

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- 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.

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.— <i>Amputation sous-vaginale du col (procédé de Schroeder)</i> , par R. CHEVRIER, M.D.....	281
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>La syphilis héréditaire des poumons</i> (LANCEREAUX).....	292
<i>Diagnostic et traitement de la syphilis cérébrale</i>	297
CHIRURGIE.— <i>Pathogénie, marche et traitements des ulcères variqueux</i>	301
<i>Traitement des tumeurs blanches du genou dans l'enfance</i>	305
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>Etude sur l'endocardite puerpérale droite et sur ses complications pulmonaires subaiguës</i> (LUZET et ETLINGER).....	310
<i>Du traitement de la cystocèle vaginale</i> (VATON); <i>Quelques remarques sur le traitement des salpingites suppurées</i> (BOIFFIN).....	312
PÆDIATRIE.— <i>Suppression du maillot. Elevage dans le son</i> (HUE)....	313
<i>De l'état syncopal subintrant chez l'enfant à la mamelle</i> (DAUCHEZ); <i>De l'asthme essentiel chez les enfants</i>	315
<i>Les céphalées dans l'enfance</i>	319

(Voir la suite, page 5).

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

A. LAMARCHE, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENAIS, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROSSÉAU, M.D.; *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SEVERIN LACHAPPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants et chargé du cours de Médecine légale.*

H. E. DESROSIERS, M.D., *Secrétaire, Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

L. N. DELORME, M.D., *agrégé, au cours d'Anatomie pratique.*

Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 45 Place Jacques-Cartier ou à

H. E. DESROSIERS, M.D., *Secrétaire.*

94 rue St-Denis, Montréal.

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

EN GROS ET EN DETAIL.

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME
Carré Chaboillez
MONTREAL.

La maison J. LEDUC & CIE., qui vient de transporter son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est maintenant en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants et médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs seches. — Parfums,
Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste exécutées sous le plus bref délai.

Dr J. LEDUC & Cie

2052 & 2054, RUE NOTRE-DAME

CARRE CHABOILLEZ, MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.— <i>De la cocaïne en obstétrique</i> (BOUSQUET); <i>Ipécacuanha contre l'inertie utérine</i> (DRAPER); <i>L'antipyrine dans la chorée de Sydenham</i> (LEROUX).....	323
<i>Chlorure de zinc contre la sueur des pieds</i> (WINOGRADOFF); <i>Sulfonal contre le diabète</i> (CASARELLI).....	324
FORMULAIRE.— <i>Coliques chez les enfants</i> ; <i>Herpès</i> ; <i>Hémoptysie</i> ; <i>Eczema</i> ; <i>Oxyures</i> ; <i>Métrorrhagie</i>	325
BULLETIN.— <i>La synthèse de la quinine</i>	326
<i>La pratique de la médecine par les pharmaciens</i>	327
<i>Bureau provincial de médecine</i>	328
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.—CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES	329
VARIÉTÉS.....	332
NAISSANCE.....	336

BONNE CLIENTELE A CEDER, avec maison et dépendances, pour \$2,200.00, dont \$800.00 au moins comptant. S'adres er à G. A. Lacerte, M. D., Notre-Dame de Stanbridge, P.Q.

ASSORTIMENT COMPLET

— DE —

REMEDES BREVETES FRANCAIS

ainsi d'Eaux Minerales,

Vichy, Contrexevile, etc.

L'EAU SULPHUREUSE " BONNE "

connue pour son efficacité dans les affections Catarrhales, Herpétiques, Rhumatismales et Strumcuses de la gorge, du Luarynx et des Bronches; aussi LA LIQUEUR CONCEN-
TRÉE DE

Goudron de Norwege,

dont on connaît si bien les mérites.

LAVIOLETTE & NELSON,

(Coin des rues Notre-Dame et Saint Gabriel)

MONTREAL

Laboratoire Pharmaceutique

DE

DAUSSE AINÉ

DUBOÉ-DAUSSE ET BOULANGER

GENDRES ET SUCCESSEURS

4, Rue Aubriot, PARIS

FABRIQUE SPÉCIALE

(Fondée en 1834)

D'EXTRAITS PHARMACEUTIQUES

ÉVAPORÉS dans le VIDE

*Extraits mous et secs — Extraits fluides pour Vins,
pour Sirops simples ou composés, etc.*

PILULES — GRANULES — DRAGÉES

Faits au Pilulier et exactement dosés

ENVOI de PRIX-COURANT sur DEMANDE

Adresser les Commandes aux Commissionnaires de Paris

EXIGER LE CACHET ET L'ÉTIQUETTE

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

Au CANTHARIDATE de SOUDE



Ce **VÉSICATOIRE** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre ; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *Cystite* à redouter).

Envoi d'Échantillons, à titre gracieux, aux Médecins qui en feront la demande, directement à la maison **A. BESLIER, 13, rue de Sévigné, PARIS.**



Dépôt à Québec : D^r Ed. MORIN & C^o. A Montréal : LAVIOLETTE & NELSON

ET DANS TOUTES LES PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.

PLUS DE MALADES DE LA POITRINE

En faisant chaque jour une injection sous-cutanée du contenu d'une petite seringue **FRAYAS** (modèle **Le Brun**) pleine d'**Eucalyptine LE BRUN**, on guérit la *Phtisie*, les *Bronchites* et les *Catarrhes pulmonaires*.

L'**EUCALYPTINE LE BRUN** ne contient pas de Morphine

MALADIES DU CŒUR

Les *Dragées Tonico-Cardiaques LE BRUN*, prises à la dose de 4 à 10 par jour, guérissent les *Maladies du Cœur*, les *Palpitations* et l'*Hydropisie* la plus avancée.

LE BRUN, Ph^o-Chimiste, 50 et 52, Faubourg-Montmartre et 47, rue Lafayette, à PARIS

Dépôtaires : à Montréal : LAVIOLETTE & NELSON ; à Québec : D^r Ed. MORIN & C^o, et dans toutes les principales Pharmacies du Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX

Amputation sous-vaginale du col (procédé de Schroeder) ;

PAR R. CHEVRIER, M. D. (d'Ottawa, Canada).

L'opération de Schroeder est de pratique courante en gynécologie. Elle a remplacé le procédé d'Emmet dans les neuf-dixièmes des cas où ce procédé était autrefois indiqué. De fait, c'est la seule intervention qui puisse agir avec succès et d'une manière durable contre une certaine catégorie de lésions du col utérin : scléreuses, hypertrophiques, traumatiques ou inflammatoires.

Le curetage, le hirsage, les scarifications, l'écouvillonnage, les caustiques ne sont que des méthodes purement palliatives qui n'empêchent pas le retour des états pathologiques anciens contre lesquels elles sont instituées. Quelques-uns de ces moyens mentionnés ne font qu'aggraver les lésions cervicales et rendre la cure plus difficile et plus longue en diminuant la force de résistance des tissus où elles siègent et dont les caractères anatomiques ont été profondément modifiés. Tels sont les caustiques.

Les autres procédés sont pour le moins impuissants et ne font que suspendre les progrès de l'affection primitive.

Nous avons, dans l'amputation sous-vaginale du col, selon les lois posées par Schroeder, le moyen de guérir radicalement les malades de la lésion qu'elles portent et des nombreuses complications dont elle peut être le point de départ.

(a) Quels sont les états pathologiques du col qui requièrent ce mode opératoire ?

(b) Quelles complications peuvent entraîner ces états pathologiques ?

(c) Quels sont les préceptes à suivre dans la technique opératoire, technique bien simple en apparence, qui s'entoure pourtant de certaines difficultés de détails, qui demande certaines précautions dont l'exposé pourra être fastidieux, mais dont l'ignorance pourra mettre en péril le succès de l'intervention ?

Tel est le but de cette courte communication, où mes vues personnelles n'auraient guère de poids si elles n'étaient basées sur l'étude approfondie de la question et sur le témoignage d'un très-grand nombre d'observations recueillies dans la clientèle de mon savant maître et ami, le Dr Doléris.

I

La pathologie du col a fait de nombreux progrès dans ces dernières années et les vieilles erreurs théoriques, dont la science anatomo-pathologique et histologique a fait justice, n'existent plus qu'à l'état de souvenir. Pourtant, il subsiste encore quelques points obscurs au point de vue de la classification. Certaines dénominations prêtent à l'ambigu par le manque de précision. Des termes qui exprimaient autrefois des hérésies scientifiques ont surnagé dans le naufrage de ces dernières et sont appliqués intempestivement à des lésions dont ils n'expriment pas les caractères intimes. Cette conservation d'expressions inexactes n'est pas sans apporter quelque confusion pour l'intelligence des affections du col, d'ailleurs très bien connues aujourd'hui.

Au point de vue clinique et théorique, la différence n'est pas assez nettement délimitée entre ce qu'on appelait autrefois l'ulcération et qui depuis, à ce premier substantif, a ajouté ceux d'érosion, d'éversion, d'ectropion, de pseudo-ulcération et de plaque catarrhale. Mais je puis dire que l'abus est tout dans les termes qu'on a inutilement multipliés.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons, avec le Dr Doléris, ranger sous trois chefs distincts les affections du col passibles de l'amputation sous-vaginale de Schroeder :

- 1o Inflammations.
- 2o Traumatismes.
- 3o Déformations et malformations.

(a) Inflammations :

Il va sans dire que dans les lésions phlegmasiques motivant l'amputation sous-vaginale du col, on doit de suite écarter toute la série de celles qui ne sont encore qu'à la période aiguë du processus, quelle que soit d'ailleurs la gravité de cette première phase et de ses manifestations.

D'ailleurs, il est un fait reconnu que les affections chroniques du col ne sont pas très fréquentes. La persistance d'une lésion aiguë atténuée par le temps ou par des agents thérapeutiques divers. Il semble bien avéré, au contraire, que les états pathologiques du col deviennent d'ordinaire chroniques d'emblée.

Quoiqu'il en soit, l'endocervicite aiguë, quand elle existe, se caractérise par le gonflement de la couche épithéliale et un écoulement exagéré de mucus qui a pour point de départ les glandes superficiellement envahies par le processus. La muqueuse intracervicale peut se ramollir, s'infiltrer, se tuméfier et sous le fait de l'hyperplasie glisser au dehors en ectropion. C'est cet ectropion qu'on prenait autrefois pour une ulcération.

Ces lésions inflammatoires récentes sont facilement enrayerées par les moyens thérapeutiques ordinaires : antiseptiques, antiphlogistiques et détersifs. Mais, dans l'endométrite chronique du col,

caractérisée surtout par l'envahissement de tous les éléments de la muqueuse, par la profondeur des lésions, par la prolifération inflammatoire des tissus conjonctifs qui composent les parois des acini et par l'hypertrophie réelle du squelette musculaire sous-jacent, ces moyens ne sont d'aucune valeur et doivent faire place à une intervention plus active. Dans ces cas, l'examen par la vue et le toucher nous fournit les signes physiques suivants :

(1) La muqueuse gonflée et hypertrophiée fait saillie entre les lèvres du col. Cette hernie de l'endomètre prend une forme végétante lorsque le processus a pénétré la paroi des glandes et des vaisseaux. La pseudo-ulcération ou *plaque catarrhale* (Hart et Barbour) présente un revêtement exclusivement cylindrique ou pavimenteux, et mixte parfois.

Les anciens auteurs considéraient cet ectropion de la muqueuse comme une ulcération. Ils employaient parfois les topiques et plus souvent encore les caustiques, pour aider à l'épidermisation de cette pseudo-éversion. Quelquefois, l'épithélium sécrétant pouvait faire place à un épithélium cicatriciel et faire croire à la disparition entière de la lésion.

Mais ce vernis réparateur parti de la muqueuse cervico-vaginale (Doléris) ne fait que masquer le processus inflammatoire qui gagne en profondeur, et dont l'allure insidieuse favorise le développement dans les tissus divers, glandes et éléments conjonctifs.

Donc il faut se mettre en garde contre ces cicatrices trompeuses favorables à la dilatation kystique des glandes et à leur prolifération exagérée.

(2) Il y a aussi très-souvent éversion des lèvres du col utérin. Cette particularité est d'autant plus accentuée qu'il y a déchirure plus étendue, comprenant l'une des lèvres seulement ou les deux à la fois.

L'écartement des lèvres reconnaît deux causes bien simples en dehors des traumatismes qui ne produisent pas nécessairement ce phénomène.

La première est que l'endomètre qui fait saillie dans l'orifice du col utérin agit à la manière d'un bouchon muqueux qui, poussé énergiquement au dehors par un effort excentrique, aide encore à l'écartement des lèvres.

La seconde est l'extension à la fibre musculaire sous-jacente de l'inflammation cantonnée sur la muqueuse. Les fibres de la couche superficielle sont par le fait affaiblies et paralysées, et l'équilibre normal étant rompu et la contraction des fibres externes n'y étant plus contrebalancée, l'éversion est le résultat de cette perturbation.

D'après Doléris, l'éversion serait due à trois causes : « d'abord à l'affaiblissement des fibres musculaires sphinctériennes, sous-jacentes à la muqueuse enflammée; ensuite à une déformation naturelle qui n'est qu'un retour à la forme primitive, (chez

nouveau-né, en effet, la disposition des tissus est telle que l'écartement des lèvres dû à la prédominance de volume existe normalement); enfin à la hernie de l'endométrium gonflé " selon le mécanisme qu'on a exposé plus haut.

L'éversion peut être quelquefois confondue avec l'hypertrophie du col utérin, que nous abordons.

(3) Le troisième caractère est l'hypertrophie.

Le col peut atteindre des proportions énormes et une consistance d'une grande dureté. La lésion d'abord superficielle a gagné les couches profondes; les glandes comprimées entre elles ou par l'énorme prolifération des éléments conjonctifs interglandulaires sont à la fin oblitérées. La sécrétion s'accumule dans leur cavité et concourt à la formation de kystes très nombreux. Les fibres musculaires disparaissent, les vaisseaux s'oblitérent et l'on a la sclérose du col qui, transformé en un bloc fibreux, devient la source de douleurs pelviennes et de troubles réflexes intenses.

Même les couches superficielles épithéliales peuvent elles-mêmes donner naissance à des glandes nouvelles qui concourent au processus hypertrophique. Il y a donc aussi hyperplasie glandulaire.

Folliculite hypertrophique et hyperplasique et périfolliculite, voilà donc les éléments de l'hypertrophie réelle du col enflammé.

La maladie d'Huguier est une forme rare et spéciale d'hypertrophie ayant gagné la portion sus-vaginale du col et paraissant être le degré extrême d'un processus un peu différent de celui que nous venons de voir.

Ainsi tels sont en quelques mots les symptômes physiques des lésions inflammatoires qui demandent l'amputation de Schroeder d'emblée.

Nous reconnaissons sans doute que tous les cas ne présentent pas cette gravité et que quelques endocervicites chroniques, mais restées superficielles, peuvent très bien guérir par le curetage et le hersage (Doléris). Il appartient au chirurgien de juger de l'opportunité de l'intervention. Pourtant nous n'avons pas besoin de dire que seule l'amputation sous-vaginale pourra porter remède aux cas typiques que nous avons décrits plus haut.

Mais quelle que soit la bénignité des lésions à traiter, nous repoussons entièrement l'usage des cautérisations, qu'elles soient faites au moyen de fer rouge ou d'agents chimiques. Elles ne peuvent qu'activer le travail pathologique de sclérose en oblitérant les glandes et en renfermant le loup dans la bergerie.

(b) Traumatismes :

Ce sont surtout les déchirures qui déterminent la ténacité des lésions inflammatoires que nous venons d'étudier. L'effraction reçue dans l'accouchement ou l'avortement peut avoir toutes les dimensions depuis la simple encoche jusqu'à la profonde déchirure remontant au-dessus de la portion sous-vaginale. Plus l'accouchement est laborieux, plus la lésion est sérieuse. Elle peut être uni

ou bi-latérale. Quand elle est uni-latérale, elle siège le plus souvent à gauche, et cette élection reconnaît deux facteurs : les positions occipito iliaques gauches qui sont les plus fréquentes, et en même temps la minceur plus marquée des tissus dans les régions latérales.

Distension excessive et résistance moindre sont les seuls motifs que nous puissions invoquer, et ils nous semblent amplement suffisants.

Quand les déchirures sont peu marquées en profondeur et en étendue, elles peuvent sans doute se cicatriser et garder au col sa forme primitive. Mais ce travail de réparation spontanée pourra être facilement entravé par les complications de la puerpéralité, septicité, infection, etc. La plaie traumatique suppurerá et la cicatrisation sera plus lente, et les lèvres de la déchirure, au lieu de s'accoler, guériront isolément, et à leur angle il y aura un noyau d'induration.

Dans les traumatismes graves, la guérison par première intention est impossible et l'écartement des lèvres du col, devenu facile par cette disposition, donne prise à tous les états pathologiques qui peuvent assaillir la muqueuse cervicale. Dans ces cas, il y a toujours un clou fibreux à l'angle de la déchirure cicatrisée.

Nous ne voulons pas entrer et pour cause dans les interminables discussions auxquelles a donné lieu cette question de controverse, à savoir si la béance des lèvres du col était la lésion initiale ou si elle était secondaire à l'inflammation. Ça nous semble d'ailleurs d'un intérêt négligeable, et nous croyons pouvoir conclure en toute sûreté que ces deux états, dans une certaine mesure, sont solidaires l'un de l'autre.

Quant au clou fibreux dont Emmet a exagéré l'importance, les gynécologues ont réagi vivement contre cette prétention qui en faisait le point de départ de toutes les manifestations douloureuses et réflexes observées chez quelques malades atteintes d'affections utérines cervicales.

La conséquence de ces modes vicieux de réparation est représentée par ces formes excessives de l'ectropion et de l'éversion dans lesquelles la muqueuse intra cervicale déborde de toutes parts et vient simuler le champignon fongueux classique, *le col en rebord de pot de chambre, ou en lèvre de nègre.* (DOLERIS).

Tout le cortège inflammatoire dont nous avons fait une courte description plus haut peut se greffer sur la muqueuse en ectropion et dans les glandes. Cette disposition favorise la formation de kystes nombreux, la prolifération des éléments conjonctifs glandulaires et tout ce qui caractérise l'endométrite chronique cervicale typique, c'est-à-dire l'ectropion marqué, l'éversion et l'hyper-trophie. Et en vérité la déchirure est la plupart du temps une condition nécessaire à l'existence de ces cas cliniques intéressants. On sent combien serait insuffisante alors l'opération d'Emmet.

Elle obvierait à la difformité ou la corrigerait partiellement, mais ce serait avoir en elle une confiance exagérée que de la croire capable d'entraver les processus évoluant dans la profondeur des tissus et sur tout le pourtour du col.

(c) Déformations et malformations :

(1) Dans cette catégorie viennent se placer les développements hypertrophiques du col, avec ou sans éversion, que nous avons déjà signalés et qui existent rarement comme lésion isolée. Il faut se mettre en garde contre ces cas où les lèvres du col sont fortement béantes et laissent à découvert une large surface cruentée ou cicatrisée. On peut croire alors que le parenchyme cervical bi-labial est en hypertrophie marquée tandis qu'il n'y est qu'éversé.

