

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.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des injections intra-utérines dans l'infection puerpérale ;

par le docteur J. Adrien OUVINET, de Montréal.

C'est en France, en 1750, que les injections intra-utérines furent introduites pour la première fois dans la thérapeutique des accidents puerpéraux.

C'est Recolin qui a laissé le premier mémoire sur cette question, publié dans les "Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie." Ce nouveau traitement, bien accueilli par ses contemporains, a été limité à l'avortement et à l'hémorrhagie utérine.

Levret en 1776, Baudelocque en 1830, conseillent les injections intra-utérines. En 1850, Grünwald expérimente à Saint-Pétersbourg, les injections intra-utérines d'eau chlorurée.

En 1853, Eisenmenger, en Allemagne, fait des injections d'eau et de charbon dans les cas d'infection putride.

En 1865, Avrard, de la Rochelle, les recommande au Congrès médical de Bordeaux, et peu de temps après, M. Hervieux les introduit dans son service à la Maternité de Paris. Les résultats qu'il a obtenus sont consignés dans la thèse de son interne, Fontaine, 1869, dans un mémoire publié en 1870, et dans son "Traité des maladies puerpérales."

Dans la construction des premières sondes pour injections intra-utérines, les auteurs se sont occupés exclusivement de la réalisation d'une condition : assurer le retour du liquide.

M. Budin a réalisé cette condition en inventant une sonde qui assure le retour du liquide même pendant une contraction de l'orifice interne, et en empêchant l'obstruction de la sonde, tout en assurant un lavage parfait de la cavité utérine. Il existe un grand nombre de sondes intra-utérines. Les sondes de Pajot, de Schücking, de Doléris, de Tarnier, de Pinard. Les sondes aujourd'hui préférées sont celles de Budin et de Doléris.

Mode d'action des injections intra-utérines.—C'est un point que l'on ne discute plus aujourd'hui, que l'infection puerpérale est une septicémie due à la résorption du pus formé dans la cavité utérine. Lorsque la délivrance a été complète, il n'y a que la muqueuse utérine qui suppure ; dans le cas contraire, il vient s'y ajouter la putréfaction des débris de l'œuf ou d'un caillot retenu dans la cavité utérine.

Par conséquent, pour guérir l'infection puerpérale il faut remplir deux indications : empêcher la résorption du pus en l'enlevant, et arrêter la suppuration.

Les injections intra-utérines ont ce double but, elles ont aussi une action mécanique et thérapeutique.

Action mécanique.—Il n'est pas nécessaire de démontrer qu'une injection intra-utérine enlève ce qui se trouve dans l'utérus, mais il y a un point à étudier, qui est celui de savoir si le lavage est complet.

M. Budin a fait des expériences ainsi que M. Auvard, et le résultat a été qu'on a la certitude aujourd'hui que les injections intra-utérines lavent parfaitement la cavité utérine.

Action thérapeutique.—L'injection, en enlevant de la cavité utérine les liquides putréfiés, amène rapidement une amélioration dans l'état général, et la chute de la fièvre. Cet effet rapide est constaté par tous les auteurs, mais c'est depuis l'introduction de l'antisepsie qu'on observe ces cas de guérison ou amélioration très rapides.

En enlevant les produits septiques, les injections suppriment la cause de l'infection générale de l'organisme, car la résorption du pus cesse. Si l'infection est toute superficielle et la désinfection complète dès la première injection, il ne se reproduit plus de pus, la fièvre tombe et la guérison est obtenue.

Les agents antiseptiques agissent à la surface et non dans la profondeur des tissus, aussi lorsque l'infection est plus profonde, les injections ont une action lente, il faut faire deux, trois, jusqu'à dix et vingt injections avant d'obtenir la guérison.

En effet, l'agent antiseptique a désinfecté la surface, mais les produits septiques contenus dans les couches profondes sont éliminés et il faut une nouvelle injection pour les enlever, ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il ne reste plus de germe septique dans la muqueuse infectée.

L'agent antiseptique agit d'une façon analogue sur les corps étrangers : membranes, caillots ou débris placentaires, que l'utérus contient presque toujours dans les cas d'infection. Sous l'influence des injections antiseptiques, leur putréfaction s'arrête plus ou moins rapidement, et ils sont éliminés en détritüs sans suppuration.

Pendant que cette action locale s'exerce, l'état général s'améliore progressivement, car en empêchant la résorption de nouveaux produits septiques, les injections permettent à l'organisme d'éliminer les produits déjà résorbés, sans subir un nouvel affaiblissement par la résorption d'une nouvelle quantité de produits septiques. Pour que l'action antiseptique soit efficace, il faut que le liquide injecté reste un certain temps en contact avec la muqueuse. Pour remplir cette condition, il faut faire passer beaucoup de liquide par la cavité utérine, quatre à six litres dans une injection.

Indications thérapeutiques.—Il est évident que l'action des injections intra-utérines est d'autant plus prompte que l'infection est plus superficielle. Aussi est-il important de commencer le traite-

ment dès le début. On fera une injection chaque fois qu'il y aura une élévation de température qui ne peut être manifestement attribuée à une cause étrangère à l'utérus.

Si l'examen du placenta apprend qu'il en reste quelques parcelles, si une odeur particulière des lochies fait craindre quelque altération des liquides utérins, n'est-il pas indiqué de délivrer la matrice de toutes ces causes d'infection, et les injections ne sont-elles pas le meilleur moyen prophylactique qu'on puisse employer?

M. le professeur Pinard dit ce qui suit : " Je sais tout ce qu'on a pu dire pour et contre les injections ; mais je suis tellement convaincu de leur utilité, que je crois devoir y insister d'une manière toute particulière. Pratiquées opportunément, je les crois propres à prévenir l'infection putride ; pourrais-je en douter quand j'ai vu les premiers symptômes de cette infection, ces symptômes légers, si fugaces, qui échappent à ceux qui n'en ont pas encore reconnu l'importance, mais qui frappent profondément celui à qui une terrible expérience en a appris toute la signification, quand j'ai vu, dis-je, ces symptômes disparaître immédiatement par un lavage de la face interne de l'utérus."

En présence d'un cas léger, lorsque la température ne dépasse pas trente huit degrés, il suffit de faire une injection par jour. Lorsque la température est plus élevée, il faut faire deux ou trois injections par jour, surtout si l'infection est produite par la putréfaction d'un corps étranger. Il faut faire des injections, et elles amèneront la guérison, si l'état général le permet encore, même dans les cas extrêmes, avec des fièvres de quarante degrés et au-dessus.

Depuis dix ans on a introduit beaucoup de substances antiseptiques en obstétrique ; l'acide salicylique, le thymol, l'acide borique, le permanganate de potasse sont ceux dont on s'est le plus servi pour des injections intra-utérines. Depuis l'introduction du bichlorure de mercure par M. le professeur Tarnier, fortement critiqué pendant quelque temps, surtout en Allemagne, où on a observé des accidents dus à l'emploi de solutions trop fortes, cet agent est aujourd'hui presque universellement employé.

Pour les injections intra-utérines, il faut l'employer à 1 pour 400 ou 500. L'albuminurie, en empêchant l'élimination rapide du poison dans le cas où une certaine partie en serait absorbée, est une contre-indication formelle à son emploi. Dans ce cas, on se servira de l'acide phénique à 2 pour 100.

Le liquide de l'injection doit être à la température de 30 à 35 degrés. A chaque injection il faut faire passer au moins quatre à cinq litres de liquide pour opérer un lavage à grande eau.

L'injection de sublimé sera toujours suivie de l'injection d'un ou de deux litres d'eau bouillie pour empêcher l'absorption du liquide qui reste dans l'utérus et le vagin, absorption facilitée par les plaies de ces organes.

Accidents.—Les injections intra-utérines qui constituent un moyen si puissant entre les mains du médecin pour combattre l'infection puerpérale, ne sont pas absolument sans dangers. Des différentes objections qui leur ont été faites, les unes sont purement théoriques, d'autres réelles.

1o Passage du liquide à travers les trompes.

Cette objection est purement théorique; l'expérimentation en a toujours démenti l'erreur et l'observation clinique ne l'a jamais prouvée.

Au contraire, les expériences cadavériques et l'observation clinique prouvent que ce danger n'existe pas, et il faut considérer comme fort hypothétique la possibilité du passage du liquide injecté à travers les trompes dans la cavité péritonéale.

2o Entrée de l'air dans les sinus utérins et de là dans la circulation; c'est aussi une objection toute théorique. Cependant, pour prévenir ce danger, il ne faut jamais introduire la sonde dans l'utérus, que lorsqu'elle est complètement privée d'air.

3o Production d'hémorrhagies. Contre cet accident il faut éviter d'employer une grande pression, et puis se servir toujours de sondes à bout parfaitement arrondi.

4o Dans quelques cas on observe des accidents rapides et passagers, consistant en frissons, douleurs de reins, accélération du pouls, cyanose, syncope, mouvements convulsifs; on les a attribués à la peur, l'impressionnabilité, l'hystérie, la distension brusque de l'utérus, la température trop basse du liquide.

5o La perforation de l'utérus. Dans l'introduction de la sonde "il ne faut pas employer la force; la sonde doit glisser d'elle-même." On épargne ainsi de la douleur à la malade, tout en évitant le tiraillement d'un organe très susceptible à s'enflammer, et on ne court pas le risque de faire fausse route dans le tissu utérin.

Cet accident pour se produire nécessite trois conditions.

1o Un obstacle au libre passage de la sonde.

2o Une mollesse du tissu utérin.

3o Une mauvaise direction ou un mouvement forcé imprimé à la sonde pour vaincre cet obstacle.

En résumé, la perforation utérine est l'accident le plus grave, sinon le seul à redouter. Pour l'éviter, il ne faut jamais user de violence, et dans les cas où la sonde rencontre un obstacle, toujours bien se rendre compte de sa nature, avant d'exécuter une manœuvre quelconque pour le surmonter.

Manuel opératoire.—L'outillage nécessaire pour faire une injection intra-utérine se compose de la sonde, d'un réservoir, d'un tube en caoutchouc et d'un bassin dans lequel sera recueillie l'eau de lavage.

La femme doit être placée près du bord du lit, dans le décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les cuisses et les jambes fléchies, écartées et recouvertes d'un drap chaud.

Le médecin se place du côté droit de la malade, et introduit dans le vagin l'index et le médium de la main droite qui iront reconnaître et toucher les deux lèvres de l'orifice utérin : la sonde saisie de la main gauche est introduite dans le vagin et dirigée vers l'orifice utérin en faisant glisser le bec entre les deux doigts de la main droite. A ce moment, le réservoir doit être tenu par un aide à la hauteur de un mètre au-dessus du niveau du lit, et le liquide couler à travers la sonde pour en chasser tout l'air qu'elle contient.

Le mode d'introduction de la sonde dans l'utérus varie selon qu'on fait une injection immédiatement après l'accouchement ou les jours suivants.

S'il existe une flexion exagérée du corps de l'utérus, il arrive que la sonde qui a passé à travers le canal cervico-utérin butte dans l'angle rentrant de la paroi postérieure de l'utérus, et c'est dans ces cas qu'une mauvaise direction imprimée à la sonde peut perforer l'utérus. Pour pénétrer alors dans l'utérus, il faut le redresser en tirant sur le col avec une pince à griffe comme le conseille M. Auvard. S'il s'agit de faire une injection plus de dix jours après l'accouchement, l'utérus a déjà accompli son involution, et l'introduction de la sonde est facile ; il faut seulement se servir d'une sonde d'un calibre inférieur.

CONCLUSIONS

1o Les injections intra-utérines constituent un traitement rationnel et efficace de l'infection puerpérale.

2o Elles seront faites avec une sonde qui assurera l'écoulement facile du liquide et un lavage complet de la cavité utérine.

3o La sonde de M. Budin remplit ces conditions, ainsi que celle de M. Doléris.

4o Si la sonde rencontre un obstacle sur son passage, il faut toujours bien se rendre compte de sa nature et ne jamais employer la force pour le franchir, car la mollesse du tissu utérin rend possible sa perforation.

Les injections seront faites avec une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 5000 ; en cas de contre-indication, avec de l'eau phéniquée à 2 pour 100.

PARIS, 25 janvier 1893.

— On prétend qu'en fermant les yeux pendant quelques minutes plusieurs fois par jour, on conserve la pureté des traits.

— La santé physique est la base de la santé morale, c'est pourquoi il faut veiller dans la jeunesse au parfait développement des forces physiques.

Contribution au traitement de l'épistaxis.

par le docteur H. M. DUHAMEL, de Montréal (1).

Avant de communiquer une méthode de traitement, il nous importe de bien définir ce que nous entendons par la maladie épistaxis et de bien montrer les points d'erreur.

Nous comprenons par *épistaxis*, tout écoulement subit et par gouttes, de sang venant du nez et n'étant pas produit par une intervention chirurgicale.

Ainsi l'épistaxis viendrait par l'introduction de corps étrangers, après un moucher très fort, à la suite de traumatismes, d'excès vénériens et alcooliques, ou pendant plusieurs maladies générales (syphilis, fièvres, etc.)

Il faut admettre avec Hartmann, Martin, Lubet-Barbon, Chatellier, Kisselbach, que l'épistaxis est toujours amené par lésion d'une des artérioles de la partie antérieure de la cloison nasale. Si on examine avec un speculum un malade ayant eu de l'épistaxis, on voit chaque fois sur la cloison le point hémorrhagique. Kisselbach, d'Erlangen, a fait de nombreuses coupes de la cloison de malades morts de fièvre typhoïde ou autres maladies et ayant eu de l'épistaxis. Il démontre qu'une artère est toujours lésée à la partie antérieure de la cloison du nez, donnant ainsi une preuve histologique assez concluante de nos avancés. Lenox-Browne et plusieurs autres auteurs parlent dans le même sens. Dans un autre moment, nous parlerons de la cause.

Il nous importe surtout de faire disparaître un procédé beaucoup trop répandu parmi les médecins et par trop dangereux. L'épistaxis qui ne cesse pas par l'élévation des bras, les applications de clefs, de compresses *froides* ou chaudes, ou de douches nasales de toutes sortes, devient une source d'effroi pour un grand nombre. Il ne reste plus alors que le tamponnement postérieur. Et on introduit dans le nez une sonde barbare perfectionnée portant le nom de sonde de Bellocq : la bouche grande ouverte, le malade voit entrer une suite de tampons; par une manœuvre assez bien étudiée, on bourre les fosses nasales postérieures et la partie supérieure du pharynx afin d'arrêter une hémorrhagie qui est à la partie antérieure du nez. Pendant quelques instants, le malade est calmé, la tête étant généralement en arrière; l'épistaxis s'arrête quelquefois. Très souvent, il faut obturer la narine.

Pour deux heures et plus, le malade souffre d'atroces douleurs, causées par ce tamponnement (impossibilité de déglutir, bourdonnements et douleurs d'oreille, maux de tête). Le malade préfère

(1) Communication faite à la *Société de médecine pratique de Montréal*, en février 1893.

tout endurer que de revoir la couleur de son sang. Quelle méthode antediluvienne et ignorante!!

Pour peu que l'on examine un cas d'épistaxis, on reconnaît facilement les erreurs de ce procédé. Pourquoi faire souffrir inutilement et risquer une infection du nez et de l'oreille moyenne par l'action prolongée de ce pansement? M. Gellé (Paris) a publié un remarquable mémoire sur ce sujet. Nous avons même vu, à une assemblée d'une société savante, plusieurs médecins être taxés de charlatans lorsqu'ils proposèrent la censure du tamponnement postérieur. On trouvait que le seul pansement antérieur était une exploitation. Le compte-rendu de cette réunion fit sensation dans le monde médical de Paris.

Mais, alors, que faire?

Rien de plus simple et de plus paradoxal: arrêter le sang qui coule en produisant l'occlusion du point hémorrhagique, et voici comment. Un spéculum est introduit, et, avec une bonne lumière, on cherche de quelle narine vient le sang: car il faut bien remarquer que les deux narines peuvent couler en même temps et n'y avoir de malade qu'un seul côté de la cloison. Le mouvement d'aspiration que le malade fait instinctivement est plus que suffisant pour expliquer ce phénomène. Cependant, le malade vous renseignera presque toujours, s'il n'est pas trop faible. Ce point important connu, vous calmez l'écoulement en appliquant trois ou quatre petits tampons, gros comme une noisette, du côté de la partie lésée; on peut tremper, avec grand avantage, le premier tampon dans cinq ou six gouttes d'une solution de cocaïne au 20^{me} (50/0). Le premier et le second tampon devraient être appliqués à l'aide du spéculum et de la lumière. Il faut voir ce que l'on fait et le bien faire. Cette première manœuvre arrête presque toujours l'afflux de sang et vous permet de mener à bonne fin votre intervention.

Il nous semble utile d'ajouter que pendant ce temps votre malade a besoin de stimulants et que cette période de relâche est bien propice pour commencer votre médication.

Maintenant, vous devez mettre en jeu toute votre habileté, et pour ce faire, procéder dans l'ordre suivant:

1^o Faites fondre, sur le bout d'un stylet, une perle de nitrate d'argent;

2^o De nouveau confectionnez une demi douzaine de petits tampons;

3^o Ayez une pince à dissection et qu'elle soit aseptique; pour le moment, nous dirons: *propre*.

Mettez toutes ces choses près de vous afin de vous en servir commodément. Puis vous remettez la lumière en face de votre malade. Enlevez un à un et tout doucement les tampons. Le point hémorrhagique est alors noir et ne le perdez point de vue. Faites-vous donner le stylet monté et badigeonnez légèrement

autour et sur le point saillant. Vous produisez alors une escharre artificielle et vous arrêtez définitivement l'épistaxis. Comme preuve, faites moucher votre malade, ou encore éternuer, et le sang ne coulera plus.

Afin de conserver cette fermeture de la plaie, vous appliquez vos petits tampons, d'abord un sur l'escharre afin de la soutenir; les autres iront en bas, supportant le premier. En deux jours, le malade aura mouché ces petits tampons. Votre escharre aura permis la réparation des tissus, conséquemment la fermeture de l'artériole.

Comme conclusion, nous dirons que voici une méthode de douceur qui n'a jamais fait mal au malade, qui est certainement raisonnable et qui, si elle est bien faite, ne manque pas d'agir sûrement et rapidement. Aujourd'hui le malade demande à ne pas employer cette rudesse de procédés qui semblait si bien faire à nos prédécesseurs.

Nous avons vu nos maîtres, M. M. A. Martin et Lubet-Barbon, employer cette méthode tant à leur clinique que dans leur clientèle et nous l'employons encore avec succès.

Observations sur le traitement des fibromes utérins.

par le docteur G. L. LAFOREST, de Montréal (1).

Avant de nous occuper du traitement des fibromes utérins, jetons un coup-d'œil sur la division de ces tumeurs, leur pronostic et leurs différents modes de terminaison.

