

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

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

VOL. IV. MONTREAL, SEPTEMBRE 1890. No 9.

TRAVAUX ORIGINAUX.

A TRAVERS LES HOPITAUX DE PARIS.

PAR LE DR J. LESPÉRANCE, (Montréal).

Hôpital BROUSSAIS, Service de M. RECLUS.

Anus artificiel.

Depuis 1887, M. Reclus pratique ses anus contre nature par une méthode qui lui est propre et qui est une modification heureuse de celle de Maydl. Le manuel opératoire de M. Reclus, présente sur celui du chirurgien autrichien, les avantages suivants : grande simplicité et brièveté de l'opération, suppression des abcès et phlegmons consécutifs amenés par les sutures que M. Reclus supprime complètement, impossibilité d'infection du péritoine ou de la plaie abdominale, car l'ouverture de l'intestin n'est faite que lorsque des adhérences solides se sont établies entre l'intestin et la paroi abdominale.

Voici le détail de cette opération, telle que je viens de la voir pratiquer.

L'anesthésie est obtenue à l'aide de la cocaïne. Elle est parfaite, sans danger aucun et supprime les efforts de vomissements que le chloroforme détermine presque toujours, efforts qui peuvent faire sortir les anus intestinaux par la plaie abdominale. Les injections de cocaïne, sont faites sur le trajet que doit suivre le couteau. Pour cela, il faut avoir une seringue de Pravaz, munie d'une longue aiguille, et l'enfon-

çant au point où devra commencer l'incision, la pousser à travers les parois de l'abdomen, jusqu'au point où elle se terminera. Puis on la retire doucement, en même temps qu'en pressant sur le piston, on chasse le liquide qui se dépose le long du trajet. Une quantité de trois seringues d'une solution de 2 p. c. suffit.

Il ne faut pas oublier de rendre le champ opératoire complètement aseptique. Pour cela, la veille, la région iliaque gauche et tout le pubis sont rasés, soigneusement lavés au savon et à l'eau d'abord, puis avec un liquide antiseptique. On la recouvre ensuite d'une couche de compresses imbibées du même liquide et on la laisse ainsi jusqu'à l'heure de l'opération. A ce moment, la région est de nouveau lavée antiseptiquement et le champ que devra parcourir le couteau est circonscrit par des compresses, toujours imbibées de la solution antiseptique.

Après avoir fait les piqûres de cocaïne et avoir attendu que l'anesthésie soit complète, l'opération est commencée.

Incision de 6 à 7 centimètres de long, à deux centimètres au-dessus du ligament de Poupart et parallèle à lui. Procéder couche par couche, en arrêtant l'hémorragie par une pince placée sur chaque artériole sectionnée. D'ailleurs, cette incision donne peu de sang. En arrivant à la couche musculaire, il faut, ainsi que l'a indiquée M. Verneuil, éviter de couper les muscles transversalement, mais plutôt séparer les faisceaux musculaires, sans les inciser, après avoir sectionné la peau, le fascia superficialis, la toile celluleuse qui double le grand oblique, le muscle grand oblique, le petit oblique, le transverse, le fascia transversalis, on arrive sur le péritoine que l'on incise avec une sonde cannelée ou simplement avec les ciseaux. Dès que cette incision est faite, si l'intestin n'occupe pas une place anormale, la partie supérieure de l'S iliaque, celle qui fait suite au colon descendant, se présente dans la boutonnière, avec ses signes distinctifs, ses bandes longitudinales et ses appendices graisseux. Des pinces sont alors placées sur les bords de la plaie, puis renversées en dehors, mettant nettement l'intestin à découvert. Après s'être assuré d'être bien sur l'S iliaque, il ne reste plus qu'à le prendre avec une pince, l'attirer au dehors de la plaie, jusqu'à l'apparition du méso. Dès que celui-ci est bien en vue, il est perforé avec une grosse sonde ordinaire en caoutchouc durci, et préalablement désinfectée par un bain antiseptique. La sonde est poussée à travers le méso, jusqu'à sa partie moyenne seulement, et laissée en place, elle repose alors sur les bords de la plaie qu'elle traverse en diagonale, s'appuyant bien sur la paroi abdominale et supporte l'anse intestinale à cheval sur elle. Cet anse intestinale fait alors hernie au travers de l'incision et ne peut rentrer dans l'abdomen, empêché qu'elle en est par la sonde passée en dessous d'elle.

L'opération est dès lors terminée. Les pinces qui tenaient le péritoine sont enlevées, mais celles mises sur les vaisseaux, laissées en place jusqu'au lendemain. La toilette est faite, la région est lavée et bordée avec des bandes de gaz iodoformé, sur lesquelles reposent les pinces.

Afin d'empêcher la sonde d'être attirée à l'intérieur de la cavité abdominale ou d'être repoussée par la pression interne, M. Reclus la fixe à la peau, en étendant sur elle à ses deux extrémités, deux petites bandes de tarlatane iodoformée, collées à la peau de l'abdomen par une couche de collodion iodoformé.

Le pansement est de la plus rigoureuse antiseptie. Une couche de pommade antiseptique est étendue sur toute la portion herniée de l'intestin, qu'on recouvre d'une couche de gaze enduite de la même pommade. Le tout est recouvert d'un épais et large coussin de ouate maintenu en place par un bandage de corps.

Dès que le malade est remis dans son lit, on lui administre 10 centigrammes d'extrait thébaïque. A partir de ce moment, bien que l'intestin n'ait pas encore été ouvert et que les troubles qui ont nécessité l'intervention aient encore raison d'être, une amélioration considérable se fait sentir. Les douleurs, le tenesme, les irradiations douloureuses cessent ou diminuent. Ce fait semble être un paradoxe, mais il n'en est pas moins réel.

Il n'y a plus qu'à laisser au temps de faire adhérer l'anse intestinale aux lèvres de la plaie. Cette adhérence est complète au sixième jour. Il est à remarquer qu'elle est obtenue sans aucune sutures, par la simple apposition des parties mises en présence. C'est un des points qui doit faire préférer la méthode de M. Reclus. En effet, les sutures que tous les autres procédés emploient, provoquent autour de l'orifice une inflammation et une rétraction concentrique de l'anus artificiel; de plus, les points de sutures en contact permanent avec les matières fécales, peuvent s'enflammer et déterminer la production de phlegmons très graves. M. Reclus évite ces accidents en supprimant les sutures et l'adhérence se fait tout aussi rapidement et aussi solidement.

Le lendemain de l'opération, les pinces sont enlevées, la région bien lavée et recouverte d'un bandage léger. Il n'est plus besoin de renouveler le pansement et le 6ème jour on procède à l'ouverture de l'intestin avec le thermo-cautère porté au rouge sombre seulement, après injection de cocaïne dans la tunique intestinale. Il suffit de faire au point le plus élevé de l'intestin une ouverture de deux centimètres de long et parallèle au grand axe de l'incision cutanée. Cependant, s'il survenait quelques symptômes alarmants, des douleurs, une grande distension de l'intestin, on pourrait l'ouvrir avant le 6ème jour, le lende-

main même de l'opération, car les adhérences sont assez intimes pour soustraire le péritoine aux risques d'infection. Mais si rien n'oblige à intervenir hâtivement ainsi, il vaut mieux attendre au sixième jour. Alors, l'intestin est solidement uni à la paroi abdominale et les matières fécales passent sur la surface cutanée sans venir en contact avec le péritoine.

La sonde est enlevée le roème jour.

Telle est la méthode employée a l'hôpital Broussais, par M. Reclus. La création de l'anus contre nature devient par ce procédé une opération extrêmement simple, inoffensive, que tout praticien peut aborder. Toute la technique plus ou moins compliquée des autres procédés est supprimée et l'on peut dire que l'opération se fait en trois mouvements.

Incision de la paroi abdominale, sortie de l'anse intestinale, passage de la sonde en dessous de cette anse. Tout cela se fait avec une assez grande rapidité et 6 minutes suffisent pour mener à bonne fin l'opération.

On a cependant fait une objection. M. Terrier a reproché à la méthode de M. Reclus d'être une opération en deux temps. Mais, ajoute M. Reclus, il ne peut en être ainsi. J'appelle opération en deux temps, celle qui demande au malade deux efforts moraux, celle qui le soumet une seconde fois aux appréhensions du couteau. Or ici, la seconde intervention, l'ouverture de l'anse intestinale, n'est pas douloureuse, grâce à la cocaïne et le malade qui a subi la première sans souffrir, qui a de suite ressenti un grand soulagement, voit le deuxième temps de l'opération arriver sans crainte.

Il est bien évident que cette opération,requérant pour être complète, 6 jours, ne s'applique qu'aux cas qui nous permettent de temporiser. Elle n'est plus praticable dans ces cas à symptômes graves où il faut une intervention immédiate, comme devant l'imminence d'une péritonite par obstruction aigue. Il faudrait alors recourir au procédé en un temps et surtout à celui de M. Verneuil.

DR J. LESPÉRANCE.

De l'endométrite.

Par le Dr M. E. DE LAVAL, Lake Linden, Mich.

L'endométrite est une affection utérine, caractérisée par une inflammation de la membrane muqueuse tapissant la cavité utérine.

On observe l'endométrite à l'état aigu et à l'état chronique.

L'endométrite aiguë affecte ordinairement cette partie de la muqueuse utérine, communément appelée membrane muqueuse du corps de l'utérus.

—Winkel. *Frishtich, Thomas.*

L'endomérite chronique affecte le plus souvent la portion cervicale; dans quelques cas, la membrane muqueuse utérine en entier.

On est convenu d'appeler la première variété : Endomérite du corps de l'utérus, la seconde : Endomérite cervicale—Endo cervite. Catarrhe uterin.—*Essentials of Gynecology*, Cragin, p. 140.

Dans l'endomérite, la muqueuse utérine est dans un état de congestion très accentué, elle paraît à l'examen, rouge, ramollie, elle présente des extravasations sanguines, la muqueuse se détache plus facilement que d'ordinaire des tissus sous-jacents.—Thomas, *Diseases of Women*, p. 224.

La muqueuse utérine sécrète un liquide sereux, sanguinolent, même puriforme contenant des débris de cellules cylindriques et d'épithéliums, provenant des glandes utérines et cervicales.

Quelquefois cette sécrétion est très abondante, dans d'autres cas, elle est rare, mais ce n'est qu'exceptionnellement que l'on a observé l'absence de la sécrétion.

Dès que l'endomérite disparaît, la congestion de la muqueuse utérine cesse, un épithélium de nouvelle formation remplace celui qui a été détruit, les extravasations et les exsudations sont absorbées entièrement.—Fristish, *Diseases of Women*.

Si d'aigue, l'affection devient chronique, la muqueuse utérine reste dans un état d'hyperémie constante, elle devient épaisse et molle, les extravasations se transforment et présentent la forme de plaques brunes ou jaunâtres. La surface interne de la muqueuse se plisse et se nodule.—Winkel, *Diseases of Women*, page 438.

Ruge (voir Winkel), classe l'endomérite aigue en trois classes principales :

1 Endomérite glandulaire, endomérite interstitielle, endomérite mixte
2 et il subdivise l'endomérite glandulaire en deux variétés : Endomérite
3 glandulaire hypertrophique et endomérite glandulaire hyperplastique.

Dans la première variété on observe que les glandes utérines sont affectées, mais que le nombre de ces glandes n'est pas augmenté. Dans la seconde, les glandes ne sont point affectées, mais augmentées en nombre par formation de diverticuli, dans les vieilles glandes, ou par de nouvelles dépressions à la surface de la membrane muqueuse.—Winkel et Ruge.

Ruge dit que l'endomérite interstitielle se présente sous plusieurs aspects suivant que les éléments glandulaires sont affectés ou bien que le tissu connectif est seul le siège de l'affection. On prétend que les cellules rondes à large nucleus sont transformées en cellules fusiformes à nucleus oval, qu'elles augmentent en grandeur, s'entrelacent dans toutes les directions.—Winkel, *Diseases of Women*.

La forme mixte présente des caractères appartenant aux deux variétés ci-dessus, car dans cette variété le stroma et les glandes sont affectées mais pas également, la prolifération interstitielle prédomine pendant que les glandes ne montrent qu'une hyperplasie modérée, elles sont dilatées les unes plus que les autres.

Si l'inflammation dure longtemps, la muqueuse utérine s'atrophie, s'amincit, l'épithélium cilié disparaît, les cellules glandulaires, les glandes elles-mêmes, disparaissent et on ne retrouve alors que du tissu conjonctif.—Winkel, *Diseases of Women*.

On observe ordinairement l'endométrite interstitielle durant l'état puerpéral et l'avortement.

Comme nous venons de le voir la cavité utérine est le siège de l'inflammation, dans l'endométrite aiguë; le canal cervical particulièrement, même quelquefois toute la muqueuse utérine est affectée dans l'endométrite chronique.—Winkel, ajoute que souvent les trompes de Fallope sont aussi affectées.

ÉTILOGIE.

Avant la puberté on observe rarement l'endométrite.

Thomas, dit que c'est un fait reconnu, que dans les cas de rétention des menstrues par atrophie du col, ou par imperforation de l'hymen, si l'on pratique une opération dans le but d'évacuer les menstrues, on observe alors dans ces cas une endométrite semblable à celle observée après l'accouchement.

Ce serait donc à une endométrite interstitielle septique que l'on aurait affaire dans un cas semblable.—Allison, in *British Medical Journal*.

Le *Journal of Gynecology*, juin 1890, p. 324, rapporte à ce sujet le cas d'une jeune fille de dix-sept ans, chez qui après avoir évacué les menstrues, après avoir perforé l'hymen, il observa une endométrite qu'il eut beaucoup de difficultés à guérir. Allison, dit à ce sujet qu'il est presque impossible de traiter ces cas d'après la méthode antiseptique, car l'orifice pratiqué à l'hymen se rétracte et devient trop petit pour permettre l'irrigation vaginale ou utérine. Dans un cas de ce genre, on comprend bien facilement que dès que l'air a pénétré dans l'utérus, son contenu devient rapidement septique.

DES CAUSES DE L'ENDOMÉTRITE AIGÜE.

- 1 Traumatisme.
- 2 Septicémie.
- 3 Froid.
- 4 Avortement.
- 5 Coût excessif.

6 Exanthemes.

On sait que l'endométrite est un des symptômes de la septicémie puerpérale.—Winkel, Ruge, Thomas.

Dans les cas de suppression des menstrues ou de dysménorrhée congestive, on ne reconnaît pas l'endométrite aigue qui en est la cause première.

ENDOMÉTRITE PAR TRAUMATISME.

On cause l'endométrite aigue par l'introduction des sondes utérines, de pessaires intra utérins, ou en faisant la dilatation du col soit rapide ou lente avec des tiges de laminaria, de tupelo, ou d'éponge, soit par l'irritation locale causée par ces manœuvres ou bien en se servant d'instruments non rendus complètement aseptiques.

