

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Syndromes hystériques simulant les maladies organiques des centres nerveux

(Communication faite à la Société Médicale de Québec.)
en novembre 1900

Par le DR D. BROCHU,
Professeur à l'Université Laval.

Le service de la Clinique interne à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu m'a fourni durant les derniers termes, quelques exemples intéressants de syndromes morbides qui rappelaient, chacun, à première vue, les symptômes essentiels de quelque maladie organique des centres nerveux, mais que leur évolution ou une observation plus précise nous ont forcé de rapporter à des troubles purement fonctionnels de la grande névrose simulatrice, l'hystérie.

10. *Pseudo Mal de Pott Hystérique.*

Le premier cas, d'un intérêt plus particulier, est celui d'une jeune fille qui présentait, à son entrée à l'hôpital, la plupart des signes d'un mal de Pott, à son début, compliqué de pachyméningite : points douloureux à la région des vertèbres dorsales supérieures (pseudo-névràlgie) et paralysie spastique des membres inférieurs, sans déviation cependant de la colonne vertébrale.

Ce cas sera plus propre à exciter votre curiosité scientifique si je vous avoue, de suite, qu'il m'a été l'occasion de l'une de ces méprises dans le diagnostic, auxquelles nous pouvons être tous plus ou moins exposés, surtout ceux qui ne font pas une étude spéciale des maladies nerveuses.

Ce n'est que par les résultats inattendus et trop éclatants qui ont fait suite à nos premières mesures thérapeutiques, que j'ai été amené à reconnaître, chez la malade dont je vais vous soumettre l'observation, le rôle prépondérant de la névrose hystérique, qui n'avait pourtant pas échappé à notre soupçon, au premier abord, puisque nous en avions discuté le diagnostic, en rappelant le *pseudo mal de Pott hystérique* décrit par Audy et Brissaud.

Le sujet est une jeune fille, âgée de onze ans, qui fut amenée à l'hôpital dans un état de parapégie avec raideur des membres inférieurs,

maintenus en extension ; les muscles du tronc semblaient également participer à cette paralysie, car la malade ne pouvait que difficilement se tourner dans son lit, ni, surtout, se relever ou se tenir assise sans s'aider de toute l'action de ses bras et de ses deux mains.

Ces premiers signes objectifs faisaient diriger nécessairement l'attention du côté du centre médullaire ou du rachis et laissaient soupçonner, à première vue, un foyer morbide qui devait atteindre les cordons moteurs ou antéro-latéraux de la moelle épinière, dans la région dorsale supérieure, puisque le tronc en même temps que les membres inférieurs étaient privés de leur puissance motrice normale.

A l'inspection, on ne constate aucune déformation, ni aucune saillie du rachis ; les apophyses des vertèbres n'offrent que peu de sensibilité quoique les mouvements de l'épine dorsale provoquent une douleur nettement appréciable ; mais la pression, de chaque côté, vis-à-vis des trous de sortie des racines des nerfs, révèle des points très douloureux dans la région des 2e, 3e et 4e vertèbres dorsales.

Interrogée au point de vue des symptômes subjectifs, la jeune fille rappelle qu'elle souffre d'un violent mal de tête dont l'intensité trouble son sommeil, depuis quatre à cinq semaines, et lui arrache des cris à certains moments ; cette céphalalgie ne siège que du côté gauche et s'étend parfois aux régions occipitale et cervicale.

Il y a trois semaines, son attention fut attirée par une douleur à la région interscapulaire, restée permanente, depuis, et, qui à deux intervalles, s'est irradiée assez brusquement autour du thorax en réveillant chez elle les plus grandes appréhensions. En réponse aux transquestions, elle affirme que cette constriction ne lui a rappelé rien de semblable à la sensation d'une boule remontant en arrière du sternum jusqu'à la gorge.

Quelques jours après, cette jeune fille commença à ressentir une gêne et un affaiblissement dans la marche, surtout dans l'action de lever les pieds pour gravir des marches d'escalier. Cette parésie persista pendant toute une semaine et fut suivie bientôt d'une impuissance complète des membres inférieurs qui étaient maintenus en état de raideur.

Au premier examen, les réflexes du genou parurent manifestement exagérés, pas autant cependant qu'on le constate dans la sclérose confirmée des cordons pyramidaux ou dans le tabes spasmodique.

En allant à la recherche de ses antécédents personnels et familiaux la malade nous rappelle qu'elle n'a jamais subi aucune maladie grave, mais qu'elle a toujours été d'un tempérament anémique ; elle dit n'avoir jamais eu

de crises nerveuses, ni avoir été exposé récemment, à aucune contrariété ou aucun choc moral éternant. Elle n'offre aucun des stigmates de sensibilité, propres à l'hystérie ; elle n'a pas de rétrécissement concentrique du champ visuel, mais le réflexe du globe oculaire semble diminué. Pas de troubles urinaires, ni de fièvre.

La seule chose importante à noter dans l'histoire de sa famille, c'est que l'un de ses petits frères est venu mourir d'une méningite tuberculeuse dans notre service de l'hôpital, deux ans auparavant.

Force m'est d'avouer, sur le champ, que c'est précisément ce dernier commémoratif, auquel j'ai donné une importance peut-être imméritée, qui m'a servi à faire converger l'interprétation des signes cliniques que présentait notre patiente vers le diagnostic d'une tuberculose localisée aux vertèbres et déterminant la compression et l'excitation des cordons antérieurs de la moelle épinière.

Étant en présence d'un sujet faible et anémique, atteint, à peu d'intervalle, d'une zone douloureuse à la région de l'épine avec irradiations en ceinture autour du thorax, puis d'un affaiblissement dans les membres inférieurs auquel succéda une paralysie complète de toutes les parties situées audessous de la zone douloureuse du rachis, il était bien difficile que la première présomption ne fut pas en faveur de l'existence d'un processus organique d'inflammation produisant par ses exsudats l'irritation et la compression des cordons moteurs du centre spinal.

Et nous avons, d'ailleurs, pour corroborer notre première présomption, l'antécédent d'une méningite tuberculeuse chez un frère presque de même âge, et, chez notre sujet, un mal de tête persistant, avec insomnie ; ce qui, dans les circonstances, ne pouvait manquer d'être suspect. Aussi je n'hésitai pas longtemps pour formuler devant mes élèves le diagnostic de mal de Pott tuberculeux, à son début, avec complication de pachymeningite spinale ; et j'ajoutai qu'une infiltraton tuberculeuse existait probablement dans la région de l'écorce de l'hémisphère gauche du cerveau, qui tôt ou tard, rendrait cette jeune fille victime du même accident de méningite tuberculeuse, dont son frère plus jeune nous avait donné un exemple.

Il manquait à notre observation, cependant, un symptôme fondamental dans l'évolution du mal de Pott et dont l'existence eût permis de rendre le diagnostic ferme et hors de toute discussion : c'était la *déviatiou vertébrale*. Mais la *déformation* de la colonne vertébrale peut faire défaut,

même à une période avancée de la tuberculose du rachis, et, à plus forte raison, dans les premières semaines, comme chez notre malade.

Tout de même, l'absence de ce signe presque pathognomonique nous forçait à porter davantage notre attention sur les autres phénomènes pouvant servir à établir la nature du même processus morbide, savoir : les autres symptômes locaux, les caractères de la paraplégie, la présence de la tuberculose dans d'autres organes. Cette lacune nous imposait en même temps de tenir un plus grand compte des maladies purement nerveuses qui peuvent simuler l'ensemble de ces troubles, la *névrose hystérique* particulièrement.

Force m'est d'avouer, d'un autre côté, que si l'antécédent de méningite tuberculeuse, chez un frère mort dans notre service, n'eut pas frappé autant mon attention, j'aurais été plus porté à réserver mon diagnostic, et j'aurais alors trouvé raison de recourir au meilleur criterium pour distinguer les contractures hystériques des contractures des maladies organiques en mettant la patiente sous l'influence du chloroforme : l'anesthésie suffisant à faire disparaître momentanément les contractures purement nerveuses, tandis qu'elle est presque sans effets sur les contractures des maladies organiques.

Parmi les symptômes locaux, nous avons à considérer les points douloureux de chaque côté des 2^e, 3^e et 4^e vertèbres dorsales ; ils nous ont paru avoir tous les caractères des pseudo-névrologies qui caractérisent la première période de la compression de la moelle par la propagation d'un processus inflammatoire : on ne pouvait les confondre avec les névrologies simples. En effet, les points douloureux n'existaient qu'aux environs du rachis, et des deux côtés, tandis que les névrologies simples, au contraire, sont plutôt limitées à un seul côté et présentent en outre d'autres points sensibles sur le trajet du nerf affecté, à l'émergence de certaines branches nerveuses. C'est là un des principaux points de repère pour le diagnostic. "Les phénomènes douloureux qui s'étendent aux deux côtés du rachis doivent attirer de suite l'attention, dit Brissaud, car ces *névrologies doubles* sont propres à faire penser qu'il y a autre chose qu'une névrologie idiopathique, rhumatismale par exemple."

Dans notre cas, les points douloureux que l'observation faisait constater dans la région des vertèbres dorsales supérieures, présentaient les caractères des névrologies doubles, propres à faire soupçonner une maladie organique ; et, de plus, ils avaient été suivis, dans l'espace de quel

ques jours, de parésie d'abord, puis de paralysie avec contracture du tronc et des membres inférieurs : ce qui ne pouvait guère laisser de doute, à première vue, même en l'absence de déformation du rachis, sur l'existence d'un processus morbide intra-rachidien dont la propagation graduelle en était arrivée à déterminer la compression et l'irritation des éléments moteurs de la moelle, sans les avoir encore détruits. La tuberculose, cause pathogénique ordinaire du mal de Pott, chez les enfants, était bien le processus qui s'imposait le premier à l'esprit pour expliquer l'évolution graduelle d'une telle symptomatologie.

La paraplégie, avec raideur ou contracture, étant un symptôme que l'on peut rencontrer dans plusieurs affections de la moelle épinière, intrinsèques ou extrinsèques—le *tabes*, la *myélite chronique diffuse*, la *myélite transverse*, les *méningites spinales*, la *selérose en plaques*, il nous importait d'en faire la distinction. Cette paralysie des membres inférieurs fait également partie des accidents de l'hystérie et elle est l'un des symptômes essentiels des névrites phériques (pseudo-*tabes*), si l'on excepte la contracture. Nous avons donc aussi à faire la part de ces maladies dans notre diagnostic.

Le *tabes* ne donne que rarement la paraplégie : l'incoordination motrice, les phénomènes douloureux (douleurs fulgurantes et douleur en ceinture) de même que la disparition des réflexes du genou (signe de Westphal) sont des symptômes plus proéminents et plus constants. Ces derniers phénomènes faisaient complètement défaut chez notre malade.

Quant aux pseudo-*tabes des névrites périphériques*, caractérisées par des douleurs et des paralysies, il me suffira de dire que l'évolution en est tout autre et que jamais on n'y constate l'apparition ultérieure de l'élément spasmodique.

Le diagnostic d'avec la selérose en plaques arrivée à la phase de paraplégie spasmodique ne pouvait guère nous arrêter, non plus. Nous n'avions constaté aucun tremblement caractéristique à l'occasion des mouvements volontaires, ni troubles de la parole, ni nystagme comme dans cette maladie, qui ne présente pas, d'ailleurs, à aucune période de son évolution, les points douloureux du côté du rachis dont notre cas nous offrait un exemple.

Quant aux diverses variétés de *myélites*, nous ne pouvions pas songer aux *myélites centrales*, vu l'absence de troubles trophiques, (eschare, atrophie) : la marche et l'évolution des symptômes chez notre sujet, devaient au contraire arrêter notre diagnostic à l'idée d'une affection extrinsèque de la moelle, à ses débuts, qui aurait atteint graduellement ses enveloppes et

les cordons antérieurs ou moteurs. C'était bien là les caractères et l'évolution des symptômes de la *tuberculose vertébrale* compliquée de *pachyméningite* ou de *meningo-myélite*.

Mais il nous restait encore un point non moins important à discuter : c'était le diagnostic d'avec l'*hystérie* que l'on peut s'attendre de rencontrer dans presque tous les syndromes nerveux.

En effet, nous devons rappeler à nos élèves que l'*hystérie* peut simuler à s'y méprendre la compression de la moelle (Charcot, Souques), soit par le fait d'une paraplégie flasque, accompagnée de douleurs, soit par la création d'un syndrome presque identique au mal de Pott sans déviation vertébrale (douleur vertébrale, pseudo-évralgies, paraplégie spasmodique (Brissaud.) C'est le *pseudo-mal* de Pott *hystérique*. (Audy.)

Mais, le syndrome simulateur du mal de Pott tuberculeux, dérivant d'un état névrophathique, est d'un développement souvent brusque, à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'une attaque ; il n'évolue pas régulièrement comme la compression vraie de la moelle. La douleur locale de la région vertébrale affecte quelquefois les caractères d'un véritable point hystérogène. " Enfin, on trouvera toujours, dit Brissaud, dans le cas d'*hystérie* simulatrice de la compression médullaire, quelque stigmate important de la névrose : rétrécissement concentrique du champ visuel, attaque etc., etc."

Notre malade, en autant que l'on pouvait s'en rapporter aux renseignements qu'elle nous avait fournis, dans nos investigations, n'avait jamais eu aucune attaque d'*hystérie* ; elle n'avait pas été exposée à aucun choc moral, aucune contrariété, aucun traumatisme susceptibles de déterminer les accidents de la névrose *hystérique* : elle n'en présentait d'ailleurs aucun stigmate évident.

A la vérité, pour s'arrêter au diagnostic de *pseudo mal de Pott hystérique*, dans les conditions dans lesquelles la malade s'était révélée à nous, au premier examen, il nous aurait fallu émettre, comme par intuition, l'hypothèse qu'un syndrome aussi compliqué et aussi peu ordinaire d'ailleurs dans cette névrose, fut apparu, chez cette jeune fille, comme la première manifestation d'un état d'*hystérie* resté latent jusqu'à cette époque.

Et malgré que l'évolution de la maladie soit venue dissiper ultérieurement, comme nous le verrons, tout doute dans mon esprit sur la réalité de ce phénomène clinique, je ne puis m'empêcher de dire, qu'une telle hypo-

thèse, dans les conditions décrites, m'apparaîtrait encore aujourd'hui, comme purement gratuite.

Pour tout traitement je prescrivis l'iodure de potassium et, comme dérivatif local, l'application des pointes de feu, de chaque côté du rachis, sur la région des points douloureux.

M. le Dr Pinault, médecin interne de l'hôpital, fit cette première application et (pas mirabile dictu) deux heures après, la jeune fille se levait de son lit et se mit à marcher librement, non sans exciter l'étonnement des malades, ses voisines, par une guérison si prompte et si inattendue.

Les auteurs nous inculquent que l'hystérie peut coexister avec le mal de Pott vrai. Cette combinaison porte nécessairement à des méprises et ne peut manquer de rendre le diagnostic très ardu dans certaines circonstances. Charcot et Georges Guimond (1) ont rapporté des cas où la névrose, se manifestant sous forme de paraplégie hystérique, était venue prendre la place et les apparences d'une paraplégie par compression guérie.

Devant ces résultats si peu prévus et qui paraissaient devoir renverser tout l'échafaudage de mon diagnostic hâtif, je revins à la charge auprès de notre petite malade pour lui faire subir un nouvel examen et me rendre compte si, l'accident d'une paraplégie, évidemment hystérique, disparu, il ne restait pas au moins, au foyer rachidien, siège présumé d'une lésion organique, quelques signes qui traduiraient encore un mal de Pott à son début.