Le col dans les cas d'hypertrophie réelle est large et apparaît comme un bourrelet dur et souvent parsemé de kystes minuscules. Ce sont des œufs de Naboth.

Il y a allongement quelquefois assez prononcé, et l'on a comparé le col dans ces cas à une massue retenue en haut par ses insertions vaginales.

Nous ne comprenons pas toutefois dans ces indications la variété d'hypertrophie dites *maladie d'Huguier*. Doléris fait intervenir alors l'influence de la prédisposition individuelle, des diathèses et notamment de la syphilis. L'allongement est sus-vaginal surtout, et peut être si considérable que le museau de tanche peut apparaître à la vulve et la dépasser.

L'amputation de Schroeder serait insuffisante alors et c'est à l'incision bi-conique qu'il faut recourir.

(2) Dans les cas d'éversion simple ou compliquée de lésions superficielles, l'opération d'Emmet précédée d'un curettage remédiera rapidement à cet état de choses que des processus graves et profonds viennent bientôt aggraver. Mais dans les cas anciens doublés de folliculite et d'hypertrophie consécutive, l'amputation de Schroeder sera nécessairement imposée.

(3) La sténose du col compliquant la stérilité est une des indications de l'opération de Schroeder. Elle peut être congénitale et dans ce cas frappe ordinairement le col tout entier, ou elle est acquise et survient après des phlegmasies de la muqueuse, par la soudure des parois, consécutives à la rupture des follicules tuméfiés, à la suite de traumatismes au moment de l'accouchement, d'inflammations puerpérales, d'ulcérations syphilitiques, de réunion des surfaces cruentées, après intervention opératoire, de processus cicatriciels divers. (KISH).

La sténose cervicale a une importance extrême au point de vue de la stérilité. Le Dr Pajot a traité magistralement la question dans son mémoire intitulé : " De l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité." L'opération de Schroeder, en élargissant le canal cervical, favorisera

l'avantage l'écoulement des sécrétions, l'entrée des spermatozoïdes et conséquemment la conception.

3. La conicité du col est aussi une cause fréquente de stérilité (8 p.c. d'après Sims). C'est que la forme conique est presque toujours accompagnée de sténose.

Le col conique devient encore tributaire de l'opération de Schroeder parce qu'il y a presque toujours allongement concomitant.

La conicité est rarement congénitale (Dolérís). Elle est le plus souvent d'origine inflammatoire et affecte surtout la lèvre antérieure qui peut se recourber sur l'orifice utérin en forme de tablier. On comprend facilement l'importance de cette configuration au point de vue de la stérilité.

Tel est, croyons-nous, le résumé des cas pathologiques où l'amputation du col selon le procédé de Schroeder aura toutes ses indications.

II

A quels symptômes divers peuvent donner lieu ces diverses affections indiquées ?

En outre des signes locaux sur lesquels nous avons appuyé, ces lésions peuvent être le point de départ de nombreuses manifestations que nous nous contenterons d'énumérer. L'exposé en détail de leur pathogénie nous entraînerait au-delà des limites que nous nous sommes assignées.

La leucorrhée est un signe constant de l'endométrite cervicale. Elle est due à une hypersécrétion des glandes. Suivant l'ancienneté de la lésion, l'écoulement consiste en une glaire filante, claire, ou en mucus blanchâtre. La sécrétion enfin peut devenir muco-purulente ou purulente franche, tachant le linge de teintes jaunâtres plus ou moins intenses. Elle est de réaction alcaline.

On peut aussi observer un suintement sanguin, mais on n'a jamais affaire à de véritables métrorrhagies. Ces dernières sont l'apanage des métrites du corps.

Le symptôme douleur est toujours assez aigu, soit qu'il se localise, soit qu'il s'irradie. L'inflammation, la cheville de tissu fibreux, la compression qu'elle produit, et la rétention des menstrues peuvent entrer comme facteurs dans l'apparition souvent précoce des douleurs.

Nous avons ensuite des troubles nerveux réflexes, portant sur le système nerveux central ou sur le grand sympathique. Les troubles de digestion reconnaissant cette origine sont trop connus pour que nous y insistions.

Nous mentionnons encore la sensation de pesanteur au périnée. Les troubles de miction et de défécation, et enfin la stérilité qui accompagne très souvent les états divers que nous avons décrits, depuis le catarrhe cervical jusqu'à la conicité.

Il peut y avoir propagation directe de l'inflammation, par extension, à la muqueuse du corps et de là aux annexes avec périmérite ou paramérite.

Le système lymphatique, bien étudié dernièrement par Poirier dans ses ramifications et son influence dans les inflammations de l'utérus, des annexes et du péritoine pelvien, peut servir de voie de transmission aux éléments morbides cantonnés sur la muqueuse du col.

Que l'affection locale soit due à l'action du gonocoque, du staphylocoque ou du streptocoque, ces produits pathogènes ou leurs sécrétions peuvent aller infecter des organes relativement éloignés.

Ainsi l'endomérite du corps, la salpingite, l'ovarite, la péritonite et la paramérite peuvent être comprises dans les complications de l'endomérite cervicale chronique.

Enfin nous nommons les déviations diverses du corps utérin dont l'inflammation du col et l'affaiblissement consécutif de la fibre musculaire et des ligaments avoisinants (utéro et vésico-sacrés) peuvent constituer la première étape.

III

Nous arrivons maintenant à la technique opératoire.

Nous commencerons d'abord par définir l'opération de Schröder.

“L'amputation sous-vaginale du col selon Schröder consiste dans l'excision, en forme de coin, d'une étendue variable de la muqueuse cervicale et du stroma sous-jacent, excision immédiatement suivie de résection anaplastique de l'organe.” (R. PEIT.)

Elle permet d'enlever la muqueuse jusqu'aux limites du mal et de restituer au col sa forme normale.

Les soins préliminaires consistent à pratiquer la désinfection du vagin durant quelque jours avant l'opération. On se sert le plus souvent d'injections au sublimé suivies de tamponnements à la gaze iodoformée. On fait deux pansements par jour, soir et matin. Il est bon préalablement, surtout dans les cols très durs, de dilater l'orifice au moyen de laminaires d'éponges. Les laminaires sont préférables, et une ou deux laminaires dans les vingt-quatre heures qui précèdent l'opération suffisent généralement.

Ces précautions ayant été prises, la malade sous le chloroforme est placée sur la table à opérations.

Personnel et instruments.— On a besoin de quatre aides. Un pour l'anesthésie. Deux autres pour aider l'opérateur sur le champ opératoire. Un quatrième pour les aiguilles et les instruments.

Voici à peu de choses près la liste des instruments nécessaires à l'opération :

Une valve de Fritsch pour l'irrigation continue. Une valve de Simon pour abaisser le périnée. Deux écarteurs étroits et longs. Deux pinces à abaissement. Une grande pince à dissection à

griffes. Quelques pinces à forcipressure. Une pince à pansement. Un hystéromètre. Une paire de ciseaux droits et forts. Deux bistouris bien aiguisés. Deux porte-aiguilles, modèle Collin. Des aiguilles spéciales grandes et petites. Enfin deux irrigateurs assez grands qui contiendront les liquides qui serviront à désinfecter le champ opératoire.

On se servira de catgut No. 2 à l'essence de genévrier, en place de soie, de fil d'argent ou de crin de Florence.

Des tampons antiseptiques remplacent les éponges.

Comme ordinairement on fait précéder l'amputation d'un curage de la cavité utérine, on aura soin d'ajouter à cette liste: curettes, écouvillons et glycérine créosotée au 1/10.

La sonde Dojéris sera requise pour l'irrigation de la cavité utérine au cours du curetage.

Opération.—Dans cette description nous supposons un cas type de cervicite chronique glandulaire, avec lacération bi-latérale, etc., quitte à chacun de modifier le manuel selon l'exigence des cas variables à l'infini.

La malade est placée dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies et soutenues par les aides. La toilette de la vulve et du vagin est rapidement faite. Les poils sont rasés et les régions vulvaire et péri-vulvaire sont savonnées et passées au sublimé. La vessie est vidée, et l'on procède au curage de la muqueuse selon les règles que nous connaissons.

Ceci terminé, on laisse en place la pince à traction qui sert à abaisser le col et qui est fixée sur sa levre antérieure. Le périnée est abaissé au moyen de la valve de Simon.

Deux fortes sections au moyen des ciseaux portent sur les parties latérales et libèrent les lèvres du col jusqu'à leur insertion vaginale.

Pendant qu'un aide soulève la levre antérieure, vous saisissez la postérieure avec une pince à dissection et vous faites au bistouri une incision transversale comprenant la muqueuse et une épaisseur de tissu musculaire variable suivant la profondeur des lésions.

Une seconde incision partant de l'entaille de la muqueuse externe, profonde de quelques millimètres, doit suivre le bord libre de la levre, le contourner et rejoindre l'entaille de l'autre côté. Ce tracé étant fait, on dissèque à petits coups de bistouri, lentement et progressivement, toute la portion de tissu comprise entre les deux incisions, tout en ayant bien garde que le bistouri n'aille au-delà de l'incision transversale, accident qui pourrait nuire à l'adaptation exacte des deux lèvres de la plaie.

La portion réséquée est un segment en forme de coin qui doit se détacher de lui-même.

S'il existait encore des débris de kystes ou des irrégularités sur la surface cruentée, on pourrait au moyen de ciseaux courbes régulariser les bords de la section.

Les sutures des deux lambeaux se font au catgut antiseptique. La durée de la résorption est suffisante pour garantir la réunion parfaite et on n'a pas à s'inquiéter du retrait ultérieur des fils qui est parfois rendu fort difficile à cause des opérations plastiques qu'on peut être appelé à pratiquer sur le vagin et sur le périnée (Doléris).

Les sutures se posent au moyen d'aiguilles courbes et se font en deux temps. Le premier temps consiste à faire saillir par une traction au moyen d'une pince le petit lambeau, à le traverser dans toute sa profondeur, au-dessous de la surface éruentée, et à faire sortir l'aiguille à la portion inférieure du grand lambeau. Dans le second temps l'aiguille pénètre dans le grand lambeau et chemine jusqu'à quelques millimètres du bord libre de la lèvre sur sa surface vaginale où elle ressort.

On peut faire parfois ces sutures en un temps, mais pour cela elles demandent une grande habitude et une certaine habileté.

En serrant les sutures, il faut bien avoir soin de renverser le lambeau externe afin qu'il fasse bien entropion dans la nouvelle cavité cervicale.

Il faut avoir soin de bien serrer ses fils pour assurer l'adaptation exacte des lambeaux. Dans ce but on doit toujours prendre la précaution de porter les nœuds, dans l'intérieur du col, sur l'extrémité des deux index.

Trois points de suture suffisent ordinairement à l'affrontement des surfaces. On peut en augmenter le nombre s'il y a lieu. On place d'abord le fil médian et ensuite les sutures latérales.

On opère de la même façon pour la lèvre antérieure. Cette seconde partie de l'opération terminée, il reste sur les parties latérales incisées des portions en relief qui s'opposeraient à leur affrontement. On les incise, et en se servant des fils des sutures déjà posés, on attire le col à gauche et à droite pour y placer successivement quelques points supplémentaires. Ces points sont au nombre de trois de chaque côté et sont nécessaires au succès de l'opération.

Si l'orifice utérin est trop largement béant et que les commissures semblent baïller, Doléris noue entre eux les fils extérieurs des deux lèvres.

On n'a plus qu'à sectionner les fils, à laver la cavité vaginale et à introduire dans l'orifice utérin une bande de gaze iodoformée qui assure l'antisepsie et prévient l'atésie.

On bourre ensuite le vagin de gaze stérilisée et l'opération est terminée.

On refait le pansement le quatrième jour. On le répète ensuite deux fois par jour avec injection au sublimé au 1/3000.

Vers le 10^{me} ou 12^{me} jour les malades peuvent se lever. Elles ne doivent pas toutefois se hâter trop de reprendre leurs occupations surtout si elles sont fatigantes. Elles éviteront surtout le

coût dans les deux premières semaines qui suivront leur convalescence, au risque de voir réapparaître les anciennes lésions.

Dangers de l'opération.—Ils sont nuls ou à peu près. Les deux règles à suivre c'est d'opérer vite et selon toutes les lois de l'antiseptie.

L'hémorrhagie peut quelquefois être assez considérable. Le jet de l'irrigation continue chaude et la constriction des fils des sutures suffisent toujours à la contrôler. Une pince hémostatique provisoire pourra être requise dans quelques cas, mais avec notre maître, nous considérons la ligature des artères utérines comme superflue.

L'opération s'entoure parfois de quelques difficultés assez sérieuses quand le col est immobilisé au fond d'un vagin étroit et profond. L'étroitesse de la vulve peut être aussi une entrave, surtout si elle complique un de ces derniers états.

Résultats : Les déformations et traumatismes sont entièrement réparés. Le col retrouve sa forme normale et ses fonctions physiologiques. L'enlèvement de la muqueuse détermine une espèce de régression dans les tissus hypertrophiés.

Il y a suppression du catarrhe cervical, de la dysménorrhée et de la stérilité.

En somme, l'opération de Schröder répond à tous les desiderata.

Et dans les cas de grossesse ultérieure elle n'entrave nullement la gestation et l'accouchement. La dilatation est tout à fait régulière et normale et l'expulsion du fœtus n'est nullement retardée.

M. Ducasse (thèse de 1889) a bien établi cette dernière proposition. " Ces bons résultats, dit-il, tiennent à ce fait que le tissu cicatriciel est nul ou en si minime quantité qu'il n'a pu entraver la marche de la dilatation."

Un léger écoulement leucorrhéique peut dans quelques circonstances persister après l'opération, mais il n'est pas tenace et cèdera facilement à des injections antiseptiques régulières.

PARIS, avril 1891.

Anesthésie par l'éther phéniqué.—Le Dr RICHARDSON obtient l'anesthésie cutanée en employant sous forme de pulvérisation l'éther phéniqué ainsi préparé : Acide phéniqué 0 gr. 25. Ether nhydre 25 grs. L'anesthésie superficielle se produit avant le moment où le froid se manifeste et l'on peut alors pratiquer l'incision de la peau, en continuant les pulvérisations, la division des tissus plus profonds peut être pratiquée sans douleur. Cependant le procédé doit être réservé aux opérations de courte durée en raison des inconvénients qui pourraient résulter d'une absorption prolongée de l'acide phéniqué contenu dans le mélange.—*The Asclepiad.*

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

La syphilis héréditaire des poumons.—Clinique de M. le docteur E. LANCEREAUX :—La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, plus souvent peut-être, se localise aux poumons. Ses manifestations pulmonaires, depuis longtemps étudiées chez le fœtus et le nouveau-né, sont bien moins connues chez l'enfant et chez l'adulte ; aussi, pour en donner une juste idée, croyons-nous utile d'en rapporter plusieurs observations.

Une femme, dont le père était atteint d'une affection syphilitique peu de temps avant sa naissance, eut des troubles oculaires et devint presque aveugle vers l'âge de 8 à 11 ans ; plus tard, elle fut prise de maux de gorge et d'enrouement. A 14 ans survint une surdité qui s'améliora, reparut et persista ; la menstruation ne put s'établir ; à 22 ans, des douleurs intenses se firent sentir dans la tête, et les cheveux tombèrent en grande partie. De 22 à 28 ans, santé passable, malgré des vertiges et des convulsions ; à 39 ans, pleurésie et hémoptysies.

Le 15 juin 1860, cette personne, alors âgée de 40 ans, est admise à l'hôpital de la Pitié où je l'observe. C'est une femme grêle et de petite taille, qui a les seins d'une jeune fille à peine pubère, le pénil glabre, un hymen non déchiré et qui permet à peine l'introduction du petit doigt dans un vagin très étroit. Les dents sont petites, bien-pilées, le nez offre un aplatissement vers sa base, la tête est chauve, à part quelques cheveux semés çà et là, le faciès pâle, la voix rauque et nasonnée. Il existe une surdité telle que je suis obligé d'écrire mes questions pour obtenir une réponse, quoique les oreilles soient bien conformées. La poitrine attire l'attention, car à la partie supérieure interne de la mamelle droite, il existe à la percussion, dans une étendue de plusieurs centimètres, un son obscure ou mat. A ce même niveau, et vers le bord axillaire, on entend un souffle doux et saccadé, un peu différent du souffle bronchique ; plus bas, ce souffle prend le timbre creux. De temps à autre, et principalement durant les efforts de toux ou de profondes inspirations, l'oreille perçoit des râles sous crépitants ou caverneux. En arrière, mêmes phénomènes plus profondément situés ; par contre, le poumon gauche n'of-

fré aucun signe anormal. Toux fréquente et quinteuse, avec expectoration abondante et souvent sanglante. Le cœur est sain, la rate, le foie et les reins ne paraissent pas lésés. L'intelligence de la malade est intacte, mais son odorat est presque entièrement perdu depuis dix ans. Appétit peu prononcé ; phénomènes d'embarras gastrique continuels ; fièvre avec paroxysmes le soir (vésicatoire volant, boissons émollientes). Cet état persiste ; l'appétit reste languissant ; l'amaigrissement s'accroît ; cependant la face, quoique très pâle, demeure pleine et comme boursoufflée. Les mois de novembre et de décembre se passent sans autres changements, les hémoptysies reviennent à plusieurs reprises, et la malade sort de l'hôpital en janvier.

Le 9 mars, elle est admise à nouveau. L'amaigrissement, depuis la sortie, s'est accru ; la toux persiste et l'expectoration est habituellement sanguinolente. On entend, à deux ou trois travers de doigt de la clavicle droite, un souffle caverneux avec râles muqueux parfois très gros et gargouillements. Le foie dépasse le rebord costal. La fièvre, modérée tout d'abord, prend plus d'intensité ; puis il survient de la diarrhée, l'amaigrissement progresse, la malade s'épuise de plus en plus, et succombe dans le marasme le 20 mars 1861.

Les membres inférieurs sont légèrement œdématisés ; le cerveau et les nerfs qui en émanent sont sains. Les organes des sens ne peuvent être examinés, le cadavre ne devant pas être défiguré. Le poumon gauche est intact ou seulement œdématisé ; le poumon droit, par contre, à ses trois lobes affectés ; le lobe supérieur est encore crépitant à son sommet, mais, plus bas, il est induré et creusé de plusieurs excavations. Semblables cavités se rencontrent dans le lobe moyen et à la partie supérieure du lobe inférieur ; elles sont séparées les unes des autres par des cloisons souvent incomplètes, ou des brides fibreuses plus ou moins étendues, et peuvent contenir un œuf de pigeon. Limitées par des parois parfaitement lisses et polies, elles sont situées au milieu d'un tissu grisâtre ferme et résistant à la pression, et qui ne s'affaisse ni ne se déchire. Nulle part on ne trouve la moindre trace de tubercules, et d'ailleurs les cavernes, en quelque sorte sculptées dans le tissu induré, indiquent suffisamment qu'il s'agit non pas de tuberculose, mais bien d'une pneumonie chronique.

Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, déborde les fausses côtes ; sa coloration lui donne l'aspect de la noix muscade : de nombreuses taches jaunes, légèrement irrégulières, se dessinent à sa surface sur un fond brunâtre. La capsule de Glisson, épaissie au niveau du ligament suspenseur, offre avec le diaphragme plusieurs adhérences plus ou moins lâches. Sur la face convexe se remarquent des sillons profonds ayant des directions variables et présentant à leur niveau un épaississement de la capsule : les lèvres de ces sillons sont unies par des tractus de tissu

conjonctif; même altération à la face concave. Des faisceaux fibreux tapissent le fond des cicatrices; les cellules hépatiques du voisinage sont granuleuses et atrophées; la trame fibreuse du foie est épaissie. La rate et le corps thyroïde sont augmentés de volume et un peu indurés. Les reins sont assez normaux; les ovaires et l'utérus ont le développement qui s'observe chez une jeune fille de 8 à 10 ans. Les ovaires, à l'état rudimentaire, ne contiennent pas de vésicules de Graaf; l'utérus est relativement très petit, le pénil extrêmement glabre. La menstruation n'a jamais eu lieu, et tout porte à croire qu'il n'y a pas eu de rapports sexuels, ceux-ci étaient d'ailleurs presque impossibles à cause de l'étrécissement remarquable de la vulve et du vagin.

On pourrait contester ici la réalité de la syphilis; mais les renseignements qui nous ont été fournis par la malade, et cela à plusieurs reprises, la mort prématurée de la plupart de ses frères et sœurs, l'arrêt de développement, l'état particulier du système dentaire et la perte des cheveux sans cause appréciable, comme aussi les caractères des lésions constatées à l'autopsie, ce sont là autant de preuves qui militent en faveur d'une maladie syphilitique: et d'ailleurs comment se rendre compte autrement des nombreux accidents éprouvés par cette femme depuis sa naissance jusqu'au moment de sa mort? La syphilis une fois admise, n'est-il pas rationnel de supposer l'altération particulière du poumon et la lésion hépatique sont ici un effet direct de cette maladie?

Les mêmes considérations, pour ainsi dire, me portent à attribuer la même origine au cas suivant observé et suivi par moi en 1874, lorsque j'étais médecin de l'hôpital de Lourcine. Il s'agit d'une personne de 14 ans, chétive et très peu développée, qui souffre des yeux depuis son enfance. Au moment de notre examen, les deux cornées sont presque entièrement opaques, et l'œil gauche est atteint de staphylome, il existe en même temps une double surdité et, depuis longtemps, un coryza sans déformation appréciable du nez; les dents sont courtes, la face est peu développée. La maladie pour laquelle cette jeune personne se confie à nos soins a débuté il y a un an par la tuméfaction du voile du palais, qui s'est ensuite perforé et a fini par une destruction totale.

Aujourd'hui, 1er avril 1874, les bords qui limitent cette destruction occupent tout l'espace compris entre les piliers; ils sont ulcérés et parsemés çà et là de bourgeons charnus, indice d'un commencement de réparation. Sur la face postérieure du pharynx, il existe un large ulcère qui s'étend en profondeur jusqu'aux corps vertébraux; la membrane muqueuse, dans son voisinage, est injectée, légèrement tuméfiée et érodée sur quelques points.

La respiration est fréquente, une toux sèche, parfois quinteuse, plus tard humide, existe depuis plusieurs mois. Les deux

sommets et le poumon droit sont normaux, mais la percussion donne à la base gauche une matité très notable avec augmentation des vibrations, et l'auscultation laisse entendre un souffle doux, un peu creux sur quelques points, en même temps que de nombreux râles muqueux et un léger retentissement de la voix. Par conséquent, le lobe inférieur du poumon gauche est le siège d'une hépatisation ou mieux d'une induration scléreuse, associée sans doute à une dilatation bronchique. (Iodure de potassium, 1 à 2 gr.; frictions mercurielles.) Les bords de la solution de continuité sont cicatrisés, mais non réunis; l'alcôre du pharynx est détergée, en bonne voie de réparation; un peu plus tard, il se produit une amélioration du côté du poumon, et, à partir de juillet, la toux cesse à peu près complètement. En septembre, elle reparait, la matité et le souffle persistent encore, mais sans aucun râle. La destruction du voile palatin rend l'expectoration impossible. L'accroissement de la maladie, arrêté depuis quelque temps, est de plus en plus manifeste, on constate même un léger degré d'embonpoint. L'amélioration se continue après la sortie de la malade, comme je puis m'en assurer. Le 27 février 1878, le souffle est beaucoup moins aigu et moins étendu dans le lobe inférieur du poumon gauche, le murmure vésiculaire s'entend à la base, l'amélioration est manifeste, les râles font défaut, le développement s'est accentué depuis un an, et il est survenu depuis trois mois un embonpoint qui porte à croire à une guérison prochaine et définitive.

L'enfance de cette jeune malade s'est passée dans de bonnes conditions d'hygiène, son alimentation a été convenable; une sœur de sa mère, plus âgée de 3 ans, se fait remarquer par sa beauté et sa force; au contraire, un frère et deux sœurs plus jeunes et du même père sont peu robustes. Le frère qui la suit immédiatement est surtout chétif. Ainsi, nous sommes conduits à considérer le père comme étant l'auteur des accidents observés chez notre jeune malade, et les renseignements que nous avons pu obtenir sur ce point viennent confirmer cette manière de voir. La mère était une femme robuste qui fut tuée par un éclat d'obus au moment du siège de Paris.

Un fait, en tout semblable au précédent, a encore été observé par nous vers la même époque, c'est celui d'une jeune personne de 12 ans, ayant des dents bicuspides, fort peu développées pour son âge, et qui présentait tous les signes d'une sclérose occupant le tiers inférieur du poumon gauche (matité, souffle, etc.), et qui s'améliora sous l'influence d'un traitement ioduré.

En présence de ces trois faits, d'une analogie frappante, il y a lieu de reconnaître que la syphilis héréditaire se traduit à un âge voisin de l'adolescence, par des lésions circonscrites et localisées des poumons, ayant tous les caractères de la sclérose avec ou sans produits gommeux concomitants.

Si ces faits pouvaient laisser quelque doute dans l'esprit, ceux qui suivent les feraient disparaître, car ils nous montrent les mêmes lésions à un âge plus rapproché de la naissance, chez des enfants dont la syphilis paraissait évidente.

Un enfant de 6 ans, né dans l'Inde, et dont l'observation est rapportée par H. Green (Trans. path. de Londres), toussait depuis l'âge de dix-huit mois et présentait des signes cavitaires dans une grande étendue du poumon droit. Son poumon gauche était sain, sa rate volumineuse, ses dents incisives supérieures n'offraient qu'un faible développement. Cet enfant, amaigri et débilité, atteint d'œdème aux membres inférieurs, finit par succomber. On trouva le poumon droit recouvert par une plèvre épaissie adhérant intimement à la paroi thoracique et diminué de volume; la surface de section était parsemée de nombreuses excavations séparées par des tractus fibreux, ce qui lui donnait l'aspect d'un poumon tuberculeux. Le poumon gauche restait sain, à part quelques tractus d'induration fibreuse dans son lobe supérieur.

Un autre cas, consigné dans le même recueil par Greenfield, est relatif à un enfant d'un an dont le poumon droit était ferme, solidifié et sclérosé. Examiné à un faible grossissement, ce poumon laissait voir des bandes de tissu fibreux d'épaisseur variable, rayonnant dans des directions diverses, au milieu desquelles étaient emprisonnés des groupes d'alvéoles.

Les parois des petites artères, celles des bronches, se trouvaient épaissies par l'infiltration de jeunes cellules embryonnaires, s'étendant jusqu'aux parois alvéolaires au sein desquelles les cellules épithéliales étaient, suivant le degré de compression, tantôt à peu près normales, tantôt altérées et dégénérées.

Tous ces faits, dont la ressemblance est frappante, nous paraissent mettre en évidence l'existence de l'hérédité syphilitique avec lésion pulmonaire chez l'enfant et chez l'adulte. Cette lésion, autant qu'il nous est possible d'en juger, se localiserait dans un des poumons, affecterait de préférence les lobes inférieurs, mettrait plusieurs années à évoluer, et se traduirait pendant la vie par de la matité, du souffle tubaire ou caverneux, du moins dans quelques cas, et par une expectoration abondante; après la mort par une induration scléreuse du parenchyme pulmonaire, des excavations peu étendues, circonscrites par un tissu scléreux, des tractus fibreux donnant à l'organe malade une certaine analogie avec l'état du poumon atteint de tuberculose. Toutefois l'absence de tubercules, aussi bien dans le poumon lésé que dans celui qui est resté sain, conduit à rejeter l'idée d'une tuberculose et à accepter celle d'une action spécifique; et, comme dans les autopsies pratiquées, les bronches n'étaient pas dilatées, les cavernes pulmonaires doivent être attribuées au ramollissement de tumeurs gommeuses ou à des nécroses partielles du tissu pulmonaire sclérosé. En tout cas, ces lésions sont amendables sous l'influence

d'un traitement approprié, ainsi que nous l'avons vu, et pourraient sans doute guérir si elles étaient prises à temps. Elles se font remarquer par la lenteur de leur évolution, leur persistance pendant plusieurs années, parfois sans changement appréciable dans l'état local et sans modification de la santé générale.

Ces circonstances ont la plus grande importance dans le diagnostic de la syphilis héréditaire du poumon, car toutes les fois que l'on constatera chez l'enfant ou même chez l'adulte les signes d'une sclérose pulmonaire un peu étendue et persistante il y aura lieu de soupçonner une origine syphilitique, et cette origine sera mise hors de doute par les désordres concomitants; dents tricuspides, faible développement etc. L'altération en question se rapproche d'ailleurs de celle que engendre la syphilis dans les poumons du fœtus et du jeune enfant, car elle en diffère uniquement par une organisation plus complète du produit syphilitique, et, dans quelques cas seulement, par la destruction d'une partie de ce produit; d'un autre côté, elle offre la plus grande analogie avec la sclérose pulmonaire de la syphilis acquise, car elle s'en distingue simplement par une diffusion et une extension plus grandes.

Le pronostic est sérieux en raison de la tenacité du désordre anatomique toutes les fois qu'un traitement spécifique n'est pas mis assez tôt en usage. La mort, qui en est la conséquence assez habituelle chez le jeune enfant, est beaucoup plus rare chez l'adulte. En cela, les manifestations de la syphilis héréditaire des poumons ressemblent à celles de tous les autres organes.

Le traitement, pour être efficace, sera prompt et énergique. Le plus souvent, chez l'adolescent, et à plus forte raison chez l'adulte, le mercure et l'iodure de potassium, même à dose convenable, ne parviennent pas à faire disparaître entièrement la lésion pulmonaire, ce dont il est facile de se rendre compte, si l'on remarque qu'au bout d'un certain temps la sclérose syphilitique se organise en un tissu définitif qui ne laisse plus de prise aux agents thérapeutiques, incapables de transformer ce tissu, ainsi qu'il arrive lorsqu'il s'agit d'éléments jeunes et agglomérés sur un point circonscrit; mais leur action n'est pas moins utile, car, en combattant ces derniers, ils arrêtent le processus syphilitique.

— *Union médicale.*

Diagnostic et traitement de la syphilis cérébrale.—L'infection syphilitique est souvent la cause directe ou indirecte des troubles des fonctions du cerveau et de la moëlle épinière; les médecins ne l'ignorent pas, tout en oubliant quelquefois d'en tenir compte dans la pratique, le public le sait également. Aussi est-on assez souvent consulté par d'anciens syphilitiques inquiets d'éprouver certains symptômes nerveux. J'en ai vu tout récemment deux dans le même jour, qui, ayant été traités pour la syphilis et même

trop traités, éprouvaient des troubles nerveux très divers imputables, non pas à la syphilis, mais à des désordres dyspeptiques résultant de l'abus du mercure et de l'iodure, et au syndrome neurasthénique.

Un double écueil existe pour le médecin à propos de la syphilis : la méconnaître en présence de certains accidents nerveux et ne pas faire bénéficier le malade de la thérapeutique spécifique qui seule peut le sauver,—lui imputer certains autres troubles qui ne lui appartiennent pas directement, bien qu'elle ait pu jouer vis-à-vis d'eux le rôle de cause occasionnelle ou, comme dit M. Charcot, d'agent provocateur, et les aggraver en prétendant les guérir par la médication iodo-mercurique.

Le moyen d'éviter cette double erreur est de connaître avec précision les symptômes de la syphilis cérébrale aujourd'hui bien établis par les travaux de Fournier, Lancereaux, Charcot, Mauriac, etc., afin de ne pas confondre avec eux l'hystérie et la neurasthénie qui se montrent fréquemment chez les anciens syphilitiques.

Ces deux névroses peuvent coexister avec la syphilis, soit qu'elles l'aient précédée, soit qu'elles se soient développées sous l'influence du branle-bas causé dans le système nerveux par l'évolution de la maladie infectieuse, soit enfin qu'elles aient été provoquées par un traitement excessif ou mal conduit : ici encore on peut incriminer, suivant les cas, deux influences ; le mercure, dont le maniement professionnel provoque assez souvent l'hystérie toxique et qui pourrait bien agir de même, quand on l'emploie thérapeutiquement d'une manière abusive, et les troubles gastriques auxquels conduit trop souvent la médication iodo-mercurique prolongée.

La syphilis peut provoquer des accidents nerveux dans sa période secondaire, les uns, les plus fréquents, remarquables par leur diffusion, leur faible intensité, leur courte durée, imputables à l'action toxique exercée par le virus en circulation dans le sang sur les cellules nerveuses et les nerfs ;—les autres, plus rares, localisés par suite d'une compression dont l'agent est un ganglion augmenté de volume, une périostose ou une exostose.

Pour procéder par énumération rapide, on peut observer la faiblesse générale, la torpeur, l'hébétude, des troubles sensoriels (éblouissements, mydriase, amblyopie ;—bourdonnements auriculaires, otalgie, dureté de l'ouïe), les troubles du sommeil par insomnie ou cauchemars, et surtout une céphalée remarquable par ses paroxysmes nocturnes, céphalée assez caractéristique, moins cependant que celle qui prélude aux accidents cérébraux tertiaires. On peut rencontrer encore des névralgies du trijumeau, du plexus cervical ou brachial, du nerf sciatique. Il peut exister des troubles de la sensibilité, analgésie, anesthésie au contact, à la température, des troubles vaso-moteurs (bouffées de chaleur, agilité, hyperidrose).

Pour cet ordre de symptômes sensoriels et sensitifs, il faut déjà se tenir en garde contre le mélange d'hystérie qui peut se manifester sous l'influence de l'invasion de l'agent infectieux. Quoiqu'il en soit, à cette période, il y a moins à s'en préoccuper au point de vue de la thérapeutique. La coexistence des plaques muqueuses, des syphilitides cutanées, de l'alopécie, des douleurs ostéocopes constitue l'indication formelle au traitement spécifique, et ce qui est imputable à l'hystérie est secondaire; il sera temps d'y parer quand l'infection sera curagée.

Si des manifestations convulsives surviennent, elles seront hystéroides ou épileptiformes: la plupart du temps, c'est à l'éveil de la névrose hystérique qu'elles seront attribuables; quelquefois à une périostose de la table interne d'un pariétal ou d'un temporal.

Quelques paralysies du facial, des moteurs oculaires pourront être la conséquence d'exostoses ou de périostites se produisant sur le trajet de ces nerfs.

Mais c'est à la période tertiaire de la syphilis que les accidents cérébraux sont importants à considérer, parce qu'alors on est souvent loin du début de l'infection, que celle-ci a été parfois méconnue et que par conséquent on peut omettre d'instituer la thérapeutique convenable.

Les accidents cérébraux tertiaires de la syphilis sont assez fréquents, puisqu'ils se montrent chez 1/10e des syphilitiques et représentent le quart des cas de tertiarisme (Fournier).

Ils peuvent être plus précoces qu'on ne le croit en général, puisqu'ils peuvent débiter au bout de 7 à 8 mois; par contre, ils se montrent quelquefois vingt et trente ans après l'accident initial.

Il est impossible de prévoir, d'après la gravité et l'intensité des accidents du début, s'il y aura des accidents nerveux tardifs ou graves; on peut dire cependant que la syphilis, frappant des individus à antécédents névropathiques personnels ou héréditaires, a plus de chances de provoquer chez eux des manifestations nerveuses. N'a pas la syphilis cérébrale qui veut. Beaucoup de sujets qui en sont atteints étaient prédisposés par hérédité aux affections cérébrales vulgaires. On a cité comme causes prédisposantes ou occasionnelles à la localisation du virus syphilitique sur les centres nerveux le surmenage cérébral et médullaire, l'alcoolisme, les émotions morales violentes et répétées telles que celles du siège de Paris (Fournier), le froid, les traumatismes.

Les diverses manifestations de la syphilis tertiaire dans le système nerveux dépendent de lésions des méninges et de l'encéphale, des premières surtout, et ces lésions sont d'une part les gommés et l'inflammation à tendance scléreuse; de l'autre, l'artérite sous forme d'une endartérite oblitérante ou d'une périartérite qui favorise la production d'anévrysmes et prépare des lésions banales telles que l'hémorragie ou le ramollissement ischémique.

Les manifestations cliniques diverses qui résultent de ces lésions

ont été groupées par M. Fournier pour la commodité de l'enseignement didactique en 6 formes : céphalalgique, congestive, convulsive ou épileptique, aphasique, mentale et paralytique.

Ces six formes sont d'ailleurs le plus souvent associées et mêlées en formes mixtes : ainsi la céphalalgie, qui peut exister seule pendant longtemps et disparaître le jour où un traitement convenable est institué, est d'ordinaire le prélude des autres formes et doit surtout être considérée comme un moyen de diagnostic et l'avertissement le plus précieux ; car elle disparaît pour faire place aux accidents convulsifs, paralytiques ou mentaux.

Tous les syphiliographes et neuropathologistes, M. Charcot comme M. Fournier, ont insisté sur les caractères spéciaux de la *céphalée syphilitique tertiaire*, tant leur importance est grande. C'est un mal de tête atroce par son intensité et sa persistance ; la douleur de tête est plus profonde que celle qui accompagne les accidents secondaires ; elle est gravative, peut cesser le jour ou ne plus consister qu'en un endolorissement sourd, mais augmente chaque soir pour acquérir une telle violence la nuit qu'elle prive le malade de tout sommeil, l'oblige à se lever, à errer dans l'appartement en criant et en pleurant et va jusqu'à le faire songer au suicide. Frontale ou temporale, cette céphalée peut durer sans interruption des mois, des années, avec irradiations vers le sinciput et l'occiput, rebelle à tout traitement autre que le traitement spécifique. Puis il arrive qu'un beau jour cette céphalée, qui avait résisté à toutes les médications, disparaît spontanément, mais alors souvent éclatent les accidents les plus graves, l'épilepsie ou la paralysie, l'aphasie, suivant la localisation de la pachyméningite qui est la cause de cette céphalée. On ne peut pas dire que toutes les céphalées analogues à celles que je viens de décrire soient syphilitiques, puisque M. Charcot a signalé des cas de céphalée hystérique rappelant la céphalée syphilitique d'une façon frappante, mais il faut toujours songer à la syphilis et la rechercher dans les commémoratifs quand on est en présence d'une céphalée semblable, de même qu'on doit toujours penser à la syphilis quand on trouve chez un adulte l'épilepsie partielle ou l'hémiplégie chez un sujet jeune sans lésion cardiaque.

