

L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE

Dr C. O. SAMSON.

L'opothérapie fait rage ! Tous les organes, toutes les glandes de nos corps ont été appelés à contribuer. Les mânes de Brown Sequard doivent en tréssaillir d'aise. Que de promesse en leur nom ne s'est-on pas permises, grâce aux glandes semiesques, fontaine de Jouvence, Darwin ne se serait jamais douté que ses ascendants devaient jouer un tel rôle. Déjà le jour où les croque-morts n'auraient plus que des singes aglandulés à présenter à Charon, était entrevu. Promesses, aux vieux impuissants, aux membres semi-régides, la vitalité, la force et l'entrain d'un Idonis. Promesses aux femmes aux flancs inféconds, la joie de la maternité. En somme il y en avait pour tous les goûts, pour tout le monde, mais peut-être pas pour toutes les bourses !

C'est bien le fait de l'homme de "s'emballer". Que n'a-t-il, comme la machine à Babin, un régulateur pour mettre les freins à bon escient à son enthousiasme.

N'empêche que la thérapeutique glandulaire est née viable. Nul ne peut nier que les extraits de ces merveilleuses cuisinières du sang se prêtent à des applications fréquentes autant qu'utiles, puisque ce sont elles, sous l'oeil du chef, le cerveau, qui veillent à ce que ce liquide nourricier conserve toujours les mêmes éléments, toujours les mêmes ferments.

Mais en présence de ce formidable arsenal nous sommes encore aujourd'hui un peu comme le "bleu" qui ne sait trop ni comment ni quand se servir de ces armes nouvelles et à deux tranchants, car nous farfouillons encore, s'agit-il d'évaluer la défaillance de notre milieu intérieur en ceci ou en cela. Si bien que les préparateurs chimistes ont cru bon de mettre sur le marché leur "pluri glandulaire", parodiant ainsi les anciens avec leurs autels "aux dieux inconnus", espérant comme eux atteindre le vrai.

L'annonce intéressée des fabricants, les promesses alléchantes pour les médecins pressés d'une préparation qui réduirait à un temps l'accouchement, devaient faire éclater autour du nom de l'extrait hypophysaire les 100 voix de la renommée. Et depuis en a-t-on usé, et depuis en a-t-on abusé ? Dieu seul le sait.

Mais en face de catastrophes, en face de désastres, il est plus que temps de crier gare ! Machine en arrière ! Et pour ça je cède la plume à plus autorisé.

Nous lisons dans la "Clinique et Laboratoire" de mai, 1922, ce qui suit :

Dangers de l'extrait hypophysaire en obstétrique.

L'extrait hypophysaire employé comme eutocique serait loin d'être aussi inoffensif qu'on l'avait cru tout d'abord et M. Cheinisse vient d'analyser (*Presse Médicale*, 8 avril 1922), des travaux récents qui mettent en garde contre les abus que l'on pourrait encore être tenté de faire des extraits hypophysaires.

Il y a d'abord toute une série de cas où il ne faut pas employer l'extrait hypophysaire : présentations vicieuses, disproportion entre la tête foetale et le bassin (rétrécissement pelvien, hydrocéphalie), cicatrices utérines, rigidité du col, etc., sans compter les contre-indications d'ordre général, telles que maladies du coeur ou des reins, hypertension artérielle, nervosisme exagéré.

Mais même lorsqu'il n'existe pas de contre-indications, on peut avoir des accidents par l'emploi de l'extrait hypophysaire : c'est ce que l'on a constaté dans beaucoup des 53 cas de rupture utérine enregistrés de 1913 à 1921. Cet accident dramatique serait d'ailleurs plus fréquent que ne le laisse supposer ce chiffre de 53 cas. Rucker et Haskell font remarquer que la plupart des publications se rapportent à des cas de rupture survenue après l'emploi de l'extrait hypophysaire "par un autre confrère", mais on est assez porté à s'abstenir de faire connaître "ses propres catastrophes".

A côté des ruptures utérines, l'emploi des préparations hypophysaires peut entraîner pour la mère d'autres accidents : contracture utérine, téτανisation, déchirures plus ou moins étendues du col, décollement prématuré du placenta, incarceration placentaire, etc. M. Vermelin a également noté une autre manifestation fâcheuse : l'éclampsie.

Si le danger existe pour la mère, il en est de même pour le fœtus. D'après une statistique du *Memorial Hospital*, le pourcentage des mort-nés dans l'accouchement sans extrait hypophysaire est de 3, 4, tandis qu'avec l'extrait hypophysaire, il monte à 8,8.

Mundell, dans les publications parues en 1915 et 1916, a relevé 34 cas de mort de fœtus et 41 cas d'asphyxie grave, sur un ensemble de 1,293 accouchements, soit 1 mort-né pour 38 accouchements et 1 asphyxie pour 32. La mort foetale par hémorragie méningée est particulièrement fréquente.

Devant ces accidents, on comprend que Rieck conseille de s'abstenir de la médication hypophysaire, tout au moins dans la clientèle de ville, et que Josephson déclare que la seule indication "légitime" de ce médicament est l'hémorragie *post-partum*. D'ailleurs, les accoucheurs français, préoccupés des dangers que l'emploi inconsidéré, comme ocytocique, des extraits

hypophysaires injectables peut faire courir à la mère et à l'enfant, ont émis le voeu que l'usage de ce médicament soit réservé aux médecins et que les sages-femmes ne puissent pas en obtenir des pharmaciens sur simple demande.

Maintenant lisons les voeux émis par la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, en sa séance du 8 mars, 1921 :

“Préoccupée des dangers que l'emploi inconsidéré, comme ocytocique des extraits hypophysaires injectables, dont l'action est encore assez mal établie, peut faire courir à la mère et à l'enfant, la société émet le voeu que l'usage de ces médicaments soit réservé aux médecins et que les sages-femmes ne puissent pas en obtenir des pharmaciens sur simple demande de leur part.”

Une société analogue de Paris, à la suite d'un rapport très documenté de M. Le Larier, à l'unanimité de ses membres, arrive à la même conclusion en qualifiant ce médicament de “dangereux”.

Dans le “Journ of the Smer, Medi, Ass.”, le Dr J. J. Mundell dresse pour la seule année de 1916, une statistique comprenant 12 ruptures internes sur une série de 1293 accouchements.

Mlle Mary C. Allen montre que le pourcentage des déchirures génitales, qui est normalement de 11,8, saute à 32,3 avec l'extrait hypophysaire.

Rucker et Haskell ont constaté qu'avec une injection de o.c.m.c. 5 d'extrait, l'augmentation du tonus utérin persiste pendant 35 minutes et que, sous l'influence du médicament, la pression intra-utérine reste constamment plus élevée qu'elle ne l'était au moment du maximum d'intensité des contractions antérieures à l'injection.

Domageable pour la mère, l'extrait hypophysaire s'est aussi montré nuisible pour le fœtus.

La statistique de Mlle Allen indique que le pourcentage des morts-nés dans l'accouchement sans extrait hypophysaire est de 3,4, tandis qu'avec l'extrait hypophysaire il monte à 8,8. La mort foetale par hémorragie méningée est particulièrement fréquente à la suite de l'usage de la pituitrine.

Aussi les auteurs américains sont-ils enclins à limiter de plus en plus le champ d'application de l'extrait hypophysaire en obstétrique, et dans un travail paru tout dernièrement, M. I. Josephson (de New-York) déclare que la seule indication légitime de ce médicament est l'hémorragie “*post partum*”.

Le Dr J. Audebert, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Toulouse, rapporte dans la revue française de Gynécologie

et d'obstétrique l'observation d'un accouchement en avalanche avec éclatement de l'orifice vulvaire après 2 injections d'hypophysine.

En résumé, dit-il, chez une femme dont l'utérus s'était montré particulièrement inerte pendant presque tout un jour, une seconde injection pratiquée une heure après la première, a déchaîné une véritable tempête de contractions qui, en quelques instants, a déterminé :

- 1°—l'accouchement en avalanche ;
- 2°—l'éclatement de la commissure antérieure par suite du dégagement très brusque de la tête ;
- 3°—le décollement prématuré du placenta ;
- 4°—l'arrachement et la rétention des membranes ;
- 5°—l'apparition de tranchées très douloureuses dans le post partum.

L'observation ci-dessus prouve, dit-il en terminant, que l'action des extraits hypophysaires peut être différée et, cumulative. Peut-être, dès lors, conviendrait-il de suivre le conseil de Pouliot, qui recommande de s'en tenir le plus souvent à une seule injection, et, en tout cas, après l'échec de la première, d'attendre 2 heures ou 2 heures et demie pour en pratiquer une seconde.

Au cours du mois dernier, je fus appelé par un très bon accoucheur pour administrer le chloroforme à une primipare en travail. L'extraction de l'enfant par le forceps fut des plus pénibles. Quelques heures au préalable, malgré ce défaut de rapport entre cette tête et le bassin, on avait administré l'extrait. Doit-on ajouter ce petit être au nombre des martyrs de la science ou le verdict doit-il porter : "mort de cause naturelle" ?

Ce que vous venez de lire se passe de commentaires. Et comme corollaire j'ajouterai : "Confrères, avant que d'administrer l'extrait hypophysaire pensez-moins à vous qu'à la pauvre parturiente qui vous est confiée. Songez que le pauvre petit qui va naître a comme vous droit à la vie et que pour aucune considération personnelle vous ne devez diminuer ses chances de survie, sera-ce de un pour cent.

Dr C. O. Samson.

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

INVERSION UTERINE COMPLETE

"OBSERVATION"

Dr Albert JOBIN.

Les cas d'observation d'inversion utérine sont très rares dans la littérature médicale. Cela se comprend facilement, on en compte, paraît-il, un cas sur 175,000 à 200,000 accouchements. Avec cela que personne n'est pressé d'étaler publiquement ce que des malins—et il n'en manque pas dans notre profession—ne manqueraient pas de qualifier de maladresse, pour ne pas dire bévue. En tout cas, à mon âge, cette gêne n'existe plus. Aussi je vais rapporter l'accident qui m'est arrivé un jour, en accouchant une primipare.

C'était le 30 avril 1920. Madame O.... D....., âgée de 22 ans, après une grossesse normale et un travail d'une durée de 7 à 8 heures, accouchait spontanément d'une fille pesant 8 livres. Jusque là tout allait bien et suivant le conseil de Pageot, j'assistai à l'accouchement "les deux mains dans mes poches".

Mais voilà que tout change, et que le bal commence avec la délivrance. En effet cette dernière se fit attendre 15, 20 minutes et même une demi-heure. Il n'y aurait pas eu d'inconvénient à cela, si la femme n'eut pas saigné. Mais malheureusement, elle saignait de plus en plus, si bien qu'elle pâlisait et faiblissait. Le danger causé par l'hémorragie devenait imminent.

Alors j'y allai résolument. Je redressai l'utérus en le refoulant en arrière, et je fis de l'expression utérine (méthode de Crédé). Je l'avouerais même, je tirai sur le cordon. Après plusieurs tentatives infructueuses, je réussis enfin à faire sortir le placenta, mais.... oh ! malheur ! !.... l'utérus aussi. J'étais en présence d'une inversion complète de l'utérus. La matrice, retournée comme un doigt de gant, était complètement sortie des voies génitales. Coiffée de son placenta, elle reposait sur le lit entre les deux cuisses de la mère, et saignait continuellement. La mère était exsangue et à demi-consciente. Il n'y avait pas de temps à perdre.