Mais les points de névralgies doubles et les douleurs qui accompagnaient les mouvements du rachis avaient disparu simultanément avec la paraplégie, sans laisser aucune trace de sensibilité; on pouvait faire fléchir ou étendre la colonne vertébrale brusquement sans produire aucune douleur appréciable; le mal de tête même s'était complètement apaisé. La démarche, toutefois, bien que non douloureuse, trahissait encore une attitude qui n'était pas tout à fait naturelle. Mais je dois ajouter que depuis trois semaines, cette guérison spontanée ne s'est pas démentie.

Nous nous étions donc vraiment trouvé en présence d'un syndrome névropathique simple, sans association de lésions organiques du côté des centres nerveux. Et au lieu d'un mal de Pott vrai, imputable à un processus de la tuberculose, force nous a été d'avouer, à l'encontre de notre premier diagnostic, que nous n'avions eu affaire qu'à l'une des manifestations, peu banale, il est vrai, de la grande névrose simulatrice: le *pseudo-mal de Pott hystérique*.

(1) Les agents provocateurs de l'hystérie, thèse de Paris 1899.

La persistance de quelques douleurs périarticulaires dans les membres inférieurs, chez cette jeune fille, à la suite de la disparition de la paraplégie avec contracture, pouvait faire soupçonner que le rhumatisme aurait pu être en cause dans la pathogénie de ce pseudo-tabes. Mais, à part que cet eudolorissement n'offrait rien de surprenant dans la convalescence d'une paralysie spastique, qui avait duré près de trois semaines, on doit dire que le rhumatisme n'est que bien rarement associé aux syndromes des maladies des centres nerveux, si on excepte ses localisations sur les nerfs périphériques ; et nous ne croyons pas que le changement sous l'influence de notre première mesure thérapeutique eut été aussi immédiat et aussi complet dans un état rhumatismal dont le développement eut été aussi graduel et assez étendu pour produire des signes de compression et d'irritation de la moelle épinière.

Il ne sera pas sans intérêt, néanmoins, de rappeler, en rapport avec cette observation, un fait aussi particulier, au point de vue clinique, que mentionnait M. le professeur Raymond, dans un travail sur le Tabes dorsalis spasmodique, publié récemment par le *Journal de Médecine Interne de Paris*.

Ce savant éminent, le digne successeur de Charcot, à la Salpêtrière, avait une méprise dont il avait été le sujet, dans le diagnostic de la cause pathogénique d'un cas de tabes ou de paraplégie spasmodique, qu'il crut devoir rattacher, comme l'observation clinique le permet si invariablement, à un processus de dégénérescence chronique indélébile des faisceaux pyramidaux ou moteurs de la moelle : la guérison complète, à la suite, et tout à fait inattendue sous l'influence du traitement, en même temps que certains commémoratifs, ont donné la conviction à ce maître de la pathologie nerveuse qu'il ne s'agissait nullement de maladie organique, dans ce cas, mais simplement d'un trouble inaccoutumé des nerfs périphériques, dérivant de l'influence du rhumatisme.

Une conclusion, qu'il ne sera pas sans intérêt de noter pour éviter les méprises que je viens de rappeler, me semble devoir ressortir de cette observation : c'est que non seulement l'hystérie peut reproduire, dans ses manifestations cliniques, les syndromes les plus compléxes des maladies organiques des centres nerveux, ce qui est de connaissance banale, mais que ces mêmes syndromes peuvent apparaître, chez certains sujets, comme la première et quelquefois l'unique manifestation de la maladie, en dehors des antécédents et des stigmates habituels de cette grande névrose simulatrice.

(A suivre.)

HYDROCÈLE EN BEISSAC

*Observation clinique présentée à la Société Médicale de Québec
par le Dr M. AHERN.*

Ls. C cultivateur, âgé de 29 ans, entre le 5 novembre 1900 à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Ahern, avec une tumeur du scrotum.

En 1894 il est tombé à cheval sur un morceau de bois rond et pendant deux semaines éprouva des douleurs dans la moitié droite des bourses, qui commencèrent à grossir cinq ou six mois plus tard. Le gonflement, qui avait commencé en bas finit par atteindre l'aîne et alors avait la forme d'un "boudin," insensible et irréductible.

En 1898, un matin à son réveil, le malade constata avec plaisir que pendant la nuit sa tumeur avait diminué considérablement de volume ; mais sa joie fut de courte durée car en se mettant dans la position verticale la tumeur reprit ses dimensions habituelles.

On le ponctionna deux fois en 1895 à trois mois d'intervalle ; encore en janvier 1900 et la dernière fois il y a un mois. Chaque fois on a retiré "plein un verre à bière" (250 grammes) d'un liquide ressemblant à de l'urine."

EXAMEN :—La moitié droite du scrotum contient une tumeur qui remonte jusque dans le canal inguinal. Elle est molle, non adhérente à la peau, indolore, fluctuante, translucide, mate à la percussion, grossit pendant l'effort et la toux ; diminue par la pression et quand le malade se couche sur le dos. Cependant la tumeur ne disparaît jamais entièrement et la partie qui ne se réduit pas reste toujours fluctuante. Le changement de position de la tumeur n'a jamais été accompagné de gargouillement. Si après avoir réduit la tumeur avec la main on enlève celle-ci subitement les doigts appliqués au niveau de l'anneau inguinal superficiel perçoivent ce frémissement particulier qui est dû au passage d'un fluide sous pression dans une ouverture membraneuse étroite. Le liquide sortant avec force frappe le fond du sac et est rejeté sous forme de vague dont les ondulations sont parfaitement visibles à la face antérieure du scrotum.

L'anneau inguinal superficiel augmenté de diamètre admet deux doigts.

Le bas ventre est sonore partout. Profondément à la partie inférieure de la région hypogastrique droite, quand la tumeur est maintenue, réduite, il y a une résistance à la pression qui n'existe pas du côté opposé et qui disparaît quand le liquide s'écoule dans le scrotum,

Le testicule occupe la partie postéro-inférieure de la tumeur que le malade maintient en partie au moyen d'une bande herniaire.

Tout ici indiquait la présence d'un liquide, contenu dans deux poches, une abdominale, l'autre scrotale, unies par un conduit étroit situé dans le canal inguinal. Ce qu'il y a de remarquable dans cette histoire est la formation ou plutôt l'ampliation subite du sac supérieur. Ceci s'explique par la présence du conduit vagino-péritonéal fermé en haut à l'anneau inguinal profond et cloisonné à l'ouverture superficielle du canal inguinal.

La persistance de ce conduit est probablement toujours l'origine de l'hydrocèle en bissac.

Comme on peut le voir, le diagnostic d'hydrocèle s'impose. Ce n'était pas une hernie car la tumeur avait commencé à la partie inférieure des bourses, s'était accrue en montant, présentait de la transparence et de la fluctuation, se réduisait sans aucun bruit ni gargouillement et n'avait pas de pédicule. Le diagnostic s'imposait, c'était un hydrocèle, prouvé d'ailleurs par le résultat des fonctions.

Était-ce un hydrocèle congénital, non car la tumeur ne s'est montrée qu'à l'âge de 23 ans à la suite d'un traumatisme et a été irréductible pendant 4 ans.

C'était un hydrocèle en bissac et en calebasse, variété assez rare de l'hydrocèle. Il n'y avait pas en même temps une hernie car la poche supérieure du sac faisait tampon dans le canal inguinal et obturait l'anneau inguinal profond.

Comme l'hydrocèle avait déjà été ponctionné quatre fois sans guérison le Dr Ahern proposa l'ablation du sac qui se fit le lendemain, 6 novembre. Anesthésie au moyen d'un mélange d'une partie de chloroforme et de deux parties d'éther administré par l'appareil à éther de Clover, sous le sac. C'est l'anesthétique employé depuis quelques années à l'Hôtel-Dieu presque exclusivement dans les services de chirurgie et de gynécologie et donne beaucoup de satisfaction.

OPÉRATION : — Incision parallèle au ligament de Ponpart s'étendant un pouce et demi en dehors du milieu de ce ligament jusqu'à un pouce au-dessous de l'anneau inguinal superficiel sur la face antérieure du scrotum. Incision de la paroi antérieure du canal inguinal. Séparation du sac des parties

environnantes surtout des éléments du cordon qui y étaient très adhérents, mêmes inséparables à certains endroits.

La poche supérieure fut tirée en bas et dénudée à mesure. Elle était coiffée par le péritoine, étant située entre cette membrane en avant et en dedans et le fascia illiaque en arrière ainsi que la paroi interne du bassin endehorscar elle plongeait dans cette cavité. La portion de la séreuse abdominale qui descendit avec le sac fut ligaturée et enlevée ainsi que le testicule et le cordon spermatique qu'on n'a pu séparer de la poche,

La glande séminale était d'ailleurs atrophiée et déformée.

Le canal inguinal fut oblitéré comme dans la méthode de Bassiani, pour cure chirurgicale de hernie. Les suites de l'opération furent heureuses.

La tumeur était formée par deux sacs, le supérieur étant le plus gros, unis par une portion étroite correspondant au canal inguinal.

Le contenu, un liquide jaunâtre mesurait seize onces.

Quand la médecine aura fait sa croisade contre les trois fléaux qui déciment la population et abâtardissent la race, quand la médecine se sera victorieusement attaqué à l'alcoolisme, à la tuberculose et à la syphilis, alors il sera temps de dire que notre profession menace, peut-être, de rester bientôt sans objet. (*Gazette Médicale de Paris*)

LANDOUZY.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Asepsie et mains du chirurgien.

Au mois de mai 1900 M. Quénu présenta à la Soc. de Chir. de Paris un mémoire sur plusieurs points d'asepsie opératoire, insistant spécialement sur deux points :

1° La difficulté d'obtenir l'asepsie des téguments à opérer ;

2° La difficulté insurmontable pour le chirurgien, de conserver ses mains stérilisés et concluant à la nécessité d'employer des gants imperméables.

Ce mémoire souleva une discussion qui ne s'est terminée qu'au commencement de novembre.

Le Prof. Ricard a résumé dans *La Gazette des Hôpitaux* les enseignements que l'on peut tirer de cette discussion.

I. ANTISEPSIE.

L'injection est due à la présence de germes dont l'existence dans l'atmosphère a été prouvé par Pasteur. Donc rien de plus facile que d'empêcher l'infection en détruisant les germes. La destruction de ceux-ci par les moyens physiques ou chirurgiques constitue l'antisepsie que M. Ricard définit comme étant "la foi plus ou moins aveugle dans le pouvoir germicide des substances chimiques, qui devaient détruire les microbes partout où ils se trouvaient, sur les mains du chirurgien, sur les instruments, aussi bien que dans les tissus des opérés." Pendant longtemps l'acide carbolique fut le roi indiscuté de la chirurgie antiseptique. On n'a pas été longtemps sans apprendre que malgré les précautions antiseptiques les plus rigoureuses on pouvait avoir une infection mortelle. Ces insuccès, rares mais décourageants, ébranlèrent peu à peu la confiance aveugle que les chirurgiens avaient placée dans l'acide carbolique, et pendant ces vingt dernières années on chercha le germicide infailible. On crût l'avoir trouvé dans le sublimé, dans le bioiodure.

On fut longtemps à s'apercevoir que cette substance bactéricide idéale n'existait pas et que les liquides dont le pouvoir antiseptique était reconnu agissaient non seulement sur les jeunes pathogènes mais avaient une influence néfaste sur la vitalité des tissus, ou agissaient comme des poi-

sons sur l'organisme entier. Ces solutions atténuaient certainement la virulence, la toxicité des microbes, mais ils diminuaient le pouvoir phagocytaire des tissus opérés en lesant et mortifiant leurs éléments, en sorte que l'effet produit était souvent plus nuisible qu'utile. On reconnut, d'autre part, que la puissance des antiseptiques était nulle ou presque nulle en face de lésions infectieuses bien caractérisés. Il fallut se rendre à l'évidence, et reconnaître que les substances antiseptiques n'ont que peu de valeur au point de vue réellement antiseptique.

L'asepsie est née de cette constatation ; elle vise à écarter du champ opératoire tout germe pathogène. Son rôle est absolument préventif, et il est tout-puissant. Grâce à elle toute opération effectuée dans les tissus sains doit nécessairement et constamment évoluer *aseptiquement*, c'est-à-dire sans réaction fébrile sans incident inflammatoire, sans rougeur ni irritation même minime des téguments.

Pour éviter d'apporter les microbes pathogènes sur le champ opératoire, il faut stériliser :

II

1^o Les instruments et objets de pansement ; 2^o les mains du chirurgien et des aides ; 3^o les téguments de l'opéré.

Pour le premier point, il y a déjà longtemps que la technique est établie, et il n'y a pas de *manuel d'asepsie et d'antiseptie* qui ne donne à cet égard tous les renseignements désirables.

La stérilisation des mains du chirurgien est malheureusement chose plus délicate, et c'est ce point spécial qui a servi de base à la discussion de la Soc. de Chir.—

Cette stérilisation est possible, dans certaines conditions, et ce sont ces conditions qu'il importe de déterminer.

Bazy par l'expérimentation sur les animaux, et Delbet et Walther par des expériences bactériologiques ont démontré que la stérilisation des mains souillées par des contacts septiques, était possible, c'est ce que prouve d'ailleurs les faits cliniques.

Il est donc indiscutable qu'après des contacts infectieux, le lavage méthodique et minutieux des mains peut donner une asepsie suffisante. Mais cette asepsie sera-t-elle toujours et constamment obtenue ? Il faudrait des expériences innombrables pour répondre à cette question.

L'image de M. Quénu est en tout cas assez saisissante, quand il dit : « Une zone est de temps en temps parcourue par des projectiles. Dix, vingt, cinquante hommes la traversent sans être atteints, en concluez-vous que

cette traversée est inoffensive ? Le cinquante et unième ou le centième est frappé et votre affirmation est réduite à néant. ”

M. Quénu pour être plus certain opère avec des gants et attribue en partie à ce fait ses bons résultats. M. Ricard ne se sert pas de gants dans ses opérations aseptiques et croit pouvoir, d'après ses statistiques, conclure que le lavage des mains est suffisant pour obtenir l'asepsie et qu'il n'est pas nécessaire de recourir à des gants pour pratiquer des opérations aseptiques.

La discussion ouverte par M. Quénu, a mis en relief une série de points nouveaux d'une importance capitale pour la bonne pratique de l'asepsie.

L'asepsie des mains des chirurgiens est d'autant plus certainement obtenue que celui-ci s'abstient à de certaines règles fixes que l'expérience a fait reconnaître comme utiles sinon indispensables.

La manière de se laver les mains est un des points importants à préciser.

Le lavage doit se faire à l'aide d'objets, et de substances préalablement stérilisés, il doit être de longue durée, à l'aide de l'eau stérilisée chaude, avec une solution concentrée de savon. Le chirurgien doit se servir d'une brosse dure et terminer par un lavage spécial à l'alcool ou au permanganate de potasse.

Le lavage doit se faire à l'aide d'objets et de substances préalablement stérilisés.—

Il est indispensable d'avoir, dans des plateaux stérilisés, des brosses spécialement stérilisées pour chaque opération.

Les cures-ongles doivent être aussi stérilisés à l'égal d'un instrument.

Le *savon* doit lui-même être stérilisé. Ou bien on peut se servir de solutions savonneuses stérilisées dont la formule est dans tous les manuels; ou ce qui est très simple, faire préparer un savon composé de savon blanc de Marseille et de glycérine mélange et portés à l'ébullition. En refroidissant, ce mélange prend la consistance ordinaire du savon, il est onctueux, doux et aseptique. On le découpe en petits cubes, de façon à éviter qu'il servent pour une série d'opérations.

Les bassins où se fait le lavage doivent être préalablement et sérieusement flambés. L'eau de lavage doit être *stérilisée* et *chaude*.—

Dans la pratique ordinaire l'eau bouillie suffit.