La *forme congestive* est caractérisée par les ictus apoplectiformes, les accès comateux.

La *forme convulsive* revêt rarement l'apparence d'un ictus épileptique sidérant sans prodromes. Il n'y a pas de cri initial ; l'aura est habituelle, réduite quelquefois à des bâillements, fourmillements ou engourdissements dans les doigts. On rencontre les ébauches avec tremblement, spasme pharyngo-laryngien et œsophagisme. Plus souvent, c'est l'épilepsie partielle, consistant en convulsions cloniques monoplégiques ou hémiplégiques avec sensations subjectives douloureuses partant du point où commencent les convulsions, avec conservation de la conscience, du moins pen-

dant la plus grande partie de l'attaque. Les accès épileptoïdes deviennent en général de plus en plus fréquents.

Dans les intervalles qui les séparent peuvent se montrer des troubles de l'idéation : des inconsciénces passagères survenant par accès (petit mal, vertige, extase) avec délire et impulsions qui présentent un haut intérêt médico-légal. Chez les individus dont les accès convulsifs ou vertigineux se multiplient, la déchéance des facultés intellectuelles s'établit progressivement : mémoire, aptitude au travail, sentiments affectifs sont diminués.

Les accès convulsifs peuvent laisser après eux des paralysies passagères de l'oculo-moteur commun, du facial, de l'amaurose, une monoplégie brachiale ou une hémiplégie transitoire. (*A suivre.*)

CHIRURGIE.

Pathogénie, marche et traitements des ulcères variqueux.

—Les ulcères variqueux ont bénéficié des recherches modernes tant au point de vue de leur étude pathogénique et anatomopathologique qu'au point de vue de leur traitement. Toujours très nombreux dans les consultations hospitalières, les malades, atteints de cette affection, ont été étudiés dans ces dernières années par une série d'observateurs; des méthodes nouvelles de pansement ont été expérimentées avec succès; la chirurgie antiseptique a pu, là encore, rendre des services et, si les méthodes prophylactiques d'une part, le repos prolongé d'autre part, restent le fond du traitement des ulcères variqueux, il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui ce repos peut être abrégé et que rarement le chirurgien se trouve dans la nécessité de mutiler un membre pour la cure radicale d'un ulcère variqueux.

L'ulcère variqueux a toujours été considéré comme une complication fréquente des varices. Son siège habituel au niveau des membres inférieurs ressort de ce fait que les jambes, pour des raisons anatomiques et physiologiques bien connues, sont le siège ordinaire des varices. Mais à côté des varices entrent d'autres éléments dont on a bien mis en relief l'importance dans des travaux récents. Depuis longtemps déjà, on avait observé que les ulcères étaient bien moins la complication de grosses varices recouvrant tout un membre que celle de petites varices cutanées accompagnant normalement les varices profondes. De plus, l'état lisse de la peau autour de l'ulcère ou l'état éléphantiasique chez les malades atteints d'ulcères variqueux montrent bien qu'il y a là des lésions de tous les éléments péri-veineux.

Des recherches, dirigées dans ce sens, l'ont prouvé. Quénu a démontré, par des examens microscopiques, que la névrite n'est pas étrangère à la formation de ces ulcères. D'autres auteurs insistent sur les lésions des artérioles consistant en une dégénérescence athéromateuse plus ou moins étendue, en coagulations par places. Il n'est point jusqu'aux os qui ne soient touchés: Reclus a signalé des hypertrophies des os de la jambe venant diminuer encore par la distension des segments la vitalité des tissus. Aussi a-t-on pu dire: "D'artère à veine, de veine à nerf, de nerf à os et d'os à peau, il y a un échange réciproque de mauvais procédés et le tout concourt à faire des jambes un lieu de moindre résistance, à y rendre les tissus infirmes." Enfin, des esprits généralisateurs ont vu dans cet état scléreux des veines et des artères du membre inférieur une manifestation de l'arthritisme.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie des ulcères variqueux, leur début est presque toujours le même. On conçoit, en effet, qu'un ulcère prenne naissance sur une jambe prédisposée par la mauvaise circulation du membre sous l'influence du plus léger traumatisme, d'un furoncle, d'un abcès, d'une poussée eczémateuse, d'une pustule d'ecthyma, d'une phlyctène, d'une éruption cutanée quelconque à laquelle le sujet est déjà prédisposé d'avance; une fois constitué il a peu de tendance à se cicatrifier dans ces tissus dépourvus de vitalité. Ajoutons que si, dès son apparition, il n'est pas pansé ou s'il est mal pansé (ce qui est le cas le plus fréquent), il ne tarde pas à s'étendre. Une fois constitué, on voit un fond gris tapissé de bourgeons charnus plus ou moins exubérants, recouvert dans leur interstices d'une matière pultacée; les bords sont réguliers et saillants. Bien des facteurs entrent en jeu pour modifier cette surface ulcérée: sous l'influence de la station debout elle s'agrandit peu à peu, le moindre état gastrique fait changer l'aspect de l'ulcération qui dans ce cas devient livide et sèche; enfin surviennent souvent des poussées inflammatoires. Mais que l'ulcère subisse telle ou telle modification, les parties périphériques présentent toujours un aspect lisse, la peau sclérosée et glabre, les ongles altérés, quelquefois le pied à un aspect éléphantiasique. Dans ces parties périphériques la sensibilité est émoussée, et plus spécialement la sensibilité thermique. L'évolution des ulcères variqueux est très irrégulière; ils offrent tour à tour des alternatives d'aggravation et d'amélioration, ne gênant les malades que par une sensation pénible de pensateur, de hémorragies au moindre traumatisme et par un suintement fétide.

Rien n'est plus facile que le diagnostic de l'ulcère variqueux, souvent les malades le font eux-mêmes et viennent consulter le médecin pour un "ulcère de jambe". C'est à peine si l'on pourrait confondre une gomme syphilitique ulcérée avec un ulcère variqueux au début. Bien différente de l'ulcère est la gomme ulcérée; cette

dernière présente un fond jaunâtre, des bords taillés à pic. Outre les antécédents on aura encore le traitement spécifique qui pourra être utilisé dans des cas douteux. Il ne saurait être question, au point de vue diagnostique, des affections inflammatoires de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané et moins encore de plaques de gangrène limitée sous l'influence d'un état général.

La question, qui certainement importe le plus, étant donné l'évolution des ulcères variqueux, est le TRAITEMENT.

Quel que soit le topique que l'on emploie, le mode de pansement que l'on adopte, la première indication est le *repos absolu*, le membre étant dans la position horizontale.

Avant d'appliquer sur l'ulcère le moindre pansement, il importe de le désinfecter, et de nettoyer, avec le plus grand soin, les parties environnantes; sur la peau saine, on pratiquera un lavage avec une solution de sublimé au 1/1000; après un savonnage sur l'ulcération, on fera de larges ablutions avec la solution boricuée saturée.

Cette désinfection faite, il s'agit de panser la plaie: quels sont les topiques qu'il faut employer de préférence? Le chirurgien n'a guère que l'embarras du choix, parmi les innombrables substances poudres, onguents, pommades, etc., dont malades et chirurgiens se sont servis dans le traitement des ulcères variqueux. Il existe pourtant certaines indications, suivant la nature de l'ulcère, son étendue, l'aspect plus ou moins bourgeonnant de sa surface. Pour les grands ulcères à bords plats plus ou moins infectés qu'on trouve souvent chez les malades ayant négligé de se soigner, les pulvérisations phéniquées trouveront leur indication. Remises en honneur, il y a quelques années, à l'infirmerie de la Salpêtrière elles ont produit chez les vieilles femmes les plus heureux résultats. M. Gilles de la Tourette a indiqué la façon dont il procède et publié dans la *Revue de Chirurgie* des observations, dans lesquelles il a obtenu une guérison rapide. Les pulvérisations faites avec le pulvérisateur de Championnière ont été instituées chaque jour, pendant une heure et demie à deux heures, matin et soir. La substance employée est la solution phéniquée au 50e d'abord; puis au 10e, au 30e et au 20e; dans l'intervalle, la plaie est recouverte de vaseline boricuée au 10e; l'érythème n'est pas à redouter, pas plus que l'intoxication phéniquée; bien au contraire, l'inflammation tombe, la surface se déterge, les sécrétions fétides s'arrêtent, les bords s'affaissent.

Lorsque l'ulcère est atone et petit, à surface peu anfractueuse, on peut cautériser au *nitrate d'argent*; s'il est plus étendu et anfractueux on se servira de la lame rouge du *thermocautère*.

Parmi les pansements antiseptiques aujourd'hui les plus employés, citons le *sulfate de cuivre* et le *permanganate de potasse*.

M. Reclus recommande les *lotions d'eau très chaude*. " Deux ou trois fois par jour, dit-il, le membre où siège l'ulcère sera plongé

dans un bain dont on élèvera progressivement la température jusqu'à ce qu'elle atteigne 50 ou 55 degrés, suivant la plus ou moins grande tolérance du malade; dans les régions où les bains locaux seront difficilement applicables, on mettra sur la surface fongueuse des compresses imbibées d'eau toujours à la température de 50 à 55°; les séances devront durer au moins dix minutes à un quart d'heure.

Ces lotions chaudes modifient en très peu de jours la surface de l'ulcère; il prend une coloration rosée et son liseré cicatriciel s'accroît d'une manière sensible.

Lorsque le branle est donné à l'épidermisation, il importe de faire la *compression*.

Le pansement compressif le plus employé jusque dans ces derniers temps a été le pansement classique fait avec des bandelettes de diachylon imbriquées; mais le diachylon n'est pas antiseptique; si l'on veut user d'un sparadrap, il faut recourir soit à l'*emplâtre de Vigo*, soit à l'*emplâtre rouge de M. Vidal*, qui est moins irritant et dont voici la formule:

Minium.....	2,50
Cinabre.....	1,50
Emplâtre de diachylon.....	26

Différents autres topiques peuvent aussi être employés: tels l'*iodoforme* dont l'usage en chirurgie est courant, le *sous-carbonate de fer*, fort usité à l'hôpital St-Louis, et enfin l'*aristol*, qui présente, d'après M. Brocq, le double avantage de n'être ni toxique, ni odorant. Ces divers topiques sont répandus sur la plaie: on les recouvre d'une couche de coton hydrophile, de taffetas gommé et, à l'aide d'une bande en toile, on fait une compression modérée.

Au bout d'un certain temps, une compression plus forte devient nécessaire. On peut se servir alors d'une longue bande de *caoutchouc* qui exerce une compression méthodique et que l'on fait enlever le soir pour la remettre le matin; la plaie étant recouverte d'un pansement pendant la nuit.

A la bande de caoutchouc M. Reclus propose de substituer une *bande silicatée* que l'on peut renouveler tous les quinze jours, la plaie étant recouverte d'une pommade antiseptique.

Telles sont les diverses méthodes de pansement applicables aujourd'hui aux ulcères.

Grâce à ces applications, on voit l'ulcère diminuer progressivement; mais, s'il s'arrête dans sa cicatrisation, il faudra *insister sur le repos absolu*, varier les topiques, car l'expérience démontre que ce changement pourrait suffire à déterminer une reprise de la cicatrisation. Enfin, on pourra aider la réparation en pratiquant des *greffes épidermiques* suivant le procédé de Redevin. Si la perte de substance est trop étendue, on peut recourir à la *greffe dermo-épidermique* de Thiersch. Pour pratiquer ces dernières on racle à

la cuvette la surface de l'ulcère sur toute son étendue; cette surface est étanchée et recouverte de compresses imbibées d'eau salée pendant huit ou dix minutes; on enlève ensuite les grosses comprenant, avec les papilles, les couches superficielles du derme; celles-ci, de deux centimètres de large sur 10 de long, sont étalées et maintenues par des bandelettes de protective, de coton hydrophile trempé dans la solution salée et de mackintosh enveloppé lui-même d'une épaisse couche d'ouate bien immobilisée. Enfin, dans ce même ordre d'idées, on a eu recours à l'autoplastie.

Il est encore une série d'opérations sanglantes remises en honneur avec l'antisepsie, c'est la *ligature multiple de la veine interne saphène*. L'ulcère variqueux étant une complication des varices, malgré les restrictions qu'il faut faire, ainsi qu'il a été dit plus haut, il était logique de tenter la cure de l'ulcère variqueux par les ligatures multiples. Nous l'avons vu appliquée récemment sur un membre variqueux, avec ulcère assez étendu et troubles trophiques éléphantiasiques du côté du pied. Au bout de quelques semaines, l'ulcère avait notablement diminué, et l'éléphantiasis s'était atténué. L'opération est simple et présente actuellement une innocuité absolue. Elle pourra donc trouver dans certains cas son indication. Du reste, le procédé a déjà été employé avec succès par M. Schwartz qui a vu se cicatriser en huit jours un ulcère de 5 centimètres de long sur 6 de hauteur. On n'hésitera donc pas, si, en dépit du traitement, la jambe ulcérée ne se cicatrise pas, à pratiquer les ligatures multiples sur la saphène interne.

Enfin, lorsque l'on aura obtenu la cicatrisation d'un ulcère variqueux, le malade devra porter un bas à varices, car tout membre variqueux est un lieu de moindre résistance et le plus petit traumatisme peut être cause d'un nouvel ulcère.

Voilà donc quels sont les principaux points du traitement actuel des ulcères variqueux: désinfection du membre et de l'ulcère; repos absolu; pulvérisations phéniques et lotions d'eau chaude; cautérisations et compressions avec divers topiques: enfin greffes et tentatives de cures radicales.

Il est souvent indispensable d'essayer l'un après l'autre plusieurs traitements.—*Concours médical.*

Traitement des tumeurs blanches du genou dans l'enfance.

—Deux grandes méthodes de traitement sont en présence: l'une dite *conservatrice* est surtout basée sur la tendance des fongosités à la guérison spontanée; elle se contente d'aider cette tendance par l'immobilisation dans une position favorable, la révulsion, les topiques locaux, l'incision et le grattage des abcès prêts à s'ouvrir et surtout par le traitement général. L'autre méthode, plus radicale, a surtout en vue, dès le début, le foyer d'infection produit par toute tuberculose locale; elle s'attache à le supprimer

par des opérations diverses, arthrotomie et grattage (arthrotomie et chauffage igné, arthrectomie, résections atypiques, résections vraies). Ces interventions hâtives ont pour but de diminuer les dangers d'infection générale et de laisser un membre plus utile que celui qui reste habituellement après la guérison spontanée. Avant d'établir une parallèle entre ces deux méthodes, étudions rapidement les moyens employés dans chacune d'elles.

A. Méthode conservatrice. 1^o L'immobilisation dans une bonne position, doit être faite le plus tôt possible; elle doit être précédée du redressement lorsque l'articulation est dans une flexion plus ou moins accusée. Quand l'affection n'est pas trop ancienne, le redressement s'effectue assez facilement sous le chloroforme; à une période plus avancée, il peut être rendu difficile par les rétractions tendineuses ou par la déformation des surfaces articulaires. Les rétractions tendineuses sont facilement vaincues par la ténotomie qui, faite antiseptiquement, est entièrement inoffensive. L'obstacle constitué par les déformations articulaires est plus important: ce n'est plus une flexion simple, mais une véritable subluxation qui se produit au niveau du genou. Le redressement doit alors être fait avec des précautions spéciales, lentement, progressivement, en faisant précéder chaque mouvement d'extension d'un mouvement de flexion qui ramène en avant le plateau du tibia.

L'immobilisation est toujours nécessaire après le redressement, tant pour maintenir le résultat que pour modérer l'inflammation consécutive. Le meilleur appareil d'immobilisation est l'appareil plâtré, comprenant tout le membre, du pied à la moitié de la cuisse. Toutefois chez les jeunes enfants qui urinent au lit et dont les urines ramollissent vite les appareils en plâtre, on peut préférer les gouttières métalliques.

Dans certains cas, au lieu d'effectuer le redressement brusque, on recherche le redressement progressif au moyen de l'extension continue; mais ce n'est que dans les tumeurs blanches tout à fait au début, très enflammées, très douloureuses, mais sans aucune menace de subluxation que l'extension continue peut présenter des avantages.

2^o La révulsion ne doit être que rarement faite avec des vésicatoires. Il faut leur préférer les cautérisations qui peuvent être faites de différentes façons. Bonnet pratiquait lentement des raies de feu sur toute la région, repassant le cautère à différentes reprises dans les mêmes raies, en se gardant de l'enfoncer profondément et de sectionner toute la peau. Richet fait avec la lige fine de platine du thermo-cautère des cautérisations allant jusqu'au centre même des fongosités. Le cautère doit être chauffé au rouge cerise, enfoncé à une profondeur de 4 ou 5 centim. dans l'articulation et retiré vivement, de manière à éviter les eschares étendues dont la chute pourrait entraîner des fistules.

Chaque séance comporte quatre ou cinq de ces cautérisations, qui sont répétées tous les quinze ou vingt jours. Tous ces procédés ont l'inconvénient chez l'enfant de nécessiter l'anesthésie par le chloroforme; on peut souvent se contenter des applications répétées de teinture d'iode qui constituent un moyen de révulsion moins énergique, mais plus pratique. La compression ouatée modérée est associée avec avantage à ces divers procédés d'immobilisation et de révulsion.

3o Parmi les topiques appliqués simplement sur la peau, un seul, l'*onguent mercuriel*, paraît avoir une valeur réelle. Toute les fois qu'il existe une solution de continuité de la peau, la surveillance doit être grande au point de vue de la stomatite.—Les injections antiseptiques (iodoforme, acide phénique, teinture d'iode, etc.), n'ont pas donné de très bons résultats; elles ont été faites soit à travers les trajets fistuleux, soit par des piqûres faites dans les fongosités. Chez l'enfant ces injections seront réservées au traitement des abcès par congestion, parfois à la désinfection des trajets fistuleux.

4o L'apparition d'un abcès est une complication sérieuse: s'il s'agit de simples abcès de voisinage, sans communication directe avec l'articulation, ils peuvent guérir par la ponction et une simple injection d'éther iodoformé, mais le plus souvent le pus occupe la synoviale; il y a des lésions étendues des épiphyses: il faut avoir recours à une large incision suivie du curage du foyer, de l'ablation d'une partie de la synoviale et de l'évidement des extrémités épiphysaires atteintes. Si l'abcès est trop étendu, si les lésions osseuses sont trop prononcées, c'est souvent à l'amputation de la cuisse qu'il faut se décider. Aussi est-il sage de ne jamais entreprendre l'incision d'un abcès intra-articulaire, sans avoir les instruments nécessaires pour pratiquer la résection ou l'amputation et sans avoir prévu à l'avance le famille de ces éventualités.

