

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

- Coloured covers/
Couverture de couleur
- Covers damaged/
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated/
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing/
Le titre de couverture manque
- Coloured maps/
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black)/
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations/
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material/
Relié avec d'autres documents
- Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin/
La reliure serrée peut causer de l'ombre ou de la
distorsion le long de la marge intérieure
- Blank leaves added during restoration may appear
within the text. Whenever possible, these have
been omitted from filming/
Il se peut que certaines pages blanches ajoutées
lors d'une restauration apparaissent dans le texte,
mais, lorsque cela était possible, ces pages n'ont
pas été filmées.
- Additional comments: /
Commentaires supplémentaires:

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

- Coloured pages/
Pages de couleur
- Pages damaged/
Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated/
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached/
Pages détachées
- Showthrough/
Transparence
- Quality of print varies/
Qualité inégale de l'impression
- Continuous pagination/
Pagination continue
- Includes index(es)/
Comprend un (des) index
- Title on header taken from: /
Le titre de l'en-tête provient:
- Title page of issue/
Page de titre de la livraison
- Caption of issue/
Titre de départ de la livraison
- Masthead/
Générique (périodiques) de la livraison

1205

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE
HÔTEL-DIEU
MONTREAL

L'UNION MÉDICALE

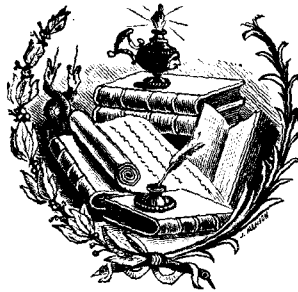
DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Directeur : ----- DR A. LAMARCHE,
Rédacteur-en-chef : DR H. E. DESROSIERS.

VOLUME XXIV.

NOUVELLE SERIE, - - - VOLUME IX.



MONTREAL :
CIE DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME
30 rue St-Gabriel.

1895

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Directeur : - - - - - Dr A. LAMARCHE.

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

Volume XXIV. MONTREAL, 1895.

{ NOUVELLE SÉRIE
VOL. IX.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'Angine Diphtéritique Toxique.

Notes prises aux Cours de M. le Professeur DIEULAFOY

à la Faculté de Médecine de Paris,

par Jules JEHIN-PRUME, B.A., M.D. Laval.

I. — L'angine diphtéritique toxique à laquelle les anciens auteurs donnaient le nom d'*Angine Diphtéritique Maligne*, est connue depuis longtemps et de nombreux écrits ont été publiés sur cette importante question, tant en Europe que dans le Nouveau-Monde. Les symptômes de cette maladie, sa marche, sa durée courte ou longue, enfin sa terminaison avaient été étudiés et son caractère éminemment fatal lui avait valu cette détermination de *maligne*, détermination s'attachant beaucoup plus au résultat final qu'à la nature même de cette fin.

En effet, les anciens auteurs ignoraient une chose : le mécanisme de la mort dans cette terrible maladie, mais bientôt, grâce à l'anatomie pathologique et la bactériologie, un horizon nouveau devait s'ouvrir. La France, l'Allemagne, l'Amérique, une fois de plus s'emparaient de cette question et tout dernièrement, à Paris, à l'Institut Pasteur, M. le Dr Roux et son collègue le Dr Martin, donnaient à l'angine diphtéritique toxique non seulement un *état civil*, mais encore ouvraient aux pauvres malades une porte vers le salut.

Avant d'entrer dans la grande question d'anatomie pathologique et de bactériologie, nous allons étudier la maladie en elle-même, c'est-à-dire ses symptômes, ses formes, son évolution et sa terminaison.

L'angine diphtéritique toxique revêt deux formes. Elle est lente et peut causer la mort dans un laps de temps variant entre dix et douze jours. Elle peut être foudroyante et dans ce cas, se terminer fatalement en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

II—*Angine diphtéritique toxique lente.* — Cette forme débute assez souvent avec les apparences de l'angine diphtéritique franche, aussi peut-on tout d'abord les confondre. Le malade ressent un mal de gorge d'abord léger mais qui bientôt prend un développement plus considérable. La douleur est très vive et cela même avant l'apparition de membranes. Le malade est pâle et nous verrons plus loin pourquoi il se sent faible et il est févreux. Lorsqu'on examine la gorge on est frappé par l'odeur fétide qui s'en exhale et on constate la présence de fausses membranes grisâtres, jaunes grisâtres ou gris noirâtres qui ont envahi une amygdale, les deux, ou toute la gorge, entourant la luette comme un véritable gant. Les ganglions sous-maxillaires, cervicaux, parotidiens sont gros et atteignent quelques fois un volume si considérable qu'ils donnent aux patients le cou dit : *proconsulaire*. Enfin la peau, surtout au niveau de la région sous-maxillaire, prend une coloration particulière, très bien décrite par M. le professeur Trousseau sous le nom de *teinte érysipélateuse*.

Lorsque ces adénites diphtéritiques font leur apparition au début même de la maladie elles sont d'un pronostic très grave ; elles peuvent atteindre un volume très considérable et se terminer par suppuration, mais il est difficile de constater cette dernière période de leur évolution, vu que la maladie n'attend pas généralement jusque là pour tuer le malade.

Nous avons précédemment vu que les plaques diphtéritiques pouvaient se localiser qu'en un seul point ; en effet elles se présentent souvent sous la forme de petits points grisâtres, ayant au premier coup-d'œil une apparence des plus bénignes. Mais comme nous l'étudierons plus loin, dans l'angine diphtéritique toxique le malade ne succombe pas à l'action même des fausses membranes, mais à celle de la *toxine* ; et pour montrer combien est violente la sécrétion des bacilles de Klebs, il suffit de savoir qu'une colonie microbienne formant une fausse membrane de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, suffit, pour sécréter une quantité de toxine suffisante pour tuer en quarante-huit heures.

Si ces membranes peuvent se localiser, elles peuvent aussi amener des complications du côté du nez, des yeux et des oreilles.

Il arrive que le patient dans le cours de sa maladie se plaint de surdité, de douleurs d'oreilles assez vives. Ces troubles sont dus à l'envahissement de la *trompe d'Eustache* par les fausses membranes, d'où quelquefois otites moyennes et perte de l'équilibre de la pression aérienne dans la caisse du tympan.

Du côté des yeux nous avons la conjonctivite diphtéritique.

Cette affection étudiée tout d'abord par Buisson de Montpellier, Chassaignac, de Graefe et Trousseau, Peter et une foule d'autres, est due à l'envahissement du canal nasal par les fausses membranes, d'où pénétration jusqu'à la muqueuse palpébrale. Cette complication peut amener la perte de la vision si elle n'est pas traitée énergiquement.

Mais de toutes les complications, l'envahissement des fosses nasales est une de celle dont la valeur comme pronostic de la maladie, est la plus grave. Trousseau, dans ses cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu a été jusqu'à dire que : sur vingt sujets atteints de cette complication on pouvait compter dix-neuf décès. Dans ce cas la voix du malade est nasillarde et il s'écoule des fosses nasales un liquide sanguinolent, prenant quelquefois les formes d'un véritable épistaxis.

Comme symptômes généraux, le malade est sous l'influence du poison, de la toxine qui le mine, qui le tue ; il est pâle, ses forces diminuent, son pouls est faible. Des hémorragies, par le nez, la gorge, les gencives, des éruptions purpuratiformes viennent encore compliquer son état général et bientôt le malheureux succombera dans le collapsus, non pas asphyxié, mais, comme nous l'avons déjà répété, par empoisonnement.

Comme nous venons de le voir, l'angine diphthéritique toxique lente est mortelle, cependant il y a des cas où la science a surmonté le mal, et où il y eut guérison. Nous étudierons plus tard la *sérothérapie* et allons passer de suite à la seconde forme de notre maladie.

III—*Angine diphthéritique, toxique, foudroyante.*—Nous sommes ici en présence des mêmes symptômes, mais évoluant avec une intensité et une rapidité extrêmes. Tantôt la maladie évoluait en dix ou douze jours, maintenant c'est quelques heures, vingt à trente-six qu'il faut pour faire passer le patient de vie à trépas. Un malade se présente à vous plein de vie, un peu de mal à la gorge et c'est tout, quelques heures après les grands symptômes, ceux que nous avons étudiés dans la forme lente, surviennent, se succèdent avec une rapidité épouvantable et le malade meurt toujours et impitoyablement empoisonné : du délire, du collapsus, une syncope et le drame est terminé.

Que d'exemples cette horrible maladie nous a-t-elle pas données, combien de familles comptent dans leurs rangs décimés des membres emportés par le fléau. Notre grande famille médicale a plus d'une fois été éprouvée.

Voici deux exemples que je tire des cliniques médicales du professeur Trousseau (1885, Vol. Ier Page 455).

“ Un de nos très regrettables confrères des hôpitaux, dont le nom est connu de tous et dont les ouvrages sont entre les mains de beaucoup d'entre vous, VALLEIX, donnait ses soins à une enfant atteinte d'angine couenneuse.

“ Cette affection qui n'avait rien de très grave, guérit grâce au traitement énergique employé par notre malheureux collègue. En examinant un peu la gorge de sa malade, Valleix reçut dans sa bouche un peu de salive lancée dans un effort de toux ; il gagna la maladie. Le lendemain, sur l'une de ses amygdales, il constatait l'existence d'une petite concrétion pelliculaire ; survint un léger mouvement de fièvre ; au bout de quelques heures les deux amygdales, la luette, étaient couvertes de fausses membranes. Bientôt une sécrétion abondante d'un liquide séreux s'écoulait du nez, les ganglions du cou, le tissu cellulaire de cette région, de la partie inférieure de la mâchoire se tuméfaient considérablement ; il y eut du délire et en quarante-huit heures, Valleix mourait sans avoir présenté d'accidents du côté du larynx.”

“ C'est de la même façon que mon collègue et aussi M. Blache eut la douleur de perdre son fils, interne des plus distingués de nos hôpitaux. Henri Blache est placé par son oncle, M. Paul Guersant, auprès d'un enfant auquel il venait de faire la trachéotomie pour un cas de croup ; il y passa trois nuits. A la fin de la troisième, il éprouve un mal de gorge léger, et revient chez son père, auquel il s'en plaint. Immédiatement mandés, MM. Henri Roger, Legroux et moi, nous trouvons l'infortuné jeune homme avec une fièvre très vive, les amygdales recouvertes de fausses membranes. En quelques heures, le gonflement du cou devient énorme, l'écoulement nasal s'établit et est incessant ; à la fin du premier jour le délire s'allume ; soixante et douze heures après, quelque énergiques que fussent les médications, nous voyons mourir notre infortuné malade, qui succomba sans avoir présenté le moindre symptôme du côté du larynx.”

Dans une de ses dernières cliniques (14 novembre 1894), M. le professeur Dieulafoy nous rapportait une série de cas, dont l'histoire peut servir d'exemple d'épidémie d'angine diphtérique toxique foudroyante, dans une même famille.

Un jour il était appelé rue de Rivoli à Paris, pour soigner une vieille dame atteinte depuis deux jours d'un fort mal de gorge. Il eut vite diagnostiqué la diphtérie toxique et malgré les soins les plus énergiques la malade mourait le jour même. Parmi les personnes qui la soignaient, la vieille dame avait sa petite fille, charmante personne de dix-sept ans. Malgré les remontrances et les vives protestations du Docteur Dieulafoy, la jeune fille persista à rester au chevet de sa grand'mère. Cette dernière était à peine morte de quelques heures que la jeune fille fut prise d'un violent mal de gorge, bientôt suivi de fièvre. Malgré les consultations et les médications, elle expirait au bout de vingt heures. La jeune fille avait été soignée par une vieille bonne qui lui était fort attachée, le jour de l'enterrement elle fit demander le professeur

Dieulafoy. Je suis perdue! dit-elle : Trente-six heures après elle était morte.

Aucun de ces trois malades, tout comme Valleix et Blache, présentaient des lésions du côté du larynx. Elles avaient donc bien succombés à l'action de la toxine; c'est-à-dire empoisonnées.

—(A continuer).

Paris, 18 nov. 1894.

Le traitement des maladies des trompes de Fallope et des ovaires; (1)

par A. LAPHORN SMITH, B.A., M.D., M.R.C.S., England.

Une autre patiente dont les trompes sont remplies de pus et qui n'a pas encore consentie à se faire opérer, m'a dit dernièrement que malgré l'amour qu'elle éprouvait pour son mari, elle n'avait jamais osé lui donner aucune marque de tendresse depuis sa première attaque de péritonite pelvienne, tant elle redoutait d'éveiller chez lui les désirs sexuels, le coït est pour elle un véritable supplice à la suite duquel elle est obligée de garder le lit plusieurs jours. Peu d'hommes, même parmi les médecins, se font une idée des souffrances qu'endure la femme affectée de certaines maladies des trompes et des ovaires dans les efforts qu'elle fait pour s'acquitter de ses devoirs conjugaux.

Comme Tait le dit : la représentation idéale du coït reste dans son imagination profondément liée à l'horreur qu'il lui inspire. Bien des fois, à la suite d'un examen digital fait aussi délicatement que possible, j'ai vu verser d'abondantes larmes, et cela chez des femmes qui, étant opérées, supportent bravement les douleurs qui suivent la section abdominale.

Il est simplement absurde de discuter si nous devons ou si nous ne devons pas conserver de telles annexes utérines sous prétexte que leur extirpation privera la femme des joies de la maternité et lui enlèvera les sentiments naturels et l'amour qu'elle porte à son mari. Déjà la maladie a rendu la femme stérile, non seulement elle n'éprouve plus de jouissances sexuelles, mais son mari est pour elle une cause de crainte et d'effroi. L'épithélium cilié qui dirige l'œuf vers la matrice a disparu des trompes; l'ouverture de ces dernières est fermée près de la matrice; leur pavillon est bouché. La trompe elle-même est remplie de pus, et l'ovaire est recouvert de plusieurs couches de lymphé successivement organisée. Cet organe si sensible est emprisonné dans le cul-de-sac de Douglas, disposé justement dans le chemin du membre viril, à deux pouces seulement de l'ouverture vaginale. La femme

(1) Suite. Voir la livraison de novembre 1894, page 537.

est stérile, elle l'a été depuis plusieurs années, dès la première attaque de la maladie ; et dans la plupart des cas il lui est impossible de s'acquitter de ses devoirs conjugaux.

En enlevant ces poches remplies de pus, non seulement nous épargnons à la femme des années de douleurs, nous la sauvons encore d'un danger qui, chaque jour, menace sa vie et nous lui procurons pour un an ou deux des jouissances sexuelles, puis un état en tout semblable à la ménopause naturelle qui n'empêche pas des millions de femmes de s'acquitter de leurs devoirs envers leur mari.

J'ai mentionné quelques cas où l'opération a été suivie des résultats les plus favorables. Je désirerais, si le temps le permettait, raconter nombre d'autres cas qui serviraient non moins fortement que les premiers à m'instruire sur ce sujet. Je fus appelé, il y a un an ou deux de cela, à la Nouvelle-Ecosse, auprès d'une femme épuisée par la suppuration.

Un amas de pus s'était d'abord accumulé dans la trompe, puis avait fait irruption dans le tissu cellulaire pelvien, où il avait produit une inflammation purulente. Alors, il s'était frayé un chemin au dehors, à travers les parois abdominales, le vagin et le rectum. La femme ne pouvait plus subir une opération ; la chirurgie était impuissante pour sauver ses jours, elle dut mourir après quelques semaines de souffrances.

Ce cas m'impressionna beaucoup et contribua à me convaincre que la cellulite pelvienne est une maladie très rare, à part celle qui résulte de l'infection qui se produit pendant le travail chez une femme qui a une déchirure du col utérin.

Un autre cas qui me donna une sérieuse leçon, mais qui, cependant, guérit bien, fut celui de madame E... Appelé en consultation, je constatai à n'en pas douter qu'elle souffrait d'une cellulite pelvienne. Quelle en était la cause ? La question était difficile à résoudre pour le moment. Il y avait trois mois qu'elle était accouchée, la maladie avait bien été, l'enfant était né lorsque le médecin arriva et aucun examen n'avait été fait. Il est vrai que la température s'éleva pendant une couple de jours, mais en somme, la femme avait eu, en apparence, une heureuse maladie. Lorsque je la vis, elle était très malade ; la température était élevée.