Chaude elle pénètre plus facilement les couches superficielles de l'épiderme et facilite la saponification des graisses qui lubrifient les téguments. Le nettoyage des ongles est ainsi parfait.

Le brossage, à l'aide d'une brosse large et dure, dans une solution très concentrée de savon doit durer dix à quinze minutes et la mousse résultant

de ce brossage doit être enlevée et lavée trois ou quatre fois pendant ce laps de temps.

La main ainsi brossée est prête pour être *décapée* par le brossage dans l'alcool absolu.

Ce dernier brossage complète le nettoyage des téguments, et contribue à leur asepsie. Il a l'immense avantage de sécher la main qui, plongée dans l'eau bouillie, se mouille uniformément et complètement ; l'eau ne se met pas en gouttelettes séparées par des parcelles de téguments gras et non-mouillés, on a ainsi la preuve que le nettoyage est parfait :

Cette preuve je la demandais autre-fois au permanganate de potasse, dont la solution devait imprégner uniformément les téguments en cas de lavage complet.

Le nettoyage des ongles doit être fait au milieu de la séance de lavage, quand on juge que l'épiderme a déjà été suffisamment ramolli.

Non seulement les mains mais aussi les avant-bras doivent être ainsi lavés jusqu'au coude.

Ce n'est pas tout de bien se laver, il faut 1^o faciliter le lavage par des précautions préalables ; et 2^o maintenir l'asepsie au cours de l'opération.

Car malgré votre conviction absolue qu'un lavage bien fait suffit pour nous asepsier. Nous avons tous l'intention que cette asepsie peut être imparfaite à un moment donné, et la preuve en est fournie par ce fait qu'il n'est pas un chirurgien qui commencerait sa séance opératoire par ouvrir un phlegmon diffus ou une gangrène septique pour continuer par une laparatomie.

Le chirurgien doit rester aseptique. En évitant de s'infecter, il facilitera la désinfection. Il doit éviter le contact des lésions infectieuses qu'il peut opérer sans se contaminer en se servant de ses instruments sans mettre le doigt en vue d'exploration inutile.

Il est des cas cependant, où la contamination ne saurait être évitée, malgré toutes les précautions prises. Lorsque le chirurgien peut prévoir ces cas il peut protéger ses mains par des gants *s'il peut mener à bonne fin* son opération avec sa main gantée.

Si la contamination n'a pu être évitée le chirurgien doit se laver immédiatement.

Fréquemment pendant l'opération le chirurgien doit se laver les mains dans une cuvette remplie soit de l'eau stérilisée, soit d'alcool. Ou bien il s'essuiera les mains avec soin et souvent, avec des compresses stérilisées.

Les gants ont leurs inconvénients et leurs avantages. Ils doivent être imperméables. Les gants de fil ont été uniformément rejetés.

Les gants de caoutchouc sont imperméables, isolent complètement les téguments du chirurgien de la région opératoire et peuvent s'asepsier facilement par l'ébullition ou à l'autoclave.

L'usage des gants doit être réservé aux opérations septiques, n'exigeant pas une finesse spéciale au toucher, et où le contact de liquide ou de tissus infectés est inévitable.

Ils peuvent être indiqués aussi quant après un contact très septique, le chirurgien se trouve dans la nécessité de pratiquer immédiatement une opération aseptique.

M. J. AHERN.

DU TRAITEMENT DES FIBRÔMES DE L'UTÉRUS PAR L'ÉLECTRICITÉ.

Nous empruntons aux Annales de Gynécologie et d'Obstétrique (sept. et oct. 1903) le compte rendu des travaux présentés sur cet intéressant sujet, à la section de gynécologie du XIII^e Congrès International. — Le Dr F. La Torre (Rome), rapporteur fait remarquer que le traitement conservateur des fibro-myômes de l'utérus est représenté dans ce Congrès par un grand nombre de communications des plus intéressantes. Et ce qui est assurément très édifiant, c'est que des Gynécologues le plus en renom comme des chirurgiens à outrance, sont devenus, autant que possible, conservateurs. J'en suis bien aise dit-il ! Le traitement conservateur s'impose donc aujourd'hui.

Or, parmi les moyens les plus puissants dont la thérapie moderne dispose pour le traitement conservateur des fibromes utérins, l'électricité sous la forme de galvanocaustique intra-utérine, (méthode du regretté Dr Apostoli, se trouve sans conteste au premier rang.

La première place appartient évidemment à la myomectomie et à l'hystérotomie, mais elles peuvent donner de tristes conséquences pour l'existence des malades. L'électricité par contre n'en donne aucune. Et, s'il est vrai que la myomectomie nous débarrasse de la tumeur, elle réclame beaucoup d'habileté. L'électricité est d'un emploi plus simple, à la portée de tous et complètement innocente, sans danger et absolument sûre dans ses résultats.

Nous pouvons donc avancer une conclusion en disant que de tous les procédés conservateurs, la méthode d'Apostoli est la plus efficace, constituant le *meilleur auxiliaire* dont la gynécologie puisse disposer.

Nous ne sommes plus aujourd'hui à l'emploi empirique du courant continu, mais à l'application d'un remède dont les données thérapeutiques dérivent de la connaissance de la physiologie et de la pathologie générale.

Les travaux remarquables d'Apostoli, les expériences de Wein publiées en 1880, les études très récentes de Laguerrière et Zimmern démontrent un accord parfait entre les constatations physiologiques de l'influence des courants continus sur la nutrition du muscle normal et les résultats cliniques du traitement des fibro-myômes utérins.

La démonstration de l'action interpolaire des courants électriques sur le muscle normal a été très bien faite par Lhaguerrière qui a constaté, au microscope, les signes bien nets de la dégénérescence des faisceaux de fibres sur le muscle soumis à l'électrolyse; cette altération de la nutrition est bientôt suivie d'une diminution dans la circulation sanguine dans l'organe, ce qui permet d'expliquer facilement la dégénérescence, la tendance à l'hémostase et par suite la regression des fibro-myômes traités méthodiquement par les courants continus. C'est ce qui nous permet d'affirmer également que la méthode d'Apostoli constitue un remède apte à combattre le fibrome de l'utérus dans son étiologie, dans sa constitution et dans ses symptômes.

Les faits cliniques correspondent-ils à cette conclusion? Pour bien voir ce qu'il en est de cette question nous devons étudier les résultats que le traitement électrique nous donne. Sous ce rapport, on peut dire sans crainte d'être démenti que ces résultats sont excellents et constants: ils sont immédiats ou éloignés.

Résultats immédiats.—Ils peuvent être résumés dans les quelques propositions qui suivent: 1 L'action *hémostatique* des galvano-caustiques est, qu'on nous passe l'expression, dit Zimmern, le triomphe de l'électrothérapie gynécologique.

Qu'il s'agisse de métrorragie ou d'une augmentation dans la durée ou l'abondance des règles, le résultat final sera identique: les pertes s'amendront au bout d'un nombre variable de séances, de 15 à 20.

On a la suppression ou la diminution de l'hémorragie dans 80 p. 100 des cas.

La suppression de la douleur se vérifie dans 70 p. 100.

2o la réduction du fibro-myôme est un fait bien constaté, réduction que l'on peut avoir dans 15 p. 100 des cas.

Résultats éloignés :—Les hémorragies même les plus redoutables qui ont été arrêtées par ce traitement électrique ne récidivent généralement pas. Il en est de même des autres symptômes améliorés qui présentent une persistance remarquable lorsque le traitement a été bien appliqué et suffisamment prolongé.

Les faits et les commentaires de Thorman, Kerth, Apostoli et tout récemment ceux de Laguerrière sont sous ce rapport vraiment édifiants.

Les résultats éloignés que je compte dans ma pratique personnelle dit. le Dr La Corre, sont identiques ainsi que ceux de beaucoup d'autres gynécologues.

Cette concordance parfaite dans les résultats obtenus par les différents électrothérapeutes est vraiment admirable. Elle doit s'imposer aujourd'hui à la considération de tout clinicien qui juge sans parti pris.

Ces résultats démontrent en outre que le traitement électrique, méthode Apostoli, ne constitue pas un traitement empirique et seulement symptomatique. Les applications électriques deviennent ainsi un remède rationnel et le mieux approprié, son but étant celui de soulager les malades, de leur procurer un confort, tout en conservant l'organe dont l'ablation peut causer, outre les dangers personnels, des dommages sérieux pour la famille, pour la société et pour la science.

Et quand même le traitement électrique devrait rester sans succès il y a toujours pour les malades en dernière ressource, l'intervention chirurgicale, *Palliaratio* qui devient dans ces cas, non seulement utile, mais parfaitement justifiée et nécessaire.

Nous pouvons donc dire que le courant continu est un des meilleurs auxiliaires de la gynécologie. Le médecin par conséquent qui a à traiter un fibro-myôme de l'utérus doit tout d'abord conseiller et pratiquer la galvanocaustique intra-utérine, ne fut-ce que comme pierre d'essai.

Contre-indications : Il y a cependant des cas où, quels que soient les avantages, le traitement électrique peut devenir inutile et même dangereux.

Il est contre-indiqué dans les conditions suivantes :

a) Quand le fibrome a subi la dégénérescence sarcomateuse ou quand il se trouve associé au cancer.

b) Dans les cas de sphacèle ou torsion du pédicule.

c) Quand le fibrôme est accompagné d'inflammation ou de suppuration pelvienne.

d) En cas de fibrôme kystique.

e) En cas de fibrôme associé au kyste de l'ovaire.

La Rédaction.

Un cas de gangrène pulmonaire chez une fille de 14 ans, guéri par le gaïacol.

On sait combien la gangrène pulmonaire est rebelle à tous les modes de traitement.

Diamantherger rapporte un cas où le traitement gaïacolé obtint un succès complet.

Il s'agit d'une fille de 14 ans, toussant depuis six mois et présentant les signes cliniques de la gangrène pulmonaire (odeur fétide, cadavérique des crachats, etc.).

Le traitement intensif gaïacolé fut institué :

1o. Tous les jours, injection dans la région fessière d'une seringue de Pravaz de la solution suivante :

R. Gaïacol cristal.....	} à à 10 grammes.
Huile d'amandes douces stérilisée à 120.....	
Chlorhydrate de cocaïne.....	

f. s. a. (*in vitro nigro*) pr. iij. hypod.

2o Lavement à garder d'un demi-verre de lait légèrement tiède, additionné de 20 gouttes de la solution gaïaculée.

3o. Chaque matin, badigeonnage de la poitrine, sur une surface de 10 à 12 centimètres carrés, avec la solution gaïaculée prescrite plus haut
(*Journal Médical de Bruxelles.*)

L'anesthésie médullaire par l'injection de cocaïne procédé de Tuffier

L. STOUFFS, (*Presse Médicale Belge.*)

L'auteur a pratiqué le nouveau procédé d'insensibilisation de Tuffier dans trente et une interventions chirurgicales, dont il donne la nomenclature. Jamais il n'a observé d'accident sérieux ou inquiétant.

Stouffs estime que ce mode d'anesthésie est moins dangereux que la

chloroformisation, qu'il est facilement accepté par le patient et que, dans certaines circonstances (hernie étranglée, patient bronchitique, cardiaque, débilité ou alcoolique), il doit être préféré à l'anesthésie générale, quand le foyer opératoire se trouve dans la zone d'insensibilisation.

**Les observations cliniques sur le traitement des anévrismes
par la gélatine, en injections sous-cutanées.**

Il y a trois ans que M. Lancereaux, inspiré par des expériences de MM. Dastre et Floresco, a commencé à faire usage des injections sous-cutanées de gélatine pour le traitement des anévrismes. Depuis ce temps les cliniciens des autres pays, de l'Allemagne, de l'Amérique et de la Roumanie etc., ont commencé à traiter d'après cette nouvelle méthode.

Les résultats obtenus dans les différents pays ne sont pas égaux; les uns sont persuadés que la dite méthode est préférable à tous les moyens employés jusqu'à ce jour contre cette grave maladie. D'autres prétendent que les injections n'ont presque aucune influence sur la marche de la maladie.

Pendant les deux dernières années, j'ai eu l'occasion d'observer dans la clinique des maladies internes de la faculté de médecine de Moscou (directeur M. le professeur Cherwinsky) 8 malades atteints de l'anévrisme de l'aorte que nous avons traités par la gélatine en nous conformant exactement aux indications de l'auteur de la méthode. Malheureusement je n'ai obtenu parmi ces 8 malades aucun résultat satisfaisant, mais chez quelques-uns de nos patients nous avons observé une amélioration temporaire.

La méthode a besoin d'être soigneusement expérimentée pour en arriver à une solution concluante. Peut-être parviendrons-nous alors à lutter contre une maladie rebelle à tous remèdes. Maintenant le médecin ne peut que calmer les symptômes, mais non guérir la maladie.—L. GOLOUPNINE, agrégé de la Faculté de Médecine de Moscou. (Congrès de 1900.)

Cure radicale du phimosis.

G. MARION, (*Semaine Médicale*).

Le procédé employé par Duplay comprend trois temps distincts :

Premier temps.—Destruction des adhérences entre le prépuce et le gland, au moyen d'une sonde cannelée.

Deuxième temps — RACCOURCISSEMENT DU PRÉPUCE. — Le prépuce est tendu légèrement, sans traction; il ne doit pas être tiré, il doit être simplement tendu. Une petite pince clamp ou unipince de Kocher est placée obliquement et parallèlement au sillon de la base du gland. Le prépuce est sectionné au ras du bord postérieur de la pince. On sectionne alors la muqueuse sur la ligne médiane au moyen d'une paire de ciseaux dont l'une des branches a été introduite entre la muqueuse et le gland. On régularise ensuite les lambeaux en abattant obliquement les angles d'un coup de ciseaux. Après hémostase, on suture la muqueuse à la peau, soit au catgut fin, soit au crin de Florence.

Troisième temps. — ALLONGEMENT DU FREIN — Pour corriger la brièveté du frein, on renverse le gland de façon à tendre le frein que l'on sectionne transversalement. Par la traction, l'incision se transforme en une fente longitudinale. On réunit ensuite les lèvres de la plaie *longitudinalement*. Il est nécessaire de lier la petite artère du frein, que l'on sectionne toujours.

PANSEMENT. — Une bandelette de gaze stérilisée ou iodo formée enroulée autour de la base du gland et par-dessus un Macintosh percé d'un trou et rabattu sur la verge constitue le meilleur pansement. Les fils pourront être enlevés dès le cinquième jour.

Les dangers de la ponction lombaire.

Les récents travaux de Widal, Sicard, Monod, Ravaut, Castaigne (XIII^e congrès Internat. de méd. et Soc. de biologie) engageront certainement les médecins à pratiquer la ponction du canal rachidien. Néanmoins il convient de ne pas considérer cette petite intervention comme absolument inoffensive; il est vrai qu'elle ne donne d'habitude lieu qu'à de la céphalée proportionnée à la quantité de liquide écoulé ou à une légère titubation pendant la marche. Mais il y a des exceptions.

A côté de sept cas de mort déjà publiés et sûrement attribuables à la ponction, Gumprecht, de Iéna, vient de communiquer deux nouveaux décès (*Dent. med. Wochenschrift*). Il s'agit de deux malades atteints de tumeurs du cervelet, siégeant dans la fosse occipitale; après la ponction, la tumeur s'affaissa sur l'aqueduc ou sur le trou de Magendie, interrompant la communication entre les ventricules et le canal rachidien vide et

affaîssé. Gumprecht ne voit qu'un moyen pour éviter la mort dans ce cas ; c'est de pratiquer la respiration artificielle et de trépaner pendant ce temps l'os occipital. Cela ne nous semble pas facile. — Bn.

(*Journal des Praticiens.*)

Les Illusions des amputés.