5o Tous ces moyens locaux doivent être secondés par le traitement général qui se compose de moyens hygiéniques (grand air, soleil, exercice, distraction, bonne nourriture) et médicamenteux (huile de foie de morue, iode, arsenic, quinquina, etc.). On ne saurait trop insister sur l'utilité du traitement marin *prolongé* qui semble constituer, tant par les bains de mer que par le simple séjour dans l'atmosphère maritime, le plus puissant des modifications hygiéniques de la scrofule.

Quand la guérison a été obtenue, il faut prendre de grandes précautions au point de vue local et général pour éviter toute rechute. La marche ne doit être permise que progressivement quand il n'y a plus ni douleurs spontanées, ni points douloureux à la pression. Un appareil de soutien (genouillère ou appareil silicaté) doit être porté pendant longtemps pour éviter les entorses. De plus, il ne faut employer qu'avec une grande

réserve les diverses manœuvres (massages, mouvements) ayant pour but de combattre l'ankylose totale ou partielle. Il importe que dès le début du traitement le médecin fasse accepter comme favorable la possibilité de la terminaison par ankylose. Enfin, l'atrophie musculaire, si fréquente après les tumeurs blanches, sera combattue par les frictions stimulantes et surtout par les courants continus.

B. La méthode radicale, qui consiste à intervenir, comprend différentes opérations :

1o La résection typique du genou, qui est une opération bien réglée, facile, et qui permet d'enlever complètement les fongosités osseuses et articulaires. Elle a le grave inconvénient de supprimer le cartilage épiphysaire et d'entraver l'accroissement du membre. Aussi ne faut-il pas pratiquer de résection du genou avant l'âge de douze ans (Ollier).

2o L'arthrotomie avec simple drainage pour l'évacuation des sécrétions est presque inusitée; elle ne pourrait guère être utilisée que dans quelques arthrites fongueuses nettement suppurées.

3o Une excellente méthode pour modifier les tubercules articulaires consiste dans l'arthrotomie avec cautérisation ignée; l'articulation est ouverte très largement et les fongosités cautérisées, labourées en tous sens. Les extrémités spongieuses des os sont elles-mêmes traversées, "tunnellisées" par le fer rouge. S'il existe un foyer nécrosique, l'os doit être, en plus de cette cautérisation, évidé à la curette et à la gouge. Pour terminer l'opération, M. Vincent chauffe et dessèche toute l'articulation au moyen d'un cautère de gros volume chauffé au charbon, qu'il promène dans les diverses trainées faites. L'articulation tout entière se trouve bientôt à un degré de chaleur qui doit faire périr les micro-organismes. Si le pansement est bien aseptique, si l'immobilisation est bien faite, la réaction inflammatoire est très limitée. Ces procédés mixtes d'arthrotomie avec évidemment et cautérisation semblent être ceux qui s'appliquent le mieux à la tumeur blanche à début osseux, la plus commune chez l'enfant.

4o L'arthrectomie, préconisée par Volkmann, a pour but d'exciser la synoviale et les ligaments envahis par les fongosités, en respectant, autant que possible les extrémités osseuses; mais chez l'enfant, une ablation ainsi limitée à la synoviale et aux ligaments, est rarement complète. Les travaux de Lannelongue ont en effet montré que les tuberculoses articulaires de l'enfance débutent presque toujours par les os et que l'envahissement de la synoviale n'est que consécutif.

5o En réalité, c'est à une résection atypique, à une opération de nécessité plutôt que vraiment réglée que doivent toujours revenir les interventions chirurgicales dans les tumeurs blanches du genou chez l'enfant. L'incision destinée à aborder l'articulation sera variable (unique, multiple, latérale, etc.). Quant à la

synoviale et aux ligaments, on pourra, suivant les cas, se contenter d'un curage énergique ou les inciser; les foyers osseux seront grattés et évités. Ces réactions atypiques constituent donc un curage aussi complet que possible du foyer tuberculeux; le désir de faire une ablation complète ne doit pas toutefois entraîner à des ablations osseuses trop étendues. L'emploi des antiseptiques naphthol camphré par exemple, peut être utile pour modifier les fongosités tuberculeuses laissées par l'opération.

Quand il existe des abcès étendus, une précaution utile est d'amener, autant que possible, leur a-sepsie en pratiquant quelques jours à l'avance des injections d'éther iodéformé qui en modifient le contenu.

Le drainage est utile: il peut être intra-articulaire: mais on peut se contenter d'un drainage extra-articulaire, en ayant soin que l'extrémité des drains affleure l'ouverture de la synoviale. Le pansement ouaté de Guérin, combiné avec un pansement antiseptique sur la plaie, donne d'excellents résultats.

Après l'opération, une attention toute spéciale est nécessaire au point de vue de la position du membre en extension et de la surveillance des appareils inamovibles.

Quelle est la valeur des deux grandes méthodes de traitement que nous venons d'étudier. Au point de vue de la mortalité, la méthode conservatrice, pratiquée raisonnablement, paraît avoir l'avantage. Les enfants résistent mieux que l'adulte à l'infection dont ils sont menacés par le foyer tuberculeux local.

Au point de vue de l'utilité du membre, les deux méthodes doivent être comparées sous le rapport de l'atrophie musculaire, du raccourcissement, de l'attitude, de la mobilité ultérieure de l'articulation. La méthode conservatrice, avec son traitement longtemps prolongé, expose peut être davantage à l'atrophie des muscles, mais il est rare que cette atrophie, suffisamment soignée, soit définitive. Le raccourcissement lié à l'atrophie est le même dans les deux méthodes; les opérations qui intéressent le cartilage de conjugaison sont, à cet égard, beaucoup plus graves. La position dans l'extension n'est guère moins difficile à maintenir après opération que sans opération. Enfin, si l'on élimine quelques cas, exceptionnellement heureux, l'ankylose de l'articulation reste la règle dans l'un comme dans l'autre des traitements.

La méthode conservatrice assurant des résultats aussi favorables avec des dangers moindres, doit donc être préférée dans la tumeur blanche du genou chez l'enfant. Mais avec la sécurité que donne l'antisepsie, ce serait une faute de laisser évoluer sans intervention des tumeurs blanches, suppurées, jusqu'au moment où l'étendue de la destruction articulaire ne laisse plus d'autre ressource que l'amputation où souvent même la dégénérescence amyloïde du foie et du rein ne permet même plus cette suprême ressource.—Dr. FLICQUE, in *Concours médical*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Etude sur l'endocardite puerpérale droite et sur ses complications pulmonaires subaiguës, par LUZET et ETLINGER.— Des trois observations contenues dans ce travail, la plus probante est l'observation II, dans laquelle les lésions de l'endocardite tricuspide paraissent bien nettes. Dans l'observation I, la valvule tricuspide a été trouvée parfaitement saine, ainsi que les valvules de l'orifice pulmonaire. La cavité de l'auricule droite était pleine de caillots adhérents, blancs-rosés, fibrineux, dont la formation pendant la vie et l'origine inflammatoire sont admises sans hésitation, et peut-être sans preuves suffisantes, par les auteurs. L'examen bactériologique a montré dans les deux cas la présence de streptocoques. Les lésions pulmonaires concomitantes se présentaient dans un cas sous la forme de broncho-pneumonie infectieuse simulant la phtisie subaiguë (obs. I) ; dans l'autre, sous l'aspect de nombreux abcès métastatiques et de petites embolies pulmonaires. Un gros embolie siégeait dans le poumon gauche, arrêté à la bifurcation de la branche gauche de l'artère pulmonaire (obs. II.) Dans cette dernière observation, il existait un bruit de souffle systolique intense, véritable piaulement, localisé au 3^e espace intercostal gauche du sternum et vers l'appendice xyphoïde. Le diagnostic posé fut : endo-péricardite. La localisation tricuspide n'a été faite que dans l'observation III, (service de M. Merklen) qui fut suivie de guérison : salpingite et lymphangite péri-utérine d'origine puerpérale. Endocardite tricuspide caractérisée par un souffle systolique à maximum dans le 4^e espace intercostal, sur le bord gauche du sternum, sans propagation vers l'aisselle, entendu aussi jusqu'au bord droit du sternum et non modifié par la station assise.

Le travail de MM. Luzet et Ettlinger se termine par les conclusions suivantes. La localisation des endocardites infectieuses au cœur droit est assez fréquente. L'infection puerpérale tient une grande place dans la production des endocardites droites. L'infection s'étend, par étapes, au système veineux, au cœur droit et aux poumons. La marche de la maladie peut être très lente et la durée, de plusieurs mois. Les complications pulmonaires sont de règle. Ce sont des embolies septiques dont l'évolution peut être assez lente pour simuler la tuberculose pulmonaire. La maladie peut présenter une forme atténuée et guérir.—*Revue de bibliographie médicale.*

Avortement provoqué dans un cas de néphrite gravidique.

—Parmi les indications de l'accouchement provoqué se trouve, comme on sait, la menace d'urémie, pouvant mettre les jours de la parturiente en danger. Une observation qui a trait à ce sujet a été publiée par le Dr LÉON GAUTIER dans la *Revue médicale de la Suisse romande* ; cette observation offre plusieurs particularités intéressantes et mérite d'être résumée. La patiente, âgée de 27 ans, avait eu une grossesse heureuse cinq ans auparavant. Au deuxième mois de la seconde grossesse, elle est atteinte d'accidents qui font soupçonner le mal de Bright. Vers le cinquième mois les accidents furent assez inquiétants pour que le Dr Gautier, assisté de confrères, songeât à provoquer l'avortement.

Ici les accidents graves sont remarquables par leur précocité. La néphrite gravidique qui se développe habituellement dans la deuxième moitié de la grossesse, a fait son apparition dès le début de la grossesse. L'auteur en attribue la cause à la dégénérescence kystique du placenta, qui a rendu plus rapide qu'à l'ordinaire l'augmentation de volume de la matrice et cependant la coïncidence de la néphrite et de la môle hydatique n'est pas fréquente. L'auteur pense avec raison que la néphrite gravidique nuit à la nutrition du placenta et peut favoriser les lésions de cet organe.

Il est curieux que dans le cas rapporté le régime lacté strictement suivi n'a eu aucune action curative sur l'albuminurie. La seule utilité a été de maintenir la quantité de l'urine à un taux peu inférieur à la normale.

Pour déterminer l'avortement, l'auteur s'est servi d'un procédé analogue à celui de Vulliet (de Genève) pour la dilatation rapide du col. Une première fois, deux tampons ont été introduits l'un derrière l'autre dans la cavité cervicale facilement dilatable et sans dépasser l'orifice interne. Une deuxième fois, trois autres tampons sont introduits après avoir retiré les premiers. Cette seconde application a été faite trois jours après la première. Pour éviter l'ab-orption d'antiseptiques qui peuvent causer facilement un certain degré d'intoxication en raison de l'état des reins, les tampons ont été simplement stérilisés et rendus aseptiques en les passant par l'étuve.

La malade expulsa un fœtus macéré de 0, 18 centimètres de long. Mais il fallut procéder à l'extraction manuelle d'un placenta kystique extrêmement volumineux. A peu près au moment où les contractions commencèrent, la malade fut atteinte d'une cécité subite qui persista pendant deux jours en s'affaiblissant. Mais huit jours après, la vue était absolument normale. Le fœtus étant mort et le placenta altéré, la fausse couche serait sans doute survenue naturellement, mais aussi beaucoup plus tardivement, puisqu'on cite des cas où l'expulsion n'est survenue que six à huit semaines après la mort du fœtus. Pendant ce temps, l'auteur croit avec

quelque raison que l'œdème rétinien se serait peut-être compliqué de lésions irréparables, que des crises éclamptiques ou des accès de dyspnée auraient pu survenir, qui auraient compromis l'existence de la malade.—*Revue de bibliographie médicale.*

Du traitement de la cystocèle vaginale par M. VATON.—L'auteur recommande deux procédés dans la cystocèle simple: l'opération de Stolz, si la cystocèle est médiocre; la cystopexie extra-péritonéale, si la cystocèle est prononcée ou compliquée. En résumé voici les indications à remplir: 1o Cystocèle simple: opération de Stolz ou cystopexie extra-péritonéale; 2o cystocèle compliquée: s'il y a uréthrocèle, opération d'Emmet, mais avec avivement du lambeau central; s'il y a prolapsus utérin, colpo-syntomie jointe à l'opération d'Alexander avec ou sans trachélorrhaphie; s'il y a rectocèle, opération de Stolz, puis colporrhaphie postérieure; enfin s'il y a simultanément rectocèle et prolapsus utérin, opération de Stolz avec avivement de Hégar ou même, le prolapsus étant considérable, avec l'opération d'Alexander.—*Revue de bibliographie médicale.*

Quelques remarques sur le traitement des salpingites suppurées, par BOIFFIN.—Deux méthodes se partagent le traitement chirurgical des abcès de la trompe et des ovaires. 1o. La laparotomie qui réunit la majorité des chirurgiens. 2o. La simple ponction vaginale avec drainage, que l'on pratique dans les cas restreints. Mais depuis quelque temps M. Péan défend chaudement une troisième méthode: l'ouverture systématique par la voie vaginale de toutes suppurations de l'utérus et des annexes, et l'enlèvement de ces organes par la même voie. M. Péan condamne la laparotomie et parle des inconvénients qu'il lui trouve; longueur de l'opération; tractions brutales et aveugles sur les adhérences; shock; péritonite, fistules; éventrations; hernies; cicatrices chéloïdiennes. Il ajoute que la laparotomie ne serait utile que dans les salpingo-ovarites catarrhales ou dans les tumeurs suppurées de petit volume. Ce sombre tableau et ces craintes exagérées ne répondent ni à ce que M. Boiffin vit faire aux autres, ni à ce qu'il pratiqua lui-même. Et à ce propos il cite en faveur de la laparotomie deux cas graves de collections purulentes bilatérales et anciennes, qu'il opéra avec succès en pleine poussée aiguë. Leur volume était celui d'une orange; leur contenu, un pus muco-glaireux non louable; il y avait adhérences marquées avec fusionnement des organes. Pendant le décollement des adhérences, la collection purulente dans les deux cas s'épancha dans le petit bassin, qui fut ensuite lavé à l'eau bouillie chaude et nettoyé à l'aide de tampons préparés. Les suites opératoires furent très simples sous tous les rapports et les malades, complètement guéries (l'une sortit le 28me, l'autre le 60me jours) ne gardèrent aucune des consé-

quences que redoute M. Péan. En outre la fièvre ne dépassa pas 38° centig. malgré l'épanchement du pus sur le péritoine. A ce sujet M. Boiffin rappelle l'innocuité relative des anciennes collections purulentes : chez ses deux opérées la maladie remontait à plusieurs années. La laparotomie est une opération simple, conduite à ciel ouvert et ne réclamant pas une instrumentation spéciale ; avantages que ne présente pas la voie vaginale. Du reste M. Boiffin combat cette dernière méthode opératoire en prenant ses arguments dans la description même qu'en font ses promoteurs. " Les adhérences, disent-ils, rendent difficile la bascule dans le vagin du bas-fond de l'utérus et l'ablation de celui-ci, les difficultés redoublent, lorsque le vagin est étroit, etc. L'opérateur doit toujours voir et savoir ce qu'il fait. Il faut avoir soin de ne pas serrer dans les mors de la pince un des uretères ou une anse intestinale." Ce sont là des difficultés et des dangers que ne présente pas la laparotomie. Quand au shock, ne serait-il pas plutôt à craindre avec la méthode de M. Péan, dans laquelle on doit laisser à demeure au fond du vagin une dizaine de pinces, qui ne manquent pas en outre de provoquer des douleurs.

M. Boiffin ne trouve à la voie vaginale préconisée par M. Péan que deux avantages : 1o On ouvre les collections à leur partie déclive, ce qui constitue un drainage naturel. 2o On ne met pas à découvert la masse intestinale. La laparotomie, dit-il, peut très bien se donner le premier de ces avantages par l'application, si nécessaire, d'un gros drain passant dans le vagin à travers le cul-de-sac de Douglas. Quant au second, une asepsie des plus rigoureuses peut mettre le péritoine intestinal à l'abri de l'infection.—*Revue de bibliographie médicale.*

PÆDIATRIE.

Suppression du maillot. Elevage dans le son, par FRANÇOIS HUZ.—L'auteur décrit ainsi ce nouveau système. Le berceau doit être rempli de son, aussi est-il nécessaire de le doubler à l'intérieur d'une forte toile montant jusqu'à son pourtour et solidement fixé pour pouvoir supporter le poids du contenu. On le remplit de son aux deux tiers à peu près, c'est-à-dire qu'on en verse un demi-sac, dont l'épaisseur peut être de 30, 40 ou 50 centimètres. Il convient de n'employer que du son de froment, choisi parmi celui dont les paillettes sont les plus grosses et les plus larges. On aura détruit préalablement tous les insectes qu'il peut renfermer en le faisant sécher sur un four de boulanger, ou simplement

dans le four d'un fourneau de cuisine. Trop échauffé, il devient dur et moins convenable. Sur cette couche uniforme, on place au niveau de la tête du berceau un petit oreiller de crin. L'enfant vêtu d'une chemisette, d'une brassière et, au besoin, d'un petit tricot de laine, est posé sur cette couche molle, de telle sorte que sa tête et ses épaules seules portent sur l'oreiller de crin. Le reste du corps, nu à partir de l'ombilic, est couché directement sur le son. Vers les pieds, on peut enfouir une boule d'eau chaude. La couverture se compose soit d'une couverture de laine, soit d'une peau de mouton doublée d'un petit drap facultatif. Cette couverture ou cette peau sont garnies à leur pourtour de cordons solides qui se nouent à des cordons similaires fixés aux parois du berceau ; de telle sorte que les mouvements de l'enfant ne l'exposent pas à se découvrir. L'enfant ne s'enfonce pas dans le son, comme un pourrait le craindre, il reste à sa surface : même quand il a beaucoup remué ; il est rare qu'un pied tout entier soit enfoui. Pour les tétées, on enlève le bébé et on le roule provisoirement dans des langes dont le seul but est de le préserver des changements de température. Aussitôt après le repas, on le remet dans le son. Pour le sortir, on l'habille à l'anglaise, avec une petite culotte et des chaussons de laine, le tout recouvert d'une grande robe très ample. Les avantages, sur tous les autres modes d'élevage sont les suivants : liberté absolue des mouvements que rien n'entrave, chaleur égale et constante sous les couvertures avec renouvellement de la couche d'air ambiante, sécheresse constante de la peau ; aussi les enfants n'ont-ils l'habitude de crier que lorsqu'on laisse passer l'heure de la tétée. Les déjections, liquides ou solides, se roulent en boulettes ou en plaques, que l'on enlève facilement et sans inconvénient en passant les deux mains tous les jours dans la couche de son que l'on remplace par une quantité équivalente à celle que l'on a enlevée. Ces déjections ainsi enrobées n'ont jamais d'odeur désagréable, ce qui n'est pas à dédaigner. On ne sent jamais que le son dans la pièce où l'enfant est élevé. Tous les 15 à 20 jours à peu près, on remplace la totalité du son. La dépense est des plus minimes et épargne un blanchissage parfois incommode. Il y a cependant deux inconvénients à cette méthode ; ils sont des plus insignifiants. Le premier, c'est qu'il faut se résoudre à voir un peu de poussière se répandre autour du berceau quand on enlève l'enfant pour le faire téter ; le second, c'est que des grains de son s'attachent au siège de l'enfant et nécessitent tous les matins une toilette à grande eau. C'est un inconvénient qui peut être un bien. On a encore fait l'objection qu'il était difficile de se rendre compte de la nature des déjections de l'enfant. Mais comme il s'oublie parfois pendant les tétées, on a tout le loisir de faire cet examen dans le linge dont il est alors enveloppé. Enfin, cette méthode ne convient que jusqu'à un an environ. Les enfants jouent alors avec ce qui

leur tombe sous la main. A cet âge, il est déjà possible de les avoir rendus propres et moins utile de prendre les précautions des premiers mois.—*Revue de bibliographie médicale.*

De l'état syncopale subintrant chez l'enfant à la mamelle, par H. DAUCHEZ.—Dans une revue d'ensemble, où l'auteur produit quatre observations à l'appui de ses assertions, le Dr Dauchez définit l'état syncopale subintrant des jeunes enfants, la perte de connaissance avec arrêt momentané du pouls et du cœur, réapparaissant avec une excessive fréquence et com romettant la vie chaque fois que le trouble cardiaque est lié à une lésion du myocarde. Aussi doit-on diviser les faits cliniques en deux grandes classes : état syncopale lié à la myocardite des états infectieux (pneumonie, broncho-pneumonie, fièvre typhoïde); état syncopale lié au spasme cardiaque (coqueluche) et compatible avec la vie.