Il y a deux classes de fibromes. Les fibromes simples, formés par une tumeur unique, de forme plus ou moins arrondie, et les fibromes composés, formés par l'agglomération de plusieurs tumeurs simples. Cette deuxième classe est beaucoup plus vasculaire que la première. Ces deux classes donnent lieu à trois variétés de fibromes, suivant le siège qu'ils occupent. La variété interstitielle, qui est de beaucoup la plus fréquente, comprend 65 p. c. de ces tumeurs. Vient ensuite la variété sous-séreuse qui en comprend 25 p. c., et enfin la variété sous-muqueuse, qui ne forme que 10 p. c. de ces néoplasmes.

De ces trois variétés de fibromes, ce sont les interstitiels et les sous-muqueux qui donnent le plus de symptômes. La variété sous-séreuse donne ordinairement peu ou pas de symptômes.

Les principaux troubles que produisent les fibromes utérins sont d'abord l'hémorrhagie, qui est le symptôme le plus dangereux et le plus fréquent; très souvent il est le seul présent. Viennent ensuite les troubles de la menstruation, les troubles nerveux ou douloureux, directs et par compression ou réflexes.

(1) Travail lu à la Société de médecine pratique de Montréal, le 13 janvier 1893.

Les principaux modes de terminaison sont : la résorption ou atrophie, la dégénérescence calcaire ou graisseuse, la suppuration, la gangrène, l'énucléation spontanée et l'expulsion.

Pronostic.—Au point de vue des fonctions reproductives, le pronostic est grave; les chances de conception diminuent, celles de l'avortement se multiplient, et pour un utérus à terme, le fibrome est souvent une cause de dystocie.

Au point de vue de la conservation de la santé chez la femme non fécondée, le pronostic est loin d'être aussi grave. Si la maladie est parfois incurable, elle est très rarement mortelle. Bénins, comme tumeurs, les fibromes ne deviennent graves et alarmants que par l'hémorrhagie qu'ils provoquent, leur enclavement dans l'excavation pelvienne et l'accroissement qu'ils peuvent prendre.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical des tumeurs fibreuses de l'utérus consiste principalement dans l'énucléation, le morcellement, l'oophorectomie, la myomectomie et l'hystérectomie.

L'énucléation nécessite une incision ou une dilatation considérable du col. La tumeur est presque toujours très profondément située, recouverte par une couche plus ou moins épaisse du parenchyme. La paroi utérine péritonéale est quelquefois très mince et exposée à être déchirée pendant l'opération; des adhérences impossibles à prévoir existent très fréquemment entre la tumeur et les parties voisines. Comme nous l'avons vu plus haut, 10 p. c. seulement des fibromes utérins sont sous-muqueux; presque toujours cette variété a son siège au fond même de l'utérus. Ce qui précède nous donne une idée de la gravité de l'énucléation ou du morcellement par les voies naturelles. L'opération se fait dans un lieu où l'œil ne voit rien et que le doigt ne peut atteindre. Simpson et Thomas ont inventé, le premier le *naïl curette* et le dernier le *spoon saw* pour remplacer le doigt dans ces opérations. Le premier de ces instruments n'est plus en usage aujourd'hui, et voici que Thomas, dans une édition récente de son ouvrage sur les maladies des femmes, condamne son instrument comme étant d'un emploi difficile et dangereux, non seulement entre les mains des étrangers, mais aussi dans ses propres mains.

Souvent on trouve une tumeur beaucoup plus grosse que le diagnostic nous l'a montré d'abord. On est alors obligé de recourir au morcellement, l'opération se prolonge, ou on est obligé d'y renoncer pour recommencer plus tard; et ce n'est qu'après plusieurs séances et après avoir exposé la malade à tous les dangers que l'opération se termine.

Cet exposé suffit, il me semble, pour nous engager à nous prononcer contre l'énucléation par les voies naturelles, à moins toutefois que la tumeur ne soit logée dans le tissu du col même ou

aux environs. Dans tous les autres cas, l'opération est entourée d'obscurité, de difficultés et de périls très grands.

Oophorectomie.—Si l'ablation des annexes pouvait se faire avec plus de succès, elle aurait plus sa raison d'être. C'est une opération très difficile, souvent même impossible dans les cas qui nécessitent le plus le secours de l'art. Les dimensions de la tumeur, les adhérences sont des obstacles à l'opération. Parfois les ovaires sont tellement incorporés à la masse, qu'il est même impossible d'en trouver des traces et on est obligé de refermer le ventre sans avoir atteint le but qu'on s'était proposé, et Dieu sait s'il y en a eu des ventres ouverts ainsi pour rien du tout. Le chirurgien dit alors qu'il a fait une incision exploratrice.

L'oophorectomie donne une mortalité très élevée. Hegar a eu six décès sur cinquante-cinq opérations. D'après un tableau préparé par Tissier, on a eu 25 décès sur 171 opérations.

Voyons maintenant les succès de l'opération. Sur 34 malades Hegar a observé 20 fois une cessation immédiate de l'hémorrhagie, 4 fois après des périodes plus ou moins longues, une fois persistance de l'hémorrhagie après un arrêt temporaire.

Tissier, sur 146 oophorectomies, a observé 89 fois cessation complète d'hémorrhagie, 21 fois cessation après des périodes plus ou moins longues, 10 fois retour des hémorrhagies.

Hystérectomie. Myomectomie.— Les premières laparatomies pour fibromes, comme la première ovariectomie, ont été faites accidentellement ; tels ont été les cas de Lizars en 1825, Dieffenbach en 1826. Viennent ensuite les cas de Atlee, Baker-Brown, Cutter et autres. Dans quelques uns de ces cas les chirurgiens voulurent continuer l'opération et ils perdirent leurs malades. Dans les autres cas ils refermèrent le ventre après s'être aperçu de leur erreur ; quatorze de ces cas ont été publiés avec cinq décès. Le premier succès en fait d'ablation de tumeur fibreuse par la laparatomie date de 1855, et appartient à Burnham, de Lowell. Dans la même année, Kimball, de la même place, enleva avec succès une tumeur fibreuse par la même méthode. Storer, de Boston, a été le premier à enlever l'utérus et ses annexes avec la tumeur, en 1866. Malheureusement la malade mourut. A la suite de Storer, plusieurs tentatives furent faites, et, en 1869, Koerberlé, de Strasbourg, avait déjà fait neuf fois l'hystérectomie abdominale pour fibromes, avec cinq décès. Depuis cette époque, la chirurgie a fait beaucoup sous ce rapport, mais les résultats sont loin d'être satisfaisants à l'heure qu'il est. L'hystérectomie pour fibromes utérins est infiniment plus grave que l'ovariectomie. Les organes auxquels on a affaire étant plus vasculaires, l'hémorrhagie est par conséquent plus grande et plus fréquente ; l'hémorrhagie secondaire est aussi plus à craindre. L'opération est plus longue, les adhérences étant plus communes et plus fortes. Cette opération est par conséquent très grave, très meurtrière et ne peut être

employée dans la plupart des cas qui ont le plus grand besoin du secours de l'art.

Voyons maintenant les résultats de ces opérations. Voici un tableau tiré de la dernière édition de Thomas, ouvrage qui vient de paraître. Ce tableau nous montre la plus belle statistique des meilleurs opérateurs du monde :

MÉTHODE EXTRAPÉRITONEALE.

MÉTHODE INTRAPÉRITONEALE.

MÉTHODE EXTRAPÉRITONEALE.			MÉTHODE INTRAPÉRITONEALE.				
	No. de cas.	Décès.	Mortalité.		No. de cas.	Décès.	Mortalité.
Bantock.....	22	2	9	Gusserow.....	19	6	31.6
Kaltenbach.....	22	1	4.5	.....	5	3	60
Hegar.....	26	6	27	Martin.....	86	15	17.4
Keith.....	38	2	5	Ol-hausen.....	29	9	31
Spencer Wells.....	20	10	50	.....	26	10	38
Péan.....	52	18	34	Schreder.....	135	41	30
Tauffer.....	17	2	11.7	.....	12	4	33
L. Tait.....	54	20	37				
Thornton.....	15	2	13				
	262	63	24		312	88	33

En terminant le traitement chirurgical des fibromes utérins, je me permettrai de citer les paroles d'un homme célèbre qui, durant de nombreuses années, a fait de l'hystérectomie pour ces tumeurs, et c'est lui qui a eu la plus belle statistique du monde entier, et malgré qu'il n'ait pas fait d'opération de ce genre depuis au-delà de cinq ans, sa statistique n'est pas encore surpassée aujourd'hui. Le Dr. Thos. Keith dit " I often ask myself the question : Does a mortality of 8 p. c. justify an operation for a disease that as a rule, has only a limited active life, that torments simply, and that only for a time, though of itself rarely kills? The mortality of an ordinary uterine fibroid if left alone is nothing approaching a death rate of 8 p. c. I doubt even if the mortality of the extreme cases exceed this. And after all, the great difficulty is not in doing even the worst of these operations, but in knowing what are the cases in which it is right to advise those who trust themselves to us, to run the risk of a dangerous operation with all its attendant miseries. Could we get the mortality down to 5 p. c. in the bad cases, and these only are the fit subjects, then one might advise interference with a more easy mind."

Keith est aujourd'hui contre toute intervention chirurgicale dans le traitement des fibromes. Il n'emploie plus que la méthode Apostoli, et avec un succès infiniment supérieur à tous les autres moyens.

MÉTHODE APOSTOLI

Je n'entreprendrai pas de décrire ici la méthode Apostoli, ce serait trop long ; je vais me contenter d'en donner les résultats.

Par la méthode Apostoli nous obtenons la suppression de tous les phénomènes qui constituent le cortège obligatoire du fibrome. hémorrhagie, troubles de la menstruation, troubles nerveux ou douloureux, directs et par compression ou réflexes.

MM. Keith, père et fils, ont publié 106 observations de malades atteintes de fibromes et traitées par eux par la méthode Apostoli. Toutes ces malades présentaient des symptômes assez graves pour justifier une intervention chirurgicale. Le traitement électrique a suffi dans la grande majorité des cas. Ces messieurs ne comptent qu'un très petit nombre de demi-succès dont ils accusent leur très jeune expérience. Il y a trois ans que ce rapport a été publié, et leur succès a toujours été en augmentant. Depuis cinq ans ces messieurs n'ont pas fait d'opérations chirurgicales pour fibromes, et leur enthousiasme va jusqu'à promettre de n'en plus faire à l'avenir.

Le Dr. Holland a publié plusieurs cas de fibromes très hémorrhagiques où il a toujours pu arrêter l'hémorrhagie.

Un des hommes qui a le plus travaillé dans cette direction, le Dr. Martin, de Chicago, a fait paraître dans le *Medical Record* de Chicago, en 1889, sa statistique personnelle, avec les résultats suivants :

95 fois sur 100 :	Arrêt des hémorrhagies.
90 " " "	Suppression de la douleur.
78 " " "	Réduction de volume.
14 " " "	Pas de réduction de volume.
8 " " "	Disparition complète de la tumeur.

Slavianski a publié 130 cas, Sniguireff 200 cas, Gauthier 89, De la Torre autant et tous ces messieurs ont eu à peu près les mêmes résultats.

Depuis trois ans j'ai moi-même traité quarante sept cas de fibromes, dont 11 sont encore sous mes soins, 36 sont guéries. Voici les résultats de ces trente-six cas.

36 fois	Suppression de l'hémorrhagie.
35 " " "	" la douleur.
33 " "	Diminution de la tumeur, dans huit cas disparition complète de la tumeur.
3 " "	Pas de diminution de la tumeur, mais guérison symptomatique dans tous les cas.

Deux de ces malades avaient déjà subi l'ablation des annexes dans le but de supprimer l'hémorrhagie. Dans un cas l'opération n'a amené aucun changement, et ce n'est que par le courant continu à très fortes doses que les hémorrhagies ont cessé.

Dans le second cas l'hémorrhagie a diminué pendant quelques mois, mais elle a ensuite augmenté. La méthode Apostoli en a eu raison. Deux de ces malades, mariées depuis plusieurs années, étaient stériles. Le traitement électrique a fait disparaître la stérilité en même temps qu'il a guéri les fibromes.

Une malade était âgée de 59 ans. La ménopause était survenue chez elle depuis au-delà de vingt ans. Son fibrome donnait du sang depuis sept mois seulement lorsque je l'ai vue — mais l'hémorrhagie était abondante et menaçait ses jours — elle a obtenu une guérison complète au moyen de la méthode Apostoli.

Dans un cas où le fibrome était accompagné de pyosalpingite et où la malade avait refusé toute intervention chirurgicale, j'ai obtenu une guérison complète et du fibrome et de la pyosalpingite.

Chez une malade, la femme d'un confrère, j'ai trouvé un énorme fibrome qui occupait une très grande partie de la cavité abdominale. En présence de son mari, j'ai fait l'hystérométrie; la cavité utérine mesurait neuf pouces et demi, la tumeur était adhérente partout. Il n'y avait pas d'hémorrhagie, mais la malade souffrait beaucoup: symptômes de compression, troubles nerveux, réflexes etc. Aujourd'hui nous avons une hystérométrie de 3½ pouces. Lorsque j'ai examiné la malade la première fois, j'avais de la difficulté à atteindre le col de l'utérus. Aujourd'hui le col est complètement en dehors de la vulve. La malade ressent encore des douleurs, ce sont des tiraillements dus au prolapsus, je dois refaire son périnée prochainement, et j'espère qu'ensuite elle sera complètement guérie.

Voyons maintenant les statistiques de la méthode Apostoli. Voici un petit tableau synoptique tiré de la *Revue internationale d'électrothérapie*, pour le mois de juillet 1891.

Plus de 2,000 malades (dont 912 par le Dr Apostoli), traités par la méthode intra-utérine, et qui ont subi plus de 30,000 galvano-caustiques.

10 morts environ au total et dans le monde entier.—10 accidents péritoneaux non mortels, par maladies des annexes.

1^o par galvano-puncture vaginale :

2 cas de mort bien établis; 2 perforations de la vessie par ponction et sans mort ultérieure.

2^o par galvano-caustique intra-utérine :

1 cas de mort; 2 péritonites ou mieux péritonismes chez deux hystériques, non mortels.

D'après ce tableau on voit qu'il n'y a eu qu'un décès par 200 malades traités. Mais le grand nombre de ces décès sont dus à des fautes de diagnostic, c'est-à-dire qu'on a traité pour fibromes des kystes, des pyosalpingites etc., de sorte que dans le traitement de véritables fibromes nous n'avons pas en réalité plus d'un décès par quatre ou cinq cents malades traitées.

Après avoir vu les résultats de ces différents traitements, que doit-on conclure ?

Si d'un côté on abandonnait tous les fibromes à la nature seule, quelle mortalité aurions-nous ? C'est une question assez difficile à résoudre. Aurions-nous 4 p. c., nous n'en aurions peut-être pas 2 p. c. Chose certaine, c'est qu'avant l'intervention chirurgicale dans le traitement de ces maladies, il y avait une mortalité infiniment moindre qu'aujourd'hui. Alors n'a-t-on pas le droit de considérer comme étant coupables d'un acte criminel ceux qui conseillent à leurs malades de se soumettre à un tel traitement ? En présence de tous ces faits, la méthode Apostoli, par son efficacité et son innocuité, doit s'imposer à tous les chirurgiens consciencieux, car, ne l'oublions pas, le grand chirurgien n'est pas celui qui ouvre un grand nombre de ventres et fait de magnifiques opérations, mais bien celui qui sait guérir ou améliorer en faisant courir le moins de risque possible à ses malades.

La trépanation dans la paralysie générale.—M. JABOULAY a présenté à la *Société Médicale des Sciences de Lyon*, un homme atteint de paralysie générale sur lequel il a pratiqué la trépanation, et dont la maladie a été améliorée par cette opération.

Le malade—il importe de le noter—était atteint de crises Jacksonniennes subintrantes, et c'est surtout pour cette dernière complication que l'opération a été faite. On constatait, en effet, chez lui des crampes commençant par la main ou par le pied droit et s'accompagnant de perte de connaissance. Comme signe de paralysie générale, notons de l'inégalité pupillaire et du délire des grandeurs, de l'embarras de la parole. Le malade n'était ni alcoolique, ni syphilitique ; d'ailleurs le traitement spécifique employé avant l'intervention chirurgicale était resté sans effet.

Une trépanation large fut pratiquée au niveau de la scissure de Rolando et accompagnée d'incision de la dure-mère. La surface du cerveau était rouge et présentait des signes de compression cérébrale ; il s'écoula une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

L'opération fut terminée par la suture de la dure-mère, puis la suture de la peau, après que l'on eut remis en place une partie de l'os enlevé, afin, dit l'auteur, d'éviter l'issue du cerveau. Les suites opératoires ne présentèrent d'autre incident qu'un délire suivi de paralysie passagère et due peut-être à la compression provoquée par la réapplication de l'os enlevé.

Par la suite, les crises d'épilepsie Jacksonnienne n'ont pas reparu, et de plus, les signes de la paralysie générale se sont amendés. C'est ainsi, par exemple, que l'embarras de la parole a sensiblement diminué.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Les injections médicamenteuses hypodermiques.—Clinique de M. le professeur PÉTER à l'hôpital Necker (1). — III. Je veux maintenant vous entretenir des injections médicamenteuses, où entrent en partie la *créosote* et le *gaiacol*.

L'idée-mère de l'emploi de la *créosote* a été d'anéantir le bacille. Les expériences *in vitro* montrent qu'elle stérilise les milieux de culture. Yersin détruit toute espèce de bacille en additionnant du bouillon de culture avec trois millièmes de *créosote*. Marfori a montré que deux centièmes de *créosote* stérilisent les crachats. Bouchard a prouvé que 0 gr. 06 de *créosote* stérilise 1000 gr. de bouillon de culture, donc 6 gr. stérilisent le sang d'un individu pesant 100 kilos, et 3 gr. 60 le sang d'un homme de 60 kilos, qui est un poids moyen. Par les injections actuelles pratiquées quotidiennement, on fait entrer dans l'organisme plus de 3 gr. 60 de *créosote*, et cependant, le malade reste quand même tuberculeux. L'expérience démontre que, par les injections de *créosote*, on diminue l'expectoration, mais les crachats contiennent toujours des bacilles de Koch, les poumons restent toujours lésés. Et alors, se plaçant au point de vue théorique, on dit: puisque la présence dans l'organisme de 3 gr. 60 de *créosote* doit suffire à tuer tous les bacilles, comment se fait-il qu'on en trouve encore? c'est donc que le malade en introduit de nouveau, ou bien qu'ils se multiplient malgré la *créosote*. Cependant les tuberculoses locales, la scrofulo-tuberculose, les adénites tuberculeuses guérissent par les injections de *gaiacol* et de *créosote*. Mais il n'en est pas ainsi de la tuberculose viscérale d'emblée, qu'elle soit pulmonaire, intestinale, péritonéale, ou méningée.