M. Touche rapporte l'observation d'un malade qui a subi l'amputation du bras et qui ressent dans son bras fantôme des douleurs lancinantes à territoire radiculaire. Le fait intéressant de ce cas c'est que la topographie de ces douleurs varie selon qu'on comprime telle ou telle apophyse dorsale ou cervicale. M. Touche, ayant constaté, chez son malade, des stigmates d'hystérie, suppose que la systématisation aussi régulière des douleurs lancinantes s'explique par l'existence même de cette névrose.

Grossesse abdominale récidivée.

M. Chapot-Prévost rapporte le cas d'une femme qui, après avoir fait deux avortements, a une troisième grossesse qui paraît évoluer normalement jusqu'au neuvième mois. Elle est alors prise de douleurs, mais l'accouchement ne se fait pas. Les règles reviennent régulièrement un mois et demi après ce faux travail.

Continuant toujours à souffrir, cette femme vient, quelque temps après consulter M. Chapot-Prévost qui, après un examen minutieux, fait le diagnostic de grossesse abdominale. Il fait la laparotomie le 26 août 1895. Suites opératoires normales.

Un an et cinq mois plus tard cette femme redevient enceinte et présente à nouveau une grossesse extra-utérine. Le fœtus succomba à sept mois. Ce dernier fut extrait à la suite d'une nouvelle laparotomie pratiquée par M. Chapot-Prévost le 13 décembre 1896. Les suites de cette deuxième opération furent également normales.

(*L'Indépendance Médicale.*)

CONSULTATIONS ET ORDONNANCES MÉDICALES.

Indications de la saignée.

PROF. HAYEM.

1^o Un moyen thérapeutique est indiqué lorsqu'il est établi qu'il procure, dans une circonstance donnée, un soulagement plus grand qu'aucun autre.

La saignée ne peut donc être considérée comme indiquée que dans les cas où elle agit avec une supériorité incontestable sur tous les autres procédés thérapeutiques.

2^o L'emploi des saignées répétées comme méthode de traitement dite autrefois : méthode antiphlogistique, paraît être définitivement condamnée.

L'ouverture de la veine, pratiquée une fois, ou plusieurs fois à des intervalles relativement éloignés, mérite au contraire d'être conservée comme moyen utile et parfois héroïque.

3^o Les cas dans lesquels la saignée est indiquée sont, d'une manière générale, ceux où la vie est mise en danger immédiat, soit par troubles de la circulation, soit par toxémie.

4^o Les principales conditions dans lesquelles l'indication de la saignée est nette sont les suivantes :

(Œdème aigu du poumon, particulièrement dans les maladies des gros vaisseaux et des reins ;

Certains cas de pneumonie à forme œdémateuse ou simplement congestive ;

Certains troubles mécaniques de la circulation par maladie du cœur ou des gros vaisseaux : particulièrement en cas d'hypertension artérielle, mais aussi parfois avec asystolie évidente ; formes congestives et hémorragiques de la néphrite aiguë ; congestion cérébrale et hémorragie au début, chez les malades ayant de l'hypertension artérielle :

Urémie aiguë ou récente ;

Eclampsie puerpérale ;

Empoisonnement du sang par certains gaz, notamment par l'oxyde de carbone.

5^o Dans toutes les autres conditions pathologiques, les indications de la saignée sont discutables.

Il en est notamment ainsi dans la chlorose.

6° Les indications de la saignée sont établies empiriquement par l'observation des faits. A cet égard, les documents classiques de réelle valeur sont peu nombreux. Les statistiques ne sont guère utilisables, car il est très difficile de faire un groupement irréprochable de faits souvent disparates.

7° Les effets dits physiologiques des soustractions sanguines ne pourront donner qu'une idée très imparfaite des effets thérapeutiques de la saignée. Ceux-ci résultent essentiellement des conditions très particulières créées par la maladie.

Ils semblent pouvoir se rattacher en grande partie, d'un côté à l'effet mécanique produit par la soustraction brusque d'une certaine quantité de sang, de l'autre à une décharge de poison.

Les faits cliniques observés avec précision prouvent que ces effets thérapeutiques sont d'une grande puissance.

8° La résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable, dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang.

Sauf aux âges extrêmes de la vie, dans les cas morbides que nous venons de signaler, une saignée d'une certaine importance (de 300 à 500 cent. cubes) est toujours facilement supportée, alors même que les malades sont sensiblement anémiés, ce qui arrive assez souvent dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale.

9° La réparation du sang s'effectue chez les malades comme à l'état physiologique, par l'intermédiaire des hémato blastes : les éléments de la moëlle des os n'y prennent aucune part.

Ces éléments ne passent dans le sang général qu'en cas de pertes de sang excessives, répétées coup sur coup.—

Journal des Praticiens.

Le régime des albuminuriques

D'APRÈS ALBERT ROBIN

1o Le régime exerce une grande influence sur les albuminuriques, quelle que soit la condition génératrice de l'albumine ;

2o Aucune règle fixe ne permet *a priori* d'appliquer indistinctement tel ou tel régime à un albuminurique, même quand on a établi le diagnostic

de la variété anatomique et clinique de la néphrite à traiter; en d'autres termes, chaque albuminurique présente une personnalité morbide qui ne permet pas de lui imposer par avance tel régime, quelle que soit la faveur officielle dont il jouisse

3o Pour chaque albuminurique il est indispensable de faire une expérience préalable qui permet de fixer quel est le régime qui donne lieu à la moindre élimination d'albumine.

4o. Le régime lacté absolu et les régimes lacto végétal et lacto-animal donnent généralement moins d'albumine que les régimes dans la composition desquels le lait n'entre pas;

5o. L'albumine augmente quand on substitue le vin au lait;

6o. L'alimentation par les œufs donne moins d'albumine que le régime carné;

7o. Un régime composé d'œufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu;

8o. Parmi les viandes, le veau et le bœuf conviennent mieux aux albuminuriques que le poulet et le mouton;

9o. Le poisson paraît toujours augmenter l'élimination d'albumine;

10o. Parmi les végétaux, les pommes de terre, les choux-fleurs et le riz sont ceux qui donnent lieu à la moindre élimination d'albumine;

11o. Il est rare que l'addition du pain à un régime quelconque augmente l'élimination d'albumine. (*Journal de Médecine Interne.*)

Le traitement moderne du pied bot.

Hoffa, s'appuyant sur une expérience de dix années, au cours desquelles il traita environ quatre-vingt patients atteints de pied bots, nous donne son avis sur l'état actuel du traitement de cette affection.

Il la considère comme éminemment curable, quel que soit l'âge du sujet, et abstraction faite de toute intervention sanglante.

Il joint à son article une excellente collection de vingt quatre figures.

L'auteur recommande de commencer le traitement dès l'âge le plus tendre; il devra consister en redressements méthodiques et manuels exécutés deux fois par jour et suivis de massages; dans l'intervalle des séances, le pied sera maintenu en position corrigée au moyen d'un bandage approprié; Hoffa recommande l'attelle de Becty. Ce traitement devra continuer jusqu'à ce que l'enfant marche seul. Alors la correction sera suffi-

sante pour que l'on puisse se contenter d'une bottine spéciale ou de présence de l'appareil spécial construit d'après les indications de l'auteur lui-même.

Si le patient est plus âgé, il faudra procéder d'emblée et sous narcose au redressement forcé en une seule séance suivant les indications de König ; on y joindra la section du tendon d'Achille, et, s'il est nécessaire, celui des tendons rétractés de la voûte plantaire.

Pour les cas rebelles, on se servira, suivant les indications de Lorenz, du redressement ostéoclaste, sans employer de manœuvres violentes et en revenant plusieurs fois à la charge s'il le faut. Quand le redressement est suffisant, on fixe le pied au moyen d'un solide bandage plâtré, qu'on laisse à demeure pendant quatre à six semaines pour le remplacer ensuite par un appareil.

(Journal Médical de Bruxelles).

Volvulus chez un homme de 72 ans. Laparotomie, Guérison.

—
VERNEUIL,
—

Un vieillard de 72 ans est entré dans le service du Dr Verneuil, à l'hôpital de Saint-Josse-ten-Noode, pour troubles intestinaux datant de douze jours. Il était pris de constipation avec absence d'émission de gaz. Toute la gamme des purgatifs avait été mise à contribution—sans aucun succès d'ailleurs. A son entrée à l'hôpital, le malade était pâle, émacié, il ne souffrait pas et n'avait pas eu de vomissement bilieux ni fécaloïde. Le ventre était énorme, indolore et tympanique ; le pouls et la température normaux.

Verneuil fit la laparotomie. Les anses intestinales grêles étaient dilatées, engorgées et recouvertes d'un léger voile fibrineux. A 10 centimètres environ du cœcum, sur la dernière portion de l'iléon, siégeait un volvulus. Les choses furent remises en leur état normal. L'intestin qui était enroulé fut attiré en dehors et, après isolement dans de nombreuses compresses, il fut entaillé sur son bord convexe, puis suturé.

Fermeture du ventre. Le malade guérit en quinze jours.

Cette observation est intéressante d'une part par le peu de symptômes et par la bénignité de ceux-ci ; d'autre part par le siège du volvulus qui,

chez l'adulte et le vieillard, se rencontre rarement sur l'intestin grêle. Verneuil croit, à l'encontre de beaucoup de chirurgiens, que la détorsion du volvulus suffit quand les tissus de l'anse intestinale sont sains. Il n'a pas vu signalés de cas de récurrence. (*Journal Médical de Bruxelles.*)

LE PROTARGOL EN THÉRAPEUTIQUE.

BLENNORRAGIE

Injections de 0 gr. 25 à 1 gr. 50 0/0. 3 fois par jour. Les deux premières minutes, la troisième 30 minutes (le soir). (NEISSER).

Lavages uréthro-vésicaux :

Solution de 1 pour 500 à 1 pour 1000.

(HAIDOUTOFF).

Instillations :

Solution de 5 à 10 0/0 (20 à 60 gouttes).

(E. DESNOS).

PROPHYLAXIE :

Injection d'une solution à 3 0/0 dans les cinq heures qui suivent le rapport suspect.

(WHELANDER).

Aussitôt après la cohabitation, 2 gouttes d'une solution glycinée au protargol à 26 0/0.

(FRANK.)

MÉTrites :

Écouvillonnage avec solution à 10 0/0.

(ALB. CAILDEUX).

VULVO VAGINITES :

Injections triquotidiennes d'une solution à 1 0/0.

(L. BOUVY).

RHINO-LARYNGOLOGIE :

Badigeonnages avec une solution à 10 0/0 tous les deux jours. Entretiens, introduction 4 fois par jour dans les fosses nasales d'un onguent protargolé :

Vaseline..... 30
 Protargol..... 3 (DE STELLA)

Badigeonnages au protargol de 2 à 10 0/0.

(DE STELLA, ALEXANDER, CHAPMAN).

OPHTHALMOLOGIE :

Instillations : Protargol..... 0 gr. 50

Eau distillée..... 10 gr. (DARIER):

(Laisser fondre spontanément dans un flacon de couleur. Quelques gouttes en instillations 3 ou 4 fois par jour.

Cautérisations : Protargol..... 0 gr.

Eau distillée.. 10 gr. (DARIER).

Insufflations : Poudre de protargol en nature.

(DRIER)

Pommade pour les paupières :

Protargol..... 1 gr. 50

Oxyde de zinc..... 1 gr. 50

Amidon..... 1 gr.

Vaseline..... 15 gr. (DARIER).

Sondes gélatinées au protargol. (ANTONELLI).

De 25 à 40 0/0. (LEONARD).

Instillations de Crédé (nouveaux-dés).

Solutions de protargol à 20 0/0. (ENGELMANN).

PLAIES ET BLESSURES :

Pommade au protargol de 5 à 10 0/0.

vaseline, lanoline, etc.....) (FLORET).

Poudre de protargol, nature, pour saupoudrer. (FLORET, VALENÇON).

Un moyen simple contre les ulcérations des joues d'origine dentaire.

On arrive à guérir ces ulcérations de la face interne des joues, produites et entretenues par le bord coupant des molaires abrasées de certains vieillards, en interposant, entre les joues malades et les arcades dentaires, un disque de grandeur convenable, découpé dans un zeste d'orange ou de citron.

Le contact n'en est pas désagréable, et ce petit appareil, facile à remplacer, procure un soulagement immédiat et donne aux tissus le temps de se réparer.

On peut user de ce procédé pour soustraire à toute irritation mécanique une ulcération quelconque de la face interne des joues, ou pour empêcher le pincement de ces dernières entre les arcades.

(Revue de Stomatologie, avril 1900.)

Traitement des métrorragies par l'ergotine en lavements.

Dans les cas où l'ergotine est mal tolérée par la voie buccale, on peut, à l'exemple de Rheinstater et autres, prescrire, immédiatement après un lavement évacuant, l'injection, par la voie rectale, d'une cuillerée à café de la solution suivante dans trois grandes cuillerées d'eau tiède :

Ergotine.....	10	grammes.
Eau distillée.....	70	—
Glycérine.....	20	—
Acide salicylique.....	20	centigr.

F. s. a. pour usage externe.

Traitement du ténia.

Alcool chloroformé à 10 p. 100...	8	grammes.
Essence de térébentine rectifiée... }	à 4	—
Extrait éthéré de fougère mâle... }		
Glycérine.....	15	—

Mélez.— A prendre une cuillerée à café d'heure en heure.

Avant de commencer ce traitement, le patient prend de l'huile de ricin ou du sulfate de magnésie et, dès que l'effet purgatif s'est produit, il fait usage de la mixture ci-dessus formulée.

(Nouv. Remèdes.)

Bromhydrate d'hyoscine dans le traitement de la chorée.

Reudle (*Brit. Méd. Journ.*, 29 juillet 1899) rapporte le cas d'un jeune homme âgé de seize ans qui avait été traité sans succès au moyen des bromures, du chloral et de l'arsenic. La morphine n'avait guère eu plus de succès, le malade devenait de plus en plus faible lorsque l'auteur eut l'idée de lui injecter du bromhydrate d'hyoscine, à la dose de 0 gr. 0003, deux fois par jour. Peu de temps après, une amélioration sensible se produisit dans son état, amélioration qui persista. L'auteur renouvela trois fois par jour ses injections. Une semaine après, les mouvements choréïques avaient cessé, si bien que le traitement fut complètement suspendu. La convalescence se produisit sans incidents.

L'eau oxygénée contre les taches de rousseur.

Le meilleur moyen de faire disparaître les éphélides est d'employer l'eau oxygénée ; matin et soir on applique sur les taches, pendant cinq minutes, un tampon de ouate imbibé d'eau oxygénée. Pour calmer l'irritation et l'écaillage de la peau produite par ce traitement, on fait une onction avec la lanoline, ou on lave avec une solution de glycérine boriquée.

(*Pharmac. Post, et Répert. de pharm.*, 1900, No 9.)

Les compresses d'éther dans la hernie étranglée.

Voici le procédé décrit par M. Fiessenger dans la *Revue gen. de clin. et de thér.* :

“ Une lame de coton couvre le lieu du délit ; toutes les quelques minutes on l'imbibé d'éther de manière à maintenir une impression permanente de froid sur la région douloureuse. Au bout de vingt à vingt-cinq minutes de cette manœuvre, renouvez la tentative du taxis ; parfois l'intestin se réduit avec une facilité surprenante.—On peut, en outre, pratiquer une injection de morphine au niveau des parties étranglées. Cette complication de technique n'est pas indispensable, l'éther seul est suffisant ; qu'on ne s'y méprenne pas, il constitue dans l'espèce un agent curateur de premier ordre.—Des étranglements datant de près de quarante huit heures peuvent être réduits grâce à son emploi, et cela spontanément, sans le concours d'aucune tentative directe du taxis ”

D'après un fait récent et qui prouve bien l'efficacité de ce procédé M. Fiessenger estime qu'on fera bien de le prolonger, si besoin est, pendant trois quarts d'heure ou même une heure.

