement madame le 16 mai 1890, à 7 h. p.m. Je l'avais préparée par des lavages vaginaux antiseptiques pendant plusieurs jours. Je dépose à l'intérieur de l'utérus le sperme recueilli immédiatement après le coït. L'opération réussit pleinement en une seule séance; les spermatozoaires paraissent ne pas avoir eu besoin de coups de fouet pour arriver au but, étant empressés de jouer leur rôle. Le 4 février 1891, à 10 h. a.m., je livre aux parents joyeux un fiston vigoureux qui, avant d'être sorti de la vulve, proclamait à hauts

cris l'utilité de la fécondation artificielle, à laquelle il devait sour être ; un instant après, comme pour me remercier, il me serrait le doigt dans sa petite main pendant que j'opérais la section du cordon ; je l'avais créé à coups de seringue, je le livrais au monde à coups de ciseaux.

La grossesse avait été normale et nullement compliquée ; les suites furent également normales. C'est alors que j'instituai un traitement pour empêcher la reproduction des adhérences sacrées et prévenir une nouvelle rétroversion. Dans ce but, j'ai gardé la patiente dans la position horizontale pendant une trentaine de jours, mais par intervalles, évitant avec soin le decubitus dorsal, et préférant faire coucher la patiente sur le côté, et de temps à autre sur le ventre. Lorsque l'involution utérine fut considérée complète, je fis de la faradisation pour tonifier les ligaments et appliquai un pessaire en S que je surveillai attentivement. Au bout de un mois et demi je pus enlever le pessaire et ne pas revoir le déplacement se reproduire. Cette femme est actuellement enceinte de six mois, *naturellement* cette fois. Elle me dit un jour : " Docteur, pouvez-vous me dire combien je vais en avoir ? " — " Comment, lui répondis je, c'est difficile, cela ; je vous ai mise sur la voie, mais ne sais quand vous arrêterez. " — " Mais alors, reprit-elle tout bas, je croyais que vous pouviez en juger par la provision que vous aviez déposée dans ma matrice. " Elle croyait que j'avais compté les spermatozoaires et qu'à chacun, je suppose, devait correspondre un bébé.

Obs. II.—Mon second cas, fécondé le 26 juillet 1890, était à peu près semblable au premier, mais il y avait des adhérences plus fortes de l'utérus. Craignant un avortement possible, je n'ai cédé qu'aux instances des conjoints (des allemands cette fois). Mêmes précautions préalables. Grossesse un peu plus orageuse au point de vue des vomissements. Madame accoucha d'une fille qui me grogna "*guten morgen*" le 25 avril 1891. Traitement consécutif à peu près semblable au premier.

Ces derniers bons parents m'avaient rémunéré pour la fécondation, et m'avaient donné toute facilité pour suivre attentivement la grossesse ; mais quand il s'agit de payer la délivrance, ils étaient si heureux qu'ils ont oublié le fécondateur et ils sont partis pour le pays de la liberté sans songer à m'indemniser, et emportant à la fois mon pessaire et mon bébé.

Conclusions.—1o La fécondation artificielle me paraît utile, sous toute réserve, dans les déplacements utérins avec adhérences *pas trop fortes* de l'utérus aux parties voisines.

2o Elle ne me paraît pas devoir être employée lorsqu'il existe les moindres complications inflammatoires.

3o Il faut surveiller attentivement les suites de couches et profiter de l'aide que la grossesse nous a donné pour corriger et maintenir corrigés les déplacements utérins.

40 Il ne faudra employer la faradisation que lorsque l'involution sera complète.

50 Afin de favoriser celle-ci, il faut traiter soigneusement toute subinvolution.

60 Il importe de n'assumer aucune responsabilité au sujet du résultat de l'opération ou des conséquences naturelles ou sociales qui pourraient en résulter.

70 Dans un cas, la durée de la grossesse a été de 264 jours ; dans l'autre, de 273 jours.

80 Le résultat de la fécondation, comme acte opératoire, a été parfait.

90 Comme moyen thérapeutique, elle a favorisé la rupture lente des adhérences et a rendu possible un traitement plus efficace par la suite.

Vaccination suivie d'éruption rubéoliforme.

M. le PRÉSIDENT relate trois cas de vaccination accompagnée d'éruption rubéoliforme. Chez le premier, une fillette de quatre ans, l'éruption se manifesta le deuxième jour après l'inoculation vaccinale, et se caractérisa par de la fièvre (102° Fahr.) de la dyspnée sans toux, de la somnolence, et la sortie de larges plaques rouges, de formes variables, disparaissant à la pression, isolées pour la plupart et accompagnées d'un prurit plus ou moins vif. Cette éruption disparut au bout de trois jours et ne fut suivie d'aucune desquamation. Les ganglions cervicaux étaient légèrement tuméfiés.

Dans le second cas, petite fille âgée de deux ans, le vaccin évoluait normalement, quand, le 10^e jour après l'inoculation, alors que la fièvre vaccinale s'était développée, le bras fort tuméfié et rouge, survinrent des convulsions, rapidement suivies de la sortie de plaques rouges en tout semblables à celles de la rubéole, accompagnées de prurit. Temp. 104°. Pas de symptômes catarrhaux.

Le troisième cas a été celui d'un enfant de trois ans, vacciné le 2 octobre et chez laquelle la fièvre se déclara huit jours après l'inoculation. Autour de la plaie vaccinale assez peu enflammée. Fièvre très modérée : 101°5. Fahr. Eruption semblable à celle des deux cas précédents, mais beaucoup moins abondante, et accompagnée de prurit. Pas de symptômes catarrhaux.

S'agissait-il, dans ces trois cas, d'une simple éruption vaccinale, d'un exanthème rubéoliforme symptomatique de la fièvre du vaccin, ou bien d'une véritable rubéole ?

M. le Dr MARSOLAIS rapporté également trois ou quatre cas ou de semblables éruptions se sont manifestées chez de petites malades à la suite de la vaccination et au cours même de la fièvre vaccinale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac.—Clinique de M. POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Une malade de notre service vient de vous offrir un exemple intéressant des deux ordres de difficultés qui se rencontrent toujours dans l'interprétation sémiologique des hématomèses : 1^o constatation de l'existence même de ce symptôme ; 2^o recherche de l'affection qui le produit. Cette femme, âgée de quarante-trois ans, nerveuse, offrant même quelques stigmates hystériques et, en particulier, des zones anesthésiées, raconte que, depuis trois ans bientôt, elle souffre beaucoup de l'estomac et, qu'à deux reprises, elle a eu des vomissements de sang très abondants. Elle est amaigrie sans être cachectique ; la palpation de la région stomacale est très douloureuse, mais ne révèle l'existence d'aucune tumeur, d'aucun empatement. Quelle peut être la maladie qui a causé ces vomissements de sang ?

Tout d'abord ces vomissements de sang ont-ils bien existé ? Quoiqu'il faille toujours se défier des hystériques—et j'en ai vu pousser la simulation jusqu'à boire du sang pour faire croire à des hématomèses—nous n'avons pas ici, je crois, à douter de la bonne foi de notre malade et de l'existence même des hémorragies. Mais ces hémorragies provenaient-elles vraiment de l'estomac, c'est ce qu'il est toujours difficile d'affirmer rétrospectivement. Vous savez que les épistaxis peuvent, parfois, en s'écoulant dans l'estomac, être rejetées consécutivement et être prises pour des hématomèses. Mais c'est un fait qui s'observe surtout chez des enfants, des vieillards, ou bien au cours des maladies adynamiques. Chez notre malade c'est surtout avec l'hémoptysie qu'il faut faire le diagnostic différentiel de l'hématomèse. Ce diagnostic est toujours délicat. Sans doute, les antécédents morbides stomacaux ou pulmonaires, les caractères du sang rouge, rutilant, spumeux dans l'hémoptysie, non spumeux et mélangé d'ordinaire d'aliments dans l'hématomèse ; les phénomènes de toux, de chaleur de la gorge, d'étouffements qui accompagnent l'hémorragie dans le premier cas, les vomissements, la sensation de distension gastrique qui l'accompagnent dans le second sont d'assez bons symptômes, mais ils sont loin d'être constants.

Chez notre malade, on peut se fonder surtout pour admettre

l'hématémèse sur les troubles gastriques antérieurs, l'absence complète de tout symptôme pulmonaire à l'auscultation et à la percussion. De plus, elle raconte que ses vomissements de sang sont survenus, en quelque sorte, en masse, sans se prolonger une fois le flot sanguin rejeté. C'est un caractère important de l'hématémèse. Une hémoptysie peut bien se faire, elle aussi, en bloc, s'accompagner d'efforts qui simulent le vomissement, parfois même de vomissements vrais, mais elle s'arrête moins brusquement; elle est suivie, pendant quelques heures, d'une expectoration sanguinolente.

L'hématémèse peut donc être admise. Mais les maladies qui peuvent causer cette hématémèse sont, vous le savez bien, nombreuses. La cause, sinon la plus fréquente, au moins la plus importante et la plus grave, est le cancer. Toutefois les hématémèses cancéreuses sont d'ordinaire peu abondantes, noirâtres; l'absence de cachexie, la longue durée nous permettent d'écarter cette cause. On peut aussi assez facilement éliminer les hématémèses dues à une stase veineuse, par maladie du foie, cirrhose ou kyste multiloculaire, aux anévrysmes, à l'ictère grave, à la leucocythémie, à la malaria, au mal de Bright. L'intensité des troubles stomacaux ne nous permet guère de songer à de simples varices œsophagiennes ou à une de ces hémorragies, dues uniquement à la paralysie des vaisseaux et qu'on observe parfois chez les hystériques, les chlorotiques. Ces dernières hémorragies sont, d'ailleurs, d'ordinaire supplémentaires et surviennent à la suite de suppression des règles, parfois de suppression d'un flux hémorrhédaire.

On peut également écarter, bien que le traumatisme ait joué, comme vous le verrez plus loin, un rôle dans l'affection dont notre malade est atteinte, les hémorragies dues à un traumatisme soit externe (contusion du creux épigastrique, par exemple), soit interne par un corps étranger avalé. En réalité, l'intensité des douleurs, leur siège à la fois épigastrique et dorsal, leur apparition aussitôt après le repas, les caractères de l'hématémèse abondante, constituée par du sang rouge, l'évolution permettent ici d'affirmer à peu près sûrement la présence d'un ulcère de l'estomac.

Le diagnostic est souvent bien plus obscur et, au début, quand il n'y a encore ni cachexie, ni engorgement ganglionnaire, le cancer est souvent bien difficile à distinguer de l'ulcère simple. Ne vous fiez pas trop à l'empâtement; exceptionnellement les ulcères par formation de cicatrices, par inflammation péritonéale de voisinage peuvent s'accompagner d'un empâtement très net. Le caractère des douleurs vives, débutant aussitôt après le repas, siégeant à la région épigastrique et à la région dorsale dans l'ulcère, plus sourdes, beaucoup moins aiguës dans le cancer, constitue peut-être le signe le moins infidèle.

Chez notre malade, quelle peut être la cause de cet ulcère de

l'estomac? Cette femme n'a jamais fait d'excès, elle ne se souvient pas d'avoir jamais avalé ni corps étranger, ni liquide caustique ou toxique, ni liquide trop chaud. Elle n'a jamais eu de fièvre typhoïde et n'offre aucun signe de tuberculose. Elle ne semble pas avoir eu de chagrins prolongés. Mais il y a trois ans et demi, quelque temps avant le début des accidents stomacaux, elle a fait une chute du premier étage. Elle a perdu connaissance dans cette chute et ne peut dire si la contusion a porté sur la région épigastrique. Ce serait là une circonstance intéressante qui expliquerait bien son mal. Le traumatisme se retrouve, en effet, assez fréquemment comme cause de l'ulcère de l'estomac. J'en ai observé des exemples très nets. Je ne crois pas, d'autre part, qu'il faille faire de ces ulcères traumatiques, comme on l'a parfois proposé, une catégorie spéciale. Leurs caractères anatomiques, leur siège à la petite courbure, leur évolution sont les mêmes que dans l'ulcère simple. Parfois, au lieu d'un traumatisme unique et violent, on peut incriminer une sorte de traumatisme chronique, par exemple, par l'attitude courbée, les compressions habituelles de certaines professions.

La pathogénie de l'ulcère à la suite du traumatisme ne diffère pas de la pathogénie admise ordinairement pour l'ulcère. C'est toujours une destruction de la muqueuse qui cesse de protéger les parois stomacales contre l'action digestive du suc gastrique. La possibilité de cette destruction, à la suite de contusion sur la région épigastrique, a été, d'ailleurs, établie expérimentalement sur l'animal. Par un fait assez curieux, c'est presque toujours au niveau de la petite courbure que la rupture se produit.

Le pronostic de l'ulcère de l'estomac est grave. C'est une affection tenace, à récurrences faciles et fréquentes par les moindres écarts de régime. En dehors des accidents immédiats d'hémorragie et de perforation qu'elle peut déterminer, elle expose à des complications assez nombreuses. La tuberculose, par suite de la gêne apportée à l'alimentation, n'est pas très rare. Parfois même, j'ai vu le cancer se greffer en quelque sorte sur l'ulcère, soit que cet ulcère fût encore en période d'état ou parût à peu près guéri.

Le seul traitement de l'ulcère de l'estomac—exception faite, bien entendu, des indications accessoires et en particulier des moyens destinés à calmer la douleur, tels que la révulsion—est le régime lacté exclusif. Tous les autres régimes, tous les autres médicaments, m'ont paru bien inférieurs. Ce régime doit être intégral, la moindre addition d'autres aliments diminuant beaucoup son efficacité. Il doit être très longtemps prolongé, en raison de la facilité des rechutes. Le régime ordinaire ne sera repris qu'avec de grandes précautions—le régime végétal fera la base des premières tentatives, l'ulcère étant très rare chez les végétariens, fréquent chez les peuples à alimentation très substantielle et très animalisée. Quant à l'efficacité même du régime lacté,

elle semble due à ce que le lait est, de tous les aliments, le moins irritant, et donnant lieu à la sécrétion du suc gastrique le moins acide. Elle semble due aussi à ce que le lait peut facilement être donné par fractions, de façon à ce que l'estomac ne reste jamais vide; c'est, en effet, au moment de cette vacuité que paraît surtout s'exercer l'action nuisible du suc gastrique sur l'ulcère.—*Gazette des hôpitaux.*

La Grippe; traitement par le sulfate de quinine.—Ce que nous lisons dans la *Gazette Médicale de Paris*, et que nous avons eu l'occasion de constater à diverses reprises, c'est, ainsi que l'affirme M. le Dr GELLIE, de Bordeaux, dans divers mémoires, que le sulfate de quinine est le médicament spécifique de la grippe. Non seulement il abrège la durée de la maladie, il prévient encore la manifestation de phénomènes infectieux. Le premier mémoire de M. Gellie ne nous avait pas convaincu (*Gazette médic.*, 31 janv. 1891). Au cours de l'épidémie grippale de 1889, les cas abortifs avaient été extrêmement nombreux, et cela sans le concours d'aucune médication. Dans la localité où nous habitons, un millier de malades, le quart environ de la population, avaient payé leur tribut à la maladie régnante. Pas un décès n'était survenu et les guérisons étaient rapides. Dans les grandes villes, au contraire, la mortalité était fortement augmentée. Grâce à l'emploi du sulfate de quinine, à doses massives et répétées, M. Gellie qui pratique à Bordeaux, a guéri en peu de jours tous ses malades. Les praticiens les plus distingués de Bordeaux, médecins des hôpitaux et professeurs de la Faculté, ont obtenu des résultats aussi heureux. Devant les affirmations d'hommes aussi compétents sur l'action spécifique du sulfate de quinine dans la grippe, nous devons reconnaître que les faits que nous avons observés constituent une exception. Ailleurs, le sulfate de quinine, prescrit suivant la méthode du Dr Gellie, a rendu les plus signalés services: la maladie a été enrayée dès son début et les accidents tardifs ont été évités. Nous ne pouvons que nous incliner devant ces faits acquis, appuyés par le témoignage d'hommes de haute valeur.