La première idée, pour l'introduction de la *créosote* dans l'organisme, a été d'employer la voie stomacale. C'est en 1877 que MM. Bouchard et Gimbert commencèrent à la donner, à la dose de 0 gr. 40 à 1 gr. par jour, sous la forme pilulaire. Les résultats furent ce qu'ils devaient être: l'expectoration devint moindre et la toux moins fréquente; de là, diminution de la fatigue produite, sommeil plus facile, et réparation des forces; l'appétit est plus

(1) Suite.— Voir le numéro de mars, p. 128.

vivace, les forces sont augmentées, il s'ensuit un embonpoint relatif; mais les signes locaux restent les mêmes, ou peu atténués; M. Gimbert a vu les signes reparaitre après une amélioration momentanée.

Mais au bout de trois semaines, un mois, se montre de l'irritation de l'estomac; et il n'est pas douteux que c'est l'irritation légère du début qui stimule l'estomac et augmente d'abord l'appétit.

MM. Bouchard et Gimbert ont alors cherché une autre voie pour ne pas offenser l'estomac, c'est la voie hypodermique.

Une autre idée est d'employer la voie aérienne, par les inhalations et par l'injection directe dans les sommets pulmonaires. Mais ces deux moyens, essayés en Allemagne et en France, n'ont donné aucun résultat favorable: il y a même eu, par l'injection intra-pulmonaire, des hémoptysies sérieuses. Il est évident que l'administration de la créosote par la bouche valait mieux, car il y avait une action générale, au lieu d'une action locale aveugle.

C'est M. Bouchard qui eut la première idée des injections sous-cutanées de créosote. M. Ducastel mit l'idée en pratique en 1882. Mais c'est M. Gimbert qui les employa sur une grande échelle, à Cannes, en 1886, et les mit à la mode. Il a été suivi par M. Burlureaux et quelques autres.

M. Gimbert employait une solution de créosote dans l'huile, à raison de 1 gr. pour 14; il faisait l'injection goutte à goutte de façon à empêcher la douleur, et à s'arrêter à temps, s'il se produisait un accident. Mais il faut rester deux heures auprès d'un malade pour lui injecter 50 grammes de la solution qui correspondent environ à 3 gr. 70 de créosote. Aussi a-t-on inventé des instruments faisant passer l'huile sous la peau d'une façon automatique et permettant de ne pas rester près du malade. Grâce à ce système, M. Burlureaux a pu injecter des fortes doses de créosote, il a même été jusqu'à 14 gr. dans une journée.

Cette injection a donné lieu parfois à des accidents redoutables. Il faut prendre soin de ne pas toucher un vaisseau, car une injection faite directement dans une artère ou une veine peut donner la mort par embolies graisseuses dans les vaisseaux pulmonaires: cela est arrivé dans mon service, et c'est arrivé aussi à quelques-uns de ceux qui pratiquent les injections. Le mieux est, après avoir fait la piqûre, de retirer l'instrument en laissant l'aiguille; s'il s'échappe du sang, on recommence l'opération dans un autre point.

Je vais vous parler des résultats obtenus par M. Burlureaux qui a recueilli ses nombreuses observations avec beaucoup de soin et d'impartialité. Il injecte en moyenne 50 gr. de solution par jour; il va jusqu'à 100, 150 gr., quelquefois 200 et 220 gr., sans accident, il faut deux heures trente pour injecter 50 gr. d'huile créosotée.

Il résulte des expériences de M. Burlureaux (quatre cents et quelques cas), que si le goût de la créosote persiste dans la bouche, on a affaire à un cas grave. Si les urines sont noires, on a également affaire à un cas grave qui sera peu amélioré. S'il se montre des sueurs profuses immédiatement après les injections, le cas est très grave. Il est plus grave encore, si, à la suite des injections, il y a de l'hypothermie, et il ne faut pas les continuer.

Messieurs, j'ai examiné soigneusement le travail si remarquable de M. Burlureaux. Il en résulte pour moi la conviction que les injections n'agissent d'une façon bienfaisante que dans ce qu'on appelait autrefois la scrofule, ce qu'on appelle aujourd'hui de la tuberculose locale : la créosote peut guérir ces cas. Mais autrefois on les guérissait aussi ; ce sont les tuberculoses osseuse, ganglionnaire, testiculaire, les abcès froids.

Voici comme exemple un cas cité par M. Burlureaux. Il s'agit d'un malade opéré précédemment et guéri d'une tuberculose osseuse par l'ablation du manche du sternum et des clavicules. Il rentre à l'hôpital avec une adénite cervicale volumineuse. En vingt-cinq jours, il reçoit 1800 grammes d'huile créosotée, sous la peau, et 1000 gr. en cinq lavements ; le malade est sorti guéri au bout de ce temps, avec une augmentation de poids de deux kilos.

Il y a d'autres cas semblables : un noyau tuberculeux du testicule disparu en cinq mois ; un autre cas d'adénite cervicale guéri également ; encore un cas d'adénite volumineuse guéri. Un abcès froid du sein avait disparu après trente injections d'huile créosotée, mais des signes de tuberculose pulmonaire se sont montrés, et six mois après un deuxième traitement, ces signes étaient restés stationnaires. Voici un cas très intéressant qui milite en faveur des injections : un malade atteint de pneumonie caséuse très grave avec caverne, est sorti presque guéri, après avoir reçu 210 gr. de créosote sous la peau ; trois mois après, M. Bouchard constata que la guérison s'était maintenue.

Il m'a été donné de voir des cas semblables. J'ai eu à soigner un jeune homme ayant une pneumonie caséuse, avec fièvre vive, bacilles nombreux ; il présentait des signes de phtisie aiguë. J'employai les antiphlogistiques, la quinine, puis l'huile de foie de morue quand la fièvre fut tombée, finalement je mis deux cautères sur la paroi thoracique ; sous l'influence de la suppuration pendant deux à trois mois, ce malade a guéri absolument. Vous voyez que par les moyens ordinaires on peut obtenir le même résultat qu'avec la créosote. Il faut bien considérer en effet que la plupart des malades traités par la créosote trouvent à l'hôpital le repos, une nourriture plus abondante, de l'huile de foie de morue, toutes choses qui contribuent à améliorer leur état.

Cependant, c'est un progrès que de pouvoir faire prendre facilement la créosote qui amoindrit l'expectoration, agit sur le foyer en diminuant l'hyperémie, et par suite s'oppose à la marche de l'affection.

M. Burlureaux a divisé les malades traités en plusieurs catégories :

1^{ère} catégorie.—Tolérance parfaite, résultats excellents ;

2^{me} catégorie.—Tolérance parfaite, résultat médiocres ou nuls, c'est-à-dire où l'état général a été amélioré, mais non l'état local ;

3^{me} catégorie.—Tolérance parfaite d'abord, puis intolérance progressive ; cas plus graves ;

4^{me} catégorie.—Intolérance d'emblée ; cas très graves, pronostic mauvais.

Dans la communication faite au Congrès de la tuberculose, M. Burlureaux a fait ressortir des cas qui montrent bien l'innocuité du traitement et son efficacité ; c'est ainsi qu'une tuberculose testiculaire unilatérale est devenue bilatérale, malgré le traitement ; un mal de Pott a continué sa marche également ; un malade de vingt-huit ans, tuberculeux depuis quatre mois, voit son état général s'améliorer beaucoup, mais les lésions ne s'amendent pas, et font même des progrès ; il est beaucoup d'observations du même genre.

Ainsi les injections pratiquées par M. Burlureaux ont eu pour résultat d'amener la guérison des tuberculoses locales bénignes. Dans la tuberculose d'emblée, au contraire, la guérison n'est pas obtenue, mais il y a amélioration de l'état général.

Il m'a été donné de voir des individus atteints de tuberculose pulmonaire, sans fièvre avec appétit vigoureux, atteindre un âge avancé. Je connais une femme, âgée de soixante-trois ans, qui a eu sa première hémoptysie à dix-neuf ans ; elle avait des craquements humides au tiers supérieur de deux poumons et d'autres signes non douteux, mais peu d'expectoration, pas de fièvre, mangeait admirablement bien : elle est restée tuberculeuse, mais n'est pas devenue phtisique. Un autre exemple est celui du baron Cloquet, professeur de pathologie externe, considéré à juste titre comme tuberculeux par Andral et Chomel, qui ne lui donnaient pas six mois à vivre, à trente-deux ans ; or il n'est mort qu'à l'âge de quatre-vingt-deux ans ; il vivait d'ailleurs, il faut le dire, en égoïste très spirituel, prenant tous les ans à la Faculté un long congé de six à sept mois qu'il passait à Fréjus ; il avait un excellent estomac, se nourrissait copieusement, et n'avait jamais de fièvre.

Il m'a été donné de voir un homme touchant de près la médecine, qui eut une hémoptysie formidable ; il y avait des signes de caverne, la présence des bacilles fut constatée ; il fut soigné par les révulsifs, (larges vésicatoires, notamment), le sulfate de quinine ; on lui donna de l'huile de foie de morue quand la fièvre fut tombée. Puis on lui mit un large cautère pendant une année. Il alla alors à Alger, acheta quelques terres, se fit colon au petit.

piéd. Au bout d'un an, on ne trouvait plus que des signes de cavernes cicatrisées, au lieu de gargouillement. Six mois plus tard, il me demanda s'il pouvait se marier; je lui conseillai vivement de n'en rien faire. Il se maria malgré mon conseil, et il a eu des enfants qui sont bien portants, lui-même étant resté en bon état.

Ce n'est pas à dire que je m'oppose à l'emploi de la créosote, car elle cause des bienfaits non douteux. M. Burlureaux a constaté que, dans ce fait de la tolérance de l'huile à hautes doses, il y a deux choses, l'action de la créosote, médicament, et l'absorption de l'huile, aliment. Partant de cette observation, on a nourri un malade atteint d'ulcère de l'estomac avec des injections de 300 grammes d'huile en une fois.

Une dernière raison de l'emploi de la créosote, c'est pour le pronostic, puisque l'observation a montré que l'on était en présence d'un cas grave, lorsqu'il y avait intolérance.— (A suivre.)

Substitution de l'essence de moutarde aux sinapismes en feuilles.—M. BISSERIE, pharmacien de l'armée, propose de substituer à la farine de moutarde et aux sinapismes en feuilles, l'essence de moutarde (sulfocyanate d'allyle) en solution au dixième dans l'alcool à 90°.

Au moyen d'un pinceau de charpie ou de coton, on étend cette solution sur la partie à rubéfier, qu'on recouvre ensuite d'une feuille de papier huilé ou paraffiné ou de taffetas gommé. Moins d'un centimètre cube suffit pour une surface équivalente à celle que peut recouvrir une feuille de papier-sinapisme. La révulsion commence quelques secondes après l'application et est complète en une minute. On n'a pas à craindre les accidents qu'amène parfois le contact prolongé du papier-sinapisme.

La solution d'essence conserve en vieillissant toutes ses propriétés actives; son faible volume facilite, au point de vue militaire, son approvisionnement et son transport. Son prix est peu élevé: un litre de solution au dixième vaut environ 11 fr. 20 et représente plus de 1,000 feuilles de papier-sinapisme.—*Montpellier médical.*

Les vibrations mécaniques dans le traitement des maladies nerveuses et des maladies mentales. par le professeur Enrico MORSELLI.—Dans ce court travail, que l'auteur intitule notes préliminaires, se trouvent émises les opinions suivantes:

1° La méthode vibratoire ne peut avoir d'applications précises que dans les psychopathies accompagnées de symptômes localisés, et surtout chez les aliénés affectés de névralgies.

2° La mélancolie simple ou passive, au début, la mélancolie avec névralgie intercostale, la folie avec idées fixes, sont les autres psychopathies qui peuvent quelquefois être améliorées par l'appli-

cation du diapason vibrant, soit sur le point douloureux, soit sur le front.

3o Dans quelque cas d'hypochondrie avec névralgie occipitale, on réussit aussi par ce moyen à provoquer une courte période d'accalmie.

4o Dans l'insomnie des aliénés, la méthode vibratoire serait, pour M. Morselli, tout à fait inefficace, tandis qu'elle aurait quelques avantages dans l'insomnie des neurasthéniques et des hystériques.

5o L'action de cette méthode serait, dans la majorité des cas observées par l'auteur, *fugace et éphémère*, et devrait ses effets en grande partie à la suggestion.

6o Outre son action sédative, cette méthode peut exercer aussi une action excitante sur le système nerveux, aussi serait-elle contre-indiquée dans toutes les formes de manie, à part l'hystérie, dans les mélancolies anxieuses et agitées, et plus encore dans l'épilepsie.

7o La méthode vibratoire ne peut être d'aucun secours dans les états de stupeur, et à l'égal de l'excitation galvanique, elle est directement dangereuse chez les aliénés qui présentent des hallucinations de l'ouïe.

8o Dans ces expériences, le professeur de Gènes a constaté que l'appareil du Dr Boudet, de Paris, produirait une action vibratoire insuffisante, et il lui préfère le procédé de Maggiorani, qui se sert d'un gros diapason qui vibre fixé sur une caisse harmonique ou encore un diapason à 10 VD, mis en mouvement par une pile électrique, et toujours appliqué sur les seuls points d'élection préférés en électro-thérapie.—*La Therapia moderna*.

Le lysol ; ses propriétés médicales et hygiéniques.—Au congrès que l'Association française pour l'avancement des sciences vient de tenir à Pau, M. Tison, médecin en chef de l'hôpital Saint-Joseph, a communiqué un mémoire fort intéressant sur les heureux résultats qu'il a obtenus de l'emploi du lysol, antiseptique puissant et facile à employer, qui n'est ni toxique, ni irritant.

Le lysol a pour base l'acide crésylique ou crésylol, qui, pour les chimistes, est du méthyl-phénol. On l'extrait du goudron de houille en recueillant ce qui passe à la distillation entre 190o et 210o, c'est-à-dire les huiles lourdes. Au dessous de ces températures, le goudron s'est appauvri de ses huiles légères, de la benzine et de l'acide phénique. Ces huiles lourdes, qui distillent entre 190o et 210o, constituent la créosote si semblable à celle qui se retire du goudron de bois et qui est fort heureusement employée en médecine, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. En rectifiant cette créosote et en ne recueillant que les produits qui passent entre 195o et 205o, on obtient un liquide qui contient 90 p. c. de crésylol. Les 10 p. c. restants sont formés de xylof, créosol, gaiacol, etc.

On sait aujourd'hui que le gaiacol tend à détrôner la créosote dans l'emploi médical. Le crésyol a un pouvoir microbicide supérieur, puisque, à la dose de 0,30 p. c. il a le même pouvoir antiseptique qu'une solution de sublimé à 0,25 p. c.

Mais le sublimé est une substance dangereuse qui a déjà causé trop d'accidents irréparables, sans compter qu'il attaque et détériore tous les instruments métalliques.

Seulement le crésyol ou acide crésylique n'est pas soluble dans l'eau, ce qui constituerait un obstacle irremédiable à son emploi médical, si on n'avait tourné la difficulté en le combinant avec un savon alcalin qui le rend complètement miscible à l'eau. C'est à cette combinaison de crésyol et de savon alcalin qu'on donne le nom de lysol. Celui-ci contient la moitié de son poids de crésyol.

Le lysol vrai (car il existe déjà des contrefaçons) est miscible à l'eau en toutes proportions. Dans l'eau distillée, les solutions sont limpides, mais elles prennent une teinte opaline dans l'eau ordinaire bouillie. Cette dernière précaution est indispensable pour débarrasser l'eau ordinaire de la plus grande partie des sels calcaires qui formeraient un précipité grumeleux avec le savon.

La solution de lysol la plus fréquemment employée est celle à 10 p. c. Elle suffit à tous les besoins de la médecine.

Pour rendre les instruments complètement antiseptiques, on pourra employer une solution à 30 p. c. qui n'altère en aucune façon ceux qui sont en métal.

Beaucoup de chirurgiens et de dentistes antiseptisent ainsi leurs instruments. Pourquoi les perruquiers n'agissent-ils pas de même ?

M. Tison a d'abord utilisé le lysol avec succès dans les cas de pleurésie purulente, après empyème, pour laver la plèvre, et dans la furonculose et l'anthrax, où il remplace avantageusement les pulvérisations phéniquées tant vantées par le professeur Verneuil.

Le lysol ne contient pas d'acide phénique et jamais son usage, même prolongé, n'a altéré la couleur normale des urines et ne leur a communiqué cette teinte *lentille* que connaissent bien tous les praticiens.

Ensuite M. Tison a eu recours au lysol dans le traitement des otites moyennes suppurées avec perforation du tympan, ainsi que dans les abcès chauds après ouverture, pour le lavage de la cavité.

Dans le cancer de l'utérus il supprime l'odeur épouvantable qu'exhale cet affreux mal ; il empêche l'action irritante que l'ichor carcinomateux exerce sur toutes les parties voisines.

La gynécologie retire de grands avantages de son emploi quotidien, car il antiseptise rapidement les organes et supprime bientôt les écoulements toujours désagréables. C'est à tel point que beaucoup de femmes y recourent chaque jour pour leur toilette intime et s'en trouvent très bien. Dans les accouchements, la solution

de lysol à 10 0/00 suffit à assurer une antiseptie complète. Avec son emploi, on n'a pas à redouter les complications de la fièvre puerpérale (1). Appliqué sur la peau en lotions ou en lavages, il calme et fait disparaître les rougeurs et les démangeaisons :

On s'en sert également avec beaucoup de succès dans la toilette des petits enfants. Dans ce dernier cas, il suffit d'une solution à 5 0/00. Les démangeaisons de la tête et les pellicules du cuir chevelu cèdent vite au lavage avec la solution de lysol à 10 0/00.

Les plaies, même celles qui ont besoin d'être saturées, guérissent rapidement, sans suppuration et pour ainsi dire sans douleur, par l'usage de cet antiseptique. Que d'ulcères variqueux s'en sont également bien trouvés !

En un mot, dans tous les cas (et ils sont fort nombreux) où il a eu recours au lysol, M. Tison n'a eu qu'à se louer des bons et rapides effets qu'il a obtenus. Il le recommande surtout à l'attention des chirurgiens.

Au point de vue hygiénique, le lysol mériterait de longs développements, tant il est précieux en cas de maladie épidémique. On peut l'employer pour rendre les bains antiseptiques et pour débarrasser la peau de tous les germes qui s'y fixent dans la variole, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la fièvre typhoïde, etc. La toilette des malades atteints de ces diverses maladies doit être faite avec du lysol, selon la règle adoptée dans le service du Dr Tison à l'hôpital Saint Joseph.

Vu son bon marché (un litre de lysol, vendu 4 francs au détail, permet de faire un hectolitre de liquide antiseptique), ce produit peut s'employer pour nettoyer les planchers, les parquets, les murs, les meubles et les boiseries des appartements, à la suite des maladies contagieuses. En Russie, on s'en est servi avec succès pour combattre l'épidémie cholérique, en assainissant préventivement tous les locaux malsains.

Les épizooties seront attaquées de la même façon ; le sol et les murs des écuries, des chenils, seront désinfectés avec les solutions de lysol.