Traitement de la blépharite.

Parmi les causes de la blépharite, Kelmann (*Rec. d'opht*, 1900), signale le *dermodex folliculorum* qui se loge dans les capillaires des cils.

Les symptômes produits peuvent faire complètement défaut ; mais dans la majorité des cas, il existe une forte hypérémie du bord des paupières, accompagnée d'une irritation considérable des yeux. Lorsque la maladie est très prononcée, on trouve en outre une conjonctivite avec inflammation de la peau aux commissures. Pour cette forme particulière de blépharite, Kelmann prescrit une des formules suivantes :

1 ^o Baume du Pérou.....	2 grammes.
Lanoline anhydre.....	6 —
—	
2 ^o Baume du Pérou.....	2 —
Lanoline anhydre.....	4 —
Huile d'amandes douces.....	2 —

On badigeonne avec cette pommade le bord libre des paupières, et on la laisse en place pendant une demi heure ; il faut faire en sorte que cette pommade ne touche pas à la conjonctivite pour ne pas irriter celle-ci. Au bout de vingt-quatre heures, on constate déjà l'action efficace et énergique de cette pommade.

—◆◆◆—

FURONCLES. Voici un nouveau moyen indiqué par le Dr Ulmann, c'est le badigeonnage avec une solution éthéro-alcoolique d'ichthyol. Voici la formule de la solution :

Ichthyol	} àà
Éther sulfurique.....	
Alcool.....	
	6 gr.
	7 gr.

On badigeonne deux à trois fois par jour, après avoir enlevé les polis au rasoir.

—

Gargarisme salicylé dans les angines aiguës (Cheveler).

Salicylate de soude.....	8 gr.
Eau de menthe.....	150 gr.

—

CRÉOSAL. DUBOIS : Solution aqueuse de phospho-tannate de créosote, le plus actif des sels de créosote, admirablement toléré.

—

Nous souscrivons volontiers aux conclusions de COMBEMALE sur l'aspirine. C'est, décidément, un très bon médicament. Dans le rhumatisme aigu, il calme les douleurs et fait tomber la fièvre à la manière du salicylate, mais sans malaise, sans vomissements, sans bourdonnements d'oreilles, sans dépression circulaire, sans même influencer l'appétit. Trois grammes par jour, en cachets d'un gramme, continués pendant huit jours au minimum, semblent la dose moyenne pour obtenir la sédation utile.

L'aspirine paraît également le meilleur médicament à opposer à la fièvre des tuberculeux.

Le Dr BURTE propose de traiter le lupus par le permanganate de potasse. Il suffit d'appliquer la solution sur les parties atteintes. Au bout de dix jours déjà, il y a amélioration. La méthode a, du moins, ce mérite d'être simple : elle vaut certainement la peine qu'on en contrôle l'emploi.

BLENNORRHAGIE AIGUE.—*P. Una* (de Hambourg). Solution :

Sulfophénate de zinc	1 gramme
Résorcine.....	4 —
Hydrolat de Fenouil.....	200 —

F. s. a. Usage externe.

Les injections doivent être pratiquées dès le début de la chaudepisse et aussi bien pendant le jour que dans le courant de la nuit, à des intervalles réguliers. C'est à l'absence d'injections nocturnes et à l'emploi tardif du traitement local qu'est surtout due la longue durée de l'écoulement blennorrhagique.

Faire ces injections d'abord toutes les deux heures jour et nuit, en continuant ainsi jusqu'à ce qu'il ne se montre plus de goutte au méat le matin au réveil. A partir de ce moment, les injections ne sont plus pratiquées que toutes les trois heures pendant la première semaine, et tout les huit jours on augmente d'une heure cet intervalle jusqu'à ce qu'il atteigne six heures pendant la quatrième semaine. Lorsque la blennorrhagie est légère, on peut se borner dès le début à ne faire les injections qu'à des intervalles de trois ou même de quatre heures, pourvu qu'on ne les interrompe pas pendant la nuit.

REPRODUCTION

Vésicatoire et révulsion.

“ Tout a été dit, semble-t-il, sur le vésicatoire et les échos des sociétés savantes retentissent encore des voix autorisées qui se sont fait entendre, soit pour le dénigrer, soit pour en exalter les bienfaits. Aussi peut-il paraître risqué de venir, après tant d'autres, parler d'un sujet dont toute originalité est bannie et dont l'éclat n'attire pas les regards. ” Et pourtant ce ne serait pas une œuvre inutile que d'exposer les données principales de la question, de dégager les vérités actuellement acquises, d'y ajouter enfin les résultats de l'expérience personnelle. C'est à cette œuvre ainsi conçue que M. Bablon vient de consacrer sa thèse inaugurale.

Les origines de la médication vésicante sont encore entourées d'obscurité. Les uns attribuent l'honneur de sa découverte à Asclépiade de Bithynie, d'autres à Arétée, d'autres enfin, avec plus de raison, semble-t-il, à Archigène, médecin de l'empereur Néron. Cet auteur décrit en effet en termes précis les propriétés et les dangers du vésicatoire :

“ Nous nous servons du cataplasme où entrent les cantharides, lequel fait de grands effets pourvu que les petits ulcères qu'il excite demeurent longtemps ouverts, mais il faut en même temps garantir la vessie par l'usage du lait. ” Après Archigène, Galien préconise l'emploi des topiques cantharidés contre la rage, la lèpre et les chairs baveuses, Arétée prescrit aux épileptiques les frictions cantharidiennes sur le crâne.

Les Arabes et l'école de Salerne se bornent à imiter l'exemple de Galien. Le moyen âge délaisse presque absolument le vésicatoire que, jusqu'à la fin du seizième siècle, les auteurs s'accordent à considérer comme une médication dangereuse. Ambroise Paré le recommande seulement dans les affections chroniques, “ quand les autres remèdes n'ont profité assez ; ” Van Helmont en attribue l'invention à quelque esprit diabolique. Ce n'est guère qu'en 1575 que Mercurialis (de Bologne), Saxonia, Sennertus signalent l'influence favorable qu'il exerce sur l'évolution des fièvres épidémiques. Au xvii^e siècle l'usage des vésicants se répand dans la pratique journalière. Friend affirme qu'une fièvre rebelle ne peut guérir sans l'emplâtre de cantharides. Sydenham vante les révulsifs dans les fièvres, dans

les hydropisies et les petites véroles. Bientôt le vésicatoire est appliqué sans discernement dans tous les cas ; des accidents graves ne tardent pas à se produire. C'est alors que dans son célèbre livre : *De usu vesicantium*, Bughvi jette le cri d'alarme. Il montre à combien de dangers expose l'usage irraisonné du vésicatoire, mais il a soin d'ajouter qu'il ne faudrait pas absolument le bannir de la thérapeutique. *Quamvis vesicantia producant mala, non perinde tamen e republica medica sunt prescribenda*. Le xviii^e siècle n'en continue pas moins les excès du précédent et provoque ainsi une violente réaction à la tête de laquelle se placent VanSwieten, Crater, Bourden, Whytt, Tralles ; c'est de ce moment que date la lutte entre partisans et adversaires du vésicatoire, lutte dont les différentes phases se sont déroulées pendant le xix^e siècle, et dont l'issue, malgré tous les efforts tentés, reste encore indéfinie. Dans la première moitié du siècle, la cause du vésicatoire, soutenue par Broussais, Bouillaud et Andral, a facilement raison des objections de Louis, Rasori et Laënnec ; la discussion académique de 1855 consacra le triomphe de la médication vésicante. Triomphe éphémère, car, de nos jours, le vésicatoire est tombé dans un profond discrédit. Les générations actuelles lui déniaient toute action bienfaisante sur l'organisme, et si elles le prescrivent encore, ce n'est, le plus souvent, que pour céder aux vœux pressants des malades : le vésicatoire devient le tyran redouté dont il faut à tout prix secouer le joug (Talamon).

Avant d'examiner impartialement les avantages et les inconvénients du vésicatoire, il n'est peut-être pas inutile d'en rappeler brièvement les formes pharmaceutiques principales.

Aux formes pharmaceutiques anciennes et même à l'emplâtre cantharidé du Codex, on préfère souvent aujourd'hui les divers sparadraps vésicants, en raison même de leur propreté et de leur facilité d'emploi. Il suffit en effet de découper dans un rouleau de toile vésicante un écusson de la grandeur désirée, que l'on fixe ensuite sur la peau.

Dans ces derniers temps, on a préconisé (Bidet) un vésicatoire liquide que l'on obtient de la façon suivante : on prépare une solution chloroformique de cantharidine qui, additionnée d'un peu de cire, peut être utilisée en badigeonnages ; le chloroforme s'évapore, et il reste une mince couche de cantharidine retenue par la cire.

Les propriétés vésicantes de la cantharide sont dues à un principe spécial isolé en 1816 par Robiquet, la *cantharidine*. La cantharidine est un alcool tétratomique de formule complexe, insoluble dans l'eau, soluble

dans les corps gras. Dans les conditions habituelles de son emploi, c'est la sécrétion sébacée, unie à quelques traces de kératine et d'éléidine, qui joue le rôle de corps gras et facilite ainsi la pénétration intra-épidermique. La présence des sels alcalins permet la transformation du principe en cantharidate soluble et très toxique, d'où cette importante déduction : éviter soigneusement l'usage des toxiques à base des cantharidates alcalins.

L'action toxique de la cantharide a été étudiée par Baglivi, Galippe et Liebreich. Sur tous les organes d'élimination la cantharide provoque des phénomènes inflammatoires : néphrite aiguë épithéliale (Cornil) ; cystite avec strangurie et hématurie, hyperhémie des muqueuses bronchiques, biliaires et intestinales, etc. Les effets varient d'ailleurs avec la dose et la nature de l'agent toxique, et c'est ici le lieu de signaler que la cantharidine est dix fois moins toxique que la poudre de cantharides, différence du probablement au rôle adjuvant de l'huile essentielle que contient cette dernière.

La cantharide n'est pas le seul agent vésicant connu : certaines euphorbiacées jouissent de propriétés analogues. On utilisait l'emplâtre vésicant d'Asclépiade. L'anémone, le cardol, le chloral, l'acide phénique peuvent encore à la rigueur être employés comme révulsifs. Mais de ces substances les unes, comme le cardol, produisent une action trop énergique, les autres, comme l'euphorbe et l'acide phénique, sont inconstantes et difficiles à doser ; d'autres enfin, comme le chloral, sont d'une application douloureuse et laissent des cicatrices. Aussi a-t-on pu dire avec raison que le vésicatoire cantharidé était, de tous les vésicatoires proposés, le seul véritablement pratique et constant dans ses effets.

Toutefois, l'usage de la médication cantharidienne ne va pas sans de nombreux inconvénients que l'on peut artificiellement diviser en trois groupes distincts : *inconvénients concernant l'état général* ; *inconvénients concernant le tégument cutané* ; *inconvénients concernant les voies urinaires*.

Dans le premier groupe rentrent d'abord l'agitation et l'insomnie, accidents dont Baglivi avait déjà signalé la fréquence chez les débiles : *In corporibus macilentis vidi motus convulsivos*. Cette agitation s'observe avec une certaine fréquence : Il est rare, cependant, qu'elle soit assez intense pour constituer une complication proprement dite. Différents auteurs ont accusé plus le vésicatoire de provoquer un mouvement fébrile. Ce reproche est-il fondé ? Physiologiquement, les résultats ont été des plus contradictoires. Cliniquement on note souvent un état d'éréthisme circulatoire qui offre quelque ressemblance avec la fièvre, mais ne doit pas être confondu avec

elle. En réalité le vésicatoire ne crée pas la fièvre, tout au plus augmente-t-il un état fébrile préexistant, et les anciens avaient raison de dire que " le pouls dur contre-indique formellement l'emplâtre cantharidien. "

Les accidents du deuxième groupe ont été encore signalés par Baglivi. *Vidi nonnunquam ulcera a vesicantibus excitata desisse in gangrænam vel in difficilliman cicatricionem* Les furoncles, les anthrax, les gangrènes, l'érysipèle, la diphthérie même ont été successivement attribués à l'usage des vésicatoires. Ces complications, fréquentes à une époque où les vésicatoires restaient presque indéfiniment en place, et où l'on négligeait les précautions les plus élémentaires de propreté chirurgicale, ne s'observent plus aujourd'hui ; nous passerons tout de suite au dernier grief, de beaucoup le plus sérieux, de tous ceux qu'on a formulés contre la médication révulsive : la constance et la gravité des accidents urinaires. Relevés par tous les auteurs, d'Hippocrate à Lancereaux, en passant par Galien et Ambroise Paré, ils ont été l'objet de récentes études de Morel-Lavallée, Corril et Galippe-Morel-Lavallée (1844) fait de la cystite la seule détermination urinaire de l'intoxication cantharidienne ; Corril décrit histologiquement la néphrite ; Galippe montre que la cantharidine est un poison vaso-moteur et s'élimine par le rein. Ces résultats sont incontestables, mais il ne faudrait pas appliquer à la pathologie humaine les rigoureuses conclusions de Galippe. " Nulle analogie, en effet, entre le vésicatoire colossal et permanent des expériences et celles du topique modeste et volant de nos salles d'hôpitaux. " Les statistiques de Gubler, de Lacomme, de Felz, les recherches personnelles de l'auteur sont là pour prouver que les accidents urinaires ont été singulièrement exagérés comme fréquence et comme gravité, et que, dans la plupart des cas, le vésicatoire ne présente pas plus de dangers que n'importe quelle autre médication.

La raison de la plupart des complications précédentes doit, en réalité, être cherchée moins dans les propriétés toxiques du médicament que dans l'inobservance des règles suivantes : les dimensions du vésicatoire ne devront pas dépasser 12 x 12 centimètres ; on le laissera en place deux heures chez les enfants au-dessous de cinq ans, quatre heures chez les enfants au-dessus ; de douze à vingt-quatre heures chez les adultes ; douze heures suffiront ordinairement dans ce dernier cas. L'apparition de la phlyctène indique le moment d'enlever l'emplâtre. Autant que possible éviter de placer le topique sur des régions exposés aux frottements incessants ou aux souillures organiques. Dans le choix du vésicant, préférer les toiles et sparadraps cantharidés à l'emplâtre du Codex qui, une fois l'épiderme soulevé,

laisse une énorme quantité de principe irritant adhérent, ce qui augmente les chances d'absorption. Après la vésication, percer l'ampoule, si elle ne l'est déjà, et panser la plaie selon les règles de l'asepsie.

Quant aux *contre-indications*, elles se tirent du tempérament du malade et de la nature de la maladie. Chez les enfants et les femmes, à peau délicate, à système nerveux fragile, surveiller toujours les effets du vésicatoire. Se rappeler que le vésicatoire est le plus souvent contre indiqué : chez les vieillards, en raison de la nutrition insuffisante de leur tégument et de la faiblesse de leurs réactions nerveuses, — chez les individus cachectiques, que la moindre plaie cutanée expose à une infection généralisée, — et enfin chez les malades atteints d'une affection grave des voies urinaires. Nous possédons actuellement assez de moyens de dépister l'insuffisance rénale [cryoscopie, élimination provoquée de bleu de méthylène, glycosurie phloridzique etc.] pour que l'on ne fasse usage de l'emplâtre cantharidien que lorsqu'on est absolument sûr du bon état anatomique et physiologique de la glande rénale.