M'armant de courage, je décollai à la hâte le placenta qui était adhérent sur tout le fond de l'utérus. Une fois le décollement effectué, j'enfonçai profondément ma main gauche dans l'hypogastre, jusque dans le bassin, les doigts disposés en forme d'entonnoir ou de cupule ; puis saisissant le fond de la matrice de ma main droite, la pinçant littéralement entre

mes doigts, je l'enfonçai en deux temps : d'abord dans le vagin, et ensuite dans le ventre, à travers le col de l'utérus, les doigts de la main gauche servant de guide.

Une fois la réduction faite, je laissai quelque temps mon poing dans l'utérus, histoire de réveiller la rétraction et la contraction utérines ; ce qui ne tarda pas à venir.

Ouff !! je respirai enfin... J'étais sauvé. J'en parle aujourd'hui d'un coeur léger, mais je vous assure que je n'étais pas blanc de rire alors. Quel quart d'heure !! J'ai vécu des minutes terribles, pleines d'angoisse. Ce n'est pas un spectacle banal, je vous le jure, de voir une matrice coiffée de son placenta, et gisant sur les draps du lit. Il n'en faut pas plus pour perdre son sang-froid. Aussi quel soulagement j'éprouvai, après avoir été dans des transes mortelles, de voir la matrice en place.

Comme bien l'on pense, les suites de couches furent plutôt anormales. Ma femme fit une légère endométrite infectieuse qui a duré une couple de semaines, et qui a cédé avec des douches ultra-utérines iodo-iodurées.

La perte considérable de sang avait déterminé chez ma malade une anémie profonde, dont elle ne s'est pas encore remise complètement, malgré les meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation.

* * *

Son second accouchement, arrivé spontanément, le 19 août 1921, après une grossesse normale, fut remarquable par le fait que la délivrance se compliqua, cette fois encore, d'adhérence placentaire et d'hémorragie.

On apprend, dit-on, plus de ses revers que de ses succès. Instruit par ma première expérience, je fis immédiatement la délivrance artificielle ; ma main introduite dans l'utérus, je décollai le placenta.

Tout alla ensuite pour le mieux. Mon accouchée eut des relevailles heureuses et normales.

Deux jours après l'accouchement, son bébé mourrait d'hémorragies gastro-intestinales. Son premier enfant vit, et jouit d'une bonne santé.

J'ai tenu à citer ces cas à cause de leur rareté. C'est en effet rare d'avoir une inversion utérine complète ; un cas sur 200,000, paraît-il. C'est rare aussi, je crois, qu'une femme présente, dans des accouchements successifs, des adhérences placentaires. En rapportant cette observation, j'ai voulu mettre en garde contre des expressions utérines trop énergiques, et surtout contre des tractions intempestives faites sur le cordon.

Albert Jobin.

DANGERS DE LA GASOLINE

La gazoline en brûlant émane un gaz qui n'est pas sans danger. Les ouvriers qui réparent les automobiles en savent quelque chose. Il m'a été donné tout dernièrement d'observer un exemple typique.

Le 2 juin dernier j'étais appelé en toute hâte dans un atelier de réparation. A mon arrivée je trouve un homme étendu par terre, encore dans ses habits de travail. Il était à demi conscient, d'une très grande pâleur, et le corps tout couvert de sueurs. Son poulx plutôt lent, mais bien frappé, battait 50 à la minute. Tout d'abord je crus avoir affaire à un empoisonnement par le gaz d'éclairage. Mais après une petite enquête, j'appris que mon malade avait travaillé une partie de l'après-midi sous une automobile dont l'engin était en mouvement. J'avais le chef du mystère. Mon mécanicien souffrait d'empoisonnement par la gazoline.

Après l'avoir mis au grand air, je lui fis prendre un grand verre de lait faute de mieux, tout comme on fait dans les empoisonnements par les gaz d'éclairage. Ce moyen eût le bon effet de faire restituer. Et le sujet fut un peu plus conscient.

Il me raconta alors qu'il avait commencé, au cours de son travail, par avoir mal à la tête et au cœur. Une fois sorti, tant bien que mal, dessous l'automobile, il s'était senti tellement faible qu'il s'était affaissé.

Cette observation n'a rien de bien intéressant en elle-même, ni de bien pratique, seulement ce qui m'a engagé à la reporter, c'est l'idée de porter à la connaissance du monde des mécaniciens les dangers qu'ils courent en réparant les autos.

Dans la "Presse Médicale" (8 avril, 1992), je lisais les quelques notes suivantes qui ont un certain caractère pratique :

"Aux États-Unis le directeur de service de santé a attiré l'attention du président du service d'hygiène sur les dangers que font courir à la santé publique les émanations des gaz d'automobiles."

"Ces gaz, dont on ne songe pas à se préserver, constituent un réel danger pour tout le personnel employé dans les garages; aussi a-t-on préconisé les précautions suivantes :

1°—Toujours ouvrir le garage avant la mise en marche des autos; 2°—ne jamais essayer de faire fonctionner le moteur dans un garage fermé; 3°—ne pas travailler près des soupapes d'échappement; 4°—veiller à la parfaite aération des fosses; 5°—quand les gaz d'évacuation sont utilisés pour le chauffage des automobiles fermées, veiller attentivement à ce que le système ne présente aucune faute."

Albert Jobin.

CHRONIQUE MÉDICALE

Bureau d'hygiène

Le gros événement du jour dans le monde médical est la réforme du Bureau provincial d'hygiène. C'est presque un chambardement.

Voici maintenant, pour servir à l'histoire, la composition du Bureau de direction :

Le Dr Alph. Lessard a été nommé directeur du service de l'hygiène publique. Les autres officiers de ce service ont été nommés en même temps. Le Dr E. M. A. Savard, devient inspecteur général et le Dr E. Pelletier est secrétaire général. Dans le conseil on compte les médecins suivants : Docteurs Ed. Laberge, Montréal, B. A. Conroy, Montréal, G. Archambault, Montréal, O. Leclerc, Québec et J. A. LeDuc, Montréal.

Voici la liste officielle du comité général des études des questions concernant l'hygiène dans la province de Québec telle qu'approuvée par le lieutenant gouverneur et qu'on pourrait appeler "le bureau de consultation" :

Dr S. Boucher, Dr William Hutchison, Dr J.-A. Beaudoin, Dr de L. Harwood, Dr Denistan Grey, Dr Art. Rousseau, Dr Albert Paquet, Dr Aurèle Nadeau, Dr C.-R. Pâquin, Dr L.-F. Dubé, Dr Dubeau, dentiste, Aimé Cousineau, ingénieur et Omer St-Amour, pharmacien.

Deux réflexions nous viennent tout naturellement à l'esprit : l'une de surprise, l'autre d'espérance.

Le doge de Gènes visitait un jour le palais de Versailles. Le roi Louis XIV lui demanda ce qui l'avait le plus étonné dans cette visite. "Ce qui m'étonne le plus à Versailles, répondit le doge, c'est de m'y voir."

Parmi ceux qui composent ces deux commissions il en est qui ont dû, sans doute *in petto*, faire la même réflexion. Par contre, parmi ceux qui ne s'y trouvent pas, il en est qui, avec non moins de raison, ont dû faire une réflexion contraire.

En tout cas, la composition de ces comités ne laisse pas cependant que de nous inspirer quelque confiance. Il est un vieux dicton populaire qui dit : "un balai neuf (prononcer neu) balaie toujours mieux". Espérons d'abord que la politique—telle qu'on l'entend dans notre pays, et qui gâte tout ce qu'elle touche,—n'interviendra jamais dans les décisions du Conseil d'Hygiène. Nous formons aussi des vœux, pour que l'on fasse disparaître bientôt, particulièrement deux foyers d'infection typhique, qui sévissent dans deux municipalités rurales de notre district, et dont la source bien connue est l'eau d'alimentation. En mettant à la raison les propriétaires de ces deux aqueducs, le Bureau d'Hygiène sauvera un grand nombre de vies, et rendra service à la société.

Le personnel des bateaux du gouvernement fournissent un contingent régulier et assez notable de cas de fièvre typhoïde. N'y aurait-il pas moyen d'y voir? Ces bateaux, notamment le "Montcalm", s'approvisionnent dans le fleuve St-Laurent, à l'Île Madame, d'une eau naturellement pulluée.

Allons, messieurs du Conseil d'Hygiène, servez-vous de votre balai neuf. Faites d'abord désinfecter les réservoirs des bateaux du gouvernement; et ensuite obligez-les à s'approvisionner à une source d'eau potable.

Dans une prochaine chronique nous signalerons une couple d'autres réformes qui nous tiennent au cœur.

En attendant nous présentons nos félicitations aux nouveaux titulaires, et nous leur souhaitons bonne chance dans leur nouvelle carrière.

* * *

Le congrès des aliénistes.

Dans la semaine du 4 juin s'est tenu, dans la cité de Québec, le congrès des aliénistes américains et canadiens. Au témoignage des congressistes étrangers, cette convention a surpassé toutes les précédentes du même genre. D'abord l'assistance a été plus nombreuse que de coutume; on comptait près de 300 congressistes. De plus, les séances ont été aussi plus régulièrement suivies. Contrairement à ce qui s'était fait dans le passé, les séances étaient tenues en dehors de l'hôtel où les congressistes pensionnaient. Cette année, ce fut au Parlement de Québec. Ce fut une heureuse innovation que les officiers du congrès apprécèrent beaucoup, en félicitant les organisateurs de Québec.

Enfin l'exposition fut un franc succès. Il nous a été donné de visiter cette exposition en compagnie d'un des organisateurs. Ce fut pour nous une véritable révélation de constater et d'admirer les travaux nombreux et variés, faits par les malades internés, et cela dans un but thérapeutique. L'Hôpital St-Michel Archange de Québec y figurait avec avantage; même il a remporté le premier prix pour son exposition, surtout à cause de sa belle ordonnance.

Les travaux de l'aiguille et du crochet y figuraient en grand nombre. Il y avait des dentelles de grande valeur, de même que des tissus d'une réelle beauté. On y voyait des raquettes, des broses, des balais, des chaussures, des habits d'homme et de femme, des meubles, des paniers, des jouets, du dessin et même de la peinture; j'en oublie naturellement.

Ce congrès s'est terminé par la visite de l'Hôpital St-Michel Archange. Les congressistes, leurs dames et les invités y furent reçus et cicéronnés par les Drs Brochu, Morois, Roy, Delâge et Caron.

Il nous fût donné ensuite de visiter la ferme, les bâtiments et les animaux, réputés les plus beaux et les mieux tenus, au dire de l'Hon. M. Caron, ministre de l'agriculture, alors présent.

Dans la porcherie, nous rendîmes une visite "officielle" au "seigneur" de ces lieux, qui grognait "royalement" dans son coin. Dans la stalle voisine, une truie immense, étendue de tout son long, avait mis "la table" à ses treize porchelets nouveaux-nés, qui farfouillaient leur mère à qui mieux mieux. En les voyant ainsi déguster leur repas, l'eau ne m'en venait pas à la bouche, mais le vers du poète tombait tout naturellement de mes lèvres :

Au banquet de la vie, fortunés convives.