Quels services ne rendrait pas cet antiseptique dans la désinfection des navires ?

Si c'était le cas, nous ajouterions que le lysol est appelé à rendre de grands services à l'agriculture et surtout à l'horticulture, en débarrassant les plantes de tous les parasites qui les dévorent.

En résumé, M. Tison n'a eu qu'à se louer de l'emploi du lysol en médecine et en hygiène. Tout ce que, d'après lui, on pourrait reprocher à ce nouvel antiseptique, c'est son odeur analogue à

(1) Dans un important service d'accouchement des hôpitaux de Paris, on emploie le lysol pour les injections vaginales et la toilette des nouvelles accouchées avec un succès constant. Les suites de couches sont absolument physiologiques, à la grande satisfaction du chef de service.

celle de l'acide phénique, mais moins persistante et au besoin facile à masquer par l'addition d'une essence appropriée, telle que celle de lavande. Il est vrai encore que l'application détermine quelquefois une légère cuisson qui ne tarde pas à disparaître et à faire place à une sensation de calme et de fraîcheur.

Enfin, on ne saurait trop répéter que le lysol n'est pas caustique et ne détruit jamais l'épiderme comme le fait l'acide phénique.—*Gazette de gynécologie.*

Solution antiseptique pour les usages divers de la chirurgie générale et de l'ophtalmologie, par le Dr A. BOURGEOIS :

Acide borique.....	100 grammes.
Borate de soude.....	q. s. pour neutraliser
Eau distillée.....	q. s. pour un litre.

Mêlez.—Usage externe.

Cette solution boro-boraté à 10 0/0 est facile à préparer, ce qui, au point de vue pratique, la rend préférable au boro-borax cristallisé ou trétraborate de soude de M. Janicke, dont la préparation est assez longue. Elle ne serait ni irritante, ni tonique, tout en étant douée de propriétés antiseptiques très manifestes. Comme antiseptique elle serait de beaucoup supérieure aux solutions ordinaires d'acide borique et pourrait être placée au même rang que les solutions phéniquées.—*Semaine médicale.*

Trois cas de coqueluche ; enraiment immédiat de la période convulsive, par le bromoforme.—En l'absence d'épidémie, le diagnostic de coqueluche ne fut posé qu'assez tardivement. Les trois enfants (9 mois, 6 ans et 8 ans) avaient été en contact avec des coquelucheux. Aussitôt la période convulsive établie, nous essayons pendant une huitaine de jours diverses médications recommandées, avec des fumigations de créoline, puis de naphthaline ; résultats peu marquants. Nous administrons alors le bromoforme en potion : 5 gouttes au plus jeune, 20 gouttes aux deux autres, par jour. En même temps, trois fumigations sulfureuses au moyen des bougies sulfureuses numérotées, jusqu'à saturation convenable de l'atmosphère de l'appartement. L'effet fut immédiat : chez l'enfant de 6 ans, les quintes, de 8 à 12 par nuit, tombèrent immédiatement à 3 pour disparaître complètement le 3e jour de l'emploi du traitement. Il ne resta plus qu'une toux facile et peu fatigante qui cessa après peu de jours. La sœur, âgée de 8 ans, indocile et capricieuse, refusa d'abord la médecine et les inhalations, et ce ne fut que contrainte et forcée, qu'elle s'y soumit tant bien que mal. Malgré cela la toux convulsive diminua et disparut après dix jours. Quant à l'enfant de 9 mois, la disparition des quintes s'opéra en deux jours, et la guérison fut complète en trois semaines malgré une complication de pneumonie.

Nous avons fait garder la chambre aux malades pendant les jours qu'ils furent soumis aux inhalations sulfureuses, tout en aérant prudemment matin et soir. Le bromoforme s'ingère assez aisément dans un sirop aromatique.

La rapidité avec laquelle ces résultats se sont produits nous a engagé à recommander aux confrères ayant en traitement des coqueluches, à en faire l'essai.—*Scalpel.*

Le glycozone.—Le glycozone est une substance résultant de l'action de l'ozone sur la glycérine chimiquement pure. Il peut être administré dans les maladies de l'estomac à la dose de une à deux cuillerées à thé dans un verre à vin d'eau, immédiatement après chaque repas. Dans les affections catarrhales, il doit être appliqué en nature, aussi souvent qu'il le faut. Comme topique, sur les plaies et les surfaces en suppuration, il doit être employé non dilué.

Le glycozone est un composé chimique spécial et non un simple mélange de peroxyde d'hydrogène (médicinal) et de glycérine.

Ces deux liquides, quand on les mélange, ne forment pas un composé stable, mais au contraire développent des substances qui exercent sur les cellules animales une influence nuisible. Or ce mélange, même fraîchement fait, n'a aucune propriété curative analogue à celles du glycozone. Celui-ci au contraire est stable, inoffensif et toujours efficace.

MÉDECINE.

Rapports de l'emphysème et de la tuberculose pulmonaire.

—Ces deux affections sont assez souvent associées l'une à l'autre, mais leurs rapports ont cependant été peu étudiés. Le Pr POTAIN dans une leçon clinique a entretenu ses auditeurs de l'association de ces affections qui peut se faire de trois manières différentes : 1o l'emphysème est primitif et la tuberculose pulmonaire secondaire ; 2o la tuberculose est survenue la première et l'emphysème est surajouté ; 3o les deux maladies peuvent se manifester en même temps, c'est-à-dire qu'un individu atteint d'emphysème chronique peut être touché par la tuberculose.

Dans ce premier cas, la bronchite évolue comme elle fait ordinairement, puis surviennent un jour des hémoptysies. L'évolution de la tuberculose secondaire est rare.

Lorsque l'emphysème est secondaire, il peut être généralisé si la tuberculose miliaire est généralisée ; si celle-ci est localisée au sommet, il se produit de l'emphysème autour de la zone tubercu-

jeuse. Dans beaucoup de cas les deux affections évoluent en même temps.

Dans la forme de tuberculose aiguë l'emphysème n'empêche pas la première d'évoluer et il aggrave même les troubles par la dyspnée qu'il entraîne.

Si la tuberculose est chronique, l'emphysème semble plutôt retarder l'évolution de la première, probablement parce que, d'après M. Potain, l'activité plus grande de la circulation pulmonaire s'oppose au développement de la tuberculose.

On se rappellera que l'emphysème apporte au cours de la tuberculose un élément qui peut gêner le diagnostic, principalement par la sonorité qu'il produit.

Quant aux modifications que la tuberculose entraîne dans le traitement de l'emphysème, voici quelle sera la conduite d'après M. Potain :

On doit chercher, en premier lieu, à enrayer la tuberculose sans trop compter sur l'emphysème comme moyen curatif. Dans l'emphysème généralisé avec bronchite, la médication devra s'adresser autant à cet emphysème qu'à la tuberculose sous-jacente. Pour cela, on prescrira des substances volatiles et balsamiques qui puissent s'éliminer par le poumon : tels sont le baume de Tolu, l'essence de térébenthine, le goudron, la créosote. L'action des eaux sulfureuses a certainement un bon effet dans des cas semblables.

Est-il nécessaire de modifier le traitement de l'emphysème ? Faut-il chercher à l'entretenir, ou à le provoquer, comme on faisait autrefois, pensant agir ainsi sur la tuberculose et l'enrayer par la dilatation des vésicules pulmonaires ? Il faut surtout guérir la bronchite surajoutée, qui pourrait amener de l'emphysème ; mais lorsque ce dernier s'est développé, on ne peut guère songer à y mettre un terme.

Doit-on chercher à exagérer l'emphysème par de grands efforts, de grandes ampliations thoraciques ? Il est certainement bon de faire exécuter au malade de grands mouvements respiratoires ; mais cet exercice n'a pas pour but de produire de l'emphysème. Il est surtout indiqué chez les individus menacés de tuberculose pulmonaire, chez lesquels il favorise la respiration et la circulation du poumon. Les efforts, surtout violents, sont au contraire nuisibles, lorsque la tuberculose est un peu avancée. Chez deux malades, l'emphysème a semblé enrayer jusqu'à un certain point la tuberculose. Pour eux, il ne faudrait pas essayer une gymnastique trop violente de la cage thoracique. — *Recue de thérap. méd. chr.*

Le traitement médical de l'appendicite et ses limites. — On sait que les opinions sur ce sujet diffèrent beaucoup entre elles. Un des derniers auteurs qui ont traité cette question conseille le traitement suivant : repos absolu au lit, alimentation liquide. Si l'on a des raisons de croire, d'après l'examen, à

l'existence de masses fécales encombrant l'intestin. on administre toutes les heures ou toutes les demi-heures, de petites doses d'un purgatif salin, et quelques heures après, un lavement salin donné en position genu-pectorale. S'il existe des nausées ou des vomissements, on peut avoir recours à de petites doses de calomel associé au bicarbonate de soude :

Calomel.....	} à 30 centigr.
Sucro.....	
Bicarbonate de soude .....		1 gramme.

Lorsque les douleurs intestinales deviennent plus faibles, on administre les purgatifs salins à de plus grands intervalles. Si le malade est agité, et si les douleurs persistent, on fait une injection de morphine et d'atropine jusqu'à ce que la douleur soit calmée, tout en continuant les purgatifs salins qui constituent le fond du traitement. L'opium, en effet, fait traîner la maladie en longueur et rend difficile l'interprétation des symptômes au point de vue de l'intervention chirurgicale. Si l'on s'est décidé pour l'opium, il faut en tout cas le donner à doses calmantes. Les applications de sangsues, suivies de vessies de glace sont d'une grande utilité. Cependant, bien que le froid calme en général les douleurs, il faut recourir aux applications chaudes lorsque l'exsudat et le gonflement se produisent.

Contre les vomissements, on opposera la glace et les eaux acidules gazeuses glacées; contre la prostration, on emploiera les stimulants. Le malade doit être tenu au lit, habituellement deux à trois semaines, jusqu'à la disparition complète des symptômes, et devra éviter encore pendant plusieurs mois tout effort, tout surmenage et la constipation. S'il ne subsiste pas d'abcès, mais seulement de l'empâtement chronique, on emploie les vésicatoires et le massage.

A quel moment faut-il appeler le chirurgien? Il est difficile de diagnostiquer les cas de catarrhe intestinal avec ulcération de la muqueuse, qu'un traitement approprié suffit pour guérir. Si l'inflammation est plus profonde et atteint la séreuse, le diagnostic est possible et l'on peut localiser et guérir la péritonite. Si la péritonite est généralisée, il faut avoir recours à une intervention chirurgicale. Il en est de même s'il existe de la gangrène ou un ulcère par perforation. La perforation dans l'appendicite peut être lente, circonstance qui rend le diagnostic impossible. Mais si l'abcès est formé, il ne reste plus qu'une intervention chirurgicale.

W. E. Ashton, traitant le même sujet, considère que tous les cas d'appendicite doivent être considérés comme dangereux dès le début, car il est impossible de limiter exactement les dégâts aux sièges de la maladie. L'intervention, pour lui, est indiquée dans les cas modérés lorsque le traitement médical n'a pas produit d'amélioration dans les vingt-quatre premières heures.

On doit opérer tous les cas d'appendicite récidivante, sitôt que le diagnostic est certain.

Des douleurs croissantes dans la fosse iliaque droite, un pouls rapide, une température fébrile élevée, du gonflement et de la tympanite sont des indications pour une opération rapide, sans attendre qu'il existe des symptômes de gangrène, de péritonite, d'occlusion intestinale.—*Revue de thérap. méd. chirur.*

La dyspepsie hyperchlorhydrique et son traitement.—Communication de M. Henri HUCHARD à la *Société de thérapeutique*.—La "maladie de Reichmann" (dyspepsie hyperchlorhydrique avec sécrétion continue du suc gastrique) est curable après quelques jours ou quelques semaines d'une médication alcaline (20 à 30 gr. par jour d'alcalins). Mais, pour arriver promptement à cette guérison, il faut savoir remplir trois indications thérapeutiques :

1° Il faut supprimer par l'hygiène et l'alimentation toutes les causes d'excitation gastrique :

(a) Pour l'hygiène : éviter toutes les causes capables de contribuer à la production ou à l'aggravation de la maladie (émotions, surmenage intellectuel et moral, travail immédiatement après les repas, etc). Il faut donc prescrire un exercice modéré, un repos relatif, une vie calme, le séjour à la campagne, le massage, les frictions sur les membres, la suppression absolue du tabac, etc.

(b) Pour l'alimentation : suppression de l'alcool, des liqueurs fortes, du thé, du café, des boissons glacées ou trop chaudes, des aliments excitants, trop épicés ou salés, des sauces fortes, des salades, des acides, du gibier, des viandes faisandées, de la charcuterie, des salaisons, des fromages faits, des féculents, des légumes verts riches en cellulose, des viandes fibreuses, des pâtisseries, du pain, des corps gras. Bouveret, dans son remarquable livre sur la "dyspepsie par hypersécrétion gastrique" fait remarquer, avec juste raison, que les aliments azotés sont bien et rapidement digérés, et qu'ils doivent former la base de l'alimentation; il rappelle que Reichmann conseille les viandes blanches, les œufs, le gruau, le lait, "substances qui, tout en étant bien digérées, stimuleraient moins la muqueuse de l'estomac." Pour cette raison, il faut donc ordonner la suppression du vin, de la bière, du cidre, des boissons fermentées et gazeuses. Les malades ne doivent boire que deux verres de liquide à chaque repas. Ils doivent mâcher soigneusement leurs aliments, et c'est pour cette raison qu'il faut prescrire de préférence des viandes hachées; les repas doivent être espacés, peu nombreux (trois par jour) : le matin, un verre de lait et un œuf; à midi, viande hachée et un peu de purée de légumes; le soir, laitage, œufs et viande hachée. Pendant la nuit, pour combattre les douleurs et les vomissements nocturnes, une tasse de lait ou de l'eau albumineuse, l'expérience ayant

démontré à Von den Velden la facile absorption de HCL libre par les aliments riches en albumine.

2^o Réduire l'acidité du suc gastrique et empêcher, si possible, sa sécrétion continue :

La première indication est remplie par la prescription des alcalins à haute dose (condition formelle du succès), que je n'hésite pas, dans les cas graves, à porter d'emblée jusqu'aux doses de 20 à 30 et même 35 gr. par jour, sans crainte de la "cachexie alcaline," une des erreurs de Trousseau, et sans partager cette maladie des médecins, que j'appelle l'alcalinophobie. Il est préférable d'associer au bicarbonate de soude soluble une poudre insoluble, comme la craie, qui joint ainsi à ses propriétés alcalines l'avantage de former un enduit protecteur à la surface de la muqueuse irritée. Voici la formule à laquelle je donne la préférence :

Bicarbonate de soude.....	50 gr.
Craie préparée.....	10 —

pour trente paquets. Un paquet toutes les heures, après chaque repas, pendant quatre heures, soit 24 gr. d'alcalins par jour.

Enfin, la constipation doit toujours être combattue par la magnésie à la dose d'une à deux ou trois cuillerées à café par jour.

Pour boisson, aux repas, je prescris l'eau de Pougues, ou encore celle de Vals.

Cette médication alcaline intensive a pour résultat de faire disparaître rapidement, en quelques jours, des douleurs ou des vomissements qui persistaient depuis des semaines ou des mois. Mais il faut continuer pendant plusieurs semaines encore, à une dose moindre (10 à 15 gr.) pour éviter le retour des accidents et tâcher d'arrêter la sécrétion continue du suc gastrique souvent entretenue par l'hyperchlorhydrie. Cette sécrétion continue du suc gastrique (ou gastro-succorrhée) n'est pas arrêtée par l'emploi de l'atropine, comme l'ont cru à tort les docteurs Voinovith, Netchaïew et Panow, ni par la morphine, ni par le nitrate d'argent, ni par les lavages de l'estomac faits avec une solution de 1 à 2 ‰, comme le conseillait Reichmann.

3^o Prévenir et combattre les complications.

La médication alcaline intensive peut certainement prévenir les gastrorrhagies, l'ulcère de l'estomac, le catarrhe gastrique, capables de devenir à la longue des complications de la maladie de Reichmann, et c'est en produisant ce catarrhe gastrique que l'hyperchlorhydrie peut aboutir à l'hypochlorhydrie, fait qui semble paradoxal au premier abord. C'est ainsi que les malades partent de l'hyperchlorhydrie pour arriver, à la faveur de diverses complications, à l'hypochlorhydrie.

J'ajoute que cette médication peut encore prévenir la production d'une dilatation gastrique, une des complications les plus fré-

quantés et les plus graves de la maladie. C'est pour l'éviter qu'il faut pratiquer de bonne heure des lavages de l'estomac avec une forte solution alcaline, et prescrire l'alimentation dont j'ai parlé, qui a pour but et pour résultat d'empêcher l'accumulation et la rétention de la masse alimentaire dans l'estomac.

La médication alcaline intensive a encore pour but de prévenir cette ectasie, s'il est vrai, comme le pense Riogel, que l'hyperacidité gastrique provoque un état spasmodique de l'orifice pylorique. Le régime alimentaire indiqué plus haut obéit à la même indication, et le régime végétarien, recommandé par quelques auteurs, aurait pour résultat de favoriser la tendance à la dilatation gastrique, puisque les hyperchlorhydriques digèrent rapidement la viande, et très lentement ou incomplètement les amylacés et les légumes.

Enfin, il n'y a pas d'avantage à instituer d'autre classification des dyspepsies que celle-ci, parce qu'elle indique clairement les indications thérapeutiques à remplir.

1° Dyspepsies par troubles de la sécrétion gastrique: *a*) en excès (hyperchlorhydrie); *b*) par défaut (hypochlorhydrie, anachlorhydrie).

2° Dyspepsies par troubles de la motilité gastrique: *a*) en excès (gastralgie spasmodique); *b*) par défaut (dilatation primitive ou secondaire de l'estomac).

Les neurasthénies locales.—La neurasthénie, décrite d'abord par Bouehut sous le nom de nervosisme, puis sous son nom actuel par Beard et Weir Mitchell, n'est pas toujours, d'après M. HUCHARD, une affection nerveuse à manifestations multiples et générales. Elle peut se traduire pendant un temps plus ou moins long par un seul accident périphérique ou viscéral.

La neurasthénie locale périphérique prend surtout la forme douloureuse. Ce sont des douleurs incessantes, variables, vagues et indéterminées par leur siège, comme par leur nature; ce sont, par exemple, des sensations de brûlure, de cuisson ou d'hyperesthésie. Elles ne sont jamais augmentées par la pression et ne suivent pas le trajet des nerfs. Elles sont constituées par des plaques douloureuses, et le nom de topoalgie que Blocq leur a attribué les caractérise parfaitement. Elles peuvent siéger au niveau des soins, à la région lombaire, à la partie antérieure de la cuisse, à l'épigastre, etc., peuvent ainsi faire croire aux malades qu'ils ont une lésion viscérale ou profonde. Elles ne s'accompagnent pas d'hyperesthésie cutanée, ni d'aucun des stigmates de l'hystérie. Elles sont souvent très tenaces.