Avant de passer aux avantages du vésicatoire, il convient encore de dire comment le vésicatoire se comporte devant l'*expérimentation*. Tout irritant cutané agit sur la pression sanguine par l'intermédiaire du centre vasomoteur, sur le cœur par le pneumogastrique, sur la respiration par le centre correspondant, et influe plus spécialement (Fr. Franck) sur le calibre des vaisseaux de l'organe au voisinage duquel on l'applique. Le vésicatoire possède ces diverses propriétés : il élève la pression sanguine (Brown), renforce les battements de cœur, augmente enfin, de la façon la plus nette les échanges respiratoires (A. Robin). Localement, il détermine une congestion sanguine limitée, au niveau de laquelle le plasma transsude à travers les parois des vaisseaux cutanés pour former de petites bulles ; ces bulles, en se réunissant, constituent une ampoule remplie d'un liquide transparent, composé de sérum albuminé, de sérum globuliné, et de leucocytes. Avec cette congestion superficielle coïncide toujours une vasoconstriction profonde, d'autant plus nette que l'action de la cantharide a été prolongée davantage.

Il est logique d'admettre que, dans les cas pathologiques, le vésicatoire n'agit pas autrement dans les conditions expérimentales, que la congestion superficielle portant sur tous les éléments du sang, globules et liquide soustrait ces différents éléments au foyer d'inflammation intense. Dans la *tuberculose commune*, les heureux effets des vésicatoires sont signalés par des cliniciens tels que Pidoux, Grancher, Arnozan, Peter, Dieulafoy

Grancher considère l'application répétée des petits vésicatoires comme un des meilleurs moyens d'enrayer une tuberculose chronique. Peter affirme que l'on observe toujours, à la suite du révulsif, un soulagement considérable du malade et une diminution dans la finesse et l'étendue des râles : Daramberg insiste sur les résultats *merveilleux* que l'on retire de l'usage du vésicatoire dans les phtisies à évolution lente. Par contre, l'emplâtre cantharidien est inutile et même dangereux dans toutes les *tuberculoses aiguës*.

L'utilité du vésicatoire à la première période de la *pneumonie* n'est sérieusement constaté par personne. Gendrin, Grisolle, Jaccond, G. Sée signalent les heureux résultats qu'ils lui doivent ; Durand Fardel va jusqu'à dire que telle est, à ses yeux, l'importance de la médication vésicante chez les vieillards, qu'elle le fait passer par-dessus tous les inconvénients. La *broncho-pneumonie* et la *congestion pulmonaire* bénéficient également de l'emploi de l'emplâtre cantharidien, et G. Sée dit expressément que, " dans les broncho-pneumonies, le vésicatoire volant est préférable aux sinapismes et aux ventouses sèches qui ne font rien de durable. " Mais la *pleurésie* est encore la maladie dans laquelle le vésicatoire compte le plus de succès. Boulland affirme que, sous son influence, il a vu un épanchement pleurétique diminuer en vingt quatre heures. Peter voit en lui le meilleur moyen d'enrayer sa production. Le vésicatoire peut, d'ailleurs, être appliqué à toutes les phases et dans toutes les formes de la maladie: mais il est surtout indiqué dans les pleurésies tuberculeuses, où la thoracentèse supprimant brusquement la compression pulmonaire, compromet l'évolution naturelle des lésions tuberculeuses vers la guérison.

Nous n'insisterons pas sur l'utilité du vésicatoire dans les affections *nerveuses* (coma, congestion et hémorragie cérébrales, méningites, etc.), *digestives*, *circulatoires* (péricardites et endocardites). Les heureux résultats que donne l'emplâtre cantharidien dans les affections respiratoires suffisent en effet à montrer que nous possédons là un médicament précieux, lorsqu'on sait l'employer, et que l'on aurait bien tort de bannir systématiquement de la thérapeutique.

Gazette des Hôpitaux.

L'appendicite considérée au point de vue de l'assurance sur la vie (1),

par le E. F. MORRILL, D. M.

Traduit de l'anglais par M. le Dr E. POELS.

Quoique la littérature médicale concernant l'appendicite ait déjà acquis une très grande extension, on n'y trouve presque pas de renseignements au sujet des conséquences lointaines de cette affection.

Il ne m'a pas été possible d'utiliser tous les résultats qui m'ont été communiqués. J'ai dû faire une sélection et je n'ai choisi qu'un petit nombre de statistiques qui, quoique n'étant pas absolument convaincantes, sont du moins très suggestives.

N'ayant pas de théorie à développer ni de conviction à émettre, j'aborde le sujet sans autre préambule.

Il est une question qui se présente naturellement à l'esprit du médecin examinant le dossier d'un candidat à l'assurance qui a souffert antérieurement d'appendicite : Le médecin traitant a-t-il posé un diagnostic exact ; sinon les conditions qui ont fait croire à cette maladie pourront elles justifier le rejet de la demande ?

Voyons ce que disent les statistiques.

Sur 100 cas examinés par R. Morris, il y avait erreur de diagnostic dans 7 cas. Ces 7 cas présentaient des lésions soit de cancer, soit de tuberculose de la région iléo-cæcale.

Sur 181 cas enregistrés par Maurice Richardson, huit erreurs de diagnostic furent constatées, dont quatre furent attribuées à des adhérences. Il y avait deux cas de tumeurs malignes et deux cas d'infection spécifique.

John-B. Murphy a noté, sur 141 cas (filles), 5 faux diagnostics : un ulcère perforant de l'estomac, deux cas de calculs rénaux, une rupture d'abcès du psoas, une gangrène du côlon.

La possibilité de semblables erreurs doit éveiller l'attention du médecin expert.

(1) Communication faite à la section médicale du "National Fraternal Congress" (Américain). (*The Medical Examiner*, New-York, 1900, vol. X, No. 10.)

Le fait d'une atteinte d'appendicite étant bien établi, il doit considérer la probabilité d'une guérison définitive. Et, ici, il doit faire une distinction, très artificielle, basée sur le traitement.

Recommandera-t il un proposant qui signale dans ses maladies antécédentes une appendicite traitée médicalement ?

Au bout de combien de temps ce proposant sera-t-il considéré comme assurable en toute sécurité ?

Pourrait-il recommander un proposant qui a eu plus d'une atteinte ?

Rotter, de l'hôpital Saint-Hedwig, qui rapporte vingt-quatre cas de récédives, prétend que la seconde atteinte est plus commune en dedans des deux années qui suivent l'accès initial, qu'elle est assez fréquente pendant la deuxième année et qu'elle est rare après deux ans.

Chas. J. Whalen, dans une monographie récente, donne une statistique de 6,500 cas trouvés dans la littérature médicale, dont 1,483 récédives, ce qui fait 29% du nombre de cas traités.

Les 46 cas de récédives signalés par Maurice Richardson se subdivisent comme suit :

12 cas	une atteinte.
2 —	denx atteintes
19 —	trois atteintes.
12 —	plusieurs atteintes.

Maurice Richardson et G.-W. Brewster, dans leur étude de 255 cas de récédives, disent que les années de préservation ne sont pas une garantie pour l'avenir. Dans plusieurs des plus mauvais cas, la première atteinte remontait à l'enfance.

John-B. Murphy, dans un rapport sur 27 cas de récédives traités médicalement, apprend que les récédives classées, suivant leur fréquence, de 1 à 20, couvrent une période de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Rutherford Morrison, dans le *Edinburgh Journal*, dit que, d'après ses recherches, l'intervalle entre les atteintes varie d'une semaine à trente-six ans, que dans beaucoup de cas traités médicalement la mort est survenue à la suite d'une tuberculose ou d'un cancer de la région idéo-cæcale et que ces affections ont été considérées comme résultant de l'appendicite.

Robert-I. Morris présente un rapport de 100 cas où le diagnostic d'appendicite avait été posé.

Sur 66 cas considérés comme récédives, il y avait 4 cas de tuberculose, de tumeur de l'ovaire et 1 de cancer.

Une très importante étude de 34 cas observés à la *Brocas' Clinic* pendant une période de cinq à quinze ans, renseigne 19 cas traités médicalement, dont 5 furent opérés pour récurrence et 13 furent complètement rétablis. Donc la récurrence est de 25%.

Le *Medical Standard* de cette année estime que les chances de non-récurrence sont comme 3 : 1.

Il paraît être admis d'une façon générale que la récurrence se produit dans 25% à 30% de tous les cas qui ont été guéris par un traitement médical.

Ces chiffres, quoique peu nombreux, sont cependant des plus édifiants.

On peut en déduire que deux atteintes constituent un motif de refus; qu'au moins deux ans doivent être écoulés avant que le proposant ne puisse être accepté, et que la possibilité de rencontrer d'autres affections pouvant simuler la maladie en question doit mettre en garde le médecin expert lorsqu'il devra formuler ses conclusions.

En abordant les cas traités chirurgicalement, on doit également tenir compte des différents traitements. Consistait-il en un simple drainage de l'abcès ou en une opération radicale?

Le drainage est si universellement condamné que je n'ai pas cru nécessaire de citer des résultats.

L'enlèvement de l'appendice, des tissus nécrosés et le nettoyage de la cavité constituent le seul procédé pouvant donner des garanties.

Les conséquences de ce traitement chirurgical peuvent être résumées comme suit: a) les conséquences de l'anesthésie; b) la diminution de la vitalité résultant du *shock*; c) la fistule intestinale; d) la hernie; e) les adhérences; f) les récurrences.

a) Les conséquences anesthésiques sont trop connues pour qu'il en soit fait mention.

b) Le *shock* résulte moins de la laparotomie que de l'altération d'un gros tronc nerveux et ne paraît pas avoir une influence sur la vitalité ni la santé ultérieure du sujet.

c) Les fistules intestinales ne menacent pas l'existence et généralement se ferment sans intervention chirurgicale. Deux fois seulement, sur un grand nombre de cas, les fistules ont persisté.

d) La hernie est la conséquence la plus fréquente de l'intervention chirurgicale. Elle se produit généralement, en dedans des trois premières années après l'intervention. Ce n'est pas un motif de refus, à moins que la hernie ne puisse pas être maintenue par un bandage.

e) Les adhérences qui surviennent après l'opération sont seulement à mentionner. Il est certain qu'elles existent, mais il est rare d'en observer des symptômes. Les chirurgiens que j'ai interrogés ne m'ont cité qu'un petit nombre de cas où les adhérences se révélèrent par des symptômes ressemblant à ceux de l'appendicite et déterminèrent une obstruction intestinale. Ces faits ne sont pas relatés dans la littérature médicale.

f) La question de la guérison définitive n'a pas été traitée jusqu'à présent. Les statistiques ne renseignent que des guérisons opératoires et des cas suivis de mort.

Sur les 181 cas de Maurice Richardson, il y a eu deux cas de mort par abcès secondaire, quelque temps après une guérison apparente; dans un troisième cas, la mort survint dix mois après la guérison opératoire, à la suite d'une tumeur maligne de la région iléo-cæcale.

Les 151 malades observés par lui depuis le mois d'août 1894, guérirent tous, à l'exception de deux. Chez l'un, il survint une tuberculose et chez l'autre un cancer de la région iléo-cæcale.

En résumé, je pourrais dire :

- 1o. Que l'appendicite aiguë récidive dans 25 à 30% des cas :
- 2o. Que la récidive se produit habituellement endéans les trois premières années ;
- 3o. Que les sujets qui ont subi l'enlèvement de l'appendice sont admissibles à l'assurance deux ans après la guérison opératoire ;
- 4o. Que tous les autres cas seront considérés comme suspects et que la possibilité d'une tuberculose ou d'un cancer de la région iléo-cæcale ne peut pas être perdue de vue.

Traitement de la gingivite expulsive.

D'après M. le Dr MORRHANGE.

De toutes les affections buccales, une des plus graves est sans contredit celle qui est connue sous le nom de gingivite expulsive ou encore de pyorrhée alvéolo-dentaire.

On observe parfois chez certains sujets un ébranlement progressif et continu d'une ou plusieurs dents. Cet ébranlement est accompagnée d'une suppuration des alvéoles ; à cela se joignent des phénomènes inflammatoires

de la gencive, fongosité, abcès, etc., et certains autres phénomènes particuliers sans que pour cela les dents présentent nécessairement une altération apparente de leur substance.

Si on laisse la maladie évoluer sans chercher à intervenir, on assiste à la chute des dents qui en est la phase ultime. Cette bizarre affection n'est pas passée inaperçue, bien que l'ait prétendu Marchal de Calvi, elle a été au contraire signalée par la plupart des auteurs, et celui qui en décrit le premier les symptômes fut Fauchard, en 1720. Son nom lui a du reste été donné, et parmi les nombreuses appellations de la maladie nous trouvons celle de *maladie de Fauchard*.

Cette affection qui frappe toujours simultanément plusieurs dents, qu'elles soient contiguës ou non, est caractérisée par une douleur plus ou moins vive à la pression, une mobilité anormale des dents atteintes. A ces symptômes s'ajoutent encore deux signes pathognomoniques : le décollement gingival et la suppuration au niveau du bord alvéolaire.

Ce décollement gingival est généralement assez étendu. A une période plus avancée de l'affection, on voit la dent, privée de ses attaches, se balancer dans l'alvéole ; des douleurs très vives naissent à l'occasion d'un heurt involontaire ou du choc de la dent atteinte sur une de ses congénères saines. Si nous ajoutons à cela la difficulté de la mastication, la fétidité de l'haleine, les inflammations gingivales et buccales qui peuvent en résulter, on comprendra que cette maladie soit une véritable infirmité pour ceux qui en sont atteints.

La pyorrhée-alvéolo dentaire est une affection surtout polymicrobienne qui se développe chez des sujets arrivés à l'âge moyen de la vie. On la voit surtout chez des arthritiques invétérés ou latents.

Habituellement, elle fait son apparition chez les diabétiques et l'affection s'accompagne généralement des troubles locaux, de l'augmentation de la densité des dents et d'une salivation très alcaline.

Les dépôts de tartre qui s'insinuent autour des dents et sous la gencive favorisent les conditions de l'infection en maintenant les microbes qui pullulent dans la bouche au niveau de la sertissure gingivale. Si l'on ajoute à cela la malpropreté des sujets qui négligent l'hygiène et l'antisepsie buccale, et l'irritation gingivale qui constitue un obstacle très sérieux au nettoyage de la bouche, on aura eu sous les yeux le tableau des causes principales de cette affection.

M. le Dr Morhartge, contre cette pénible maladie, propose la méthode de traitement préconisée par M. Hugenschmidt.

Ce traitement répond à une triple indication : il faut d'abord s'occuper de débarrasser la dent du tartre qui la recouvre et le poursuivre dans ses derniers retranchements. Lorsque le tartre est enlevé, faire l'antisepsie des culs-de-sacs gingivaux et de l'alvéole, et enfin pratiquer des cautérisations énergiques à seule fin de détruire les clapiers et d'enrayer la suppuration.

L'agent chimique employé et qui a donné quelques résultats est l'acide sulfurique monohydraté.

Ainsi donc : 1° destruction et élimination du tartre ;

2° Antisepsie rigoureuse de l'alvéole ;

3° Cautérisation énergique à l'aide de l'acide sulfurique monohydraté.

Et d'abord qu'est-ce que le tartre et comment sa présence autour du collet d'une dent peut-elle constituer une prédisposition à l'infection alvéolaire.

On sait que le tartre dentaire est constitué par un amas de micro-organismes au milieu desquels sont venus se déposer des sels calcaires.

Le tartre dentaire le plus dangereux pour l'alvéole n'est pas celui que l'on voit et qui donne aux dents l'aspect désagréable que l'on sait, c'est celui que l'on ne voit pas et qui s'accumule insidieusement. A l'état normal le tartre ne doit pas exister et cependant bien peu de bouches en sont dépourvues. C'est un enduit jaunâtre, terreux, constitué par des phosphates et des carbonates terreux. Les théories ne manquent pas pour expliquer sa formation. Les glandes tartiques de Serres n'existent pas. Magitot pensait que le tartre résultait d'un dépôt par précipitation des phosphates et carbonates terreux tenus en dissolution dans la salive. Galippe démontra la septicité du tartre, aussi est-il admis aujourd'hui qu'il n'agit pas seulement en déchaussant les dents, mais bien en y provoquant des phénomènes infectieux. Il se dépose surtout sur le collet et à la face externe des grosses molaires supérieures, à la face postérieure et le collet des incisives inférieures, néanmoins il peut se développer sur toutes les dents, et quelquefois en quantités énormes au point de déchausser complètement les dents.