Je l'aurais opérée immédiatement, mais il me fallait faire un voyage qui dura quelques jours. Le lendemain, son état s'était tellement aggravé qu'un autre gynécologiste fut mandé, il ouvrit immédiatement l'abcès et introduisit un tube à drainage à travers la paroi du vagin. Elle fut soulagée pour le moment, mais le pus le plus infect continua à s'écouler à travers la plaie pendant plus de six mois ; ni son mari, ni ses amis pouvaient en supporter l'odeur. Obligée de demeurer seule dans sa chambre, au milieu d'une atmosphère empoisonnée, pour une femme sensible et jeune

comme elle était, la vie lui devint à charge. Appelé de nouveau auprès d'elle, elle me pria de la guérir ou de la tuer.

Il fut aisé de découvrir quelle était la cause de tout le mal. Je fis un examen *per vaginam* et je trouvai une immense accumulation de pus dans la trompe; ce sac purulent à demi drainé remplissait le bassin et était en contact immédiat avec le rectum.

L'opération allait être terrible, je l'entrepris, cependant, avec courage et aidé de deux habiles confrères, j'enlevai la tumeur, ce qui m'obligea à ligaturer presque tout le ligament large de ce côté.

La tâche fut ardue; en bien des endroits les intestins étaient à nu, dépourvus de péritoine; pendant quelques jours la patiente resta entre la mort et la vie. Elle se rétablit cependant, mais elle hérita d'une fistule fécale. Un mois après, elle éprouva une vive douleur dans le côté opposé, à l'examen l'ovaire parut de la grosseur d'une orange. Elle revint à l'hôpital, où elle subit une seconde opération.

On enleva l'ovaire sans de trop grandes difficultés. Au cours de la première opération on avait examiné cet ovaire; il paraissait sain, il l'était aussi, j'en ai nul doute; il a dû être infecté par les manipulations ou par le pus qui remplissait le bassin, malgré les précautions que l'on prit pour le nettoyer et le laver aussi soigneusement que possible. Cette femme peut aujourd'hui marcher trois à quatre milles par jour, elle souffre cependant encore de la fistule fécale qui a donné issue à plusieurs pieds de ligature de soie.

Ce cas était au début rien autre chose qu'une accumulation de pus dans la trompe, il aurait dû être opéré immédiatement, ceci n'ayant pas été fait cette poche de pus devint adhérente au cul-de-sac de Douglas, fit éruption dans le tissu cellulaire pelvien et y occasionna une cellulite, puis plus tard le pus s'écoula à travers la paroi vaginale. Quatre vingt-dix-neuf fois sur cent, lorsque nous sentons la voûte vaginale dure comme du bois, le siège de la maladie n'est pas dans le tissu cellulaire pelvien, mais dans le péritoine pelvien.

Je pourrais mentionner nombre d'autres cas à l'appui de cette thèse: qu'une femme affectée de pyosalpinx, hydrosalpinx, hœmatosalpinx ou même de salpingite chronique lorsqu'il existe en même temps une péritonite qui retient liés les trompes et les ovaires dans le bassin, cette femme, dis-je, ne sera jamais bien. La question de diagnostiquer exactement la nature du mal qui affecte les ovaires est d'une importance secondaire; souvent même la chose est impossible. Souvent, un hydrosalpinx occasionne plus de souffrances que le pyosalpinx qui est bien plus dangereux.

Je suis loin d'être insouciant, et je sais que le fait d'enlever les annexes utérines chez une jeune femme mariée a de nombreux

inconvéniens pour elle et pour son mari. La partie la plus puissante de sa nature psychique se trouve lésée. Je n'ai ni le temps ni l'espace pour traiter ici ce sujet. S'il n'y a qu'un seul ovaire de malade, nous ne devons jamais enlever les deux, à moins que nous soyons en présence d'un gros fibroïde et que ce soit notre but d'obtenir une ménopause prématurée, je crois que s'il est possible nous devons sauver les deux ovaires, et si nous ne le pouvons pas, nous devons nous efforcer d'en sauver un ou la moitié d'un et cela même si nous sommes obligés d'enlever les deux trompes.

J'ai cependant plus d'une fois regretté d'avoir été trop conservateur. Ainsi madame Q... me fut envoyée de la campagne pour être traitée ; elle souffrait d'une rétroversion avec adhérence ; les trompes et les ovaires étaient renversés dans le cul de sac de Douglas, la matrice reposait sur eux. A chaque pas qu'elle faisait, les ovaires recevaient un léger choc occasionné par le ballonnement de la matrice sur eux, le coït était très douloureux. Elle était jeune et belle, tout naturellement elle me pria d'épargner les ovaires s'il était possible. Tandis que mes mains étaient plongées dans l'abdomen, trouvant les ovaires adhérents, je fus tenté de les enlever mais connaissant quel serait le désappointement de la femme et celui de son mari, je les arrachai de leur prison, je tirai la matrice en avant et après l'avoir suturé à la paroi abdominale, hysteropexie, je fermai l'ouverture. La rétroversion est maintenant guérie, la femme peut marcher sans éprouver de douleur et les rapports sexuels ne lui causent plus de souffrances, mais elle est stérile et environ deux fois par année elle revient et se plaint beaucoup des douleurs que lui font éprouver ses ovaires.

Salpingite Tuberculeuse.—Cette maladie est plus commune qu'on le suppose généralement. Le Dr. Whitridge WILLIAMS, de Baltimore, dit qu'un examen minutieux au microscope démontre qu'un nombre considérable de trompes et d'ovaires enlevés sont tuberculeux même lorsque le microscope ne découvre pas de traces de tubercules. D'après lui, 8 pour cent des annexes utérines enlevées pour maladies inflammatoires sont tuberculeuses ; en d'autres termes un sur douze des cas où l'on a enlevé les trompes remplies de pus et des ovaires adhérents, étaient d'origine tuberculeuse. Lorsque les poumons ne sont pas affectés, il est presque impossible de diagnostiquer la nature tuberculeuse des maladies des annexes utérines, c'est pourquoi je n'en ai pas parlé d'une manière spéciale ; mais le fait que, tous les cas de maladies inflammatoires des annexes peuvent être d'origine tuberculeuse et que la maladie, d'abord dans les trompes, peut s'étendre au péritoine et causer la mort, résultat qu'on aurait évité en enlevant les ovaires lorsque la maladie n'existait pas ailleurs, est un puissant argument en faveur d'une ovariectomie hâtive A l'appui de cet

avancé, j'ai déjà rapporté un exemple (1). Cette malade se présenta à moi souffrant d'une douleur dans le bassin ; il était facile de sentir les trompes et les ovaires par derrière la matrice. La température était élevée, la patiente se plaignait de diarrhée chronique. Comme cette femme maigrissait rapidement, on ouvrit l'abdomen ; les intestins et les trompes et les ovaires étaient littéralement cimentés ensemble, de sorte qu'il était impossible de rien faire qui eut un résultat tant soit peu pratique. Le péritoine était pour ainsi dire saturé de tubercules miliaires. La trompe gauche composée de substance caséuse fut enlevée morceau par morceau, puis après une irrigation abondante, on introduisit un tube à drainage et l'on ferma la cavité. La santé de la malade s'améliora quelque peu, la température resta normale tant que le tube fut en place, mais quinze jours plus tard elle eut une hémorragie intestinale et mourut peu de jours après d'épuisement.

Dans ce cas, si l'on eut enlevé plus tôt les annexes, on aurait peut-être sauvé la vie de la malade. Assurément il n'y a pas lieu d'opérer lorsque déjà les poumons sont dans un état avancé de tuberculose, mais l'infection du péritoine n'est pas un obstacle qui doit nous interdire l'opération, puisque plusieurs cas semblables ont été opérés avec des résultats favorables.

Fièvre puerpérale.—La relation qui existe entre des amas de pus dans les trompes et les ovaires et la fièvre puerpérale est une autre question très importante et que plusieurs ont traitée. En 1862, le Dr Robert BARNES (2) rapporta un cas de péritonite occasionné par le suintement du pus à travers la trompe de Fallope dans la cavité abdominale, à la suite d'un avortement provoqué. La patiente était âgée de 34 ans ; elle mourut de péritonite six jours après son avortement. Le coroner ouvrit une enquête où l'on fit l'autopsie. Il y avait du pus dans la matrice et les trompes de Fallope, et on pouvait découvrir distinctement le trajet qu'il avait suivi de la trompe gauche dans la cavité du péritoine.

Le Dr Barnes, au cours de son rapport, renvoie à plusieurs auteurs qui ont observé et raconté des cas d'infection d'origine semblable. L'un de ces cas est très bien décrit en peu de mots.

Il est rapporté par Vocke : Une jeune femme était accouchée depuis neuf jours. Elle paraissait assez bien ; tout à-coup, elle fut prise d'une douleur très aiguë dans l'endroit correspondant à l'ovaire gauche ; 46 heures après, elle était morte. On trouva dans l'abdomen plusieurs pintes d'une exsudation séro-purulente. Les signes de péritonite étaient très marqués autour de l'ouverture de la trompe gauche. En confirmant cette dernière, le pus s'en écoulait par petites ouvertures.

MARTIN, de Berlin, dit que lorsque le pus s'écoule dans la cavité du péritoine, la femme ressent d'abord une douleur très vive, puis

(1) Transactions Medico-Chirurgical Society of Montreal., Vol. V.

(2) Transactions Obstetrical Society, London, vol. III, p. 419.

la température s'élève. Le tympanisme qui survient bientôt peut obscurcir les signes de la péritonite.

Bland SUTTON est celui qui a trouvé les preuves les plus concluantes des relations qui existent entre les fièvres puerpérales et les amas de pus dans les trompes.

DELBET (1) relate que Siredey, dans une thèse publiée à Paris en 1860, dit que sur 29 autopsies faites chez des femmes mortes de fièvres puerpérales, 22 avaient les trompes de Fallope dilatées et remplies de pus, et les ovaires purulents.

Le docteur Chapman GREGG, pathologiste à la maternité de Queen Charlotte (2) dit que sur 548 accouchements faits dans l'espace de neuf mois à cette institution, cinq femmes moururent de fièvre puerpérale et sur ce nombre quatre cas devaient être attribués à des maladies antérieures des trompes et des ovaires.

Comme Barnes et les autres auteurs ci-dessus mentionnés, je crois que dans la fièvre puerpérale, la mort est due très souvent à des accumulations de pus dans les trompes et les ovaires, et si non elle est occasionnée par l'infection des lymphatiques de l'utérus qui devient saturé de bacilles. C'est pourquoi, contre la fièvre puerpérale, j'ai depuis quelques années plaidé de toutes mes forces en faveur d'un traitement qui devient de plus en plus populaire. Lorsque tous les autres moyens ont été inutiles, lorsque le pouls de la malade est de plus en plus rapide, il faut ouvrir l'abdomen, et s'il est possible enlever l'organe infecté, soit que le pus siège dans l'appendice, dans les trompes, les ovaires ou dans les lymphatiques et les sinus utérins. L'ablation des annexes est une des opérations abdominales des moins dangereuses; l'ablation de la matrice par la méthode extra-péritonéale l'est guère davantage. Alors pourquoi ne pas opérer lorsque nous avons toutes les chances de sauver une femme plutôt que de la laisser mourir comme plusieurs le font.

Nous passons maintenant aux maladies des ovaires. De celles ci les tumeurs ovariennes sont de beaucoup les plus dangereuses; nous désignons sous le terme générique de tumeurs celles de l'oophoron, paroophoron et parovarium. Que la tumeur soit simple, que ce soit un kyste rempli de pus, un hématome, un papillome, un fibrome, un sarcome ou un abcès ovarien, le meilleur et le seul traitement est de l'enlever aussitôt que possible. Sur ce sujet tous les gynécologistes sont d'accord.

Le plus tôt la tumeur est enlevée, le moins dangereuse est l'opération et le plus sûr sera non seulement la guérison immédiate, mais les résultats ultimes de l'opération. Une journée de plus augmente le danger que court la vie d'une femme. Non seulement dans un cas d'abcès ovarien, la tumeur peut se rompre et

(1) Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891.

(2) Journal of the British Gynecological Society, Vol. II, p. 264.

occasionner une péritonite générale qui amènerait la mort ; mais s'il s'agit d'un kyste papillomateux, la maladie peut s'étendre à toute la cavité du péritoine et cimenter en une masse tous les intestins, accident qui rend l'opération impossible.

Je vis une fois Olshausen ouvrir l'abdomen pour un cas de ce genre ; les intestins étaient si bien pris ensemble et adhérents aux parois, qu'à la première incision le scalpel traversa l'intestin à plusieurs reprises et cet opérateur, l'un de ceux qui ont acquis la plus haute renommée en Europe ne vit rien de mieux à faire que de réparer l'intestin et suturer l'abdomen.

La carrière des chirurgiens qui pratiquent des opérations abdominales est parsemée des cadavres de femmes qui sont mortes, non des suites de l'opération mais parce qu'on a trop attendu pour les opérer. L'un des cas d'opération abdominale le plus simple que je n'ai jamais rencontré fut l'ablation d'une tumeur ovarienne environ de la grosseur d'une noix de cocotier ; dès que je fus certain de la présence de cette tumeur, je proposai l'opération qui fut faite 3 jours après. Le jour suivant, cette femme riait et s'amusait ; au bout de 3 jours elle ne ressentait plus aucune douleur et ce fut avec les plus grandes difficultés qu'on put la tenir au lit durant deux semaines. Vers ce temps elle retourna chez elle et revint au bout d'un mois seulement afin de me permettre d'enlever les ligatures de crin de Florence qui avaient été employées pour fermer la plaie. Au contraire un des cas les plus difficiles que je n'ai jamais rencontré se présenta chez une dame qui avait un kyste ovarien, depuis deux ans qu'elle retardait de se faire opérer. Quel en fut le résultat ? La tumeur était adhérente au foie, aux intestins, aux parois abdominales, bref, à tout ce qui était venu en contact avec elle, si bien qu'avant de pouvoir la détacher, la femme était déjà mourante d'une hémorragie incontrôlable. Le pédicule était de grandes dimensions ; il fallait donc faire une longue incision et finalement de cette personne qui avait souffert depuis si longtemps, il ne restait plus qu'un cadavre tandis que la femme dont j'ai parlé plus haut et qui s'était fait opérer à bonne heure était déjà assise dans son lit, peignait ses cheveux et parlait gaiement, l'autre gisait inanimée dans son cercueil. Et si deux années plus tôt elle s'était décidée à subir l'opération, non seulement elle aurait évité ces deux années de souffrances mais tout aussi bien que la première elle serait revenue à la santé.

Il y a environ deux ans je fus appelé pour voir une femme âgée d'environ 50 ans. Elle se faisait porter dans une chaise ; son abdomen était énormément distendu et elle éprouvait de grandes difficultés à respirer, j'enlevai deux pleines chaudières d'un fluide ascitique, après quoi je pus constater la présence de deux tumeurs ovariennes, le lendemain, j'ouvris l'abdomen et j'enlevai deux carcinomes des ovaires, pesant cinq et six livres.

Il était trop tard ; elle se rétablit cependant mais le foie était déjà cancéreux et 3 mois après la femme mourut d'un cancer du foie, pourtant cette maladie au début était locale et aurait pu être entièrement enlevée sans difficulté.— *A suivre.*

A propos d'antitoxine,

par Charles VERGE, jr, M.D., (Laval).

Les docteurs Biggs et Prudden, dans un rapport officiel récemment adressé au Dr Wilson, président du Bureau d'Hygiène de New-York, déclarent qu'après examen d'une couple des différentes préparations de sérum anti-diphthérique actuellement en vente dans cette dernière ville, les échantillons en question n'avaient absolument aucune valeur immunisante ou curative, en un mot qu'il y avait falsification dans les deux cas. Ces experts ajoutent de plus qu'à leur connaissance plusieurs préparations frelatées sont déjà en usage dans quelques hôpitaux new-yorkais. Leur rapport est approuvé par le Dr Cyrus Edson et, sur motion de celui-ci, un comité doit être bientôt organisé dans le but de contrôler toute fabrication d'antitoxine, du moins dans la métropole américaine.