Comme exemples de neurasthénies locales viscérales, M. Huchard signale surtout celles qui siègent à l'estomac et au cœur.

La dyspepsie nerveuse de Leube serait un type de neurasthénie gastrique; cependant on observe parfois, en même temps que l'a-

tonie mu-culaire de l'organe, des troubles sécrétoires : hyperchlorhydrie. La caractéristique de la neurasthénie gastrique serait, d'après Bouverot, la diminution de la force contractile de l'estomac; six heures après le repas il contient encore des aliments. C'est également une forme très tenace, rebelle aux médicaments qui ne visent que l'état gastrique, et qui nécessite un traitement général.

La neurasthénie cardiaque a été parfaitement étudiée par Bouchut qui signalait, dès 1860, les troubles vaso-moteurs décrits plus tard par Beard. La névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber n'est que de la neurasthénie cardiaque. Huchard, en 1883, a mentionné l'instabilité de la tension artérielle dans la neurasthénie, confirmée par Angol. Il a décrit également la pseudo-angine de poitrine neurasthénique dont Landouzy a fait une excellente étude. Bouverot a signalé la tachycardie permanente dans la neurasthénie. Enfin, récemment, Huchard a appelé l'attention sur l'arythmie angoissante qui peut être paroxysmique ou permanente.

Tout à coup, au milieu de la santé, survient une arythmie désordonnée, avec pulsations fortes, faibles et inégales, s'accompagnant toujours d'une sensation angoissante sans véritable angine de la poitrine. L'accès est d'une durée variable; quelques heures, quelques jours, quelques semaines. Si l'arythmie n'est pas permanente, la terminaison se fait assez brusquement par la régularisation des battements cardiaques. Puis un nouvel accès peut survenir à nouveau sans cause apparente.

Mais quelle preuve qu'il s'agisse de neurasthénie? D'abord, la neurasthénie, primitivement locale, peut se généraliser tôt ou tard. En outre, à côté de ces manifestations locales, on retrouve les stigmates de la neurasthénie. Les plus constants, d'après Huchard, sont l'asthénie neuro-musculaire, la miopragie ou diminution d'aptitude fonctionnelle des organes et surtout de l'état cérébral des sujets. Ces malades sont, en effet, des sensitifs, en état de faiblesse irritable, capables d'efforts intenses, mais peu durables, incapables d'avoir une volonté suivie, incapables d'une attention prolongée. Ce sont des pessimistes, mais qui cherchent à être rassurés, ce qui les distingue des hypochondriaques. Ce sont des sujets qui écrivent beaucoup à leur médecin, ce sont les malades "aux petits papiers" suivant l'expression de Charcot.—*Arch. générales de médecine.*

L'albuminurie par excès d'acide urique ou par oxalurie, et son traitement.—Les recherches de M. le Dr J. M. DaCosta, ci-devant professeur au *Jefferson Medical College* de Philadelphie, lui ont démontré l'existence d'un genre particulier d'albuminurie pouvant simuler le mal de Bright, mais en différant par certains symptômes caractéristiques. Cette albuminurie paraît

être une conséquence directe de l'irritation des reins par l'élimination d'acide urique en excès ou d'oxalates. En tout cas, elle coexiste soit avec un dépôt abondant d'acide urique dans les urines, soit avec l'oxalurie, soit, enfin, avec ces deux troubles de la sécrétion urinaire à la fois. Ce genre d'albuminurie serait assez fréquent et s'observerait chez les individus de tout âge, excepté les enfants et les vieillards, mais plus particulièrement chez les adolescents, ce qui fait supposer à M. DaCosta que l'albuminurie dite des adolescents ou de croissance ne serait souvent autre chose que l'affection qu'il décrit. Enfin, l'albuminurie par excès d'acide urique ou par oxalurie s'observerait presque exclusivement chez l'homme; elle serait très rare chez la femme.

Les malades qui sont atteints de cette albuminurie présentent généralement des troubles digestifs et surtout des troubles circulatoires et nerveux.

Les troubles de la circulation se manifestent par des irrégularités du pouls qui est tantôt rapide, tantôt lent ou intermittent. En outre, les malades se plaignent souvent d'avoir les extrémités froides. On ne trouve jamais d'altérations cardiaques ou rétinienne caractéristiques de la néphrite interstitielle, ni d'œdèmes.

Un autre symptôme assez fréquent consiste en de légers accès de fièvre, survenant le plus souvent dans le courant de l'après-midi.

Quant aux troubles nerveux, ils sont habituellement assez accusés. Les malades sont irritables, mélancoliques, hypocondriaques. Ils souffrent de céphalalgies, de vertiges, d'insomnie, et accusent une fatigue excessive après le moindre effort physique ou intellectuel.

À la longue, on peut souvent constater un certain degré d'amaigrissement.

Les urines présentent toujours un poids spécifique élevé (de 1022 à 1028, parfois jusqu'à 1036). Elles contiennent de l'acide urique en abondance, ou bien des cristaux d'oxalate, de chaux, avec ou sans cristaux d'acide urique. La quantité de l'urée et des chlorures est aussi augmentée. Enfin, on constate dans ces urines, à côté de la mucine, la présence non douteuse d'albamine et de cylindres hyalins et épithéliaux. L'albamine est toujours en petite quantité; parfois elle disparaît temporairement, mais les cylindres urinaires persistent.

Le diagnostic différentiel de cette albuminurie d'avec le mal de Bright, d'une part, et, d'autre part, d'avec l'albuminurie alimentaire ou par surmenage physique est, en général, facile. Seuls, certains cas de néphrite interstitielle au début (où les altérations cardiaques et rétinienne ne se sont pas encore développées et dans lesquels l'albuminurie est souvent insignifiante et intermittente) pourraient prêter à l'équivoque. Mais, ici aussi, l'examen des urines peut lever tous les doutes. En effet, dans la néphrite

interstitielle, le poids spécifique de l'urine et sa teneur en substances solides sont diminués, tandis qu'ils sont, au contraire, augmentés dans la variété d'albuminurie décrite par M. DaCosta.

Ainsi que l'ont montré les observations du professeur de Philadelphie, l'albuminurie due à un excès d'acide urique ou à l'oxalurie guérit toujours sous l'influence d'un traitement approprié. Son pronostic est donc favorable, bien que l'affection puisse durer longtemps, pendant des années, et récidiver plusieurs fois.

Dans le traitement de cette variété d'albuminurie, le régime alimentaire et les mesures hygiéniques jouent le rôle principal. Pour diminuer l'irritation, la congestion des reins, pour alléger autant que possible leur travail, on interdixit au malade l'usage des viandes noires et des boissons alcooliques (surtout de la bière) et on lui prescrivit un régime dans lequel figurèrent principalement les végétaux et le lait. Toutefois, une diète lactée exclusive, si indispensable dans le mal de Bright, n'est pas nécessaire ici. Le malade pourra boire assez abondamment. Comme boisson, on lui recommandera les eaux alcalines. Un exercice modéré à l'air libre, quelques bains tièdes suivis de frictions seront utiles.

Les bains froids, les douches, les bains de mer doivent être évités, d'après M. DaCosta; mais le simple séjour au bord de la mer exercerait souvent une influence très favorable.

Le traitement médicamenteux se réduit généralement à l'usage des laxatifs légers (phosphate de soude, crème de tartre) et des préparations ferrugineuses. Contre les troubles circulatoires, on pourra employer la digitale et la strychnine; enfin, dans les cas d'oxalurie, l'administration d'un mélange d'acide azotique et d'acide chlorhydrique (traitement préconisé par Haig) pourra rendre des services.—*Revue de thérapeutique méd. chirurg.*

De l'asthme, pathogénie et traitement, par M. RUEL, in *Presse médicale belge*.—En 1882, Curschmann décrivit dans l'expectoration des asthmatiques des spirales qu'il croyait être une simple condensation du mucus déversé dans les bronches. M. RUEL étudia les mêmes spirales sur la cornée transparente de l'œil, et trouva qu'elles sont, non pas une condensation de mucus déversé préalablement à la surface de l'œil, mais des excroissances de l'épithélium cornéen. Selon toutes les apparences, les spirales des asthmatiques sont donc aussi des excroissances de l'épithélium bronchique. Ainsi s'expliquent parfaitement les accès d'asthme, comme conséquence de poussées successives de ces spirales à la surface de l'épithélium bronchique. S'appuyant sur une expérience acquise en ophthalmologie, M. Ruel recommande d'administrer aux asthmatiques (asthme bronchique) le chlorure d'ammonium, qui, du reste, a donné d'excellents résultats dans quelques cas d'asthme bronchique.

CHIRURGIE.

Traitement des hémorroïdes, par M. OZENNE. — Au point de vue du traitement, il faut distinguer les hémorroïdes symptomatiques ou passives et les hémorroïdes idiopathiques ou actives.

Dans le cas d'hémorroïdes symptomatiques, c'est surtout à la cause qu'il faudra s'adresser, et lorsque cette cause sera au dessus de nos ressources, on devra se contenter d'un traitement palliatif.

En ce qui concerne les hémorroïdes actives, il n'est pas un médecin qui se refuse à les traiter sous prétexte que, comme le pensaient nos devanciers, elles seraient des émonctoires salutaires.

Ce traitement variera suivant la variété d'hémorroïde à laquelle on aura affaire.

Les hémorroïdes non procidentes, non douloureuses, et qui, au moment des garde-robes, ne donnent lieu qu'à un suintement de sang peu abondant, ne réclament que des soins médicaux et un régime propre à faire disparaître l'écoulement sanguin. On combat la constipation habituelle qui favorise la stase veineuse et la rupture des veines par l'emploi des purgatifs doux et des lavements froids.

Comme agents laxatifs, on conseille avec avantage les eaux minérales magnésiennes et sodiques (Carabana, Hunyadi-Janos, les magnésies granulées, le carbonate de magnésie à la dose de deux ou trois cuillerées à café tous les deux ou trois jours, la rhubarbe (0,50 gr. par jour), les pilules de cascara sagrada. De tout temps on a encore préconisé l'huile de ricin, et l'on a proscrit l'aloès; ce n'est pas l'avis de plusieurs médecins pour lesquels la première de ces substances a une action irritante sur la muqueuse rectale, tandis que l'aloès, d'après Fordyce Barker, en particulier, aurait une action salutaire.

Quel que soit le laxatif employé, son usage doit être réglé de telle façon que le malade cesse d'être constipé, sans devenir diarrhéique, et ce laxatif agira avec d'autant plus de sûreté que l'on prendra l'habitude de se présenter chaque jour à la garde-robe, à heure fixe, quelque temps après son administration.

Matin et soir, il est nécessaire de faire des lotions froides sur la région anale et de prendre des lavements froids ou glacés, que l'on additionne d'une substance astringente (alun, ratanhia, etc.) ou tout simplement d'acide borique. Certaines préparations martiales (le persulfate de fer), employées sous forme de pommade, de suppositoires ou en poudre, agiraient également avec efficacité.

Quant aux médicaments internes, quelques-uns, jouissant d'une propriété décongestive, sont recommandés : tels sont l'hamamelis virginica (en décoction, en teinture : 2 à 5 gr., en extrait sec : 0,05 à 0,15 gr.), le capsicum (extrait 0,50 à 1 gr. en pilule), et l'ergotine ; mais l'action de cette dernière est tellement infidèle qu'il y a peu à compter sur elle.

Comme adjuvant de cette médication, il est important que l'on observe le plus rigoureusement possible les règles hygiéniques suivantes : manger modérément, en choisissant de préférence les viandes blanches, les légumes frais, les fruits cuits, le beurre, le lait, le raisin, et en écartant les gibiers faisandés, les fromages putréfiés et les légumes secs, qui ont la propriété de donner naissance, dans l'intestin, à un développement de gaz abondant ; s'abstenir de liqueurs alcooliques, éviter la station assise trop longtemps prolongée et faire le plus possible d'exercice en plein air.

Pour les hémorroïdes procidentes, facilement réductibles, il convient d'appliquer les principes thérapeutiques que nous venons d'indiquer. En prenant régulièrement de telles précautions et en évitant toute intempérance, on a des chances de ne pas voir les bourrelets procidents augmenter de volume et devenir irréductibles. Pour en faciliter la réduction après chaque défécation, B. Cooper a recommandé de provoquer la garde-robe particulièrement le soir ; d'après cet auteur, le repos au lit permettrait au rectum de reprendre plus aisément sa place, si un léger taxis, fait par le malade avec une éponge imbibée d'eau froide, n'a pas déjà atteint ce résultat.

Lorsque les hémorroïdes procidentes sont lentement et difficilement réductibles, qu'elles saignent et sont le siège de quelques douleurs, le premier soin du malade est de chercher à les faire rentrer. En cas d'échec, le médecin procédera à un taxis modéré et méthodique exécuté de la manière suivante : le malade étant couché sur le côté, le siège élevé à l'aide de coussins, on introduit la pulpe de l'index de la main gauche dans l'anus, et de la main droite on refoule lentement la masse herniée vers le rectum, dans lequel l'index gauche sert de guide pour les manœuvres de réduction. En pareil cas, de même que l'on doit s'abstenir de tout taxis forcé, de même l'on doit proscrire les incisions et les applications de sangsues comme moyens préventifs au taxis ; ce sont là des moyens dangereux dont on ne saurait trop blâmer l'emploi. La réduction obtenue, il est nécessaire que l'on mette en œuvre, dans l'avenir, les mesures thérapeutiques et hygiéniques dont nous venons de parler.

Lorsque ces hémorroïdes sont compliquées d'hémorragies ou d'étranglement inflammatoire, ou a préconisé divers moyens et diverses opérations contre ces accidents.

Lorsque l'hémorragie est abondante, on institue la médication

froide et glacée (lotions, lavements, vessie de glace), et si l'on n'arrive pas de la sorte à s'en rendre maître, on a recours au tamponnement du rectum à l'aide de bourdonnets de coton saupoudrés d'iodoforme ou de gaze iodoformée. L'écoulement peut ainsi être arrêté, mais il est bon d'être prévenu que quelquefois le sang continue de s'accumuler dans l'intestin. Il faut donc surveiller le malade pour parer aux dangers possibles de l'hémorragie interne.

Dans un cas où l'hémorrhagie était particulièrement inquiétante, Landowski a obtenu un succès par le moyen suivant: le malade fut mis dans un bain à 35°, porté ensuite à 45° pendant un quart d'heure, l'anus maintenu béant au moyen d'un spéculum olivaire à claire-voie. Non seulement, dit l'auteur, l'hémorrhagie s'arrêta, mais encore les hémorroïdes se flétrirent et disparurent, et, six mois après, il n'y avait pas eu de récurrence.

Malgré les plus minutieuses précautions dans les soins de chaque jour, il est fréquent de voir les hémorroïdes proclitantes devenir plus turgescentes et des accidents d'inflammation et d'étranglement éclater. Dans ces circonstances il faut, en général, peu compter sur le froid, dont on ne doit, d'ailleurs, user qu'avec une grande réserve, sous peine de faire courir les chances d'une gangrène totale ou partielle.

Mieux vaut recourir au traitement par la chaleur (grands bains, lotions, applications d'éponges) et aux solutions narcotiques. Les pulvérisations phéniquées chaudes, la bouilloire tenue rapprochée à 25 ou 30 centimètres des tumeurs, agissent souvent très rapidement en décongestionnant les tissus, en annihilant l'élément spasmodique, et, par suite, en faisant disparaître les douleurs.

D'après le docteur J. Brindley (de Londres) tous les symptômes morbides céderaient complètement à des applications de calomel sur les parties malades.

Le docteur Preissmann (d'Odessa) emploie la méthode suivante: avec une solution iodo-iodurée de glycérine il imbibe de petits tampons de coton, qu'il applique sur les hémorroïdes en ayant soin de les renouveler toutes les trois ou quatre heures. Ces applications sont un peu douloureuses au début; aussi convient-il, si le sujet est très sensible ou si les hémorroïdes sont enflammées, de commencer par une solution faible (glycérine, 35 gr.; iode, 0,20 gr.; KI, 2 gr.) pour arriver graduellement à une solution plus forte (glycérine, 35 gr.; iode, 1 gr.; KI, 5 gr.). Les résultats seraient des plus encourageants.

Parmi les autres moyens locaux, agissant comme calmants, on a principalement recommandé les pommades et les suppositoires suivants:

Pommades.

Cold cream	15,00	gr
Tannin.....	2,00	"
Extrait thébaïque.....	0,25	"

Beurre de cacao.....	10,00	gr.
Eau d'amandes.....	7,50	"
Extrait d'hamamelis	0,20	"
Onguent populeum.....	30,00	"
Cérat saturné.....	10,00	"
Antipyrine	3,00	"
Extrait de belladone.....	} ââ 1,00	"
Extrait thébaïque.....		
Vaseline.....	30,00	"
Tannin.....	1,50	"
Chlorhydrate de cocaïne.....	1,20	"
Sulfate de morphine.....	0,30	"
Sulfate d'atropine.....	0,25	"

Suppositoires.

Beurre de cacao.....	2,00	"
Onguent populeum.....	1,00	"
Extrait de jusquiame.....	} ââ 0,15	"
Extrait de ciguë.. ..		

Pour 1 suppositoire.

Beurre de cacao.....	4,00	"
Chlorhydrate de morphine	0 02	"
Iodoforme.....	0,05	"
Extrait de ratanhia.....	0,50	"

Pour 1 suppositoire

Chrysarobine.....	0,06	"
Iodoforme	0,015	"
Extrait de belladone.....	0,007	"
Beurre de cacao	2,00	"

Pour 1 suppositoire

Quels que soient les résultats heureux fournis par le traitement médical, il ne doit être préconisé que dans les cas où les phénomènes morbides n'apportent qu'un trouble, pour ainsi dire insignifiant dans l'économie, et lorsque, en présence d'accidents plus accusés, les malades s'opposent à toute intervention plus efficace.

Si, au contraire, l'on est appelé auprès d'hémorroïdaires atteints des différentes complications que nous avons exposées, il est indiqué de tenter tout d'abord une dilatation forcée, quand l'on a reconnu que la contracture du sphincter est en jeu.

Lorsque cette dilatation n'est pas parvenue à conjurer tous les accidents, l'emploi de la cautérisation et de la ligature peut rendre de très grands services; mais comme les bienfaits de ces opérations ne sont pas toujours persistants et comme les récidives survien-

ment parfois, il paraît légitime à beaucoup de chirurgiens de leur préférer le procédé qui a le plus de chances d'approcher de la cure radicale, c'est-à-dire l'extirpation sanglante suivie de réunion et pratiquée sous le couvert de l'antisepsie.— *Bulletin médical.*

Influence de l'asepsie et de l'antisepsie sur la prophylaxie de la fièvre uréthrale, par John P. Bryson, in *Journal of Cutaneous and Genito Urinary Diseases*.—L'auteur fait tout d'abord remarquer que, de 1876 à 1886, dans sa pratique opératoire, la fièvre accompagnait à peu près toute intervention sur l'urèthre, que de 1886 à 1888, une diminution considérable dans les cas de fièvre post-opératoire se produisit, et qu'enfin, pendant les trois dernières années, la fièvre a été une rareté après les uréthrotomies, etc... Il attribue cet heureux effet à l'extrême propreté des mains et des instruments et à l'emploi nouveau des antiseptiques à l'intérieur, s'éliminant par les reins, tels que l'acide salicylique, l'acide borique et l'acide benzoïque ; les urines deviennent ainsi parfaitement aseptiques.