NOTA.—On ne doit jamais pratiquer la dilatation du col, ou introduire des sondes utérines, si l'utérus ou les organes voisins sont dans un état de congestion ou si la femme est enceinte ou près de la période menstruelle ; même vers la période menstruelle, on ne doit pas faire d'opération au col utérin ou à la membrane utérine, avec la potasse caustique, l'acide nitrique ou chromique.—Vide Mundé, *Minor Surgical Gynecology*. Page 232, aussi Atthill.

Thomas croit que c'est aux endométrites dues à l'introduction intempestive des sondes et des pessaires intra-utérins ou à la dilatation rapide que résultent les péritonites fatales qu'il a observées. Est-ce à l'irritation locale ou à l'infection septique qu'est due l'endométrite. L'inflammation de la muqueuse utérine passe à celle des trompes de Fallope et de la au péritoine.—Thomas, *Diseases of Women*.

GONORRHÉE.

Cette affection passe quelque fois du vagin au col utérin et envahit toute la muqueuse utérine et même les trompes de Fallope.

Certains médecins prétendent qu'une cause de stérilité chez les prostituées est l'endométrite causée par la gonorrhée et celle-ci plus que toute autre.

La vaginite simple non spécifique cause quelque fois, mais rarement cette affection.

Nous observons souvent chez les femmes atteintes de tuberculose, une endométrite difficile à traiter; moi-même j'en ai observé plusieurs cas.

La rétention de débris placentaires ou de membranes causent l'endométrite, on a observé cette maladie dans les avortements où il y a rétention des membranes ou du fœtus pendant plusieurs jours.

EXANTHÈMES.

Certaines fièvres éruptives, comme la rougeole, la variole, la scarlatine, la rötthelne causant une irritation particulière des membranes muqueuses, sont une cause assez fréquente de l'endométrite.

LE FROID.

L'exposition au froid durant la période menstruelle est une cause très fréquente de l'endométrite. Les troubles mentaux, les exercices violents, la danse, la masturbation peuvent être la cause de cette maladie.

Après l'exposition au froid on remarque que l'endométrite se présente sous forme de dysménorrhée congestive; dans ce cas elle peut passer inaperçue.

Le coit excessif est une cause assez fréquente de l'endométrite par l'état de congestion dans lequel l'utérus se trouve.

COMPLICATIONS.

Les complications habituelles de l'endométrite sont la vaginite, l'uréthrite, la péritonite, la salpingite. Nous ne nous occuperons pas de les considérer maintenant.

SYMPTOMES.

Au toucher, on trouve le col utérin allongé, élargi, mou et très sensible, si l'on touche la membrane muqueuse utérine "endométrium", on voit qu'elle saigne facilement. Dans certains cas, l'application du speculum cause une hémorrhagie légère.

Dans quelques cas, lorsque l'on a traité une variété de l'endométrite dite endométrite fongueuse, (décrite par Othausen citée par Winkel, aussi par Fristish *Gynæcology*, page 162); en introduisant une sonde utérine, on remarque que la muqueuse utérine est hypertrophiée et que ces fonguosités saignent très facilement. Cette variété d'endométrite est très rebelle au traitement et très difficile à guérir.

Le symptôme caractéristique de l'endométrite est l'écoulement aqueux au commencement de l'affection, mais qui se modifiant, prend quelque fois une consistance crémeuse et contient du pus sanguinolent.

La muqueuse utérine étant dans un état d'hyperémie intense, cause des douleurs très vives; on remarque une certaine élévation de la température particulièrement celle du vagin.

La femme se plaint de douleurs à la région sacrée et d'autres qui sont répandues dans le pelvis. Elle souffre de névralgies sciatiques, lombaires, cervico-brachiales, quelquefois de douleurs sur le trajet des nerfs très éloignés, dans plusieurs cas, j'ai rencontré des femmes qui se plaignaient de douleurs dans les mains, particulièrement dans le petit doigt.

On rencontre quelquefois des points douloureux sur la colonne vertébrale avec symptômes simulant l'irritation, la congestion spinale.—Huot, *Diseases of women*.

Aussi la chaleur dans le vagin, le rectum, tenesme vésical et rectal et utérin, contractions utérines spasmodiques. Douleurs utérines, simulant celles de l'accouchement. L'écoulement leucorrhéiforme est ordinairement abondant et cause une irritation du vagin et de la vulve. On observe quelquefois un pruritus génital difficile à contrôler.

Thomas rapporte dix cas où l'écoulement causa une irritation locale qui prit le caractère du prurigo.—Thomas, *Women diseases*, page 224.

Si les fluides secretés le sont par l'utérus seul ils devraient être alcalins, s'ils sont mêlés aux produits de la sécrétion vaginale, ils seront acides.

SIGNES PHYSIQUES.

L'examen digital donne l'état du vagin et du col utérin. Vagin quelquefois sec, tantôt couvert d'une sécrétion abondante, visqueuse, sanguinolente, inodore, quelquefois infecte.

Le col utérin est dilaté, quelquefois contracté, flasque, quelquefois on observe l'œdème du col utérin, le col est très sensible au toucher.

Par l'examen bi-manuel, on reconnaît que l'utérus est augmenté de volume ; on voit aussi qu'il est descendu et qu'il est dans un état de semi-prolapse.

Avec le speculum on voit que de l'orifice du col utérin s'écoule un mucus épais mêlé de pus sanguinolent.

Si dans un cas semblable il faut se servir d'une sonde utérine pour se rendre compte de l'état de la muqueuse utérine il faut l'introduire avec précaution, et de plus il faut que la sonde, les speculums et les mains de l'opérateur soient rendues aseptiques. Cette précaution est obligatoire.

L'examen bi-manuel montre que l'utérus est augmenté de volume. Thomas dit à ce sujet que dans certains cas, cet état de l'utérus a fait commettre une erreur dans le diagnostic, en faisant croire à l'existence d'une métrite parenchymateuse aiguë au lieu d'une endométrite.—Thomas, *Diseases of Women*.

Les seules affections avec lesquelles on peut confondre l'endométrite, sont la cellulite, la métrite parenchymateuse aiguë, la vaginite aiguë. Au sujet de la métrite aiguë, cette affection est très rarement observée et l'endométrite est très commune, alors il est facile d'éviter les erreurs.

TRAITEMENT.

Comme le traitement de l'endométrite aiguë diffère de celui de l'en-

dométrite chronique, je ne donnerai ici que celui de l'endométrite aigue réservant à plus tard celui de l'endométrite chronique.

Repos complet et si le cas est grave le repos au lit est nécessaire et l'on ne doit pas permettre à la malade de se lever ou de s'asseoir. Thomas recommande de tenir les intestins constipés dans le but d'éviter toute irritation, A ce sujet je crois, à mon point de vue, qu'il est mieux de ne pas favoriser la constipation, car par là on augmente la turgescence et la congestion des organes pelviens, chose qu'il faut éviter: si possible, vû que cette congestion aggrave ordinairement l'affection.

APPLICATIONS À L'EXTÉRIEUR.

Cataplasmes de farine de graine de lin. Spongio piline recouverte de soie huilée afin de conserver la chaleur. Frictions à la thérébenthine, diète générale sans être trop riche; ne donner que des aliments dont la digestion est facile.

Pratiquer l'irrigation vaginale à l'aide d'eau chaude rendu aseptique par avoir bouillie pendant longtemps ou bien à l'aide d'agents antiseptiques.

Thomas recommande l'irrigation vaginale avec des décoctions ou infusions de graines de lin de pavots très chaudes et aseptiques. Ces injections soit d'eau ou d'infusions quelles qu'elles soient doivent être très chaudes, sans cela elles n'ont aucun effet, elles doivent être d'au moins deux gallons de liquide. La femme doit être couchée sur le dos, le bassin élevé et l'irrigation vaginale doit être faite et à l'aide d'une seringue fontaine à jet continu et non intermittent comme on le pratique ordinairement.

On doit toujours rendre ces irrigations aseptiques. On peut employer la créoline. L'acide borique, en solutions 4-100 à 10-100. Solution de sublime. 1-1000 à 1-12000, 1-4000. L'acide carbolique, 10-100. Le bi-borate de soude, le muriate d'ammoniaque, sont employés dans certains cas avec de bons résultats. Pour éviter la constipation, j'administre souvent une pilule composée de belladonne, aloïne et strychnine cette préparation m'a toujours donné d'excellents résultats.

Les eaux minérales comme celles de Carlsbad, Hunyadi Janos sont employées avec succès. Dans certains cas, le sulfate de soude ou de magnésie agissent bien. Les injections de glycérine ou ce qui est mieux, l'emploi des suppositoires de glycérine sont d'un grand secours dans le traitement de la constipation.

Il faut conseiller aux malades de se présenter à la garde-robe tous les jours, afin de vaincre l'habitude qui y est de beaucoup dans la cause de la constipation.

L'extrait fluide de Cascara Sagrada et celui de Wahoo, ont une très bonne action dans le traitement de la constipation.

Tous les soirs, on devra appliquer sur le col un tampon de coton trempé dans la glycérine ou mieux dans une solution de boro-glycérine, 4-100 à 10-100. Je me sers ordinairement comme application sur le col de la solution ci dessous :

Acide borique..... 8 grs.
Glycérine..... 128 grs.

Humecter le tampon de ouate. J'applique ce tampon à l'aide d'un speculum et j'applique sur et autour du tampon médicamenteux des tampons de coton absorbant, secs, qui ont pour effet de retenir en place ce tampon et aussi de supporter l'utérus et réduire le prolapse uterin.

S'il existe des érosions, faire des insufflations avec la poudre d'acide borique ou d'iodoforme.

Acide borique..... 4 grs.
Iodoforme 2 grs.

Insuffler deux fois par jour. Il faut éviter de faire des injections astringentes.

Afin de diminuer les douleurs ou coliques utérines, employer le cannabis indica, la pulsatile, le viburnum prunifolium ou le viburnum opulum et ne donner l'opium que dans les cas où l'on ne peut contrôler les douleurs.

Dans ces cas, je me suis bien trouvé de l'opium employé en suppositoires introduits dans le rectum.

Je me sers dans ces cas pour combattre l'irritation utérine et les contractions spasmodiques utérines de la préparation suivante :

Sulfite de calcium..... $\frac{1}{4}$ gr.
Extr. sol. Viburnum prunifolium..... 1 gr.
" " Cannabis Indica $\frac{7}{8}$ gr.
" " Anemon pulsatile $\frac{1}{3}$ gr.
" " Hyoscyam..... 1 gr.

pour une pilule. Une toutes les deux ou trois heures.

C'est d'après l'avis du Dr John Aulde que je me sers du sulfite de calcium dans le traitement de l'endométrite aigue et après en avoir fait usage depuis un certain temps je ne puis que corroborer l'opinion qu'il émettait sur les bons effets de ce remède dans le traitement de l'endométrite.

Il faut éviter les cautérisations du col utérin dans le traitement de l'endométrite aigue, ce traitement ne fait qu'augmenter l'irritation locale. Les injections intra-utérines ne doivent être employées que dans les cas

où l'utérus contient des matières septiques, débris placentaires, membranes etc., dans ces cas il faut de toute nécessité rendre la cavité utérine complètement aseptique.

La cautérisation du col utérin et de la cavité utérine, ainsi que les injections intra-utérines comme traitement de l'endométrite seront discutées lorsque nous parlerons de l'endométrite chronique.

Etat actuel de la Bactériologie, de la Chirurgie antiseptique, Asepsie.

(CONGRÈS DE BERLIN.)

Par le Dr Paul Philippe (Montréal) Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 4 août dernier s'ouvrait à Berlin le dixième congrès international des sciences médicales ; 5000 médecins et chirurgiens prenaient part au Congrès, 2500 allemands et 2500 étrangers ; parmi ces derniers on compte 500 Américains du Nord. Trente-quatre sommités médicales françaises déléguées officiellement siégeaient à ce Congrès ; M. le professeur Bouchard était le chef de la délégation française, une centaine d'autres médecins français accompagnaient la délégation officielle.

Dans ce congrès ayant pour but de mettre au point les progrès accomplis dans ces dernières années, il devait être naturellement question de la science bactériologique et des diverses méthodes antiseptiques. Que nos lecteurs ne nous en veulent pas de revenir si souvent sur ce sujet, son importance même nous excuse. Vous croyez donc aux microbes, me dit on, et même quelquefois : Vous croyez donc à l'antiseptie ? La première question me laisse froid, mais j'avoue que la seconde m'irrite, car il faut être aveugle pour ne pas l'admettre et j'ajouterai que ce scepticisme intolérant est fortement prétentieux. En effet, si la méthode est fautive, il est absurde de la proner—or Pasteur, Lister, Verneuil, Guérin, Lawson Tait, Spencer Wells, Martin, Emmet, Goodell et toute la légion des chirurgiens partisans de l'antiseptie se trompent singulièrement.

J'admets fort bien que ce n'est pas une raison de croire : Admettons qu'ils aient tous fait de la folie en commun. Mais voyez les faits et laissez vous convaincre.

Lisez donc les statistiques de laparotomie, d'opérations de cataracte etc., l'infection purulente, la septicémie, la fièvre puerpérale tiennent maintenant du roman dans les services bien organisés. Un amputé se lève au bout de 15 jours sans avoir présenté une goutte de pus tandis qu'autrefois il s'éternisait dans les services et était livré aux complications les plus graves.

Nous reviendrons du reste sur ce sujet.

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA BACTÉRIOLOGIE (KOCH).

La bactériologie n'a pas encore dit son dernier mot suivant Koch, de Berlin ; beaucoup de parasites spécifiques sont encore à trouver et il est extrêmement difficile de les isoler. Les bactéries infectieuses sont des êtres organisés formant des espèces fixes et constantes, *indépendantes* aussi bien que les végétaux d'ordre supérieur. Elles ont des qualités morphologiques acquises et ne dérivent ni des champignons, ni des moisissures, ni des algues inférieures. On peut trouver sur un sol mauvais nourricier des formes imparfaites de micro-organismes qui ne deviennent jamais des espèces de transition.

Quels sont les résultats des Etudes Bactériologiques ?

La désinfection se fait d'une manière plus judicieuse et plus active.

Les eaux potables peuvent être examinées au point de vue de leur infectiosité ainsi que le lait et d'autres aliments ; de même dans les égouts, dans les classes d'écoles. etc,

On peut maintenant reconnaître à ses débuts une épidémie de choléra asiatique et prendre à temps les mesures prophylactiques nécessaires ; le diagnostic précoce de la tuberculose a été facilité.

Au point de vue de l'utilité thérapeutique *directe*, on n'a guère jusqu'ici que les inoculations préventives de Pasteur contre le charbon, le charbon symptomatique, la rage qui n'est peut-être pas une maladie bacillaire mais dont l'étude s'est développée en entier sur le sol bactériologique. Koch pense que la bactériologie aurait été plus loin, par exemple, pour le traitement de la tuberculose si, au lieu d'expérimenter sur l'homme, on avait commencé par étudier l'influence des divers agents sur les cultures, sur les animaux.