* * *

Laveran : La France vient de perdre une autorité médicale de premier ordre dans la personne du professeur A. Laveran. Le nom de Laveran est inséparable de celui de paludisme. C'est lui qui, le premier, a fait connaître la présence, dans le sang des paludiques, des hématozoaires, agents de l'infection. C'est lui aussi qui soupçonna les moustiques d'être les agents propagateurs de cette maladie. En effet les travaux de Manson et de Ross vinrent confirmer les prévisions de Laveran. La découverte de Ross et de Manson complétait celle de Laveran.

La lutte contre les moustiques, agents vecteurs des protozoaires, devint dès lors la base rationnelle de toute prophylaxie contre cette terrible maladie, la plus vaste endémie qui sévissait à la surface du globe. Laveran se fit l'apôtre de cette prophylaxie. Aussi les résultats furent des plus heureux et des plus démonstratifs. Si bien qu'on peut, sans exagération, ranger Laveran parmi les rares bienfaiteurs de l'humanité.

Aussi le Canada-français se joint à la France pour déposer sur la tombe de ce grand savant l'hommage de son admiration et de sa reconnaissance.

* * *

Sir Patrick Manson—C'est une grande figure qui vient de disparaître. Né le 3 octobre 1844, Sir Patrick Manson vient de s'éteindre à l'âge de soixante-dix ans, après une vie bien remplie, fatigée de labeur constant et de recherches originales qui ont contribué à lui conférer une renommée scientifique mondiale.

En ce qui concerne le paludisme, c'est à lui que l'on doit la démonstration la plus indiscutable de sa propagation par les anophèles, déjà envisagée par Laveran. Il inspire tout d'abord les belles expériences aujourd'hui classiques de Ronald Ross, puis il apporte lui-même la preuve du rôle de ces insectes : de la campagne romaine il se fait envoyer à Londres des anophèles infectés, et leur fait piquer son propre fils, ainsi que G. Warren. Quelques jours après, tous deux présentaient les symptômes les plus évidents des accès palustres.

Grippe : A Québec, depuis le commencement de mai jusque vers la mi-juin a sévi à l'état aigu, une maladie infectieuse, contagieuse, caractérisée par des symptômes généraux et surtout par du catarrhe des voies aériennes, et qui ressemblait en tout point à notre grippe banale, saisonnière. Quelquefois le sujet ne souffrait que de l'infection sans aucune localisation viscérale. D'autres fois la maladie se compliquait de broncho-pneumonie ou de méningisme. Dans un bon nombre de cas la peau du malade était parsemée de taches rouges, éruption qui durait à peine 24, 30 heures.

C'était de plus une maladie contagieuse. Généralement quand elle entraînait dans une maison, tous les petits enfants y passaient, plus ou moins gravement atteints. Ce sont eux en effet qui ont payé le plus large tribut à cette petite épidémie. Quelques rares adultes en ont souffert.

Dans les cas simples, cette maladie évoluait en une semaine. Le pronostic était généralement favorable. Les cas, compliqués de pneumonie, furent assez souvent mortels.

Le traitement ordinaire des maladies infectieuses, du coryza et de la brochite, avait ordinairement raison de cette maladie.

* * *

L'affaire Delorme : Le "Bulletin Médical" n'en peut se désintéresser, d'autant plus que les médecins ont joué le rôle le plus important dans le *dénouement de ce procès*.

Trois choses nous ont particulièrement frappés. La première, c'est l'*unanimité* des opinions émises par les médecins appelés en expertise. Le contraire est arrivé souvent dans le passé, et cela au grand détriment du prestige de notre profession. Quand donc le comprendrons-nous ?

La deuxième, c'est l'à-propos de la protestation des médecins de Montréal contre la conduite du magistrat sur le banc. C'est un bel acte de solidarité professionnelle, en même temps qu'un bel exemple à suivre. Pour une fois, l'*"invidia medicorum"* vieille et universelle, avait fait taire sa voix.

Contraste frappant : la protestation fut faite dans une forme très digne. Qu'on en juge :

"Un groupe de médecins, réunis pour discuter des intérêts professionnels, mis au courant des faits qui se sont passés en Cour aujourd'hui dans le procès Delorme, ont manifesté leur étonnement au sujet des insinuations blessantes, faites par le président du tribunal à l'adresse d'un des experts médicaux témoins. Ils regrettent que les difficultés de la position des experts ne soient pas mieux comprises par ceux qui devraient leur en faciliter la tâche".

La troisième, c'est qu'il s'est trouvé 12 jurés intelligents pour mettre un terme à cette malheureuse affaire, en déclarant l'accusé, suivant le témoignage des médecins, "*non compos mentis*".

Nous ajouterons la réflexion suivante: quelque soit le degré de culpabilité ou de responsabilité de l'accusé Delorme, il est heureux pour l'intérêt commun que les choses se terminent ainsi.

* * *

Congrès des médecins de langue française.

A Montréal, le 7, 8 et 9 septembre prochain, se tiendra le septième congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Il serait à désirer que tous les médecins, en état de le faire, s'inscrivent sinon comme conférenciers, du moins comme congressistes. Ils ont tout à y gagner.

Les questions principales à l'ordre du jour sont: l'ulcère de l'estomac, le goître exophtalmique, les cholécystites, la pleurésie purulente, le cancer, la tuberculose, les vaccins, les accidents du travail, etc.

Une innovation heureuse est la suivante: *les matinées seront occupées par des cliniques dans les hôpitaux.* Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour prédire que ce sont ces séances là qui seront les mieux suivies.

Me sera-t-il permis de faire une suggestion? Je la soumets en toute sincérité; elle est dictée par l'intérêt commun. Si on excepte les rapports faits sur les questions principales, on ne devrait pas accorder plus d'un quart d'heure pour chaque autre communication. Le règlement devrait être formel et appliqué à la lettre.

Dans le passé nous avons quelque peu souffert de la suffisance et de l'encombrement de certains gens qui "*s'écoutaient*" un peu trop dans ces congrès. Je dis "*s'écoutaient*", car les autres ne les écoutaient plus. Le congrès n'est pas un *medium* d'annonce, que je sache, mais une occasion pour chacun d'apporter le concours de ses lumières et de son expérience.

La science médicale n'est pas le monopole d'aucune classe, ni d'aucun groupe. Elle est le partage de tout le monde médical. Chacun en a sa petite part. Et c'est cette part là que nous voudrions voir mise en lumière, dans nos congrès pour le bénéfice des autres. En effet, il n'est pas jusqu'au plus humble d'entre nous qui ne puisse, dans la sphère restreinte qui lui est assignée, rendre de modestes services à la cause qui nous est chère. Je veux dire l'avancement médical dans notre province, car, comme l'a dit un penseur: "*Si votre petite lampe donne toute sa lumière, c'est toujours autant de ténèbres de moins dans le monde, quelque petit que soit le coin qu'elle éclaire.*"

Laval.

LES HÉMORRAGIES DE LA PÉRIODE DE LA DÉLIVRANCE

Par M. le docteur BOURRET,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

La période qui suit l'expulsion de l'enfant et qui est caractérisée au point de vue anatomique par le décollement du placenta est incontestablement la période des grandes hémorragies: c'est à ce moment là en effet qu'apparaissent non seulement celles qui ont pour origine la plaie placentaire et qui constituent les hémorragies proprement dites de la délivrance, mais encore celles qui résultent d'une lésion des voies génitales ou d'une complication tout à fait exceptionnelle telle que l'inversion utérine.

Nous aurions donc à étudier au point de vue pratique les quatre variétés d'hémorragies suivantes:

1. Les hémorragies dues au décollement placentaire: au cours de la délivrance.

2. Les hémorragies dues à la plaie placentaire: après la délivrance.

3. Les hémorragies ayant leur origine en dehors de la plaie placentaire et qui se manifestent cliniquement soit pendant soit après la délivrance.

4. Les hémorragies dues à une inversion utérine.

Ces dernières méritant une étude à part, nous nous bornerons pour aujourd'hui à l'étude des trois premières variétés.

1. *Hémorragies dues au décollement placentaire.*—Ce sont certainement les plus fréquentes et celles dont l'étude est la plus classique: elles tiennent à un décollement partiel du placenta, accompagné d'une zone d'inertie locale. Elles se manifestent en général de la façon suivante: après expulsion de l'enfant, immédiatement ou après quelques minutes pendant lesquelles tout paraît normal, vous constatez l'hémorragie sous la forme soit d'un écoulement vulvaire continu, soit d'un flot de sang mêlé de caillots: en même temps l'exploration abdominale vous indique tantôt un utérus uniformément mou, tantôt un utérus contracté mais sur la surface duquel vous reconnaissez facilement une zone molle plus ou moins étendue. Sous l'influence de frictions l'inertie cesse en général facilement, mais ces manœuvres ne font souvent qu'augmenter l'hémorragie; cela n'a rien d'étonnant, car la contraction ne peut avoir pour résultat que d'augmenter la surface du décollement partiel et par conséquent de la zone qui saigne. Évitez donc les manœuvres de malaxation utérine que l'on voit pratiquer de façon presque systématique et qui ne constituent pas du tout le traitement rationnel de l'hémorragie placentaire à cette période; elles vont même à l'encontre du résultat que vous recherchez, et elles doivent être réservées pour la période qui suit l'expulsion spontanée ou artificielle du placenta tout au moins son décollement complet.

Tant que le délivre est encore dans la cavité utérine utilisez plutôt les moyens suivants. D'abord la *compression manuelle de l'aorte*. Dès que vous constatez une hémorragie tant soit peu importante, et après vous être

rendu compte que l'expulsion de sang n'est pas due simplement à la première contraction qui succède au repos physiologique, n'hésitez pas à comprimer l'aorte abdominale entre votre main et le bord gauche de la colonne vertébrale, le long duquel ses battements sont facilement perçus : appuyez jusqu'à disparition des battements. C'est là un moyen thérapeutique de premier ordre qu'il ne faut pas réserver, comme on a tendance à le voir faire trop souvent, aux cas de gravité exceptionnelle ; vous ne sauriez au contraire trouver de méthode plus simple, puisqu'elle ne nécessite aucune instrumentation, aucune stérilisation préalable, et que la perception de l'aorte abdominale chez la femme qui vient d'accoucher est d'une simplicité extrême ; elle est à coup sûr absolument et immédiatement efficace au moins comme moyen d'hémostase provisoire, vis-à-vis de toute hémorragie *utérine*, enfin contrairement à la méthode de Momburg qu'on a essayé parfois de lui substituer, elle ne présente absolument aucun inconvénient pour la parturiente.

Vous continuerez la compression pendant quelques minutes, puis si chaque fois que vous la suspendez l'hémorragie se reproduit, vous substituerez à votre propre main celle d'un aide quelconque en ayant seulement soin de la placer en bonne position et en recommandant à votre aide improvisé de continuer à appuyer sans brusquerie. Vous aurez ainsi recouvré votre liberté pour être en mesure de pratiquer le traitement rationnel de l'hémorragie à cette période, c'est-à-dire le décollement total et l'expulsion du placenta, en d'autres termes la *délivrance*.