Dans la Ire classe, la marche des accidents s'est presque toujours présentée dans le même ordre; convulsions préparant la syncope...syncope suivie d'hypothermie et parfois de mort apparente...retour à la vie avec hyperthermie continue dans l'intervalle des crises syncopales...irrégularité et parfois suspension prolongée des battements du muscle cardiaque s'affaiblissant et cessant peu à peu.

De la lecture de ces observations il ressort donc assez clairement que certains enfants à la mamelle peuvent avoir jusqu'à 30 syncopes par jour et peuvent néanmoins être momentanément ou définitivement rappelés à la vie contre toute attente; que l'alternance de l'hypothermie syncopale et de l'hyperthermie des phases intermédiaires est d'un pronostic absolument fâcheux, alors surtout que les convulsions se généralisent et réapparaissent dans l'intervalle des crises. Parmi les méthodes employées avec le plus de succès par l'auteur, mentionnons la flagellation, la sinapisation, l'enveloppement ouaté, le bain très-chaud, les lavements de café, etc. L'action passagère de la caféine en injections hypodermiques n'ayant produit qu'une amélioration très-passagère.—*Revue de bibliographie médicale.*

De l'asthme essentiel chez les enfants.—Existe-t-il chez les enfants un asthme essentiel? Cette question a été appréciée différemment par les médecins des hôpitaux d'enfants. Ce n'est guère que depuis 1870 que l'attention a été portée de ce côté, car c'est une maladie rare dans l'enfance. M. Bouchut ne croit pas à l'asthme essentiel. Pour lui, ce n'est qu'un symptôme. Comme il le dit expressément, " la maladie n'est jamais qu'un symptôme :
 " 1^o de la compression des bronches ou du nerf pneumogastrique
 " par une tumeur tuberculeuse ou un abcès du médiastin; 2^o de
 " la tuberculose pulmonaire; 3^o de la bronchite chronique avec

“ emphyseme ; 4° des tumeurs du thymus comprimant la trachée ;
 “ 5° des maladies organiques du cœur.”

Sans préjuger ce qu'est l'asthme essentiel, M. P. Bert rappela les définitions de Parrot (névrose sécrétoire du poumon), de G. Sée (névrose pneumo-bulbaire), de Bouchard (manifestations de la diathèse arthritique, qui est un vice nutritif général caractérisé par la nutrition retardée).

Ce qui frappe tout d'abord dans l'asthme de l'enfance, c'est l'hérédité qui se retrouve dans presque tous les cas qui ont été rapportés en détail. Cette hérédité peut être directe, c'est-à-dire que l'asthme se retrouve chez les ascendants du malade, ou indirecte, diathésique en quelque sorte, l'asthme des enfants étant alors une manifestation de la diathèse arthritique, “ d'une nutrition retardante.” Pour M. Charcot cette diathèse se manifeste chez les différents membres de la même famille par le diabète, le cancer, l'hystéro-épilepsie, l'asthme, les dermatoses, etc.

Si l'on admet que l'asthme est une manifestation de la diathèse arthritique telle que la comprend M. Bouchard ou M. Charcot, on ne sera pas étonné de la fréquence de l'eczéma et des dermatoses analogues chez les enfants asthmatiques. Ce fait a été constaté par presque tous les auteurs.

L'âge vers lequel l'asthme se manifeste pour la première fois chez les enfants est très différent. Le plus grand nombre des cas est entre un et dix ans.

Trousseau a déjà attiré l'attention sur ce fait que chez les enfants l'asthme revêt surtout la forme bronchique. La bronchite existe ordinairement à l'état chronique, et ce fait a été constaté par tous ceux qui se sont occupés de l'asthme infantile.

Pour M. Blache, l'asthme est une névrose bulbaire, qui présente trois manifestations constantes : la toux, la dyspnée et l'emphyseme, d'où trois types cliniques distincts, l'asthme pneumo-bulbaire essentiel ou asthme nerveux, l'asthme emphysemateux, l'asthme catarrhal ou bronchitique.

Une classe d'asthme qui, en pathologie infantile, tient une place dont l'importance augmente chaque jour à mesure que l'on connaît mieux la pathogénie de ces affections, est la classe des *asthmes réflexes en général* ; ce sont les cas où l'irritation bulbaire ne part plus des filets broncho-pulmonaires du pneumogastrique. Le bulbe est alors impressionné par une excitation provenant non seulement de toutes les branches périphériques des nerfs vagues, mais encore d'autres nerfs comme le nerf trijumeau, les nerfs cutanés, etc., etc.

L'asthme nasal, l'asthme pharyngien, amygdalien, l'asthme gastrique, l'asthme cutané appartiennent à cette catégorie de dyspnées...

La symptomatologie ne diffère pas beaucoup de celle qui est si bien connue dans l'asthme des adultes : même début brusque pen-

dant la nuit plus souvent que pendant le jour, même gêne respiratoire allant jusqu'à la dyspnée la plus intense, même toux, mêmes signes stéthoscopiques.

Comme chez les adultes, les enfants asthmatiques présentent un certain degré d'emphysème qu'on constate facilement dans l'intervalle des accès, ou qui peut rester permanent si les attaques deviennent très fréquentes et ne cèdent pas à la médication.

Ce qui différencie l'asthme infantile de celui des adultes c'est le moment d'apparition des accès et le type de la dyspnée. Tandis que chez les adultes, l'accès est surtout nocturne, sauf des exceptions très rares, chez les enfants l'attaque peut débuter dans la journée, et se continuer ensuite aussi bien pendant la nuit que pendant le jour.

Ce qui est tout à fait particulier à l'asthme infantile c'est la fréquence des mouvements respiratoires pendant la dyspnée. Ce fait, qui serait en contradiction avec tout ce que l'on sait sur l'asthme, doit pourtant être très fréquent, puisqu'il est noté dans la plupart des cas où l'accès a été minutieusement observé et le nombre de respirations compté.

Comment expliquer ce fait ? M. le Dr Bert en donne l'explication suivante, mais sous toutes réserves :

Il faut admettre que les accès d'asthme proprement dits ne durent pas longtemps, une demi heure, une heure tout au plus. A ce stade, que le médecin est rarement appelé à observer, le nombre des mouvements respiratoires est ralenti et la dyspnée ressemble à celle des adultes. Mais pendant ce temps l'hématose se fait mal, le sang surchargé d'acide carbonique va exciter le centre respiratoire du bulbe, et une fois que le véritable accès d'asthme est fini, on assiste à une dyspnée d'ordre purement toxique, dyspnée d'autant plus intense que le système nerveux de l'enfant est plus excitable.

Cette explication est également valable pour expliquer la fréquence du pouls.

Le diagnostic d'un asthme essentiel ne peut être fait que par exclusion, après avoir éliminé les causes qui peuvent donner naissance à l'asthme symptomatique. La symptomatologie des accès étant dans les deux cas la même on aura ensuite à faire le diagnostic différentiel avec les affections qui peuvent donner naissance à de la dyspnée ou à des accès d'étouffement.

On évitera de confondre l'asthme des enfants avec le spasme de la glotte, la laryngite striduleuse, et plus rarement le croup.

Les signes stéthoscopiques permettront facilement de différencier l'asthme de ces affections.

Une fois le diagnostic d'asthme bien établi, il faudra savoir si l'on a affaire à un asthme essentiel ou symptomatique à une lésion du cœur, de l'adénopathie trachéo-bronchite, ou d'une affection de la muqueuse du nez.

Le traitement de l'asthme est le même que chez les adultes : il comporte deux indications : 1° enrayer l'accès ; 2° guérir la névrose.

Les médicaments de l'accès sont, au début les fumigations ou l'emploi des cigarettes contenant de la belladone, de la jusquiame ou des feuilles de datura-stramonium, du papier nitré, les aspirations d'oxygène, d'iodure d'éthyle, etc. ; l'injection hypodermique avec une petite dose de morphine qui procure un soulagement momentané, mais cette méthode doit être employée avec la plus grande circonspection chez les enfants.

La belladone est bien mieux supportée que l'opium, et a l'avantage de pouvoir être continuée plus longtemps. Bretonneau et Guersant, associant un centigramme d'extrait à un centigramme de poudre de belladone, donnaient chaque jour cette dose et la continuaient longtemps.

La teinture de *Lobelia inflata* peut également être donnée à dose progressivement élevée de 20 à 100 gouttes. On a obtenu d'excellents résultats avec la teinture de *Grindelia robusta* à la dose de 15 à 60 gouttes.

Les inhalations de vapeur de pyridine ont permis d'atténuer l'intensité de l'accès d'asthme. Cette substance atténue le pouvoir excito-moteur de la moelle, dilate les vaisseaux périphériques, en vertu de son action paralysante sur les nerfs vaso-constricteurs, et augmente l'amplitude de la respiration, en même temps que les mouvements respiratoires et en régularisent et diminuent de fréquence.

Le traitement curatif de l'asthme se borne à l'emploi presque exclusif de l'iode sous ses diverses formes, mais surtout à celui de l'iodure de potassium. L'action anti-dyspnéique de cet agent sur l'encéphale et particulièrement sur le bulbe est certaine. Il modère le pouvoir excitateur du centre vital et régularise la réparation de l'influx nerveux.

Malheureusement, certaines organisations ne peuvent supporter longtemps l'usage de ce spécifique de l'asthme sans ressentir certains accidents de l'iodisme : c'est ainsi que les asthmatiques présentant de l'hyperémie de la muqueuse nasale sont plus facilement que d'autres atteints d'iodisme avec les manifestations du côté des muqueuses naso-gutturales. Les badigeonnages de ces parties malades avec une solution de cocaïne au centième seront alors ajoutées ou substituées momentanément au traitement iodé et réussiront souvent d'une manière complète.

Dans les asthmes cutanés, l'iodothérapie peut être aussi contre indiquée, comme aggravant la dermatose. Parfois enfin l'amaigrissement et la déperdition des forces obligent à interrompre le traitement. La pyridine en aspiration, la teinture de *grindelia*, l'arsenic et les séances d'aérophothérapie par l'air comprimé, bien dirigées, sont alors les seuls moyens qui restent à la disposition du praticien.

Le traitement iodé est celui de l'asthme non diathésique ; il est insuffisant ou même contre-indiqué, quand la maladie a une origine héréditaire ou tellurique. Dans ce cas, le traitement de la diathèse au celui de la pyrexie devra s'ajouter à celui de la névrose.

Les asthmatiques atteints d'impaludisme ajouteront le sulfate de quinine à l'iodure de potassium.—*Paris médical.*

Les céphalées dans l'enfance.—Les céphalées constituent l'une des affections les plus fréquentes de la pathologie infantile. Notre consultation de cet hôpital peut déjà vous donner une idée de leur fréquence. Il ne se passe point de semaine où nous n'y voyions un ou plusieurs enfants amenés uniquement pour des céphalées, tantôt permanentes, tantôt intermittentes, survenant à tout propos, sous des influences mal définies, tenaces et rebelles à toute médication. Dans la clientèle civile, milieu plus raffiné et plus nerveux, les occasions d'observer cette affection sont encore plus nombreuses. Là, en dehors de leurs inconvénients directs pour les études, pour le caractère de l'enfant, ces céphalées chroniques éveillent les préoccupations les plus vives. C'est surtout dans les familles qui ont eu le malheur de perdre un ou plusieurs enfants de méningites, que l'anxiété est de suite extrême. Il importe donc que vous n'en restiez point, dans le diagnostic de cette maladie, à la notion si souvent et si banalement invoquée de céphalée de croissance. Vous verrez que les céphalées chez les enfants ne se divisent pas, comme on le dit communément, en deux espèces seulement : céphalée de croissance et céphalées dues à des lésions ou symptomatiques.

Pour vous en donner les preuves, je ne puis passer en revue toutes les causes qui peuvent provoquer la céphalée chez l'enfant, des affections cérébrales aux maladies infectieuses, des troubles digestifs aux intoxications ; cette étude séméiotique nous entraînerait trop loin. Ce que je veux vous faire connaître, ce sont les causes principales, celles qui fournissent les indications thérapeutiques les plus nettes et les plus importantes. Afin de graver dans votre esprit des types bien définis, j'étudierai un peu schématiquement sept groupes différents de céphalées : 1o par croissance ; 2o par fatigue et surmenage intellectuel ; 3o par troubles digestifs ; 4o par névroses diverses ; 5o par diathèse rhumatismale ; 6o par anémies et intoxications ; 7o par lésions du nez, du nasopharynx, de l'oreille et de l'œil. Je terminerai enfin par un huitième groupe : les céphalées précédant l'évolution de la méningite. Cette classification n'est peut-être pas inattaquable au point de vue nosologique pur, mais vous verrez l'importance extrême qu'elle offre pour le traitement.

I. Céphalées de croissance.—La céphalée de croissance, je suis le premier à le reconnaître, existe et est même loin d'être rare. Chez des enfants grandissant beaucoup, ayant gagné plusieurs centi-

mètres en quelques mois, vous verrez souvent des céphalalgies intenses. Ces céphalalgies surviennent surtout le matin, elles occupent la région frontale et la partie supérieure du vertex; elles s'exagèrent par le moindre travail et s'atténuent par le repos. Les enfants se plaignent en même temps de douleurs dans les jointures, en particulier au niveau des genoux. Vous constatez souvent chez eux du gonflement au niveau des épiphyses, souvent même des périostoses en nappes assez étendues. Vous constatez souvent aussi une légère hypertrophie du cœur. C'est là la véritable céphalée de croissance. Son traitement offre une grande importance, d'abord parce qu'elle est singulièrement pénible, et ensuite parce que, si vous la négligez, il arrive assez souvent qu'elle persiste, la croissance terminée, par une sorte d'accoutumance morbide. Les toniques, le repos constitueront la base de ce traitement. Mais afin de mieux vous faire saisir l'opposition des indications thérapeutiques dans les diverses formes, c'est dans quelques minutes seulement, après avoir étudié les céphalalgies par surmenage intellectuel, que j'entrerai dans le détail des moyens à conseiller. L'antithèse entre le traitement de deux formes de la même affection sera pour vous montrer l'importance d'un diagnostic creusé jusqu'au bout et singulièrement utile.

II. *Céphalées par surmenage intellectuel.*—Les céphalées par surmenage intellectuel peuvent survenir dans deux conditions tout à fait différentes. Vous les observerez tout d'abord chez des enfants à l'intelligence vive, éveillée, qu'on a le tort de trop exciter dans leurs études. Leur facilité d'assimilation excite l'admiration bien mal éclairée de leurs familles. Les parents s'imaginent que ces petits prodiges sont assurés de l'avenir le plus brillant. Les études pour eux ne semblent jamais assez rapides, assez étendues, assez complètes. C'est surtout au moment des examens, des concours, que l'amour-propre des familles impose aux pauvres enfants des prodiges de travail surhumains. Et l'on voit un jour apparaître des céphalées violentes, réveillées par le plus petit effort intellectuel, qui obligent à suspendre tout travail pendant des mois et des années, qui laissent souvent l'intelligence indéfiniment paresseuse et affaiblie. Voilà la première forme. Vous observerez la seconde chez des enfants de neuf à douze ans, l'âge ingrat vous le voyez. Leurs études sont loin d'être excessives et restent dans des limites en apparence très raisonnables. Et pourtant, par suite d'une sorte de *retard intellectuel*, d'une résistance particulière du cerveau, ces études, même modérées provoquent une grande fatigue. Bien souvent les parents, mécontents des médiocres résultats du travail de leur enfant, résultats qu'ils attribuent à la paresse, ne croient pouvoir mieux faire que de lui imposer force répétitions et devoirs supplémentaires. Ils n'arrivent ainsi qu'à fatiguer pour toujours un esprit qui, une fois sa crise de retard passée, se montre souvent particulièrement solide et juste.

Quel sera le traitement de la première de ces formes? Vous

exigerez tout d'abord le repos absolu de l'intelligence. Le plus souvent, ce ne seront pas seulement les études que vous aurez à modérer ou à faire suspendre, ce seront aussi toutes les excitations mondaines. Comme médicaments, quelques toniques non excitants suffisent. Mais vous imposerez toutes les formes d'exercice physique : marche, gymnastique, escrime, équitation. Empêchez toutefois que ces exercices soient poussés jusqu'à la fatigue ; vos petits malades les adopteront souvent avec la même ferveur qu'ils ont apportée à leurs études, sans trêve, sans ménagement. De même l'hydrothérapie devra toujours être prescrite avec quelques précautions. Le tub du matin est excellent, à condition d'employer, au début, l'eau presque chaude, de bien essuyer et frictionner l'enfant après l'affusion, de lui faire prendre, sitôt qu'il est rhabillé, un repas chaud. Les douches seront courtes, données tièdes et tout au plus fraîches, bien rarement froides.

Dans la seconde forme, vous devinez déjà combien les conditions seront différentes. Au lieu d'un enfant vif, nerveux, délicat vous avez un enfant un peu apathique et un peu lourd. L'exercice physique, l'hydrothérapie n'exigeront pas les mêmes restrictions. Mais surtout il ne faut pas suspendre entièrement le travail intellectuel ; il faut, au contraire, par un entraînement intelligent et modéré, par une variété d'études qui les rendent intéressantes, développer graduellement l'intelligence rebelle. La direction pédagogique a ici plus d'importance que la médecine.