“ J'ai trouvé, dit-il, plusieurs substances susceptibles d'entraver le développement des bacilles ; les substances qui réussissent le mieux sont les huiles essentielles, quelques composés aromatiques tels que le naphthol B-amine, la paratoluidine, certaines couleurs d'aniline, la fuchsine, le bleu de méthylène, le violet de gentiane, l'auramine ; puis les vapeurs mercurielles et les combinaisons de l'argent et surtout de l'or avec l'acide cyanhydrique : ainsi le cyanure d'or entrave déjà, en solution de deux millionième, la multiplication des microbes.”

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA CHIRURGIE ANTISEPTIQUE (LISTER).

Lister recommande de ne pas employer de solutions antiseptiques fortes et irritantes sur le péritoine et il préconise la solution du sublimé à 1-10000.

Il lave les plaies avec une solution de sublimé à 1-500 et on les irrigue avec une solution à 1-4000.

Le spray, préconisé tout d'abord par Lister, doit être tanni ; il ne

détruit pas les microbes de l'air qui du reste sont rarement nuisibles, l'infection venant le plus souvent d'autre part, des doigts de l'opérateur ou des aides, des instruments, des pinces à pansement.

Depuis 3 ans, Lister ne se sert plus du spray et il ajoute qu'avec des aides consciencieux, sûrs et expérimentés il supprime le lavage et l'irrigation de la plaie : le champ opératoire est entouré de compresses antiseptiques.

L'idée que les plaies opératoires recouvertes d'un vernis antiseptique sont analogues aux blessures sous-cutanées avait fait espérer que ces plaies pouvaient être fermées immédiatement, mais le chirurgien anglais s'aperçut qu'avec l'acide phénique, il fallait laisser une ouverture de drainage des plaies. En effet, l'acide phénique amène par irritation une sécrétion abondante de serum qui doit avoir issue au dehors. L'idéal serait de supprimer le drainage, ce qui serait possible en se servant d'éponges exprimées dans un liquide antiseptique mais non irritant, tel que le sublimé à 1-10000.

Le pansement extérieur peut être fait avec de l'ouate stérilisée par la chaleur, mais cette ouate doit être sèche sans quoi elle peut s'infecter en masse, ce pansement ne suffit pas quand la sécrétion est abondante. Le lavage des plaies contuses et souillées doit être fait avec des antiseptiques puissants et sécréteront beaucoup ; dans ces cas le pansement est une question de vie ou de mort. Pour ne pas irriter la plaie, Lister s'est servi avec succès d'une combinaison des cyanures de zinc et de mercure dont l'énergie antiseptique est suffisante.

DE L'ASEPSIE SUBSTITUÉE A L'ANTISEPSIE (VON BERGMAN DE BERLIN.)

Cette méthode ne peut être substituée à la méthode antiseptique que dans les cas où on peut se procurer des appareils stérilisateurs.

Excellente dans un grand nombre de cas elle n'est pas applicable dans certaines conditions. 1° lorsqu'on doit opérer sur des parties atteintes de tuberculose ; 2° lorsqu'on se trouve en présence de suppurations, de phlegmon ou de gangrène ; 3° lorsqu'on opère dans la cavité buccale, sur le rectum, sur l'urèthre.

La première chose dans ces cas est de désinfecter les foyers par les antiseptiques.

La méthode aseptique repose sur un fait : la rareté de l'infection de la plaie par l'intermédiaire de l'air.

Éviter les poussières : les murs doivent être lisses et faciles à nettoyer, le plancher doit être humide pour que les germes infectieux tombant des plaies ne puissent se répandre dans l'air.

Éviter le contagio direct : Peau savonnée puis fortement frictionnée

pour enlever les couches superficielles contenant des microbes, puis lavée à l'alcool à 80°, puis au sublimé à $\frac{1}{2}$ p. c. Les mains de l'opérateur, des aides sont nettoyées dans ces solutions.

Le malade est placé immédiatement avant l'opération sur un drap stérilisé, le champ opératoire seul est laissé à découvert. Les instruments sont soumis à l'ébullition dans une solution de soude à 1 p. c. et pris dans cette solution avec un morceau de gaze stérilisée.

L'hémostase doit être parfaite; la plaie est essuyée avec de la gaze stérilisée.

Les fils de suture de catgut enroulés sur des plaques de verre sont désinfectés dans une solution alcoolique de sublimé à 5 p. c. et mis avant l'opération dans une solution de sublimé à 1 p. c. Les fils de soie sont stérilisés ainsi que les pièces à pansement et laissés une demi-heure dans l'étuve à 100°.

Bergman pratique rarement le drainage; il laisse la plaie béante en certains points entre les sutures et par ces fentes se fait l'écoulement des liquides.

La plaie est recouverte de gaze ou de ouate simplement stérilisée sans adjonction d'aucun antiseptique.

Comme nous l'avons dit, cette méthode ne pourra se substituer à la méthode antiseptique, elle nécessite des appareils et des soins extrêmes, des aides éclairés. L'application des antiseptiques nous paraît plus sûre, car est-on jamais certains d'être suffisamment aseptique.

DR PHILIPPE,

D. M. P.

MEDECINE

Les procédés d'exploration de l'aorte.

M. le professeur PETER.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous démontrer aujourd'hui l'utilité d'un examen complet et méthodique de l'aorte et du cœur, et la nécessité de revenir, pour cet examen, aux différents moyens d'exploration qui peuvent nous fournir des renseignements utiles.

Je dois vous dire avant tout qu'il faut commencer l'auscultation du cœur supposé malade non par la pointe, mais par la base. En effet, si on débute par examiner la pointe et que l'on trouve un bruit.

morbide, il se peut très bien que ce bruit ne dépende pas de la valvule mitrale, mais soit un bruit de propagation de l'orifice aortique. Or, comme généralement, une fois un bruit trouvé à la pointe, on ausculte la base sans grande attention, on commet une erreur de diagnostic.

C'est ainsi que, au n° 1 de notre salle des hommes, est couché un malade qui nous est arrivé avec le diagnostic de lésion mitrale, tandis qu'il n'en est rien et qu'il est atteint d'une lésion aortique. Il est facile de comprendre comment le médecin qui l'a ausculté s'est trompé ainsi complètement. Il a entendu à la pointe un souffle et un bruit de galop et a admis une localisation à la valvule mitrale, tandis que la maladie siège à l'orifice aortique et dans l'aorte. A la base, en effet, on trouve un souffle au deuxième temps, cela indique une insuffisance aortique tenant non à une lésion de l'endocarde, mais à une lésion de l'endartère. Les tracés graphiques et l'exploration plessimétrique vont vous démontrer la réalité de ce fait. En auscultant chez notre malade la région supérieure du cœur, la région de la base, on entend un va-et-vient, un double bruit de souffle. Il y a donc une lésion de la tunique interne de l'artère qui a déterminé une endartérite chronique athéromateuse, athéromate calcaire ; le vaisseau s'est dilaté par suite de la lésion des tuniques interne et moyenne. En étudiant le tracé du pouls, on trouve le plateau révélateur de l'athérome indiquant la résistance de la paroi artérielle au moment de la descente du tracé ; ça et là, il y a un petit crochet tenant à l'insuffisance sigmoïdienne secondaire à la dilatation de l'aorte. Seul, le revêtement supérieur, endothélial, de ces valvules est atteint. Le tracé nous montre encore, indépendamment du plateau, des irrégularités dans la durée de certaines pulsations artérielles.

Le malade présente des symptômes fonctionnels notables. Il a des palpitations depuis un mois seulement, d'après ce qu'il raconte, et a cependant été souffrant depuis qu'il a été touché par l'influenza. Actuellement, il lui est impossible de travailler, et, la nuit, il ne peut rester dans son lit et dort sur un fauteuil.

La dyspnée est considérable. De plus, la voix est à moitié éteinte ; il y a comme une demi-aphonie, et cela, non parce qu'il y a une laryngite, mais parce que le malade est atteint d'une parésie, sinon d'une paralysie du nerf récurrent gauche. Cette paralysie sera certainement trouvée à l'examen laryngoscopique. Depuis quelques jours les phénomènes dyspnéiques vont presque jusqu'à l'orthopnée et les palpitations sont intenses. En explorant le pouls, on trouve que la radiale est résistante au toucher et cela nous indique un état athéromateux étendu à tout le système artériel. Il y a des irrégularités, des intermittences de temps à autre, des pulsations de force et de durée inégales.

Cependant, le cœur n'est pas primitivement malade. Il est atteint parce qu'il lutte contre les conséquences des lésions de l'aorte et de la plupart des artères.

Étudions maintenant l'état de l'aorte. En percutant à son niveau, à la base du cœur, on constate que sa largeur, d'un côté à l'autre, est de 8 centimètres et que cette largeur, à la crosse, atteint 10 centimètres. Or, chez un homme en bonne santé, la largeur de l'aorte est de 5 à 5 centimètres $\frac{1}{2}$, si l'individu étudié est un géant ; de 3 à 4 centimètres chez un sujet d'une taille moyenne. Comme notre malade est de petite taille, il est donc évident que, chez lui, il y a une dilatation de l'aorte dont la largeur est de 3 centimètres de plus qu'elle ne devrait l'être normalement. Il est par conséquent très important de percuter soigneusement au niveau de la base du cœur, afin de reconnaître l'état de l'aorte.

Je vous ai déjà dit que, à l'auscultation, on trouvait au niveau de la région aortique un double bruit de souffle ; ces bruits sont dus au frottement du sang contre la paroi du vaisseau, rendue irrégulière et raboteuse par l'athérome, et à l'insuffisance valvulaire qui dépend de la dilatation.

En même temps, en auscultant au niveau de la pointe, on constate l'existence d'un bruit de galop. Quelle est sa pathogénie ? Pour bien la comprendre, rappelez vous que, parmi les conditions qui assurent l'intégrité de la circulation, figurent en premier lieu la contraction normale du cœur, qui lance le sang qu'il renferme, à chaque systole, et, en second lieu, l'élasticité des artères au niveau des gros vaisseaux, ainsi que la contractilité des artérioles aux extrémités de l'arbre circulatoire. Lorsque, comme dans le cas présent, le cœur n'est plus aidé par les artères, le ventricule gauche exagère sa contraction et cette exagération des contractions a immédiatement deux conséquences.

D'abord, le ventricule gauche s'hypertrophie comme le font les muscles du mollet chez une danseuse, il s'hypertrophie par excès de travail, par hyperfonctionnement. Cette hypertrophie n'a rien de providentiel, elle est simplement la conséquence de la maladie. Au bout de quelque temps, l'hypertrophie s'accompagne de l'épuisement du muscle et il en résulte des irrégularités dans les contractions du cœur entraînant naturellement des irrégularités dans les contractions du pouls. Il y a là une fatigue du cœur qui le porte à se reposer de temps en temps comme le fait le porte-faix qui pose par instants son fardeau sur une borne. Ces irrégularités dans les battements conduisent souvent à une erreur de diagnostic, car on est tenté d'en conclure qu'il y a une maladie de cœur, tandis qu'il s'agit, en réalité, d'une maladie vasculaire, d'une maladie de l'aorte. Cette maladie de l'aorte, qui

entraîne l'insuffisance, est beaucoup plus grave que l'insuffisance qui résulte du rhumatisme. Dans cette dernière, le muscle cardiaque s'hypertrophie aussi, cela est vrai, et par conséquent arrive à se fatiguer, mais alors intervient la contractilité des petits vaisseaux, qui sert de secours au cœur défaillant. Au contraire, notre malade commence la déroute de sa circulation par la fin ; il a une lésion aortique, une lésion de l'artère radiale ; donc ses petits vaisseaux sont atteints et sa maladie se généralise. Cette altération généralisée de l'arbre artériel tient souvent à l'alcoolisme, à la syphilis ; d'autres fois, nous ne lui trouvons pas de cause apparente. Il est probable que, dans ce dernier cas, l'endartère est atteint d'un vice de nutrition qui peut, par exemple, dépendre de la scrofule ou de lymphatisme. Cela nous ramène au bruit de galop, que nous semblons avoir négligé. Le plus généralement, on le rattache à la présence de l'albumine dans l'urine. En réalité, il dépend uniquement de l'hypersarcose du ventricule gauche, le ventricule droit restant ce qu'il était, puisqu'il ne ressent pas de fatigue. Dans ces conditions, le ventricule gauche se contracte tardivement, et le malade boite de son cœur, il a le cœur boiteux à gauche.

Ce que je viens de vous dire me semble démontrer la nécessité de commencer l'examen du cœur par la base. On a commis une erreur de diagnostic avec notre malade. Cependant il n'a pas l'air d'un mitral, mais d'un aortique, car il est pâle et blafard. Cela ne l'empêchera pas, du reste, de présenter probablement les accidents ultimes habituels chez les cardiaques. Les maladies de l'aorte conduisent au même résultat que les maladies du cœur, puisque les forces collaboratrices se trouvent atteintes et que les petites artères sont simplement frappées plutôt. Notre malade présente déjà de l'hypérémie du foie, qui a 14 ou 15 centim. de hauteur ; en même temps, la région de l'hypochondre droit est douloureuse à l'exploration. En examinant les poumons, on trouve aux deux bases des râles sous-crépitants très fins indiquant l'existence d'une congestion pulmonaire. De plus, à la partie moyenne de la région thoracique droite postérieure, il y a un point où l'on entend nettement un souffle très superficiel qui ressemble à un souffle de pleurésie sans égophonie. Il y a là de la congestion avec condensation du parenchyme par un peu d'apoplexie.

Le malade aurait de l'albumine dans l'urine que cela me serait indifférent. S'il n'en a pas, ce sera cependant d'un meilleur pronostic. On a dit que le bruit de galop se rattachait à une néphrite interstitielle. Il peut cependant exister quand il n'y a pas d'albumine.

Quand il y a une lésion artificielle généralisée, cette lésion peut envahir les artéριοles rénales ; de là une néphrite interstitielle et de l'albuminurie. Cette localisation rénale peut manquer et le bruit de

galop exister. C'est que ce bruit de galop dépend de l'hypersarcose du ventricule tenant elle-même à l'altération des artéριοles du cœur, altération de même nature que celle qui existe dans les reins. Toutes les fois qu'il y a bruit de galop, on doit rechercher l'albumine, non pas parce que ce bruit la révèle, mais parce qu'elle pourrait exister par suite de l'artério-sclérose généralisée. Si les artères et les reins sont pris, le malade est doublement atteint, car l'urémie peut contribuer alors à accélérer la terminaison fatale. Le bruit de galop sans albumine indique uniquement l'hypersarcose du ventricule gauche.

Je veux maintenant vous parler d'un second malade couché au n^o 26. Il présente sur la face et sur les muqueuses des lésions qui nous permettent de faire pour ainsi dire l'autopsie de son système artériel. Il a, en effet, des angiômes superficiels, de petits anévrysmes miliaires sous-cutanés, et cela nous indique qu'il y a, tout à la fois, des lésions de l'endartère, de la tunique moyenne et de la tunique externe. Toutes les tuniques sont prises, puisqu'elles ont cédé sur certains points et déterminé, par leur distension, de petits angiomes, dont quelques-uns sont superficiels. Ces angiomes sont rouges et disparaissent par la pression de la peau ; cette disparition est très fugace et le sang remplit bientôt les dilatations. Cette altération nous révèle la généralisation de l'endartérite, car ce ne peut être une lésion isolée.