J'ai cité ces faits afin de prouver aux médecins combien ils doivent être sur leurs gardes quant à l'importation ou la provenance du nouveau remède. En effet, aux Etats-Unis où " l'almighty dollar " règne si souvent au détriment du consommateur et où l'esprit de réclame semble avoir atteint aujourd'hui l'apogée, le sérum lui-même, à peine éclos, s'est vu, lui aussi, contrefait et falsifié. A cela rien d'étonnant, mais on admettra sans conteste tout le danger qu'il y a pour le malade d'absorber une dose d'une anti-toxine de qualité inférieure, ou même embouteillée depuis un certain temps. Car le sérum ne se conserve en moyenne (au froid) que quelques semaines, après quoi il perd plus ou moins ses propriétés intéressantes et peut même devenir dangereux par le développement possible de champignons hyphomycètes. C'est pourquoi on ne saurait trop se défier de préparations ayant séjourné dans les pharmacies. A mon avis, il vaut mieux importer directement, *en petite quantité*, le juste nécessaire. L'Institut Pasteur de New-York (sous la direction de Paul Gibier), où le conseil d'Hygiène de notre province s'approvisionne au besoin, offre toutes les garanties suffisantes et a l'avantage d'être à douze heures de chemin de fer de Montréal, de sorte que le sérum peut toujours être obtenu frais, en attendant que nous puissions au Canada même fabriquer ce produit. Mais une telle fabrication exige, plus qu'on ne le croit, de sérieuses garanties : il faut des laboratoires spéciaux, beaucoup de soin, de minutie même, dans

le choix et l'alimentation des animaux nécessaires (cobayes et chevaux), il faut encore un outillage assez compliqué et pardessus tout des bactériologistes *compétents* pour surveiller *effectivement* à tous ses degrés, la préparation du sérum. Parmi les marques de fabriques *européennes*, les meilleures seraient, après l'Institut Pasteur de Paris, Scherang et Farbwerke, (Hochstam Main), Allemagne.

J'ai eu l'honneur d'expérimenter sur moi-même le premier à Québec la sérothérapie. Ayant contracté la diphtérie chez un patient, les fausses membranes firent leur apparition le 30 novembre dernier avec leur cortège concomitant : fièvre et retentissement ganglionnaire. Grâce à l'obligeance du Dr Elzéar Pelletier, secrétaire du Conseil d'Hygiène, dès le surlendemain je recevais une boîte d'antitoxine préparée à l'Institut Pasteur de New York, et que je m'étais empressé d'ordonner. 25 centimètres cubes me furent de suite injectés hypodermiquement dans l'hypochondre gauche; le lendemain une bonne moitié des membranes s'était littéralement dissoute, la fièvre était nulle et dans quatre jours tout avait *complètement* disparu. Neuf jours après le début de la maladie je reprenais mes visites professionnelles avec un gosier parfaitement normal, et c'est sans éprouver la moindre fatigue que ce soit que j'ai le plaisir de vous transmettre ces notes. Mon propre cas en était un léger dès le début peut-être, tout de même les deux côtés du voile du palais ainsi que les deux amygdales ont été bien et dûment envahies successivement et je suis convaincu que sans l'antitoxine je ne pourrais au moins enregistrer sitôt moi-même cette observation. Maintenant quel a été l'effet physiologique du sérum? Aucune réaction fébrile ni inflammatoire quelconque si ce n'est le septième jour après la piqûre un léger érythème localisé, intermittent, occupant une grande partie de l'hypochondre gauche (où l'injection avait été pratiquée) et n'apparaissant que pendant la période digestive (attribuable sans doute à l'hypercirculation qui se produit naturellement alors dans cette région). Cette zone érythémateuse transitoire se rétrécit chaque jour et n'est plus qu'insignifiante aujourd'hui.

L'avenir est évidemment à la sérothérapeutique. Behring vient de trouver le sérum *anti typhique*, l'anti tétanique et l'anti-cholérique. Tizzoni pour le premier et Haffkine et Simpson pour le second, ont déjà donné quelques succès malgré leur imperfection incontestable; au tour maintenant de quelque modeste savant, car c'est l'enthousiasme qui a perdu Koch, de nous donner le sérum anti tuberculeux, non moins utile à notre planète que la belle découverte de Roux. Enfin n'oublions pas qu'autant que le microbe, la contrefaçon est à combattre.

58 rue Ste-Ursule, Québec, 12 décembre 1894.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Un cas d'anémie palustre.—Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'Hôpital de la Pitié.—Je viens vous parler du jeune homme entré le 23 mai dernier dans notre salle Jenner. Cet homme est robuste tant par son squelette que par sa musculature ; mais il frappe tout de suite l'attention par la décoloration complète de ses tissus. Si c'était un sujet féminin, on devrait hésiter sur la cause de cette décoloration, mais chez un homme de 24 ans, qui offre un certain aspect de bouffissure des téguments, on ne doit pas hésiter : on peut être sûr qu'il est frappé d'anémie palustre. D'ailleurs, les renseignements qu'il fournit complètent le diagnostic.

L'interrogatoire nous apprend, en effet, que nous sommes en présence d'un individu frappé d'anémie palustre d'origine exotique. Durant son séjour à Biskra, il y a deux ans et demie, il fut pris de fièvre ; mais, ainsi que cela se passe en général, au début, cette fièvre n'était pas réglée ; elle revenait tous les deux jours, tous les trois jours ; elle était déglée aussi quant à l'heure, car elle apparaissait le soir. De Biskra il va à Oran et, là encore, la fièvre garde sa périodicité et son irrégularité. Au bout de quelques mois il est envoyé au Dahomey, et ici, Messieurs, se place un fait curieux. Durant son voyage et durant les sept premiers mois de son séjour au Dahomey, il n'eut plus d'accès. Mais étant à Dogba, il fut pris d'accès réglés, quotidiens et parfois bi-quotidiens, accès qui survenaient le matin. Dans ces accès, la température atteignait 41°, cela l'obligea à un séjour de quarante jours à l'hôpital de Porto Novo. La fièvre augmenta même d'intensité et un phénomène nouveau s'y ajouta : il fut pris d'ictère, qui dura assez longtemps. Après ce séjour à l'hôpital, les accès perdirent leur régularité, et, comme il était guéri en apparence on le dirigea sur Oran. Cette guérison était si bien une simple apparence que, sur le bateau, il fut pris d'accès pernicieux dont le symptôme dominant fut le délire, délire tel qu'on dut l'attacher, le ligoter. C'était durant les derniers jours de la traversée.

A Oran, aussitôt arrivé, on lui administra des injections de quinine au nombre de six, le jour même de son entrée à l'hôpital. Grâce à cette médication, l'accès pernicieux disparut, les accès ordinaires reparurent, quant à l'ictère il s'évanouit petit à petit. On l'envoya en convalescence à Arzew, et, une fois jugé guéri, il quitta l'Algérie pour rentrer en France. A ce moment il était décoloré, mais n'avait plus d'ictère ni d'accès.

Il arriva à Paris au mois de janvier, et, durant deux mois environ, il fut bien portant, sauf de la céphalalgie et des palpitations qu'explique l'état d'anémie profonde où il est plongé. Là encore cette guérison n'était qu'une apparence; car, à la fin de mars, il fut repris d'accès qui revêtirent le même type qu'au Dahomey. De lui-même, il prit de la quinine, mais fort peu, 0,50 centigrammes seulement et deux ou trois heures avant l'accès, ce qui était inutile comme vous le verrez tout à l'heure. Cela dura tout le mois d'avril et jusqu'au 17 mai; à dater de cette époque il n'a plus eu d'accès. Il arrive le 24 dans notre service pour de la faiblesse, des palpitations, de la céphalalgie, il vient donc pour des symptômes dépendant de l'anémie.

Nous avons fait la numération des globules rouges, et nous en avons trouvé 1, 800,000. Quant à l'hémoglobine, sa proportion est au dessous de la moitié du chiffre normal, il n'a en effet que 6 d'hémoglobine. Les globules blancs sont augmentés par rapport aux globules rouges, car nous avons 1 globule blanc pour 200 globules rouges. En raison de l'anémie, on a des souffles systoliques à tous les orifices, et les deux plus forts sont le souffle xiphoidien et le souffle pulmonaire. Dans les vaisseaux du cou, on entend un double souffle. La rate grosse, un peu dure, dépasse de trois travers de doigt le rebord costal.

Le foie est normal, ce qui est à noter, en raison de l'ictère qu'il a eu au Dahomey.

Il n'a pas d'albumine dans l'urine.

En somme, l'impaludisme donne lieu à deux états qu'il ne faut pas confondre, bien qu'ils reconnaissent la même cause: la cachexie et l'anémie. Ici on ne doit pas dire cachexie, mais anémie, et l'anémie peut durer longtemps avant que la cachexie s'établisse. Notre malade n'est nullement un cachectique.

Comme je l'ai dit, il est rare que les fièvres paludéennes exotiques soient réglées dès leur début. Nous voyons en outre chez cet homme disparaître complètement et durant des mois les manifestations extérieures du paludisme. Mais après des mois elles reparassent aggravées. Vous me direz que ce n'est pas étonnant puisqu'il est resté dans des pays où le paludisme règne. Sans doute, mais il avait été guéri en apparence durant sept mois au Dahomey; plusieurs mois avant de quitter l'Algérie il était encore guéri; alors il quitte les pays à fièvre, vient à Paris, et sa guérison apparente dure deux mois, mais au bout de ces deux mois les accès reparassent sans nouvelle infection paludéenne. Et bien, il faut que vous le sachiez, c'est la règle.

Quand on a été pris de malaria et que, sous l'influence du traitement, les manifestations extérieures du paludisme ont disparu, on n'est pas guéri; ce n'est qu'une apparence et le traitement doit être continué et varié. Les accès fébriles cessent, l'infection demeure lorsque les accès ont pris fin; c'est un fait qui est, je ne

sais pourquoi, trop oublié, et qui suscite un certain étonnement quand on le constate pour la première fois.

N'a-t-on pas vu des médecins allemands venir manifester leur étonnement à la Société de médecine de la Charité de Berlin, après avoir observé des faits semblables chez des soldats revenant des colonies allemandes de l'Afrique? En vérité, cela ne montre qu'une chose : leur inexpérience.

Dans le paludisme, on doit distinguer deux choses : les modifications extérieures causées par la malaria, que fait disparaître un traitement approprié, et l'état d'infection, qui ne s'éteindra presque jamais, que ce soient des fièvres d'Afrique, d'Italie, d'Espagne, des vallées du Danube ou de la France méridionale.

L'un des écrivains de ce siècle qui a appliqué à cette infection persistante la dénomination la plus juste, c'est Graves, de Dublin, en 1840. Il l'a appelée " état de périodicité latente. " En effet, chez les malades présentant des intervalles d'accalmie de plusieurs mois, il avait supputé quel jour l'accès devait reparaitre, et quand il reparaisait c'était exactement le jour où il aurait dû revenir, si la fièvre avait persisté avec son type habituel. Ce qui est également certain, c'est la persistance de l'état d'infection grave des malades. Quelquefois on observe des individus qui ne sont jamais retournés dans des pays à fièvre, dont l'hygiène est restée parfaite, et qui sont, après des années, repris d'accès graves.

Ces notions n'ont été ni augmentées ni éclairées par la découverte des hématozoaires donnés comme caractéristiques de la malaria.

Avant cette découverte, on disait que l'organisme était imprégné d'un " poison " qui perdait parfois durant des espaces de temps plus ou moins longs son activité ; mais quand, pour une cause quelconque, simple refroidissement, alcoolisme, indigestion, le " poison " se réveillait, les accès reparaissaient. Que savons-nous de plus aujourd'hui ?

Dans les intervalles d'accalmie, trouve-t-on des hématozoaires ? Jamais. Quand, après une période d'accalmie, on les cherche durant les accès, au moment voulu, les trouve-t-on ? Tantôt oui, tantôt non. Notez bien qu'on ne les rencontre jamais durant les intervalles apyrétiques : ce serait donc que la quinine les a tués. Or, il n'en est rien, puisqu'ils peuvent reparaitre dans les accès nouveaux.

Il y a deux ans, on a entretenu la Société médicale de la Charité de Berlin de deux cas semblables à celui dont je vais parler. Dans un des cas, celui de Kaulthor, l'examen du sang ne donna que 1,000,000 de globules rouges, mais on ne trouva aucun hématozoaire, quoiqu'on ait pris du sang dans les heures qui précédaient les accès. Dans l'autre cas, celui de Grawitz, on les trouva.

En ce qui nous concerne, nous n'en avons jamais trouvé, quoi-

que nous ayons eu des malades venant de Dakar, du Tonkin, de Madagascar, du Dahomey, et même, parmi ces malades, nous en avons eu un qui eut des accès terribles, et chez lequel nous aurions dû trouver l'hématozoaire. Or, je le répète, jamais nous n'avons rien trouvé, malgré les examens réitérés faits par MM. Netter, Ménétrier, Lesage. Ce fait de l'infection latente est la partie la plus intéressante de la malaria.

Comment peut-on comprendre l'action de la quinine en présence de la doctrine des hématozoaires ?

On ne peut vraiment pas dire comme Galgi, que de la mort des hématozoaires sous son influence, découle la suppression des accès. En effet, sans infection nouvelle, il peut survenir de nouveaux accès, où l'examen du sang montre le parasite.

Je crois que Baccelli a donné, il y a dix-huit mois, une explication plus satisfaisante, quoiqu'à deux faces ; d'ailleurs, je vais vous lire les conclusions de mon mémoire, pour être bien sûr de ne pas dénaturer sa pensée :

1o Il peut arriver que, dans des cas graves, on ne trouve aucun hématozoaire dans le sang :

2o Il peut arriver qu'on en trouve, mais en si petit nombre qu'on ne peut pas établir de rapport entre ces éléments et l'intensité du cas ;

3o Il est possible qu'on trouve des amibes en grand nombre, mais ils ne sont nullement pyrétogènes, s'ils ne sont pas arrivés à la phase de sporulation.

Je vous ferai remarquer que cette dernière conclusion n'est pas propre à Baccelli ; elle est généralement admise en Italie.

4o Si l'on trouve dans le sang des hématozoaires en état de segmentation ou de sporulation, on peut prédire un accès.

5o On peut succomber à la malaria sans qu'on rencontre d'hématozoaires dans le sang.

Baccelli conclut que la malaria comprend deux éléments, la " Dyscrasie sanguine Morphologique " ou destruction des globules rouges, et la " Dyscrasie chimique ", due aux toxines produites par les hématozoaires dans le sang. Le premier élément fait la cachexie, le second fait la fièvre.

Malgré tout, les conclusions de Baccelli n'ont pas la capacité d'éclairer la notion d'infection latente ; sur ce point, nous ne savons rien, et on peut le déplorer, quand on songe au nombre de travaux qui ont été écrits sur ce sujet.

Avant de terminer, je veux vous parler du traitement, qui est fort important. Golgi dit qu'on doit donner la quinine bien plus tôt dans la quarte que dans la tierce et dans la quotidienne. Or, il y a 30 ans, j'ai démontré que le début réel de l'accès n'est pas le même que le début marqué par le frisson, et qu'il le précède de quelques heures. Je me suis appuyé, pour ma démonstration, sur les principes de l'urologie.

En tenant compte de ce fait que la quinine ne produit son maximum d'effet que six heures après son administration, on doit l'administrer non pas dix heures avant le début apparent de l'accès, mais six heures avant le début réel.

En me fondant sur un grand nombre d'observations, j'ai pu établir que dans la fièvre quotidienne le début réel précède le début apparent, marqué par le frisson, de deux heures, on devra donc donner le médicament huit heures avant l'heure supposée de l'accès apparent.

Dans la tierce, le début réel par rapport au début apparent est en avance de quatre à six heures; il faut donc donner la quinine douze heures avant l'accès.

Dans la quarte le début réel précède le début apparent de huit à douze heures; on devra donc administrer la quinine dix huit heures avant le moment connu du frisson.