Essayez d'abord, à moins que le temps ne presse, de réaliser cette délivrance par les *manoeuvres externes ordinaires* : refoulement et tractions légères sur le cordon ; si vous réussissez faites suivre l'expulsion du délivre d'un injection intra-utérine chaude de solution iodo-iodurée à 45 degrés, pratiquez un peu de massage du globe utérin, et très souvent par ces moyens simples vous aurez la satisfaction de voir l'hémorragie s'arrêter définitivement.

Si au contraire vous éprouvez quelques difficultés à obtenir le décollement placentaire, après avoir soigneusement désinfecté vos mains, ou les avoir garnies de gants de caoutchouc bouillis, précautions que la compression de l'aorte vous donnera toujours le temps de prendre, vous pratiquerez la *délivrance artificielle manuelle*. Suivant l'état de la malade vous l'exécutez soit sous, soit sans anesthésie générale à l'éther, soit simplement sur un bassin d'accouchement soit en travers du lit : pendant que votre main gauche fixera le fond utérin (manoeuvre capitale) à travers la paroi abdominale, allez avec votre main droite introduite toute entière dans le vagin, puis dans la cavité utérine reconnaître la zone d'insertion placentaire, en vous servant au besoin du cordon comme guide ; amorcez ensuite le décollement placentaire sur l'un des bords, puis poursuivez peu à peu et de proche en proche ce décollement avec l'extrémité ou le bord mousse des doigts : ce n'est qu'en présence d'adhérences résistantes que vous gratterez, que vous peignerez le tissu pour en obtenir le décollement ; lorsque la totalité du gâteau placentaire vous paraîtra détachée, faites glisser le délivre dans le vagin, puis, explorez de nouveau la zone d'insertion, voyez s'il ne reste rien ; constatez aussi si l'utérus se contracte. Alors seulement retirez votre main qui entrainera avec elle hors de la vulve le délivre et les caillots qui emplissent le vagin.

La délivrance artificielle manuelle, nous dirions plus volontiers la révision manuelle de la cavité utérine, est, ne l'oubliez pas, le mode de traitement héroïque de toutes les hémorragies de la délivrance. Il ne faut pas, par crainte exagérée de l'infection, en restreindre trop l'utilisation; vous aurez avantage à l'employer comme il est classique de le faire lorsque la délivrance n'est pas faite; mais aussi dans tous les cas où elle est douteuse, et même, à notre avis, toutes les fois qu'une hémorragie ne s'arrête pas, et cela d'une façon bien complète par les moyens externes.

Votre main introduite dans la cavité utérine en retirera soit des débris cotylédonaire, soit des lambeaux de membranes, soit même de simples caillots dont l'expulsion fera cesser l'hémorragie; d'autres fois elle vous permettra de reconnaître dans une inversion utérine incomplète, ou dans la présence d'un fibrome sous-muqueux la cause de la persistance et de la gravité de l'hémorragie.

Dans les cas ordinaires lorsque l'expulsion bien complète du délivre n'arrête pas l'hémorragie, lorsqu'après avoir retiré votre main qui a pratiqué soigneusement la révision de la cavité, vous avez le désagrément de constater que l'hémorragie continue, c'est que vous avez à faire soit à une *inertie utérine grave*, soit à une *hémorragie ne venant pas de la zone placentaire*.

Dans le premier cas (absence de globe de sûreté) essayez de réveiller les contractions par un massage énergique du muscle utérin, par des injections intra-utérines à 45 degrés; si cela ne suffit pas, ne perdez pas votre temps, remettez votre poing dans l'utérus, ce sera le meilleur agent d'excitation, comprimez la totalité du muscle entre ce poing et votre autre main empoignant le fond de l'organe à travers le paroi abdominale; en même temps faites pratiquer une injection d'ergotine, vous le pouvez à ce moment, mais à ce moment là seulement, puisque vous êtes alors absolument certain de la vacuité utérine; si enfin l'inertie tend à reparaitre chaque fois que vous tentez de supprimer l'excitation intra-utérine manuelle, substituez à votre poing un tamponnement très serré de toute la cavité utérine et de toute la cavité vaginale.

Dans le second cas (persistance de l'hémorragie malgré la certitude de la vacuité utérine et de l'existence manifeste de contractions), nous verrons plus loin ce que vous aurez à faire.

II. *Hémorragies consécutives au décollement placentaire*. — Le tableau clinique habituel de ces hémorragies est le suivant: l'accouchement et la délivrance se sont passés sans incident, tout paraît d'abord aller parfaitement, et vous avez en somme tout lieu de vous montrer satisfait lorsque la malade commence à accuser quelques malaises: inquiétude, agitation, sensation de mal au coeur, besoin d'air, décoloration légère des muqueuses des lèvres; ne traitez jamais à la légère ces plaintes des malades, ne les mettez pas sur le compte d'un nervosisme, d'une sensibilité exagérée, examinez le poulx de la malade, vous le trouverez rapide et petit; inspectez l'utérus vous pourrez parfaitement constater qu'il est régulièrement contracté, mais vous serez frappé par son volume, par l'élévation de son fond, au niveau ou au-dessus de l'ombilic, parfois jusque sous les fausses côtes; devant ces constatations, et malgré le peu d'importance de l'écoulement sanguin vulgaire, n'hésitez pas à faire le diagnostic d'hémorragie grave qui

s'accumule dans le vagin et dans la cavité du segment inférieur; comme traitement ne vous contentez pas d'une simple injection chaude, ou de manœuvres de message utérin; là encore pratiquez sans hésitation la revision manuelle de la cavité utérine: vous retirerez en général de gros caillots, souvent quelques débris cotylédonaires ou membraneux, et une fois que la vacuité utérine sera bien complète, l'hémorragie s'arrêtera définitivement et vous aurez la satisfaction de voir votre malade se remonter très rapidement.

III. *Hémorragies ayant leur origine en dehors de la plaie placentaire.*—La plupart résultent d'une lésion traumatique des voies génitales; elles méritent d'être étudiées ici, car c'est pendant la période de la délivrance qu'elles se manifestent et que vous aurez à les diagnostiquer et à les traiter. Celles qui sont dues à une plaie superficielle attireront votre attention et seront reconnues facilement souvent même avant la délivrance par la simple inspection de la vulve entr'ouverte. Il n'en sera pas toujours de même pour celles qui ont comme origine une plaie profonde du vagin ou du col; vous ne les diagnostiquerez souvent que lorsqu'après avoir crû à une hémorragie placentaire banale avoir parfois pratiqué pour cela la délivrance artificielle, vous constaterez que malgré la vacuité certaine de l'utérus, malgré sa contraction indéniable, l'hémorragie continue avec la même abondance et la même régularité.

Dans tous ces cas recherchez d'abord soigneusement d'où vient le sang; inspectez successivement la vulve surtout la région vestibulaire, par l'examen direct; le vagin, le col et le segment inférieur au moyen du toucher d'abord, puis de la vue en vous aidant de valves, de pinces tire col, et d'un bon éclairage. En présence d'une hémorragie importante ne craignez pas de pratiquer un examen très complet, cela facilitera du reste singulièrement votre traitement qui doit consister toutes les fois que c'est possible dans la suture de la plaie bien mise en évidence.

Cette suture est en effet le seul traitement vraiment logique qui mettra la malade à l'abri de tout danger immédiat (hémorragie) ou tardif (infection): avec un peu de patience, et un outillage approprié elle est réalisable dans la majorité des cas.

Les hémorragies *vestibulaires* saignent beaucoup à cause de leur voisinage avec les racines du clitoris, elles résistent au tamponnement, mais sont faciles à suturer: la seule précaution à prendre est d'éviter la blessure de l'urèthre que vous pourrez au besoin repérer avec une sonde.

Les plaies de la *partie basse du vagin* se confondent en général avec les plaies du périnée, et leur traitement est réalisé par les sutures suivant la technique habituelle.

Les déchirures profondes des *culs-de-sac vaginaux* et *celles du col* sont plus difficilement accessibles; on peut pourtant en général parvenir à les atteindre et à les suturer en s'aidant de valves, de pinces à abaissement, d'aiguilles à pédale, et surtout d'un bon éclairage. Ce n'est que dans les cas où il y aura réellement impossibilité de faire mieux, que vous vous résoudrez à utiliser comme traitement le *tamponnement*. Celui-ci doit être évidemment très aseptique et très serré et pour cela il doit occuper toute la cavité utérine et toute la cavité vaginale. Il n'a donc rien de commun avec les tamponnements que l'on voit journellement et qui sont constitués par

quelques tampons de coton glissés au hasard dans le vagin. Pour le réaliser dans des conditions aussi parfaites que possible procédez de la façon suivante : préparez d'abord votre matériel : pour cela si vous n'avez pas des lanières de gaze stérilisée *longues* et *épaisses*, fabriquez en avec du coton *stérilisé* ; si vous ne possédez pas de coton stérilisé, prenez du coton hydrophile en paquets, mais alors ayez soin après l'avoir divisé en lanières, de la faire soigneusement bouillir ; ce coton exprimé mais encore humide constituera un excellent tampon qui placé dans une cuvette en émail elle-même bouillie vous sera présenté par un aide qui n'aura ainsi pas à le toucher ; puis, si la malade n'est pas trop anémiée, placez la en position obstétricale en travers du lit, ouvrez la vulve au moyen de valves ou au besoin d'un simple spéculum, abaissez le col en saisissant la lèvre antérieure au moyen d'une pince de Museux, et avec une pince à pansement allez porter *au fond* de l'utérus l'extrémité de l'une de vos lanières de gaze ou de coton ; comblez de poche en poche toute la cavité utérine, puis toute la cavité vaginale, ne craignez pas de tasser le tamponnement, retirez ensuite vos valves et terminez par un tamponnement vulvaire aussi serré que possible. Si, au moment d'intervenir, la malade est déjà dans un état alarmant, mieux vaut éviter de la remuer pour la mettre en travers du lit : faites alors le tamponnement à la main, le siège étant simplement surélevé par un bassin à accouchement.

Le tamponnement ainsi réalisé sera généralement efficace, mais il expose certainement la malade à de graves dangers d'infection ; aussi évitez de le laisser longtemps en place ; douze à dix-huit heures suffisent généralement, retirez-le peu à peu, avec une grande douceur, pour éviter que l'hémorragie ne reparaisse au moment de son ablation.