Le malade est entré pour des épistaxis abondantes. C'est là un symptôme dont il faut toujours se méfier chez les gens d'un certain âge, parce qu'il indique une lésion du système artériel. Cette lésion est tellement probable que, lorsque vous voyez des épistaxis survenir chez un malade arrivé aux environs de la cinquantaine, vous devez toujours rechercher l'état des artères. J'ai eu occasion de recevoir dans mon service un chiffonnier de 70 ans qui avait des saignements de nez très abondants. En explorant le poulx, je trouvai que les pulsations étaient très inégales des deux côtés et qu'il y avait une gêne circulatoire dans l'humérale gauche ; cela me conduisit à découvrir un anévrysme de la crosse de l'aorte. L'épistaxis était donc le système révélateur d'une altération généralisée à tout le symptôme aortique. J'ai vu aussi une femme de 50 ans, cuisinière, alcoolique qui saignait beaucoup du nez ; elle avait une extasie de l'aorte touchant à l'anévrysme.

Mais je reviens à mon malade. Il a des épistaxis parce que la pituitaire est très vasculaire et qu'elle présente des lésions comparables à celles que nous constatons sur la peau. Les autres muqueuses sont aussi atteintes, car il nous est facile de constater les dilatations vasculaires sur la langue et sur les lèvres. Il est très probable qu'il y a de petits anévrysmes çà et là sur tout le système artériel, car nous en

voyons sur les mains ; il est donc probable qu'il y en a aussi dans le cerveau et que l'apoplexie est possible.

Chez ce malade, l'aorte est aussi atteinte. J'ai percuté et les renseignements que m'a fournis mon plessigraphe sont bien plus complets que ceux que m'aurait donnés le doigt. Avec le doigt, les petites différences de son s'entendent beaucoup moins facilement. De plus, quand l'aorte est malade et que le tissu conjonctif qui l'entoure se prend à son tour la percussion avec le plessigraphe provoque de la douleur ; cette douleur est des plus importantes, car elle nous indique la possibilité de la production de l'angine de poitrine. Il faut percuter très légèrement, placer l'instrument normalement à la surface percutée et le toucher à peine. Si on va trop fort, les vibrations s'éteignent. Le malade a 6 centim. de matité aortique à la base et 9 centim. à la crosse.

A l'auscultation, on constate des bruits à timbre spécial dont la signification est trop souvent méconnue ; ce sont les bruits normaux, mais ils sont devenus secs, durs. Avec ce caractère, on peut les regarder comme révélateurs de l'altération de l'artère. Quand l'aorte est normale, le sang qui y passe produit un bruit moelleux ; quand les parois sont altérés par l'athérome, le mouvement de l'ondée sanguine amène des frottements durs, d'où le caractère de sécheresse des bruits. Au niveau de l'orifice aortique, dans une étendue très minime, nous constatons l'existence d'un souffle d'insuffisance aortique.

Ce n'est pas tout. La percussion au plessigraphe est douloureuse aux points qui répondent au plexus cardiaque ; la douleur est si vive qu'elle provoque un mouvement de recul de la part du patient. Enfin, en appuyant au cou sur le trajet des pneumogastriques droit ou gauche, la douleur provoquée est encore notable. La douleur de la région cardiaque, quand le malade se fatigue, se propage dans l'épaule gauche. Notre malade est donc bien près d'avoir de l'angine de poitrine ; il a l'angor au minimum.

Ainsi donc l'exploration méthodique de la région aortique nous permet de constater l'existence d'une dilatation du vaisseau, celle des bruits morbides divers, et enfin celle de douleur sur le trajet des nerfs du plexus touchés.

J'insiste sur ce point. L'exploration doit être prolongée et méthodique, l'auscultation minutieuse. En effet, un malade vient nous trouver avec des palpitations ; à la base les bruits sont secs et durs, mais vous méconnaissiez leur valeur. Il s'en suit que vous passez à côté de la dilatation de l'aorte et que votre pronostic est erroné. Or notre malade, dans ces conditions, peut être pris brusquement d'angine de poitrine et succomber rapidement, comme cela est arrivé à un médecin de l'hôpital Saint-Louis. Il faut donc, dans ces cas, porter un pronostic

tic très grave, bien que, par un traitement judicieux, par une hygiène sévère, vous puissiez arriver à prolonger la vie du malade.

Donc, pour me résumer, toutes les fois qu'un malade se présentera à vous pour des troubles circulatoires, commencez votre examen par la région sus-aortique, percuvez soigneusement et cherchez les douleurs. Ce n'est que comme cela que vous pourrez savoir si les nerfs sont atteints, si le système artériel tout entier est frappé, et si, par conséquent, vous avez à craindre l'altération du rein, l'apoplexie, etc.

Actuellement, Messieurs, on fait de grandes recherches sur des maladies rares ou inguérissables, telles que celles du système nerveux, et on néglige l'étude des malades par les procédés habituels de la clinique. On fait aussi de grandes recherches sur la pathogénie. Or, pour moi, Messieurs, ces recherches sont bien peu utiles, car, la pathogénie, c'est le roman de la pathologie.—*L'Union Médicale.*

Pneumonie: Traitement par l'acétate de plomb.

Travail lu au Congrès de thérapeutique de Paris, par M. le Dr CROCO, prof. à l'Université libre de Bruxelles.

Dans ces dernières années, les médecins, obéissant à l'impulsion donnée par l'école de Skoda, ont surtout dirigé leur attention vers l'étude du mouvement fébrile qui accompagne la pneumonie lobaire aiguë. Ils se sont attachés à déterminer les caractères de celui-ci ; ils n'ont plus vu que lui, à tel point que, pour beaucoup, la marche de la fièvre s'identifie avec celle de la maladie elle-même, et qu'ils considèrent celle-ci comme guérie quand l'état fébrile disparaît ou diminue. On s'est habitué à voir dans ces phénomènes l'expression d'une marche fatale et prédéterminée, et on a trop souvent perdu de vue la thérapeutique, pour s'abandonner à l'expectation, qui seule doit suffire pour faire justice au mal.

Une étude approfondie de cette maladie m'a convaincu de la fausseté de ces théories et de ces vues. Le mouvement fébrile n'a nullement toujours cette régularité, cette marche cyclique que les auteurs actuels lui attribuent. Sur dix-huit cas observés cette année avec attention à ma clinique, sept seulement ont offert la marche classique du mouvement fébrile ; dans les onze autres, donc dans le plus grand nombre, celle-ci s'est prolongée au-delà du terme généralement assigné par les auteurs. De plus, dans la plupart des cas, la lésion pulmonaire ne disparaît nullement avec le mouvement fébrile ; elle lui survit parfois pendant plusieurs semaines ; même dans un certain nombre de cas, la résolution ne s'opère pas et la maladie passe à l'état chronique. La pneumonie chronique, regardée par Grisolle comme une affection très rare, à tel point qu'il dit ne l'avoir rencontré que quatre fois, est deve-

nue beaucoup plus fréquente depuis que l'on s'est abandonné à l'expectation ou à des méthodes thérapeutiques qui ne sont qu'une expectation déguisée. Ce fait a déjà été reconnu par Diett, l'élève de Skoda, qui a popularisé les idées du maître. Voici comment il s'exprime (Diett, *Der Aderlufs in der Lungen entründung*, Wien, 1848, p. 91) :

“ Relativement à l'influence des différents modes de traitement sur la terminaison de la pneumonie par induration, on ne peut rien dire de certain au point de vue clinique. Il semble cependant qu'avec le traitement de la pneumonie par les moyens diététiques, la terminaison par induration soit plus fréquente, vu que par cette méthode on voit survenir plus souvent une résorption plus lente par simple liquéfaction de l'hépatisation, et vu que beaucoup de sujets, surtout de ceux qui sont âgés ou affaiblis, ont offert à la suite d'une convalescence prolongée, des signes d'une infiltration pulmonaire qui n'avait pas passé complètement à résolution et qui ont quitté l'hôpital dans cet état. Toutefois comme ces individus se sont complètement remis et ne sont plus rentrés à l'hôpital, il faut que cette induration établie se soit terminée insensiblement par la résorption de l'exsudat ou par l'atrophie du parenchyme pulmonaire.”

Evidemment, Diett, partisan systématique de l'expectation, est gêné par ces faits, qu'il atténue le plus possible, allant jusqu'à supposer un rétablissement complet, alors qu'il ne l'a pas constaté, en s'appuyant sur le fait que ces individus ne sont pas rentrés à l'hôpital ; mais il est bien obligé d'avouer leur existence.

Libert, de son côté, affirme que l'expectation dont il est partisan, donne environ 8 p. 100 de cas passant à l'état chronique et, pour moi, ce chiffre est inexact, au-dessous de la réalité. Ajoutez à cela les morts, dont le nombre varie d'après les statistiques depuis 5 jusqu'à 31 p. 100, et les cas dans lesquels la résolution ne s'opère que lentement, au bout de plusieurs semaines, de deux ou trois mois, et vous arriverez à cette conclusion : que l'expectation dans le traitement de la pneumonie fournit en définitive des résultats bien incertains et bien peu encourageants, oui, disons le mot, bien souvent des résultats désastreux.

Aussi une tendance bien marquée se fait-elle jour actuellement, pour lui substituer des moyens de traitement réellement aptes à modifier sa marche, à l'enrayer ou à la hâter.

Parmi les moyens autrefois vantés dans le traitement de cette maladie s'en trouve un qui, recommandé chaudement à certaines époques, n'est plus même mentionné actuellement par la plupart des auteurs. C'est l'acétate de plomb, qui n'est pas même cité dans les traités classiques de Wenderlich, de Niemeyer, de Jaccoud, d'Eichlorst, de Strümpell et de Jürgensen.

Après l'avoir souvent employé et largement expérimenté, je dois déclarer que l'acétate de plomb ne mérite pas ce dédain, et qu'il est susceptible de rendre de grands services dans le traitement de cette maladie.

Il a été préconisé en premier lieu par Ritscher, qui l'associait à l'opium pour former ce qu'il appelait sa mixture narcotique. Voici la formule de cette mixture : On dissout 15 à 30 centigrammes d'acétate de plomb dans 120 grammes d'eau de cerises noires, puis on ajoute 1,25 à 2 grammes de laudanum de Sydenham et 8 grammes de suc de réglisse. Le malade devait en prendre une cuillerée à soupe toutes les trois à cinq heures. Chaque cuillerée contenait de 2 à 4 centigr. d'acétate de plomb, et de 16 à 25 centigrammes de laudanum. Cette potion fut recommandée par Chevalier, Eichhorn, par Neukel, par Berger, par Constatt, par Burkardt ; Dürr en vanta surtout les bons effets dans la pneumonie des femmes enceintes, et Scharf y remplaça l'eau de cerises par l'infusion de digitale.

En 1859, Strahl l'employa avec succès (*Gaz. med. de Strasbourg*, 1869, p. 66). Il fut amené à le mettre en usage par le résultat qu'il obtint chez une femme de 45 ans, affectée de bronchite chronique, qui contracta une pneumonie aiguë. Celle-ci avait passé à l'état chronique, malgré l'emploi des saignées, de l'émétique et des vésicatoires ; elle arriva bientôt à résolution par l'action de l'acétate de plomb. Depuis, Strahl l'appliqua aussi dans des cas aigus, et toujours avec succès, à des doses de 25 à 35 centigr., allant parfois jusqu'à 50 centigrammes.

Comme effets physiologiques, il vit le pouls baisser rapidement de 10 à 15 pulsations et le malade accuser une sensation de bien-être, c'est seulement plus tard que les symptômes locaux diminuent, mais pour reparaître alors rapidement.

En 1862, Levdet publia dans le *Bulletin de Thérapeutique* un travail sur le traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb à hautes doses, dans lequel il étudia avec soin l'action de ce médicament et établit sur des faits précis son efficacité. Il observa dès le premier jour une diminution habituelle du chiffre des pulsations ; cette diminution a été en moyenne de 18 pulsations et a atteint comme terme extrême 38. La dyspnée diminue également et les crachats perdent rapidement leur coloration caractéristique. Levdet prescrivait des doses de 40 à 60 centigr. par jour ; il a été jusqu'à 80 centigr. Praube l'a aussi quelquefois employé avec succès.

Malgré tous ces témoignages favorables, l'acétate de plomb est tombé en désuétude.

Libert dit : qu'on ne l'emploie plus que rarement depuis qu'on connaît

mieux la marche naturelle de l'évolution de la température dans la pneumonie.

Cet agent thérapeutique ne mérite nullement cet oubli, résultant des préoccupations systématiques de notre époque. Pressés d'emprisonner les faits dans des schémas enfantés par notre esprit, nous ne voyons pas que ceux-ci échappent de toutes parts aux étroites conceptions dans lesquelles nous voulons les enfermer. L'évolution de la température est loin de présenter constamment cette régularité d'allure qu'on prend pour type ; elle s'en écarte fréquemment. Son abaissement n'indique nullement toujours la résolution de la maladie et n'empêche surtout pas le passage de celle-ci à l'état chronique ou même à la suppuration. Ceux des praticiens qui ont été témoins des déceptions de l'expectation et des sinistres parfois nombreux qu'elle détermine, ne peuvent pas s'empêcher de se demander s'il n'existe pas des moyens thérapeutiques capables d'enrayer ces accidents et de modifier la marche fatale du mal.

L'observation démontre qu'il en existe, et parmi eux l'acétate de plomb me paraît occuper un rang éminent.

Nothnagel et Rossbach n'en ont pas méconnu la valeur, sans lui rendre complètement justice. Voici comment s'expriment ces auteurs :

“ Dans la pneumonie, l'acétate de plomb n'agit pas sur le processus pathologique lui-même, ne diminue pas la fièvre (peut être au contraire l'accroît-il) ; il est donc positivement inutile quand la maladie suit sa marche ordinaire. Cependant, quand la complication menaçante de l'œdème pulmonaire survient, il est indiqué, comme nous l'avons déjà établi ; il l'est encore dans une autre condition, quand se produit la forme dite hémorrhagique de la pneumonie, mais ici seulement comme hémostatique.”

Je ne puis accepter pleinement, comme on le verra tantôt, les appréciations de Nothnagel et Rossbach, mais je dois dire qu'ils ont parfaitement reconnu la valeur de cet agent thérapeutique. L'ayant souvent employé, je puis affirmer cela positivement, et j'ai pu vérifier l'exactitude des faits avancés par Struhl et par Levdet. Souvent il détermine une chute rapide du chiffre des pulsations, les faisant tomber parfois de 10 à 15 en un jour ; la calorification s'abaisse souvent d'une manière notable ; les crachats diminuent en quantité et leur couleur devient moins foncée. Il ne dérange pas les voies digestives comme les antimoniaux, il ne produit pas de constipation, comme on pourrait le supposer, mais au contraire assez souvent des diarrhées. Celles-ci sont d'ailleurs facilement arrêtées ou empêchées si l'on ajoute à l'acétate de plomb de l'opium, de l'acétate de morphine ou du laudanum, comme

le faisait Ritscher, ou encore du sous-nitrate de bismuth. Grâce à ces correctifs, une diarrhée préexistante même ne constitue pas une contre-indication.