L'aérophagie hystérique.—M. le docteur BOUVERET décrit, sous ce nom, un symptôme consistant dans un spasme clonique des muscles du pharynx, spasme qui produit des mouvements de déglutition et introduit dans l'estomac une certaine quantité d'air. L'hystérique qui présentait ce symptôme avait ainsi une série de déglutitions et d'éruclations gazeuses. Chaque crise spasmodique durait deux à trois minutes et il y avait de quarante à soixante mouvements par minute. Après un certain nombre de déglutitions, se produisait une éruclation de gaz entièrement inodore. L'auscultation permettait, pendant le spasme, de constater un

bruit de glouglou dans l'œsophage et des bruits amphoriques au niveau de l'estomac ; l'épigastre était distendu et la sonorité stomacale perceptible sur une large surface.

Ce spasme semblait dû à l'hyperesthésie de la muqueuse pharyngée. Cette hyperesthésie était extrême. Le moindre attouchement des piliers du voile du palais ou de la paroi postérieure du pharynx provoquant immédiatement les contractions. Une autre zone hyperesthésique existait au niveau du larynx. Les excitations un peu prolongées, en ce point, amenaient même un malaise général : nausée, oppression, tendance syncopale. La déglutition normale s'effectuait bien ; le spasme semblait disparaître dans les mouvements volontaires ; il n'y avait jamais eu ni vomissements, ni régurgitations alimentaires. L'état de la malade était néanmoins assez pénible ; elle éprouvait des douleurs d'oreilles, une sensation de corps étrangers dans la gorge, une sensation de plénitude épigastrique, jusqu'à ce que fussent survenues les éructations. Les indications thérapeutiques paraissent dans un cas de ce genre être de deux ordres : indications générales pour lutter contre l'hystérie ; indications locales pour combattre l'hyperesthésie pharyngée.—*Revue de médecine.*

Des dyspepsies ; considérations pratiques.—En dépit des recherches entreprises de tous côtés et des progrès accomplis, la question des dyspepsies reste encore assez embrouillée, et nous sommes loin d'être fixés sur tous les points qui s'y rattachent. Pourtant on doit reconnaître que depuis quelques années, l'étude de cette question, une des plus difficiles de la pathologie, est entrée dans une voie plus scientifique et on peut déjà en déduire par avance des applications pratiques assez importantes qui permettront d'améliorer dans une certaine mesure les errements traditionnels d'une thérapeutique un peu surannée. Nous devons, à ce point de vue, une mention spéciale aux travaux de M. Hayem, en raison de leur ordonnance méthodique et de leur précision vraiment rigoureuse. Nous n'insisterons pas sur le côté technique de ces travaux pour lequel nous laissons toute appréciation aux chimistes compétents. Nous signalerons seulement quelques-unes des conclusions générales que l'auteur a cru pouvoir en tirer et qui, si elles sont acceptées, doivent modifier dorénavant les idées généralement admises concernant certaines notions de pathologie. Prenant pour exemple la chlorose, M. Hayem a fait ressortir la part prépondérante qui revient à la dyspepsie dans le développement d'une maladie fort commune, et vis-à-vis de laquelle on a enseigné longtemps que les troubles digestifs, si fréquent au cours de cette maladie, doivent être considérés comme des symptômes accessoires et purement secondaires. Or, ce serait la contrepartie de cette proposition qui serait vraie, suivant M. Hayem, et l'intervention de la dyspepsie dans la chlorose serait le plus

souvent initiale, ainsi qu'il ressort d'un examen approfondi des antécédents chez les malades de cette catégorie. Si l'on accepte définitivement cette notion, il est clair que la thérapeutique traditionnelle et quelque peu routinière de la chlorose est devenue insuffisante, et qu'elle devra subir dans l'avenir un remaniement considérable. Ainsi, on devra désormais renoncer à la médication systématique et invariable qui réduisait le traitement de cette anémie à l'usage des toniques, en particulier du fer et du quinquina, traitement dont le moindre défaut était d'englober tous les cas dans une règle uniforme, sans tenir compte des faits particuliers. Or, ici les faits particuliers sont représentés par les dyspeptiques, lesquels forment réellement la majorité dans l'armée innombrable des chlorotiques. C'est à ceux-là, précisément, qu'il convient d'interdire le fer, l'arsenic et le quinquina, du moins au début, car ces divers médicaments exercent une action nuisible vis-à-vis de l'estomac et ne peuvent, dès lors, intervenir avec fruit qu'après la disparition des troubles gastriques, origine véritable de l'état chlorotique. Telle est, en substance, la conclusion générale qui se dégage de la dernière communication de M. Hayem.

On doit reconnaître qu'il y a quelque chose de très plausible et de très médical dans ces idées, et c'est à ce titre surtout qu'elles attireront l'attention des praticiens. Dans tous les cas, la théorie de l'origine dyspeptique appliquée à la chlorose paraît supérieure à celle de l'origine nerveuse, contre laquelle se dressent tant d'objections. Mieux que cette dernière aussi, elle est justifiable de la sanction thérapeutique qui s'appelle l'épreuve du traitement. En fait, dans la pratique, on constate souvent que l'amélioration générale des chlorotiques se fait sentir à partir du moment où l'on a modifié favorablement leurs troubles digestifs. Cette remarque, déjà fort ancienne, est véritablement une preuve clinique anticipée toute en faveur de l'opinion qui place les troubles gastriques en tête de la chlorose. Cependant, il ne faudrait pas généraliser systématiquement cette théorie, et il convient d'imiter ici la réserve de M. Hayem, qui a provisoirement limité ses conclusions à un groupe de faits relativement restreint. Toujours est-il que nous sommes aujourd'hui en possession d'une donnée étiologique dont il y aura lieu désormais de tenir compte dans l'appréciation du choix des moyens qu'il convient d'opposer à cette maladie grave et rebelle appelée *chlorose*. Au point de vue simplement pratique, les recherches de M. Hayem paraissent donc avoir réalisé un progrès réel et même considérable.—*Gaz. méd. de Paris.*

Un nouveau signe clinique du rétrécissement aortique.— M. LEMOINE rappelle, en deux mots, les signes classiques du rétrécissement aortique et rappelle qu'il a, dans son service de la Charité, trouvé un nouveau signe sur lequel son attention avait

été attirée, il y a quelques années, sur un autre malade de l'asile d'Armentières. Le fait, alors, n'avait pas été publié et avait été considéré comme accidentel. A l'autopsie, le malade d'Armentières avait présenté une dilatation ampullaire, anévrysmale presque, de l'infundibulum. L'aorte était rétrécie sans insuffisance. Le malade d'Armentières avait présenté, pendant la vie, outre le souffle systolique classique, un roulement présystolique.

Or, le malade que M. Lemoine observe en ce moment présente absolument les mêmes signes cliniques : le souffle systolique classique, plus un roulement présystolique qui augmente lorsque le malade passe du repos au mouvement. Peu perceptible dans le premier cas, il augmente considérablement après une marche rapide et présente un maximum d'intensité au niveau du 4^e et du 3^e espace intercostal du côté droit, un peu plus bas par conséquent que le lieu d'élection des bruits valvulaires aortiques.

M. Lemoine n'hésite pas à faire le diagnostic de rétrécissement aortique, avec dilatation ampullaire de l'infundibulum.—*Bul. méd. du Nord de la France.*

De la valeur des signes physiques fournis par le sommet des poumons, dans le diagnostic de la phthisie au début, par MM. H. HOWARD, FUSSELL et J. HAKE-ADAMS.—Aucun médecin n'ignore combien est difficile le diagnostic de la phthisie au début ; les signes qui la révèlent sont tellement délicats qu'ils passent facilement inaperçus. Une erreur inverse peut être commise ; il est possible que des différences normales entre l'un et l'autre poumon soient prises pour des modifications pathologiques, et le diagnostic de phthisie commençante est porté, quand la poitrine est parfaitement saine. Il s'agit donc de déterminer, d'une façon aussi rigoureuse que possible, quelles sont les différences stéthoscopiques qui existent normalement entre le sommet droit et le sommet gauche des poumons. C'est ce à quoi tend le travail de MM. Fussell et Adams, basé sur 100 observations. Il est de connaissance vulgaire qu'au sommet du poumon droit, la résonnance de la voix et les vibrations thoraciques sont plus marquées qu'à gauche ; on s'était moins préoccupé, jusqu'à présent, des résultats fournis par la percussion. Les observations des auteurs précités démontrent que, dans le plus grand nombre des cas, le son est d'une tonalité plus élevée à droite qu'à gauche. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés : dans 11 cas sur 100, la percussion a été identique des deux côtés ; soixante-neuf fois, la tonalité était légèrement plus élevée à droite ; dix-neuf fois, elle l'était d'une façon très évidente ; dans une seule observation, la tonalité était plus élevée à gauche qu'à droite. MM. Fussell et Adams ont remarqué que les mêmes proportions étaient à peu près conservées, quand ils ont recherché les différences qui existaient entre les côtés droit et gauche, au point de vue des vibrations thoraciques et de la résonnance de la

voix. On comprend donc, d'après ce qui précède, qu'il faudrait bien se garder de porter le diagnostic de phthisie au début, parce qu'on trouverait la tonalité plus élevée au sommet droit qu'au sommet gauche. Dans le cas de tuberculisation, on percevrait une diminution de la sonorité jointe à cette modification de la tonalité. Ce serait là, parfois, le seul signe qui permettrait d'affirmer le diagnostic et de différencier l'état pathologique de l'état de santé. A quoi attribuer cette modification de la tonalité à droite? Il semblerait, en effet, qu'elle dût plutôt se produire à gauche, où les vibrations vocales et la résonnance sont moindres. MM. Fussell et Adams pensent qu'il faut attribuer ce phénomène à la présence du foie, à la base du poumon droit, tandis que l'estomac remplit vis-à-vis du poumon gauche, le rôle d'une caisse de résonnance.—*La Clinique.*

Sur la toux et les moyens employés pour la combattre.—

Le docteur James R. Crook, dans un travail sur ce sujet, a exprimé quelques idées qui nous paraissent avoir un intérêt pratique. D'abord, lorsqu'on vient nous réclamer des conseils pour la toux, il y a plusieurs points importants à résoudre. Quelle est d'abord l'origine de la toux? En second lieu, quel est le degré de l'affection et, s'il s'agit d'une toux bronchique, quelle est la nature de la sécrétion? On doit prendre en considération la fonction de la toux; si celle-ci est inutile, il faut la combattre; on ne doit pas y toucher, au contraire, si elle est un acte naturel utile. Souvent la toux est inutile, parce qu'elle est sans effet; par exemple, au début de la bronchite, dans la bronchite chronique, dans la phthisie avec sécrétion de matières filantes, tenaces; elle est absolument inutile dans certains cas, comme dans la pleurésie non compliquée au début de la tuberculose. Les sédatifs sont alors indiqués et c'est au médecin à décider, dans un cas donné, ce qui est le plus utile, de la toux ou des sédatifs. Si l'on a recours aux moyens thérapeutiques, il ne faut pas oublier qu'un grand nombre d'entre eux sont sans effet, ont une saveur repoussante, déterminent de l'anorexie, de la dyspepsie, de la constipation, si on les emploie pendant quelque temps. Il ne faut pas oublier de prévenir les patients, le cas échéant, que la toux n'est pas une maladie, mais seulement un symptôme salutaire qui aide à leur rétablissement.

En ce qui concerne la toux nerveuse, M. Paul Raugé a récemment appelé l'attention sur les caractères de cette toux, sa coïncidence avec la chorée et la part que la volonté a dans sa production, au moins pour certaines formes de toux nerveuse. Dans ces cas le traitement moral donne des résultats merveilleux. "Menaces et intimidation chez les enfants, raisonnements, efforts de volonté chez les adultes, voilà les seuls moyens qui guérissent." Quand aux moyens de traitement si divers, et dont leurs auteurs ont dit tant de bien, ils appartiennent à la thérapeutique suggestive.—*Revue de thérapeutique.*

Valeur des pesées chez les phthisiques (Prognose bei chronischer Lungenschwindsucht vermittelt der Wage), par GABRYLOWICZ (*Wien. med. Woch.*).—C'est par l'examen comparatif de tableaux statistiques que l'auteur s'efforce de mettre en relief l'importance du poids chez les phthisiques. Les variations du poids ont plus d'importance pronostique immédiate que les constatations thermométriques; l'auteur eût mieux fait de dire qu'il y a souvent un fâcheux parallélisme entre la fièvre, d'une part, et d'autre la dénutrition et la perte de poids. De même on voit difficilement comment l'auteur est amené à se préoccuper médiocrement de la diarrhée, sous prétexte qu'elle ne permet pas toujours de conclure à l'existence d'ulcérations intestinales; on peut affirmer, au contraire, que c'est la diarrhée qui influence au maximum le poids du phthisique, qu'elle soit d'origine auto-toxique, inflammatoire simple ou ulcéreuse. En somme, la balance ne fait pas le pronostic chez le phthisique, elle le contrôle seulement.

CHIRURGIE.

Traitement des abcès urineux, par M. le docteur HORTELOUP.—Les abcès urineux sont les abcès qui se développent entre l'aponévrose moyenne et l'origine des bourses, autour du canal de l'urèthre. Ces abcès ont pour origine le passage de l'urine dans le tissu cellulaire environnant. Depuis les reins jusqu'au méat urinaire, c'est-à-dire dans toute la longueur de l'arbre urinaire, il peut s'en produire ayant pour point de départ cette même cause; mais pour les désigner on leur donne le nom de l'organe ou de la région auprès duquel ou dans laquelle ils ont pris naissance, et le nom d'abcès urineux ne s'applique dans le langage usuel qu'aux abcès développés autour du canal de l'urèthre, dans les limites que je viens de vous indiquer.

L'abcès urineux est presque toujours la conséquence d'un rétrécissement de l'urèthre, dont le siège d'élection est à la région bulbaire; quant aux abcès développés derrière un corps étranger ou auprès d'une soude à demeure, ils rentrent dans l'histoire des traumatismes de l'urèthre.

Sous l'influence de la pression de l'urine et des efforts que nécessite la miction, il se produit, derrière le rétrécissement, dans l'urèthre toujours altéré, une déchirure, à travers laquelle pénètre l'urine. Cette pénétration, comme l'a bien indiqué Voillemier, se fait lentement et d'une façon intermittente; autrement il se produirait non plus un abcès, mais une infiltration d'urine dont la marche et les accidents sont bien différents de ceux des abcès.

urineux. On sait aujourd'hui que l'urine normale n'est nullement septique, mais qu'elle devient toxique par la présence de microorganismes. Si nous nous en rapportons entièrement aux dernières recherches de Tuffier et Albarran, il faudrait rapporter la toxicité de l'urine à la présence de la bactérie pyogène de Clado.