Tels sont les différents moyens thérapeutiques que vous aurez à mettre en oeuvre pour arrêter les hémorragies les plus habituellement observées au cours de la période de la délivrance. Ce traitement causal est évidemment essentiel, mais il ne doit pas bien entendu vous faire oublier le traitement non moins important de l'anémie aiguë consécutive à toutes ces pertes de sang, traitement dont nous ne ferons ici que vous rappeler brièvement les principales directives et que vous utiliserez suivant les circonstances cliniques soit avant, soit pendant, soit seulement après votre intervention hémostatique : *a.* Évitez de remuer les malades qui ont eu de grosses hémorragies, de les endormir surtout au chloroforme (hypotenseur), de leur faire des injections d'ergot, vasoconstricteur énergique qui par anémie brusque du bulbe peut achever la malade ; *b.* Efforcez vous au contraire de faire affluer vers le bulbe le peu de sang qui circule encore, pour cela utilisez la position horizontale, ou mieux la tête basse, au besoin la position improvisée de Trendelenbourg ; *c.* Réchauffez la malade, faites-lui respirer de l'oxygène pour entretenir la vie ; *d.* Surtout redonnez à la circulation le liquide qui lui manque, par des injections abondantes de sérum artificiel chaud sous-cutané ou même intraveineuses dans les cas très urgents : c'est là le médicament héroïque de l'anémie aiguë post-hémorragique qui suffit dans la grande majorité des cas, et que par conséquent vous devez toujours posséder en abondance dans votre arsenal. Dans les cas tout à fait graves n'hésitez pas à lui adjoindre la transfusion sanguine devenue réellement pratique par la méthode du sang citraté. A défaut de l'hétéra-trans-

fusion, pratiquez au moins l'autotransfusion, en soulevant les quatre membres de votre malade et en exprimant vers le tronc le sang qu'ils renferment encore au moyen d'un bandage roulé (élastique si possible) partant de l'extrémité de chaque membre pour se diriger vers sa racine; *e*. Utilisez enfin les médicaments toni-cardiaques habituels: injections d'éther, de spartéine, d'huile camphrée, de caféine. Mais soyez bien persuadé que tous ces moyens ne donneront un résultat durable que si l'hémorragie est bien définitivement arrêtée; c'est là n'en doutez pas le point capital, si la malade continue à saigner même de façon très modérée mais continue, elle ne se remontera pas, quoique vous fassiez. Heureusement, comme nous nous sommes efforcé de vous le montrer dans la première partie de cette rapide étude, les moyens de mettre un terme définitif à la perte de sang ne manquent pas; ils ont en outre l'avantage de ne nécessiter pour la plupart aucune instrumentation spéciale; ils doivent par conséquent vous donner pleine confiance, et vous permettre de surveiller sans trop d'appréhension cette période toujours angoissante de la délivrance.

(*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril, 1922).

Antiseptique Désodorisant

SANS ODEUR ET NON TOXIQUE

LUSALDOL

Formol saponiné

Desinfectant général — En solution de 1 à 5%

GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE D'ACCIDENTS
STÉRILISATION DES INSTRUMENTS

M. CARTERET, 15, Rue d'Argenteuil, PARIS.

Pour Littérature et Echantillons, s'adresser aux Concessionnaires

ROUGIER FRÈRES, 210, rue Lemoine, -- MONTRÉAL

DYSTOCIE DUE A LA CONSTRICTION D'UNE CUISSE PAR LE COL DE L'UTERUS. (J. P. Greenhill de Chicaga)—On sait que la question de la rigidité du col est encore controversée, notamment en ce qui concerne la variété spasmodique, dont l'existence est contestée par certains auteurs. Le fait rapporté par Greenhill prouve que la rigidité spasmodique, quoique extrêmement rare, est cependant possible.

Il s'agissait d'une secondipare, chez laquelle la grossesse et l'accouchement antérieur n'avaient présenté rien d'anormal. Cette fois la patiente se présenta à la maternité 3 jours après la rupture des membranes; les premières douleurs ne se déclarèrent que le jour même de son admission. Six heures après, le col était complètement effacé et dilaté, et, bientôt la tête fut expulsée spontanément, les épaules furent dégagées avec une légère difficulté puis le thorax, mais, lorsqu'on essaya de poursuivre l'extraction du tronc, on échoua, malgré des tractions assez énergiques. L'examen montra que la jambe gauche de l'enfant était repliée dans le vagin: on la dégagait rapidement, mais il fut impossible d'extraire le membre inférieur droit. En pratiquant de nouveau le toucher on constata que le col, qui était très ferme, se trouvait étroitement appliqué contre la cuisse de l'enfant, à tel point que l'on ne parvenait pas à insinuer le doigt entre cette cuisse et le bord du col. La parturiente fut alors profondément anesthésiée, et même en pleine narcose ce fut seulement avec une difficulté considérable que l'on introduisit un doigt sous le bord de l'orifice externe, entre ce bord et la cuisse; l'extrémité inférieure droite fut ainsi extraite 24 minutes après l'expulsion de la tête. Au niveau de la jonction du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse, on constatait une constriction profonde, circulaire, d'un rouge vif, portant sur tout le pourtour de la cuisse. Toute la partie de membre au-dessous de la constriction était considérablement augmentée de volume et fortement congestionnée.

L'étiologie de cet état spasmodique du col resta obscure. La patiente n'avait reçu ni regot de seigle, ni extrait hypophysaire.—*L. Cheinisse* (La Presse Médicale, mars, 1922).

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA GROSSESSE.—Kamnitzer et Joseph (de Berlin) ont été à même de se convaincre que, chez la femme enceinte, l'injection intra musculaire de 25 decimilligramme de *phlozine* (2 cmc $\frac{1}{2}$ d'une solution de 3 centigr. de phlorizine dans 30 cmc d'eau) provoque régulièrement au bout d'une demi heure, une glycosurie marquée, tandis qu'on n'observe rien de semblable hors de la grossesse.

Sur les 30 femmes enceintes qui ont été examinées à cet égard, la plupart étaient au 1er mois de leur grossesse, 7 au 2e mois, 5 au 3e et 1 au 4e mois. Chez nombre d'entre elles, la grossesse paraissait encore douteuse, voire improbable, et le diagnostic ne fut établi qu'en se basant sur le résultat positif de l'épreuve à la *phlorizine*. Or, chez toutes, ce diagnostic fut confirmé par le résultat ultérieur.

Pratiquée dans 9 cas d'avortement, la même épreuve se montra également positive, et cela pendant 6 à 8 jours (dans un cas, jusqu'à 10 jours même) après l'avortement.

Sur 70 femmes ou filles, non enceintes, l'épreuve fut négative 63 fois. Or, dans quelques-uns de ces 63 cas, on pouvait cliniquement soupçonner l'existence d'une grossesse (absence de règles, etc...) Mais après résultat négatif de l'épreuve à la phlorizine, l'évolution ultérieure montra que les 63 patients n'étaient pas enceintes. Kamnitzer et Joseph se croient donc autorisés à conclure que l'absence de glycosurie à la suite d'une injection de 25 decimilligr. de phlorizine permet d'exclure le diagnostic de gravidité.

Le résultat positif de la dite épreuve a moins de valeur, sur 70 cas témoins, on a compté 7 femmes chez lesquelles l'injection de phlorizine fut suivie de glycosurie, sans qu'elles fussent enceintes. (La Presse Médicale, nov., 1921).

L'EMPLOI DE L'ESSENCE PURE DE GOMENOL DANS L'ASEPSIE DU CHAMP OPERATOIRE SUR LES ORGANES GENITAUX EXTERNES; par M. J. Duvergey.

Lorsque le chirurgien pratique une opération sur les organes génitaux externes de l'homme ou de la femme, il est souvent très gêné pour l'asepsie du champ opératoire. Il emploie habituellement pour l'assurer l'alcool ou la teinture d'iode dédoublée. Or l'application de ces deux liquides est excessivement douloureuse. Si l'opération est pratiquée à l'anesthésie locale ou régionale, la brûlure causée par l'alcool et la teinture d'iode est intolérable; si l'intervention a lieu sous anesthésie générale, c'est au réveil que le patient ressent la brûlure, qui peut chez certains être même très accusée.

C'est en raison des gros inconvénients de l'emploi de l'alcool et de la teinture d'iode en vue d'assurer l'asepsie des organes génitaux externes que je signale à l'attention des praticiens un antiseptique qui est très peu connu: l'essence pure de goménol.

J'emploie toujours en effet l'essence pure de goménol en badigeonnages sur les organes génitaux externes, avant toute opération sur ces régions. Son application est absolument indolore, n'offre aucun inconvénient et a le même effet antiseptique que la teinture d'iode. L'essence pure de goménol a donc tous les avantages de la teinture d'iode sans en avoir les inconvénients. Sur les muqueuses, comme sur la muqueuse vaginale, il est remarquablement bien supporté. Son action antiseptique est sûre, fidèle. En 1914, je l'employais systématiquement dans toutes les opérations, même les laparotomies. Je n'ai jamais eu la moindre suppuration, ni le moindre ennui.

L'essence pure de goménol est agréable à l'odorat, contrairement à la teinture d'iode qui pique souvent les yeux; elle n'abîme pas le linge; c'est là aussi un gros avantage.

L'essence pure de goménol s'applique sur le champ opératoire comme la teinture d'iode, c'est-à-dire à sec, et on laisse évaporer pendant environ cinq minutes, de façon à assurer la pénétration de l'antiseptique dans l'intimité de la peau.

Cette communication a un véritable intérêt : en juin dernier, un chirurgien des hôpitaux parisiens me demandait : "Connaissez-vous un antiseptique capable de réaliser l'asepsie des organes génitaux externes et, facilement tolérable pour ceux-ci". Il ignorait l'essence pure de goménol que je lui signalai aussitôt et qu'il utilise depuis. — (La Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux, 9 avril, 1922).

INJECTIONS VAGINALES DANS LES METRITES (Dr Gallard, Cambrai).

Une cuillerée à dessert par litre d'eau bouillie injectée à raison de 2 litres à 45° :

Sulfate d'alumine et de potasse.....	}	ââ 150 grammes
Borate de soude.....		
Tanin		50 grammes
Acide salicylique.....	}	ââ 5 grammes
Résorcine		
Extrait de bergamote.....		XX gouttes
Porphyriser et tamiser.		

(Le Concours médical, 16 octobre, 1921.)

INFECTIONS ET TOUTES SEPTICEMIES

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

....LABORATOIRE COUTURIEUX....
18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL

— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C.M.

THERAPEUTIQUE METHODIQUE DES VOMISSEMENTS INCOERSIBLES GEAVIDIQUES.

(ANALYSES)

D'après M. Wallich, trop souvent le traitement des vomissements incoersibles est prescrit sans confiance et sans suite, pour finalement aboutir à l'avortement thérapeutique. Il faut procéder méthodiquement : isoler le malade, dans une chambre bien aérée, le mettre à la diète absolue, puis à la diète hydrique, en même temps qu'on lui prescrit des lavements de chloral (2 à 3 grammes dans 100 grammes de lait, 2 à 3 fois par jour). Quand les vomissements ont cessé, on fait reprendre l'alimentation peu à peu. L'interruption de la gestation sera rarement nécessaire, si l'on va très progressivement dans la reprise de l'alimentation.

C'est durant la cure de désintoxication réalisée par la diète, durant la période de calme donnée par le chloral, que l'on peut recourir aux diverses formes de l'opothérapie, ou aux solutions glucosées (60 à 120 grammes en lavement par jour). Cette cure méthodique par la diète, les calmants et les substances hydrocarbonées permettra d'éviter l'inanition prolongée et l'avortement thérapeutique. (*La Presse Médicale*, 5 avril, 1922).

* * *

M.M. André Weill et Laudat ont eu l'occasion d'étudier le syndrome urinaire chez plusieurs femmes enceintes atteintes de vomissements incoersibles. Ils ont noté l'analogie avec certains diabétiques acidotiques ; ils rapportent les bons résultats obtenus en ajoutant aux moyens thérapeutiques habituellement employés l'administration par la voie rectale de sérum glucosé à 50 pour 1000. Il est bien évident que la privation des hydrates de carbone ne joue aucun rôle dans la pathogénie des vomissements gravidiques. Mais on peut se demander si le jeûne hydrocarboné qui résulte de ces vomissements n'entre pas pour une part dans la persistance de l'acide, de l'état nauséux et des vomissements.