C'est ce tartre, ce véhicule des éléments infectieux, qu'il faut enlever, et c'est ce qui constitue le premier temps de l'opération qui n'est pas le moins important. Il faut curetter l'espace intergingivo-dentaire et la crête de l'alvéole envahie. Il existe un procédé rapide, c'est celui mentionné par Bourdet et Toirac au siècle dernier, repris par Cruet et Galippe, qui consiste à fendre la gencive dans toute sa hauteur, soit avec les ciseaux courbes, soit avec la pointe ou petit couteau du thermocautère, soit encore avec le

galvanocautère. Ce procédé donne d'assez bons résultats, mais il expose la racine sur une plus ou moins grande étendue et de plus il manque d'esthétique. Il faut donc se servir de curettes appropriées que l'on glissera entre la surface de la dent et la gencive jusqu'au fond de l'alvéole, et on curettera énergiquement. Il s'agit d'enlever le tartre, non seulement le tartre visible, mais l'invisible, qui est le plus dangereux; ce tartre granuleux qui envahit progressivement la racine de la dent et provoque dans l'alvéole des phénomènes infectieux qui font qu'elle finit par disparaître complètement et que la dent tombe; c'est surtout sur les parties latérales des racines dentaires qu'il faut s'acharner à enlever le tartre.

Cette première phase du manuel opératoire est assez délicate et exige une main exercée pour l'accomplir: le curettage doit être fait énergiquement sans avoir peur de faire saigner la gencive, ce qui en amène une rapide décongestion.

Le tartre enlevé, on procède au lavage du cul-de sac avec une solution antiseptique. Parmi les liquides employés, le meilleur de l'avis unanime, et l'eau oxygénée.

Douée de propriétés antiseptiques puissantes, son pouvoir bactéricide l'ayant placée avant le sublimé lui-même, l'eau oxygénée est un hémostatique de premier ordre. Il faut l'employer très faiblement acide, car celle que l'on trouve dans le commerce est toujours trop acide et trop irritante pour les muqueuses: il est bon d'en être prévenu. Les différentes affections des gencives et des dents étant dues à des microbes dont la virulence est favorisée par les fermentations qui se produisent dans la bouche, le lavage à l'eau oxygénée pourra empêcher la formation du tartre dentaire et être par cela même un excellent auxiliaire dans le traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Aussi lorsque le curettage de l'avéole sera terminé, on glissera entre la portion de la gencive décollée et le collet de la dent une seringue chargée d'eau oxygénée, et on procédera à plusieurs reprises à l'irrigation de l'alvéole. Lorsque le tissu gingival aura été débarrassé de l'enduit limoneux dont il était recouvert, on le verra perdre peu à peu de son caractère atone et violacé et prendre un aspect plus vivace.

Si le curettage était trop douloureux, on pourrait auparavant faire un tamponnement des culs-de-sac à l'aide d'ouate imbibée d'une solution de cocaïne à 10 p. 100.

Le curettage terminé, on procède à la cautérisation de l'alvéole

L'agent chimique qui mérite la préférence est l'acide sulfurique concentré chimiquement pur.

On promène dans l'alvéole, aussi profondément que possible et dans tous les points accessibles, un fil de platine, analogue à ceux dont on se sert dans les laboratoires de bactériologie, trempé dans l'acide sulfurique.

Lorsque la cautérisation est achevée, on peut faire un grand lavage à l'eau bicarbonatée solide à seule fin de neutraliser l'excès d'acide. Le malade est alors remis à 4 jours. Pendant ce temps, l'hygiène la plus sévère et l'antisepsie buccale la plus rigoureuse sont prescrites. Le patient se brossera énergiquement les dents avec des poudres antiseptiques appropriées, plusieurs fois par jour et surtout après les principaux repas, pour empêcher les fermentations résultant de la stagnation des parcelles alimentaires entre les interstices dentaires de se produire.

Il prendra des bains de bouche fréquents de 5 minutes avec un liquide antiseptique; on pourra user avec avantage de l'acide thyrique, dont on prescrira une solution au millième.

Au bout de quatre jours, on recommencera une nouvelle cautérisation de l'alvéole et l'on constatera au bout de la troisième ou quatrième que la suppuration sera complètement enrayée.

Si les dents étaient très ébranlées, on les ligaturerait et l'on pourrait faire badigeonner les gencives du patient à l'aide de liquides destinés à les raffermir.

Pour répondre à ce bul, M. le Dr Hugenschmidt a préconisé un mélange de chlorure de zinc, 0 gr. 25 de chacune, ou encore une solution alcoolique d'iodure de soufre au 1/15 qui lui aurait donné les meilleurs résultats.

Grâce à ce traitement, on voit les phénomènes douloureux s'amender et la suppuration se tarir. On continuera les cautérisations tant qu'elles seront nécessaires tous les 4 jours, et on ne craindra pas de promener le fil de platine imbibé du caustique le plus profondément possible.

Enfin, on n'oubliera pas que le traitement local le mieux dirigé a besoin d'être soutenu par le traitement général, on se rappellera que la gingivite expulsive se montre au cours d'états diathésiques tels que le diabète, l'arthritisme, et on luttera contre eux en instituant une thérapeutique appropriée, comme on luttera contre l'infection locale en instituant une antisepsie buccale des plus sévère et une hygiène des plus rigoureuses.

(Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.)

De l'extension de la syphilis.

M. DUFOUR, après avoir rappelé quelques notions historiques au sujet de l'apparition de la syphilis en Europe, constate que le fléau devient de plus en plus général. Il est grand temps de secouer l'indifférence du public à l'égard de la syphilis, de lui montrer qu'il doit s'intéresser à ceux qui sont infectés, et il est même urgent de réclamer l'application de toutes les mesures capables d'empêcher la plus grande extension du mal.

Dans le courant des neuf premiers mois de cette année, il s'est présenté, dans le service de M. le Dr Desmet, deux cent quatre vingt-sept cas de syphilis récente, qui se répartissent comme suit : parmi les femmes inscrites et traitées d'une façon régulière à la consultation externe, on relève soixante-deux cas ; la plupart ont de 20 à 30 ans, trois sont âgées de plus de 50 ans. On a rarement l'occasion d'observer chez la femme l'accident primitif. Dans les salles où séjournent les femmes libres il y a eu trente cas de syphilis récente. Il y a eu, dans cet espace de neuf mois, cinq prostituées nouvellement infectées, dont quatre sont entrées dès l'apparition du chancre.

Le nombre d'hommes inscrits et traités à la consultation s'élève à cent soixante cinq, dont quatre-vingt-trois se sont présentés avec l'accident primitif à la verge. Dans les salles d'hommes, il y a eu douze cas nouveaux. Enfin, il y a eu en traitement neuf enfants atteints de syphilis congénitale ou acquise : quatre avaient moins de 2 ans, les cinq autres de 2 à 7 ans.

D'après le Dr Bayet, le nombre de malade infectés en 1895 et traités dans le service s'élevait à deux cent cinq. Il y a donc eu en cinq ans de temps une augmentation énorme dans les cas de syphilis soignés à l'hôpital. Dufour pense qu'il doit en être de même dans les classes plus élevées de la société.

Parmi les moyens propres à enrayer les progrès de la syphilis Dufour recommande .

- 1o De faciliter le mariage précoce ;
- 2o. De réglementer le plus possible la prostitution ; d'empêcher la prostitution clandestine ;
- 3o. D'hospitaliser ou d'isoler les malades porteurs de lésions par trop transmissibles. (*Journal Médical de Bruxelles.*)

RAPPORTS DE SOCIÉTÉ

Société Médicale de Québec

Rapport des deux dernières assemblées.

Elles sont toutes deux présidées par M le Dr. Ahern.

Les procès verbaux sont adoptés. L'assistance est plus nombreuse que d'habitude.

M. le Docteur Faucher fait rapport sur plusieurs cas de pratique concernant les corps étrangers dans les voies respiratoires, qu'on pourra lire avec intérêt dans le prochain numéro. Prennent part à la discussion qui s'ensuit, MM. les Drs Ahern et Brochu.

Puisque vous semblez prendre un si vif intérêt aux corps étrangers, ajoute M. le Dr Ahern, permettez-moi de vous raconter une petite histoire à ce sujet.

Il y a 15 ans, un citoyen, un arpenteur fait irruption *subito* dans mon bureau me disant que son enfant venait d'avalier un bouton de bottine. Je le calme de mon mieux et lui prescris des pommes de terre. Huit ou dix jours après le même individu arrive chez moi fier de m'apprendre que le fameux bouton avait été enrichi d'un lombric de grande taille qui avait eu l'imprudence de s'aventurer assez loin dans l'anse du bouton pour être incapable de retrograder. En même temps j'il me fit voir nageant au sein d'un liquide quelconque la pauvre victime se débattant contre les étrointes de ce bouton *vericide*.

Les lombrics ajouta-t-il, sont des vers de terre qui font la terre arabe.

Ils sont extraordinairement producteurs. Quant on voit un ver femelle on est porté à oublier que ce sont des animaux ovipares et non vivipares. De fait, on voit par transparence (à travers la paroi de l'animal), ce qui semble être de petits vers, mais il n'en est rien : Ce sont les oviductes qui sont au nombre de deux, mesurant chacun 16 pieds de longueur ou 4604 lignes.

Les œufs sont arrangés à la manière des fleurs sur leur tige. Etant donné que chaque ligue de ces tubes contient en moyenne 200 tiges, que chaque tige supporte 50 œufs, on arrive au résultat inattendu que chaque ver femelle peut placer à son crédit la bagatelle de 46,040 000 d'œufs.

Il passe ensuite à la relation d'un cas d'hydrocèle en bissac qu'il a rencontré durant son dernier terme à l'Hôtel-Dieu.

Cette observation, comme on pourra le voir en première page, offre le plus grand intérêt pratique au point de vue de sa pathogénie et du diagnostic différentiel avec les hernies.

La séance de décembre étant la dernière de la 4^{me} année d'existence de la société, M. le Président annonça que les élections des officiers pour 1901 n'auraient lieu qu'en janvier. Mais avant de clore cette dernière réunion qui sera aussi la dernière du siècle, il dit qu'il lui restait encore un bien doux devoir à accomplir, celui de remercier la société de l'honneur insigne qu'elle lui avait fait en le nommant son président *quatrième* années consécutives et de dire à ses membres combien il leur était reconnaissant pour toutes leurs amabilités et combien il avait été sensible aux égards qu'ils avaient toujours eu pour lui : — "Je regrette, dit-il, de ne pouvoir trouver les mots capables de vous faire comprendre l'étendue de ma reconnaissance. Je ne puis en ce moment que vous dire merci du fond du cœur et vous souhaiter à tous la réalisation des succès que vous rêvez pour le plus grand bien de notre belle société médicale.

"Avant de nous séparer, ajouta-t-il, jetons donc ensemble un dernier coup d'œil sur ce 19^{ème} qui s'en va. Encore quelques heures, n'est ce pas, et la postérité aura commencé à le juger.

Pour nous, ses enfants (sans cependant être les enfants du siècle) il sera toujours le grand siècle, nom qu'il a mérité à plus d'un titre.

Il est remarquable, en effet, par les acquisitions faites dans le domaine des connaissances humaines des sciences et des arts et de leur application, au bien être des peuples et au soulagement de l'humanité, souffrante. Médecin et homme poursuivent chacun un but irréalisable ici-bas, c'est-à-dire imortalité physique et le bonheur parfait.

Nous, medecins, nous lui devons les progrès immenses réalisés dans l'art de guérir ou de prévenir les maladies. Ces progrès eux mêmes ne sont devenus possibles que par les découvertes nombreuses faites dans les sciences accessoires et biologiques. Il serait difficile de mentionner une découverte qui n'ait pas influencé de près ou de loin l'art de guérir. Ainsi la presse, la vapeur, le télégraphe, le téléphone, la photographie, l'électricité sous toutes ses formes, la physique, et la chimie ont tous contribué à faire de notre art ce qu'il est aujourd'hui.

Parmi une foule d'autre choses, ce fin 2^e siècle a vu naître surtout la Société Médicale de Québec, qui n'a pas encore une existence bien avancée, mais pour ma part je n'entretiens aucun doute sur sa vitalité. Inutile de rappeler ici tous les objets qu'elle a poursuivis, les sujets qu'elle a étudiés,

les causes qu'elle a défendues, car vous vous rappelez tous le rapport détaillé qui en a été fait à la convention du 25 juin.

Bien que l'assistance a toujours été satisfaisante, je crois être l'écho de chacun en formant le vœu de voir s'intéresser désormais à l'œuvre de notre société tous ces confrères d'élites capables de nous éclairer de leur savoir ou au moins nous encourager de leur présence et qui malheureusement sont jusqu'ici restés dans l'ombre.

Grâce au "Bulletin Médical" qu'elle a fondé, et à la convention du 25 juin qu'elle a organisée, nous nous sommes fait connaître au dehors. Elle a donné à nos confrères éloignés le spectacle d'une union franche et désintéressée entre tous les médecins de notre vaste district.

Il ne restait plus qu'à étendre au loin cette heureuse confraternité et réunir au même foyer tous ceux qui bien qu'appartenant à la même famille ne se connaissaient pas encore.

C'est M. le Dr Brochu qui en a trouvé le secret. La graine qu'il a mis en terre lors de la convention le 25 juin, à déjà pris germe. Eh bien, je crois pouvoir vous assurer maintenant que cette tige a déjà grandi et entourée qu'elle est de vos soins assidus, nous verrons bientôt à sa place un arbre imposant, aux rameaux assez étendus pour abriter tout ce que la Nouvelle-France renferme de confrères parlant la langue française.

La fondation de notre société marque une époque dans l'histoire médicale de notre district. Si ce n'est pas la tère en date c'est bien la tère en importance, avec cela qu'elle a déjà vécu plus longtemps que toutes les autres ensemble. Nous constatons avec bonheur que les districts s'organisent. Nous ne saurions nous faire une idée exacte de tout le bien que ces sociétés vont rendre et aux médecins et à la profession en général.

J'ai cru vous intéresser en vous faisant part de quelques notes historiques qui établissent le mouvement de la profession médicale depuis 100 ans.

En 1800 il n'y avait aucune école de médecine dans le pays. Un bureau d'examineurs pour octroyer des licences avait été nommé par le gouverneur en 1788. A Québec les Drs Fisher et Davidson en étaient les premiers membres.

On allait étudier à l'étranger alors. Ce n'est qu'en 1826 qu'apparaît la première salle d'anatomie dans la cave de la résidence du Dr Douglass, sur la Côte de la Montagne. Le Dr Painchaux et son fils en furent les premiers élèves. En 1800 le district de Québec comptait 20 médecins en tout.

MM les Drs Fisher, Davidson, Friedell, Duvert, P. L. Breton dit la Lancette, Rivière-Ouelle, Danglade (Esq) Suzar, Karsh, P. de S. Laterrière, Besserer, Dohren, Baie St-Paul, Blunkee, Pize, Potdevin, Dénéchand, Nulton, Prendergast, Badelard, Blanchet, Frs. Thugniore,—avec Holmes, 1er médecin anglais de l'Hôtel-Dieu. John W. Woolsey coronaire.

Un certain nombre sont désignés saigneurs et arracheurs de dents.

Pour l'année 1900, il y a dans l'almanach des adresses pour la ville de Québec, les noms de 87 médecins, trois sont partis depuis le commencement de l'année et 6 ne pratiquent point la médecine, laissant 78 médecins pratiquant pour la ville de Québec.