Ces très curieuses recherches ont éclairé d'une façon toute spéciale la pathogénie de l'abcès urinaire, mais je crois qu'il faut encore faire jouer un rôle d'une réelle importance aux conditions, soit comme quantité, soit comme rapidité, avec lesquelles l'urine pénètre, pour pouvoir expliquer les différentes formes sous lesquelles peuvent se présenter ces abcès.

Voillemier, à qui l'on doit certainement la première description des abcès urinaires, en décrit deux variétés, l'abcès aigu et l'abcès chronique.

L'abcès aigu, dont l'évolution se fait en quelques jours, commence par une tumeur dure, arrondie, qui s'étend rapidement vers les bourses et l'anus: la fluctuation y est facile à percevoir et, lorsqu'on l'ouvre, on pénètre dans un vaste foyer phlegmoneux au fond duquel se trouve le canal de l'urètre souvent complètement disséqué.

L'abcès chronique marche lentement, il donne la sensation d'une masse dure, fibreuse, entourant comme un anneau l'urètre; ce véritable phlegmon chronique augmente progressivement, puis à un moment donné, sous l'influence d'une poussée inflammatoire, il se produit un point douloureux et l'ouverture se fait soit chirurgicalement, soit naturellement.

Je vous dirai de suite que, dans ces deux alternatives, le résultat est à peu près le même, c'est une fistule urinaire qui aura été créée. Le chirurgien, pour arriver au foyer purulent, aura été obligé de traverser une épaisseur souvent considérable de tissus indurés qui ne fondront pas ultérieurement; l'ouverture faite par le bistouri diminuera, mais les masses indurées persisteront, et il se formera une fistule urinaire, exactement comme si l'ouverture s'était faite naturellement.

Pour le traitement des abcès aigus, la méthode classique est de faire une large incision, de décoller avec soin les clapiers, de faire un bon drainage et de pratiquer des lavages antiseptiques.

Pour les abcès chroniques, la conduite à tenir est moins précise, on conseille bien de les inciser, mais le drainage est plus difficile à exécuter, on opère dans des tissus durs, presque fibreux, et, comme le dit Voillemier, on parvient bien rarement à obtenir la résolution.

Quant au rétrécissement, cause première de l'abcès, on est d'avis de ne pas intervenir dans la séance où l'on a incisé l'abcès et de ne s'en occuper que plus tard, lorsque la plaie est en plein bourgeonnement. Je considère ces préceptes comme excellents, car il n'y a que des dangers à courir en faisant une incision de

l'urèthre en plein foyer septique; mais il n'en est plus de même lorsqu'on suit la méthode que je vais vous exposer. Souvent, des malades atteints d'abcès urineux traités par la simple incision et dont les rétrécissements ont été guéris par la dilatation ou par l'uréthrotomie interne, viennent redemander des soins pour une récurrence de leur rétrécissement, compliquée de masses fibreuses péri-urétrales. Les lésions fibreuses ne peuvent disparaître par aucun traitement, et les malades ont une cause perpétuelle de récurrence.

Aussi je crois qu'il faut traiter les abcès urineux par une opération plus radicale: l'excision complète de la poche purulente.

Le malade était placé dans la position de la taille, le périnée rasé, savonné avec le savon au naphthol, puis lavé à l'éther; je fais la double incision que j'ai conseillée pour l'uréthrotomie externe. Après avoir fait relever les bourses par un aide qui tient un cathéter droit introduit jusqu'au rétrécissement, je fais partir de la partie supérieure du foyer deux incisions convexes extérieurement, qui se réunissent à un centimètre de l'anus. Ces deux incisions sont dirigées vers les parties profondes de la région, de dehors en dedans, elles viennent se réunir à la partie médiane presque au contact du canal de l'urèthre, et elles m'ont permis d'enlever un morceau semblable à un quartier d'orange. Introduisant l'index dans le foyer, je reconnais les points indurés que j'enlève, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux. Dans ce temps de l'opération on sépare entièrement le canal de l'urèthre de toutes les indurations périphériques et, lorsqu'on les a excisées, on aperçoit ce canal, au fond de la plaie, semblable à une grosse artère injectée.

Si l'on a affaire à un abcès aigu et phlegmoneux, la dissection est beaucoup plus simple; la poche molle et souple se laisse détacher avec le doigt, elle se déchire souvent et on ne l'enlève que par lambeaux, mais le résultat est le même.

Avant d'aller plus loin, il faut examiner le canal de l'urèthre, c'est-à-dire rechercher le siège exact et les dimensions du rétrécissement, l'état du canal au niveau de ce dernier, et décider, suivant ce que l'on aura constaté, quelle est l'opération que l'on devra opposer à la lésion. Suivant les lésions observées, on fait l'uréthrotomie interne ou externe ou la résection totale ou partielle de l'urèthre.

Quelle que soit l'intervention mise à exécution, j'introduis dans le canal, jusqu'à la vessie, une sonde en caoutchouc rouge n° 18 ou 20. Pour placer la sonde, il faut l'introduire par le méat; parvenue dans le champ opératoire, je l'attire suffisamment pour pouvoir la courber en arrière, puis j'introduis par l'œil de la sonde un gros stylet qui me sert à pousser la sonde jusqu'à la vessie. Lorsque la sonde y a pénétré, je fais une traction sur son extrémité qui se trouve au méat, et la sonde, s'appliquant au fond de la plaie, vient prendre la place du canal de l'urèthre.

Pour agir facilement, il ne faut pas craindre de faire une large incision (8 centimètres), aussi en résulte-t-il une vaste plaie dont il est nécessaire de rapprocher les deux parois. Malgré la brèche souvent considérable que l'on a faite au périnée, ce rapprochement est facile, car les tissus environnants sont très souples et se laissent facilement amener au contact. Il faut faire une suture profonde au fil de soie et une suture superficielle au crin de Florence.

Pour la suture profonde, j'emploie les aiguilles courbes de la périnéorrhaphie; j'introduis l'aiguille à un centimètre et demi du bord de la plaie et je la fais sortir au fond, de telle façon qu'en venant traverser la partie opposée, elle passe à près d'un centimètre en avant de la sonde qui représente le canal de l'urèthre. En agissant ainsi, lorsque l'aiguille sera ressortie sur la lèvre opposée à la même distance que le point d'entrée et que l'on fera le point de suture, la sonde ne sera nullement comprimée, mais simplement recouverte.

Suivant la longueur de la plaie, je place, à un demi-centimètre les uns des autres, un nombre suffisant de points de suture pour en réunir les quatre cinquièmes supérieurs et laisse ainsi, à la partie inférieure, un canal qui permet l'écoulement de l'urine.

Après avoir rapproché les parois par les sutures profondes, je fais, avec des crins de Florence, l'affrontement des lèvres de la plaie.

J'introduis, par l'ouverture laissée à la partie inférieure, de la gaze iodoformée, et j'applique un pansement ouaté compressif de la façon suivante: après avoir placé sur la plaie une bonne épaisseur d'ouate, je recouvre avec des morceaux d'ouate rectangulaires ayant une ouverture pour laisser passer la verge, et une dimension suffisante pour recouvrir les bourses et le périnée jusqu'à l'anus exclusivement. La compression est faite avec des bandes de tarlatane mouillée avec lesquelles on fait un spica appuyant solidement sur le périnée. Cette compression a pour but de faciliter le rapprochement en même temps que le dégorge-ment des tissus. Le malade est placé dans son lit avec un coussin sous les jambes maintenues rapprochées par une serviette.

Toutes les deux heures on vide la vessie dans laquelle on fait un lavage à l'eau boriquée. Au bout de quarante-huit heures, je change le pansement. J'enlève la gaze introduite dans la plaie ainsi que les pinces à forci-pression qu'on est souvent obligé de placer pendant le cours de l'opération; je fais alors un pansement superficiel compressif.

Le surlendemain, c'est-à-dire le quatrième jour au plus tard après l'opération, j'enlève la sonde à demeure et je fais un grand lavage à l'eau boriquée dans le canal de l'urèthre et dans la plaie, par le méat. Je ne saurais trop vous recommander ces lavages par le bout supérieur de l'urèthre, qui nettoient complètement

toute la plaie. Ces lavages seront faits régulièrement deux fois par jour jusqu'à guérison complète.

Après avoir retiré la sonde, le malade n'urine plus que par l'extrémité inférieure de la plaie, par un trajet que l'on peut comparer au canal de l'urèthre chez la femme. Le pansement consiste simplement alors en des carrés d'ouate maintenus par un bandage en T que l'on renouvelle dès qu'il est humide.

Le cinquième ou le sixième jour, je coupe les fils profonds et, dès le lendemain, je commence l'introduction des bougies Béniqué; je renouvelle cette introduction tous les jours. Le passage des bougies Béniqué est assez délicat, surtout lorsqu'on pratique la résection complète de l'urèthre; mais avec un peu de soin, on y arrive facilement. Je commence par le 32 ou 34, et je monte graduellement pour arriver jusqu'au 46 ou 50. Quant aux crins de Florence, on les coupe au dixième jour.—*Union médicale.*

Cure radicale de la grenouillette.—On sait combien la récurrence de la grenouillette opérée est chose fréquente.

L'extirpation radicale peut mettre à l'abri. M. FÉLIZET rapporte deux succès ainsi obtenus; après avoir fait sous la muqueuse une injection d'une solution de cocaïne, il fait pénétrer dans le tissu cellulaire 8 à 10 centim. d'eau boriquée, de telle sorte que la tumeur kystique, située au milieu de cette atmosphère hydrotomisée, devient nettement visible.

Une incision superficielle met à nu cette tumeur que l'on dégage peu à peu de ses adhérences périphériques, jusqu'à ce qu'on arrive au pédicule profondément situé sous la langue.

De l'ongle incarné; causes, symptômes et traitement.—L'ongle incarné est une affection banale qui relève de la petite chirurgie; bien des traitements ont été mis en œuvre pour y porter remède. Nous les passerons en revue en insistant plus spécialement sur une méthode simple, mise en honneur en ces derniers temps, et basée sur des recherches histologiques récentes touchant la production de l'ongle. Avant cette exposition nous examinerons l'étiologie et la pathogénie de cette affection et déterminerons les cas que l'on peut traiter par des procédés non sanglants.

Étiologie et pathogénie.—L'onxyxis a pour siège ordinaire le gros orteil; presque toujours (94 0/10 des cas), il se développe à la partie antérieure du bord externe de cet orteil. Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il a été considéré comme une maladie de l'adolescence, et cette fréquence plus grande chez l'adolescent a fait attribuer à la croissance un certain rôle dans sa production. Il y aurait disproportion temporaire entre la largeur de l'ongle et celle des parties molles péri-unguéales. Notons, en passant, que nous avons vu un ongle incarné chez un homme de

quarante cinq ans et que, dans ce cas, la façon défectueuse de se couper les ongles semblait avoir déterminé l'affection. C'est là l'une des principales causes de l'ongle incarné. Si, en effet, on coupe l'ongle en l'arrondissant, la pression que la pulpe de l'orteil éprouve dans la station debout et surtout dans la marche fait remonter la peau en manière de bourrelet au-dessus de la ligne courbe que présente le bord de l'ongle, et dans sa croissance il irrite la peau et l'ulcère; coupant l'ongle au fur et à mesure, il présente un angle qui pénètre dans les parties molles, d'où le développement de fongosités. Ce processus évoluera d'autant mieux que l'ongle sera plus dur et les parties molles moins résistantes.

Une autre cause provient de la mauvaise conformation de la chaussure; les chaussures étroites et trop courtes ont été incriminées par tous les auteurs; mais si l'étroitesse de la chaussure a une certaine importance, il faut encore faire jouer le rôle plus actif à la pression de haut en bas que subit l'ongle. Si le cuir avec lequel est fait le soulier est dur, si la hauteur de l'extrémité antérieure de la chaussure est insuffisante, l'ongle sera repoussé continuellement vers la plante et tendra peu à peu, par suite de sa forme convexe, à s'enfoncer dans les parties molles. Cette action se fera d'autant plus énergiquement que la chaussure se termine en pointe.

Telles sont les causes mécaniques de l'onxyxis; il va sans dire que certaines causes accidentelles, telles que un érythème, une tourniole, un herpès mal soignés peuvent engendrer l'ongle incarné; il en est de même des diathèses scrofuleuse et syphilitique avec accidents locaux.

Symptômes et marche.—Au début, le gros orteil est douloureux, cette douleur s'accompagne de gonflement et de rougeur; c'est surtout après la marche qu'elle se révèle ou après un exercice violent, tel que la danse. Ces phénomènes douloureux s'amendent par le repos, pendant la nuit; si le sujet doit fournir chaque jour une marche assez longue, ces symptômes se renouvellent et, d'intermittents, deviennent continus. La rougeur persiste, la peau est tendue et le siège de battements; on ne tarde pas à voir surgir entre les parties molles et l'ongle une gouttelette de pus. La petite écorchure de la rainure unguéale fait place à une ulcération qui se développe d'avant en arrière et envahit peu à peu toute la longueur de la rainure; l'ongle incarné est créé.

C'est alors que, chez les gens soigneux, on peut intervenir sans opération sanglante avant qu'il ne s'établisse une suppuration fétide et assez abondante.

Si, au contraire, le malade n'est point traité, les tissus voisins se tuméfient, le bourrelet épidermique s'épaissit et recouvre l'ongle; des fongosités saignantes se développent de plus en plus, la phalange prend une couleur violacée; quelquefois ces fongo-

sités peuvent s'étendre au périoste et déterminer la nécrose et la chute de la phalange unguéale, mais l'ongle ne se détruit jamais de lui-même pour permettre d'espérer une guérison spontanée.

Ces modifications locales sont accompagnées de douleurs vives qui reviennent avec une intensité plus grande à chaque poussée. L'ulcération donne lieu à diverses complications, telles que lymphangites réticulaires et adénites du pli de l'aine. A la longue, la phalange s'étale et s'aplatit de façon à prendre la forme d'une spatule.

Le diagnostic est facile et s'impose dans presque tous les cas; toutefois, on devra penser à la syphilis unguéale et péri-unguéale; cette dernière, dans sa forme ulcéreuse, peut donner lieu à tous les symptômes de l'ongle incarné simple; elle s'en distinguera cependant par une suppuration plus séreuse, par une couleur plus blafarde du bourrelet, en un mot par une ulcération, offrant un plus mauvais aspect; de plus, dans ce cas, il est bilatéral. Les commémoratifs, d'une part, d'autres manifestations syphilitiques, d'autre part, pourront mettre sur la voie du diagnostic; le traitement local du reste, dans ce cas, sera le même que celui de l'ongle incarné simple; il suffira de modifier le pansement avec des préparations mercurielles, telles que l'emplâtre de Vigo par exemple, et de donner un traitement spécifique approprié.

Le pronostic de l'onxyxis n'est point grave au point de vue de la santé générale; mais la symptomatologie fait suffisamment ressortir qu'il peut apporter un trouble réel dans les fonctions du membre. On a signalé à la suite d'ongles incarnés des contractures musculaires plus ou moins rebelles, et on a même cité un cas d'atrophie de tout le membre avec claudication et troubles prononcés de la marche. On voit donc que cette affection mérite tous les soins du praticien.

Traitement.—Lorsqu'on est consulté par un individu dont la conformation du gros orteil est susceptible de donner naissance à un ongle incarné, et si le sujet a déjà eu, à l'occasion d'une marche forcée, du port d'une chaussure mal ajustée, une légère atteinte, il faut recommander avant tout l'hygiène du pied, faire couper les ongles en carré, assurer une propreté minutieuse, ne laisser porter que des chaussures aisées. Le repos seul avec ces précautions peut empêcher le retour de ces phénomènes et constituer le seul traitement.