Quoiqu'il en soit de cette hypothèse, la déduction thérapeutique qui en résulte a été suivie de la cessation des vomissements, de la reprise de l'alimentation et du cours normal de la grossesse.—(*La Presse Médicale*, 5 avril, 1922).

* * *

Devant la société d'obstétrique et de gynécologie, dans la séance du 8 mai, une discussion eût lieu au sujet des vomissements incoersibles. De la *Presse Médicale* du 3 juin 1922, nous extrayons ce qui suit :

"M. Rathery signale les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus chez des femmes en état de gestation et présentant des vomissements graves.

Il s'agissait de primipares ou de multipares qui, dès le deuxième mois, par suite de vomissements incessants, étaient dans un état général très mauvais : l'asthénie, très marquée, était accompagnée d'une température basse,

d'une tension artérielle autour de 10/61, 9/51 d'un pouls très rapide. Les urines, très diminuées, révélaient la présence de corps acétoniques. A l'examen radioscopique, on notait la myosthénie gastrique.

La thérapeutique employée a été la médication adrénalinique à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour; la durée de ce traitement a été de un à sept jours au maximum. M. Rathery insiste sur la soudaineté d'action du médicament. Les vomissements cessent rapidement, l'asthénie diminue et l'accélération du pouls tombe, l'acidose urinaire disparaît avant même que la malade ait pu prendre une alimentation suffisante. Si l'on cesse l'adrénaline, la réaction de Gerhardt réapparaît dans les urines: il y aurait donc relation très nette entre la médication adrénalinique et l'acidose.

L'action de l'adrénaline est durable et l'auteur n'a jamais vu réapparaître les vomissements.

M. Cathala se montre un peu moins enthousiaste au sujet de cette médication.

Il est bon de dire aussi qu'on doit prendre soin de ne pas donner des préparations préparées longtemps à l'avance, l'adrénaline étant un médicament sensible qui commande son emploi dès sa préparation.

Ne pas oublier non plus qu'il reste toujours une ressource excellente, dans la dilatation légère du col, quand tous les autres moyens médicamenteux ont échoué.

* * *

Je ne sais plus quel philosophe a écrit que la femme était "*un utérus servi par des organes*". Il y a du vrai dans cette définition un peu capricieuse. L'utérus est en effet susceptible de déterminer des troubles non seulement autour de lui, mais même à distance. Il suffit de se rappeler les troubles que provoquent les règles, la gestation, et les affections de la matrice. Aussi les vomissements incoercibles peuvent relever de facteurs pathogéniques multiples, les uns simplement mécaniques et réflexes, les autres purement fonctionnels, d'autres enfin certainement toxémiques.

Tout d'abord, le clinicien placé en face de vomissements graves doit penser aux déviations de l'utérus gravide, particulièrement à la rétroversion utérine, la réduire immédiatement si elle existe, avant d'essayer tout autre traitement. Si le redressement manuel ne suffit pas à maintenir l'utérus en bonne position, on se sert alors du ballon Champetier, lequel introduit dans le vagin, maintient l'utérus en position normale. Cela suffit pour faire disparaître les vomissements.

Ces vomissements de la grossesse sont d'autres fois de nature complexe et variable. Il faut tenir compte de l'influence du facteur *psychique*.

Voici des formules qui ont rendu des services en certains cas de vomissements gravidiques d'ordre nerveux:

- 1°—R Fowler (liqueur de) 15 gouttes.
Bicarbonat de soude, 5 grammes.
Tv. de valériane, 30 grammes.

Dose: une cuillerée à thé, à toutes les 2 heures.

2°—R Fowler (liqueur de).

Dose: $\frac{1}{2}$ à 1 goutte à toutes les demi-heures pendant 3 à 4 heures.

3°—R Tr. d'Iode, XII gouttes.

Eau distillée, 200 grammes.

Dose: Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau sucré à toutes les 2 heures. Le même auteur, Steffen, recommande d'ajouter quelques milligrammes de morphine à chaque dose.

4°—R Chloroforme, 900 grains.

Tr. d'Iode, 120 grains.

Dose: 5 gouttes, chaque soir, dans un verre d'eau de Seltze.

5°—Une petite mouche noire sur le creux de l'estomac—avec ou sans suppositoire d'un grain et demi d'opium, a souvent raison de ces vomissements.

Le "*Medical Record*" recommande l'application d'un vésicatoire sur la 4e et 5e vertèbres dorsales. Est-ce de l'enthousiasme ? Toujours est-il que l'auteur qui le recommande dans le *Médical Record*, dit n'avoir jamais manqué son coup.

* * *

6°—Le Dr F. Kéhner, professeur de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Heidelberg, recommande le tamponnement du col de la matrice avec de la goze iodoformée, surtout dans les cas de rigidité du col. Ce tamponnement ne provoque que de légères contractions utérines. Une fois le résultat obtenu, il est bon de cesser ce tamponnement. Car on courrait le risque de provoquer un accouchement. Encore ne doit-on y avoir recours que lorsque les autres traitements ont échoué, et qu'il y a urgence à intervenir. C'est donc un moyen à employer en dernier essort, et avec beaucoup de ménagements de crainte de provoquer un avortement.

Dans les cas de vomissements graves, on doit aussi songer aux insuffisances fonctionnelles du foie, de la glande surrénale, et même de l'ovaire, et les combattre par l'opothérapie.

* * *

INFECTION PUERPERALE — CAUSE FREQUEMMENT NEGLIGEE.

Dans la *Presse Médicale* du 11 mars, 1922, le Dr Delestre attire l'attention des accoucheurs sur une cause souvent méconnue d'infections graves chez les nouvelles accouchées.

Cette abominable faute, au dire du Dr Delestre, est celle qui consiste à *poser par terre* le bassin de lit, comme on pose couramment un vase de nuit.

Il suffit de posséder quelques notions élémentaires d'aseptie, pour se rendre compte des conséquences de ce geste qu'il décompose en 3 temps.

1er temps.—Le bassin de lit, posé sur le sol, ramasse, par sa face postérieure, toutes les saletés, poussières et microbes qui ont été ramenés du dehors avec les pieds.

2e temps.—Le bassin, transporté dans le lit, sous le siège de la femme, étale sur le drap toutes les immondices qu'il avait ramassées par terre.

3e temps.—Le bassin ayant été retiré, la femme repose son siège et ses organes génitaux sur le drap souillé.

Ainsi, donc, après avoir pris toutes les précautions pour aseptiser les mains, le bock, la cuvette, la lingerie, et autant que possible la région vulvaire, on néglige ce point capital.

En ayant soin du bassin de lit, comme on a soin du bock à injection, on évitera certainement nombre de petites ou de grosses élévations de température et même de complications dont l'origine était inexplicquée chez des accouchées pour lesquelles on croyait n'avoir négligé aucune précaution d'aseptie.

* * *

L'ACTION BACTERIOLYTIQUE DES LOCHIES DANS LA PUERPERALITE NORMALE OU FEBRILE.

On admet classiquement que la résistance locale au développement des pyogènes dans l'utérus est en rapport direct avec l'activité vitale des éléments constituant le parenchyme utérin et qu'elle se trouve diminuée lorsque l'involution ne s'accomplit pas normalement.

Dans l'endométrite septique les facteurs sont nombreux qui peuvent expliquer l'évolution du processus infectieux et l'on doit les rechercher avant tout dans la virulence du germe et dans la pauvreté de défense des tissus au sein desquels il se développe.

Les lochies normales sont constituées de plasma et d'éléments figurés parmi lesquels prédominent les leucocytes polynucléaires neutrophiles.

L'auteur a prélevé *in utero* des lochies stériles qu'il a mises en présence de cultures de colibacille en dilutions croissantes de 1/25 à 1/100,000 et laissées 24 heures à l'étuve à 37°. Il a aussi pu mettre en évidence le rôle inhibiteur des lochies sur le développement des germes. Ces propriétés bactériolytiques semblent être en rapport direct avec la rapidité et la régularité de l'involution utérine.

Cette méthode d'examen, qui ne peut jusqu'ici que rester dans le domaine du laboratoire, permet cependant de fournir un élément de pronostic en montrant la valeur des réactions de défense que l'organisme maternel peut localement opposer à l'infection microbienne. — P. Perozzi, (Annali Di Obstetrica E Ginecologia).

DE LA STRYCHNINE COMME MOYEN PROPHYLACTIQUE CONTRE L'INERTIE UTERINE.

La strychnine est fréquemment employée aux États-Unis pour le traitement préventif de la faiblesse des contractions utérines. On la prescrit à cet effet pendant les deux derniers mois de la grossesse, en commençant par la dose de 0 gr. 0015 décimilligr., répétée trois fois par jour, et en augmentant progressivement cette dose jusqu'à ce qu'on atteigne 0 gr. 015 milligr. dans les vingt-quatre heures.

Un médecin russe, M. le docteur Gunsbourg (de Kharkow), a eu recours avec succès à cette médication pendant les quatre dernières semaines de la grossesse chez une femme de quarante ans, très obèse et chez laquelle il y avait lieu de s'attendre à des phénomènes d'inertie utérine, car cette anomalie s'était produite dans tous ses accouchements antérieurs.

Notre confrère s'est servi dans ce cas de la formule suivante :

Azote de strchnine : 0 gr. 125 milligr.

Eau distillée : 40 grammes.

F. S. A.—A prendre : cinq ou six gouttes trois fois par jour.

* * *

DU TRAITEMENT DES DOULEURS VULVAIRES CHEZ LES ACCOUCHEES.

Les sensations douloureuses qu'éprouve, à la vulve, par suite des érosions superficielles et de la compression des parties molles, la femme qui vient d'accoucher, ne sont généralement l'objet d'aucuns soins spéciaux de la part du médecin, bien qu'elles soient souvent fort pénibles et assez persistantes. Or, M. le docteur T. Ridgway Barker (de Philadelphie) a trouvé qu'on peut calmer facilement ces douleurs par l'application de compresses chaudes, moyen simple et anodin que notre confrère ne manque pas d'employer chez toutes les nouvelles accouchées aussitôt après la délivrance.

* * *

MIXTURE CONTRE LES CONTRACTIONS UTERINES SPAS- MODIQUES SURVENANT PENDANT LE TRAVAIL. — M. P. Müller.

Teinture d'iode : 2 grammes.

Alcool : 4 grammes.

Mêlez. — Prendre toutes les demi-heures cinq gouttes de cette solution dans un demi-verre d'eau chaude.

Le spasme utérin cesserait, dans la plupart des cas, dès la seconde ou la troisième dose ; mais parfois on serait obligé, pour obtenir ce résultat, d'administrer la teinture d'iode alcoolisée une quatrième et même une cinquième fois.

Plus tôt ce traitement est institué, plus il se montrerait efficace.

DU SUCCINATE D'AMMONIAQUE DANS LE TRAITEMENT DES CONTRACTIONS UTÉRINES SPASMODIQUES.