En 1800 il n'y avait qu'un hôpital, "l'Hôtel-Dieu". Il y avait aussi l'Hôpital-Général, mais c'était un hospice, non un hôpital.

En 1800 il est entré à l'Hôtel-Dieu de Québec, 226 malades dont 140 femmes et 86 hommes.

En 1900 il est entré 1,302 malades dont 787 femmes et 515 hommes.

Pendant l'année 1880 il s'est fait approximativement 50 opérations et probablement un peu moins. A cette époque il n'y avait pas d'anesthésique. Cette année il y a eu interventions chirurgicales 567 fois.

Opérations sous chloroforme.....	337
“ sous cocaïne.....	148
“ sous anesthésic.....	82

Total..... 567

En terminant il souhaite une heureuse année aux membres et à la société, puis la séance est ajournée au 26 janvier 1901.

Par ordre

C. R. PAQUIN,
Co Secrétaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous recevons au dernier moment, d'un de nos lecteurs des Cantons de l'Est, les *documents* qui suivent, dont l'importance ne saurait échapper à personne.

Nous notons d'abord une lettre circulaire en anglais conçue dans ces termes-ci :

Cher Docteur,

A une assemblée régulière de l'Association Médicale du district de St-François tenue à Sherbrooke, Québec le 14 Novembre 1909, on s'est occupé de la question de former une *Union de défense médicale* ; on y a lu des rapports et donné un aperçu d'une Union semblable qui existe au Royaume Uni, avec un résumé de ses règlements et de son objet, et on a cité quelques cas pour démontrer son utilité ; puis on a adopté à l'unanimité la motion suivante :

“ Qu'une Union des médecins pour leur défense soit formée, que copie des règlements tels que lus et qu'un blanc d'application tel que proposé soient envoyés à tous les médecins du District de St-François, et qu'après réception de l'application dûment signée, une assemblée des signataires soit convoquée, afin de s'entendre sur les meilleurs moyens de s'assurer la coopération de l'Association Médicale Canadienne, et pour faciliter au Dr Roddick l'obtention d'une charte fédérale pour cette Union. ”

C'est l'intention des promoteurs de ce projet d'étendre les bienfaits de cette association à toute la puissance du Canada.”

.....
 Cette lettre est accompagnée de deux autres documents:

1° Une copie de la constitution basée sur celle d'une union semblable limitée au royaume d'Angleterre.

2° Un blanc d'application sur lequel nous remarquons les engagements qui suivent.....

.....
 “ Bien plus, je déclare par les présentes ne faire partie actuellement d'aucune organisation de secours médical ou de toute autre institution dans lesquelles on se sert de pressions systématiques (*systematic canvassing*) comme moyen de s'attirer des clients ; je m'engage en outre, dans le cas où je serais élu membre de l'Union des médecins pour leur défense, de

n'accepter durant tout le temps que j'en ferai partie, aucune position soit comme officier, soit comme membre de toute société, association, dispensaire ou institution médicale quelconque où l'on se sert de moyens non professionnels pour grossir la clientèle, etc.".....

Nous croyons devoir féliciter nos confrères du district de St François de leur esprit d'initiative, surtout quant à ce qui concerne les abus à réprimer.

Nous leur souhaitons beaucoup de succès dans l'exécution de leur projet. Espérons avec eux que les nombreux obstacles qui ne manqueront pas de surgir seront renversés pour leur plus grande satisfaction.

Pour notre part toutefois, nous ne pouvons nous empêcher d'ajouter que ce projet n'a pu rencontrer les faveurs et l'approbation générale des membres de l'Association Médicale Britannique lors d'un essai semblable fait il y a quelques années par quelques officiels de cette grande Association.

De plus, l'expérience a prouvé qu'en Angleterre, depuis l'existence d'une semblable Organisation, mais *bien limitée* et dans le nombre de ses membres, et dans ses moyens d'action, les résultats obtenus n'ont pas été des plus brillants : les appels de ses membres pour leur défense semblent s'être multipliés d'une manière quelque peu alarmante.

Enfin, disons toute notre pensée, cette demande d'Incorporation au Gouvernement Fédéral n'a rien qui nous sourit et ne nous dit rien qui vaille. Et pour cause...

“ Les objets pour lesquels la Compagnie est établie, dit le memorandum à signer, sont :

I^o De supporter et de protéger le caractère et les intérêts des médecins pratiquant dans la Puissance du Canada.

II^o De promouvoir une pratique honorable, et de supprimer ou de poursuivre les personnes qui exercent la médecine sans autorisation.

III^o D'aviser, de défendre ou d'aider à défendre les membres de l'Union dans les cas où les procédures comportent des questions d'un principe professionnel ou d'autres qu'on invoque contre eux.

IV^o De considérer, de demander, de promouvoir et de supporter, par tous les moyens légaux) des mesures législatives avantageuses pour la Profession Médicale, et de s'opposer à toute mesure portant à lui nuire. Et pour atteindre ce but, de présenter des pétitions au Parlement et de prendre tels moyens et telles procédures qu'on trouvera bons.”

En lisant ces propositions on se demande tout naturellement si elles ne sont pas une simple copie de celles qui rentrent dans la demande d'incorporation de notre Bureau de Médecine pour la Province. Elles se ressemblent comme jumeaux. D'où vient alors ce besoin d'une nouvelle Association (mot qui sonne beaucoup comme Corporation) ayant mêmes objets, même but que notre Bureau Provincial ?

Est-ce parce que ce Bureau est impuissant, ou n'a pas les pouvoirs nécessaires pour atteindre ce but ? Mais ce Bureau est composé de nos représentants les plus autorisés, tout comme et même mieux que ne le serait une Association composée d'une partie seulement des membres du Collège Médical. Qu'aurions-nous alors à gagner ?

Avouons-le de suite, cette incapacité ne peut être la raison de la formation de cette Union projetée...

D'ailleurs le nom du Dr Roddick mêlé à cette organisation et la demande d'incorporation au Parlement Fédéral nous en laissent entrevoir assez.

Si nous signons ce memorandum, nous nous jetons pieds et poings liés dans le Fédéralisme que nous n'aimons pas et que nous redoutons. Nous taxons nos Bureaux Provinciaux d'incapacité ; nous leur enlevons notre confiance, et nous les forcerons bientôt à disparaître en demandant au Gouvernement Fédéral de venir à notre secours et de nous accorder un pouvoir que nous assure déjà pourtant chacune de nos Législatures Provinciales, mais que nous dénoncerons ainsi comme insuffisantes.

Mettons donc chacun, pour aider nos Bureaux, le même zèle que nous voulons dépenser en pure perte probablement, pour la formation d'une semblable Union, et nous aurons fait œuvre bien plus utile et bien moins dangereuse. Car, quoi qu'on en pense, nous croyons que ce projet serait le plus sûr moyen d'amener la perte de nos privilèges provinciaux, en demandant volontairement de transporter une portion de nos droits, indirectement, il est vrai, mais par là même plus sûrement, au Gouvernement Fédéral.

Nous ne pouvons faire autrement que crier à nos confrères de se mettre en garde, sinon nous tomberons dans un piège bien dangereux. Car si nous allions signer ce memorandum, du premier abord utile et essentiellement dans l'intérêt de la profession médicale, ce serait la demande pure et simple, mais sous une autre forme, du bill Roddick. En effet, dirait-on, les Bureaux Provinciaux sont aussi incapables de voir aux choses d'Éducation qu'ils le sont pour les choses de Protection, puisque les

médecins eux-mêmes demandent la formation d'un autre corps ayant même but et mêmes attributions que les Bureaux Provinciaux.

Nous regrettons de ne pouvoir, faute d'espace et de temps, traiter plus à fond cette question que nous trouvons très importante, et nous prions le lecteur de suppléer aux lacunes de ces quelques lignes, et de bien réfléchir avant de s'engager dans cette voie que nous croyons toute de dangers.

Les Sociétés de District et les Charlatans.

Les charlatans sont aussi vieux que les médecins, c'est compris. Il est convenu aussi que de tout temps les derniers se sont plaints des premiers. On s'est acharné partout dans le but de s'en débarrasser, mais en vain.

Quand le collège des médecins a pris sous sa garde la cause médicale, on a pensé un moment que cette question de pratique illégale de la Médecine allait recevoir son coup de mort.—Malheureusement les années ont fui et le mal a progressé. Aujourd'hui les médecins n'ont pas seulement à se défendre des charlatans, mais il leur faut compter avec des juges, avec bon nombre de nos curés et de communautés, et presque toutes les pharmacies.

N'est-il pas vrai que certains juges ont donné gain de cause à des charlatans de profession et déclaré même qu'ils étaient nécessaires et qu'on ne devait pas leur toucher.

N'avons nous pas vu durant la dernière saison et encore actuellement presque tous les curés de nos campagnes donner asile à une femme qui sous prétexte d'enseigner le peuple l'a exploité avec ses remèdes à la Duda-voir ? N'est il pas vrai que pour annoncer cette intruse on s'est servi de la chaire de vérité, on a fait ouvrir le convent de la paroisse, et cela, au détriment d'un citoyen, d'un médecin qui lui depuis 10, 15, 30 ou 40 ans dépense sa vie pour le soulagement de ses concitoyens, pour une rémunération ridicule.

Réellement il est bien difficile de comprendre comment des hommes de leur position soient capables d'endosser pareille responsabilité, de miner délibérément la réputation médicale de médecins honorables vivant au milieu d'eux et de les humilier d'une manière aussi brutale.—

Vous me direz peut-être, personne ne proteste : c'est à peu près la vérité.—Mais on ne se bat pas avec son curé, les chances sont trop inégales,

vous le savez. Pourtant cet état de chose ne saurait durer plus longtemps. C'est encore vrai. Mais que faire, si on ne peut compter sur les têtes dirigeantes, sur ceux qui commandent par leur éducation, leur prestige et leur position officielle ?

Que faire ? C'est de s'organiser et de prêter main forte au Collège des Médecins qui prendra lui une initiative qu'un médecin laissé à lui seul ne saurait tenter d'entreprendre.

Nous est avis qu'on ne verrait pas de sitôt se reproduire dans nos comtés de ces choses aussi disgracieuses que primitives, si les médecins voulaient se former en associations pour aider effectivement le Bureau à les protéger contre tant de bassesses. Il est certain que le jour où les comtés et les districts auront leur société médicale, 95% des ennuis, des tracasseries, des humiliations venant de tant de sources hétérogènes disparaîtront pour ne plus revenir.—Ce qu'un seul n'a pu obtenir soit de son curé, soit de son-député, soit des Cours de justice sera on ne peut plus facilement gagné par l'intermédiaire d'une société bien organisée.—

Alors les politiciens cesseront de nous traiter comme une quantité négligeable, surtout si la politique d'un chacun devient celle de la Société, les curés nous respecteront davantage et diront aux convents qu'ils ont sous leur juridiction de fermer leur porte aux soigneurs ambulants, les pharmacies n'iront pas au-delà de leur laboratoire et enfin tous les juges favorables à l'art charlatanesque seront probablement plus prudents dans leur décision.

CORRESPONDANCE

Port Daniel Centre., January 4th 1901

Mr. Editor

In the last issue of the *Bulletin Médical* I notice a letter signed by J. P. Boulet M. D. L. and in which I found the following passage.

“ En second lieu, nonobstant une entente intervenue il y a déjà quelques années, le Dr Enright a pu faire passer, à notre barbe, pour ainsi dire et sans l'autorisation préalable du Bureau, un bill privé l'exemptant de l'examen préliminaire et de l'examen professionnel.”

Yes I obtained all mentioned in the above without the consent of the Board and for this reason : I could not obtain this consent.

During the month of Nov., 99 I wrote in polite terms a petition to the Board requesting their authorization to my presenting a private bill, giving also my reasons for wishing to have it passed.

Now it is certain that a civil and polite request deserves to be answered in the same spirit.

I received an answer as follows :

Your petition received, etc. Have already received petitions from other parties, which after being read were thrown into the waste-basket and probably yours will share the same fate.

" Nonobstant this entente formelle " in which the Board promised to take into consideration any petition presented to them and act with justice towards the petitioners they formally broke the understanding by resigning our petitions to that fatal place, the waste-basket.

Had I received a civil answer, saying they would take my petition into consideration and consent to my presenting a bill on conditions that I would pass the preliminaries, or repass my finals, I would have accepted, but upon reading the answer I did receive I decided to teach them a lesson which I hope they will bear in mind for any future occasion.

I fought them and won my point and moreover the very member whom they had appointed to oppose my bill was the man who seconded the second reading of the Bill.

Thus did my bill pass through their whiskers.

DR. W. J. ENR GHT.

BIBLIOGRAPHIE

ANATOMIE GÉNÉRALE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE ET A LA MÉDECINE, par Xavier BICHAT. *Première partie* : un beau volume in 8°, de 525 pages, bien imprimé, édité à 3 fr. 50. Paris, 1800. Librairie G. Steinheil, rue Casimir-Delavigne, 2.

Cette réédition de l'œuvre de Bichat, dans le cadre de la *Bibliothèque positiviste*, a l'avantage d'être entièrement conforme, quant à l'orthographe, à la ponctuation, etc..., à celle de 1801. Par le soin qui a été porté à son exécution, par son bon marché exceptionnel, elle mérite, comme l'édition similaire de Condorcet, d'être accueillie avec faveur, non seulement par les positivistes des deux Mondes, mais aussi par tous ceux d'entre les médecins et les étudiants, qui estiment, avec raison, qu'aucune lecture de manuels ne saurait remplacer la fréquentation directe des grands esprits auxquels la Biologie est redevable de sa constitution. Tous ceux-là, et ils sont nom-

breux, se réjouiront de pouvoir désormais se procurer facilement les œuvres de l'homme de génie qui, le premier, a institué l'étude des êtres vivants à l'état de science positive, distincte et autonome, en appliquant systématiquement la Méthode positive à l'exploitation du domaine biologique, et en écartant définitivement — d'une part, comme oiseuses et inutiles, les explications chimériques des métaphysiciens spiritualistes de l'École de Stahl, — d'autre part, comme trop simplistes et notoirement insuffisantes, les explications mécanico-physico-chimiques des métaphysiciens matérialistes de l'École de Boerhaave.

La présente édition ne peut être que la bienvenue à l'heure où finit le siècle qui a vu la Biologie positive naître et prendre un si prodigieux essor, à la veille du centenaire de la mort de Bichat, son glorieux fondateur.

La librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille à Paris, vient de publier un CATALOGUE GÉNÉRAL DE LIVRE DE SCIENCES, comprenant la médecine, l'histoire naturelle, l'agriculture, l'art vétérinaire, la physique, la chimie et l'industrie; on y trouvera l'annonce détaillée de plus de cinq mille volumes, avec un extrait de la table des matières des principaux ouvrages et surtout un répertoire méthodique très détaillé, par ordre de matières.

Cette brochure de 104 pages, gr. in-8, est envoyée gratis et franco dans tous les pays du monde, à toute personne qui en fait la demande par carte postale *double* avec réponse payée).

Les injections de Cocaïne dans l'arachnoïde lombaire,

par A. EDOUARD CADOL.—

Nous recevons sous ce titre un excellent petit opuscule traitant à fond ce mode nouveau d'anesthésie dans les opérations—Tout est complet, bien que de courte description, depuis l'historique de cette question, son mode d'opération, jusqu'à ses résultats jusqu'aujourd'hui.

En vente à raison de 1 fr. 50. chez G. Steinheil, éditeur 2 rue Casimir-Delavigne, Paris.

A VENDRE

A très bonnes conditions, la Bibliothèque Médicale de feu le Dr Joseph Côté, de St-Valier.

S'adresser à Melle Emma Ratté, de St-Valier, Comté de Bellechasse. P.Q.