Permettez moi maintenant de faire un retour en arrière sur le traitement de la *céphalée de croissance vraie*. Les bases de ce traitement, je vous l'ai dit, sont le repos musculaire et les toniques. Les toniques, alimentation riche, régulière, bière de malt, vin de quinquina coupé d'eau, phosphate de chaux sous ses diverses formes, arsenic au bescin, conviendraient à la rigueur dans les céphalées par surmenage intellectuel. Chez les petits sujets nerveux vous auriez pourtant, déjà, à redouter l'action excitante de quelques-uns d'entre eux. Mais c'est au sujet de l'exercice physique que l'opposition éclate dans toute sa netteté. Que vous fassiez faire au sujet, en pleine croissance, des promenades, de la gymnastique, de l'exercice, que vous essayez, au contraire, d'imposer un repos musculaire presque complet au fatigué de l'intelligence, vous aurez dans un cas comme dans l'autre les plus mauvais résultats.

III. *Céphalées par troubles digestifs*.—Les troubles digestifs, qui peuvent causer les céphalées de l'enfance, sont extrêmement variés : dyspepsie, dilatation stomacale, diarrhée, constipation, etc. Les céphalées qu'ils amènent offrent ce caractère de venir non le matin mais de une à trois heures après le repas. Elles s'accompagnent souvent aussi de hoquet, d'éructation, de nausées, de pâleur, de somnolence. Si variés que paraissent les troubles digestifs leurs causes sont en réalité les mêmes, rien de plus fréquent que de voir les enfants soumis à une hygiène alimentaire des plus vicieuses. Beaucoup font des repas trop nombreux. Pour les sou-

tenir et les fortifier, leurs parents croient devoir, en dehors des repas principaux, leur donner du lait, du bouillon, du chocolat. Leur estomac se trouve donc sans cesse en digestion ou plutôt en indigestion. Beaucoup, pressés d'aller jouer, mangent trop vite; ils mâchent à peine par suite de cette précipitation, souvent aussi par suite de mauvaises dents. Qu'on leur donne, comme c'est si fréquent à Paris, des viandes rouges, des légumes peu cuits et bientôt les troubles digestifs apparaîtront. Chez beaucoup, enfin, le repas du soir est trop important et trop tardif, soit qu'ils se couchent, soit qu'ils travaillent aussitôt après l'avoir pris, leur estomac est chargé intempestivement d'une trop grande quantité d'aliments qu'ils digèrent mal. Il vous suffira souvent de diminuer le repas du soir, d'augmenter le repas du matin qui correspond vraiment chez l'enfant à la période de la plus grande activité, pour faire disparaître, du même coup, la céphalée et la dyspepsie. Il suffit enfin de vous signaler l'abus si fréquent et si nuisible des sucreries; des bonbons, des gâteaux. Faites cesser toutes ces fautes d'hygiène alimentaire, conseillez à des heures bien réglées et bien choisies des aliments simples, de préférence hachés ou en purée, mangés lentement. Au repas du matin, faites prendre au moins un œuf et même, si l'enfant n'est pas trop nerveux, un peu de *grog* ou de *café noir*. Après le repas du midi, conseillez un peu d'infusion chaude aromatique, camomille ou thé. Dans les formes rebelles, employez les amers avant le repas, la pepsine après. Dans le cas de flatulences très marquées, la magnésie, la craie préparée, la salicylate de magnésie vous donneront de bons résultats.

La *constipation* mérite, au point de vue du diagnostic et du traitement, une attention spéciale. Souvent, en effet, une constipation réelle est masquée par une diarrhée apparente. Les selles sont répétées deux à trois fois par jour et presque liquides, mais elles sont peu abondantes, fétides; à la palpation de l'abdomen, le colon est distendu par les matières fécales. C'est là une des causes les plus fréquentes et les plus puissantes de céphalées. La magnésie et surtout le massage abdominal, l'électrisation de l'intestin par les courants continus vous donneront de merveilleux succès.

Parmi les eaux minérales, qui peuvent se trouver alors indiquées soit comme usage à domicile, soit comme traitement thermal, je vous citerai surtout Pougues, Condillac, Chatelguyon, Plombières. Les séjours au bord de la mer sont rarement favorables; ils augmentent souvent la constipation et la dyspepsie. Excusez moi d'insister sur tous ces détails en apparence terre à terre et nous éloignant des céphalées. Il est peu d'affections de l'enfance qui, mieux que ces céphalées d'origine gastrique, vous offrent par la thérapeutique et l'hygiène d'occasions plus favorables de transformer votre malade physiquement et intellectuellement du tout au tout. Leur apparence pratique justifie donc ces apparentes digressions.—*Abeille médicale*.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

De la cocaïne en obstétrique, par F. BOUSQUET.—La cocaïne, en tant qu'analgésique, est appelé à rendre de précieux services en obstétrique. Fidèle, efficace et inoffensive, elle trouve son emploi dans la majorité des cas.

Le Dr F. Bousquet l'a expérimentée dans 32 cas, comprenant 22 accouchements naturels et 10 ayant nécessité le forceps, la version ou le basiotribe. Il s'est servi de la solution au vingtième : 5 à 10 minutes avant l'expulsion spontanée de la tête ou l'intervention artificielle, il injectait dans chaque grande lèvre près de la fourchette, une demi-seringue de Pravaz. Il est parvenu, à l'aide de ce moyen, et notamment dans deux cas où l'antipyrine était restée absolument sans effet, à obtenir, sinon la suppression, du moins une atténuation considérable des souffrances.

Chez les sujets très impresionnables et surtout chez les anémiques, il peut se produire passagèrement quelques troubles généraux sans gravité, que l'on évitera d'ailleurs le plus sûrement, d'après Dujardin-Beaumetz, en plaçant le sujet dans la position horizontale. On n'aura à redouter d'accidents sérieux que si on dépasse la dose de 0.20 centigrammes.—*Revue de bibliographie médicale.*

Ipécacuanha contre l'inertie utérine.—Dans des cas d'inertie utérine avec ou sans spasme du col, DRAPER a obtenu d'excellents résultats en administrant, à des intervalles de dix minutes, du vin d'ipécacuanha par petites doses.

L'antipyrine dans la chorée de Sydenham.—De l'examen de 60 observations recueillies par le docteur Charles LEROUX, on peut tirer les conclusions suivantes :

L'antipyrine exerce une action favorable sur la chorée de Sydenham ; elle en diminue rapidement l'intensité et en empêche la durée. Cette action favorable s'exerce sur les deux tiers des cas (41 fois sur 60).

Les récidives et les recrudescences sont fréquentes malgré le traitement par l'antipyrine (36 fois sur 60).

L'antipyrine doit être donnée à doses élevées 3, 4 et 6 gr. suivant les âges et suivant les cas ; il faut atteindre rapidement les doses élevées.

Les enfants de 5 à 15 ans tolèrent très bien les hautes doses de 3 à 6 gr., même pendant plusieurs semaines.

Jamais il n'y a eu d'accidents d'intoxication grave. Souvent même les éruptions, les troubles digestifs sont passagers, et après un court repos, l'antipyrine est très bien tolérée à la reprise.

Jamais d'albuminurie ; les urines sont normales, l'élimination est parfaite.

Les éruptions ne sont pas rares (16 fois sur 60) ; en dehors des éruptions ordinaires observées par les auteurs, l'auteur signale l'érythème scarlatiniforme généralisé avec exanthème buccal et pharyngé, la roséole avec œdème de la face, des mains et des pieds, sans albuminurie ; l'érythème polymorphe exsudatif de la face et de la muqueuse buccale. Des éruptions se sont reproduites à plusieurs reprises chez le même malade sous l'influence d'une dose nouvelle d'antipyrine.—*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*

Chlorure de zinc contre la sueur des pieds.—WINOGRADOFF s'est trouvé bien de l'emploi, pendant plusieurs années, d'une solution de chlorure de zinc de 5 à 8 pour 100. Voici sa manière d'agir : il commence par laver les pieds à l'eau tiède et à les sécher soigneusement. C'est alors qu'il badigeonne les parties affectées d'un pied avec un morceau d'ouate hydrophile mouillée dans la solution de chlorure de zinc ; il n'essuie ce pied qu'après avoir badigeonné l'autre pied. Dans le cas où il existerait des ulcérations entre les orteils, il faut essuyer chaque pied immédiatement après l'avoir badigeonné pour s'opposer à une action trop énergique du chlorure de zinc. De plus, il ne faut alors se servir, au début, que d'une solution à 5 pour 100. Les badigeonnages doivent être entrepris le soir avant de se coucher pour laisser reposer les pieds. Ils peuvent être répétés cinq à sept jours plus tard. Mais dès le premier badigeonnage on constate la diminution de la sueur et de la rougeur ; les ulcérations se mettent à se réparer. La chlorure de zinc n'agissant que comme caustique en détruisant les glandes sudoripares, il ne faut jamais permettre son emploi en l'absence du médecin.—*Nouveaux remèdes.*

Sulfonal contre le diabète.—M. CASARELLI résume ainsi ses observations : Le sulfonal exerce une influence favorable sur le diabète ; le sucre diminue peu à peu. Cette amélioration se constate après plusieurs jours de l'emploi à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

L'administration même très prolongée du sulfonal a été sans inconvénients. A la dose de 3 grammes, longtemps continuée, on constate un état léthargique et quelquefois du délire. Si l'on cesse un jour ou si l'on diminue la dose, ces accidents cessent. Si l'on supprime le médicament, le sucre réapparaît aussitôt.

Auparavant, Casarelli avait essayé l'antipyrine, mais les résultats obtenus étaient moins satisfaisants et moins caractérisés.—*Répertoire de pharmacie.*

FORMULAIRE

Coliques chez les enfants.—*Hollopeter.*

P.—Chloroforme	8 minimes.
Sirop de rhubarbe.....	1 once.

M.—*Dose* : 10 à 30 gouttes dans un peu d'eau.—*Pacific Record.*

Herpès.—*Illingworth.*

P.—Onguent d'oxyde de zinc.....	84 parties.
Glycérine boriquée.....	30 "
Acide phénique pur.....	7 "

M.—Frictions répétées sur le siège de l'affection.—*Praticien.*

Hémoptysie.—*Boulanger.*

P.—Essence de térébentine.....	1 drachme.
Huile d'amandes douces.....	1 "
Mucilage.....	4 drachmes.
Sirop simple.....	4 "
Eau distillée.....	5 onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les demi-heures.—*Lyon médical.*

Eczema.

P.—Oxide de zinc.	1 once.
Glycérine.....	2 onces.
Mucilage.....	2 "

M.—*Courrier de médecine.*

Oxyures.

P.—Teinture de rhubarbe.....	30 gouttes.
Carbonate de magnésie.....	3 grains.
Teinture de gingembre.....	1 goutte.
Eau.....	4 onces.

M.—En injections rectales, tièdes, toutes les 6 ou 8 heures.

—*Annals of Gynaecology and Pediatrics.*

Métrorrhagie.—*Falk.*

P.—Muriate d'hydrastinine.....	$\frac{3}{4}$ grain.
Extrait de réglisse.....	q. s.

M.—Faire 10 pilules. *Dose* : Une ou deux pilules par jour.—*St Louis Medical and Surgical Journal.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, JUIN 1891.

BULLETIN.

La synthèse de la quinine.

Un évènement de grande importance vient de se passer dans le monde thérapeutique; nous voulons parler de la reproduction artificielle de la quinine.

On sait que la quinine est un des corps dont la production artificielle est le plus désirée. Or, les essais faits jusqu'ici dans le but de reconstituer synthétiquement cet alcaloïde n'avaient abouti qu'à des déceptions. On avait bien réussi à constituer certains principes se rapprochant plus ou moins de la quinine elle-même et doués de propriétés thérapeutiques incontestables: chinoline, résorcine, etc., mais on n'avait pu en arriver encore à la reproduction exacte et chimiquement même du principal alcaloïde des quinquinas. A deux savants français, MM. Grimaux, professeur de chimie à l'École Polytechnique de Paris, et Arnaud, professeur au Muséum (où il a remplacé M. Chevreul), revient l'honneur d'avoir résolu le problème tant recherché. Il existe dans le *Remijia pedunculata*, une base: la cuprésine. Les auteurs ont réussi à transformer ce corps en quinine, en le traitant d'abord par le sodium, puis en chauffant la combinaison ainsi obtenue avec le chlorure de méthyle. Cette quinine de synthèse est absolument identique avec la quinine naturelle.

Il est facile de comprendre tout l'intérêt qu'offre, au point de vue pratique, la découverte de MM. Grimaux et Arnaud, à un moment où l'importation des écorces de quinquina devient de plus en plus difficile, à cause de la rareté, plus marquée depuis quelque temps, de l'arbrisseau producteur. Ce qui est peut être plus important encore, c'est le fait que la voie se trouve ainsi toute

ouverte à une série de recherches dont la thérapeutique bénéficiera grandement et d'où sortiront peut être quelques nouveaux *spécifiques*. Il appert, en effet, qu'en faisant agir sur la cupréine des dérivés des alcools autres que l'alcool méthylique, et tels que l'alcool éthylique par exemple, on obtiendra par le même procédé de nouveaux corps, analogues à la quinine, et dont les propriétés, au point de vue physiologique et médical pourront être des plus intéressantes.

En même temps que nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs ce fait important, il nous fait plaisir de constater que l'honneur de sa découverte revient à deux enfants de notre ancienne mère-patrie. Si les travaux sérieux et élaborés de la médecine française ne font point courir le monde à Berlin..... à Paris, voulons-nous dire, ils ont du moins le mérite d'être assez solides pour résister à l'épreuve du temps, épreuve devant laquelle vient de crouler si malheureusement la méthode de Koch.

La pratique de la médecine par les pharmaciens.

Nous avons plus d'une fois traité de cette question dans les colonnes de L'UNION MÉDICALE. A maintes reprises nous nous sommes élevé contre l'abus du *counter prescribing* et en avons signalé les inconvénients. Il semble assez que ça ait été inutile, puisque la mode se continue de plus belle et que tous les jours des plaintes s'élèvent contre certains pharmaciens qui ne se gênent pas de convertir leur arrière-boutique en cabinet de consultation et d'y recevoir de nombreux clients. Les officiers de l'*Association Pharmaceutique* auxquels nous avons cru devoir nous adresser pour nous plaindre de ces abus nous répondaient naguère que tant qu'il y aurait des médecins exerçant à la fois la médecine et la pharmacie, nous aurions mauvaise grâce à nous plaindre, la concurrence faite aux Licenciés en Pharmacie par les médecins-pharmaciens devant expliquer et même justifier au besoin l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens. Aujourd'hui, ce semblant de prétexte n'existe plus pour les villes de Montréal et de Québec où aucun médecin ne peut désormais ouvrir une pharmacie et exercer comme pharmacien s'il ne renonce en même temps au droit d'exercer la médecine. Nous avons donc doublement raison de nous attendre à ce que, dorénavant, les licenciés en pharmacie, au moins dans Montréal et Québec, mettent une sourdine à leur zèle thérapeutique, laissent l'exercice de l'art médical aux docteurs en médecine et se bornent à remplir les ordonnances qui leur sont présentées, sans se mêler, comme un certain nombre d'entre eux le font depuis si longtemps, de donner des consultations aux malades.

Nous savons qu'il est parfois un peu difficile pour le pharmacien de répondre invariablement au client qui demande des avis sur son cas : " monsieur, adressez-vous à votre médecin ; je ne suis ici que pour vous fournir les médicaments qu'il jugera à propos d'ordonner," surtout quand le pharmacien ainsi mis en demeure soupçonne que son confrère de la rue voisine ne se fera pas scrupule de prescrire si le client rebuté va s'adresser à lui, mais dès lors qu'il y a entente, entre tous les membres du corps pharmaceutique, de mettre fin au *counter-prescribing*, le résultat ne saurait être douteux. Au reste, nous connaissons des pharmaciens qui se font un scrupule de ne jamais donner le moindre avis ni la moindre consultation. Ce que dix ou douze font volontiers, cinquante peuvent le faire aussi bien sans se ruiner pour tout cela.

Nous croyons savoir que l'on s'occupe, en ce moment, d'amender la *loi médicale* de façon à y introduire des dispositions pénales effectives contre tous ceux qui exercent illégalement la médecine. Nous prions ceux de nos Gouverneurs qui se sont chargés de préparer ces amendements, de ne pas oublier que leur sollicitude ne doit pas s'arrêter aux seuls herboristes, rebouteurs ou vendeurs de racines, mais s'étendre aussi à certains pharmaciens, très méticuleux au sujet de leurs privilèges, mais faisant volontiers la sourde oreille dès lors qu'il s'agit des intérêts des autres.

En attendant que le Bureau Provincial de médecine prenne sur cette question une décision quelconque, nous n'avons rien de mieux à faire qu'à nous protéger mutuellement. Nous connaissons plusieurs confrères qui, littéralement poussés à bout, se sont ligués pour éloigner tous leurs clients de certaine pharmacie où l'on fait du *counter-prescribing* à ciel ouvert. La mesure est peut-être un peu vive, mais nous n'oserions dire qu'elle n'est pas justifiée.

Bureau Provincial de Médecine.

L'assemblée semi-annuelle du bureau provincial de médecine a eu lieu à Montréal, le 13 mai dernier, sous la présidence du Dr. J. J. Ross. Nous en donnerons un compte-rendu succinct—avec commentaires s'il y a lieu—dans notre livraison de juillet.

Un bill vient d'être introduit au Parlement de Georgie, portant que les médecins adonnés à l'usage du whiskey ou de l'opium pourront être privés du droit d'exercer leur profession après une première condamnation pour l'un de ces chefs de prévention.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

WEBSTER FOX—**Resection of the Optic Nerve**, by L. WEBSTER FOX, M.D., Philadelphia.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE—**Application de la Méthode Antiseptique aux accouchements**, par le Dr. Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital St. Louis, et notes sur les services de MM. Tarnier, Budin, Bar, Maygrier, Champetier de Ribes, Pinard, Guéniot et Porak. In-8o de 76 pages, 1891. Prix: 3 fr. Alex. Coccoz, éditeur, 11 rue de l'Ancienne Comédie, Paris.

BocQUILLON-LIMOUSIN—**Formulaire des médicaments nouveaux et des Médications nouvelles pour 1891**, par H. BocQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie, de thérapeutique et de médecine pratique, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18, de 324 pages, cartonné. Prix: 3 fr. Librairie J. B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard St. Germain), à Paris.

C'est le formulaire le plus complet, le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

Parmi les 493 articles importants qu'il renferme, nous citerons: l'*antipyrine*, les *antiseptiques*, les *ascptiques*, la *caféine*, la *cocaïne*, l'*exalgine*, le *menthol*, la *naphtaline*, la *phénacétine*, la *pilocarpine*, etc.