La conduite du médecin sera différente s'il y a déjà cette sécrétion louche qui précède de si près l'ulcération. C'est alors qu'il conviendra d'essayer les traitements non chirurgicaux dont le but sera l'isolement de l'ongle des parties molles. Bien des procédés ont été proposés: nous ne les énumérerons pas et, sans rappeler la description des appareils anciens de Vesigne, de Labarraque, des lames métalliques de Desault, de Boyer, nous ne parlerons que des procédés actuellement mis en usage.

La rainure unguéale est-elle baignée par une sécrétion louche, on la sèche en saupoudrant la partie avec de la poudre d'alun qu'on laisse pendant vingt-quatre heures, le malade restant au repos. Dans les cas légers, la simple interposition d'ouate antiseptique, matin et soir, après avoir bien détergé la rainure unguéale, peut suffire, ce traitement étant fait pendant une dizaine de jours régulièrement.

Si, en l'absence de fongosités, l'ongle a déjà de la tendance à pénétrer dans le bourrelet exubérant, et que l'interposition d'ouate antiseptique soit jugée insuffisante, on remplit, comme précédemment, la rainure de poudre d'alun, puis on fixe une petite bandelette de diachylon sur le bourrelet en le déprimant et on fait faire à celle-ci le tour de la phalange.

Il est préférable parfois d'interposer entre l'ongle et les parties molles du collodion, auquel on donne une consistance demi-solide en le mélangeant avec de l'ouate très divisée; on obtient ainsi une substance qu'il est facile, avec le bord d'une spatule, de faire pénétrer dans toutes les anfractuosités.

C'est un procédé analogue qui nous a réussi récemment chez une jeune femme. Nous avons fait mettre trois fois par jour, le premier jour, dans la rainure unguéale, de la traumaticine avec un pinceau; la traumaticine que nous avons employée était composée d'une partie de gutta-percha dissoute dans neuf parties de chloroforme; nous l'avons fait appliquer deux fois le lendemain et les deux jours qui ont suivi, laissant toujours les premières quantités enfoncées dans la rainure. Au bout de huit jours, la malade était guérie et trois mois après la guérison était maintenue. Cette préparation ainsi employée se moule exactement sur toutes les parties avec lesquelles elle se trouve en contact, durcit vite et fait supporter à la partie de la lame cornée et des parties molles entre lesquelles elle se trouve placée des pressions parfaitement égales en tous points.

Certains chirurgiens détruisent le bourrelet par des caustiques. La seule matière dont nous nous sommes servis, suivant les conseils de M. Ch. Monod, est le nitrate d'argent, et cette méthode nous a donné des succès; le crayon est passé énergiquement deux ou trois fois en cinq ou six jours; l'eschare tombée, on laisse un pansement au diachylon tant que l'ongle n'est pas assez long pour être coupé carrément. C'est d'une façon analogue que certains médecins se servent du perchlorure de fer.

Telles sont les méthodes que l'on peut suivre, dans les formes de début, chez les personnes soigneuses, qui veulent s'astreindre à un repos fonctionnel de quelques jours et qui peuvent user de chaussures toujours bien ajustées. Mais dans les formes invétérées, chez les malades qui ne peuvent s'assujettir aux méthodes de douceur, chez ceux où ces dernières ont échoué, il faut pratiquer une opération.

Toutefois, s'il y a trace d'inflammation péri-unguéale, on aura soin d'attendre qu'elle soit éteinte et, dans ce but, on appliquera pendant le temps nécessaire des pansements antiseptiques humides.

Quel que soit le genre d'opération auquel on a recours, on fera de l'anesthésie locale. C'est certainement dans les opérations de ce genre que l'anesthésie locale trouve sa vraie indication. Jamais nous n'avons donné ou vu donner le chloroforme à l'hôpital ou même en ville, et, quelle que soit la susceptibilité nerveuse du sujet, on ne l'exposera pas aux inconvénients ou aux dangers du chloroforme pour une telle intervention. Avant l'apparition de la cocaïne comme anesthésique local, on insensibilisait de deux façons : avec des pulvérisations d'éther, ou avec un mélange réfrigérant composé de moitié glace et moitié sel marin. On emploiera l'un ou l'autre de ces anesthésiques suivant les facilités du moment et du lieu. Nous préférons l'éther pulvérisé avec l'appareil de Richardson jusqu'à ce que la peau blanchisse. Et quand cet état de la peau, témoin de l'insensibilité, ne se maintient pas, un aide pulvérise pour que l'opérateur continue. Le mélange réfrigérant n'est pas aussi maniable et peut donner lieu à des gelures et à des ulcérations longues à guérir. Quant à la cocaïne, nous la repoussons absolument en raison de la douleur que causent les cinq ou six piqûres qu'il est nécessaire de faire ; de plus, la cocaïne est un agent infidèle d'insensibilisation ; enfin, son emploi n'est pas exempt de dangers. On peut encore se servir pour anesthésie locale du stypage suivant la méthode si heureuse vulgarisée par notre excellent confrère le Dr Bailly, de Chambly (Oise). On pulvérise sur des tampons préparés à cet effet du chlorure de méthyle et on applique ces tampons imbibés, par pressions répétées, sur la partie à insensibiliser. On peut ainsi mesurer comme il convient l'anesthésie.

On pratique l'hémostase en plaçant à la base de l'orteil une ligature faite avec un fil de caoutchouc ou drain maintenu fermé avec une pince hémostatique.

Telles sont les dispositions pour les opérations toujours sanglantes que l'on doit pratiquer, étant admis que l'ablation pure et simple de l'ongle est toujours insuffisante et expose aux récidives.

Les instruments étuvés ou passés à l'eau bouillante, sauf le bistouri préalablement nettoyé au chloroforme, baignent dans une cuvette contenant de l'eau phéniquée forte, ou dans une solution au deux centième d'oxycyanure de mercure. Ces instruments seront : un bistouri, une paire de ciseaux, une pince à griffes, une cuvette de Volkman de grandeur moyenne, une aiguille à sutures.

On prépare dans un flacon des crins de Florence. Le champ opératoire, très soigneusement lavé au savon, passé à l'éther et au sublimé, est entouré de compresses bouillies.

Le minimum d'intervention opératoire a été réalisé par Guyon.

Fixant solidement l'orteil de la main gauche, il plonge le bistouri perpendiculairement immédiatement en dehors du bourrelet fongueux, à un millimètre en arrière du niveau de la matrice, puis, tournant la lame en avant, il taille un lambeau externe formé par toute la partie latérale saine de la pulpe. Il fait tenir ce lambeau écarté, porte son bistouri de nouveau au fond de l'incision et, d'un seul coup, enlève la partie charnue, le bord unguéal incarné et la partie de la matrice correspondante. Appliquant le lambeau externe contre la surface saignante, il suffit de le maintenir au contact au moyen d'une petite bandelette. La cicatrisation se fait par réunion immédiate en huit ou dix jours.

On obtient ainsi l'écartement de l'ongle et des parties molles. Ce procédé a donné des succès, mais parfois on observe des récidives applicables dans certains cas où les fongosités sont peu abondantes, où le lambeau externe peut s'appliquer exactement sur la surface cruentée; il doit être rejeté souvent pour une opération plus considérable, il est vrai, mais plus sûre, celle que l'on décrit sous le nom d'opération de Th. Anger.

Là, une portion d'ongle avec le derme sous-unguéal correspondant sera enlevée.

On taille par transfixion un petit lambeau en introduisant le bistouri en dehors du bourrelet fongueux au niveau de sa base. Ce lambeau, taillé aux dépens des parties saines, sur une étendue en largeur de 8 à 10 millimètres, doit se prolonger en avant un peu au delà du bord antérieur du bourrelet cutané latéral. Une fois ce lambeau taillé, Th. Anger détache comme un copeau avec un bistouri le bourrelet fongueux, la portion d'ongle correspondante et le derme sous-jacent, puis il applique le lambeau sous la partie dénudée et le fixe en place au moyen d'une bandelette pour obtenir la réunion.

Cette façon de faire est le procédé de choix. Opération limitée, tout en étant complète, récidive évitée par l'ablation de derme sous-unguéal, peu ou pas d'hémorrhagie, réunion rapide, doit nous rallier à cette méthode dans le cas d'onyxis unilatérale.

Il n'en va point de même dans l'onyxis bilatéral; là l'ongle doit être sacrifié. On pourra, comme Gosselin, agir de la façon suivante. On enlève l'ongle. Les auteurs qui ont traité de la question donnent leur manière de faire pour cette avulsion; peu importe, nous la faisons ordinairement en glissant sous l'ongle l'un des mors d'une bonne pince à forcipressure, puis, serrant l'autre mors sur la partie supérieure, une forte traction combinée avec un mouvement de torsion permet de retirer l'ongle. Ensuite, on enlève une petite languette de peau tout autour, comprenant la matrice unguéale et en avant les fongosités. La phalange est coiffée de gaze iodoformée ou salolée fortement appliquée avec une sorte de pansement en cuirasse de diachylon. Dans ces cas,

souvent nous avons vu une hémorrhagie assez abondante survenir dans le cours de la première journée; aussi le malade devra-t-il garder pendant les trois premiers jours le repos absolu, la jambe étendue et soulevée sur un coussin. Le pansement est enlevé; au bout de cinq ou six jours, la surface cruentée commence à bourgeonner. Au bout de douze à quinze jours, la guérison est complète. Toutefois il sera bon, pendant un certain temps, de maintenir à la place de l'ongle soit un peu d'ouate, soit une couche de lint, car l'ongle à l'état normal joue un rôle de protection nécessaire et la surface sous-unguéale, mise à nu, a besoin de s'épidermiser pour ainsi dire avant d'être livré aux pressions et aux frottements de la chaussure.

Du reste, pour éviter cet inconvénient, une méthode relativement récente a été mise en honneur ces derniers temps par M. le Dr Quénu.

Elle repose sur ce fait que M. Quénu a démontré expérimentalement qu'il n'est pas utile, pour éviter toute récurrence, d'enlever le lit de l'ongle. Pour lui, les parties rétro-lunulaires et lunulaires constituent seules la matrice de l'ongle, les cellules du derme sous-unguéal situées en avant du bord antérieur de la lunule ne concourant pas à la formation du limbe corné.

Voici en quoi consiste son procédé :

Après avulsion de l'ongle, il fait une incision transversale tangente à la lunule et située à sa partie antérieure. Cette première incision dépasse de chaque côté légèrement les bourrelets fongueux. Des extrémités de cette incision il fait partir deux autres incisions antéro-postérieures longitudinales, d'une longueur de deux centimètres environ, prolongeant pour ainsi dire sur la face dorsale de l'orteil les bords latéraux de l'ongle. Il pratique alors, au fond de la gouttière unguéale, dont il soulève la lèvre superficielle avec une pince, une nouvelle incision transversale qui avec la première et les extrémités des deux longitudinales forme un rectangle circonscrivant toute la matrice de l'ongle qu'il résèque.

Cette méthode pourra rendre service dans d'autres circonstances. Parfois viennent demander conseil au médecin des gens porteurs d'ongles épaissis, lamelleux, irréguliers, et qui en raison de ces caractères physiques, provoquent une gêne plus ou moins grande. Dans ces cas l'avulsion s'impose; on peut se contenter à la rigueur de cette simple opération; mais pour éviter l'inconvénient que nous avons signalé à propos du procédé de Gosselin, on rendra service au malade en appliquant là encore l'opération de Quénu.

Il en sera de même lorsqu'on aura à faire aux tumeurs sous-unguéales que l'on rencontre surtout au niveau du gros orteil chez les jeunes sujets, et qui ont pour cause, comme l'ongle incarné, la pression exercée par des chaussures trop étroites sur la face dorsale de l'ongle. L'ablation de la tumeur suivra celle de l'avulsion

de l'ongle et on pourra compléter avantageusement par l'opération de Quénu.

On voit donc que cette intervention pourra servir pour ainsi dire de méthode générale toutes les fois que l'on sera obligé d'enlever l'ongle, son but étant de remplacer l'ongle absent par un lambeau rectangulaire rétro-unguéale.

Beaucoup d'autres méthodes ont été proposées, puisque Gossolin en 1874 disait : " Il est peu de maladies chirurgicales pour lesquelles autant de traitements locaux aient été proposés. J'en ai compté, dit-il, soixante-quinze qui ont été inspirés par le désir de préserver les sujets de la récidive." Nous les avons réduites au minimum, ayant essayé celles que nous croyons les plus simples en même temps que les plus pratiques.

Gonorrhée dans la bouche des nouveau-nés.—On croyait jusqu'ici que la contagion gonorrhéique ne pouvait pas avoir lieu dans la bouche grâce à la qualité de l'épithélium de la muqueuse buccale. Or, Rosinski a communiqué à la Société de médecine de Königsberg l'observation de deux nouveau-nés, dont les mères étaient atteintes de gonorrhée urétrale, et qui présentaient sur la muqueuse buccale un enduit particulier. L'examen microscopique de cet enduit démontra la présence de gonocoques. L'affection a guéri dans l'espace de 11 jours sans laisser de cicatrices.—*Bulletin médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Contribution à l'étude du traitement de l'avortement, par J. CHAZAN.—La question du traitement rationnel de l'avortement reste encore aujourd'hui très indécise.

Les partisans de la méthode expectative et ceux de l'intervention luttent de leur mieux et citent en leur faveur les statistiques les plus encourageantes. On pourrait croire, dès lors, que le sujet est oiseux et qu'il est absolument indifférent pour la femme d'être opérée ou soignée de telle façon. En réalité, il n'en est pas ainsi, et si, dans la majorité des cas, il est de peu d'importance, quelle que soit la méthode employée, certaines modalités de l'avortement réclament des soins particuliers.

L'auteur est enclin à croire que les échecs sont dus à l'exclusivisme des accoucheurs traitants. Cette opinion est d'autant plus intéressante à constater que le docteur Chazan, frappé par les merveilleux résultats de la clinique de Dresde, se prononça pour l'intervention. Il ne fut ébranlé dans sa façon de voir que le jour où il se trouva face à face avec les exigences de la pratique journalière.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une menace d'avortement, tous les auteurs donnent le conseil que la logique la plus simple impose. Il faut combattre les contractions utérines par tous les moyens qui sont en notre pouvoir: repos, préparations opiacées, etc., etc.

Les avis sont déjà bien plus partagés lorsqu'il s'agit de mesures prophylactiques à prendre dans les cas d'avortements répétés. Les uns gardent leurs malades des semaines et des mois au lit; d'autres, ne tenant compte que fort peu de l'élément traumatique, et ne considérant que les seuls effets du séjour prolongé au lit, sont bien moins rigoureux. La divergence est bien plus sensible encore lorsqu'il s'agit de traiter les cas où il y a des douleurs et des hémorragies, la mort du fœtus étant confirmée. Quelques-uns conseillent d'intervenir, de précipiter la délivrance; d'autres considèrent la présence dans l'utérus fermé, d'un fœtus mort comme absolument inoffensive, et font de l'expectation tant qu'il n'y a pas d'indication stricte pour porter la main dans l'utérus.