Durant la première période d'accalmie, on doit donner la quinine la veille du jour où l'accès aurait eu lieu si la fièvre persistait. Dans l'état d'infection latente, c'est le quinquina en extrait qu'il faut ordonner, à la dose de quatre grammes. Plus tard, on peut associer au quinquina du tartrate ferrico-potassique, à la dose de 0.40 centigrammes. Inutile d'en donner plus, il ne serait pas absorbé. Je donne ce sel parce qu'il ne fatigue pas l'estomac et qu'il ne donne pas de constipation.

Tel est le traitement à faire suivre durant deux mois environ, puis vient le moment d'y joindre l'hydrothérapie et l'acide arsénieux.—*Union Médicale*.

CHIRURGIE.

Le cathétérisme de l'œsophage et de l'estomac.—M. le Dr BOUVRETT, de Lyon, dans son *Traité des maladies de l'estomac*, donne sur la technique de l'exploration de l'œsophage, d'intéressants détails que nous empruntons au journal de Lucas Championnière :

Les instruments. — Comme explorateur de l'œsophage et du cardia, un bon instrument est une des bougies œsophagiennes de M. Bouchard. Ces bougies sont parfaitement lisses et moins rigides qu'une tige de baleine. Elles sont lourdes, ce qui est un avantage, car elles pénètrent plus aisément. Elles donnent des sensations suffisamment nettes à la main qui les conduit. Ce sont en même temps des instruments de traitement; elles servent à la dilatation progressive des rétrécissements de l'œsophage et du cardia. Il y en a de différentes grosseurs; il suffit d'en posséder trois ou quatre, dont celle du plus petit calibre. — Pour explorer l'œsophage et le cardia, on se sert également d'une tige de baleine

à l'extrémité de laquelle peuvent être vissées des olives d'ivoire, de volume variable. Une autre bougie de baleine porte, à l'extrémité interne, une série de renflements olivaires superposés; elle permet quelquefois de pénétrer dans un rétrécissement très serré. On fait encore usage de bougies ou de sondes de différents calibres, quelques-unes très petites, formées d'un tissu imprégné de diverses substances. Même comme instruments explorateurs, les sondes ont un avantage sur les bougies; quand on a réussi à franchir un rétrécissement jusque-là infranchissable, elles permettent d'injecter des liquides alimentaires dans l'estomac.

Pour pénétrer dans l'estomac, les sondes dures sont aujourd'hui à peu près complètement abandonnées. Un grand progrès a été réalisé le jour où leur fut substituée la sonde de caoutchouc molle, construite sur le modèle de la sonde urétrale de Nélaton. On se sert généralement de la sonde de M. Ewald et du tube de M. Faucher. Ce sont, en somme, des sondes de Nélaton de gros calibre et très longues. Elles sont assez souples pour ne pas blesser les parties molles, saines ou malades, qu'elles doivent traverser, mais assez fermes pour s'engager dans l'orifice pharyngo-œsophagien, parcourir l'œsophage et franchir le cardia. En France, l'usage du tube de M. Faucher est si répandu, qu'il est inutile de le décrire. Il convient très bien pour l'extraction des repas d'épreuve et l'insufflation de l'estomac, et il a l'avantage d'être un instrument de traitement, puisqu'il sert à pratiquer le lavage de la cavité gastrique. Je donne la préférence au tube de moyen calibre, d'un diamètre extérieur de 12 millimètres au moins, à parois assez épaisses, muni d'un seul trou latéral à une très faible distance de l'orifice terminal. C'est une erreur de croire que le tube est d'autant plus facile à introduire qu'il est de plus petit calibre. La sonde de M. Ewald est munie de plusieurs trous plus petits, placés en face du gros trou latéral. Je ne crois pas que ces orifices supplémentaires facilitent beaucoup l'extraction des liquides gastriques.—Le meilleur moyen de conserver longtemps un tube de Faucher consiste à s'en servir souvent, et quand on ne s'en sert pas, à le laisser suspendu à l'air libre. Je n'ai pas employé d'autre procédé de conservation pour différents tubes, dont je fais usage depuis plusieurs années et qui sont toujours en excellent état.

Il va sans dire que tous ces instruments doivent être parfaitement aseptiques. Avant et après toute exploration, on les trempe dans une solution d'acide borique, puis dans de l'eau chaude pendant cinq à dix minutes. On fait usage d'une sonde ou d'une bougie spéciale, si le malade est atteint de syphilis, de tuberculose ou de cancer.

Les indications et les contre-indications du cathétérisme de l'œsophage et de l'estomac.—Il y a lieu d'introduire une bougie exploratrice dans l'œsophage si les troubles de la déglutition autorisent à présumer qu'il y existe un rétrécissement. Il n'y a

pas d'autres, moyens d'être renseigné sur le siège et le degré d'une sténose de l'œsophage et du cardia. L'instrument explorateur peut également donner des indications sur l'existence et la situation d'un diverticule de l'œsophage. Telle est l'indication générale; elle est parfois dominée par une contre-indication.

Quand il s'agit d'une affection gastrique, l'indication du cathétérisme doit être admise toutes les fois que les anamnétiques, les troubles fonctionnels et d'autres procédés d'exploration ne permettent pas d'établir le diagnostic avec assez de certitude. Or il en est souvent ainsi; c'est une erreur de croire que les phénomènes subjectifs, même soigneusement analysés, suffisent pour reconnaître la plupart des états dyspeptiques. Les dyspepsies par excès de la sécrétion comptent parmi les affections gastriques dont les symptômes sont très caractéristiques. Cependant il m'est souvent arrivé de me tromper et de rectifier mon erreur par l'examen du chimisme stomacal. Dans bien des cas d'ulcère et de cancer, ce même examen rend certain et définitif un diagnostic qui jusque là, n'était que probable.

Assurément, il y a des contre-indications à l'introduction d'une sonde dans l'œsophage ou l'estomac. Un peu de jugement suffit à les établir. En premier lieu, il est clair que cette exploration doit être évitée si elle n'est pas nécessaire au diagnostic. Il faut y renoncer, alors même qu'elle pourrait éclairer la nature de l'affection gastrique, si le patient présente l'une des conditions suivantes:—âge avancé; cachexie prononcée;—grossesse;—menstruation;—maladie du cœur avec palpitations violentes ou avec quelques symptômes d'asystolie;—angine de poitrine;—induration sénile des artères;—artério-sclérose généralisée avec forte hypertension artérielle;—anévrisme de l'aorte et des grosses artères;—affections des voies respiratoires avec troubles fonctionnels sérieux, telles que l'emphysème très marqué, le catarrhe étendu, la phtisie avancée, les compressions et les rétrécissements de la trachée et des bronches, les épanchements de la plèvre;—états fébriles de quelque intensité;—troubles de la circulation cérébrale; hémorrhagies récentes, celles surtout de l'estomac, du cerveau et des voies respiratoires.

Lorsque le cathétérisme paraît nécessaire et n'est pas contre-indiqué, il est rare qu'on se heurte à un refus systématique de la part du patient. Il est encore plus rare que le spasme du sphincter pharyngo œsophagien soit assez prononcé pour empêcher tout à fait l'introduction de la sonde gastrique. Sur cent cas, je n'en rencontre pas plus de cinq ou six où, pour l'un ou l'autre de ces motifs, je dois renoncer au cathétérisme. L'opération est d'autant plus facilement acceptée, que l'affection est plus ancienne et s'est montrée plus rebelle au traitement. Il est assez important de réussir dès la première tentative; un premier échec décourage le patient et le dispose mal à subir une nouvelle exploration.

La technique.—La technique est vraiment fort simple et il n'y a pas lieu d'insister beaucoup. Il ne faut jamais négliger certaines précautions préalables. Il est de règle d'ausculter le cœur, le poumon et l'aorte. Un anévrysme thoracique peut être la cause d'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia. On doit aussi faire l'inspection de la bouche et enlever toutes les dents artificielles qui ne sont pas solidement fixées. J'ai coutume de faire au patient la description succincte de la petite opération qu'il va subir, et je lui répète que, malgré une sensation de serrement à la gorge, il pourra respirer très bien, car la sonde doit s'engager, non dans la conduit de l'air, mais dans celui des aliments. Des que le tube arrive au contact du pharynx, le patient suspend instinctivement sa respiration. Il est beaucoup plus rare qu'il survienne un véritable spasme du larynx. Au moment de commencer l'opération, j'engage donc le malade à respirer lentement, profondément, à me regarder moi-même, et joignant l'exemple au précepte, je fais une série de larges inspirations. Cette sorte de suggestion réussit presque toujours. Le patient est assis et sa tête ne doit pas être renversée en arrière. Cette attitude de la tête ne facilite pas l'introduction de la sonde, et elle trouble la circulation cérébrale. Jusqu'à présent je n'ai jamais eu recours à l'anesthésie locale du pharynx. On obtient cette anesthésie à l'aide d'un badigeonnage de la muqueuse avec une solution à 5 ou 10p. 100 de chlorhydrate de cocaïne.

Ces préparatifs terminés, le malade ouvre modérément la bouche. L'opérateur peut y introduire l'index de la main gauche, s'il s'agit de cathétériser l'œsophage avec un instrument d'une certaine rigidité; sous ce doigt, recourbé en crochet dans le pharynx, la bougie rigide glissera plus facilement et franchira plus sûrement l'orifice pharyngo-œsophagien. Pour l'introduction de la sonde gastrique, et particulièrement du tube de M. Faucher, il n'est pas du tout nécessaire de placer un doigt dans la cavité buccale. Le tube est simplement posé sur la langue et poussé doucement d'avant en arrière. Il se recourbe seul contre la paroi postérieure du pharynx et arrive sur l'orifice supérieur de l'œsophage. C'est là le point le plus difficile à franchir. On peut engager le patient à faire un mouvement de déglutition, et, au moment où le larynx s'élève, il suffit de pousser un peu le tube pour le porter au delà du sphincter œsophagien. On sait combien facilement un malade habitué au cathétérisme avale le tube de Faucher. Mais le malade novice et troublé ne réussit pas toujours à exécuter un mouvement correct de déglutition. Instinctivement il repousse le tube et suspend sa respiration. De nouveau, on lui répète qu'il peut et qu'il doit respirer largement. On maintient le tube au contact de l'orifice pharyngo-œsophagien, en exerçant de temps en temps une pression modérée sur cette orifice; il arrive bientôt un moment où cette pression coïncide soit avec une déglu-

tition, soit avec un relâchement momentané du sphincter. A ce moment-là, l'obstacle est franchi et le tube s'engage plus profondément. Le reste de l'opération n'offre plus aucune difficulté. Le patient achève de déglutir le tube, ou bien on le pousse doucement jusqu'à ce que le trait noir dont il est muni, se trouve au contact des incisives. Il peut arriver qu'on soit obligé de le pousser plus loin si l'estomac est très dilaté ou fortement abaissé. La sonde rencontre quelquefois un nouvel obstacle au niveau du cardia, mais il est léger, et, à moins qu'il n'existe un rétrécissement véritable, il est toujours facile de pénétrer dans la cavité de l'estomac.

Les accidents.—On a beaucoup exagéré la fréquence des accidents imputables au cathétérisme. D'ailleurs, avec un peu de prudence, il est facile de les éviter. Ils sont le plus souvent produits par les sondes dures, et ils sont devenus beaucoup plus rares depuis que s'est généralisé l'usage des sondes molles.

Dans les cas de rétrécissements de l'œsophage ou du cardia, on a vu à la suite d'un cathétérisme :—la rupture d'une poche anévrysmale ;—la déchirure de l'œsophage ramolli, au dessus ou au niveau même d'un néoplasme ou d'un rétrécissement cicatriciel ;—la perforation complète de la paroi œsophagienne et l'injection dans la pèvre d'un liquide alimentaire destiné à l'estomac ; une hémorrhagie plus ou moins abondante, provenant de masses cancéreuses très vasculaires ou des plexus veineux qui entourent l'extrémité inférieure de l'œsophage ;—l'irritation d'un néoplasme qui s'accroît plus rapidement, devient tout à fait oblitérant, ou se complique d'une médiastinite suppurative.—Tous ces accidents peuvent être évités si l'on respecte les contre-indications du cathétérisme de l'œsophage et si l'on procède toujours avec prudence. —Enfin je crois avoir remarqué que parmi les malades atteints de cancer de l'œsophage et du cardia, les broncho-pneumonies et les gangrènes du poumon sont plus fréquentes chez ceux qui sont soumis à des cathétérismes immodérés.

Il est tout à fait rare que la sonde gastrique pénètre dans le larynx. L'accident se manifeste aussitôt par de la toux, de la cyanose, une vive angoisse respiratoire, symptômes dont il est vraiment difficile de méconnaître la signification. Un simple spasme du larynx produit des symptômes moins alarmants, et il est très rare qu'il soit assez intense pour obliger à renoncer à l'opération. S'il subsiste quelques doutes, on prie le malade de prononcer une syllabe à haute voix. S'il ne peut le faire, il est clair que la sonde doit être immédiatement retirée. — Dans quelques cas, beaucoup plus fréquents, la sonde semble pénétrer dans l'œsophage ; en réalité, elle n'a pas dépassé le pharynx dans lequel elle s'enroule, puis elle s'échappe par la bouche ; c'est là moins un accident qu'un insuccès qui oblige à recommencer l'opération.

Il y a quelques exemples d'hémorrhagies gastriques provoquées

par la sonde. Il s'agissait de malades atteints de cancer ou d'ulcère. De là cette règle générale : il faut s'abstenir de tout cathétérisme dans tous les cas compliqués de gastrorrhagie récente. Du reste, les faits de ce genre sont très rares, comparés au très grand nombre des malades chez lesquels le cathétérisme de l'estomac n'a produit absolument aucun accident.

Le cathétérisme comme moyen de diagnostic.—L'introduction d'une sonde dans l'œsophage et l'estomac est fort utile au diagnostic. Elle permet :

- 1° D'explorer la perméabilité de l'œsophage et du cardia ;
- 2° De faire pénétrer dans l'estomac une certaine quantité d'air ou de liquide, de façon à faciliter la percussion et la palpation ;
- 3° D'extraire une partie ou la presque totalité du contenu stomacal, afin d'en pratiquer un examen complet ;
- 4° De déterminer approximativement les dimensions et la capacité de l'estomac.

L'exploration de l'œsophage.—Le passage de la sonde détermine parfois une douleur vive, en un point limité ; c'est un signe probable d'une lésion locale, telle que l'ulcère, le cancer, la compression produite par un organe voisin malade. La douleur de l'œsophagite est plus diffuse et d'ailleurs elle ne permet guère l'introduction du cathéter. Si l'instrument est nettement arrêté en un point de l'œsophage, ou au niveau du cardia, c'est que là il existe un rétrécissement. Tantôt l'obstacle est constamment infranchissable, tantôt il laisse passer une sonde de petit calibre.

Il est assez facile de déterminer exactement le siège de la sténose. La longueur de l'œsophage est en moyenne de 25 centimètres chez l'adulte. Des incisives à l'orifice supérieur de l'œsophage il y a 15 centimètres. On mesure sur la sonde la profondeur à laquelle elle a pénétré depuis les incisives. Un calcul très simple permet de conclure que le rétrécissement se trouve au cardia, à l'orifice supérieur ou au tiers moyen de l'œsophage.

La mobilité latérale d'une sonde suffisamment rigide autorise à présumer l'existence d'une dilatation notable au-dessus d'un point rétréci, par exemple au dessus du cardia. Dans quelques cas fort rares, les résultats de l'exploration varient d'une façon assez significative : à un moment donné, une grosse sonde passe facilement ; un peu plus tard, il est impossible d'introduire une sonde du plus petit calibre : il est probable qu'il s'agit d'un diverticule de l'œsophage.

De la cure radicale des hernies ombilicales chez l'adulte :

—S'il est une question toute d'actualité et particulièrement intéressante, c'est celle de la *cure radicale des hernies ombilicales* que M. le docteur Henri Brodier vient de prendre comme sujet de sa thèse inaugurale.