Pour agir efficacement, il doit être administré à doses suffisamment élevées. Des doses de 10 à 15 centigrammes sont insuffisantes ; pour moi, la dose minima chez l'adulte est de 40 centigrammes et je vais quelquefois jusqu'à un gramme en 24 heures.

On peut se demander si cet agent ne peut pas déterminer des phénomènes d'intoxication. Il ne les produit jamais quand on ne prolonge pas trop longtemps son usage. L'expérience m'a appris qu'on peut le prendre impunément pendant 15 jours, pendant lesquels le malade peut en absorber de 10 à 12 grammes ; au bout de ce temps, je le supprime et son action n'est du reste alors plus nécessaire.

Quand et comment faut-il administrer l'acétate de plomb ? On peut le prescrire sans inconvénient dans tous les cas de pneumonie ; toutefois son action n'est pas dans tous également efficace. Ainsi au début, quand le mouvement fébrile est très marqué, chez les sujets, forts, quand la douleur est très vive, il a une action peu marquée ; je lui préfère alors les émissions sanguines associées aux antimoniaux. Les malades chez lesquels la résolution ne s'opère pas ou traîne en longueur, ceux chez qui le mouvement fébrile est peu prononcé, les sujets débilités, ceux qui offrent une entérite ou une diarrhée, ceux dont les voies digestives ne tolèrent pas les antimoniaux, ceux chez lesquels la pneumonie se déclare à la suite d'une autre maladie grave, ceux dont le cœur fonctionne d'une manière insuffisante, de telle sorte que la circulation pulmonaire soit en défaut, comme cela se rencontre surtout dans la maladie de Bright, dans les affections organiques du cœur, chez les buveurs, chez les vieillards, voilà les cas nombreux et graves qui constituent le vrai champ d'action de l'acétate de plomb. On dirait qu'il agit d'autant mieux que le cas est plus grave, et je lui ai vu opérer de véritables résurrections.

Ainsi l'un des premiers cas où je l'employai était un cas de pneumonie double survenue dans le cours d'une maladie de Bright. La malade, presque moribonde, se trouva hors de danger au bout de 48 heures, et la pneumonie passa complètement à résolution. Des cas pareils font comprendre cette assertion de Nothnagel et Rossbach qu'il réussit surtout dans l'œdème aigu de la pneumonie.

Dans les cas d'adynamie, d'insuffisance d'action cardiaque, de stéatose du cœur chez les vieillards affaiblis et usés, on se trouve très bien de lui adjoindre des doses modérées d'alcool de 20 à 40 grammes par 24 heures ; cette association n'offre aucun inconvénient et procure souvent d'excellents résultats. Voici un cas que je citerai comme exem-

ple : Un malade âgé d'une cinquantaine d'années, est atteint d'une pleuropneumonie de la base gauche, durant depuis six jours et précédé d'une bronchite qui a débuté un mois auparavant. Il a des habitudes alcooliques, la prostration est considérable, le pouls très petit et dépressible, battant soixante fois par minute, la face est livide et violacée, l'oppression intense, la température à 39°7, les crachats brun verdâtre ; le souffle tubaire est très marqué, l'urine ne contient pas de chlorure ; je prescris à ce malade une potion renfermant 60 centigrammes d'acétate de plomb et 25 grammes d'alcool ; comme nourriture, une soupe au lait. Au bout de trois jours de ce traitement, la coloration livide a disparu, les bruits du cœur sont plus forts, le pouls ne bat que 48 fois par minute, mais il s'est relevé, la température est tombée à 37°7, les crachats se décolorent, la matité et le bruit du souffle diminuent : au bout de 17 jours de traitement, la maladie est en pleine voie de résolution et on cesse l'acétate de plomb. On n'avait employé aucun agent thérapeutique, sinon un vésicatoire volant appliqué le premier jour. Ce cas montre que l'adynamie à un haut degré et le ralentissement du pouls ne constituent par des contre-indications à la médication plombique ; celle-ci a ralenti encore davantage le chiffre des pulsations, mais en améliorant considérablement l'état du sujet.

Comme on le comprend d'après ce qui précède, j'ai souvent employé avec avantage l'acétate de plomb dans la pneumonie consécutive à la fièvre typhoïde.

Je crois devoir appeler sur ce moyen thérapeutique trop négligé la sérieuse attention des praticiens, persuadé que son application leur procurera des avantages sérieux.—(*Presse Méd. Belge*).

Dyspepsies et névroses gastriques, emploi du cannabis indica.

Dans la même séance, M. le professeur G. Sée a lu un travail sur ce sujet. Selon lui, le cannabis doit être employé sous forme d'extrait gras, à la dose 5 centigrammes divisés en trois doses par jour, sous forme de potion. Au delà de cette dose, il devient toxique et cette toxicité se traduit par de l'ébriété.

C'est notamment dans les affections organiques de l'estomac que M. G. Sée a expérimenté le cannabis. Ces affections constituent deux groupes ; le premier comprend les altérations chimiques du suc gastrique, surtout les hyperacidités et les anacidités ; le second, les névroses gastro-intestinales sans modification chimique du suc gastrique.

D'après M. Sée, le cannabis agirait d'une manière constante pour faire cesser les sensations douloureuses et pour rétablir l'appétit, dans quelques conditions que les douleurs et les inappétences se produisent.

Toutefois, si elles dépendent d'une hyperchlorhydrie, il est indispensable d'aider son action par l'usage de fortes doses de bi carbonate de soude administré *quatre heures* après l'ingestion des aliments.

Le cannabis n'a aucun effet sur les atonies et sur les dilatations de l'estomac, mais il a une action utile sur l'élimination des gaz et plus utile encore sur les sensations pénibles qui se produisent sous le nom pyrosis par le gaz de fermentation.

La digestion stomacale est favorisée par le cannabis, quand elle est ralentie par un état nerveu-paralytique, ou douloureuse par l'hyperchlorhydrie. Il n'amène aucun amendement dans la digestion des anachlorhydriques; c'est tout au plus s'il la rend moins pénible; il ne la rend pas plus efficace. La digestion intestinale se prête aussi aux propriétés calmantes du cannabis.

Sur les phénomènes éloignés, tels que les vertiges, les migraines, les insomnies, les palpitations et même les dyspnées, le cannabis paraît bien agir; il parvient souvent même à annihiler ces pénibles incidents; mais il ne modifie guère les dispositions nerveuses qui se traduisent par l'hypocondrie, ou l'hystérie ou la névro-asthénie, bien que ces états aient souvent leur point de départ dans les affections stomacales, chimiques ou nerveuses.

Au résumé, le cannabis est le véritable *sédatif de l'estomac*, sans aucun des inconvénients des narcotiques comme l'opium et le chloral, des absorbants comme le bismuth, des sédatifs généraux comme le bromure de potassium, des paralgésiants comme l'antypirine, des amers, de l'orexine qui ont des effets défavorables sur le tube digestif. L'action du cannabis réclame nécessairement le concours des autres méthodes curatives qui remplissent, comme les alcalins à haute dose, comme certains purgatifs, et plus rarement les antiseptiques, des indications précises; elle exige surtout les règles du régime telles qu'elles ressortent des recherches récentes de la physiologie sur la connexité remarquable de l'estomac et de l'intestin.

M. Dujardin-Beaumetz est d'accord avec M. G. Sée pour toute la partie qui a rapport à la pharmacologie. Quant à la partie pathologique, il n'admet pas qu'il y ait des limites entre les gastrites et les névroses gastriques, et il ne croit pas qu'on puisse se baser sur l'absence ou la présence de l'acide chlorhydrique pour établir ces limites.

—*Le Scalpel.*

Traitement de la maladie de Bright chronique. (1)

Par le Prof. LÉPINE.

Le traitement de la maladie de Bright chronique a été, cette année même, le sujet de deux excellents rapports faits au *Congrès de médecine interne*, par MM. Senator et von Ziemssen. Il me paraît difficile d'y rien ajouter de nouveau. Aussi, en soumettant la question au *Congrès international*, le Comité organisateur n'a certainement pas été guidé par l'attrait de l'inédit, mais sans doute par l'intérêt légitime qui s'attache au traitement d'une maladie aussi commune que grave.

I

L'importance pratique du sujet est considérable : chaque année, même dans les centres où la médecine est le plus avancé, des centaines de malades succombent *prématurément* à une néphrite chronique. En disant *prématurément*, j'entends avant la période ultime des grosses lésions rénales incompatibles avec l'existence. J'en appelle à tous les médecins pratiquant soigneusement les autopsies : n'ont-ils pas été maintes fois surpris du peu de lésions qu'ils trouvaient chez des sujets morts d'urémie ? Evidemment, sans cette complication, ceux-ci eussent survécu longtemps encore. Est-il possible de prévenir de tels accidents ?

Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, pour un bon nombre de cas ; car les grandes lignes du traitement de la néphrite chronique sont dès à présent fixées. Malheureusement il faut compter avec la négligence des malades et surtout, pour dire toute ma pensée, avec les difficultés considérables du diagnostic. Voilà la vraie pierre d'achoppement du traitement de la maladie de Bright chronique. Combien voit-on de néphrites insidieuses qui restent ignorées du malade jusqu'au moment où éclatent de graves accidents urémiques ; et, pour ne parler que des malades soumis à une observation attentive, combien de fois, en présence d'une asystolie, d'origine réellement brightique, le praticien, même le plus expérimenté, méconnaît la néphrite chronique masquée par l'intensité des troubles cardiaques, et interprète l'albuminurie comme un trouble secondaire ! Combien de fois, en face de certaines néphrites avec albuminurie fort légère, chez un sujet encore bien portant en apparence, il sera tenté de considérer cette dernière comme une de ces albuminuries sans grande importance, que l'on sait être com-

(1) Nous sommes heureux de pouvoir offrir à nos lecteurs, grâce à la *Semaine médicale*, à laquelle nous l'empruntons, le rapport du savant professeur de Lyon, au congrès de médecine de Berlin.

patible avec la santé ! J'aurais encore beaucoup à dire à cet égard ; mais le diagnostic n'est pas de mon sujet. Supposons toutes les difficultés écartées : comment instituer le traitement ?

La *sécrétion* rénale étant indispensable pour la dépuración du sang, le danger d'une néphrite chronique consiste dans son insuffisance. La grande indication est d'empêcher cette insuffisance d'aboutir à l'urémie. Mais en favorisant l'urination, on se gardera de surmener le rein. D'autre part, il importe de maintenir la nutrition en bon état et même de la relever, si elle est déjà languissante. On voit que ces diverses indications sont quelque peu opposées : il faut à la fois nourrir le malade et diminuer le travail de l'épithélium ; exciter la sécrétion, et ne pas irriter le rein. Cela semble une double antinomie.

Il est cependant possible de satisfaire à ces desiderata : Tout d'abord il faut, dans les *ingesta*, diminuer la proportion des albuminoïdes, relativement aux substances grasses et hydrocarbonées, les déchets de ces deux ordres d'aliments n'étant pas excrétés par le rein. Il y a bien des années que le professeur Semmola a recommandé de réduire au minimum chez le brightique, l'ingestion des albuminoïdes ; et, bien que que la théorie qui le guidait ne soit pas généralement acceptée, le précepte pratique n'a rien perdu de sa valeur. Jusqu'à ces derniers temps, les physiologistes admettaient que plus de 80 grammes d'albumine étaient indispensables pour la ration journalière d'entretien de l'homme adulte ; et l'on eût pu craindre d'affaiblir l'énergie de la nutrition en diminuant notablement ce chiffre ; mais on sait aujourd'hui, depuis les recherches d'Hirschfeld, Kumagawa et Kiemperer, qu'une quantité d'albuminoïdes moindre suffit amplement, pourvu qu'on augmente la part des hydrocarbonés et des graisses.

Non seulement on restreindra dans l'alimentation la part des albuminoïdes, mais on écartera soigneusement les aliments renfermant des substances azotées de déchet ; car il ne servirait de rien de diminuer leur production dans l'organisme si l'on en laissait entrer par l'alimentation. Ainsi, dans le cas où l'on permettra de la viande—et ce sera toujours en très petite quantité—il faudra interdire absolument les viandes faisandées et les aliments du même genre.

II

Le lait remplit assez bien les diverses indications précédentes. Théoriquement, on peut seulement lui reprocher d'être encore trop riche en albuminoïdes, par rapport aux substances hydro-carbonées ; mais en revanche, il présente des avantages incontestables : il ne renferme pas de matériaux de déchet ; par conséquent, tout l'azote, *qui sera absorbé* sera utilisable ; il est riche en graisse ; aucun des principes qu'il

renferme ne paraît susceptible d'irriter l'épithélium rénal ; enfin, il est diurétique. Ainsi, non seulement il n'introduit pas de matériaux de déchet plus ou moins toxiques, mais il contribue à éliminer ceux qui se forment dans l'organisme.

En fait, quelques brightiques s'accommodent fort bien du lait comme alimentation exclusive, et un certain nombre en retire de sérieux avantages ; mais la plupart s'en dégoutent au bout d'un certain temps et refusent de le continuer, ou bien le digèrent assez mal pour qu'on doive en suspendre l'emploi. A l'état normal, l'homme résorbe près de 90 p. c. de l'azote du lait ingéré ; le brightique, dont le tube digestif est si rarement intact, en résorbe une proportion bien moindre.

Sauf exception, on ne peut donc tenir les brightiques au régime lacté pur ; mais, comme on l'a vu plus haut, même au point de vue théorique, le régime lacté exclusif n'est pas désirable. Il y a donc tout avantage à adjoindre au lait des légumes frais et secs, bien digestibles, du pain, des farineux, etc., qui augmentent la proportion des hydrocarbonés. Il est vrai que certains légumes secs sont riches en azote ; plusieurs en renferment plus de 24 p.c., mais c'est là un véritable trompe-l'œil, car, même chez l'homme bien portant, plus de 20 p. c. de cet azote n'est pas résorbé !

Je renvoie aux auteurs pour l'indication détaillée des aliments *permis* et *défendus* ; je m'en abstiens d'autant plus volontiers que je crois à d'assez grandes susceptibilités individuelles dépendant sans doute de la digestion. L'état de cette dernière est un élément de la plus haute importance : toute mauvaise digestion peut engendrer des principes toxiques qui, en s'éliminant, peuvent irriter le rein et qui, s'ils sont retenus, seront une source d'intoxication. M. le professeur Bouchard a justement attiré l'attention sur ce point. Il me suffit de l'indiquer et de rappeler que, souvent, des médicaments qui désinfectent le tube digestif sont utiles.