Aussi différentes sont les opinions quant à la conduite à suivre dans les cas où l'avortement est en train de se faire. Quelques accoucheurs envisagent le traitement suivant que l'avortement est complet ou incomplet; mais le docteur Chazan fait observer avec beaucoup de justesse qu'il est souvent très difficile d'établir si la délivrance a été complète ou non. Aussi juge-t-il à propos de distinguer les formes récentes des anciennes.

Il range dans la première catégorie les femmes qui ont encore des douleurs. Dans tous ces cas, il conseille de s'abstenir, car il est bien difficile, dit-il, de décoller l'œuf aussi bien que le ferait la nature.

Mais, s'il y a hémorrhagie, quelle marche à suivre? Les observations de Dührssen, Fehling et autres montrent qu'on peut hardiment procéder à l'évacuation de la cavité utérine, qui permet de mettre fin à toute hémorrhagie. Un médecin de campagne, appelé à une grande distance pour donner des soins à une femme atteinte d'avortement, pourra tirer le plus grand profit de ce mode de traitement; mais on peut se demander si l'intervention active est absolument indispensable, et si l'on ne peut arriver aux mêmes résultats par d'autres moyens? Ici l'auteur fait remarquer que, dès les premières tentatives d'appliquer la méthode d'intervention active, il s'est heurté à de très grandes difficultés; tantôt c'étaient les instruments, tantôt les aides qui lui faisaient défaut; bon gré, mal gré, il fut forcé d'avoir recours au tamponnement. Le tampon remplissait toutes les indications; non seulement il arrêtait l'hémorrhagie; mais le plus souvent, en enlevant le tampon, on trouvait toutes les membranes dans le canal cervical élargi. Contrairement à ce que prétend Dührssen, l'expulsion de la caduque, dans sa totalité, constitue non pas l'exception, mais bien la règle.

Mais, pour que le tampon remplisse le but que l'on se propose, il faut qu'il réponde aux conditions suivantes : son asepsie doit être parfaite; il doit arrêter l'hémorrhagie et renforcer les douleurs. La première est facile à réaliser; on n'a qu'à laver les organes génitaux et le vagin avec une solution antiseptique, et se servir comme tampon de gaze iodoformée ou de ouate trempée dans une solution d'acide phénique à 3 0/0; la gaze iodoformée est ce qu'il y a de mieux.

Il est bien plus difficile de répondre à l'indication venant de l'hémorrhagie. C'est surtout chez les multipares que le tampon peut ne plus suffire, et alors force est d'avoir recours au tamponnement intracervical. D'une façon générale, on peut dire que le tampon fait avec de la gaze iodoformée ou de la ouate agit bien plus sûrement que le colpeurynter. Le tamponnement a le grand avantage de pouvoir être pratiqué sans aides ni instruments. On remplit le cul-de-sac postérieur d'abord, puis on recouvre le col. La pression sur les ganglions qui avoisinent le col de l'utérus et sur le plexus nerveux des parois vaginales contribue en même temps à exciter les contractions utérines.

L'auteur recommande de ne laisser en place les tampons faits avec de la ouate que cinq ou six heures au plus.

Il termine sa communication en parlant de ces cas où les femmes continuent à perdre après l'avortement, et dit qu'il est de toute évidence que la méthode expectative ne peut ici donner aucun résultat. Quant à savoir quand et comment il faut intervenir, cela dépend de l'état général de la malade et des propriétés du contenu de l'utérus.—*Gazette de gynécologie.*

Trop de mutilations inutiles et pas assez de gynécologie conservatrice.—Il serait curieux de savoir exactement combien de femmes sont châtrées annuellement dans nos hôpitaux et en dehors d'eux. Celui qui se livrerait à cette statistique ne ferait pas œuvre inutile, surtout s'il pouvait établir la nature des lésions pour lesquelles on a opéré. Les laboratoires auxquels on envoie les pièces anatomiques, pour l'examen, pourraient aussi nous révéler de singulières choses, et que de documents non soumis à l'examen!

Il ne serait pas moins curieux de savoir combien d'hommes subissent l'opération analogue. On verrait assurément, par le contraste éclatant des chiffres, que les chirurgiens modernes sont aussi prodigues de mutilations à l'endroit du sexe faible, qu'ils en sont ménagers à l'égard du sexe fort... qui peut être ne se laisserait pas faire aussi facilement.

Je suis convaincu que les huit dixièmes des femmes opérées pouvaient éviter l'opération radicale.

Quand on voit le nombre d'opérations entreprises pour des folliculites ovariennes, pour des salpingites catarrhales, pour des

névralgies pelviennes, pour l'hystérie vraie ou la pseudo-hystérie, il est de toute nécessité d'examiner les choses de près.

Je ne saurais être très long; seulement la castration comme traitement de l'hystérie, me paraît être un thème intéressant entre tous.

Il faut d'abord se prémunir contre une source d'erreurs qui entachent certaines statistiques à cet égard. Il en est qui datent seulement de deux ans, et contiennent, par conséquent, uniquement des faits récents, trop récents surtout pour juger l'action spéciale de la castration dans les névroses. Cette sélection adoptée par quelques statisticiens est au moins étrange; il m'eût semblé que les séries d'opérations plus anciennes étaient bien mieux de nature à trancher la question des *résultats éloignés* de l'ablation des annexes.

Une autre surprise, c'est que la mortalité opératoire paraît être devenue une quantité négligeable; certains ne regardent plus même la mortalité comme possible.

On voit le danger de cette tendance. Ce n'est rien moins que la justification absolue de toute intervention abdominale, pour quelque raison que ce soit, si futile qu'on la puisse supposer.

Je ne pense pas cependant que le dogme de l'immortalité opératoire ait été proclamé.

Cela posé, je suis en droit, je suppose, d'émettre cet avis, que, pour juger sainement de la valeur d'une intervention contre des affections *qui ne sont point mortelles*, comme les névralgies, les névroses et les pseudo-névroses, qui, de leur essence même, sont souvent passagères, il faudrait :

1o Le contrôle prolongé du temps et l'expérience de plusieurs années;

2o La démonstration absolue que l'opération n'est jamais mortelle, même dans ces cas.

Or, ces deux éléments, le contrôle du temps et l'innocuité de l'opération, font défaut.

J'aurai tout dit, en ajoutant qu'en elle-même l'intervention est illogique et parfaitement déraisonnable.

Si je le prouve, que restera-t-il de ces laparotomies faites à la diable? Quelle utilité, quel enseignement? Rien, sinon la preuve d'une grande légèreté et d'un manque absolu de clairvoyance scientifique.

Je vois, à la lecture des mémoires, que certains opérateurs cherchent à atténuer la portée de leurs interventions en faisant des réserves.

L'un d'eux affecte surtout de mettre en contradiction le raisonnement et les faits. " Il s'agit d'une hystérique; pas la moindre douleur pelvienne. Il opère, elle guérit, ou du moins paraît guérie..." L'affaire ne date que de quelques mois.

N'est-il jamais venu à l'idée de ce chirurgien d'enlever les testi-

cules ou la verge à un homme qui présenterait des accidents convulsifs ou une hémiplégié hystérique? Cela ne serait ni plus ni moins logique, puisque dans son cas, il n'y avait même pas de localisations douloureuses dans les organes qu'il enlevait. Mais admettons qu'il y ait une localisation douloureuse dans l'ovaire, comme cela est indiqué dans d'autres cas nombreux des statistiques; pourquoi en faire l'ablation alors que, si la même névralgie hystérique occupe le sein, l'occiput, l'épaule (des exemples en sont fréquents), il ne vient jamais à l'idée d'amputer le sein, l'épaule, ou de trépaner.

Cette discussion ne vaut pas la peine d'être prolongée.

La morale de tout ceci est quelque peu affligeante.

L'antisepsie a mis aux mains des chirurgiens une action puissante de sauvegarde et de sécurité dans l'exécution des opérations. Mais les conséquences sont devenues telles, qu'on en est à se demander, si le danger, disparu d'un côté, ne va pas reparaitre d'un autre, tant est singulier l'abus engendré par cette précieuse découverte.

Pour rester sur le terrain de la gynécologie, il n'est pas niable que le grand objectif de tout débutant dans la chirurgie est de multiplier le nombre de ses laparotomies, et d'arriver de suite à de grosses statistiques.

De jeunes praticiens frais débarqués de Paris, où ils ont tenu certes avec assiduité le rôle d'assistants près de maîtres plus habiles peut-être que judicieux, semblent ne viser à autre chose que de triompher des difficultés du début, par des opérations à sensation. La laparotomie paraît être devenue le véritable *tremplin de succès*. Je lis les statistiques; c'est toujours des salpingites, d'ovarites folliculaires, d'hématosalpinx qu'il s'agit.

Je ne sais si on trouverait quelque chose de bien solide sous ces étiquettes. Mais les kystes vrais de l'ovaire, les myomes utérins, il en est rarement question. C'est que les cas sont drainés depuis longtemps. ou bien c'est qu'on y regarde à deux fois quand il s'agit de myomotomie.

Mais une bonne petite douzaine de castrations pour commencer; et puis, on verra. Dès lors, tout est prétexte à castration. Je me trompe, tout est prétexte à laparotomie, car voici qu'on entame un nouvel hymne en faveur de la laparotomie exploratrice.

Donc, la douleur, une tuméfaction vague, des métrorrhagies inexplicables, sont le mobile invoqué... et on laparotomise.

Or, une fois le ventre ouvert, il est bien rare qu'on le referme sans en retirer quelque chose. Certes, ceux qui agissent de la sorte ne pensent pas être plus coupables que leurs anciens chefs de file, qu'ils imitent à leur tour. Le succès excuse d'ailleurs puissamment leur conduite.

Eh bien, il faut dire que tout cela cache l'ignorance grossière de la profession.

Cette manière de faire n'est plus qu'un déchaînement de licence chirurgicale.

De gynécologie, il n'y en a pas un soupçon dans tout ceci.

Les moyens conservateurs, non seulement ils ne les appliquent pas, mais je gagerais qu'ils en ignorent la pratique correcte.

Or, un enseignement officiel de la gynécologie est tout à créer. Ni chaire, ni clinique! Pas même, à leur défaut, des services hospitaliers, organisés pour la pratique...

C'est un dur et périlleux rôle que celui de critique. Le métier de redresseur de torts ne fait d'ordinaire que créer à celui qui l'adopte, embarras et rancunes. Mais j'estime qu'il ne faut redouter ni les uns ni les autres, car le péril vaut d'être signalé.

Pour moi, je le repète, il ne me plaît pas d'être complice par mon silence, dans une question où quelques gens croient à ma compétence. Ce serait une lâcheté que de me taire.—Dr. DOLÉRIS, in *Pratique médicale*.

La folie menstruelle.—L'influence des fonctions génitales sur les fonctions intellectuelles est considérable, et il n'est pas étonnant que leur établissement, surtout chez la femme, joue un rôle de première importance dans leur fonctionnement. Les accidents cérébraux qui sont sous la dépendance de la menstruation peuvent être étudiés séparément suivant qu'ils se produisent avant, pendant ou après la période d'activité utérine. Ces troubles sont très fréquents pendant la période qui précède la puberté; ils s'observent aussi au moment de la ménopause; mais il ne sera question ici que de ceux qui surviennent en pleine vie génitale.

Les travaux sur ce sujet abondent; il n'est pas moins intéressant de rappeler qu'un des premiers faits relatifs à cette question est le cas suivant observé en 1823. Une femme fut jetée en prison à cette époque pour avoir tué son enfant et condamnée à mort, sans qu'elle eût pu d'ailleurs expliquer en aucune façon son crime. Cependant on remarqua, pendant son séjour en prison, qu'elle était prise de troubles cérébraux à chaque période menstruelle; elle fut dès lors examinée plus complètement et bientôt internée dans un asile. Depuis ce moment, nombre de faits semblables ont été observés.

Les phénomènes qui se produisent au moment de la menstruation sont très nombreux et sont pour la plupart d'ordre congestif, portant sur des organes très divers; souvent ils intéressent le système nerveux tout entier. Ainsi s'expliquent les troubles périodiques et passagers qu'on peut voir survenir à ce moment. Une jeune fille de dix-neuf ans, née de parents nerveux, bien portante habituellement, entrée dans des services pour des troubles de ce genre, était réglée régulièrement, mais était sujette à ce moment à des accès d'asthme et souffrait en même temps de coliques utérines très vives. Il y six mois, après une violente

émotion, les règles s'arrêtèrent et il survint un accès de manie avec hallucination qui dura une dizaine de jours. Elle se remit complètement, mais à la menstruation suivante, les troubles cérébraux se reproduisirent et, depuis ce moment, ils se renouvellent à chaque époque menstruelle. Cet accès de manie est caractérisé surtout par une loquacité excessive, fait très habituel chez la femme, de l'agitation, des visions partielles, etc. . . Il y a des phénomènes agressifs; l'accès dure toujours huit à dix jours, puis tout rentre dans l'ordre; mais, fait bien particulier, la malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Or, c'est là un point important, car un aliéné qui ne se souvient en rien de ses accidents cérébraux est beaucoup plus éloigné de la guérison que celui qui se rappelle ces accidents, en parle et surtout ne rougit pas d'en parler.

Chez cette malade, il y a coïncidence absolue entre les accès de manie et l'époque des menstrues; de plus, les douleurs d'autrefois ont complètement disparu, comme s'il y avait une sorte de balancement entre ces douleurs et l'état cérébral. Quant à la raison de ces accidents, on la trouve surtout dans la prédisposition: son père est sujet à des accès hypémaniques, sa mère est névropathe; elle a une sœur hystéro-épileptique; quant à elle, elle a été surmenée par un travail intellectuel excessif au moment de passer ses examens.

Il est notable, d'ailleurs, qu'au moment de la menstruation, la plupart des femmes éprouvent quelque phénomène insolite, intéressant, la plupart du temps, le système nerveux. Le fait le plus commun est la migraine qu'on peut regarder comme le début d'une légère excitation cérébrale. Mais à côté de ce phénomène si habituel, on voit des bizarreries de caractère atteignant quelquefois un degré excessif; chez les hystériques et surtout chez les épileptiques, il y a très souvent provocation de l'accès. Mais parmi les troubles intellectuels, ce que l'on observe le plus souvent est une modification de l'humeur ordinaire, qui devient essentiellement querelleuse, contradictoire, au point de rendre la vie commune à ce moment très pénible; souvent, aussi, le sentiment de la jalousie prend alors une exaltation tout à fait malade.

Dans les cas de ce genre, il ne s'agit que de troubles intellectuels ou moraux qui ne sont que l'ébauche d'accidents plus graves. Mais les observations abondent dans lesquelles on voit survenir de la dipsomanie, de la kleptomanie, etc. On a signalé aussi fréquemment l'érotomanie et on connaît l'observation de cette malade qui, dans un état d'excitation génitale extraordinaire, demandait à ce moment à être conduite dans une maison de prostitution.

Le plus grave de tous ces troubles vésaniques est la folie homicide et il en existe un certain nombre de cas bien connus; toutefois, on observe beaucoup plus souvent un délire généralisé et non spécialisé; c'est la manie proprement dite et elle éclate

presque toujours pendant le flux du sang. Tous ces accidents cessent avec les règles ou peu de temps après. Cependant, on voit des malades tomber dans la manie chronique; on peut encore observer la forme mélancolique, et c'est ce que l'on voit en particulier chez les jeunes filles au moment de l'apparition des premières règles, ces troubles morbides pouvant disparaître ensuite.