Notre camarade était, du reste, bien préparé à ce travail par deux années d'internat passées, l'une chez M. Lucas Championnière.

re, l'autre chez le professeur Le Dentu, chirurgiens, qui, comme on le sait, se sont tout particulièrement occupés de ce mode de traitement.

Nous n'en sommes plus en l'année 1881, époque à laquelle la Société de chirurgie discutait la kélotomie dans les hernies ombilicales étranglées, et où plusieurs chirurgiens ne voulaient pas de l'opération pour les grosses tumeur herniaires.

Les choses ont marché depuis et aujourd'hui, non seulement, on intervient dans tous les étranglements, mais encore on cherche le moyen de les éviter en pratiquant en dehors de tout accident la cure chirurgicale de la hernie.

C'est là une opération qui commence à peine à être réglée, car le but qu'on se propose est difficile à atteindre. On se trouve, en effet, en présence d'un orifice souvent très large à obturer, et on n'a à sa disposition que des tissus gras très relâchés, difficiles à soutenir. Aussi, M. Championnière écrit-il dans son livre qu'aucune hernie ombilicale ne devrait grossir, et M. Brodier le répète après lui et cela à juste raison.

Ils sont nombreux les procédés qui ont été décrits et qui sont destinés à fermer, chez l'adulte, l'orifice de sortie de la hernie ombilicale. Les uns sont assez compliqués, les autres sont des plus simples et nous verrons que ce sont ces derniers qui donnent les meilleurs résultats.

Lawson Tait et Zaënger ont d'abord tenté de dédoubler le plan aponévrotique de façon à faire rentrer l'une dans l'autre les deux lèvres de l'orifice herniaire, d'autres comme M. Championnière, ajoutent la plus grande importance à bien extirper le sac, surface de glissement, et suturent ensuite l'anneau ombilical avivé. D'autres, enfin, pratiquent l'*omphalectomie*, c'est-à-dire enlèvent toute la tumeur et résèquent l'anneau ombilical. Ce sont là les moyens employés par M. le docteur Condamin (de Lyon) et par M. le professeur Le Dentu, qui font disparaître l'ombilic cutané, l'anneau ombilical et qui ramènent l'opération à une laparotomie.

En résumé, au point de vue de la cure radicale, c'est-à-dire de l'occlusion complète du trajet herniaire, tous les procédés peuvent se ramener à deux : la *suture de l'anneau ombilical avivé*, ce qu'on a encore appelé une *omphalectomie fibreuse* et, *omphalectomie totale*, c'est-à-dire l'extirpation de l'ombilic avec ouverture de la gaine musculaire des droits.

Nous ne nous lancerons pas ici dans l'exposé de tous ces différents procédés, car nous pensons qu'il est inutile de compliquer l'intervention. Que faut-il faire en effet pour détruire une hernie ombilicale et l'empêcher de se reproduire ?

D'abord, faire disparaître tout *infundibulum séreux* ; la chose est de toute nécessité. Faut-il, pour arriver à ce résultat, disséquer le sac minutieusement et le réséquer. Cette conduite est quelquefois très difficile à tenir, On sait, en effet, que dans la hernie qui nous occupe, le péritoine adhère presque immédiatement à l'anneau

fibreuse, qu'il est mince, friable, et parfois presque impossible à détacher. Aussi n'a-t-on pas ici le moyen de changer les rapports du péritoine et de l'anneau ombilical. On ne peut pas par des tractions fortes ou douces, attirer le sac herniaire pour le lier le plus haut possible, le sectionner et le voir rentrer dans le ventre. On s'expose ainsi, tout simplement, à le déchirer sans faire descendre le péritoine.

Qu'on cherche donc à disséquer le sac ou qu'on se borne à l'enlever avec toutes les parties molles, comme dans l'omphalectomie, le résultat est le même et ceci plaide en faveur de cette dernière méthode.

On doit ensuite, comme dans toute cure radicale de hernie, bien *oblitérer le collet du sac*. Pour cela, il faut bien entendu, mettre deux surfaces cruantées en rapport, et celles-ci seront obtenues soit au moyen de l'avivement de l'anneau ombilical, soit en le faisant disparaître. Les partisans de la première méthode donnent pour raisons, qu'ainsi on limite la perte de substances et l'ouverture de la paroi abdominale à ses moindres dimensions et qu'on respecte les muscles droits et les gaines aponévrotiques dans lesquelles ils sont bridés, gaines qui jouent un si grand rôle dans la statique des viscères de l'abdomen; mais à cela on peut répondre que la cicatrice qui remplace les tissus enlevés, devient aussi résistante que le tissu aponévrotique dont elle procède; qu'en enlevant largement l'anneau on met en rapport des surfaces d'avivement plus grandes et qui doivent mieux obturer ce qui était avant le trajet herniaire, et, enfin, il faut aussi le savoir, la hernie ombilicale présente anatomiquement des caractères spéciaux, qui font que les bords de l'anneau peuvent être si rigides, qu'ils ne peuvent dans certains cas être affrontés; que même, sous l'effort de violentes tractions, ils peuvent se déchirer et que le seul moyen de les rapprocher c'est de faire l'omphalectomie, qui, prolongeant l'incision en haut et en bas, permet aux deux lèvres de la paroi abdominale de se rapprocher plus facilement.

On objecte à cette dernière opération, qu'elle expose davantage à une éventration ultérieure, mais nous savons bien que aujourd'hui avec une bonne suture à plusieurs étages, comprenant d'abord le péritoine puis les muscles, les aponévroses et la peau, on obtient une ligne de réparation capable de résister aux pressions abdominales.

Nous pensons donc que l'omphalectomie est l'opération de choix, qu'elle consiste à transformer la hernie ombilicale en une véritable laparotomie et nous nous rangeons pleinement à l'opinion de M. Condamin, du professeur Le Dentu et de beaucoup d'autres chirurgiens.

C'est, du reste, l'intervention la plus simple, la plus rapide, et nous estimons qu'elle met le malade à l'abri des récidives, tout aussi bien que les procédés compliqués de dédoublement des aponé-

vroses abdominales, analogues par exemple à celui qu'on nous a dit être pratiqué par M. Quénu dans son service de Cochin.

Quant aux indications de la cure radicale, elle doit nécessairement être appliquée dans les hernies ombilicales étranglées, et, dans tous les cas, où le volume de la tumeur, l'âge, l'état général de la malade, et ce qu'on a appelé la diathèse herniaire, ne viennent pas s'opposer à l'intervention. — *Union médicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Traitement de la Gonorrhée Uréthrale chez la femme.— D'après Rollet, le traitement de la gonorrhée uréthrale chez la femme est trop souvent relégué au second plan et on devrait s'occuper de l'urèthre en même temps que du vagin. On éviterait souvent ainsi la métrite, la salpingo-ovarite et la péritonite.

Il y a trois formes de gonorrhée uréthrale, — l'aiguë ou douloureuse, la chronique ou anodine et la latente ou insidieuse.

Le traitement est à la fois interne et externe.

Le traitement interne, comme chez l'homme, sera surtout basé sur l'ingestion de copahu, d'huile de santal, de cubèbe et de salol. Ces médicaments, toutefois, se donnent comme adjuvants du traitement local qui peut varier. Les insufflations peuvent être utiles; elles devront avoir comme agent actifs le sous-nitrate de bismuth, le calomel, le soufre et l'iodoforme, le patient par la miction se faisant préalablement un lavage de l'urèthre.

Les applications de nitrate d'argent, pur ou dilué, de même que les crayons d'iodoforme et de salol, sont aussi conseillées.

Une solution de glycérine à trente pour cent rendue aseptique, est souvent très utile.

Parmi les médicaments actifs, on peut encore mentionner le sulfate de cuivre, le sublimé, l'iodoforme, l'ichthyol, tous mêlés à la cocaïne.

Martineau conseille les suppositoires de beurre de cocoa, mais on leur reproche de souvent glisser au dehors ou dans la vessie.

Les instillations uréthrales sont ordinairement faites avec du nitrate d'argent, 1 pour 50; l'ichthyol 3 p. 100; la résorcine 5 p. 100; le permanganate de potasse, 1 p. 250; le sublimé 1 p. 2000.

Il introduit des sondes No 17 au manche et 20 à leur extrémité (français) d'abord trempées dans de l'huile contenant du salol; la sonde introduite dans la vessie, il la retire jusqu'à ce qu'elle vienne heurter le col vésical; alors l'urèthre peut être lavé sans que le liquide pénètre dans la vessie. Ce procédé, cependant, n'est employé que quand la vessie est intacte.

On peut employer de la même manière le cathéter ou sonde de Pezzer, fait de caoutchouc pur avec extrémité vésicale aplatie et dont l'œil vésical peut être allongé ou modifié dans sa forme.

Les applications de résorcine (10 à 30) peuvent aussi être faites au moyen d'une petite brosse trempée dans la solution et vivement secouée sur la membrane muqueuse. L'emploi d'un tamis couvert de gaze, est très douloureux ; et est réservé aux cas qui exigent le curettage ou la cautérisation.

Enfin, les irrigations peuvent être employées avec les médicaments ci-dessus-mentionnés, combinées avec l'application du crayon d'argent, d'iodoforme, etc., avec antiseptie du vagin ou un tampon pour prévenir l'infection de l'utérus, des trompes, et des ovaires.—*The Therapeutic Gazette.*

Quelques aphorismes à propos d'accouchements.—Ce qu'il faut et ce qu'il ne faut pas faire pendant le travail, voilà la question.

Dans la pratique générale, aucune autre branche que l'obstétrique ne demande autant de contrôle personnel. En effet, il survient tant de complications, qui exigent autant de sympathie pour la malade et d'habileté de la part du médecin. Et lorsqu'un travail normal est suivi de maladie ou de mort, la cause ne peut en être attribuée à autre chose qu'à l'ignorance ou à la maladresse.

Après ces remarques préliminaires, Ewing énonce quelques aphorismes se rapportant aux accouchements :

10. Examinez l'urine une semaine ou à peu près, avant l'accouchement. La présence de l'albumine ne doit pas être une cause d'alarme, hormis qu'elle se trouve en grande quantité, dans lequel cas la femme sera soumise à la diète lactée, prenant 1/10 de grain de sulfate de spartéine quatre fois par jour et de la crème de tartre pour tenir les intestins libres, le but étant de décongestionner les veines rénales.

20. Ne faites jamais de toucher vaginal sans avoir bien nettoyé vos mains et vos ongles, de même que les organes génitaux externes de la femme, avec une solution de bichlorure de mercure (1,2000) et du savon éthéré.

30. Faites des injections d'eau chaude pour évacuer le rectum.

40. Faites le moins d'examens possible pendant le travail et chaque fois trempez d'abord la main dans une solution antiseptique.

50. Si la présentation se fait lentement, ne laissez pas alier votre impatience jusqu'au point de vous permettre d'assister la nature en tirant sur le fœtus. Probablement que toutes les déchirures pathologiques profondes, exigeant l'intervention chirurgicale et qu'on trouve sur le côté droit et l'antéro-supérieur du col, sont causées par les doigts de l'accoucheur.

60. Si les douleurs sont indolentes, changez la position de la parturiente.

70. Ne rompez pas la poche des eaux trop tôt, parce qu'elle favorise la rotation postérieure de la face, lorsqu'elle est intacte.

80. S'il arrivait une rotation postérieure de l'occiput et si la nature après un espace de temps raisonnable était impuissante à expulser le fœtus, appliquez le forceps, puis tournez l'occiput en avant, en faisant la rotation à droite ou à gauche suivant que la position de l'enfant l'exigera. Cette manœuvre du forceps peut être faite sans danger si l'on y va avec précaution retournant la tête de pas plus qu'un quart de cercle à la fois, puis s'arrêtant un moment pour permettre aux épaules d'exécuter le même mouvement. Ceci fait, l'instrument doit être enlevé, puis réappliqué.

90. En exerçant des tractions sur la tête de l'enfant avec le forceps, désarticulez-le toutes les trente secondes à peu près, autrement l'engorgement produit par la pression continue exercée par l'instrument pourrait causer un hématôme du cerveau ou de la dure-mère.

100. Pour prévenir une déchirure du périnée.

Lorsque l'occiput est sorti de la vulve, la main droite laisse le forceps pour maintenir les parties molles, tandis que la gauche continue à exercer de légères tractions par en haut, jusqu'à ce que l'arcade nasale atteigne le bord antérieur du périnée, alors enlevez rapidement l'instrument, et pour éviter une déchirure, surtout si la parturiente fait des efforts expulsifs, maintenez la tête dans le *statu quo* jusqu'à ce que vienne le relâchement ; alors avec le pouce, l'index et le majeur de la main droite, poussez le périnée en bas et audessous du menton, le faisant de la sorte reposer sur la face palmaire des doigts. La prochaine tranchée expulsera la tête que l'accoucheur saisira des deux mains, attirera en bas, en dégageant l'épaule inférieure la première.

110. S'il survenait une déchirure, suturez de suite avec du fil de soie préparé au fer.

120. Ne vous impatientez pas, si le placenta ne vient pas de suite, mais attendez, disons une demie-heure ou même une heure, avant de tenter une délivrance forcée. Si, toutefois une violente hémorrhagie se déclarait, videz l'utérus de suite, après vous être désinfecté la main, introduisez-la dans la matrice, détachez le placenta et attendez que les contractions utérines forcent ce dernier et votre main à sortir.

130. La cause des hémorrhagies utérines après le travail provient le plus souvent des vaisseaux utéro-placentaires qui restent ouverts et ne sont plus d'aucune utilité. La nature, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, prévient les hémorrhagies provenant de cette source, en remplissant ces vaisseaux et en tamponnant leur ouverture de sang coagulé. Donc—

140. N'employez pas la méthode de Crédé et cela pour deux raisons : la première, c'est que le fait de comprimer le placenta chasse en même temps des anfractuosités des vaisseaux ce coagulum plastique entraînant à sa suite des flots de sang, causant le plus souvent une hémorrhagie au lieu de la prévenir. La

seconde, c'est qu'une hémorrhagie survenant après cette méthode qui nécessite une pression constante d'une demie-heure ou plus sur l'utérus et bien qu'elle puisse ne pas empêcher la formation du caillot est cependant la cause d'une paralysie des fibres contractiles de l'utérus qui cessent de répondre à l'action stimulante de l'ergot ou de tout autre remède.

150. Pour ce qui est de ces hémorrhagies passives, qui recommencent aussitôt que la main est retirée, les auteurs conseillent de donner une cuillerée à thé de laudanum de préférence à 2 ou 3 d'ergot.

160. Après la naissance, frictionnez légèrement l'abdomen du bout des doigts, cette légère friction excite les contractions utérines beaucoup mieux que les massages vigoureux, elles expulsent le placenta en presque aussi peu de temps et sont rarement, si jamais, suivies d'hémorrhagies ennuyeuses et de douleurs post-partum. Cette pression superficielle exercée avec les doigts sera continuée quelque temps après que le placenta aura été expulsé.

170. C'est dans les avortements des premiers mois que survient l'atrophie des vaisseaux sanguins de la muqueuse et l'hémorrhagie provient en grande partie de l'engorgement de cette membrane muqueuse au lieu de provenir en entier de la surface placentaire, comme dans l'accouchement à terme. Pour arrêter l'écoulement sanguin, n'employez ni l'ergot, ni la compression, mais rapprochez les surfaces internes en enlevant l'arrière faix avec le forceps placentaire et la curette mousse. Ceci doit être suivi d'une injection intra-utérine chaude et antiseptique (l'acide carbolique de préférence).

180. Tenez la vulve bien recouverte de ouate au sublimé pour recevoir les lochies et prévenir l'infection; et, de plus, si une garde-malade propre et compétente assiste la parturiente, recommandez-lui de donner pendant cinq jours, matin et soir, des injections vaginales et antiseptiques.

190. Lavez les yeux de l'enfant aussitôt après sa naissance, et pour le pansement du nombril servez-vous de ouate boratée saturée de glycérine.

200. Restreignez la diète les trois premiers jours seulement, après quoi, agissez sur l'intestin par un énéma ou par la poudre de réglisse composé. (S'il y a beaucoup de flatulence donnez de préférence une forte dose d'huile de ricin et de térébenthine).