Il contient en outre nombre d'articles qui n'existent dans aucun formulaire, par exemple: l'*acétanilide*, l'*anagyryne*, l'*antifungine*, l'*antiseptol*, l'*antith-rmine*, l'*aristol*, l'*aseptol*, le *bétol*, la *borine*, le *chloralimide*, le *crésylol*, la *diurétine*, l'*eau oxygénée*, les *emplâtres mousselins*, l'*eulyptol*, le *gaiacol-carboxylique*, la *gélatine médicamenteuse*, l'*hydrastinine*, l'*hygrine*, l'*hypnol*, l'*isococaïne*, la *lanoline*, la *lymphe de Koch*, le *lysol*, le *méthylsalol*, le *pyoktamin*, la *salipyrine*, le *sulfaminol*, etc.

Enfin il se termine par une table qui renferme une innovation précieuse, c'est l'indication pour chaque médicament de la dose maximum en une fois, et de la dose maximum en 24 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Necrologie.—A New-York, M. le Dr Fordyce BARKER, professeur d'obstétrique à *Bellevue Hospital Medical College*, et chirurgien de l'Hôpital Bellevue, bien connu par ses importants travaux en obstétrique et en gynécologie.

La dépopulation en France.—M. le docteur TARNIER, président de l'Académie de médecine, a trouvé un moyen pratique pour remédier au faible accroissement de la population française. Le célèbre accoucheur donnera un prix de 100 fr. pour chaque enfant qui naîtra du 1er janvier au 31 décembre 1892 dans la commune d'Arc-sur-Tille (Côte-d'Or), son lieu de naissance.

La Grippe.—La grippe continue à sévir aux Etats-Unis et on Angleterre où elle existe depuis le commencement de l'hiver. A Londres, elle ne semble pas avoir pris une forme grave, bien que toutes les semaines on constate des décès causés par cette épidémie. A Hull, à Sheffield, à Birmingham, elle a pris un caractère plus grave. Dans tout le Yorkshire, elle a fait de nombreuses victimes et sur certains points même, la mortalité ordinaire a triplé.

La lymphé de Koch en Turquie.—Une nouvelle circulaire du ministère de l'intérieur adressée à qui de droit dans la capitale et les provinces et publiée dans le journal officiel de l'Empire, interdit formellement aux médecins l'emploi de la lymphé du docteur Koch dans le traitement de la tuberculose, jusqu'à ce que l'application de cette méthode soit officiellement autorisée. Cette autorisation dépendra du résultat de l'expérience qui sera faite à l'hôpital qui doit être fondé, d'ordre impérial, à cet effet. Les contrevenants seront rigoureusement punis.—*Lyon médical.*

Hermaphrodisme male.—Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans privée de vagin et atteinte de hernie de l'ovaire. M. P. Jaillon, qui l'observa en 1887, refusa de lui faire un vagin. Elle s'adonna à la vie galante, eut l'habileté de dissimuler son vice de conformation, et les amants en s'évertuant à trouver ce qui n'existait pas, firent aussi bien que la chirurgie aurait pu faire. Elle tomba pourtant dans la misère, et, en décembre 1890, elle mourut albuminurique. L'autopsie prouva que c'était un homme; les organes inguinaux étaient des testicules et non des ovaires.—*Lyon médical.*

Un medecin condamné.—*Empoisonnement par imprudence.*—M. le docteur X... a été condamné à 100 francs d'amende pour avoir, par imprudence, causé la mort de Mlle Z... en lui faisant prendre un cachet d'aconitine destiné à soulager un violent mal de dents. Telle est la note que l'on trouve dans certains journaux; mais il faut rectifier les faits. M. X... ordonna contre des névralgies dentaires: aconitine, 1 milligr., antipyrine, 0 gr. 50 centigr. pour deux paquets, sans spécifier s'il s'agissait d'aconitine cristallisée, qu'il divisa en 10 paquets. La malade mourut, M. X... a été condamné, malgré M. Brouardel lui-même. La médecine légale et la justice, c'est la lutte classique du pot de fer et du pot de terre.—*Progrès médical.*

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.—Les examens qui ont eu lieu à l'École à la fin de mars ont donné le résultat suivant :

Docteurs en médecine et maîtres en chirurgie (M. D. C. M.) : MM. Léonard Charbonneau et Arsène Prévost.

Docteurs en médecine : MM. Alfred Arsenault, Ch. Ed. Auger, Wilfrid Beaudoin, Gédéon Blanchet, Alf. Bouillon, Ls. Th. Caron, Jules Chopin, J. F. Chouinard, Achille Dagenais, Jos. Elói Fontaine, J. M. Grondin, Eug. Guilmette, Omer Lachapelle, Ovide Normandin, Georges Lecompte, O. M. Paulhus, J. N. Perreault, J. P. Pidgeon, Jos. Poupart, F. de Salles Prévost, J. Richardson, S. Rohrer et F. X. Voisard.

Singulières falsifications de denrées alimentaires.—L'ingéniosité des falsificateurs sera toujours inépuisable; les deux exemples que nous citons d'après le Dr VAN HAMEL ROOS en sont des preuves.

La première des falsifications à signaler porte sur le café. Le procédé est bien simple et strictement échappe à la définition de la falsification. Il consiste à extraire seulement les substances auxquelles le café doit sa valeur, personne ne peut alors dire qu'on y a ajouté quelque chose, après quoi on recouvre le grain d'un vernis. Les échantillons ainsi traités se distinguent par leur nuance très foncée. Mais l'examen microscopique démontre la structure du café, à cela près que les globules de graisse qui se trouvent dans le café pur manquent ici presque complètement. Aussi, c'est à l'analyse chimique qu'il faut s'adresser pour découvrir la fraude. La quantité de l'extrait par l'éther qui s'élève en général de 13 à 14 0/10 dans un café de bonne qualité se trouve ici au-dessous de 1 0/10. L'extrait sert évidemment pour une préparation destinée à la vente; les grains sont alors torréfiés une seconde fois, on y ajoute seulement un peu de sucre pour les couvrir d'un vernis.

La seconde fraude dont nous voulons parler porte sur les amandes qui, cette fois, sont artificielles. L'imitation est parfaite. Elles sont composées de glucose et parfumées avec de l'essence de mirbane. La forme et la couleur des amandes naturelles, tout y est. Ces amandes artificielles qui sont, il est vrai, inoffensives, sont lancées dans le commerce en gros et sont mélangées avec les véritables amandes.

Naissance.

BLAGDON.—Le 8 juin, courant, à St. Philippe de Néri, comté de Kamouraska, la femme du Dr H. W. Blagdon, un fils.

Mariage.

PHILIPPE-COSME—A Montréal, le 9 juin, M. le docteur P. Philippe, à Mademoiselle J. B. Cosme.

VARIÉTÉS.

La médecine au XXe siècle.

La *Société médico-chirurgicale de Liège* a eu, le 26 février, l'heureuse aubaine d'une conférence donnée par M. le professeur von WINIWARTER. Un compte-rendu ne peut traduire l'impression du charme sous lequel l'humour de l'orateur a su tenir son auditoire nombreux et choisi.

Appelé à inaugurer la série des conférences que la société espère rendre mensuelles, l'aimable et spirituel conférencier a voulu traiter, non une question spéciale, mais un sujet historique. Malheureusement, l'orateur manquait des documents et des annales écrites, nécessaires à élucider son sujet, mais il a appelé à la ressource le droit de fiction, et nous a tracé un désopilant tableau de l'état de la médecine et des médecins au XXe siècle.

Au XXe siècle, les maladies avaient augmenté, malgré les progrès thérapeutiques, car le nombre des affections, jadis inconnues, s'était accru de toutes les maladies nouvelles que la perfection des méthodes d'investigation permettait de déceler. On connut des maladies qui ne se manifestaient par aucun symptôme morbide, mais seulement par des troubles dans les instruments perfectionnés servant à l'exploration des individus soumis à l'examen du médecin.

La psychopathie fit de tels progrès qu'elle connut les maladies de l'âme; mais toutes les insanités morales se démontraient par la mensuration d'une partie quelconque du corps. L'homme criminel était un malheureux malade qui ne pouvait emporter la responsabilité d'actes posés sous l'influence d'une âme déviée. Bien mieux, il y avait des criminels latents, dont la face prognate, les doigts allongés et le crâne suturé pouvaient seuls être mis en cause dans les actes délictueux qu'ils étaient exposés à commettre.

Au XXe siècle revint l'honneur de la découverte de l'âme humaine. Un heureux hasard la fit trouver à un jeune physiologiste, qui aussitôt la fixa par la photographie instantanée. Dès que le monde savant fut absolument assuré de l'authenticité de l'existence de l'âme, tous les physiologistes la virent à leur tour, et cela dans les organes les plus divers. Chez les uns, l'âme siège dans le cerveau; chez d'autres, elle avait sa résidence dans l'estomac. Les organes sexuels avaient quelquefois l'honneur de l'héberger.

Le XXe siècle connût toutes les intoxications médicamenteuses. Les hommes ne se contentaient plus d'abuser des alcooliques. Tous les narcotiques passèrent dans l'usage courant. Les membres des

ligues anti-alcooliques continuaient à lancer l'anathème sur l'alcool, qu'ils se contentaient de consommer à huis-clos; tous les poisons avaient leurs fervents, le chloroforme et le chloral avaient leurs adorateurs, comme l'opium ses fumeurs. Aussi le nombre des pharmacies s'était si notablement augmenté qu'elles faisaient la plus sérieuse concurrence aux cafés et aux lieux de réunions publiques.

Le système de la division du travail en médecine fut particulièrement en honneur en ce siècle. Chaque organe du corps humain avait son spécialiste, et, au grand jamais, le médecin soignant le côté droit du corps n'aurait consenti à empiéter sur le domaine du spécialiste traitant le côté gauche. Les gens riches prirent même l'habitude, en cas de maladie, de réunir en consultation plusieurs médecins, pour se voir indiquer le siège du mal, l'organe souffrant, et leur tâche terminée, ces médecins, dont les listes étaient bien en règle, indiquaient le spécialiste traitant l'organe atteint. Il y avait des médecins dont l'unique spécialité était de poser un diagnostic sans établir une thérapeutique.

La perfection apportée à la méthode des inoculations préventives contre les maladies infectieuses fut poussée si loin au XXe siècle, que ces inoculations prirent une part importante dans la vie. L'enfant, dès sa naissance, était soumis aux inoculations préventives contre les maladies de l'enfance. Il en mourait bien quelques-uns de ces inoculés, mais c'était les plus faibles. A peine la première période achevée, il fallait reprendre les inoculations contre les affections menaçant la jeunesse et l'âge mûr. Aussi plusieurs inoculés de cette série disparurent encore, mais c'étaient les épuisés de la première catégorie. La vie se passait ainsi à subir des inoculations, car certains parents poussaient la prudence jusqu'à la préservation de la rage et du tétanos.

Toutes les méthodes médicales atteignirent un tel degré de perfectionnement que l'homéopathie en arriva à ériger, en principe, qu'il suffisait de suggérer à un malade l'idée de prendre un médicament, pour voir les effets de celui-ci se produire. Pour la classe riche, les pharmaciens délivraient des hosties sur lesquelles était imprimé le nom de la drogue, et le malade ingérait ces hosties; pour la classe pauvre, on inscrivait les noms des médicaments sur des feuilles de parchemin, qu'il suffisait de laver après expulsion, pour pouvoir les utiliser à nouveau.

Sous l'impulsion vigoureuse de l'école de Nancy, l'hypnotisme et la suggestion devaient réaliser d'immense progrès.

Un hypnotiseur découvrit qu'il suffisait, pour agir chez les jeunes enfants malades, de leur faire ingurgiter de l'eau magnétisée, expliquant les résultats curatifs obtenus par une suggestion inconsciente de la mère à son nourrisson. A cette époque, l'Etat reconnut les services rendu par les médecins hypnotiseurs en les nommant médecins des prisons. Soustrayant les prisonniers à

l'auto-suggestion de la cellule, on les soumit tous à des cures d'hypnotisme. Les ivrognes, les vagabonds, les prostituées, simplement fourrés au poste, ne quittaient cet asile passager et involontaire que munis d'une excellente séance de suggestion.

Vers 1930, un médecin qui avait beaucoup cultivé l'art de guérir dans la Nouvelle-Calédonie, vint transplanter en Europe une thérapeutique nouvelle de toutes les maladies. Il pratiquait la cure de toutes les affections les plus rebelles par la dilatation du sphincter de l'anus.

Bientôt de toutes parts affluèrent les malades, venant se soumettre à l'influence des doigts bienfaisants de l'habile novateur, et proclamant ses succès.

Quelques médecins voulurent protester parce que l'étranger était dépourvu de diplôme ; on leur répondit de haut qu'il n'était pas besoin de diplôme pour guérir, qu'il suffisait d'un diplôme pour uer.

Le XXe siècle vit la magnifique efflorescence du traitement et de la régénération de la race humaine par la méthode de Brown-Séguard. Cet illustre savant, vieillard cacochyme à l'époque de sa merveilleuse découverte, se présenta au Congrès de Berlin ayant la verdeur d'un homme mûr, accompagné de ses quatre jeunes enfants ; l'impression produite par sa communication fut si profonde, qu'aussitôt tous voulurent se soumettre au traitement par les testicules de cobaye broyés et délayés. Le premier résultat de cette communication et de cet enthousiasme fut la destruction complète en Europe de la race des cochons d'Inde qui disparut en trois ans.

L'Etat, reconnaissant l'urgente nécessité de parer au dépeuplement, porta en ce siècle de nombreux décrets et des lois sévères pour l'utilisation du liquide séminal. Les hommes de 20 à 33 ans furent soumis au régime de la reproduction gratuite et obligatoire. Leur service civique accompli, ils pouvaient se donner une compagne ; mais ce n'était qu'après avoir versé, au compte de l'Etat, une suffisante quantité de liquide vital dont l'emploi était tout indiqué par la fécondation artificielle.

L'Etat reconnut aussi la nécessité d'élever lui-même les enfants nés de ces unions personnelles et obligatoires.

La chirurgie et l'obstétrique avaient tant progressé à la fin du XIXe siècle, que le siècle nouveau ne vit que la substitution de l'asepsie à l'antisepsie. Les microbes pathogènes, dégoûtés de la guerre acharnée qu'on leur faisait depuis longtemps avec succès, s'étaient modestement retirés à la campagne où ils vivaient paisiblement. Toutefois, ce siècle connut les extirpations temporaires et les transplantations de substances diverses. On transplantait des dents, ce qui supprimait les rateliers ; on fabriquait des larynx en nickel à l'usage spécial des chanteurs. Bref, les audaces n'en étaient plus.

Que dire de la position du médecin au XXe siècle? La médecine était un sacerdoce. Et les malades ne savaient comment témoigner leur reconnaissance aux médecins, les comblaient des attentions les plus délicates, et payaient leurs honoraires. Aussi ce fut l'âge d'or. Les confrères ne connaissaient plus l'envie. Lorsqu'ils se rencontraient au chevet d'un malade, ils tombaient dans les bras l'un de l'autre avant d'examiner leur client.

Chose curieuse, le XXe siècle ne connut point les doctoresses, mais avec raison. Les médecins occupaient une position si haute, si rémunérée, que les jeunes filles préféreraient épouser un médecin plutôt que la médecine.

:

Ces notes caricaturales sur la médecine au XXe siècle, ne font que tracer les lignes bien pâles de l'étourdissante causerie de l'aimable conférencier,

Sarecy portait des conférences, comme un pommier des pommes; ses conférences étaient mûres.

La causerie de jeudi avait, elle, la saveur d'un fruit nouveau, et l'auteur y a manié l'épigramme comme un satirique.—*Scalpel.*

Déontologie médicale.

Leçon de M. le professeur HUBERT, de Louvain.

Ce que le médecin doit aux malades (1)

Maladies chroniques. La maladie chronique est le grand écueil du jeune médecin. Le malade a promené sa lésion de Docteurs en Docteurs et il a essayé de tous les traitements. Il est découragé, irrité, ingrat et c'est moins la confiance en vos ressources qu'un instinct de la conservation qui se raccroche à tout, qui le pousse chez vous. Pour capter cette confiance devenue rebelle, examinez le patient avec plus de soin que vos prédécesseurs, par des procédés autres, s'il se peut, et il ne vous restera plus après qu'à trouver des moyens différents de ceux déjà employés et à les appliquer avec persévérance et patience.

« La patience, dit excellemment M. Dechambre, est un fruit de l'expérience. Elle manque donc d'ordinaire au jeune médecin qui, ne connaissant pas ce qu'on pourrait appeler les mœurs des maladies, leur évolution spontanée, les variations dont elles sont susceptibles dans leur marche et leur terminaison, l'influence qu'elles reçoivent de l'âge du sexe, de l'hérédité, de leur coexistence chez le même malade, ne compte jamais avec le temps et s'épuisent en médications inutiles ou fâcheusement perturbatrices. Cet excès

(1) Suite. Voir la livraison de mai 1891.

on amène un autre. Plus le traitement a été actif, agité et plus vite ils se dépitent en cas d'insuccès, plus d'ailleurs leurs ressources ont diminué et plus leur impuissance finale éclate aux yeux des familles. C'est la situation d'un commandant d'armée dont la fougue inopportune gêne tout, dont la patience expérimentée, en sachant prévenir et attendre, aurait pu porter au moment voulu le coup décisif."

Maladies incurables. N'abandonnez pas les incurables : où il ne lui est plus possible de guérir, le médecin a pour devoir de soulager, d'encourager et de soutenir, et une bonne parole est pour certaines plaies le meilleur des onguents.

Le Docteur X... entre par hasard dans une maison en larmes : on lui dit que l'enfant est mourant de pneumonie, le médecin traitant a même annoncé qu'il ne reviendrait plus !—Le cas ne lui paraît pas si désespéré qu'on le dit. Le dicton : aussi longtemps qu'il y a vie il y a espoir, est surtout vrai pour la première enfance où le ressort vital a parfois de surprenantes élasticités ; on ne risque rien d'essayer... et au bout de quelques jours d'une médication énergique, le petit abandonné est sauvé ! Il est inutile d'insister sur les sentiments que les parents doivent éprouver à l'égard du premier et du second médecin !

L'autographisme.

On sait que la dermatographie consiste dans la production de saillies très analogues aux plaques ortiées, entourées d'une zone rouge et qui apparaissent sous l'influence d'une excitation de la peau. Ce symptôme curieux, signalé d'abord par Gull en 1859, a été l'objet de recherches curieuses de la part de Mesnet et dont on trouvera les principaux résultats dans le bulletin no 7 de la *Revue de thérapeutique*, 1890. Voici quelques renseignements complémentaires donnés par MM. Féré et Lamy. Le phénomène indiqué est d'abord plus fréquent qu'on ne l'admet généralement, car ces auteurs l'ont constaté 25 fois sur 130 épileptiques.

Un fait établi par M. Féré est que l'anesthésie locale influe sur la production de la saillie ortiée en retardant son apparition ; si l'anesthésie est complète le phénomène n'apparaît que lorsque la peau est redevenue sensible.

Si les excitations sont trop répétées l'autographisme ne se produit plus ou se produit plus lentement et incomplète.

L'attaque épileptique épuise également l'excitabilité cutanée, car on peut produire ce phénomène pendant la stupeur épileptique. Enfin les phénomènes d'autographisme semblent être de même nature que l'urticaire vraie.