Le pronostic de la folie menstruelle est en effet relativement favorable; elle guérit assez souvent, mais il faut ici tenir grand compte de la prédisposition. Avec cette réserve, la thérapeutique a ici plus d'action que dans les autres formes. Les émissions sanguines au moyen de sangsues, l'emploi des vésicatoires peuvent avoir quelque utilité, mais le médicament principal à employer est le bromure de potassium, médicament essentiellement génital. C'est lui qui peut être utilisé dans toutes ces formes atténuées, qui sont presque physiologiques et qui pourtant ne sont pas sans importance. Enfin, quand il s'agit de manie véritable, il ne faut pas oublier qu'à côté de l'opium, de la morphine, de l'atropine, le tartre stibié à faible dose constitue un hyposthénisant très efficace et qu'on emploie beaucoup en Angleterre, surtout pour calmer les excitations de ce genre.—*Journal de méd. et de chir. prat.*

Traitement antiseptique de la métrite.—La métrite étant habituellement d'origine infectieuse,—puerpérale ou blennorrhagique—doit, d'après M. le docteur Labadie-Lagrave, médecin de la Maternité, à Paris, être traitée d'après les mêmes principes qu'on applique en général au traitement des inflammations lymphangitiques.

Comme dans un cas de piqûre au doigt, compliquée de lymphangite et d'adénite axillaire, on ouvre, on agrandit au besoin la plaie et on fait prendre des bains antiseptiques, de même une métrite doit être combattue par la dilatation de l'utérus et la désinfection de sa cavité.

Voici comment ce traitement est pratiqué par M. Labadie-Lagrave et M. Souligoux, son interne.

On commence par aseptiser le vagin au moyen d'injections de sublimé à 0,5 0/00, qu'on continue pendant deux ou trois jours. Puis, on dilate l'utérus avec des tiges de laminaire soigneusement aseptisées. L'introduction de chaque tige doit être suivie d'un lavage du vagin et d'un pansement de la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée ou du coton hydrophile imbibé d'une solution de sublimé.

Une fois la cavité de l'utérus suffisamment dilatée, on procède au tamponnement antiseptique intra-utérin. On fait d'abord un lavage de la cavité utérine, puis on y introduit la quantité nécessaire de bandelettes de gaze iodoformée (de 40 centimètres de long sur 2 de large) trempées dans une solution de glycérine crésotée au tiers. Il faut éviter, autant que possible, en prati-

quant le tamponnement, d'abaisser le col, car cette traction peut provoquer parfois de nouvelles poussées inflammatoires.

On renouvelle le pansement intra-utérin d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, et on continue ainsi pendant deux ou trois semaines, pendant lesquelles la malade garde le lit.

Au moyen de ce traitement, on guérit très bien tous les cas de métrite dans lesquels les végétations et les anfractuosités de la muqueuse utérine ne sont pas trop prononcées. Mais comme dans les métrites chroniques avec villosités, le liquide antiseptique dont est imbibé le tampon intra-utérin ne peut pénétrer dans toutes les anfractuosités, on n'obtiendra, dans ces cas, qu'une amélioration ou une guérison temporaire. Pour guérir définitivement les métrites de ce genre, on sera obligé de recourir au curettage de l'utérus.—*Courrier médical.*

De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne en obstétrique et en gynécologie.—Pour combattre la douleur de l'enfantement, Franke utilise depuis longtemps avec succès la cocaïne de la manière suivante. Lorsque la dilatation du col ne fait que débiter, on commence par promener sur le col, le segment inférieur et les culs-de-sac vaginaux un tampon de ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 5 0/0 ; ces badigeonnages doivent être répétés toutes les demi-heures ou toutes les heures. La dilatation complète, on continue les badigeonnages sur la paroi du canal vaginal, et, lorsque la tête arrive sur le périnée, on peut se servir d'une solution à 10 ou 20 0/0. Si une intervention opératoire est nécessaire, il faut ajouter l'anesthésie par le chloroforme.—*Revue des sciences médicales.*

Hémorrhoides pendant la grossesse.—(BUDIN)—Il faut lutter contre la constipation. Ne pas craindre les purgatifs quand ils sont nécessaires : 10 à 20 grammes de sulfate de soude. Contre les douleurs, repos dans la position horizontale. Lotions avec l'eau chaude à 50°.

Pendant le travail, il faut s'efforcer d'empêcher la production d'une déchirure du périnée. Dans certaines circonstances, il est nécessaire de rappeler le flux hémorrhoidaire.

Dujardin-Beaumez préconise la formule suivante :

Bouire de cacao	1 gramme.
Tartre stibié	0 gr. 15 à 0 gr. 30c.
Pour un suppositoire.	

—Actuellement, on doit considérer le chloral comme le véritable médicament spécifique de l'éclampsie préopératoire.—PINARD.

PÆDIATRIE.

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.—Clinique de M. JULES SIMON à l'Hôpital de Enfants Malades.—Le hasard des entrées ayant amené en même temps dans nos salles quatre enfants atteints de fièvre typhoïde, je profiterai de ces exemples pour étudier avec vous le traitement de cette maladie chez les enfants.

Nos quatre malades présentant des types différents, je pourrai vous montrer que le traitement varie un peu suivant les formes de la maladie, que certains typhiques fournissent des indications particulières. Cependant, et ce sera là la conclusion de cette leçon, le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants est, d'après moi, soumis à certaines règles générales que je résumerai sous une forme synthétique.

Voyons d'abord ce qui s'est produit chez nos malades et quelle ligne de traitement nous avons suivie chez chacun d'eux.

Le premier est un jeune garçon de 13 ans, entré dans le service au quinzième jour de sa maladie. Jusqu'à son entrée, la fièvre typhoïde avait suivi une marche régulière, et il nous montrait une belle éruption de taches rosées. Remarquez à ce propos que, quoiqu'en aient dit certains auteurs, les taches rosées se montrent chez l'enfant avec la même régularité et la même confluence que chez l'adulte. Jusqu'au vingtième jour, tout se passa régulièrement chez notre malade ; à ce moment, il eut une détente subite, la température baissa beaucoup, il y eut une véritable crise urinaire (1,500 gr. en 24 heures), en un mot, le sujet semblait commencer sa convalescence. Le lendemain, vingt-et-unième jour, apparut une hémorrhagie intestinale abondante que rien ne pouvait faire prévoir.

L'hémorrhagie intestinale au cours de la fièvre typhoïde est rare chez l'enfant ; cela tient, je crois, à ce que chez lui les plaques de Peyer ne sont pas dures, infiltrées d'éléments lymphatiques serrés, et que, dès lors, il ne se produit pas d'escharres qui, en se détachant, amènent l'hémorrhagie. Chez l'enfant, les plaques de Peyer sont seulement exulcérées.

Quoique rare, ainsi que nous venons de le dire, l'hémorrhagie intestinale peut se présenter dans deux conditions distinctes et avoir un pronostic bien différent.

Dans certains cas, et c'est ce qui a eu lieu chez notre malade, l'hémorrhagie ne s'accompagne d'aucun phénomène grave ; l'état général reste bon, la fréquence du pouls est peu marquée, la tem-

pérature ne s'élève pas ; l'hémorrhagie constitue alors une sorte de crise. J'ai observé plusieurs exemples de ces hémorrhagies critiques, et je puis vous affirmer qu'elles ne présentent pas de gravité. Toute autre est l'hémorrhagie qui survient quand l'état général reste menaçant ; c'est alors chez un sujet dont la température reste élevée et le pouls fréquent, dont l'état général est adynamique, que l'écoulement de sang a lieu ; alors l'hémorrhagie est d'une gravité extrême et la mort survient bientôt ; dans ce dernier cas, l'hémorrhagie est liée à une altération profonde du sang, c'est un phénomène terminal.

Chez notre malade, l'hémorrhagie se présentant dans des conditions favorables, j'ai appliqué le traitement suivant : glace sur le ventre, deux lavements laudanisés, contenant quatre à cinq gouttes de laudanum, dans les vingt-quatre heures ; limonado sulfurique comme boisson ; potion contenant 1 gramme de perchlorure de fer. J'ai, de plus, prescrit l'immobilité aussi complète que possible, et, comme alimentation, uniquement du bouillon glacé.

Comme je pouvais l'espérer, les résultats de ce traitement ont été excellents, la convalescence de notre jeune garçon n'a pas été entravée, et aujourd'hui, au vingt-huitième jour, il est dans un état aussi satisfaisant que possible. L'écoulement de sang a cessé depuis trois jours, et on peut commencer à l'alimenter. Il faudra continuer l'usage du perchlorure de fer pendant la convalescence.

Le point sur lequel je tenais surtout à insister à propos de ce malade, c'est qu'en présence d'une hémorrhagie il ne faut pas se désespérer, si les symptômes généraux sont favorables, vous n'avez pas trop de crainte à avoir, et en formulant le traitement que je viens de résumer, vous pouvez espérer, à bon droit, une issue favorable.

Le second malade dont je veux vous entretenir nous a présenté un type de fièvre typhoïde abortive, dans laquelle les symptômes cessent vers le quinzième jour, bien que la maladie reste en puissance, prête à reparaître et même à produire des accidents graves. C'est un enfant de neuf ans, entré dans le service au huitième jour de la maladie, avec tous les phénomènes classiques d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Pour lui, comme pour la plupart des enfants, nous ne savons rien des prodromes, et cependant la période prodromique ne manque jamais chez l'enfant.

Cette période prodromique de la dothiéntérie, que nous n'observons jamais à l'hôpital, sera un des ennuis les plus fréquents de votre pratique privée. Chez l'enfant, en effet, la période prodromique de la fièvre typhoïde se caractérise par des troubles variés, en général de peu d'intensité ; les enfants sont grognois, ils accusent un peu de céphalée, revenant d'une manière irrégulière, à une ou deux reprises dans la journée ; ils ont un léger mouvement fébrile qui ne dure que quelques heures ; enfin, leur appétit est capricieux, leur caractère est modifié. Il est aisé de com-

prendre combien ces signes, si multiples et si variables, peuvent induire en erreur ; vous penserez assurément au début d'une fièvre typhoïde et vous devrez en avertir les parents, mais aussi vous pourrez vous trouver en présence d'une simple affection catarrhale et tous vos doutes ne disparaîtront que quand se montreront les symptômes plus spéciaux de la dothiéntérie. Alors encore il vous faudra songer à la fièvre typhoïde abortive, surtout si l'aspect général du malade n'est pas en rapport avec les autres symptômes, avec l'élévation de la température en particulier ; si l'état général est bon, la température fût-elle élevée, la forme abortive est probable.

A ce propos, je rappellerai que chez l'enfant la température monte facilement ; quel- uefois, vous pouvez constater 40 ° à propos d'une simple émotion ; il ne faut donc pas conclure, au cours d'une fièvre typhoïde chez l'enfant, uniquement d'après le symptôme température. Vous avez vu, en effet, chez notre malade la température rester à 40° le soir pendant plusieurs jours et cependant la convalescence s'établit très normalement ; mais, en même temps, le pouls, dont il faut tenir grand compte, restait à 90 et les autres symptômes avaient disparu.

Notre troisième malade a présenté un autre type de fièvre typhoïde ; non seulement chez lui la maladie se montrait avec tous les caractères classiques, mais, de plus, il avait des symptômes ataxo-adyamiques très accusés. En présence de ces symptômes nerveux, j'ai cru devoir le traiter par la balnéation. Les résultats de cette thérapeutique ont été très favorables. Je ne veux pas insister en ce moment sur l'emploi des bains ; j'aurai tout à l'heure à y revenir en formulant le traitement en général. L'enfant est aujourd'hui en très bon état et la convalescence s'établit.

Enfin, notre quatrième malade a eu une fièvre typhoïde des plus régulières, sans complications, sans anomalie. Il pourra vous servir de type et vous vous rappellerez que le traitement que j'ai employé chez lui est celui que je vais vous résumer et que je prescris invariablement dans la dothiéntérie régulière des enfants.

En première ligne se place l'hygiène du typhique ; dès que le diagnostic est fait, il faut, autant que la chose sera possible, faire changer le malade de chambre et de lit matin et soir. En même temps, je prescris des lotions faites, matin et soir, sur tout le corps, avec de l'eau à 30° aromatisée (thymol, eau de Cologne). Mais, pour peu que la température s'élève et atteigne 40°, je fais répéter les lotions plus fréquemment, aussi souvent qu'on constate une élévation thermique. Il faut que ces lotions soient faites rapidement, à l'aide d'une éponge, d'abord sur la partie antérieure du corps, puis sur la partie postérieure ; aussitôt après la lotion, on enveloppe rapidement l'enfant dans une couverture afin d'obtenir une réaction légère.

Les lotions, je vous le répète, je les emploie dans tous les cas; je les proscriis plus fréquentes quand la température s'élève, mais cela seulement quand l'hyperthermie existe seule, quand elle ne s'accompagne d'aucun phénomène d'intoxication profonde, quand le système nerveux n'est pas gravement atteint; dans le cas contraire, quand les phénomènes d'ataxo-adynergie accompagnent l'élévation de la température, j'ai recours aux bains généraux, froids, ou mieux tempérés.

Je ne veux pas aujourd'hui étudier à un point de vue général la question de l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde et surtout je ne veux pas discuter ce qui se passe chez l'adulte; je me bornerai à vous exposer ma manière de faire chez l'enfant et les résultats qu'elle me donne. Si donc, chez un enfant, on observe, en même temps qu'une température élevée, les phénomènes ataxo-adynergiques, il faut prescrire des bains, d'abord à 35° et d'une durée d'un quart d'heure, puis progressivement abaisser la température des bains jusqu'à 25°. Les bains sont renouvelés en principe toutes les trois heures, mais cette règle n'a rien d'absolu et, d'une manière générale, on se laisse guider par la marche de la température, et on renouvelle plus ou moins souvent le bain, suivant que l'hyperthermie se reproduit plus ou moins vite.

Cette pratique, qui, vous le voyez, n'a rien de dogmatique, m'a donné, en général, de bons résultats et vous en avez observé vous-même un exemple chez le troisième des petits malades dont je vous parlais tout à l'heure. Donc, pour conclure, chez l'enfant, vous prescrirez les bains froids toutes les fois que vous constaterez des phénomènes ataxo-adynergiques, mais vous pourrez vous en abstenir quand l'hyperthermie restera à l'état isolé; rappelez-vous encore une fois que l'élévation de la température, quand elle existe seule, a peu d'importance chez l'enfant.

A cette thérapeutique—ceci encore chez tous les malades—vous ajouterez l'usage d'un lavement matin et soir; si les selles sont fétides, vous prescrirez un lavement avec l'eau boriquée ou légèrement aromatisée.

Comme boisson, de la limonade ou de l'orangeade; comme alimentation, pendant toute la période fébrile, exclusivement du bouillon. Vous êtes étonnés de ne pas m'entendre parler du lait, —c'est le résultat de mon expérience—il ne doit pas être employé à tout propos dans la fièvre typhoïde de l'enfant; excepté dans quelques cas, il est mal digéré, son administration s'accompagne d'une légère exacerbation de la fièvre; aussi, je préfère le réserver pour la convalescence. A une période avancée de la maladie, je prescriis l'eau rougie et une potion avec le rhum, l'eau-de-vie ou du malaga.

Telle est l'hygiène que j'applique à l'enfant typhique; mais le traitement médicamenteux a également une importance réelle. Si le petit malade est agité, je prescriis la potion suivante à prendre par cuillerées à dessert régulièrement espacées dans les 24 heures :

Hydrate de chloral.....	0 gr. 50 c.
Teinture de musc.....	XX gouttes.
Eau de tilleul.....	80 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 gr.