210. Si possible, tenez la malade au lit pendant deux semaines, et les quatre premiers jours donnez lui un cachet contenant $\frac{1}{2}$ grain d'ergotine et $2\frac{1}{2}$ grains de quinine, matin, midi et soir pour prévenir la fièvre et hâter l'involution.

220. Si vous faites une spécialité de la chirurgie, et que vous soyez appelé pour un cas d'obstétrique, usez de beaucoup de précaution pour le nettoyage de vos mains et de vos ongles; en un mot, il serait sage, si votre clientèle chirurgicale est nombreuse, de ne pas vous occuper d'accouchements.—Ewing, in *Medical Record*.

PÉDIATRIE.

Pronostic de la fièvre typhoïde chez les enfants. — M. Mousoux, de Bordeaux, est d'avis que le pronostic de la fièvre typhoïde est moins sévère chez l'enfant que chez l'adulte. Voici le traitement adopté par l'auteur :

Pendant les douze premiers jours, on donne du calomel tous les trois jours. Les jours intercalaires et après que le calomel a été suspendu définitivement, l'antisepsie intestinale est pratiquée par le naphthol associé au salicylate de bismuth. Tous les jours on fait des lotions vinaigrées froides et on administre deux lavements d'eau bouillie froide ; on donne de la quinine jusqu'à ce que le thermomètre descende au dessous de 38° centigr ; on prescrit le régime lacté et les boissons abondantes. Dans les formes ataxiques ou hyperthermiques, on emploie les bains tièdes à 30° c. refroidis à 26° et de 5 à 10 minutes de durée.

Traitement des péricardites aiguës chez les enfants. — C'est un peu arbitrairement qu'on disjoint le traitement de la péricardite aiguë de celui de l'endocardite ; car il est habituel que les deux séreuses du cœur soient prises en même temps. Cependant, outre les moyens communs aux deux, il en est de spéciaux pour l'inflammation du péricarde. Je crois les révulsifs beaucoup plus puissants contre la péricardite que contre l'endocardite ; je pense aussi que l'énergie du traitement peut arrêter la péricardite dans ses premières étapes. c'est à dire quand il n'y a que des frottements ou un épanchement fibrino séreux peu abondant. Donc, dès l'apparition des premiers signes de péricardite sèches, on fera bien d'appliquer immédiatement des ventouses scarifiées et des ventouses sèches.

Si au bout de 24 heures les signes augmentent, il y a indication à l'emploi de la vessie de glace, surtout s'il y a endocardite concomitante.

Vient on à constater que l'épanchement augmente dans le péricarde (disparition du choc de la pointe et de tout bruit, dyspnée extrême et cyanose du visage, dysphagie), on ne doit pas hésiter à faire, après stérilisation convenable de la peau et avec l'aiguille de Dieulafoy bien aseptique, la ponction du péricarde au lieu d'élection.

Lorsqu'après résorption ou extraction du liquide reparaissent les gros frottements, il faut se préoccuper de prévenir, s'il est possible l'organisation définitive des exsudats péricardiques, car la symphyse du péricarde est de la plus grave conséquence pour

l'avenir du cœur ; ici encore je crois à l'utilité d'une révulsion méthodique et longtemps continuée par les vésicatoires volants et les pointes de feu.

Il sera logique d'administrer en même temps les iodures alcalins auxquels on s'accorde à reconnaître quelque utilité pour empêcher le passage du tissu conjonctif embryonnaire à l'état fibreux.)

Dans la péricardite l'usage des médicaments proprement toniques du cœur trouve sa place, qu'il y ait ou non endocardite : digitale, caféine, etc. On ne peut refuser à la *médication diurétique* nitrate de potasse, scille, lactose, etc.) et aux purgatifs drastiques, une place pour empêcher la formation d'épanchements plus abondants.

Formules de diurétiques :

Nitrate de potasse.....	1 à 3 gr.
Acétate de potasse	1 à 3 gr.
Sirop de groseilles.....	30 gr.
Eau	100 à 120.
Teinture de scille	0 gr. 50 à 3 gr.
Teinture de digitale.....	III à X gouttes
Sirop de menthe.....	20 gr.
Eau.....	100 gr.
Lactose	25 à 50 gr.
Tisane de chiendent ou de stigmatas de maïs...	500 gr.

Péricardite suppurée.

En cas de péricardite, il est indiqué de faire l'incision franche et le drainage du péricarde dans le 4^e espace intercostal. Le pronostic reste à peu près désespéré, mais sans l'intervention il est fatal. — Dr P. LE GENDRE, *in Traité de thérapeutique infantile.*

Un symptôme particulier chez les enfants tuberculeux. — D'un travail de M. WULL, il résulte que l'on peut observer chez certains enfants atteints de tuberculose pulmonaire un syndrome spécial caractérisé par de la cyanose de la face et des extrémités, une sensation de froid général coïncidant avec un abaissement notable de la température centrale et périphérique, du spasme artériel, de l'hyperglobulie, une augmentation du volume de la rate, une modification de la composition de l'urine se traduisant entre autres phénomènes, par l'apparition de l'albuminurie.

Ce syndrome se produit tantôt par le simple passage de la station couchée à la station debout, tantôt par le passage d'un milieu à température chaude dans un milieu à température modérée ou fraîche.

Ce syndrome est essentiellement transitoire. Sa durée varie de quelques minutes à quelques heures.

Il a une marche intermittente, se produisant très facilement à certaines périodes ne se montrant pas à d'autres.

Il paraît indépendant de la forme clinique qu'affecte le tuberculose pulmonaire, de la prédominance de tel ou tel symptôme de l'étendue et de la gravité des lésions. Il se montre au début de la tuberculisation aussi bien qu'aux périodes avancées de celle-ci. Il est indépendant du régime des saisons, se montre en été aussi bien qu'en hiver.

Faut-il couper le frein de la langue ? — Pour la plupart des médecins, croyons-nous, la question est jugée : il ne faut pas céder aux instances des parents, qui, par un pur préjugé, vous demandent de couper le frein de la langue de leur enfant.

Toutefois, en présence des nombreux cas où cette opération est encore appliquée, M. le Dr CHERVIN, directeur de l'Institut des Bègues de Paris, croit nécessaire de reprendre la question et de démontrer péremptoirement la complète inutilité de l'opération.

On ne doit consentir à la section du frein, que lorsqu'il est hors de doute que l'enfant ne peut pas téter parce que le frein est vicieusement implanté, et que sa vie dépend de l'opération.

J'ai vu, pour ma part, des familles s'alarmer de ce que leur bébé tétait mal et croire que l'enfant avait, — comme ils disaient, — la *langue nouée*, alors qu'il s'agissait simplement d'enfants mal habiles dans la succion. Avec un peu de patience et quelques exercices de succion sur le doigt, de façon à apprendre à l'enfant à placer sa langue, l'émotion de la famille était dissipée et l'opération qu'on croyait inévitable était déclarée inutile par tout le monde. M. Chervin croit que les ankyloglosses, quelles qu'elles soient les variétés, constituent des cas rares et qu'il faut y regarder à deux fois avant de se livrer à une opération, insignifiante en elle-même, mais qui, en raison de l'âge de l'enfant, peut présenter des dangers sérieux.

Mais s'il faut être circonspect pour des ankyloglosses plus ou moins réelles, avec quelles énergies le chirurgien ne doit-il pas refuser l'opération de la section du frein lorsqu'elle est demandée, simplement par habitude locale, à titre de prophylaxie, pour garantir ultérieurement l'enfant contre des troubles de la future parole ?

"J'ai montré, en effet, que ce n'était qu'un préjugé que rien ne justifiait, que les défauts de prononciation ne tenaient pas à l'existence du frein de la langue comme le croyait Colombat, qu'on était tout juste aussi avancé après l'opération qu'avant.

"Enfin, je sais que quelquefois, aujourd'hui encore des familles sollicitent de leur médecin cette section du frein, non plus comme mesure préventive, mais comme moyen curatif du bégaiement ou de la blesité pour un enfant ou un adulte. Il faut charitablement prévenir qu'elles se trompent, que ces opérations sont absolument

inutiles et que tous ces défauts de prononciation ne sont justiciables que d'une éducation méthodique, naturelle et rationnelle des organes de la voix, dont la durée ne dépasse pas trois semaines." — *Concours médical.*

L'asthme des enfants, pathogénie, diagnostic et traitement
par H. DAUCHEZ [de Paris], in *Revue de Clinique et Thérapeutique.*
— Les conclusions de l'auteur sont : 1^o Que l'asthme est rare chez l'enfant : mais qu'il existe. Il reconnaît des causes multiples et succède le plus souvent à une excitation périphérique ou centrale suivie d'accidents dyspnéiques poroxystés et réflexes. 2^o Plus il apparaît tôt, plus il a tendance à guérir, s'il est traité, car plus tard il devient incurable. 3^o L'asthme des enfants est bien l'asthme vrai, car il éclate chez des descendants d'asthmatiques, goutteux ou migraineux. Alors même qu'il succède à une lésion banale, il est susceptible de persister indéfiniment, son pronostic est pourtant plus bénin que chez l'adulte. 4^o Chez l'enfant, l'asthme éclate à tout âge, mais surtout entre cinq et dix ans. 5^o Si l'on interroge des adultes sur l'âge d'apparition de leurs premiers accès, on apprend que l'asthme s'est révélé entre quinze et vingt cinq ans dans la plupart des cas.

8361 — **Rapports entre le rachitisme et les accidents convulsifs chez les enfants**, par le Dr COMBY. — Les convulsions générales (éclampsie) et locales (spasme de la glotte) sont assez fréquentes chez les enfants rachitiques prédisposés par le névrosisme héréditaire ou inné. Le rachitisme ne peut par lui-même, par ses lésions osseuses, même quand elles atteignent la tête (craniotabes) nous donner l'explication des accidents convulsifs. En effet, ces accidents existent souvent chez des sujets indemnes de craniotabes et de rachitisme ; d'autre part beaucoup d'enfants (la grande majorité) atteints de craniotabes étendu, de rachitisme très prononcé ne présentent aucun symptôme convulsif. L'explication doit être cherchée ailleurs ; l'A. la trouve dans les troubles digestifs qui ont précédé et qui accompagnent le rachitisme. En un mot, les convulsions infantiles des rachitiques relèvent d'une auto-intoxication dont la source est dans le tube digestif. — *Médecine infantile.*

Pharyngite douloureuse.

P.—Sulfate de morphine	4 grains.
Acide carbolique.....	$\frac{1}{2}$ drachme fl.
Acide tannique.....	30 grains.
Glycérine.....	4 drachmes fl.
Eau.....	4 “

Faire une solution.—Mode d'emploi : badigeonner l'arrière gorge deux ou trois fois par jour.—*Medical Press.*

FORMULAIRE.

Mélange pour le traitement local de l'angine diphtérique.—*M. N. Ignatovsky.*

P.—Essence de menthe.....	8 grammes.
Essence de térébenthine.....	} àà 30 "
Pétrole	

Mêlez. Usage externe.

Les fausses membranes sont badigeonnées au moyen de petits tampons d'ouate imbibés de ce mélange, à des intervalles variant de une à deux heures.

Scarlatine.—*Dr J. C. Wilson.*

P.—Hydrate de chloral.....	2 grammes.
Sirop de lactucarium	} àà 50 "
Eau.....	

M.—A prendre : une cuillerée à soupe toutes les trois ou quatre heures. Dans l'opinion du Dr Wilson, l'hydrate de chloral est le meilleur moyen de calmer les phénomènes d'excitation chez les enfants atteints de scarlatine.

Pyérite, cystite et irritation de la vessie.—*Prof. Harz.*

P.—Citrate de potasse.....	240 grains.
Esprit de chloroforme.....	3 onces fl.
Teinture de digitale.....	1 drachme fl.
Infusion de buchu.....	8 onces fl.

M.—Dose : Une cuillerée à dessert trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Dentifrice pour prévenir le noircissement des dents.

P.—Chlorate de potasse	14 parties.
Borax.....	} àà 28 parties.
Magnésie calcinée.....	
Chaux précipitée	
Essence de menthe verte.....	2 parties.

—*National Druggist.***Hémoptisie.**

P.—Ergotine	20 grains.
Acide gallique.....	40 "
Sirop de tolu.....	4 drachmes fl.
Eau	q. s. pour 4 onces fl.

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

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: -- Dr A. LAMARCHE.

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

MONTRÉAL, JANVIER 1895.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tirolr 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tirolr 2040, Bureau de Poste, ou No 161, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année** pour les médecins, et de **\$2.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'Administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & C^{IE}, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette Paris, France sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

BULLETIN.

Le onzième Congrès International des Sciences Médicales tenu à Rome, du 25 mars au 5 avril 1894.

M. CARLE, de Turin, ne croit pas qu'il faut intervenir dans les cas de fibromyomes de l'utérus, avant que les hémorragies, les douleurs, les phénomènes du côté de la vessie et du rectum aient rendu l'opération indispensable.

« J'ai, dit-il, pratiqué 11 laparo-myomectomies avec traitement extrapéritonéal du moignon et obtenu 10 guérisons. Dans neuf autres cas, j'ai fait le traitement intra pariétal du moignon et j'ai eu huit guérisons; chez 52 malades opérées avec le intrapéritonéal du pédicule, j'ai obtenu 47 guérisons; 11 hystérectomies vaginales m'ont donné 11 guérisons. J'ai également eu 11 guérisons sur 11

cas d'énucléation et de morcellement par le vagin. J'ai pratiqué aussi 20 autres hystérectomies totales par la voie abdominale, toutes suivies de succès, avec une méthode qui m'est personnelle et qui diffère du procédé de Martin, en ce que je fais l'énucléation sous-péritonéale de l'utérus; puis, après avoir lié les artères utérines et disséqué le col jusqu'à l'insertion du vagin, j'applique un clamp au-dessous de ce col et je sectionne sur la paroi vaginale même. Les bords de cette section sont réunis ensuite par des points de suture.

L'occlusion préventive du vagin permet d'éviter les dangers provenant du défaut d'antisepsie de ce canal, qui est très difficile à désinfecter."

M. G. BANTOCK, de Londres, dit avoir presque exclusivement dans l'hystéromyomectomie le traitement externe du pédicule, et avoir toujours obtenu de si bons résultats par cette méthode qu'il ne croit pas devoir lui substituer les procédés récemment proposés.

M. JACOBS croit que l'idéal chirurgical consiste dans l'extirpation totale de l'utérus, corps et col, afin d'éviter le traitement du pédicule, de rendre le choc opératoire moins violent et de faire perdre le moins de sang possible aux malades, toujours anémiques.

Il emploie, lorsque l'exécution en est possible, l'extirpation abdominale totale et il rend l'opération rapide à l'aide de pinces à forcepression spéciales. Son procédé opératoire est le suivant : 1^o ouverture des culs-de-sac vaginaux et pincement des artères utérines; 2^o cœliotomie : la tumeur est amenée au dehors et l'on place sur les ligaments larges, par l'abdomen, des pinces combinées de telle façon qu'on peut immédiatement en remplacer le manche par le vagin sans changer le mors de l'instrument. La tumeur est enlevée en totalité par l'abdomen, après section des ligaments en dedans des pinces. La plaie refermée, on fait un pansement vaginal. Par ce procédé, l'orateur a pu pratiquer plusieurs opérations très rapidement et sans hémorragie.

M. CALDERINI, de Parme, dit avoir pratiqué 18 hystérectomies avec traitement extrapéritonéal du moignon et avoir obtenu neuf guérisons; il serait porté à conclure en faveur de cette méthode. Il relate un cas suivi de mort dans lequel, à l'autopsie, on trouva une intéressante *anomalie de l'artère utérine* qui passait au-devant de l'uretère.

M. DOYEN, de Reims, dit qu'il préfère l'évidement des grosses tumeurs, et qu'il voudrait voir cette méthode se substituer au morcellement. L'orateur ajoute qu'il n'y a pas de perte de sang et qu'il ne croit même pas nécessaire d'employer de clamp ni de pinces. Il pratique exclusivement l'hystérectomie vaginale.