III

L'albuminurie, symptôme de *transsudation*, paraît assez indépendante de la *sécrétion* rénale. Toutefois, comme on n'est pas sûr qu'une augmentation de l'albuminurie ne corresponde pas, dans une certaine mesure, à un état défectueux de la sécrétion, il sera bon de suivre, pour ainsi dire jour par jour, les variations de l'albuminurie et d'en tenir compte. Bien qu'Értel et Schreiber aient insisté sur l'innocuité des œufs chez les brightiques, je ne crois pas prudent de les permettre aux malades chez lesquels ils produisent une augmentation de l'albuminurie ; en tous cas, on interdira les blancs et on n'accordera que les jaunes. De même on ne concédera le poisson de mer que sous bénéfice d'inventaire,

attendu que quelques brightiques voient augmenter leur albuminurie après l'ingestion de certains de ces poissons. On ne sait s'il faut attribuer ce fait à l'altération si facile de la chair de ces animaux ou à quelque principe inconnu.

Pour favoriser la diurèse sans irriter l'épithélium sécréteur, on pourra recourir aux eaux minérales légèrement alcalines, à la tisane de queues de cerise et de barbes de maïs, etc. Ces boissons suffisent souvent : mais, quand la diminution de la diurèse s'accompagne des signes de la faiblesse du cœur, parmi lesquels j'ai toujours rangé le bruit de galop, il est nécessaire de recourir aux médicaments cardiaques. Au premier rang, je place la digitaline cristallisée (ou dissoute dans le chloroforme), qu'on dit être identique à la digitaline de Schmiedeberg. Même chez les brightiques, je ne crains pas d'en donner en une fois un milligramme (et parfois deux milligrammes) ; mais je ne l'administre jamais deux jours de suite et j'attends même plusieurs jours pour que l'élimination du médicament soit complète, avant de réitérer son administration. En procédant ainsi, par doses massives et espacées avec la digitaline, j'ai eu de remarquables succès et jamais d'accidents. La caféine, qui exerce aussi, comme on sait, une action spécifique sur l'épithélium rénal, m'a rendu également les plus grands services à la dose d'un gramme *au moins*, surtout en injection. Le salicylate de théobromine à la dose de 3 grammes est relativement bien actif ; le strophanthus est à rejeter, à cause de son action irritante sur le rein et il en est, je crois, de même de la scille, qui m'a paru parfois déterminer de légères hématuries.

L'iodure de potassium, qui est aussi un diurétique, trouve sa principale indication dans l'artério-sclérose. Le calomel me paraît à rejeter.

Quand le défaut de diurèse tient à l'œdème congestif du rein, les révulsifs sur la région lombaire sont fort utiles ; mon collègue Renaut a récemment recommandé les émissions sanguines locales dans le triangle de J.-L. Petit. D'une manière générale, il est imprudent de se servir de vésicatoires aux cantharides.

Dans les cas d'hydropisies, si les diurétiques et les révulsifs sur la région rénale ne suffisent point à la résorption du liquide, on pourra recourir aux tubes de Southey, qui sont sans inconvénients, et amènent, lorsque l'œdème n'est pas dur, des résultats parfois excellents. Quant aux bains de vapeur, recommandés par M. von Ziemssen, je ne les ai presque jamais employés, de crainte d'urémie ; mais j'ai fréquemment conseillé le repos au lit qui agit à la fois en maintenant la peau à une température constante et en empêchant le malade de se fatiguer. On sait que la marche est généralement nuisible aux brightiques.

Il est superflu de leur recommander d'éviter l'impression du froid et de l'humidité. A cet égard l'opinion est unanime. Aussi le séjour dans les climats plus chauds que le notre est-il jugé très utile pour eux.

Enfin, ils doivent se préserver autant que possible de certaines maladies intercurrentes, susceptibles de se localiser sur les reins : la fièvre scarlatine et intermittente, voir même la grippe.

Je termine en répétant ce que j'ai dit au début : le brightique doit avant tout redouter l'urémie. Quant au traitement de cette dernière, je n'avais pas à l'aborder, puisqu'il sera le sujet d'un rapport particulier.

Des moyens à employer contre l'enrouement.

L'enrouement n'étant pas une maladie, mais seulement un symptôme, on comprend pourquoi on trouve si peu d'indications sur son traitement dans les travaux sur les affections des voies respiratoires. Et pourtant ce symptôme prend souvent, lorsqu'il s'agit par exemple de chanteurs, de professeurs, d'acteurs, etc., une importance capitale et exige du médecin des soins particuliers très assidus.

Nous croyons donc utile de passer ici en revue les divers moyens dont un confrère américain, M. le docteur Ch. Sajous se sert avec succès pour le traitement de l'enrouement dans sa pratique laryngologique.

Les divers cas d'enrouement peuvent, suivant leurs causes, être réunis en groupes distincts comportant chacun des indications particulières.

Un premier groupe reconnaît pour cause de l'enrouement une simple sécheresse du larynx et surtout des cordes vocales. Cet état, assez fréquent chez les chanteurs, survient habituellement à la suite de l'usage du tabac ou du séjour prolongé dans un air vicié par la fumée et les poussières charbonneuses, ainsi qu'il arrive dans les voyages en chemin de fer. Les symptômes subjectifs consistent dans une sensation de sécheresse et de constriction à la gorge qui provoque du toussotement et des "hems" caractéristiques. Pendant le chant, la voix, sans être très altérée, est cependant un peu rude, rauque ; après avoir chanté un peu, le malade est déjà fatigué et ressent à la gorge du picotement qui souvent amène une quinte de toux. Le traitement de cette variété d'enrouement consiste dans l'emploi de pulvérisations chaudes, répétées toutes les deux heures, avec une solution de chlorate de potasse et de sel ammoniac. La dernière pulvérisation doit être faite trois heures avant le moment où le patient doit chanter ou parler en public ; dans les entr'actes il fera bien de sucer une pastille de chlorate de potasse.

Dans un second groupe de cas, l'enrouement est d'origine inflamma-

toire ; il est dû soit au retentissement sur le larynx d'un état catarrhal, habituel ou accidentel, des cavités nasales et du pharynx, soit à une laryngite primitive. Dans tous les cas de ce genre, le repos de l'organe est indispensable pour le succès du traitement. Le malade s'abstiendra donc, si possible, de l'usage professionnel de sa voix, ou le réduira au moins considérablement. Le chanteur cherchera à éviter les notes élevées. Une attention particulière doit être prêtée aux fonctions intestinales. En effet, il arrive souvent, surtout chez les femmes, que l'enrouement est maintenu par une constipation habituelle contre laquelle on emploie, de préférence, des lavements d'eau tiède additionnée d'un peu de glycérine. Quant aux purgatifs proprement dits, on fera bien de les éviter chez les chanteurs, car ils amènent parfois un certain affaiblissement de la voix.

L'affection pharyngo-nasale devra être combattue par un traitement local. La turgescence du tissu érectile des cornets sera amendée par des attouchements avec des petits tampons de ouate imbibés d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 pour 100, suivis d'insufflations, dans les deux narines, du mélange suivant :

Acétate de morphine	0 gr. 007 milligr.
Sous-nitrate de bismuth }	0 gr. 05 centigr.
Poudre de talc..... }	

Mélez.—Pour un paquet.

Ces insufflations, qu'on répète toutes les quatre heures, doivent être faites assez énergiquement pour projeter la poudre sur les parois du pharynx.

Lorsqu'il existe de la fièvre, on prescrira, en outre, la teinture d'aconit à la dose d'une goutte d'heure en heure.

Si l'affection nasale n'est qu'une exacerbation d'une rhinite chronique, c'est l'accumulation des mucosités, qui souvent alors, est la cause principale de l'irritation. Dans ces cas, on emploiera avec avantage des pulvérisations avec une solution de bicarbonate de soude à 1 pour 100.

Une attaque de coryza, de plusieurs jours de durée, nécessitera une intervention plus énergique. Pour procurer un soulagement immédiat et supprimer l'obstruction nasale, on cautérisera—mais d'un côté seulement—la partie la plus préminente des cornets au moyen du galvano-cautère.

Le meilleur traitement local des exacerbations de pharyngite chronique, simple ou granuleuse, sont les attouchements avec une solution de nitrate d'argent à 5 pour 100. Les follicules enflammés et douloureux seront légèrement cautérisés avec le galvano-cautère, mais en ayant soin de ne pas en toucher plus de trois ou quatre en une séance.

La contre-irritation que produisent ces cautérisations éclaircit souvent la voix d'une façon remarquable, surtout pour le soir du même jour.

Pour agir sur le larynx lui-même, on emploiera des pulvérisations avec une solution de résorcine à 1 $\frac{1}{2}$ pour 100 (de beaucoup préférables, d'après M. Sajous, aux pulvérisations phéniquées employées habituellement). Pendant ces pulvérisations, qui seront répétées toutes les deux heures le premier jour, et ensuite trois fois par jour, le malade fera entendre sa voix, afin que le liquide médicamenteux puisse se répandre sur toute la surface des cordes vocales.

Lorsque l'enrouement est très considérable, on sera obligé de recourir aux applications intra-laryngées d'une solution de perchlorure de fer à 2 pour 100.

Dans les cas récents, pris tout à fait au début, on arrive parfois à faire avorter le mal par des insufflations dans le larynx, répétées toutes les deux ou trois heures, du mélange de morphine, de bismuth et de talc dont il a été question plus haut. Mais il ne faut pas oublier que la morphine produit de la torpeur des cordes vocales, et que, pour cette raison, on ne doit pas l'employer pendant les quatre heures qui précèdent le moment où le malade devra chanter.

Il nous reste à dire quelques mots d'un troisième groupe de cas où l'altération de la voix est d'origine myopathique, par faiblesse ou parésie musculaires. Dans cet état, particulièrement fréquent chez les femmes, la voix parlée est normale et seule la voix chantée est altérée, surtout dans ses hautes tonalités. La faradisation du larynx joue ici le principal rôle dans le traitement. On peut y associer aussi l'usage de l'iodure de potassium, de la solution arsénicale de Fowler, de la quinine et de la noix vomique (le malade prendra, par exemple, toutes les deux heures, une pilule contenant 5 centigrammes de quinine et 1 centigramme d'extrait de noix vomique), et enfin du vin de coca.—(*Semaine médicale.*)

CHIRURGIE.

Ablation d'un volumineux lipôme après anesthésie par la cocaïne, par le docteur A. GALLET.

On l'a dit, l'anesthésie chloroformique est l'une des plus belles découvertes de ce siècle. Avec l'antisepsie et l'hémostase, elle forme le fondement de la chirurgie contemporaine. Mais à côté des services innombrables que rend chaque jour ce merveilleux procédé, des revers

surviennent qui font le découragement des opérateurs. Chacun de nous, médecins ou chirurgiens, n'a-t-il point passé par là, chacun de nous n'a-t-il pas été tenaillé par les inquiétudes qui accompagnent les chloroformisations longues et difficiles ? Au début, on sait que des accidents d'ordre reflexe, peuvent se produire d'une façon soudaine, puis, une fois cette difficulté franchie, arrivent les craintes d'intoxication. Avec quelle anxiété on suit—parfois—les mouvements respiratoires du malade ; avec quelles angoisses on cherche les battements de son pouls. Et lorsque tout à coup, éclate la phrase : *mais il ne respire plus !* quel serrement de gorge et quelle sensation de responsabilité l'on éprouve !

Je crois que rien n'est plus triste pour le chirurgien qu'une mort sous le chloroforme. Malheureusement, il semble que ces terribles accidents se répètent—à présent—à de fréquents intervalles ; malheureusement encore, il semble que le fait survienne presque toujours pour des opérations de peu d'importance : petite tumeur, hémorroïdes, ongle incarné, réduction de luxation.

En présence de pareils résultats, on comprend aisément que l'on se soit mis en quête d'améliorations dans l'application du procédé et que l'on soit pris du vif désir de connaître complètement le mécanisme des accidents qui se produisent—afin de les prévenir ou d'y obvier. A ce point de vue, la discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine de Paris présente un haut intérêt. Laborde et François Franck y ont exposé les nombreuses expériences qu'ils ont faites sur les animaux, dans le but d'éclaircir cette question toujours obscure de l'anesthésie chloroformique. Ces expériences permettent de rattacher les accidents observés à deux grands mécanismes :

1^o Accidents d'ordre reflexe ou accidents de début.

Dans ces cas, la mort s'expliquerait tantôt : à la suite d'un reflexe d'arrêt portant sur le cœur par l'intermédiaire du centre cardiaque bulbaire, au moment où les vapeurs irritantes sont mises en contact avec les nerfs nasaux—branches du trijumeau. Guérin conseille même pour prévenir les accidents provoqués par ce mécanisme, de serrer le nez du malade de manière à ce que l'inspiration du chloroforme ne se fasse plus que par la bouche. Tantôt : par un reflexe d'arrêt portant sur la respiration par l'intermédiaire du centre respiratoire bulbaire, au moment où les mêmes vapeurs irritantes viennent au contact des muqueuses laryngée et bronchique. Les spasmes de la glotte, des muscles respirateurs, le diaphragme en particulier, sont sous la dépendance de ce dernier acte reflexe.

2^o Accidents d'empoisonnement pendant le cours ou à la fin de la chloroformisation.

Dans cette seconde phase, le chloroforme ayant été absorbé agit comme toxique. La mort est la conséquence d'un arrêt respiratoire, dû à l'impregnation des tissus par l'agent anesthésique. Les expériences de Langlois et Charles Richet ont fixé d'une manière irréfutable—nous semble-t-il—le mécanisme des accidents, dans ces cas. La mort arrive parce que l'expiration étant particulièrement difficile, les produits qui sont habituellement rejetés par cette expiration, s'accumulent dans le sang, et l'asphyxie est dès lors la conséquence du plus léger obstacle apporté à l'acte respiratoire—la chute de la langue, par exemple.

Au point de vue des moyens à employer pour combattre les divers accidents que détermine parfois la chloroformisation, Laborde et Fr. Franck sont arrivés, en résumé pratique, aux conclusions suivantes :

1^o Contre les arrêts respiratoires et cardiaques d'ordre réflexe qu'on n'a pu éviter dans la période initiale de la chloroformisation, la respiration artificielle par manœuvres externes, énergiquement pratiquées et sans retard peut rendre les mêmes services que l'insufflation pulmonaire.

2^o Contre les arrêts respiratoires seuls et, à plus forte raison, suivis d'arrêt du cœur, qui résultent de l'intoxication par le chloroforme, l'insufflation pulmonaire, associée à des pressions rythmées du thorax, doit être pratiquée.