Voici maintenant le but que se propose l'auteur quand il s'agit d'une intervention opératoire sur l'urèthre.

1o Quand il est possible, on administre par la bouche, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, avant de faire quelque manœuvre que ce soit qui puisse exciter la fièvre uréthrale, quelque'un des antiseptiques urinaires. Je n'attache pas une importance très grande à cette administration ; le plus qu'on peut en obtenir est une diminution de la pyurie dans certains états cystiques ou uréthraux. On ne peut trop compter sur ces antiseptiques pour produire une grande amélioration dans la fièvre. Ils agissent beaucoup plus activement, au contraire, dans la désinfection des parties supérieures et moyennes des voies urinaires que sur l'urèthre proprement dit, puisque ces substances, d'ailleurs en faible solution, restent plus longtemps en contact avec ces muqueuses. L'acide borique (proposé dans ce but par le Dr E. R. Palmer le premier) me semble beaucoup plus effectif que les benzoates et les salicylates. Le salol, chaudement préconisé par White et d'autres auteurs, n'a donné aucun résultat entre mes mains ;

2o Tous les instruments sont rendus aseptiques par l'ébullition dans une solution sodique ;

3o La glycérine boratée est seule employée comme lubrifiant. Toutes les graisses, huiles et même la vaseline, beaucoup plus communément employée, sont rigoureusement repoussées. Les raisons en sont simples. Grâce à son affinité pour l'eau, la glycérine peut être aisément et complètement nettoyée et enlevée des surfaces plus ou moins inégales ou rugueuses de tous les instruments. Elle reste propre et doit être conservée dans un vase bien clos ; autrement elle devient rapidement trop aqueuse

pour un lubrifiant par suite de l'absorption de l'humidité de l'air. C'est un liquide clair qui devient louche quand il s'infecte, ce qui permet de le mettre alors de côté. Quand la glycérine est mise au contact de la muqueuse uréthrale, son affinité pour l'eau détermine un suintement abondant de liquide qui se répand jusque dans la profondeur du canal; en même temps l'absorption se fait. L'acide borique empêche la décomposition des sécrétions produites. D'autre part, il est pratiquement impossible de garder propre la vaseline et les substances analogues quand elles sont mêlées au sang; il est difficile d'en débarrasser les instruments même avec de l'eau chaude et du savon; elles se dessèchent dans la rainure de l'uréthrotome ou dans le cul-de-sac situé derrière l'œil de la sonde, prennent une consistance, et deviennent alors presque impossibles à enlever;

4o Avant toute instrumentation, le prépuce est rétracté, on le lave avec soin, ainsi que le gland, avec la solution acide borosalicyclique de Tiersch.

5o Un injecteur ordinaire en caoutchouc est rempli de la même solution; on en introduit la canule dans le méat; puis, en pressant et relâchant alternativement la poire entre le pouce et l'index, on permet ainsi à l'urèthre antérieur de se remplir et de se vider plusieurs fois;

6o Puis on comprime fermement le méat tout autour de la canule et on cherche à laver l'urèthre postérieur en remplissant outre mesure l'urèthre antérieur et en augmentant la pression jusqu'à surmonter la résistance. Si on échoue, on insère profondément dans la poire de caoutchouc la seringue à pointe de Ultzmann et on lave largement l'urèthre postérieur à l'aide d'un jet récurrent, le liquide pénétrant alors jusque dans la vessie.

L'auteur fait ensuite une distinction entre la fièvre uréthrale et la fièvre urinaire. Il rappelle la classification suivante des troubles généraux qui peuvent suivre l'introduction de quelque instrument dans l'urèthre de l'homme, établie par le Dr P. Thorndike:

1o Cas de " choc uréthral";

2o Cas de " fièvre urinaire aiguë," déterminée probablement par l'absorption des produits toxiques de l'urine; ces accès aigus se reproduisent sans cause connue, sans autre intervention chirurgicale;

3o Cas de " fièvre urinaire chronique," survenant après un cathétérisme dans les cas où, depuis un long temps, il existait auparavant une obstruction de quelque nature que ce soit;

4o Cas " d'infections septiques " dues à un instrument mal-propre. Il peut n'y avoir qu'une simple cystite; ou se produire une infection ascendante jusqu'aux reins; ou se déterminer une infection générale sous la forme de septicémie ou de pyémie.

L'auteur fait remarquer que cette classification élimine immé-

diatement une cause de confusion, c'est-à-dire l'influence de l'élément nerveux comme producteur de la fièvre ; on assiste, en effet, journellement à des cas de choc sans fièvre. Mais elle attribue les troubles généraux, en ce qui concerne les seconde, troisième et quatrième classes, à une cause unique, l'infection septique.

M Bryson pense qu'on peut encore simplifier cette classification et donner à la seconde forme le nom "d'urétrale", au lieu de "fièvre urinaire aiguë", réservant le nom de fièvre urinaire à la troisième forme, qu'elle soit aiguë ou chronique. En effet, les catégories de fièvre urétrale et de fièvre urinaire diffèrent cliniquement les unes des autres pour les raisons suivantes :

1o On peut voir un calcul rénal enchâssé dans le rein, ou le bassin, éroder l'épithélium en créant des voies d'absorption ; plus tard, en cheminant vers la vessie par des voies étroites, il les déchire ; il peut enfin, par suite des douleurs de colique néphrétique, déterminer un choc. Cependant, dans ces cas, on ne trouve point le frisson, la fièvre, les sueurs, la rapide défervescence constatées dans ce que nous voulons appeler la fièvre urétrale.

2o Le calcul tombe dans la vessie et tous les symptômes rénaux ou urétriques cessent. Il se fait un flux libre d'urines purulentes et sanglantes. Le calcul ne s'engage pas dans l'urètre, mais reste dans la vessie en déterminant une cystite calculuse et tous ses accidents ; et bien, dans ces conditions, la fièvre urétrale ne se déclare pas ;

3o Mais plus tard, il devient nécessaire de passer un instrument. On passe une sonde creuse, on découvre la pierre, on vide la vessie et on la lave au besoin. Puis on laisse le malade qui, fatigué, s'endort. Mais il en est tiré, avant que la moindre goutte d'urine soit venue au contact de l'urètre, par un frisson violent, une fièvre intense, des sueurs, enfin une défervescence rapide, tous symptômes caractéristiques d'une fièvre urétrale nette et facilement reconnaissable. L'instrumentation est nécessaire pour le déterminer ;

4o L'écoulement de l'urine par une sonde à demeure ou par une voie différente de l'urètre n'empêche point l'instrumentation par l'urètre de produire la fièvre urétrale ;

5o Dans aucun des cas de fièvre urétrale observés par l'auteur l'urètre n'était parfaitement sain ; il préexistait toujours une subinflammation quelconque de l'urètre (urétrite subaiguë ou chronique, rétrécissement plus ou moins accusé, irritation par cathétérismes trop répétés, chez les vieux prostatiques, par exemple) ;

6o Dans 21 cas de cystotomie sus-pubienne pratiquée par l'auteur, il n'y eut point de fièvre urétrale bien qu'une urine sanglante et purulente fut restée longtemps en contact avec les plaies de l'incision. Chez deux malades, la fièvre urétrale s'était antérieurement produite à la suite de sondages.

70 Dans la chirurgie du rein, on voit les urines sanglantes et purulentes baigner pendant un long temps la plaie rénale sans qu'il se produise de fièvre uréthrale ;

80 Dans les ruptures intra-péritonéales de la vessie, avec péritonites dues à l'urine purulente ; dans les ruptures extra-péritonéales, etc..., avec infiltration d'urine, on ne voit point de pareils accidents.

Il semble donc évident que le champ de la fièvre uréthrale, considérée à part des autres troubles généraux consécutifs à une action mécanique sur les voies et organes urinaires, doit être exactement limité à l'urèthre ; et il faut que ce soit l'urèthre lui-même qui soit atteint pour que cette fièvre se produise.

Suivent des objections contre les théories de Bouchard et Charrin explicatives de cette fièvre ; contre celle de R. Harrison dans le même sens. L'auteur, de plus, fait remarquer que la fièvre uréthrale est très rare chez les femmes et les jeunes enfants, parce que la brièveté du canal rend les lésions de ce dernier beaucoup moins importantes.

En s'appuyant sur les phénomènes cliniques seuls, en attendant que les expériences de laboratoire, instituées sur ce sujet aient abouti à un résultat probant, M. Bryson arrive aux conclusions suivantes :

10 La fièvre uréthrale peut être cliniquement distinguée des autres formes de troubles généraux, consécutifs aux actes opératoires sur les voies urino-génitales, ou accompagnant les affections de ce même système ;

20 L'agent déterminant est une toxine ;

30 L'agent pathogénique est produit par la muqueuse de l'urèthre et dans l'intérieur de ce canal ;

40 Les phénomènes nerveux et circulatoires qui constituent le choc peuvent déterminer l'éclat de la fièvre uréthrale ; ils ne produisent point la maladie par eux-mêmes ;

50 On peut rejeter l'action de l'urine comme facteur essentiel ;

60 Le champ anatomo-étiologique de l'accident est l'urèthre ;

70 La prophylaxie la plus efficace est cette espèce d'asepsie et d'antisepsie uréthrale qui nettoiera le canal de ses sécrétions et qui enlèvera ou rendra inoffensifs les produits des sécrétions uréthrales avant que toute tentative opératoire sur l'urèthre ait eu lieu.

—A propos du congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles.—Entendu sur un tramway, entre deux bons Belges :

Le 1er.—Tiens Auvard, est-ce qu'Auvariotomie viendrait de son nom !!!

Le 2e.—*Savez-vous* comment les congressistes s'appellent entre eux ?

Les travailleurs de la mère !

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Rapports sur les suppurations pelviennes, par le Dr Paul SEGOND, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. (1)— Dira-t-on maintenant que nos arguments ne valent même plus qu'on s'y attarde, que la cause est entendue et notre procès perdu ? Ceux qui le pensent ou désirent le faire croire s'abusent étrangement, et pour qui douterait encore, j'espère que les documents bibliographiques dont mon rapport ne manquera pas de faire mention seront enfin des arguments décisifs. En fait, on peut dire qu'à l'heure actuelle tous les chirurgiens qui ont bien voulu consentir à mettre eux-mêmes l'hystérectomie à l'épreuve, acceptant résolument la netteté de ses indications, d'une part, dans les *récidives de suppuration pelvienne après laparatomie*, et d'autre part dans les *pelvipéritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues et poches purulentes multiples*. A cet égard, pas de contestation possible, et ceux-là mêmes dont les préférences pour la laparatomie sont le moins déguisées en conviennent. J'en veux pour témoignage la conclusion générale d'un très bon article publié il y a quelque mois par S. Bonnet. L'hystérectomie, dit-il, " sera la ressource suprême contre les cas complexes, heureusement rares, de *pyosalpinx*, ou d'*ocaro-salpingites compliqués de pachy pelvi-péritonite, de suppuration secondaire du tissu cellulaire avec ou sans fistules*. Elle sera aussi l'opération de choix après échec ou insuffisance de la laparatomie. Limitée à ces indications, à côté, mais non à la place de la laparatomie, elle échappera à tous les reproches qu'elle a pu encourir et rendra d'incontestables services."

Nous voici bien loin des affirmations pessimistes dont j'ai parlé, et l'hystérectomie dût-elle se contenter dans l'avenir de ces premières et capitales conquêtes, que nous aurions encore la conscience d'avoir combattu le très bon combat. Mais on sait que notre ambition est plus grande. Dans les cas précités, la valeur de l'hystérectomie est pour nous trop évidente pour exiger de nouvelles preuves, et ce que nous aurions à cœur de montrer c'est que la supériorité de l'hystérectomie se retrouve avec autant de netteté dans le traitement des poches purulentes enclavées. Bref nous voudrions voir triompher la formule que j'ai proposée à la Société de chirurgie en disant que *l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparatomie avec ablation bilatérale des annexes*.

(1) Suite et fin.— Voir la livraison de mars.

Les trois considérations sur lesquelles nous basons notre manière de voir sont, la *gravité moindre*, l'*efficacité supérieure* et l'*absence de cicatrice*. Les chirurgiens, qui ne veulent pas de l'opération de Péan, ripostent, je ne l'ignore pas, avec des *arguments contradictoires* dont plusieurs ont une sérieuse valeur. Mais, pour des raisons précises dont je m'efforçai d'établir toute la validité, nos *préférences* pour l'hystérectomie n'en demeurent pas moins formelles. Pour ma part, mes convictions sont chaque jour plus positives. Il est faux que j'aie tenté jamais le moindre changement de front, ainsi qu'on a voulu l'insinuer dans un article très spirituel peut-être, mais parfaitement inexact au double point de vue des interprétations et des citations.

Bref, je suis plus que jamais certain que l'opération de Péan est supérieure à celle de Lawson Tait dans les conditions que j'ai spécifiées. C'est qu'en effet, pour appuyer mes conclusions, je n'ai plus seulement les 23 faits de ma première communication, et ce que Pozzi baptisait jadis mon "vain appel à l'avenir, sans valeur pour le présent." Je possède maintenant plus de 92 observations personnelles; elle ne m'ont donné que 8 morts, et j'ai le ferme espoir qu'avec l'aide de ces documents il me sera possible de réfuter, mieux que je n'ai pu le faire lors de la première discussion, les objections qui nous ont été faites aussi bien sur le *pronostic immédiat* et le *pronostic d'avenir* que sur les *difficultés* ou les *dangers* de l'opération.

La tâche me sera d'autant plus facile que parmi ces objections, il en est plus d'une dont la valeur est purement théorique. Tout ce qu'on a dit par exemple sur l'*impossibilité d'y voir*, sur l'*encombrement par les pinces*, sur l'*infidélité de l'hémostase*, sur la fréquence des *complications opératoires*, ou bien encore sur le *caractère incomplet de l'intervention*, est loin d'être exact. Sans doute l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses *écueils*, ses *dangers*, ses *imperfections*, ses *difficultés* ou même ses *impossibilités*; mais, considération bien significative, celles-ci comme ceux-là s'observent en des conditions qui sont à peu près les mêmes pour les deux opérations. Nous prétendons en outre que, dans le traitement des suppurations pelviennes, l'hystérectomie réalise mieux que toute autre intervention les conditions d'une *guérison durable*, aussi bien quand elle est complète que dans les conditions inverse-.

Quand la nature des lésions permet l'*ablation totale* de l'utérus et des annexes, ce qui est infiniment plus fréquent qu'on ne semble le croire, le fait est trop clair. Lorsque l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la *supériorité thérapeutique* du résultat opératoire est moins évidente, mais elle *n'existe pas moins*. Et, qu'on ne note bien, nos convictions à cet égard ne sont plus seulement théoriques. Lorsque nous affirmons qu'on peut, après l'hystérectomie, compter sur l'*atrophie* et la *transformation cicatricielle des parties respectées* sans qu'il reste nulle part, sauf excep-

tion très rare, une épine quelconque susceptible de réveiller les lésions, nous en avons maintenant des preuves cliniques indéniables. Nous pensons même que cette mort anatomique et physiologique des annexes, une fois l'utérus enlevé, est plus certaine que ne peut l'être celle de l'utérus après ablation des annexes, et c'est précisément pourquoi nous estimons qu'il est, d'une manière générale, plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes sans l'utérus. D'autant que, pour ma part, j'ai peu à peu acquis la conviction que là où l'ablation complète des annexes est impossible ou dangereuse par la voie vaginale, il y a bien des chances pour qu'il en soit à peu près de même par la voie sus-pubienne. On sait du reste que, dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, on respecte de parti pris les adhérences qui sont d'habitude la cause de ces impossibilités opératoires, et, qu'on le veuille ou non, on est bien contraint de reconnaître que de ce chef l'hystérectomie se trouve exonérée de l'un des plus réels écueils de la laparotomie.

La conclusion s'impose donc, et pour nous il est démontré qu'au point de vue de la sécurité comme à celui des ressources opératoires, l'hystérectomie ne le cède en rien à la laparotomie. Tout opérateur expérimenté qui voudra bien s'exercer au vrai manuel de l'opération en conviendra très vite; et, bien entendu, je parle uniquement ici de l'hystérectomie par morcellement, de Péan, laquelle est, on le sait, caractérisée par la combinaison variable de deux manœuvres fondamentales : le morcellement par résections transversales successives des deux valves utérines obtenues par section transversale de l'organe après solide hémostase préventive, et le morcellement par évidement central sans hémostase préalable de la zone utérine correspondante. Je suis en effet persuadé que ces deux manœuvres peuvent triompher pour le mieux de toutes les difficultés, sans qu'il soit avantageux de leur substituer la section médiane de Müller que Quénu et Rouvier voudraient remettre en faveur, ou de les faciliter par les débridements vulvaires que Chaput vient de conseiller.

La section médiane de Quénu est à la vérité très commode quand elle est possible, mais le morcellement par évidement central lui est toujours supérieur. Quant aux débridements vulvaires, ils donnent sans doute du jour, mais on peut très bien s'en passer quand on fait du vrai morcellement. Dans ces conditions, j'estime que, pour le simple agrément d'être un peu plus à l'aise, on ne possède aucune bonne raison d'infliger aux opérées un traumatisme supplémentaire et de les priver en même temps de cette intégrité parfaite des formes extérieures qui n'est point l'un des moindres privilèges de la méthode que nous préconisons. Pour ma part, depuis que j'ai appris l'hystérectomie par morcellement, les voies naturelles m'ont toujours suffi non seulement en cas de lésions inflammatoires péri-utérines, mais aussi chez nombre de femmes à vulve très étroite hystérectomisées pour de volumineux

fibromes. Mon expérience actuelle portant sur plus de 150 hystérectomies, j'espère qu'on voudra bien accorder quelque valeur à cette déclaration.

Pour l'instant, je dois me borner à ces considérations. Toutefois, et sans préjudice de mon plaidoyer ultérieur, il est *deux objections générales* que je tiens à relever ici, car longtemps encore on ne manquera sans doute pas de nous les opposer. *La première* est basée sur ce fait que l'hystérectomie serait, comme le disait autrefois Pozzi, "une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic." Ici par conséquent "point d'incision exploratrice; le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité." Partant de là, tout ce qu'on a pu dire sur les "opérations non justifiées" ou sur "les mutilations irréparables" se devine aisément. Le thème prête à coup sûr aux digressions les plus humanitaires, et si jamais l'hystérectomie leur devait sa perte, elle conserverait au moins le mérite d'une coïncidence singulière mais positive avec ce réveil de notre sollicitude pour la pureté des diagnostics et la conservation des facultés génératrices.