Je préfère le chloral au bromure, parce que ce dernier sel trouble plus les fonctions digestives.

Si l'enfant se plaint de céphalée, je lui fais prendre une petite dose de sirop de codéine ; mais, sachez-le bien, c'est là la seule préparation que vous devez employer dans la fièvre typhoïde de l'enfant.

L'extrait de quinquina, qu'on prescrit si souvent dans la fièvre typhoïde de l'adulte, ne doit pas être administré chez l'enfant. J'ai remarqué souvent, en effet, que l'extrait de quinquina trouble chez lui les fonctions digestives et provoque une diminution de l'appétit pour les aliments que nous pouvons prescrire.

À partir du quinzième jour de la maladie, je prescrivis la perchlorure de fer de la manière suivante : d'abord une goutte toutes les deux heures, puis deux gouttes au bout de deux ou trois jours. Ces gouttes doivent être administrées dans un peu d'eau, sucrée ou non, après les premières gorgées de bouillon ; puis, quand elles ont été prises, le malade achève la tasse de bouillon. Le perchlorure de fer est un médicament d'une grande valeur dans la fièvre typhoïde de l'enfant ; il m'a rendu les plus grands services dans un grand nombre de cas. Non seulement il agit comme tonique, mais encore il semble faciliter la digestion des aliments et, à ce titre, il doit être continué pendant la convalescence. J'insiste sur l'usage du perchlorure de fer ; prescrivez-le, vous vous en trouverez bien.

Je ne vous ai rien dit jusqu'ici du sulfate de quinine ; j'ai voulu garder ce médicament pour la fin. Dans tous les cas de fièvre typhoïde de l'enfant, vous devez, dès le début, prescrire la sulfate de quinine ; vous en continuerez l'usage pendant tout le cours de la maladie et vous ne le supprimerez qu'après la défervescence définitive. Les doses varieront avec l'âge des malades, et les phénomènes physiologiques provoqués par le médicament.—*Bulletin médical.*

Traitement de la chorée.—Il est assez généralement admis qu'un grand nombre de cas de chorée peuvent guérir sans traitement, cependant comme la chorée est particulièrement fréquente chez les enfants chétifs et mal nourris, W. DALE pense que cela n'est vrai qu'à la faveur d'un changement de régime. Il considère donc qu'une bonne alimentation est une partie très essentielle du traitement. En même temps, il conseille le fer et l'arsenic. Les douches froides lui ont donné de très bons résultats et les enfants les supportent généralement très bien, à la condition que l'on commence par des douches tièdes. Enfin, il insiste sur ce qu'on

pourrait appeler le traitement moral de la chorée. Il est mauvais que l'entourage des choréiques fasse trop attention à leurs mouvements; à l'hôpital, le médecin ne doit jamais parler de la chorée devant ceux qui en sont atteints; les moqueries, les imitations auxquelles les choréiques sont quelquefois exposés de la part des autres enfants sont choses très fâcheuses, qui ne font qu'aggraver la maladie. Dans les cas graves, où les aliments et les médicaments sont également rejetés, W. Dale a essayé sans succès les injections sous-cutanées de morphine et n'a obtenu un peu de sédation que par les inhalations de chloroforme.—*Lancet*.

Du traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants dans les hôpitaux de Paris.—D'un article publié dans la *Semaine médicale* par le docteur Marcel BEAUDOIN sur le traitement de cette maladie dans les hôpitaux de Paris, nous détachons la partie concernant le traitement de la pneumonie franche chez les enfants, tel qu'il est institué par MM. Hutinel, Cadet de Gassicourt, Legroux, Deeroizilles.

En ce qui concerne plus spécialement les enfants, voici l'opinion de M. Hutinel: A l'*Hospice des Enfants-Assistés*, la pneumonie franche aiguë est commune et son traitement est des plus simples. Quoi qu'on fasse, elle guérit toujours ou peu s'en faut (il n'y a pas eu un seul décès depuis un an), malgré les symptômes menaçants dont elle s'accompagne fréquemment. On se borne à donner aux enfants de la quinine, parfois de l'acétate d'ammoniaque, de l'alcool à doses modérées et surtout des boissons abondantes. Pas de vésicatoires: ils sont inutiles ou nuisibles dans cette forme de la pneumonie. Dans les cas exceptionnellement graves ou compliqués, M. Hutinel a recours aux *bains froids* répétés toutes les trois heures si l'hyperthermie est excessive; à la caféine et à la digitaline si le cœur faiblit; aux ventouses et même à la saignée s'il y a menace d'asphyxie; aux injections d'éther, etc., s'il survient du collapsus; mais neuf fois sur dix il n'est pas nécessaire d'intervenir activement.

M. Cadet de Gassicourt, de l'*Hôpital Trousseau*, est convaincu que, dans la pneumonie franche aiguë de l'enfance, la guérison est presque toujours assurée, à condition de n'employer aucun médicament perturbateur. Il donne le sulfate de quinine à dose faible (0,15 à 0,20 centigrammes) selon l'âge de l'enfant, la potion de Todd, des lavements au musc (teinture de musc, 2 à 4 gr.) s'il y a du délire. Pour lui les vésicatoires sont inutiles; la teinture de digitale ou la digitale n'ont jamais donné ni de bons, ni de mauvais résultats. Les bains tièdes pourraient être employés sans inconvénient en cas d'agitation très vive. Il les a prescrits quelquefois, mais rien ne dit que les enfants n'auraient pas guéri sans eux. Les bains froids ne semblent pas indiqués; toutefois, il paraît qu'on pourrait y avoir recours sans de trop grands incon-

vénients. Pas de vomitifs qui dépriment inutilement; pas de tartre stibié qui amène du collapsus; pas de saignées qui tuent. Aucune médication jusqu'ici n'a pu modifier la marche ou abrégier la durée de cette maladie. L'antipyrine abat la fièvre, mais sans grands avantages.

Dans la médication de M. Legroux, nous relevons les points suivants: Contre la fièvre, l'alcool et le *chlorhydrate de quinine* (1 gr. pendant un, deux, trois jours) seul ou associé à l'antipyrine (à la dose de 1 gr.) Si la phlegmasie lui semble fort étendue et envahissante, il n'hésite pas à recourir encore aux larges *vésicatoires*, sauf chez les diabétiques, les albuminuriques, les cachectiques; mais il a soin d'antiseptiser la peau auparavant, alors même qu'il utilise le vésicatoire liquide (liquide de Bidet). Pour ce faire, on savonne la peau et on la frictionne avec la liqueur de Van Swieten; puis on la lave avec de l'alcool camphré qu'on laisse sécher de lui-même. Le pansement est fait à la vaseline boriquée. La digitale (0,05, 0,10, 0,15, etc.), la caféine en injections sous-cutanées (0,40, 0,60, 0,80, etc., par jour) sont de bons moyens dans les cas d'adynamie. M. Legroux laisse les malades boire à leur soif; il se garde d'abuser de l'alcool. Quand la résolution tarde à se faire, il a recours aux injections sous-cutanées d'*ergot de seigle* matin et soir, une injection de 1 gr. Il est très important d'assurer l'antisepsie buccale avec une solution boriquée, par exemple. Comme vomitif, l'ipéca; jamais de tartre stibié. L'antisepsie intestinale (naphtol et salicylate de bismuth ou de magnésie) est un adjuvant capable d'atténuer les chances d'auto-intoxication. Dans la pneumonie massive, la spléno-pneumonie (enfants de 3 à 10 ans surtout), M. Legroux donne volontiers à la résolution, dans ces cas, l'*iodure de sodium* (0,50 à 1 gr. dans une potion, avec du sirop ou de la teinture d'eucalyptus; ce traitement est continué pendant quatre à six jours.

M. le docteur Descroizilles, des *Enfants-Malades*, considère la médication antiphlogistique comme pouvant rendre des services très sérieux dans le traitement de cette maladie; toutefois elle n'est vraiment utile qu'au début. D'ailleurs, la phlébotomie est très rarement nécessaire et il n'a jamais eu occasion d'y recourir. Il se borne à faire appliquer aussi promptement que possible des ventouses scarifiées sur la région malade. Il fait tirer de 40 à 100 gr. de sang suivant l'âge du jeune sujet. Il faut presque toujours s'en tenir à une seule application. A une période plus éloignée du point de départ, il prescrit souvent un vésicatoire ou plusieurs vésicatoires successifs et recommande à cet égard les préparations vésicantes liquides qui donnent de fort bons résultats et agissent avec plus de rapidité que les emplâtres.

Dans la majorité des cas il s'abstient des préparations controstimulantes ou des vomitifs, parce qu'il les croit inutiles ou même nuisibles. Cependant il a plus d'une fois fait prendre l'ipéca-

cuanha et même l'ipéca stibié, quand il s'agissait d'enfants âgés d'au moins cinq ans, pléthoriques, bien portants avant la phase initiale de leur pneumonie, et présentant un état saburral plus ou moins prononcé. En pareille circonstance, les évacuations qui surviennent sous l'influence de l'agent contro-stimulant sont ordinairement suivies de soulagement et d'une détente sur l'état fébrile.

On peut obtenir une amélioration à l'approche de la période de résolution ou du déclin de la maladie, soit avec du kermès ou de l'oxyde blanc d'antimoine, soit avec de la poudre de Dover, de l'extrait de jusquiame ou de belladone. Dans certains cas, c'est le sulfate de quinine ou la digitale qu'il conviendra d'administrer. La médication alcoolique est souvent utile, même dès le commencement de l'état morbide; mais c'est surtout pendant la convalescence que l'alcool, les stimulants, les toniques donneront d'heureux résultats.

FORMULAIRE

Coqueluche.—*Graham.*

P.—Bromure de potassium	5 grains.
Chloral hydraté	1½ grain.
Sirop d'orange.....	1 drachme.
M.—A prendre le soir.— <i>College and Clinical Record.</i>	

Epilepsie.—*Poulet.*

P.—Bromure de potassium.....	2 onces.
Teinture de fève de Calabar.....	½ once.
Eau, q.s.	pour faire 8 onces.
M.— <i>Dose</i> : Une cuillerée à soupe par jour, augmentant graduellement à deux cuillerées, ou encore: de trois à huit cuillerées à thé par jour.	

Dyspepsie flatulente.—*Huchard.*

P.—Poudre de charbon de peuplier.....	120 grains.
Bicarbonate de soude.....	90 “
Magnésie calcinée.....	60 “
Poudre de colombo.....	30 “
M.—Pour 40 cachets. <i>Dose</i> : Un cachet, au moins ½ h. ou 1 h. avant le repas.	

Vomissements de la grossesse.—*Goodell.*

P.—Oxalate de cerium.....	1 grain.
Poudre d'ipéca.....	1 “
Créosote	2 gouttes,
M.—A prendre toutes les heures, jusqu'à soulagement.	

Bronchite chronique.

P.—Extrait d'eucalyptus.....	1 once.
Muriate d'ammoniaque.....	2 drachmes.
Extrait fluide de réglisse.....	2 onces.
Sirop de tolu.....	3 “

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe quatre à six fois par jour.—*Weekly Medical Review.*

Potion expectorante.—Rossbach.

P.—Muriate de morphine.....	$\frac{1}{2}$ grain.
Muriate d'apomorphine.....	$\frac{1}{2}$ à 1 “
Acide muriatique dilué.....	10 gouttes.
Eau distillée.....	5 onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les deux, trois ou quatre heures.—*Cincinnati Lancet-Clinic.*

Collapse.—Rhode.

P.—Acide benzoïque.....	32 grains.
Camphre.....	15 “
Alcool rectifié.....	3 drachmes.

M.—Une pleine seringue de Pravaz, en injection hypodermique.—*Cincinnati Lancet-Clinic.*

Gonorrhée.—McIntosh.

P.—Hydrastine.....	$\frac{1}{2}$ à 1 grain.
Acétate de zinc.....	“
Acétate de plomb.....	1 $\frac{3}{4}$ drachme.
Eau distillée.....	3 $\frac{1}{2}$ onces.

M.—En injections.

Néphrite parenchymateuse aiguë.—DaCosta.

P.—Teinture de belladone.....	3 gouttes.
Teinture de digitale.....	10 “
Citrate de potasse liquide.....	2 drachmes.

M.—A prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Hystérie.—DaCosta.

P.—Valérianate de zinc.....	2 grains.
Valérianate de fer.....	1 $\frac{1}{2}$ grain.
Extrait de belladone.....	$\frac{1}{16}$ “

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Neurasthémie.

P.—Strychnine.....	$\frac{1}{4}$ grain.
Acide arsénieux.....	$\frac{1}{4}$ “
Acide phosphorique dilué.....	$\frac{1}{2}$ once.
Sirop de phosphate de fer, q.s.....pour	6 onces.

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

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, JANVIER 1892.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2010, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2010, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enrogiétrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & C^{ie}, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

BULLETIN.

Le traitement de la grippe.

Depuis quelques semaines nous assistons à l'évolution d'une nouvelle épidémie de grippe qui, pour n'être pas aussi grave que celle de 1890, n'en laissera pas moins au sein de notre population un ineffaçable et lugubre souvenir. Ce n'est pas que le chiffre de la mortalité ait été particulièrement élevé, au contraire, car il nous a semblé être de beaucoup inférieur à celui de l'épidémie de

1889-90, mais les manifestations de la maladie ont été si variables, les muqueuses et surtout le système nerveux ont été affectés si étrangement et si opiniâtrement, enfin la convalescence s'est si bien caractérisée en un grand nombre de cas—légers d'apparence—par un véritable délabrement de tout le système, qu'il peut devenir intéressant de consigner ces faits pour mémoire et pour information ultérieure.

Ce n'est pourtant pas à des considérations d'étiologie, de symptomatologie ou de pronostic que nous voulons nous arrêter aujourd'hui, mais à la question beaucoup plus pratique du traitement de la maladie.

Le repos au lit, repos absolu, cela s'entend, est toujours de la plus grande importance dès le début de la grippe. A l'intérieur, s'il y a fièvre : quinine, à dose de 2 grains qu'on répète toutes les trois, quatre ou six heures, suivant les indications. Quand les douleurs qui accompagnent ordinairement la fièvre sont assez intenses pour exiger une médication spéciale, remplacer la quinine par la phénacétine, à dose de 5 grains toutes les quatre heures, comme le fait Tyson, ou l'antipyrine à celle de 8 à 10 grains toutes les trois heures, ou encore l'antifébrine. Dans ces cas, DaCosta donne concurremment la phénacétine ou l'antipyrine (3 grains) et la quinine (1 grain) en poudre ou sous forme de capsules, toutes les deux ou trois heures, jusqu'à soulagement marqué. Si la céphalalgie est intense, ainsi que la courbature, le même auteur substitue à la quinine les sels de cinchonidine, notamment le salicylate, à dose quotidienne de 12 à 18 grains. L'exalgine, recommandée par Dujardin-Beaumetz, nous a, plus d'une fois, rendu les plus grands services quand la douleur avait résisté à la médication ordinaire.

Contre la dyspnée : ventouses sèches, sinapismes, applications locales de chloroforme, et, à l'intérieur, l'antipyrine. Comme la dyspnée s'accompagne assez souvent de catarrhe laryngo-trachéobronchique, la médication dirigée contre ces accidents muqueux est également efficace contre la gêne respiratoire, de là les bons effets obtenus en particulier par l'emploi des ammoniacaux, surtout l'acétate et le benzoate.