Assurément, au point de vue clinique, ces expériences, depuis longtemps annoncées, ne nous ont rien apporté de bien nouveau. Cependant, si elles ont fait un peu de lumière sur le mécanisme de ces accidents que nous redoutons tant ; si elles ont montré que certains moyens, à chaque instant employés, comme la respiration artificielle, sont les seuls scientifiquement applicables et que, par conséquent, il faut les appliquer avec persévérance, longtemps, sans perdre courage ; n'ont-elles point leur grande utilité ? Aussi, trouvons nous étonnant qu'un chirurgien, M. Lefort, ait déclaré que ces expériences " ne fournissaient, en aucune façon, aucun renseignement applicable à la pratique chirurgicale. Nous croyons au contraire, que dans une question aussi capitale, il n'est aucun éclaircissement qu'il soit permis de dédaigner. Peut être que de ces recherches de laboratoire, naîtra un jour un procédé d'anesthésie absolument sûr, fidèle et dont le médecin sera le maître. Dès lors, la découverte sera complète ; car jusqu'à présent tous les moyens employés, depuis les ingénieuses mais encombrantes machines de Paul Bert et de Raphaël Dubois, jusqu'aux injections sous-cutanées d'atropine et de morphine combinées, qui ont été préconisées par les chirurgiens de l'Antiquaille de Lyon et que l'on pratique surtout en Amérique, quelques minutes avant la chloroformi-

sation, rien ne peut empêcher dans certains cas, la fatale issue de se produire.

Cette pensée, on l'a surtout présente à l'esprit quand on intervient pour des opérations de petite chirurgie. Il semble en effet, que la responsabilité serait bien plus profondément engagée, si des accidents survenaient en pareille circonstance. Comme on voudrait alors avoir à sa disposition un moyen d'anesthésie locale. Et l'on se rappelle les tentatives faites dans ce but : les pulvérisations d'éther, le stypage qui fut accueilli — on s'en souvient encore — avec tant d'enthousiasme.

Toutes ces réflexions nous venaient — voilà quelques jours — à l'occasion d'un cas que nous allons rapporter brièvement. Ce cas prouve — pour autant qu'un seul cas puisse être une preuve — qu'il est possible d'obtenir par la cocaïne, une anesthésie locale suffisante pour pratiquer certaines opérations et que le chloroforme n'est pas toujours nécessaire. Ce fait a été signalé plusieurs fois par d'autres chirurgiens — nous le savons — mais nous croyons cependant utile d'appeler encore, sur ce point, l'attention. En effet, si ce procédé était plus fréquemment appliqué, il se perfectionnerait peut être, des indications se manifesteraient nettement, et dans leur pratique journalière médecins et chirurgiens en tireraient d'inappréciables avantages.

Observation. Madame X est atteinte d'un volumineux lipôme de la région deltoïdienne gauche. La tumeur est mobile et semble d'une ablation facile. Indolore, elle ne gêne qu'au point de vue esthétique. L'opération décidée — à la demande répétée de la malade — on juge dans l'entourage qu'il ne faut pas avoir recours au sommeil chloroformique. C'est alors que je me résous à employer les injections de cocaïne.

La région opératoire est lavée avec soin et dès que les précautions sont prises pour que tout marche rapidement, je fais au pourtour de la tumeur, six injections de 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne (solution à 2 p. 100). Suivant le conseil de Reclus, j'enfonce d'abord l'aiguille dans l'épaisseur du derme et en même temps que je pousse l'injection, je fais pénétrer l'aiguille plus profondément. La douleur provoquée par ces injections est très facilement supportable. Immédiatement après, je pratique une incision de 7 centimètres, je détache, à l'aide du manche de mon scalpel, la tumeur de ses adhérences ; au moment où je l'enlève, une artère donne, je la saisis dans une pince de Péan et la tords, la malade se plaint vivement. Je fais un lavage de la plaie et la referme aussitôt en appliquant cinq points de suture avec l'aiguille de De Roubaix. L'opération a duré dix minutes. A part le cri poussé au moment de la torsion du vaisseau, la malade n'a manifesté aucune douleur.

J'ajoute que cette opérée e t en général très sensible à la souffrance et que je ne crois pas — comme certains pourraient le croire — que l'hypnotisme ait rien à voir dans cette affaire.—*La Clinique.*

Traitement des brûlures.

A l'hôpital Friedrichshain, de Berlin, on emploie actuellement, dans les cas de brûlures, un pansement sec qui, d'après M. le docteur Karl Bardeleben; donne des résultats "surprenants."

La partie atteinte est d'abord soigneusement lavée à l'eau phéniquée à 2½ ou 3 p. 100, ou bien encore avec une solution d'acide salicylique à 3 p. 1000. Après avoir ensuite vidé de leur contenu toutes les bulles et phycènes, on saupoudre abondamment de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé la partie malade, et on y applique une couche de coton hydrophile, que l'on renouvelle chaque fois que le coton est imprégné des liquides sécrétés par les plaies.

Si la brûlure est étendue, on peut remplacer la poudre de bismuth par une pommade également au bismuth.

M. Karl Bardeleben déclare qu'avec ce pansement la cicatrisation est beaucoup plus rapide, et les douleurs sont plus vite amendées que lorsqu'on emploie tout autre genre de traitement. Enfin, point qui a aussi son importance, malgré la grande quantité de bismuth employée, on n'observe jamais de phénomènes d'intoxication.

—*La Pratique Médicale.*

Du panaris infectieux.

Par M. le Dr A. MIGNON.

Je veux attirer votre attention sur un malade dont l'histoire est intéressante au double point de vue des hésitations du diagnostic et de la filiation des accidents.

Je vais vous résumer son observation qui a été très bien prise par votre camarade, M. Toubert.

A. . . , Claude est un soldat musicien, âgé de vingt-cinq ans, qui est entré à l'hôpital le 4 janvier 1890. Les antécédents pathologique sont nuls. Il a toujours eu une excellente santé.

Au commencement de décembre 1889, A. . . qui, je le répète, est musicien et joue de la contrebasse, voit apparaître à l'extrémité de la phalangette du medius droit une ampoule périunguéale, autrement dit une tourniole qu'il perce lui-même et d'où sort un liquide sanguinolent. Après avoir enduit son doigt de collodion, il continue son métier de musicien (qui exige un usage assez fréquent de ce doigt) pendant huit jours. La pulpe de la phalangette devient alors douloureuses, chaude, tuméfiée et rouge. Le médecin du corps prescrit des cataplasmes et

pratique une incision par laquelle s'écoule une assez notable quantité de pus. L'inflammation n'en continue pas moins sa marche progressive. Le doigt tout entier se gonfle et est douloureux ; les mouvements sont impossibles. Peu à peu une tuméfaction œdémateuse gagne la face dorsale de la main jusqu'au poignet.

A la fin de décembre, Claude A... put venir en permission à Lyon, dans sa famille. Aux cataplasmes succédèrent les pommades les plus variées, malgré que la phalange tout entière fut éliminée.

Pendant que se produisait le travail de la réparation, alors que tout semblait terminé, le malade éprouva un malaise général, une sensation de courbature, avec perte de l'appétit. Il fut pris des frissons répétés avec claquement de dents et point du côté droit très violent.

Il ne put se mettre en route pour rejoindre son corps, sa permission terminée, et il entra à l'hôpital Desgenettes.

Nous l'avons examiné le 5 janvier : il paraissait profondément abattu, le visage était pâle et les traits tirés. Il se plaignait d'une douleur lombaire droite lancinante, dont le maximum d'intensité à la pression se trouvait au-dessous des fausses côtes, et qui s'exagérait dans les mouvements de déplacement du tronc. Il toussait assez fréquemment, mais sans expectoration. Phénomène particulier : le malade avait la bouche pleine de muguet.

Nous trouvons à la percussion et à l'auscultation un peu de matité à la base du poumon droit et des râles humides fins au même niveau.

Les urines, en quantité suffisante, étaient un peu foncées, mais ne contenaient ni albumine, ni sang, ni pus. La température avait été la veille au soir de 37°6 et se trouvait le matin du 5 janvier à 38°.

Le panaris était en voie de guérison. Il attira à peine notre attention ; et on enveloppa le doigt avec de la gaze iodoformée.

La gravité de l'état général, qui était fortement déprimé, ainsi que le révélait entre autres phénomènes le muguet buccal, ne nous paraissait pas en rapport avec les troubles thoraciques que nous constatons. Mais, comme nous étions en pleine épidémie grippale, nous n'avons pas hésité à porter le diagnostic de grippe pulmonaire avec infection générale de l'économie.

Vous m'avez vu rester chaque matin assez longtemps au lit de ce malade. L'état général ne s'améliorait pas : même douleur, mêmes phénomènes stéthoscopiques ; toujours du muguet et souvent de la diarrhée. La fièvre était montée pendant deux jours à 39° ; mais le huitième jour, elle était descendue à 37°5.

La douleur lombaire me préoccupait : elle devenait de plus en plus intense.

Le malade restait couché sur le côté gauche, presque enroulé sur

lui-même, les genoux ramenés sur l'abdomen, le tronc fléchi en avant. Il se soulevait avec peine ; et aux douleurs locales s'ajoutaient des irradiations dans la partie inférieure du dos et même sur la face antéro-externe de la cuisse droite.

Le 16 janvier, la température commence à s'élever le soir à 39°2 ; les jours suivants elle oscille entre 37° le matin et 39° le soir.

L'élévation thermique s'accompagne de longs frissons qui obligent le malade à faire augmenter le nombre de ses couvertures.

L'état général périclitait de plus en plus ; le muguet envahissait la face interne des joues ; la diarrhée était très abondante ; le malade ne mangeait plus.

Je vous ai affirmé que le malade faisait de la suppuration ; et comme le point douloureux était dans la région lombaire, j'ai pensé que c'était l'atmosphère cellulaire périrénale du côté droit qui était le siège de la suppuration. Mais il n'y avait pas de déformation lombaire appréciable : la percussion était difficile en arrière à cause de l'intensité de la douleur. Cependant, on sentait à la palpation un empâtement profond en dehors de la masse musculaire.

En avant, on avait la sonorité intestinale. Je fis aussitôt une ponction exploratrice avec l'appareil Potain, et je retirai environ 100 grammes de pus épais, jaunâtre, avec quelques stries sanguinaires.

Je décidai pour le lendemain une incision exploratrice.

Le 21 janvier, le malade est endormi avec ménagement, et je fais dans la région lombaire l'incision de la néphorrhaphie.

Quand j'eus incisé le feuillet profond de l'aponévrose du muscle transverse, il s'écoula du pus épais, jaunâtre, franchement phlegmoneux, dont la quantité peut être évaluée à un litre environ.

Le doigt introduit dans la plaie descendait jusque dans la fosse iliaque sans pouvoir atteindre les limites de la poche, et pénétrait en haut dans une cavité rétro-hépatique qui admet un drain de 12 centimètres de longueur. On ne sentait plus en arrière que les parois musculaires de la région.

Aucun point osseux, ni vertébral, ni iliaque, ni costal ne fut trouvé dénudé.

Deux gros drains, l'un supérieur et l'autre inférieur, furent placés dans la plaie, et l'abdomen fut entouré d'un large pansement antiseptique.

L'histoire du malade est prompte à terminer. A... éprouva le même jour un soulagement considérable ; la température tomba brusquement, le muguet fut vite guéri par les bains locaux boriqués, et l'état général se releva.

J'ai dû enlever les drains le troisième jour, parce que le malade souff-

trait au niveau de la fosse iliaque et que je craignais une irritation du péritoine par l'extrémité du tube.

Aujourd'hui, 31 janvier, la plaie est presque fermée.

La marche des accidents que je viens de vous énumérer m'oblige à modifier mon premier diagnostic. Je laisse de côté l'idée de la grippe, et je conclus que A... a été atteint d'un abcès périnéphrétique. J'ajoute et c'est là l'intérêt principal de ce cas, que cet abcès est consécutif à son panaris de la phalange du médius droit. Ce panaris, véritable ostéomyélite infectieuse, relativement peu grave en raison de son siège, a suffi pour provoquer à distance un accident de la même nature, mais infiniment plus grave, en raison de sa localisation dans une région aussi profondément située que la région rénale.

Que si vous me demandez pourquoi cette localisation du virus dans la région lombo-iliaque, je ne pourrai vous donner une réponse satisfaisante, car le malade n'a subi aucun traumatisme, n'a fait aucun effort violent. Bien que le microbe de l'ostéomyélite produise de fréquents abcès rénaux, nous ne croyons pas cependant à son arrêt dans le rein lui-même et à un abcès périnéphrétique consécutif à une suppuration parenchymateuse, parce que les urines n'ont jamais présenté le moindre trouble en dehors des accès fébriles!

Je ne puis résister au désir de rapprocher de l'exemple que je viens de vous citer un fait que j'ai observé il y a plus de quatre ans dans la clientèle militaire et qui a laissé en moi une profonde impression. Je ne connaissais alors aucune observation analogue, mais je n'ai pas hésité cependant à établir un rapport étroit entre le panaris et la mort de la malade.

C'était une jeune femme de vingt-huit ans, d'une santé parfaite. Elle était dans une excellente situation sociale et vivait dans de bonnes conditions hygiéniques dans une petite ville de Normandie, non loin des bords de la mer. Son passé était entaché d'un accident pathologique. Ses ascendants étaient d'une constitution robuste.

A la fin du mois d'avril 1885, elle se fit une contusion au pouce gauche qui amena le développement d'un panaris grave suivi de l'élimination de la première phalange. Elle n'emploie comme traitement que des cataplasmes. Les accidents locaux durent jusqu'à la fin de mai. Dès les premiers jours de juin, l'appétit se perd, la toux commence, les forces diminuent, des transpirations nocturnes se montrent. En quelques semaines, le sommet du poumon droit présente des signes étendus de ramollissement qu'accompagne une fièvre quotidienne intermittente.

Au mois d'août, les deux poumons sont remplis de gros râles humides avec des signes de cavernules. La diarrhée ne tarde pas à compli-

quer la marche de la maladie ; et le 31 octobre, cette jeune femme succomba.

Je vous le répète, j'ai été frappé par l'enchaînement de ces faits pathologiques, et j'ai fait depuis des recherches qui m'ont un peu éclairé.

J'ai trouvé une observation de Kraske, de Fribourg (15^e Congrès de la Société allemande de chirurgie), dans laquelle il est rapporté qu'un enfant atteint d'ostéomyélite, succomba rapidement à une affection pulmonaire. A l'autopsie, on constata dans le poumon gauche, en partie hépatisé, plusieurs foyers contenant le staphylococcus aureus. Luecke a observé également des catarrhes bronchiques concomitants à l'ostéomyélite.

Je crois que beaucoup de faits analogues sont passés inaperçus qui auraient pu établir la gravité du panaris osseux. C'est pourquoi j'ai voulu fixer votre attention sur le malade de notre service.— *Le Bulletin Médical.*

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

Le massage de l'utérus.

Nous savons tous combien sont longs et souvent impuissants les traitements variés, dirigés jusqu'ici contre les métrites chroniques, et combien ils donnent peu de satisfaction aux malades et aux médecins. Aussi a-t-on continué à chercher quelque procédé qui pût fournir des résultats plus suivis et plus rapides ; et c'est ainsi qu'on vient de voir surgir le massage de l'utérus.

Il y a quelques mois en effet, ce nouveau traitement était formulé par le Dr Norström, dont la compétence en mécano-thérapie est bien connue de tous, et qui dans un ouvrage, rempli d'observations judicieuses, expose l'histoire, la technique, les indications et contre-indications du massage utérin.