Mais, tout dictés qu'ils soient par un sentiment des plus respectables, les cris d'alarme que nous avons provoqués ne me semblent pas moins excessifs. Et d'abord, *il n'est pas juste d'avancer que par les voies naturelles le premier coup de bistouri entraîne fatalement la perte de la fécondité.* Non point que je veuille ici prétendre, qu'au point de vue de l'exploration, la voie vaginale soit en aucune manière une rivale de la laparotomie. Semblable affirmation serait une absurdité. Je prétends simplement, en me basant sur des faits déjà signalés à la société de chirurgie à propos d'une communication de Nelaton, je prétends, dis-je, qu'avec un peu d'expérience, l'incision du cul-de-sac postérieur peut être, elle aussi, dans certains cas, *utilement exploratrice* et que, même après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore *s'arrêter à temps.* Au surplus, et pour ne rien exagérer, laissons à l'argument l'incontestable portée qu'il peut avoir en maintes circonstances. En résulte-t-il que l'hystérectomie puisse être proscrite à l'égal d'un nouvel et dangereux facteur de dépopulation? Je ne le pense pas et je puis répéter ce que j'écrivais à Pozzi l'an dernier :

Nous savons très bien ce que des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses peuvent faire des meilleures opérations. Il est aussi bien certain que nos diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité, et de même que les laparotomistes ont plus d'une fois supprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais quels que soient ces abus ou ces erreurs, je ne vois pas que l'avenir de l'hystérectomie, puisse en souffrir davantage que celui de la laparotomie, et c'est, me semble-t-il, abuser un peu des droits de la discussion que de remettre en cause, pour juger la valeur spéciale d'une opération, tout ce qui

peut avoir trait aux indications générales de l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections des annexes. Ici comme toujours, il faut agir suivant sa conscience de clinicien et franchement si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, je ne crois pas que l'intervention vaginale mérite jamais le reproche d'être plus compromettante que la laparotomie pour la reproduction de l'espèce.

Tout ceci me conduit à la *deuxième objection générale* qui nous est si souvent opposée : je veux parler des *difficultés du diagnostic*, et, cette fois, je suis le premier à reconnaître le bien fondé de cet argument capital sur lequel Lucas Championnière a l'un des premiers très judicieusement insisté. " Admettons, disait-il, que l'hystérectomie soit l'intervention de choix dans le traitement des suppurations pelviennes, soit. Mais alors, comment affirmer le diagnostic de la présence du pus ? Sur quels signes nous guiderons-nous pour préférer au contrôle de la laparotomie ce qu'il peut y avoir d'irréparable dans l'hystérectomie ? " Rien de plus juste. Aussi bien serais-je très embarrassé pour répondre, si la suppuration était à mes yeux la seule indication de l'hystérectomie. Mais tel n'est point mon avis.

À mes yeux, comme à ceux de Péan, les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Ce qui nous importe pour décider l'intervention, ce n'est donc pas le fait de la purulence, c'est la *bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines*, et dès lors l'objection tombe d'elle même. Je ne conteste point que les indications de l'hystérectomie, ainsi précisées, ne puissent encore laisser place à l'erreur et j'accepte très bien qu'il faille donner la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux. Mais je n'en maintiens pas moins ma conclusion et je le répète : si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions semble, de par les données cliniques, aussi nettement assurée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle et pleinement justifiée.

Tels sont les divers points que je m'efforcerai de démontrer par l'analyse de nos documents personnels. Sans m'exagérer leur portée, j'espère cependant que mon argumentation pourra trouver quelque crédit même auprès des chirurgiens qui suspectent le plus le bien fondé de nos assertions. En tous cas, ils verront, preuves en main, que nos résultats thérapeutiques sont bons et durables ; ils constateront qu'en nombre de circonstances nous triomphons des lésions suppuratives les plus graves ; ils reconnaîtront même que nos opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice qu'avec le plus séduisant des sujets ; et lorsqu'ils sauront enfin que l'hystérectomie est souvent moins grave que la la paro-

tomie, peut-être aurai-je la satisfaction infinie de voir plus d'un adepte se rallier à notre cause.—*Progrès médical.*

La gynécologie pratique à Reims.— Sous le titre : "UN VOYAGE A REIMS", M. VERCHÈRE publie, dans la *France médicale* du 13 janvier, le récit d'une visite que nous avons faite à la clinique du Dr DOYEN.

Lorsque j'entendis au Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles, au mois de septembre dernier, les communications fort intéressantes de M. Doyen, relatives à ses procédés d'hystérectomie, j'appris que ce jeune chirurgien était arrivé à pratiquer l'hystérectomie vaginale avec une rapidité et une sûreté très grandes, ainsi d'ailleurs que nombre d'autres opérations nouvelles.

En assistant, il y a quelques jours, aux cinq opérations auxquelles le Dr Doyen nous avait conviés, nous avons pu constater comme le dit très bien M. Verchère que le chirurgien de Reims est en train de mener à bien une véritable décentralisation chirurgicale qui justifie son incomparable habileté d'opérateur, son instruction élevée et le travail considérable (bactériologie, travaux de chirurgie, expériences de laboratoire, etc.) que M. Doyen mène de front avec les opérations de sa clinique et les soucis de la clientèle.

Je dois dire que, par l'urgence de quelques unes des opérations qu'il a pratiquées devant nous, M. Doyen ne nous a démontré ni la nécessité exclusive de la grande chirurgie gynécologique, ni l'inanité de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, mais il nous a démontré qu'il peut y avoir, en province, de remarquables opérateurs.

J'avais formé le projet de raconter in extenso ce que nous avons vu dans cette journée si bien remplie; M. Verchère m'ayant devancé, les lecteurs de la *Revue* nous sauront gré de mettre sous les yeux, dans son intégrité, l'intéressant récit de notre collègue de Saint-Lazare.—J. CHÉRON, in *Revue des maladies des femmes.*

Décentralisons! Décentralisons! tel semble être le cri général... des jeunes médecins, surtout des jeunes chirurgiens désireux de bien faire, habiles, instruits et surtout ennemis de l'inaction et de l'inutilité fatigantes auxquelles on les condamne pendant les plus belles années de leur enthousiasme juvénile et de leur ardeur néophytique. La province avait des hôpitaux, elle a maintenant des chirurgiens; elle avait des amphithéâtres, elle a maintenant des professeurs; elle avait des journaux, elle a désormais des archives.

Ce mouvement plein d'intérêt pour tout le monde, aussi bien pour les malades que pour les chirurgiens, nous venons d'en voir un exemple bien remarquable. Nous avons vu ce que peut

faire l'activité d'un homme, livré à ses propres forces, mais elles sont puissantes, la persévérance d'un esprit convaincu, la ténacité d'une intelligence sans frein, mais aussi sans crainte.

Nous avons été visiter la Clinique particulière du Dr Doyen, de Reims. Je ne parlerai naturellement pas de la réception cordiale et attentionnée de notre collègue. Il sait combien nous avons été touchés de ses prévenances et de quelle manière heureuse nous avons usé de sa large hospitalité. Mais nous voulons rester dans le domaine chirurgical et passerons sous silence le souvenir agréable que nous laissera la connaissance que nous avons faite avec lui du meilleur des produits de la Champagne.

Le matin, à 9 heures, nous étions réunis dans la salle d'opération du Dr Doyen, les Drs Chéron, Nitot, M. Delétréz, de Bruxelles, M. Baudron, interne à la maison Dubois, venus comme nous de Paris, etc., etc.

La première malade était une femme présentant une tumeur solide de l'abdomen, occupant tout l'abdomen, mobile, d'une dureté ligneuse. La diagnostic porté était un énorme fibrome utérin. C'était une occasion pour le Dr Doyen d'exécuter devant nous son procédé pour l'ablation totale des fibromes volumineux. L'opération fut commencée à 9 h. 5; à 9 h. 28, moins de vingt-cinq minutes après, la malade était pansée et prête à reporter dans son lit. Je veux dire en quelques lignes le mode opératoire; du reste on en trouvera la description dans le dernier numéro des *Archives provinciales de chirurgie*. Incision très grande de la paroi abdominale, puis accouchement de la tumeur en dehors de l'abdomen et renversement en avant de tout l'utérus qui présente ainsi sa face postérieure dans toute sa hauteur en se renversant au-dessus du pubis. A ce moment, et ici est le point intéressant du procédé de Doyen, on fait rapidement une raquette dont la queue commence à travers le cul-de-sac postérieur, pénétrant dans le vagin, puis remonte et vient bifurquer bientôt pour entourer toute la tumeur, en ayant soin de rester au-dessus des insertions de la trompe et de l'ovaire. Par cette incision on creuse la tumeur et on l'enlève ainsi dans sa presque totalité, ne laissant de l'utérus qu'une lame antérieure revêtue de péritoine et les deux bords latéraux terminés par les trompes et les ovaires. En faisant ainsi on évite les régions vasculaires de la tumeur utérine et on peut enlever toute la tumeur sans perte de sang et sans ligature. Dès que la tumeur est enlevée, un aide saisit la trompe et l'ovaire d'un côté et le pédicule résultant de l'égrugement de l'utérus, et en les tenant entre les doigts empêche toute hémorrhagie; l'opérateur en fait autant du côté opposé. Cela fait, on jette une ligature solide sur chacun des pédicules *au-dessous de l'ovaire et de la trompe*; on a soin de laisser les chefs de cette ligature très longs ce sont eux qui serviront de tracteurs.—*A suivre.*

FORMULAIRE.

Lavement nutritif.

P.—Oeufs.....	No. 3
Sel marin	45 grains.
Peptone sèche.....	2½ drachmes.
Thé de bœuf	6 onces.

M.—Injecter trois fois par jour.

Neurasthénie.

P.—Phosphate de soude neutre	30 grains.
Eau distillée	3½ onces.

M.—Injecter 15 minimes par la méthode sous-cutanée. Ces injections ont donné d'excellents résultats chez les femmes neurasthéniques et névropathes (Lutaud).—*Journal des sciences médicales de Lille.*

Asthme humide.—*Bartholow.*

P.—Teinture de sanguinaire.....	1 drachme.
Teinture de lobélie.....	1 “
Iodure d'ammonium.....	60 grains.
Sirup de tolu.	6 drachmes.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures.

Diarrhée séreuse.—*Hare.*

P.—Huile de cajeput.....	15 minimes.
Teinture d'opium désodorisée.....	½ once.
Esprit de chloroforme.....	½ “
Esprit de lavande, q. s. pour f.....	3 “

M.—*Dos.* : Une cuillerée à thé, dans un peu d'eau, toutes les trois heures.—*College and Clinical Record.*

Catarrhe gastro-intestinal.—*Graham.*

P.—Sulfate de fer (sec).....	24 grains.
Sulfate de strychnine.....	175 “
Aloïne	2½ “
Extrait de gentiane.....	6 “

M.—Pour faire 24 pilules. *Dose* : Une pilule trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, AVRIL 1893.

BULLETIN.

“Gold cures” et “Keeley cure.”

Depuis quelque temps, comme on le sait assez, Montréal souffre d'une véritable pléthore de *cures d'or* ! Il y en a un peu partout, dans la partie Est, dans la partie Ouest, voir au Centre même, et toutes rivalisent de zèle et de..... réclame, apparemment dans un but humanitaire, mais en réalité — c'est là, du moins, notre intime conviction—avec l'intention bien arrêtée de mettre le plus possible d'or..... monnayé dans leur caisse: *all are run for money*, comme le disait un correspondant du *Medical News*. Que cela s'appelle *The Leslie E. Keeley Institutes Company*, ou *The Gilkerson Gold Cure Institute*, ou *The Double Chloride of Gold Cure Company*, ou le *Father Murphy's Institute*, c'est tout un en définitive, mais on nous permettra de trouver bien étranges une concurrence et un antagonisme mettant ainsi aux prises trois ou quatre institutions dites de bienfaisance et qui, sous le couvert de la philanthropie, n'ont d'autre but que d'enrichir leurs actionnaires. En attendant que les profits s'accablent, les instituts rivaux se font une guerre à outrance qui ne laisse plus de doute sur le résultat final.

Dans notre livraison de mars, nous avons cru devoir protester, au nom de l'honneur et de la dignité professionnels, contre le rôle peu enviable joué par quelques médecins dans l'organisation et le fonctionnement de ces instituts où se débitent des médicaments dont la formule est tenue secrète. Nombre de confrères, de collègues et de lecteurs nous ont encouragé de leur approbation. En certains quartiers, on a jugé notre appréciation bien sévère, et l'on a crié à l'exagération. Eh bien, ce rôle des médecins *cure d'or*, voici comment l'Association médicale du Canada en a fait justice dans son *Code de déontologie* :

“ C'est déroger à l'honneur professionnel que d'avoir recours
 “ aux avis-réclames, aux cartes d'affaires ou à des circulaires
 “ pour attirer l'attention des sujets atteints de maladies spé-
 “ ciales; d'offrir avis et remèdes gratuits aux patients pau-
 “ vres, ou de promettre une guérison radicale; de publier ou
 “ de laisser publier des rapports de cas et d'opérations; d'inviter
 “ des personnes étrangères à la médecine à assister aux opérations
 “ chirurgicales; de se vanter de ses cures et de l'efficacité de ses
 “ remèdes; de produire des certificats d'habileté et de succès, et de
 “ faire tout autre acte semblable. C'est là la manière de faire des
 “ empiriques, et elle doit être imputée à faute aux médecins pro-
 “ prement dits.

“ Déroge aussi au caractère professionnel tout médecin qui se
 “ munit d'une *patente* ou brevet pour la vente d'un instrument
 “ de chirurgie ou d'un médicament, qui débite un médicament
 “ secret (*secret nostrum*), que celui-ci soit la propriété et la prépa-
 “ ration du vendeur ou d'autres personnes. Car si ces *nostrums*
 “ sont réellement efficaces, la libéralité professionnelle et le désir
 “ de faire du bien à ses semblables doivent en livrer le secret et
 “ la formule au public et à la profession médicale; mais si, au con-
 “ traire, c'est le secret lui-même qui donne au remède tout sa
 “ valeur et toute son importance, une ruse de ce genre indique
 “ soit une ignorance des plus disgracieuses soit une frauduleuse
 “ avarice. Il est aussi interdit aux médecins de donner des
 “ certificats attestant l'efficacité de médicaments brevetés ou
 “ secrets et de faire tout acte de nature à en vulgariser l'emploi.”
 Est-ce assez clair ?

On a dit encore : “ A quoi bon ces récriminations ? La profes-
 “ sion médicale anglaise ne souille mot de la chose et se contente
 “ d'en rire.” Nous en rions aussi nous, mais nous tenons à
 mettre sous les yeux de ceux que cela peut intéresser l'article
 suivant, assez sérieux on en conviendra, publié, en août 1892,
 par le *Montreal Medical Journal*, alors dirigé par les professeurs
 George Ross, T. G. Roddick et James Stewart. C'est intitulé :
The Keeley Fraud, et ce sera pour nous le mot de la fin :

“ Enfin nous avons dans notre voisinage deux instituts, faits sur
 le modèle Keeley, et dont le but est la guérison des alcooliques
 par l'emploi de la prétendue méthode du bichlorure d'or. Maintes
 fois les médicaments de Keeley ont été analysés, et aucune trace
 d'or n'y a été découverte; il n'y a pas de doute que cet or s'est
 plutôt dirigé vers le gousset de Keeley. Les remèdes employés
 sont les bons vieux médicaments si estimés : la belladone et la
 strychnine. Keeley ayant vendu son secret à un grand nombre
 d'individus des États-Unis, et cela après avoir fait une fortune à
 Dwight, Ill., se mit à courir après la vogue, et tenta de vendre
 son remède en Angleterre, le prix qu'il demandait pour l'usage
 exclusif de la drogue étant de \$150,000. Et cependant il prétend

agir en philanthrope et n'être mû que par le désir de faire du bien à l'humanité. L'Église et le Clergé l'ont soutenu et ont dit de sa soi disant cure qu'elle était la " gloire du dix neuvième siècle." Tout d'abord, Keeley prétendit n'avoir pas observé de rechûte chez ses patients, mais aujourd'hui (août 1892) il dit en guérir seulement 95 par cent ; par contre, les directeurs des asiles d'aliénés disent à leur tour qu'ils accueillent dans leurs institutions un grand nombre des *guéris* de Keeley ; d'autres meurent et beaucoup récidivent. Il en est toujours ainsi dans toutes les formes de charlatanisme. Dès l'abord, tous les malades sont guéris par le remède ; ensuite il y a quelques échecs, et l'on finit par constater enfin que personne n'est guéri. C'est ainsi que ces fraudes semblent éblouir le public jusqu'au moment où le ballon crève et ne laisse s'échapper que du vent.

" Les raisons que Keeley donne pour justifier le secret qu'il garde au sujet de son remède ne laissent pas d'être amusantes. " Nous ne voulons pas, dit il, livrer ce secret aux médecins, attendu qu'ils ne pourraient pas s'en servir convenablement. Je considère que mon remède, ma cure, appartient aux femmes et aux enfants de mon pays. Si j'en livrais la formule, les charlatans (*quacks*) la détruiraient en très peu de temps" etc.

" Quoiqu'il en soit, la profession médicale n'a que faire de ce remède tant que la formule n'en aura pas été donnée par le Dr. Keeley, et alors faudra-t-il encore qu'elle soit expérimentée d'une façon scientifique par des hommes compétents. Pour le moment, nous conseillons à tous les médecins honorables de ne se mêler en rien d'un semblable système charlatanesque, grâce auquel le public est trompé et volé. Celui là même qui a publié, dans une revue importante, un article très brillant sur la grandeur de Keeley et de sa cure, en ajoutant qu'il était lui-même un des guéris et qu'il ne récidiverait jamais, mourait quelques semaines plus tard à la suite d'un excès alcoolique. Tel est le témoignage par lequel se soutient cette fraude ; mais il est vrai d'ajouter que la crédulité humaine n'ayant pas de limites, il s'en suit tout naturellement que le charlatanisme existera toujours."

Traitement du hoquet.

Il est peu de troubles nerveux des voies digestives qui donnent autant de tracas au praticien que le hoquet persistant et incurable. La difficulté et l'incertitude du traitement viennent sans doute du fait que cet accident peut être produit par une infinité de causes assez différentes entre elles. Ainsi, le Dr Langford SMES indique, comme causes symptomatiques : les fièvres, la gastrite, l'entérite, l'hépatite, la péritonite, la hernie, les vers intestinaux, la dentition, la jaunisse, l'hystérie, la myélite, l'épilepsie, la goutte, le rhumatisme et la fièvre intermittente.