M. le docteur S. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, vante les bons effets du succinate d'ammoniaque dans les cas où le travail traîne en longueur par suite du caractère spasmodique des contractions utérines. Ce médicament, si injustement tombé dans l'oubli, mériterait cependant, d'après notre confrère, toute l'attention des praticiens.

C'est pendant son externat dans le service du professeur Stoltz que M. Rémy a pu apprécier la grande valeur du succinate d'ammoniaque en tant qu'antispasmodique utérin. Aussi s'en est-il servi depuis avec succès dans sa clientèle en le prescrivant à la dose de 1 gramme dans une potion de 140 grammes, qu'on fait prendre par cuillerées à bouche de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à sédation du spasme.

* * *

DE L'ASA FOETIDA DANS LA THERAPEUTIQUE OBSTRI- CALE ET GYNECOLOGIQUE.

Un médecin russe, M. le docteur N. Warman (de Kielce), qui a eu souvent l'occasion d'employer l'asa foetida chez des femmes en état de grossesse aussi bien que chez des femmes non enceintes, confirme, par les résultats qu'il a obtenus, les observations de M. le docteur Turazza qui, comme on sait, a trouvé que ce médicament constitue un excellent moyen pour combattre la tendance aux avortements habituels (Voir *Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. LVIII). Mais M. Warman a constaté, en outre, que l'asa foetida peut, d'une manière générale, être considérée comme un calmant remarquable de tous les états d'irritation ayant la matrice gravide pour point de départ. C'est ainsi qu'elle combat efficacement les accès de cardialgie, d'asthme et d'entéralgie, la migraine et les vomissements chez les femmes grosses. Enfin elle serait aussi un médicament précieux contre la dysménorrhée et la constipation habituelle des femmes non enceintes.

Notre confrère administre le médicament soit en petits lavements contenant de 30 à 50 grammes d'eau additionnée de 25 à 30 gouttes de teinture d'asa foetida, soit en pilules renfermant chacune 0 gr. 10 centigrammes de gomme-résine d'asa foetida et dont on prescrit de 2 à 10 par jour.

* * *

DE LA DILATATION BRUSQUE DU SPHINCTER ANAL DANS LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS.

Dans deux cas d'asphyxie des nouveau-nés, un confrère américain, M. le docteur Cooke, a eu recours avec succès, pour ranimer l'enfant, à la dilatation du sphincter anal, moyen qui a déjà été recommandé pour combattre l'arrêt de la respiration survenant au cours de l'anesthésie chloroformique. M. Cooke conseille de procéder de la façon suivante : on ne sectionne pas le cordon, on place l'enfant de façon à pouvoir bien l'observer, puis l'index préalablement huilé est introduit brusquement dans l'anus, ce qui provoque aussitôt un mouvement respiratoire. Cette manœuvre peut être répétée plusieurs fois, suivant la nécessité.

* * *

LE PERMANGENATE DE POTASSE CONTRE LES GERÇURES DU MAMELON.

D'après un praticien russe, M. N. Dombrovsky, un excellent moyen de traitement des gerçures du mamelon consisterait en des badigeonnages avec une solution de permanganate de potasse de 2 à 5 p. 100, répétés plusieurs fois par jour. Sous l'influence de ces badigeonnages, la guérison des excoriations se ferait très rapidement, n'exigeant qu'une huitaine de jours au maximum. Les premières applications provoquent au niveau du mamelon une légère sensation de brûlure, qui ne tarde pas, du reste, à disparaître. Ce traitement ne constituerait pas de contre-indication à continuation de l'allaitement; toutefois pour que le médicament ne puisse être absorbé par le nourrisson, on devra avant de lui donner le sein, en laver le bout à l'eau tiède et couvrir toute la région d'une étoffe imperméable ou d'une forte compresse en toile, dans laquelle on aura percé un petit orifice destiné à livrer passage au mamelon.

* * *

CONTRE LES GERÇURES DES SEINS (Prof. Marfan).

Eau de roses..... 40 gr. Glycérine20 gr.
 Borate de soude..... 8 gr. Teinture de benjoin..... 12 gr.

Imbiber de ce mélange une compresse fine que l'on laisse en permanence sur la crevasse.

* * *

AUTRES FORMULES

Glycérine130 grammes
 Eau distillée100 grammes
 Alcool 35 grammes
 Bïodure de Mercure.....0 gr. 06 cgr.
 Iodure de Potassium0 gr. 60 cgr.

Imbiber des morceaux de toile, appliquer sur les seins, en pratiquant une ouverture pour le mamelon.

Dans les cas invétérés, pratiquer des cautérisations au nitrate d'argent, ou en solution à 1 pour 30.

* * *

MELANGE POUR TARIR LA SECRETION LACTEE.—M. Bloom.

Sulfate d'atropine0 gr. 003 milligr.
 Sulfate de magnésie.....90 grammes.
 Infusion de gentiane.....240 grammes.

F. S. A.—A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

La compression des seins sur la poitrine au moyen d'une bande ouatée jouerait ici un rôle des plus efficaces.

VOMISSEMENTS PÉRIODIQUES.

On donne le nom de vomissements cycliques, périodiques, récurrents, à répétition, vomissements avec acétonimie, à des crises de vomissements, à début brusque et de durée variable, qui reviennent à intervalles plus ou moins longs pendant l'enfance.

Les vomissements surviennent brusquement en pleine santé, et constituent le symptôme prédominant. D'abord alimentaire, ils sont ensuite constitués par du mucus incolore ou teintés de bile, quelque fois de sang.

L'haleine du malade a l'odeur d'acétone ; elle sent l'aigre. La constipation est opiniâtre ; les selles peuvent être grisâtres, fétides.

Les urines ont souvent l'odeur acétonique et renferment de l'acétone en quantité notable.

Les traits du malade sont tirés, les yeux cerclés de noir. L'enfant est dans un état de prostration et de stupeur plus ou moins marquées. Parfois il existe des symptômes qui indiquent un trouble des fonctions hépatiques.

Chez certains sujets, il y a des troubles nerveux : irritabilité, agitation, céphalée, insomnie, cauchemars.

La maladie dure de quelques heures à 2 ou 3 jours généralement. Quand elle se prolonge davantage, l'amaigrissement est marquée et la faiblesse est extrême.

La terminaison de l'accès est généralement brusque. Les vomissements cessent ; la convalescence se fait rapidement, et en 2 ou 3 jours tout rentre dans l'ordre. On rapporte cependant des cas de mort, heureusement très rares ; on les compte. Marfan, dans un travail récent sur la question, rapporte que, dans la littérature médicale, on ne relève qu'une quinzaine d'observations de ce genre.

Les vomissements périodiques s'observent pendant toute la durée de l'enfant, de 1 à 12 ou 13 ans, mais surtout de 3 à 8 ans. On note chez les ascendants des goutteux, des migraineux, des obèses, des hémorrhoidaires, de même des gens souffrant de cholémie familiale.

Quant à la pathogénie, l'incertitude règne encore. Ces vomissements sont tantôt d'origine gastrique ou gastro-intestinale, tantôt d'origine hépatique, ou encore relevant d'une diathèse arthrétiqne ou d'une auto-intoxication acide. Evidemment, ces vomissements à répétition relèvent de facteurs multiples. Dans bien des cas aussi ces vomissements ont un caractère nerveux, si bien que ces cas sont quelquefois pris pour des méningites. Ce sont en effet des pseudo-méningites dues à une intoxication intestinale.

Le traitement au cours de l'accès consistera en eau glacée pure, eau sucrée ou alcaline, donnée en petite quantité. On assurera le fonctionnement des intestins par des lavements d'abord, et ensuite quand c'est possible par des laxatifs. Le bicarbonate de soude à la dose de 5 grains d'heure en heure rendra souvent des services, de même aussi que le citrate de soude à la dose de 4 grains à toutes les heures.

Comme traitement préventif, en outre d'un régime convenable suivant l'âge de l'enfant, je me trouve très bien de l'administration du bicarbonate de soude. Je me rappelle avoir lu dans le "Journal of the Missouri State Medical Association" qu'un médecin administrait à ses petits malades du

bicarbonate de soude avec un peu de brandy, 3 fois par jour, et cela tout le temps dans l'intervalle des crises, lesquelles du fait de ce traitement, dit-il, finirent par disparaître. Depuis le prescrit par routine ce médicament, à la dose de 3 à 5 grains, suivant l'âge, 3 fois par jour avec un peu d'eau, et je m'en suis si bien trouvé, que je ne puis mieux faire que de le recommander à mes confrères.—A. J.

* * *

LA COLIQUE OMBÉLICALÉ.

Le Dr Stern, dans "Journal of the Medical Society of New-Jersey" (août 1920), appelle l'attention des médecins sur une forme spéciale d'hystérie, survenant chez les enfants de 3 à 10 ans, et décrite par Friedjung en 1904. Elle consiste dans des attaques subites de douleurs abdominales dans la région ombélicale. Ces attaques douloureuses sont habituellement soudaines et durent à peine 15 à 30 minutes. Elles surviennent à différents intervalles, et sur une période de plusieurs années, et ne s'accompagnent d'aucun trouble de l'estomac ni de l'intestin. Des signes d'ordre nerveux se rencontrent fréquemment chez ces sujets, tels que le fait de se ronger les ongles, l'hyperesthésie des vertèbres—cervicales et thoraciques, ainsi que de la peau de l'abdomen. Naturellement avant de poser un pareil diagnostic de nervosisme, il faut éliminer l'appendicite aiguë. Le Dr Stern considère cette maladie comme étant un trouble du système nerveux, et la classe parmi les manifestations hystériques.

* * *

NOTE DE DERMATOLOGIE

Linges stérilisés re prophylaxie et traitement des infections cutanées chez le nourrisson.

Le linge stérilisé prévient et guérit nombre de dermatoses des nourrissons, écrit le Dr Weill de Lyon dans "La Médecine" (Novembre 1921).

Dans une crèche hospitalière, infectée depuis plusieurs années, le Docteur, a constaté que les nourrissons habillés et langés avec du linge simplement lessivé contractaient fréquemment des pyodermites, alors que d'autres soumis systématiquement au régime des linges stérilisés restaient constamment indemnes de toute infection cutanée.

Ce sont surtout les infections cutanées d'origine externe qui réclament l'emploi de linges stérilisés: érythèmes populo-érosifs des fesses et des cuisses, érythème du cuir chevelu, avec pustules et ulcérations occipitales, pyodermites pustuleuses, diffuses, abcès multiples de la peau.

Bien plus, les linges stérilisés donnent des résultats très supérieurs aux antiseptiques employés sous forme de bains, de lotion, de pommade ou de poudre. Ces substances, capables tout d'abord d'atténuer la virulence des germes infectieux, provoquent secondairement une macération ou une irritation des téguments créant ainsi un milieu favorable au développement microbien.

Le linge stérilisé ne présente pas ces inconvénients et agit comme un pansement sec aseptique. Il protège la peau contre les réinfections successives et lui permet de suivre dans les meilleures conditions son évolution spontanée vers la consolidation anatomique et physiologique.

Une fois la stérilisation faite, il faut empêcher que les linges soient infectés de nouveau. C'est pourquoi il importe que la garde ait toujours les mains très propres dans la manipulation de ces linges. Il faut aussi que ces derniers soient tenus dans des sacs stérilisés et bien clos. On ne les ouvre qu'au moment où l'on a besoin du linge.