La première application de ce traitement aux affections utérines revient à un empirique suédois sans connaissances médicales, le major Thure Brandt ; mais bientôt, vers 1870, les bons résultats de cette méthode attirèrent l'attention de l'École de médecine de Stockholm, et un des agrégés le Dr Sahlin ne craignit pas de lui prêter son puissant appui. Quelque années plus tard elle trouvait un accueil favorable près de beaucoup de gynécologistes étrangers, et c'est ainsi que nous voyons les Drs Nissen, à Christiana, Howitz, à Copenhague, Jackson en Amérique, les professeurs Schultze à Iéna, et von Treuschen à Greitswald pratiquer et recommander le massage utérin. En Russie, Ott et

professeur Slavianski en sont les défenseurs convaincus. A Vienne les Drs Bandl et Trofanter l'emploient journellement ; et tout dernièrement dans la séance du 28 octobre du Collège médical, Anton Bum, dans une conférence sur la mécano-thérapie, signalait les bons résultats obtenus dans les métrites et paramétrites.

Cependant jusqu'à aujourd'hui cette méthode n'avait pas trouvé grande faveur chez nous ; malgré les efforts plusieurs fois réitérés du Dr Norström qui s'en est fait le champion et le défenseur à Paris, elle n'est parvenue à attirer l'attention du monde médical que par les écrits venus de l'étranger, et par le dernier et tout récent ouvrage de Norström.

D'après notre confrère, le manuel opératoire est des plus simples : voici comment il le décrit : " La malade se place dans le décubitus dorsal la tête relevée, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin. On lui recommande de respirer librement, sans effort. Après avoir fait écarter les jambes, le masseur se place à gauche de la patiente, introduit l'index et le médius de la main gauche dans le cul-de-sac antérieur du vagin de manière à soutenir la paroi antérieure de l'utérus, tandis qu'à travers la paroi abdominale, il saisit le corps sur lequel il exerce des pressions légères au début, un peu plus fortes dans la suite. En cas de déplacement, il faut, autant que possible redresser l'organe ; les doigts placés dans le vagin le maintiendront solidement, autrement il pourrait glisser, ce qui est très douloureux pour la patiente. La pratique apprend ce qui convient dans un cas donné, quelle énergie est nécessaire."

Dans certains cas il faut modifier légèrement ce manuel opératoire.

Quand l'utérus est en rétroflexion ou en rétroversion, il faut faire mettre la malade dans la position gécubitale, et par quelques coups légers sur la région sacrée amener une rectification qui rende le traitement possible ; mais s'abstenir, si des adhérences immobilisent l'organe dans cette position.

En général, on ne fait qu'une séance de quatre minutes par jour. La durée moyenne du traitement varie entre quarante et cinquante jours : elle est d'autant plus courte qu'elle est plus rapprochée du début de la maladie. Pendant le traitement, les règles avancent et se prolongent un peu, et les malades doivent garder le lit pendant la période menstruelle qui se passe pendant le traitement et durant celle qui le suit.

Les principales difficultés du massage utérin tiennent à l'extrême sensibilité générale, à l'embonpoint et au météorisme, aux déviations et aux déplacements, à la présence des hernies mal contenues, à l'étroitesse du vagin : mais dans la plupart des cas, avec de l'habileté et de la persévérance, le praticien arrive facilement à son but.

Quant aux contre-indications absolues, le Dr Norström n'en connaît que trois : la virginité, l'inflammation aiguë et subaiguë de l'utérus et de ses annexes, la grossesse.

Dans quels cas le massage est-il surtout indiqué ? D'après les observations recueillies, il est principalement efficace dans la métrite parenchymateuse avec leucorrhée profuse, dysménorrhée, etc., et dans l'endométrite fongueuse hémorragique. Il donne aussi les résultats les plus satisfaisants dans les paramétrites, en activant la résorption des exsudats.

Comme on le voit, ce procédé se recommande par son extrême simplicité ; tout en exigeant une grande réserve et une certaine habileté manuelle, il est à la portée de tous, et nous ne doutons pas que le médecin, rompant avec des préjugés d'un autre âge, n'en fasse largement bénéficier ses malades.

Pour nous, nous l'avons mis en pratique chez quatre femmes atteintes de métrite chronique avec dysménorrhée, et le résultat, aussi rapide que brillant, a dépassé notre attente. Qu'on en juge par la lecture d'une de ces quatre observations :

Mme X..., 25 ans, fait une fausse couche en 1885 : depuis, douleurs violentes dans les reins, dans le ventre avant et pendant les règles : pendant l'interval, douleurs sourdes dans le ventre et à la partie supérieure des cuisses, avec tremblements vers l'estomac, quand elle marche leucorrhée abondante ; a été traitée plusieurs fois par des tampons glycerinés, etc. En 1887, salpingite du côté droit, qui guérit après trois mois de soins et de repos. Actuellement, 10 octobre 1889, état général mauvais, inappétence, digestions pénibles : col utérin gros, tuméfié, laissant écouler un mucus filant et tenace, difficile à détacher ; corps mobile, un peu gros, en antéflexion ; l'hystéromètre pénètre à 7 centimètres ; le toucher combiné au palper abdominal détermine des douleurs vives : rien dans les culs-de-sac.

Dès ce jour on commence le massage, et les onze jours qui suivent on fait une séance de quatre minutes chacune ; ces séances sont bien supportées, elles ne sont suivies que d'un peu de fatigue générale. Après la septième séance les douleurs du ventre, déterminées par la marche, ont cessé, l'appétit est meilleur.

Le 22 octobre, apparaissent les règles qui obligent à suspendre le traitement : elles n'ont été annoncées par aucune douleur de reins. Le 26, la malade souffre un peu, mais encore ces douleurs ne l'obligent pas, comme autrefois, à recourir aux cataplasmes et à l'antioyryne. Le 28, le sang s'arrête : il persiste un écoulement abondant de fleurs blanches.

Le 30, reprise du massage : douleurs vives dans la nuit suivante, qui nous empêchent le lendemain de faire une séance.

Le 1er novembre, nous recommençons ; les pressions sont bien supportées, et à partir de ce moment la malade n'a plus aucune douleur.

Le 20 novembre, la deuxième époque cataméniale arrive avec une avance de deux jours, sans avoir été précédée d'aucune douleur utérine.

Examen 4 jours après la cessation des règles, col diminué de volume, normal ; leucorrhée presque nulle ; corps toujours en antéflexion. Les troubles de la digestion ont disparu.

Depuis quatre ans, au dire de la malade, c'est le premier mois qu'elle n'a pas senti sa matrice.

Considérant cette femme comme guérie, nous avons cessé le massage. — *La Pratique Médicale.*

DR RIVIÈRE.

DERMATOLOGIE.

Des éruptions cutanées produites par le chloral.

Les éruptions produites par le chloral n'ont pas été remarquées au début de l'emploi de ce médicament. Ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'années qu'on a vu que cette substance, de même d'ailleurs qu'un bon nombre de produits pharmaceutiques, était susceptible dans certaines conditions, de produire des éruptions particulières, M. le Dr Bouju vient d'en faire dans sa thèse une étude d'ensemble utile à consulter.

Au point de vue de l'étiologie, on remarque que s'il existe chez certains sujets une idiosyncrasie très particulière, certaines conditions paraissent favoriser singulièrement aussi l'apparition de ces éruptions. On a remarqué, par exemple, que les enfants, surtout ceux atteints d'hystérie, de chorée, etc., que les individus débilités, cachectiques ou atteints de myélite, de paralysie générale, étaient plus prédisposés que les autres aux éruption chloraliques. De plus, comme l'a fait remarquer M. Barbilion, la principale condition de production de l'éruption, c'est l'introduction dans l'organisme d'alcool et de chloral. Sauf de rares exceptions, l'éruption se produit presque fatalement dans des conditions toujours les mêmes.

On voit des enfants de 4 à 5 ans prendre impunément des doses de 3 ou 4 grammes de chloral par jour, mais vient-on à leur administrer de l'alcool soit sous forme de vin simple ou médicinal, soit sous forme rhum. potion de Todd, etc., dans le quart d'heure ou la demi-heure qui suit l'ingestion de l'alcool, l'érythème apparaît. Le chloral est ordi-

nairement incapable de donner lieu à l'éruption ; il faut que l'action de l'alcool lui soit adjointe.

La forme la plus commune de l'éruption chloralique est l'érythème. Beaucoup moins fréquents sont le purpura et l'urticaire.

La marche de l'éruption est pour ainsi dire mathématique. En premier lieu, c'est la rougeur de la face qui débute, suivie bientôt d'un sentiment de gêne de la respiration avec bouffées de chaleur. L'érythème qui se généralise ensuite est caractérisé par des plaques d'un rouge vif d'aspect lisse, mais formant une légère saillie. Les taches sont de grandeur très inégale, tantôt séparées par des intervalles de peau saine, tantôt formant de grands placards. En dehors de la face, on les retrouve sur le devant de la poitrine, au niveau des grandes articulations, au poignet et au cou de pied ; l'éruption se produit d'ailleurs sans fièvre, sans douleur et généralement sans démangeaison.

Lorsque l'érythème est généralisé, la face est toute rougeâtre, les conjonctives palpébrales et ciliaires sont congestionnées, souvent il y a du larmolement, la surface interne des joues, la voûte palatine et le pharynx sont atteints. En même temps surviennent des palpitations, une légère dyspnée et une certaine sécheresse de la bouche. On a aussi signalé l'odeur chloroformique de l'haleine.

C'est généralement après les repas que l'érythème se montre le plus intense. Son apparition est assez variable quant à son début, à sa durée, à sa terminaison. Mais il est strictement en rapport avec l'ingestion du médicament, et c'est là ce qui permet d'en faire le diagnostic, car son aspect ne diffère pas de celui de beaucoup d'autres érythèmes. (*Jour. de méd. et chir. prat.*)

Dans quels cas l'emploi du thermocautère est-il indispensable dans la pratique de la dermatologie ?

Unna a établi quelles sont les affections cutanées qui réclament d'abord l'emploi du thermocautère. Beaucoup d'altérations cutanées dans lesquelles le thermocautère peut être utile, sont justiciables d'autres traitements : électrolyse caustique chimique, ligature ; il existe cependant une série de maladies pour lesquelles le thermocautère est le moyen de guérison le plus sûr, soit qu'il mette le mjeux à l'abri des récidives, soit qu'il amène la guérison en moins de temps que les autres moyens. Le domaine des interventions chirurgicales tend à se rétrécir, car le but que vise en général la dermatologie, c'est la guérison de l'affection avec conservation d'autant de peau normale qu'il est possible de le faire.

Unna cite parmi les affections dont le thermocautère est le meilleur agent de guérison, d'abord :

1^o *L'eczéma invétéré de l'anus et du scrotum.*—La ténacité de cet eczéma résulte en partie de son siège, en partie aussi du prurit excessif qu'il amène, en partie enfin de la difficulté d'application des topiques médicamenteux. Quand, dans ces cas, tous les autres modes de traitement auront échoué, quand le malade commencera à montrer des signes de dépression somatique et psychique, il ne faut pas tarder ; le malade sera chloroformé et, au moyen d'un couteau large, lentement promené sur la partie malade, on cautérise la plaie eczémateuse. Avant la fin de l'anesthésie on appliquera les médicaments indiqués à la fois dans le traitement des brûlures et dans celui de l'eczéma. Comme pansement on emploiera des solutions basiques qui diminuent la douleur de brûlure : solution à 10 p. 100 de borax avec ou sans cocaïne, liniment oléocalcaire, additionné de 2 p. 100 d'acide phénique, solution de résorcine à 2 p. 100. Unna recommande comme pâte la pâte molle au zinc contenant de 5 y 10 p. 100 d'iodoforme.

Q. Ol. Lini.....	}	ââ	25 grammes.
Aq. Calcis.....			
Zinc oxyd			
Cretœ			
Iodoforme.....		5 à 10	—

2^o *Leucoplasie buccale.*—L'auteur a déjà essayé une foule de médicaments contre cette affection. Le thermocautère présente sur les autres moyens l'avantage d'écarter tous les inconvénients résultant du boire et du manger. Il cautérise toutes les plaques, après anesthésie générale ou locale ; la cautérisation est surtout efficace dans les rhagades. Quand la leucoplasie se complique de glossite scléreuse il faut encore être plus énergique dans son traitement.

Les soins consécutifs consistent tout simplement dans l'administration de collutoires boratés qu'il faut prendre comme suit : le malade fait pendant une demi-heure le rinçage de la bouche puis cesse pendant deux heures ; puis il recommence pendant une demi-heure et ainsi de suite. La brûlure est touchée légèrement au nitrate d'argent à 2 ou 3 p. 100. Quand la brûlure a donné lieu à une plaie, on traite celle-ci comme brûlure simple.

3^o *Angiômes de la bouche.*—Les angiômes qui, partis de la peau, envahissent les muqueuses de la bouche, sont avant tout justiciables du Paquelin. Ces nævi ne sont pas aussi inoffensifs que les nævi vulgaires de la peau ; ils saignent plus facilement et peuvent, dans un âge avancé se transformer en angiômes ou tumeurs. L'enlèvement au couteau, la galvano-caustique sont dangereux ; les caustiques chimiques sont trop peu énergiques.

Au contraire, les ponctions faites au moyen de la pointe du thermo-

cautére sont un moyen aussi simple qu'énergique. Dans les nævi étendus on va lentement en s'avancant graduellement de la périphérie vers le centre.

Toutes les autres affections qui sont souvent traitées au thermocautére, peuvent se guérir par d'autres méthodes : aussi dans le lupus nous avons la curette, les scarifications, les caustiques chimiques ; dans les cas d'eczéma chronique des extrémités inférieures et le nævi cutané, les scarifications de Vidal sont préférables au thermocautére ; dans le lupus érythémateux le thermocautére a cédé la place à des moyens beaucoup plus doux.—(*La Clinique.*)

NOUVELLES MÉDICALES.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

L'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal ouvrira sa 48^e session mardi, le 1^{er} octobre prochain, à 3 heures p.m., par un discours d'ouverture par le Dr E. A. Poitevin. Les cours réguliers commenceront le lendemain pour se continuer pendant six mois, sauf la vacance de Noël, du 24 décembre au 7 janvier.

L'assemblée du bureau des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec aura lieu à Montréal, le 26 septembre prochain.

NAISSANCE

A St. Liboire, le 12 septembre 1890, l'épouse du Dr V. Bourgeault a donné naissance à une fille.

DECES.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pénard (de Versailles), correspondant de l'Académie de médecine, auteur de travaux remarquables en obstétrique et en médecine légale.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie—compte rendu du service Bicêtre pendant l'année 1889, par Bourneville, Sallier et A. Pilliet.

Paris, aux bureaux du *Progrès Médical*, ou chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, Place de l'Ecole de Médecine.

ERRATUM.—Dans le travail de M. le Dr de Laval, sur la diarrhée des enfants, il faut lire : L'on emploie le sulfure de carbone à la dose de 4 grammes par litre d'eau, au lieu de 4 grains par livre d'eau.