M. CHIARLEONI, de Catane, déclare qu'il préfère l'extirpation totale vagino-abdominale.

M. MANGIAGALLI s'exprime ainsi : " Il ressort de cette discussion, que, ainsi que je le pense, toutes les méthodes proposées donnent

de bons résultats et qu'il est impossible de décider d'une manière définitive quel est le meilleur procédé de traitement du moignon. J'avoue cependant ne pas avoir une très grande confiance dans la méthode de M. Doyen. Ce que l'hystérectomie ne peut pas donner dans les cas de gros fibromes, on l'obtiendra facilement par la laparatomie.

M. PÉAN, de Paris, parlant sur le même sujet, dit que l'ablation des fibromyomes interstitiels et sous péritonéaux qui étaient autrefois considérés comme une opération périlleuse et réservée aux cas dans lesquels la vie se trouvait compromise par des troubles fonctionnels de la plus haute gravité et par le grand volume de la tumeur, est aujourd'hui admise par tous les chirurgiens exercés. Mais la plupart de ces tumeurs donnent lieu à des complications très graves avant qu'elles aient acquis un aussi grand volume. La pratique que j'ai suivie depuis 1882 m'amène à formuler les conclusions suivantes :

1o Toute tumeur fibreuse sous-muqueuse et interstitielle du corps de l'utérus doit être enlevée de bonne heure.

2o Au cours de l'ablation, il faut donner la préférence aux procédés qui permettent d'extirper la tumeur en conservant l'utérus ;

3o En pareil cas, on doit aborder la tumeur par la voie abdominale, quand elle est volumineuse ; par la voie vaginale quand elle est petite ou de moyenne grosseur ;

4o Si l'ablation de la tumeur nécessite une mutilation trop grande de l'utérus, on doit recourir de préférence aux procédés qui permettent d'enlever en totalité l'utérus et ses annexes.

5o Dans les cas de certains fibromes interstitiels qui prennent naissance sur la face postérieure de l'utérus et qui, en grossissant, descendent dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, obstruent la partie supérieure du vagin et rendent la voie vaginale inaccessible—car il est impossible de les mettre à nu, de les abaisser et de les fragmenter,—le mieux est d'aborder ces néoplasmes au moyen d'une incision faite à travers le périnée et la cloison recto-vaginale et allant jusqu'au péritoine. Voici comment je procède : au moyen de deux pinces à mors longs et dentés, je saisis fortement le périnée et la cloison recto-vaginale avec l'un des engagés dans le vagin, l'autre étant placé dans le rectum. L'hémostase préventive ainsi obtenue, je sectionne les tissus dans l'intervalle des pinces, sur la ligne médiane, sans perdre de sang. Dès que la partie inférieure de la tumeur est mise à nu, elle apparaît entre les muqueuses du vagin et du rectum qu'elle a dissociées.

Aussitôt je la saisis avec des pinces à mors dentés, l'abaisse, la morcelle et l'extrait par fragments. Au cours et à la fin de l'opération, je comprime les vaisseaux les plus importants qui entourent la tumeur à l'aide de pinces qui sont retirées au bout de quelques minutes ou de quelques heures, suivant le volume des vaisseaux. Enfin, je place à demeure, dans la vaste cavité laissée par la

tumeur, un gros tube élastique fenêtré et quelques éponges iodoformées ou salolées, solidement attachées avec un gros fil de soie. Ces éponges sont retirées au bout de trois jours. Passé ce temps, il suffit de faire des injections antiseptiques par le tube à drainage. L'opération terminée, on réunit les muqueuses rectale et vaginale par des surjets de catgut, et les tissus intermédiaires par des sutures séparées au crin de Florence.

Ce procédé m'a depuis longtemps permis d'enlever des tumeurs cancéreuses qui avaient pris naissance à la partie la plus élevée de la face postérieure du vagin. En ce qui concerne les fibromes utérins, cette opération doit être réservée aux cas exceptionnels dans lesquels on intervient par la voie ischio-vaginale ou par la voie sacrée."

M. TIBONE, de Turin, *rapporteur*.—La doctrine de l'étiologie de l'éclampsie est étroitement liée à sa pathogénie.

Les différentes théories émises à ce sujet jusqu'à ce jour sont au nombre de six : théorie nerveuse, théorie rénale, théorie hépatique, théorie embolique, théorie microbienne.

Les symptômes cliniques de l'éclampsie ont fait penser que la cause de cette affection résidait dans les centres nerveux à l'époque où on ne la considérait pas encore comme une entité pathologique. C'est la découverte de l'albuminurie, due à Cotugno, qui porta les pathologistes à chercher dans le rein la cause de l'éclampsie.

Dans la suite, lorsque les études sur le foie eurent démontré l'influence de cette glande sur les fonctions dépuratives de l'organisme, on cherche dans cet organe une autre cause de l'éclampsie. Je rappellerai à ce sujet les expériences de Schiff et de Queirolo, qui tendent à enlever au foie beaucoup de son importance en tant qu'organe d'élimination.

Diverses altérations du rein et du foie détermineraient, selon Bouchard, l'auto-intoxication, grâce à des substances dont l'action physiologique a été expérimentalement démontrée.

La théorie microbienne ne repose pas encore sur des bases solides : non seulement, en effet, on ne connaît pas encore les espèces microbiennes qui constitueraient les agents pathogènes de l'éclampsie, mais on n'est pas sûr de leur existence et l'on ignore la porte d'entrée par laquelle ils pénètrent dans l'organisme. On pourrait en dire autant de la théorie embolique.

Si l'on en juge de par l'observation clinique, la théorie la plus conforme à la réalité scientifique paraît être celle de l'auto-intoxication par insuffisance rénale. Cette insuffisance trouble les conditions mécaniques de l'appareil urinaire, et donne lieu à ces phénomènes prodromiques qui ont une si grande importance. En effet, si l'on intervient dès les premiers signes d'insuffisance rénale, on pourrait dans la plupart des cas empêcher l'évolution de l'éclampsie.

M. VITANZA, de Palerme, dit que la cause de l'éclampsie est complexe. En présence d'une femme enceinte atteinte de crises éclamptiques qui mettent sa vie en danger, il faut, même si le col est fermé et résistant, pratiquer l'accouchement forcé après débridement du col (*hystérostomie*).

L'accouchement forcé n'augmente pas les mouvements réflexes, et il ne se présente pas plus de danger pour la mère que le forceps, la version, ou même l'accouchement spontané, lorsque la tête est volumineuse. Il est aussi préférable à l'opération césarienne.

Si le col ne permet pas, même après les incisions, l'introduction de la main, il faut pratiquer la version suivant la méthode de Braxton Hicks ou de Hüter.

On doit avoir recours à l'accouchement forcé, même s'il y a danger pour la femme au cours de l'opération, ou dans le cas où le fœtus a cessé de vivre.

M. MORISANI n'admet l'accouchement forcé que lorsque le col est suffisamment dilaté.

M. MANGIAGALLI est d'avis que dans l'éclampsie, il est très important, pour le pronostic, d'examiner le sang au point de vue de sa toxicité. Le pronostic est d'autant plus favorable que l'on intervient plus tôt.

Il considère comme très utile l'emploi des injections de morphine à la dose d'environ 10 centigrammes (1/6 de grain) administrée après un court laps de temps dès l'apparition des premiers accès; à une période plus avancée, on aura recours aux injections sous-cutanées d'eau salée et aux inhalations d'oxygène.

MM. CHIARLEONI et CALDERINI disent qu'en instituant un traitement médical approprié (morphine, chloral, chloroforme) on peut, dans nombre de cas, éviter l'accouchement forcé.

M. KRONIG, de Leipzig, dit qu'il est impossible actuellement d'établir un traitement rationnel de l'éclampsie, et l'on doit se borner à combattre les symptômes. La mortalité est de 20 à 30 p. 100.

Les narcotiques enrayent les accès mais ne guérissent pas la maladie.

A la clinique de Leipzig on préfère avoir recours à l'accouchement forcé: 18 cas ont donné un seul décès, soit une mortalité de 5,55 p. 100.

Deux points importants sont à considérer dans le traitement de l'éclampsie: 1^o l'hémorrhagie des déchirures du col qu'on doit par le tamponnement du canal cervical avec de la gaze stérilisée; 2^o l'observation d'une asepsie absolue.

M. ZUWEIFEL présente des moulages représentant des coupes du bassin d'une femme morte pendant la période expulsive et obtenues par congélation.

On voit sur ces sections, de la façon la plus nette, que le col a certainement pris part à la formation du segment inférieur.

L'orateur en conclut qu'il faut revenir à l'ancienne théorie, d'après laquelle le segment inférieur se forme aux dépens du col.

M. PESTALOZZA, de Florence, admet que dans le fait de M. Zweifel le segment inférieur s'est effectivement développé aux dépens du col, mais il ne croit pas que ce seul cas puisse renverser la théorie admise aujourd'hui par Schröder et son école, à savoir que le segment inférieur se développe en général aux dépens du tissu du corps utérin.

M. PESTALOZZA dit : " J'étais les premiers temps très favorable à cette opération, qui est facile, et donne toujours un résultat immédiat parfait.

Le résultat éloigné n'est, au contraire, pas sûr du tout. En effet, quelques mois après l'opération la rétroflexion se reproduit dans presque la moitié des cas.

J'ai, pour ma part, pratiqué huit fois la vagino-fixation, toujours pour rétroflexion réductible, sans adhérences péri-utérines ni lésions des annexes ; chaque fois il s'est produit, au bout de quelques mois, une récurrence de la déviation utérine. Bien que le nombre des cas soit restreint, je crois, étant donné leur homogénéité, pouvoir en conclure que l'on doit pratiquer la vagino-fixation dans les cas seulement où l'utérus en rétroflexion, réductible, ne pourra être maintenu en place par un pessaire, ou dans les cas où celui-ci ne pourra pas être toléré.

S'il existe des adhérences, je préfère avoir recours à l'hystéropexie abdominale ou au raccourcissement de ligaments ronds. Je crois que les échecs sont dus non pas au matériel plus ou moins défectueux que l'on emploie pour les sutures, mais au caractère anatomique des tissus mis en contact.

En résumé, je crois que les indications de la vagino-fixation doivent être très restreintes et que ce procédé n'a qu'une valeur transitoire, analogue à celle du pessaire."

M. ZARRAGA, de Mexico, dit que dans les cas où il est indiqué de faire l'embryotomie, au lieu d'employer la détromcation, nous avons recours, à Mexico, à des sections fœtales ayant pour objet de laisser un ou deux membres thoraciques attachés au segment céphalique, de manière à avoir un appendice qui permette d'exercer des tractions sur ce segment, ou de façon à le fixer, afin de pouvoir faire l'application des différents instruments destinés à terminer l'extraction de la tête.

Ces sections sont au nombre de trois : la première va de l'aisselle supérieure au côté inférieur du cou et est indiquée dans les présentations dorso antérieures de l'épaule : c'est la *coupe collo axillaire supérieure* ; la deuxième va d'une aisselle à l'autre et est indiquée quand le ramollissement du fœtus est très avancé ; c'est la *coupe bi-axillaire* ; enfin la troisième va du côté supérieur du cou à l'aisselle inférieure et est indiquée dans les présentations dorso-postérieures de l'épaule : c'est la *coupe collo axillaire inférieure*.

M. S. Pozzi, de Paris, s'exprime comme suit : " J'ai eu l'occasion d'appliquer récemment, chez une malade atteinte de vaginisme dû à l'hyperesthésie et à l'étroitesse de la vulve un procédé opératoire nouveau qui m'a donné un excellent résultat, mais je dois dire que mon intervention ne date que de trois semaines.

Il s'agissait d'une femme mariée depuis huit ans et qui possédait encore un hymen intact. Cette membrane et le seuil de la vulve étaient très sensibles, l'orifice vulvaire fort étroit, et le mari, quoique jeune et nullement impuissant, n'avait pu vaincre ces obstacles. Je conclus le plan d'une opération ayant pour but à la fois et d'agrandir la vulve et de déplacer la surface hyperesthésique sur laquelle devait s'exercer le premier effort du membre viril.

Voici comment je procédai sous l'anesthésie : Je fis d'abord l'incision de l'hymen avec les ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec le spéculum de T-état qu'on emploie pour la fissure anale ; ensuite je pratiquai de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de trois à quatre centimètres, dépassait un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et formait avec elle une croix. Elle mettait à nu les fibres du *constrictor cunni* et divisait leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Enfin, je fis la dissection des lèvres de la plaie, de manière à produire leur écartement ; je donnai ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire ; je réunis alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croîsât perpendiculairement la direction de l'incision primitive et se trouvât reportée en dehors du point qui occupait l'insertion de l'hymen et qui marquait l'orifice primitif de la vulve ; la suture attira la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision faite au commencement de l'opération.

On voit que, par ce procédé, on fait de chaque côté de la vulve une sorte de dédoublement sagittal suivi de suture transversale, c'est-à-dire une opération de type analogue (quoique précisément inverse) au dédoublement transversal suivi de suture sagittale employé par Lawson Tait dans son opération de périnéorrhaphie. On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve qu'on peut graduer à son gré et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire au frottement du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes.

La suture des deux grandes incisions doit être faite au crin de Florence et porter uniquement sur la muqueuse. Le premier fil que l'on place doit réunir l'extrémité inférieure de l'incision primitive.

On réunit par un surjet de catgut les petites plaies résultant de l'excision de l'hymen qui débordent des sutures précédentes. Ce procédé me paraît applicable dans tous les cas où le vaginisme est causé par l'hyperesthésie et l'étroitesse de la vulve, mais il est contre indiqué dans les cas où le vaginisme est l'expression symptomatique d'une autre affection génitale."

M. LAROYENNE, de Lyon, décrit le procédé opératoire qui a pour but de diminuer la durée de la cicatrisation dans la laparatomie suivie de drainage. De plus, il permet d'obtenir une réunion solide des diverses couches de la paroi pour s'opposer à l'éventration, sans recourir à une intervention ultérieure.

Voici comment on procède: "Je suppose un drainage de Mikulicz jugé utile; on traverse toute l'épaisseur de la paroi abdominale par deux fils métalliques. Ils sont noués sans être serrés et renforcés par des crins de Florence placés sur l'aponévrose. Ces fils d'attente posés au moment même de l'opération permettront de suturer séparément les courbes de la paroi abdominale, que plus tard on ne pourrait isoler sur la tranche uniformément bourgeonnante de la plaie. Les fils de l'aponévrose sont distincts pour chaque côté de la plaie afin d'éviter d'avoir trop d'anses dans les parties réservées au sac de gaze. Les fils sont noués deux à deux au moment où on retire le Mikulicz.

Lorsqu'une suppuration trop prolongée empêche d'effectuer la réunion en temps utile, lorsqu'on craint que les fils ne se résorbent ou ne coupent les tissus, il faut, quatre ou cinq jours après l'opération, nouer ceux de la partie inférieure pour la fermer. En effet, c'est à cet endroit que l'absence de réunion prédispose le plus—l'observation me l'a démontré,—à des éventrations; c'est de la solidité en ce point que dépend la solidité dans toute l'étendue de la plaie qui n'a pas été réunie au moment de l'opération. Smith plaçait déjà un seul fil d'attente à l'endroit du tube de drainage.

La réunion immédiate secondaire est aussi applicable lorsque le plan aponévrotique a été intéressé et non le péritoine, ainsi que dans les abcès profonds de la paroi abdominale ou après l'ablation d'une tumeur fibreuse interstitielle, quand la réunion immédiate primitive n'a pas été effectuée volontairement sur toute la longueur de la plaie.

En résumé, dans toute intervention suivie de drainage qui a intéressé l'aponévrose abdominale, dans la laparatomie particulièrement, la réunion immédiate secondaire, en suturant isolément toutes les couches de la paroi abdominale, enlève toute prédisposition à l'éventration."