Il est d'habitude d'attribuer le hoquet à un spasme de nature réflexe se produisant dans le diaphragme par l'intermédiaire du nerf phrénique, et dans les adducteurs du larynx par l'entremise du laryngé récurrent. Cependant, M. Symes ne semble pas croire que le phrénique soit intéressé de la sorte dans la production du hoquet, mais que celui-ci est plutôt dû à un trouble des fibres du grand sympathique émanant des ganglions semi-lunaires.

Le traitement recommandé par Symes est triple : empirique, antispasmodique, physiologique.

L'empirique comprend tous les médicaments en général, quels qu'ils soient, qui peuvent soulager le hoquet d'une façon ou d'une autre : une dose de whiskey pur, le vinaigre, l'eau de mélisse, un *punch* au cognac, un sinapisme au creux épigastrique. De tous les antispasmodiques, le chloral est celui qui a le mieux réussi au Dr Symes. On peut le remplacer par le nitrite d'amyle, la fève de Calabar, la cocaïne, l'acide hydrocyanique, l'atropine, la morphine ou la nicotine. Enfin, le traitement physiologique comprend la médication simplement symptomatique, et celle des causes du hoquet. Nous avons pour notre part, en deux circonstances, réussi à calmer instantanément le hoquet hystérique consécutif à des vomissements nerveux, au moyen de l'injection de morphine ($\frac{1}{4}$ gr.) et d'atropine (17150 gr.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Les cours du 3e terme de la Faculté de médecine de l'Université Laval de Montréal se donnent régulièrement depuis le 12 avril et sont suivis par tous les élèves de troisième année et un bon nombre des élèves de deuxième.

— Les examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine auront lieu à Montréal jeudi, le 4 mai prochain. Le Bureau provincial de médecine se réunira mercredi, le 10 mai pour l'octroi des licences et la considération des affaires générales du Collège. Il y sera question de nouveaux amendements au *Bill médical*. Examens et assemblée se feront au Cabinet de Lecture.

Don princier. — Sir Donald A. SMITH vient de donner à la Faculté de médecine de l'Université McGill la somme de cent mille dollars comme dotation permanente de la chaire de Pathologie générale.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal. — RÉSULTATS DES EXAMENS SUR LES MATIÈRES DE PREMIÈRE, DEUXIÈME ET TROISIÈME ANNÉES. — Les élèves dont les noms suivent ont subi avec succès l'épreuve requise :

Botanique : M. M. J. P. A. Archambault, Raoul Archambault,

S. D. Belhumeur, Alph. Bordeleau, Bruno Bordeleau, Paul Berthiaume, George Bourgeois, Achille Besner, Jos. Alfred Bélanger, L. W. Beaugregard, Honorius Baulne, Wilfrid Brosseau, Théodule Bruneau, Napoléon Boucher, G. E. Beauchamp, Gustavo Côté, Maxime Chagnon, J. Alf. Cadot, Alphonse Cyr, Isaac Charbonneau, Edgar Cassegrain, E. Labbé DeGrandchamp, Horm. Dubreuil, Azarie Desjardins, J. E. Damour, Paul Denis, Aristide Ferland, Hermas Gaucher, A. E. Gaudreau, R. T. Germain, A. R. Girardin, David Hébert, T. Lebel, L. A. Lamarche, J. Horm. Lemoyne, J. A. Lorrain, C. E. Lambert, Aldéric Lesage, Joseph Latour, Adolphe Lefebvre, Omer Ledoux, J. E. Lesage, Ludger Labelle, Oscar G. dit Lapointe, Arthur Lafleur, R. R. Ménard, Z. E. Marchand, Joseph Marion, G. A. Massicotte, Norm. Massé, J. P. Ostiguy, W. S. Picotte, J. L. II, Pagé, Ernest Pelletier, Emile Pelletier, Hector Pelletier, J. O. Pichette, Esdras Proulx, J. Eugène Prévost, Aimé Papineau, J. B. A. Quintal, George Roy, Florian Ruest, Edouard St Denis, Eugène St Jacques, Philippe Ste Marie, N. A. Sabourin, Arthur Sylvestre, R. J. Tessier, Albéric D. Trudeau, Paul Trudel, Pierre Vandandaigue.

Hygiène : MM. J. P. A. Archambault, M. O. Bélanger, S. D. Belhumeur, Alph. Bordeleau, Bruno Bordeleau, Paul Berthiaume, George Bourgeois, Achille Besner, Jos. Alfred Bélanger, L. W. Beaugregard, Théodule Bruneau, Napoléon Boucher, Gustave Côté, Maxime Chagnon, J. Alfred Cadot, Alphonse Cyr, Is. Charbonneau, Edgar Cassegrain, E. Labbé DeGrandchamp, Hormisdas Dubreuil, Azarie Desjardins, J. E. Damour, Paul Denis, Herménégilde Denis, Adelar Fecteau, Aristide Ferland, Hermas Gaucher, A. E. Gaudreau, J. P. Gagnon, A. R. Girardin, A. E. Gélinais, David Hébert, W. J. Labelle, L. A. Lamarche, J. Horm. Lemoyne, J. A. Lorrain, Aldéric Lesage, Joseph Latour, Adolphe Lefebvre, Joseph Edm. Lesage, Ludger Labelle, T. Lebel, Oscar G. dit Lapointe, Adhémarr Magnan, R. R. Ménard, Z. E. Marchand, Joseph Marion, G. A. Massicotte, Norm. Massé, J. Paul Ostiguy, W. S. Picotte, Ernest Pelletier, Emile Pelletier, Hector Pelletier, J. O. Pichette, Esdras Proulx, J. Eugène Prévost, Aimé Papineau, J. B. A. Quintal, George Roy, Florian Ruest, J. A. St. Denis, Eugène St. Jacques, Philippe Ste. Marie, N. A. Sabourin, Arthur Sylvestre, Eugène Serres, Albéric D. Trudeau, Paul Trudel, Pierre Vandandaigue.

Histologie : MM. J. P. A. Archambault, Paul Berthiaume, Théodule Bruneau, Ernest Bélisle, S. D. Belhumeur, Alph. Bordeleau, Bruno Bordeleau, George Bourgeois, J. Alf. Bélanger, L. W. Beaugregard, Honorius Baulne, Maxime Chagnon, J. Alfred Cadot, Alphonse Cyr, Is. Charbonneau, Edgar Cassegrain, E. Labbé DeGrandchamp, Hormisdas Dubreuil, E. L. Désaulniers, Azarie Desjardins, J. E. Damour, Paul Denis, Aristide Ferland, R. T. Germain, A. R. Girardin, A. E. Gaudreau, David Hébert, J. W. Labelle, Adolphe

Lefebvre, Omer Ledoux, Joseph Edmond Lesage, Ludger Labelle, T. Lebel, Oscar G. dit Lapointe, Arthur Losago, L. A. Lamarche, J. A. Lorrain, Aldéric Lesage, Joseph Latour, Arthur R. H. Laffleur, Z. E. Marchand, Joseph Marion, G. A. Massicotte, Norm. Massé, J. P. Ostiguy, Ernest Pelletier, J. O. Pichette, Esdras Proulx, Emile Pelletier, J. Eugène Prévost, J. B. A. Quintal, Geo. Roy, Florian Ruess, J. B. Richard, Eugène St-Jacques, J. Arthur Sylvestre, Edouard St-Denis, N. A. Sabourin, Philippo Ste-Marie, Albéric D. Trudeau, Paul Trudel, Pierre Vandandaigue.

Physiologie de 1ère année : MM. J. Henri Archambault, J. P. A. Archambault, Alexis Bouthillier, Ernest Brunelle, S. D. Belhumeur, Alph. Bordenau, Bruno Bordenau, Paul Berthiaume, Geo. Bourgeois, L. W. Beauregard, Honorius Bauloe, Wilfrid Brosseau, Theod. Brunau, M. O. Bélanger, A. Oscar Boulé, Benjamin Bonnier, E. C. Campeau, Joseph A. Cadot, A. Constantineau, E. Lafoe DeGrandchamp, Amédée Danais, Horm. Dubreuil, J. E. Damour, Paul Denis, A. A. DeGrandpré, Eugène L. Désaulniers, E. Victor Désy, W. J. A. Derome, Gaspard Dequoy, S. A. Daudelin, Aristide Ferland, Adéard Fecteau, A. U. Gravello, Hermas Guicher, R. T. Germain, A. R. Girard, A. E. Gaudreau, Léglus Gagnier, A. E. Gélmias, David Hébert, Athanase Hurtubise, Olivier Jacques, L. A. Lamarche, J. A. Lorrain, Joseph Latour, Adolphe Lefebvre, Omer Ledoux, J. Edmond Lesage, Ludger Labelle, Oscar G. dit Lapointe, Alexis Lagacé, Arthur Lacroix, Joseph Lapierre, D. E. Lecavalier, Walter Lewis, Arthur Lortie, Albert Lasalle, Timothée Lebel, Z. E. Marchand, Joseph Marion, G. A. Massicotte, Norm. Massé, J. B. Martin, Adhémar Magnan, J. P. Ostiguy, J. Eug. Prévost, Emile Pelletier, Ernest Pelletier, J. L. H. Pagé, W. S. Picotte, J. B. R. Pepin, Esdras Proulx, J. P. Roux, Alexandre Rodrigue, J. B. Richard, Philippe Ste-Marie, Eugène St-Jacques, N. A. Sabourin, J. Ald. St-Denis, Alexis Sarrazin, Albéric D. Trudeau, Paul Trudel, C. C. Tétreault, Pierre Vandandaigue, Arthur Vadebonœur, J. E. A. Viger.

Physiologie de 2me année : M. M. J. Aug. Aubin, Avila Allaire, J. B. Archambault, Noé Albert, Alexis Bouthillier, Ernest Brunelle, M. O. Bélanger, A. Oscar Boulé, Benjamin Bonnier, F de B. Bergeron, A. Constantineau, E. C. Campeau, A. A. De Grandpré, E. Victor Désy, W. J. A. Derome, Albert Desgroseillers, Gaspard Dequoy, Paul Denis, S. A. Daudelin, Leglius Gagnier, W. A. Huguenin, David Hébert, Olivier Jacques, H. O. Joyal, Alexis Lagacé, Henri Lasnier, J. Edmond Lesage, D. E. Lecavalier, Oscar G. dit Lapointe, Walter Lewis, Arthur Lortie, Albert Lasalle, Timothée Lebel, J. B. Martin, Adhémar Magnan, J. B. R. Pepin, Esdras Proulx, J. A. Pinault, J. O. Pichette, C. M. Pomeroy, J. G. E. Pagé, Frédéric Pelletier, J. C. A. Ricard, L. Z. Renaud, J. P. Roux, Alexandre Rodrigue, J. B. Richard, J. Aldéric St-Denis, Alexis Sarrazin, C. C. Tétreault, Phédora C. Verdon, J. E. A. Viger.

Anatomie descriptive : MM. J. Aug. Aubin, A. Avila Allaire, J. B. Archambault, J. Henri Archambault, Alexis Bouthillier, Ernest Brunelle, Maxime O. Bélanger, A. Oscar Boulé, Ernest Bélsisle, Benjamin Bonnier, F. de B. Bergeron, Gustavo Côté, A. Constantineau, E. C. Campeau, A. A. De Grandpré, Eug. L. Désaulniers, E. Victor Désy, W. J. A. Derome, Albert Desgroseillers, E. B. Desmarceau, Gaspard Dequoy, Paul Denis, S. A. Daudelin, Amédée Danais, Adélaïde Pecteau, A. U. Gravelle, Léglis Gagnier, F. X. P. Goyette, W. A. Huguenin, David Hébert, Olivier Jacques, H. O. Joyal, Alexis Lagacé, Henri Lasnier, J. Edmond Lesage, D. E. Lecavalier, Oscar G. dit Lapointe, Walter Lewis, Arthur Lortie, Albert Lasalle, J. W. Laveigne, J. B. Martin, Adhémar Magnan, J. B. R. Pepin, Esdras Proulx, J. O. Pichette, C. M. Pomerai, J. G. E. Pagé, Joseph Roy, J. C. Avila Ricard, L. Z. Renaud, J. P. Roux, Alexandre Rodrigue, J. M. Rondeau, J. B. Richard, J. A. St-Denis, C. C. Tétreault, Phédora C. Verdon, J. E. A. Viger, A. Vadebonœur.

Chimie : MM. J. Aug. Aubin, A. Avila Allaire, J. B. Archambault, J. Henri Archambault, Noé Albert, L. H. Brault, Alexis Bouthillier, Ernest Brunelle, Maxime O. Bélanger, A. Oscar Boulé, Ernest Bélsisle, Benjamin Bonnier, F. de B. Bergeron, Gustave Côté, A. Constantineau, E. C. Campeau, A. A. De Grandpré, Eug. L. Désaulniers, E. Victor Désy, W. J. A. Derome, Albert Desgroseillers, E. B. Desmarceau, Gaspard Dequoy, Paul Denis, S. A. Daudelin, Amédée Danais, Adélaïde Pecteau, A. U. Gravelle, Léglis Gagnier, A. E. Gélinas, W. A. Huguenin, David Hébert, Olivier Jacques, Alexis Lagacé, Henri Lasnier, J. Edmond Lesage, D. E. Lecavalier, Oscar G. dit Lapointe, Walter Lewis, Arthur Lortie, Albert Lasalle, T. Lebel, L. Z. Lajoie, Arthur Lacroix, Joseph Lapierre, Camille Magnan, J. B. Martin, Adhémar Magnan, J. B. R. Pepin, Esdras Proulx, J. A. Pinault, J. O. Pichette, C. M. Pomerai, J. G. E. Pagé, J. C. Avila Ricard, L. Z. Renaud, J. P. Roux, Alexandre Rodrigue, J. B. Richard, J. A. St-Denis, Alexis Sarrazin, C. C. Tétreault, Phédora C. Verdon, J. E. A. Viger, Arthur Vadebonœur.

Médecine légale : M. M. J. B. Archambault, J. B. N. Aubin, Arthur Asselin, Jos. Beauchamp, Jean Bergeron, Victor J. Boardeau, Fortunat Belleau, F. de B. Bergeron, Gaspard Boucher, Anatole Boucher, Narcisse Bellemare, J. E. Coutu, Toussaint Cabana, E. A. Charron, E. G. Courteau, Isidore Côté, J. O. Chênevert, J. A. Charette, Léopold Désilets, J. E. Dubé, O. G. Duhamel, G. H. A. Dufresne, Albert Dufresne, Joseph P. Deschatelets, L. A. Desrosiers, Herménégilde Denis, Hormisdas Fréchette, F. X. P. Goyette, C. H. Godin, J. E. Gervais, G. A. Girard, Théodore Gervais, J. P. Gagnon, A. E. Gendron, Arthur Gauthier, Raymond Giroux, Ulric Jacques, Arthur Lefebvre, J. Albert Lesage, J. B. E. Tessier dit Lavigne, Nap. Lambert, G. E. Landry, Henri

Lesage, Hubert Larose, Eugène Larue, P. Michel Lambert, Alfred Lespérance, L. Z. Lajoie, J. E. Lafontaine, Isidore Laviolette, L. A. Lacombe, J. A. Labrèche, Zénon Malo, L. V. Masse, Alphonse Mercier, L. P. B. Michaud, L. F. A. Ouellette, Jos. A. Pinault, R. L. O. Poliquin, Frédéric Pelletier, J. O. Pichette, Arthur Pratte, David Roberge, Edouard Roy, J. M. Rondeau, J. E. Robillard, J. H. Riopelle, Honorius Ricard, Adélard Riverin, F. X. Renaud, J. Delphis Salvail, J. L. H. St-Germain, Frédéric Schiller, Emile Simard, Joseph Savoie, Ludger Séguin, J. M. Raoul Trudeau, Arthur Trudeau, Louis Trudeau, L. J. Tétreault, Hector Valois, J. D. W. Yvon.

Toxicologie: MM. J. B. Archambault, J. B. N. Aubin, Arthur Asselin, Joseph Beauchamp, Jean Bergeron, Victor J. Bourdeau, Fortunat N. Belleau, F. de B. Bergeron, N. Bellemare, Gaspard Boucher, Anatole Boucher, X. Beauchamp, Toussaint Cabana, E. A. Charron, E. G. Courteau, Isidore Côté, J. O. Chênevert, J. A. Charette, J. E. Coutu, Léopold Désilets, J. E. Dubé, O. G. Duhamel, Herménégilde Denis, J. B. T. Dorion, G. A. H. Dufresne, J. P. Deschâtelets, Albert Dufresne, L. A. Desrosiers, Hormisdas Fréchette, Raymond Giroux, F. X. P. Goyette, C. H. Godin, G. A. Girard, Théod. Gervais, André Gallant, J. P. Gagnon, Ulric Jacques, G. E. Landry, J. W. Lavergne, Arthur Lefebvre, J. Albert Lesage, J. B. E. Tessier dit Lavigne, Napoléon Lambert, Eugène Larue, L. Z. Lajoie, Hubert Larose, J. A. Labrèche, Zénon Malo, L. V. Massé, Alphonse Mercier, L. F. A. Ouellette, Arthur Pratte, J. A. Pinault, R. L. O. Poliquin, Frédéric Pelletier, J. O. Pichette, Adélard Riverin, David Roberge, Edouard Roy, J. M. Rondeau, Just. E. Robillard, J. A. Rouleau, Honorius Ricard, Hormisdas Roy, J. L. H. St-Germain, Fréd. Schiller, Emile Simard, J. D. Salvail, L. J. Tétreault, J. M. Raoul Trudeau, Arthur Trudeau, Louis Trudeau, Hector Valois, J. W. D. Vézina, J. B. W. Yvon.

Matière médicale et thérapeutique: MM. J. B. N. Aubin, Joseph Beauchamp, Jean Bergeron, Fortunat N. Belleau, Henri Béland, Origène Bournival, J. N. Bellemare, Toussaint Cabana, E. A. Charron, E. G. Courteau, Isidore Côté, J. O. Chênevert, J. A. Charette, Léopold Désilets, J. E. Dubé, G. H. A. Dufresne, Joseph P. Deschâtelets, Albert Dufresne, L. A. Desrosiers, Elzéar Miville De Chêne, Hormisdas Fréchette, J. P. Gagnon, André Gallant, L. A. Genest, F. X. P. Goyette, C. H. Godin, J. E. Gervais, G. A. Girard, Ulric Jacques, J. E. Lafontaine, J. W. Lavergne, Arthur Lefebvre, Jos. Albert Lesage, J. B. E. Tessier dit Lavigne, Napoléon Lambert, Lucien Lupien, Zénon Malo, L. V. Massé, Alphonse Mercier, Aurèle Nadeau, Léon J. N. Ouellette, L. F. A. Ouellette, R. L. O. Poliquin, J. O. Pichette, Adélard Riverin, David Roberge, Just. E. Robillard, Honorius Ricard, Hormisdas Roy, J. L. H. St-Germain, J. Delphis Salvail, J. M. Raphaël Trudeau, Arthur Trudeau, Joseph Tremblay, Hector Valois, J. W. D. Vézina, J. B. W. Yvon.