La toux prend très souvent le caractère spasmodique et ne s'accompagne pas tout d'abord d'expectoration. Au bout de quelques jours l'expectoration se fait, peu abondante, puis cesse, et la toux semble vouloir faire de même, mais ce n'est que pour revenir plus intense que jamais et sèche, voir absolument nerveuse. Dans ces cas, qui nous ont semblé des plus rebelles, ce sont les sédatifs et en particulier les bromures alcalins qui ont paru agir le plus efficacement (20 grains toutes les deux ou trois heures,

Le coryza, parfois des plus persistants, cède un peu à la médication, beaucoup au temps : vaporisation et insufflation de cocaïne (à 1 ou 2 p. 100) au début; faire priser une poudre composée de 1 partie de camphre pour 7 parties de bismuth.

La convalescence, souvent assez longue, mérite une attention particulière. Les toniques généraux et notamment les excitants du système nerveux sont indiqués. La strychnine est peut-être la substance qui rend les meilleurs services par son action tonique sur la fibre musculaire du cœur. Ainsi l'ont jugé, du reste, Du Costa, Tyson, Aulde, etc. Comme toniques cardiaques, Dujardin-Beaumetz a conseillé aussi la caféine, la digitale et le strophanthus, mais l'action de ces trois substances, pour efficace qu'elle soit immédiatement, n'est pas aussi permanente que celle de la strychnine. La dose de celle-ci est de 1/120 à 1/60 gr. à répéter trois ou quatre fois par jour. Aulde prescrit de préférence l'arséniate de strychnine, à dose de 1/100 gr. toutes les deux heures.

En résumé, comme il est facile de le voir, le traitement de la grippe est à peu près exclusivement symptomatique. La quinine seule aurait chance de passer pour agir spécifiquement en s'attaquant au microbe, si microbe il y a. Pratiquement, on devra se souvenir que toute médication débilitante est absolument contre-indiquée et que le repos physique est de stricte nécessité.

De la déchirure du périnée durant le dégagement des épaule et des bras.

Dans un récent numéro des *Archives de tocologie*, M. AUVARD a fait ressortir d'une manière aussi nette que précise le rôle que jouent les épaules dans la production des déchirures périnéales.

L'enseignement classique attribue, on le sait, la plupart des déchirures du périnée à la distension extrême de celui-ci au moment où la tête se dégage dans son plus grand diamètre. Mais comme le fait remarquer M. Auvard, la circonférence du fœtus autour des épaules étant plus grande que celle de la tête, et la circonférence du fœtus autour des coudes appliqués sur le tronc étant plus grande encore, il s'ensuit que le périnée est en plus grand danger lors de la sortie des épaules et des bras que lors de l'expulsion de la tête. M. Auvard conclut alors, tout naturellement, que pour bien sauvegarder le périnée, les bras doivent être dégagés avant la naissance du tronc.

En l'absence de toute mensuration exacte des divers diamètres du fœtus, il est un fait qu'il est impossible de nier, c'est la fréquence relative des déchirures périnéales après la naissance de la tête. Outre deux observations qui nous sont personnelles, nous pourrions citer ici trois autres cas observés par des confrères dont grande a été la surprise de constater après la délivrance l'existence d'amples déchirures périnéales alors que la tête s'était dégagée sans opérer la moindre fissure aux parties molles; la déchirure

avait alors été rapportée à l'extrême rapidité de l'expulsion du tronc à la suite d'une très énergique contraction utérine.

Mais s'il importe d'être en garde contre la survenance de semblables accidents, il importe aussi de savoir à quel moyen recourir pour empêcher la déchirure et voici ce que M. Auvard conseille de faire :

“ Pour sauvegarder l'intégrité du périnée, les bras doivent être dégagés avant la naissance du tronc. Si les mains sont facilement accessibles, tirez-les en bas afin de dégager les bras. Quand aucune main ne peut être atteinte, il faut pousser la tête de côté afin de faire projeter l'épaule postérieure. Le bras correspondant est ensuite dégagé en poussant l'humérus dans la direction du dos du fœtus et en abaissant ensuite l'avant-bras. Le bras antérieur est dégagé de la même façon. Si le bras postérieur ne peut être dégagé le premier, il faut attirer en bas le bras antérieur. Dans aucun cas l'accoucheur ne doit laisser les bras se dégager appliqués le long du tronc, car il y a là un grand danger pour le périnée.”

Couder insiste également sur l'importance de hâter le dégagement des bras avant la naissance du tronc, et par le même mécanisme que celui conseillé par Auvard. Dans le cas où ce dégagement serait impossible, il fait soulever les hanches de la malade, puis, quand la rotation externe de la tête s'est produite, il fait des tractions sur celle-ci de façon à faire dégager le bras antérieur jusqu'à l'épaule, puis, ployant ce bras et le repoussant vers le dos du fœtus, il l'extrait entièrement; on soulève ensuite la tête et on laisse le tronc se dégager lentement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AUVARD.—**Traité pratique de gynécologie**, par le Dr A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris.—Un beau volume grand in-8° de 800 pages, avec 225 figures dans le texte et 12 planches en couleur hors texte, 1892; prix: 18 francs, chez Octave Doin, éditeur, 8 Place de l'Odéon, Paris.

Le Dr Auvard tient à mettre en pratique le principe qu'il partage du reste avec beaucoup d'hommes éminents des deux continents: qu'un accoucheur doit être gynécologue et un gynécologue accoucheur. Après avoir produit ses “Travaux d'Obstétrique,” son “Traité pratique d'accouchement” et plusieurs autres ouvrages fort appréciés, il nous donne aujourd'hui son grand traité de gynécologie dans l'exécution duquel il n'a rien négligé comme travail et matériel pour nous donner une idée exacte et complète

de la gynécologie du jour. Après une courte introduction consacrée à l'histoire de cette science spéciale—il traite successivement et à fond, avec profusion de figures originales et très-pratiques: de la pathologie générale, de la thérapeutique générale, des malformations congénitales, de la vulve et du vagin, de la génitalité, des déviations utérines, des hémorrhagies péri-utérines, des tumeurs génitales, des voies urinaires, du rectum et du bassin, des abdominopathies simili-génitales, de l'œmménologie, de la stérilité et du diagnostic des génitopathies.—Le cadre est large et bien rempli. C'est, en un mot, un ouvrage très précieux pour ceux qui désirent acquérir une connaissance élémentaire ou approfondie de la gynécologie.

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. CHARCOT et BOUCHARD, de l'Institut et Brissard, professeur agrégé, par MM. Babinski, Ballet, Brault, Chantemesse, Charrin, Chauffard, Gilbert, Guinon, Legendre, Marfan, Marie, Mathieu, Netter, Oettinger, André Petit, Richardière, Roget, Ruault, Thibierge, Fernand Vidal. *Tome 1er* par MM. Charrin, Legendre, Roger, Chantemesse, Fernand Vidal. Avec figures dans le texte. Paris, G. Masson, éditeur, 120 Boulevard St-Germain 1891. Octavo-royal de 957 pages.

LE TRAITÉ DE MÉDECINE paraîtra en six volumes ainsi repartis:

I. Pathologie générale infectieuse.—Maladies de la nutrition.—Maladies communes à l'homme et aux animaux.—Maladies infectieuses.

II. Fièvres éruptives.—Affections cutanées et syphilitiques.—Maladies du sang intoxication.

III. Maladies de la gorge.—Maladies du tube digestif de ses annexes et du péritoine.—Maladies du foie.

IV. Maladies du larynx et des voies respiratoires.

V. Maladies du cœur, des vaisseaux et du rein.

VI. Maladies du système nerveux.

L'ouvrage sera complet dans un délai maximum de deux ans. L'acheteur d'un volume isolé n'est pas lié pour l'achat des autres volumes à paraître. Toutefois, l'éditeur accepte, quant à présent, des souscriptions à forfait, pour l'ensemble de l'ouvrage, au prix de 105 francs. Les souscripteurs à l'ouvrage complet payeront le prix des volumes au fur et à mesure de la publication et le ou les derniers volumes seront facturés avec la réduction nécessaire pour ne pas dépasser la somme de 105 francs. Il ne sera donc demandé aucun versement d'avance.

Comme on le voit par le volume de l'ouvrage, le "Traité de Médecine" n'est pas un manuel, un abrégé, un compendium, ce n'est pas non plus une encyclopédie, mais un traité de médecine complet.

Comme on le voit aussi par le nombre des auteurs, on a adopté dans le "Traité de Médecine" le principe de la spécialisation accepté depuis longtemps en Amérique et dont nous connaissons les avantages.

FORGUE et RECLUS.—Traité de thérapeutique chirurgicale. par Emile FORGUE, professeur d'opérations et appareils à la faculté de médecine de Montpellier, médecin major de l'armée et Paul RECLUS, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la société de chirurgie.

Édité par la maison G. Masson, cet ouvrage comprend deux forts volumes in-8^o de huit cents pages et illustrés chacun de deux cents gravures. Le prix de l'ouvrage complet est de 32 francs.

Depuis quinze ans, la chirurgie a fait des progrès énormes. Grâce à l'antisepsie et aux merveilleux procédés d'hémostase que nous possédons; le chirurgien, à vrai dire, peut réellement tout tenter. Telle opération dont naguère on osait à peine parler, est aujourd'hui de pratique courante. De plus, grâce à la microbiologie, les notions de pathologie générale que nous avons sont presque complètement changées, et les indications d'interventions et de traitement en sont devenues toutes autres. Aussi fallait-il au chirurgien un livre qui vient non seulement lui présenter les ressources de traitement que nous possédons aujourd'hui, mais aussi lui faire connaître les tendances et les résultats de la chirurgie actuelle. Le traité de thérapeutique chirurgicale de MM. Forgue et Reclus remplit bien cette indication, car laissant de côté les vieilleries et les superfluités, il donne non seulement une description exacte du manuel et des indications des diverses méthodes, tant opératoires que médicamenteuses, qui sont en usage aujourd'hui, mais tend aussi à démontrer les avantages que telle ou telle méthode possède sur les autres. Si l'on considère combien les traités de pathologie restreignent le chapitre du traitement, combien aussi la littérature chirurgicale française est pauvre en traités de thérapeutique, l'on comprendra combien utile sera au chirurgien et même au médecin ce livre qui rend un compte et une description surexacte, et une appréciation si bien raisonnée des ressources actuelles de la thérapeutique chirurgicale.

O. F. M.

DUPLAY et RECLUS.—Traité de chirurgie—Le 6ème volume de si excellent traité a été livré au public au cours du mois de novembre dernier. M. J. J. Peyrot y traite les maladies chirurgicales de la poitrine, M. P. Delbet, les maladies chirurgicales des seins, M. P. Michaux, les maladies chirurgicales des parois de l'abdomen. M. Jalaguier s'est occupé des maladies de l'estomac, de l'intestin et du péritoine. M. P. Berger y fait une longue étude des hernies et M. Chaput une courte mais très bonne étude

de l'anus contre nature et des fistules stercorales. Ce magnifique volume de 900 pages contient 138 gravures.

Il ne reste plus que deux volumes à paraître pour terminer ce si important ouvrage, le 7ème et le 8ème. Le 7ème est sous presse et sera publié au mois de janvier, et le dernier paraîtra au commencement de mai 1892.

O. F. M.

LEFERT.—*Aide-mémoire de pathologie générale et de bactériologie*, par le professeur Paul LEFERT, 1 volume in-18 de 300 pages, cartonné : 3 fr.

Ce volume fait partie du *Manuel du doctorat en médecine*.

Les *Aides-mémoire de Lefert* continuent à paraître régulièrement, et les 8 volumes déjà publiés de cette collection sont aujourd'hui entre les mains de tous les étudiants à qui ils rendent de grands services en leur permettant de revoir les matières de leurs examens. Les praticiens, qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes, ont accueilli avec une faveur non moins marquée ces petits volumes où l'auteur et les éditeurs ont réalisé un véritable tour de force en faisant tenir autant de connaissances en de petits volumes aussi élégants et aussi portatifs.

L'Aide-mémoire de pathologie générale, qui vient de paraître, ne rendra pas moins de services que ses aînés.

C'est l'exposé très clair des conquêtes les plus récentes de la bactériologie.

Les descriptions, en style télégraphique, sont réduites au strict nécessaire; elles sont pourtant très exactes, très au courant et très complètes.

Comme précédemment, on retrouve consignées dans cet aide-mémoire les idées professées par les maîtres de nos écoles et l'on retrouvera à chaque page les noms de Pasteur, Bouchard, Cornil, Strauss, Charcot, Grancher, Hayem, Peter, Jaccoud, Laveran, Germain Sée, Potain, Verneuil, Hallopeau, Brissaud, A. Robin, — Lépine, Teissier (de Lyon). — Picot (de Bordeaux). — Grasse (de Montpellier). — Esloir (de Lille). — Macé (de Nancy), etc. — Librairie J. B. Boullière et Fils, 19 rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

The Physician's Visiting list (LINDSAY & BLAKISTON) for 1892, 41st year of its publication.—Philadelphia, P. Blakiston Son & Co., 1012 Walnut Street. Prix de \$1.00 à \$3.00 édition régulière, suivant le volume. On peut se le procurer chez tous les libraires. Il contient comme toujours une foale de renseignements d'usage journalier dans la pratique courante.

McINTYRE.—*A report of ten selected cases of Laparotomy, with remarks*, by J. H. McINTYRE, A. M. M.D. of St-Louis, Mo.

NEWMAN.—*Electricity in Carcinoma*, by R. NEWMAN, M. D. New-York.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La "Drevet Manufacturing Co.," fabricant du Peroxyde d'Hydrogène de Marchand, à transporté son laboratoire au No 28 Prince Street, New-York.

Le Dr Paul F. MUNDÉ vient d'abandonner la rédaction de l'*American Journal of Obstetrics*. Son successeur sera le docteur Brooks H. WELLS.

Nécrologie.—CANADA.—A St. Cuthbert, (Berthier), M. le Dr A. H. PAQUET, sénateur, professeur de clinique médicale à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté médicale Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu.—A St. Bruno (Chambly), M. le Dr Honoré PRIMEAU.

ETRANGER.—A Paris, M. le Dr Henri ROGER, ancien président de l'*Académie de médecine*, président de l'*Association générale des médecins de France*.—M. le Dr Eugène BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, bien connu par ses travaux en pédiatrie, et dont le *Manuel des maladies des nouveau-nés* a été couronné par l'Institut.—M. le Dr Antoine Charles BARTHEZ, ancien médecin de l'hôpital Ste. Eugénie et du Prince Impérial, membre de l'*Académie de médecine*, également renommé par son *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* fait en collaboration avec Rilliet et dont M. Sanné vient de publier la troisième édition.—M. le Dr Félix Henri FÉREOL, secrétaire annuel de l'*Académie de médecine*, médecin honoraire de la Charité.—M. le Dr MOUTARD-MARTIN, ancien président de l'*Académie de médecine*, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.—M. le Dr Alfred RICHET, ci-devant professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, une des gloires de la chirurgie contemporaine.—A Lyon, M. le Dr Léon TRIPIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.—A Londres, le Dr Wharton JONES, ancien professeur d'ophtalmologie à l'*University College*, qui a donné son nom à un procédé d'autoplastie des paupières.

Naissance.

HÉBERT.—Le 29 Décembre 1891, à St-Raymond Comté de Portneuf, la femme du Dr A. E. Hébert, une fille.