Quand on n'a pas d'étuve, ce qui est le cas dans la clientèle privée, la stérilisation du linge peut être obtenue plus simplement et d'une manière suffisante par le *repassage au fer très chaud*. Il est en effet reconnu que le repassage assainit le linge, et même le rend aseptique quand le fer est très chaud.

Produits "LOUVAIN"

Nous sommes heureux d'offrir à la profession médicale les produits suivants, avec la confiance qu'ils peuvent leur rendre de réels services dans la pratique, car, leur emploi, depuis un grand nombre d'années, a **prouvé hautement leur efficacité.**

Tonique LOUVAIN, Force, Vigueur, Energie.

RECONSTITUANT DE L'ORGANISME

(chaque once représente: 1-60 grain d'arseniate de soude, en combinaison avec les phosphates de chaux et soude, et l'extrait de kola et quinquina.

Poudres LOUVAIN pour le Rhumatisme.

PROCURENT UN SOULAGEMENT PROMPT ET EFFICACE

(à la base de salicylate de soude, aspirine et caféine.)

Eau LOUVAIN, digestive et purgative.

Laxatif doux et efficace, ne causant aucune douleur. Active la sécrétion biliaire.

LABORATOIRE LOUVAIN, LEVIS, QUE.

L'ESPRIT D'ESCULAPE.

Pierre—fils de médecin, se chicanait un jour avec Jacques. A bout d'arguments, ils en étaient rendus sur les mérites respectifs de leur père.

Jacques dit à Pierre: "Va donc... Ton père n'est bon qu'à tuer le monde."

Le tien n'est pas capable d'en faire autant, répondit Pierre.

* * *

Définition de l'amour par une petite fille qui "marchait" pour sa première communion: "L'amour, dit-elle, est une vérité que nous ne pouvons pas comprendre, mais que nous devons croire et pratiquer."

Réflexion: Évidemment l'heure de l'homme était déjà sonnée chez elle.

* * *

J'accouchais un jour une primipare. Il s'en suivit une légère déchirure du périnée. Je lui fis un ou deux points de suture. Son mari, tout inquiet, dit à sa femme: "Mois le Docteur t'a cousu le passage? "Sois tranquille, mon homme, ce n'est que "faux-fillé."

* * *

Le lendemain, la même accouchée me demanda si les autres accouchements étaient aussi durs que le premier. Eh! non, lui dis-je: c'est de beaucoup plus facile. Dans ce cas, me dit-elle, je n'en aurai plus de premier.

* * *

Un gros bonhomme de concierge causait un jour avec sa voisine:

—Moi qui vous parle, dit-il, j'ai été abandonné 3 fois par les médecins.

—Ils vous croyaient alors perdu ?

—Non.... Je ne les payais pas.

* * *

Définition de la vie: la vie est un chemin de fer; les années en sont les stations; la mort la gare d'arrivée, et les médecins....les chauffeurs.

* * *

Une jeune fille, que la nature avait dotée d'une poitrine plantureuse, fit un jour la réflexion suivante: "Si jamais un garçon me prend par la taille, il ne fera pas un voyage blanc.

* * *

Recette pour attendre la guérison dans les maladies chroniques:

Un quarteron d'indifférence,

Autant de résolution,

Dont vous ferez infusion

Avec le jus de patience;

Point de procès, force gaieté;

Deux onces de société,

Avec deux dragmes d'exercice;

Point de souci ni d'avarice;

Trois bons grains de dévotion;

Point de nouvelle opinion.

Vous mêlerez le tout ensemble,

Pour ce prendre, si bon vous semble

Autant le soir que le matin,

Avec un doigt de fort bon vin

Et verrez que cette pratique,

Au médecin fera la nique.

PETITES CONSULTATIONS

DE L'EFFICACITE DE L'ARSENIC CONTRE LES ACCIDENTS
DE LA MEDICATION THYROÏDIENNE.

Par le *Dr Léon Mabille*, de Reims.

L'utilité de la médication thyroïdienne n'est plus à démontrer. Elle est souveraine dans le myxoedème et peut être très utile dans toutes les affections où il est avantageux d'activer certains processus de dénutrition.

Cette médication n'est cependant pas sans offrir parfois de très sérieux inconvénients. Tous les praticiens connaissent les phénomènes d'intolérance et même d'intoxication qui constitue le thyroïdisme. Ce sont une polyrie abondante, de l'agitation, du tremblement, de la céphalgie, une sensation de vertige et d'anxiété respiratoire précédée de palpitation fréquentes. Les troubles respiratoires vont parfois jusqu'à la dyspnée. Souvent existe aussi d'incessantes démangeaisons.

Le Dr Mabille de Reims a eu l'occasion de constater que l'administration simultanée de liqueur de Fowler et d'iodothyriane (de Boyer)—préparation qu'il considère comme la plus constante—met le sujet à l'abri des phénomènes d'intoxication.

Ce fait qu'il observa chez une goitreuse de 42 ans fut confirmé par des recherches expérimentales. L'auteur soumit différents animaux aux deux traitements. Chaque expérience portait sur deux animaux de poids aussi uniformes que possible. L'un était soumis à la médication thyroïdienne pur, l'autre à la médication mixte: iodothyriane Boyer et arsenic. Les mêmes doses d'iodothyriane furent administrées et tandis que le premier sujet mourait au bout d'un temps assez court, le second se maintenait fort bien et parfois augmentait même en poids. L'association de l'arsenic empêche les phénomènes d'excitation, de tremblements, la perte de l'appétit et les troubles gastro-intestinaux. Elle est donc à conseiller dans tous les cas où le traitement thyroïdien doit être suivi avec rigueur: myxoedème, goitre, les troubles quelconques se rapportant à une lésion du corps thyroïde. L'auteur s'en est bien trouvé également dans un cas de rhumatisme déformant où sous l'influence de la médication; mixte les astéophytes se résorbèrent et les douleurs disparurent.

(*Progrès Méd. belge*)

DU SALICYLATE DE SOUDE DANS LE TRAITEMENT DU GOÏTRE EXOPHTALMIQUE.

La marche de la maladie de Basedow qui, comme la goutte, procède par poussées successives, entrecoupées par des périodes d'accalmie, et la fréquence des antécédents arthritiques chez les basedowiens ont suggéré à M. le docteur Chibret (de Clermont-Ferrand) l'idée d'employer le salicylate de soude, médicament spécifique de l'arthritisme et de ses manifestations, chez les malades atteints de goître exophtalmique.

Dans les quatre cas où notre confrère a eu jusqu'ici l'occasion de prescrire cette médication, les effets obtenus ont été excellents.

Il s'agissait de malades (un homme et trois femmes) présentant la triade basedowienne caractéristique et qui, tout, au bout de quelques jours du traitement salicylé, furent améliorés au point de pouvoir reprendre leurs occupations habituelles. Ce résultat s'est maintenu sous l'influence de la même médication, longtemps continuée.

M. Chibret recommande d'administrer, dans la maladie de Basedow, 5 grammes de salicylate de soude par jour, donnés en quatre doses et dans un demi-litre au moins de liquide. Prescrit de cette façon, le salicylate ne détermine, même en cas d'intolérance, que des troubles fort supportables. Chez les sujets très sensibles à l'égard du salicylate de soude, la quantité de ce médicament peut être abaissée jusqu'à 2 grammes par jour, dose à laquelle notre confrère n'a jamais observé de phénomènes d'intolérance.

* * *

LA CONSTATATION DU SUCRE PAR LA LIQUEUR DE FEHLING.

La constatation du sucre par la liqueur de Fehling est d'usage courant. Il arrive fréquemment qu'une liqueur de Fehling ancienne se décolore et précipite par l'ébullition sans qu'on introduise ni urine, ni liqueur sucrés. Il faut que la liqueur de Fehling soit fraîchement préparée, ce qui n'est guère possible dans les cabinets médicaux où souvent la liqueur de Fehling date de plusieurs mois.

Il est donc préférable de le préparer extemporanément en utilisant deux solutions que l'on mélange au moment du besoin, l'une contenant du sulfate de cuivre, l'autre le sel de Seignette et les alcalins. Par exemple :

	Sulfate de cuivre pur.....	34 gr. 65
Flacon No. 1	Ac. Sulfurique.....	IV gouttes
	Eau dist. q. s. pour.....	500 c.m.c. de solution.

	Potasse caustique	80 gr.
Flacon No. 2	Soude caustique.....	130 gr.
	Ac. tartrique pur.....	105 gr.
	Eau dist. q. s. pour.....	500 c.m.c. de solution.

* * *

LIQUEUR DE FEHLING STABLE—FORMULE DE HAINES.

Sulfate de cuivre cristallisé.....	5 grammes
Glycérine.....	250 cc.
Potasse caustique.....	20 grammes
Eau distillée.....	q. s. p. 1.000 cc.

Le sulfate de cuivre est dissous dans la glycérine étendue d'un volume égal d'eau distillée, sous l'influence d'une douce chaleur. La potasse, que l'on peut remplacer par 14 gr. 3 de soude caustique, est dissoute de son côté dans environ 200 centimètres cubes d'eau distillée et ajoutée ensuite à la solution de sulfate de cuivre en agitant constamment. Le mélange une fois opéré, on complète à 1.000 centimètres cubes avec le reste de l'eau. Si on obtenait un précipité au bout de quarante-huit heures il suffirait de décantier ou de filtrer le liquide surnageant pour le séparer de l'oxyde de cuivre qui aurait pu se former sans modifier en rien la sensibilité du réactif. (*La Clinique*, No. 1.)

* * *

LA BENZOATE DE SOUDE POUR DISSOUDRE LE TARTRE DES DENTS.

Le tartre des dents se compose de carbonate de chaux et de phosphate bi ou tricalcique; on a déjà proposé beaucoup de procédés pour l'enlever en le dissolvant. Les auteurs emploient, à cet effet, le benzoate de soude, qui a la propriété de transformer le carbonate de chaux en un mélange complexe de benzoate de chaux et de benzoate de soude soluble dans l'eau. Pour les soins de la bouche, il est donc rationnel de se servir de benzoate de soude, qui ramollit le tartre et permet de l'enlever facilement. Les poudres dentifrices contenant de la craie sont évidemment contre-indiquées. Le savon lui-même, qui présente une réaction alcaline, ne convient pas davantage comme dentifrice. (*Pharmaceutische Weekblad*, 1921, p. 1305;—*Répert. de Pharmacie*, 10 mars 1922.) (Trauner et Wischo).

* * *

MALADIE DE REITER.

Au cours de la guerre, A. Stühmer, de Fribourg en Brisgau, et A. Summer eurent l'occasion d'étudier, dans un Lazaret allemand, quelques cas d'une affection curieuse caractérisée par un écoulement urétral, une conjonctivité aigüe bilatérale, des douleurs et des épanchements articulaires, tous signes accompagnés d'une vive réaction fébrile à grandes oscillations vespérales. La même année, en décembre 1916, Reiter décrivait cette affection au cours de laquelle dans les cas étudiés par lui, il avait pu déceler par hémoculture des spirochètes spéciaux. Il donna à ce syndrome ainsi défini le nom de "Spirochoetosis arthritica".