M. APOSTOLI, de Paris, fait sur *l'électrothérapie en gynécologie*, une communication dans laquelle l'orateur s'efforce de démontrer que cette méthode assure le plus souvent une amélioration symptomatique qui tient lieu des fois de guérison; que, dans les cas

où elle est inefficace, elle permet d'utiliser son impuissance même pour éclairer ou confirmer un diagnostic douteux, imposer ou précipiter ainsi une intervention chirurgicale retardée ou bien déjà refusée; enfin que, si les conséquences symptomatiques immédiates de son application sont généralement favorables, les suites éloignées ne présentent pas un moindre intérêt à cause de la possibilité de grossesses ultérieures. — *A suivre.*

A Travers la Thérapentique.

Le Dr BEDFORD BROWN, d'Alexandria, a observé les effets antithermiques puissants des grands cataplasmes froids dans les différentes affections fébriles graves, contre la fièvre typhoïde, la pneumonie fibrineuse et l'impaludisme aigu, assez fréquent dans certaines contrées de l'Amérique.

Ces applications réfrigérentes n'ont pas, comme les bains froids l'inconvénient de provoquer le collapsus. Elles ont une action antithermique plus forte que celle des lotions froides et sont toujours acceptées avec plaisir non seulement par le malade, mais encore par son entourage.

Voici quelques détails sur le mode de préparation des cataplasmes froids :

Il faut se servir de farine de lin ou de fécule qu'on mélange avec de l'eau bouillante, de façon à obtenir une bouillie bien homogène, destinée à être étendue entre deux liages fins, puis être refroidie en l'aspergeant d'eau glacée jusqu'à ce que sa température arrive à 20° environ. Le cataplasme aura des dimensions suffisantes pour recouvrir l'abdomen jusqu'au pubis, ainsi que la moitié inférieure et les côtés latéraux du thorax de façon à bien agir sur la région du cœur.

Dès que le cataplasme s'est réchauffé au contact du corps du malade on le retire pour le refroidir, puis on l'applique de nouveau et l'on doit le renouveler de la sorte jusqu'à ce que la température du patient fébricitant soit redevenue à peu près normale.

Il y a indication de recourir de nouveau au cataplasme froid quand la fièvre remonte à un degré élevé.

Dans les accès fébriles compliqués de délire, insomnie, agitation permanente et rétrécissement pupillaire, il faut en outre appliquer un second cataplasme froid dans le dos, de la nuque jusqu'à la région coccygienne.

Ce remède, étant facile à préparer, entrera immédiatement dans la profession.

* * *

Le professeur Paul FLECHSIG, de Leipzig, conseille dans le traitement de l'épilepsie d'administrer d'abord l'opium seul, puis

de lui substituer le bromure que l'on donne également seul. On commence par de petites doses de poudre ou d'extrait d'opium, 5 centigr. 2 à 3 fois par jour et on augmente jusqu'à donner un grain et même plus par jour. Après six semaines environ on cesse brusquement l'opium et on le remplace par le bromure à hautes doses : 7½ grammes environ par jour. Au bout de deux mois, on diminue peu à peu jusqu'à deux grammes par jour. La disparition des accès n'aurait lieu que lorsqu'on commence à donner le bromure.

* * *

M. ANDREWS, de Chicago, préconise l'emploi du sulfonal contre les crampe-douloureuses des jambes survenant la nuit et contre celles accompagnant les fractures des os longs. Il administre le sulfonal soit en une dose de 1 gramme, deux à trois heures avant le moment du sommeil, soit à dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 répétées trois fois par jour.

* * *

M. le professeur PARVIN est en faveur de l'emploi d'un anesthésique dans presque tous les cas d'accouchement, et quand il ne peut être aidé par personne qui sait administrer l'anesthésique, il se sert alors de l'éther, mais il préfère néanmoins le chloroforme.

* * *

Le professeur HARE recommande ce qui suit pour le traitement local de la goutte. Une partie de bicarbonate de soude pour neuf parties d'huile de lin. La jointure malade devra être enveloppée dans un tissu imbibé de ce mélange.

* * *

M. le docteur L. LICHTWITZ, de Bordeaux, a pu se convaincre que le meilleur traitement de la toux nerveuse d'origine centrale (chez les choréiques, les tabétiques et les hystériques) qui se distingue de la toux ordinaire par l'absence presque complète d'expectoration et en ce qu'elle disparaît habituellement la nuit, consiste dans l'administration de la strychnine à haute dose, suivant la méthode de M. le docteur Bouchard. On commence par 0 gr. 006 millig. de sulfate de strychnine par jour et l'on continue en augmentant de 0 gr. 001 milligr. tous les deux jours jusqu'à ce qu'on ait atteint une dose journalière de 0 gr. 008 milligr. ou 0 gr. 009 milligr. Au bout de quinze jours, on suspend la médication pour la reprendre une semaine plus tard. Si l'on n'obtient pas de résultat par un second traitement d'une durée de quinze jours, on s'adressera à l'électricité, au massage, à l'hydrothérapie ou bien on prescrira un changement de climat (séjour dans les montagnes).

* * *

M. le docteur I. ROBINSON, de Londres, dit que l'huile de foie de morue donnée à petites doses constituerait un excellent moyen

de traitement d'un état particulier d'hyposthénie qu'on rencontre très fréquemment en pratique et qui est caractérisé par l'ensemble des symptômes suivants: algidité des extrémités, dépression physique et mentale, céphalalgies, irritabilité nerveuse, atonie des fonctions digestives et de la fonction menstruelle chez la femme, degré thermique inférieur à la température normale.

Dans ces cas, M. Robinson a recours avec succès à l'huile de foie de morue administrée d'après la formule suivante :

Extrait de Malt.....	15 grammes
Huile de foie de morue pancréatinée.....	30 "
Alcool chloroformé à 10 p. 100.....	4 "
Essence de cannelle de Ceylan.....	6 gouttes
Eau	100 grammes

M.—A prendre : Trois cuillerées à bouche par jour, après les repas.

* * *

CÉRENVILLE recommande dans le traitement de la pleurésie sèche, des injections intra-pleurales d'huile d'olive stérilisée, après quoi la friction pleurale et la douleur disparaissent bientôt et les symptômes qui resteraient se calmeraient rapidement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. CHARCOT BOUCHARD et BRISSAUD, par MM. Babinski, Ballet, P. Blocq, Boix, Brault, Chantemesse, Charrin, Chauffard, Courtois-Suffit, Dutil, Gilbert, L. Guinon, G. Guinon, Hallion, Lamy, Legendre, Marfan, Marie, Mathieu, Netter, Ottinger, André Petit, Richardière, Roger, Ruault, Sougues, Thibierge, Thoinot, Fernand Vidal.

Six volumes grand in 8 avec nombreuses figures. Paris, G. Masson, éditeur, 120 Boulevard St Germain.

Tome I. 957 pges.—Pathologie générale infectieuse, par A. CHARRIN.—Troubles et maladies de la nutrition, par LEGENDRE.—Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux, par G. H. ROGER.—Fièvre typhoïde, par A. CHANTEMESSE.—Maladies infectieuses, par A. VIDAL.

Tome II. 679.—Typhus exanthématique, par L. H. THOINOT.—Fièvres éruptives, par Louis GUINON.—Maladies vénériennes et cutanées, par Georges THIBIERGE.—Pathologie du sang, par A. GILBERT.—Intoxications, par H. RICHARDIÈRE.

Tome III. 985 pages.—Maladies de la bouche et du pharynx, par A. RUAULT.—Maladies de l'estomac, par A. MATHIEU.—Maladies du pancréas, par A. MATHIEU.—Maladies de l'intestin, par

COURTOIS-SUFFIT.—Maladies du péritoine, par COURTOIS-SUFFIT.—Maladies du foie et des voies biliaires, par A. CHAUFFARD.

Tome IV. 1112 pages.—Maladies du nez et du pharynx, par A. RUAULT.—Asthme, par E. BRISSAUD.—Coqueluche, par P. LEGENDRE.—Maladies des bronches, maladies chroniques du poumon, maladies du médiastin, par A. B. MARFAN.—Maladies aiguës des poumons, maladies de la plèvre, par NETTER.

Tome V. 906 pages.—Maladies du cœur, par André PETIT.—Maladies des vaisseaux sanguins, maladies des vaisseaux périphériques, maladies de l'aorte, par W. OETTINGER.—Rhumatisme articulaire aiguë, par W. OETTINGER.—Maladies du rein et des capsules surrénales, par A. BRAULT.

Tome VI. 1392 pages.—Maladies de l'encéphale, maladies de l'hémisphère cérébrale, maladie du cervelet, par E. BRISSAUD.—Maladies de la protubérance annulaire des pédoncules cérébraux et du bulbe rachidien, par Georges GUINON.—Maladies intrinsèques de la moëlle épinière, par Pierre MARIE.—Syngomélie, Maladies extrinsèques de la moëlle épinière, maladies des méninges, par Georges GUINON.—Syphilis des centres nerveux, par H. LAMY.—Des névrites, par J. BABINSKI.—Maladies des muscles et des nerfs en particulier, par HALLION.—Myopathie primitive progressive. Dystrophies d'origines nerveuses, par E. BOIX et SOUGUES.—Paralysie générale progressive, par G. BALLET et P. BLOCQ.—Les psychoses, par Gilbert BALLET.—Chorées. par Paul BLOCQ.—Paralysie agitante, par LAMY.—Maladie de Thompson, par HALLION.—Neurasthénie. Epilepsie. Hystérie, par DUTIL.

L'ouvrage est complet en six volumes et chaque volume se vend séparément.

Le prix de l'ouvrage complet est de 125 frs.

Comme on le voit par le volume de l'ouvrage, le "*Traité de Médecine*" n'est pas un manuel, un abrégé, un compendium, ce n'est pas non plus une encyclopédie, mais un traité de médecine complet.

Comme on le voit aussi par le nombre des auteurs, on a adopté dans le "*Traité de Médecine*" le principe de la spécialisation accepté depuis longtemps en Amérique et dont nous connaissons les avantages.

Nous regrettons que les auteurs de ce traité, imitant d'ailleurs en cela leurs compatriotes, n'aient pas jugé à propos de faire suivre chaque volume d'une table alphabétique des matières et d'une table alphabétique générale à la fin du sixième. Voir nos livraisons de janvier et juillet 1892.

SARJUS—Annual of the Universal Medical Sciences—A yearly report of the progress of the General Sanitary Sciences throughout the world, par E. SARJUS, M.D., Professeur agrégé de Laryngologie et de Rhinologie, au "Jefferson

Medical College," Philadelphie, etc., assisté de 70 collaborateurs, et de plus de 200 éditeurs correspondants, collaborateurs et correspondants; illustré de chromo-lithographies, gravures et mappes. Septième série, en cinq volumes, publié par "The F. A. Davis Company, à Philadelphie, New-York, Chicago et Londres; Agence Australienne, Melbourne, Victoria."

Lorsque parut la première série de cet immense ouvrage, en mai 1888, l'auteur ouvrit sa préface par cette phrase: "Le but de l'*Annual of the Universal Medical Sciences* est de compiler les traits progressifs de la littérature médicale dans son ensemble et les faits cliniques importants des pays dans lesquels il n'existe pas de littérature médicale, et de présenter le tout une fois l'an, sous une forme continue, et préparé par des écrivains d'une habileté reconnue. Comme tel, on espère qu'il deviendra l'assistant du praticien dans ses efforts pour soulager la souffrance et qu'il aidera l'investigateur par la corrélation des faits qu'il présente, lui facilitant ainsi la comparaison."

Il suffit de feuilleter les sept séries parues depuis l'énoncé de ce programme pour se convaincre qu'il a été suivi et rempli magistralement. Si l'on réfléchit bien à l'énorme montant de travail qu'exige l'*Annual* pour rassembler toutes les connaissances nouvelles de toute la littérature médicale du monde, on ne peut s'empêcher d'admirer l'œuvre et l'auteur.

Cette septième série n'est pas inférieure aux autres. C'est toujours la même phalange de savants acharnés au travail.

Dans cet ouvrage chacun peut voir en un clin d'œil tout ce qui s'est dit ou fait de nouveau sur quelque sujet médical que ce soit, avec les indications les plus précises sur la provenance du renseignement donné par l'auteur et la facilité de se procurer, pour une modique somme, une copie d'un article d'un travail quelconque. Si on réfléchit à l'immense somme de travail qu'exige un pareil ouvrage et à la simplification du travail qu'il procure au praticien soucieux de se tenir au courant, on ne peut trop admirer l'idée grandiose et l'énergie d'exécution du Dr Sajous. Aussi, sommes-nous heureux de constater que cette encyclopédie du progrès est appréciée à son mérite par la profession médicale.

Pour les six premières séries, voir nos numéros de juillet 1888, avril et octobre 1890, octobre 1891, juillet 1892 et janvier 1894.

Des Applications de la Micrographie et de la Bactériologie à la précision du Diagnostic Chirurgical, par le docteur AUBEAU, avec 24 figures hors texte, sur bristol, en photogravure. Prix: 5 francs.

Sous ce titre, M. le docteur AUBEAU publie une importante monographie, résumé très succinct des cours qu'il a professés pendant l'année scolaire 1893-94, à la Policlinique de l'Hôpital International. L'auteur établit que l'examen micrographique et bac-

tériologique des liquides organiques et particulièrement du sang, traités par les réactifs colorants appropriés, permet de faire le diagnostic de la plupart des maladies. Parmi les surprises que ménagent les sciences nouvelles, celle-ci est sans contredit l'une des plus originales, appelée certainement à révolutionner la pratique médicale.

Les découvertes du docteur AUBEAU et de son savant collaborateur GOLASZ, éclairent, en effet, d'un jour tout nouveau la science du diagnostic, permettent de pronostiquer longtemps à l'avance, l'évolution biologique d'un individu et de modifier favorablement son état morbide, bien avant les lésions irréparables; enfin, elles fournissent à la thérapeutique une précision inconnue jusqu'ici.

La lecture de ce travail amène rapidement la conviction, et le bel atlas de 24 planches en photogravure qui accompagne cet ouvrage et le complète si heureusement, est une innovation des plus favorables pour la démonstration de la nouvelle doctrine et constitue un document de la plus haute valeur scientifique.

Envoi franco, contre un mandat-poste de 5 fr., adressé à M. le Directeur de la Société d'Éditions Scientifiques, 4 rue Antoine-Dubois, Paris.

La Mère et l'Enfant, journal illustré d'hygiène de l'enfance, paraissant tous les mois. Rédacteur en chef: Dr Th. CARADEC.

Sommaire du numéro de novembre 1894:—Avis de l'administration.—*Causerie du docteur*: Le Menu du petit malade et du petit convalescent, par le Dr Caradec.—*Hygiène infantile*: Le Pain de luxe et le Son dans l'alimentation des enfants, par le Dr Gall.—Les Petites Recettes pour faire faire pipi aux petits enfants.—Pour l'éducation de la femme, conseils d'un Américain.—*Memento*.—*Poésie*: Le Compliment de Jeanne.—*Nouvelle*: Le Dictionnaire, par Xanroff....*Education*: A outrance (suite), par Mme Leroy.—*Economie domestique*: Les Mérites de la carotte.—Tapis et Tentures.—*Chronique*.

Abonnements: Paris et Départements, 6 fr.; Union postale, 7 fr. Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie à M. E. Marchal, administrateur, 14, rue Froissart, Paris.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1895, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de première classe, lauréat (médaille d'or) de l'École de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux. Sixième édition. 1 vol. in-18 de 340 pages, cart. 3 fr.

Le *Formulaire des médicaments nouveaux* de BOCQUILLON-LIMOUSIN est le complément indispensable des *Formulaires officiels* et *magistraux* précédemment parus, et notamment du *Formulaire* de JEANNEL, qui teste toujours le plus complet de tous.

DELAGÉNIÈRE.—**De l'hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus—dix observations,**— par H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans) 1894. Bureaux des archives provinciales de chirurgie, 14 Boul St Germain, Paris.

LAVIOLETTE—Montagne tremblante. Laurentides (Canada) (3000 pieds) sanatorium d'altitude pour la tuberculose. Cure d'hiver et d'été, par le docteur Camille LAVIOLETTE. Eusèbe Senécal et Fils, imprimeurs-éditeurs, 20 rue St-Vincent, Montréal.

DUHOURCAU.—**Des taenifuges. Etude comparative expérimentale et clinique,** par le docteur E. DUHOURCAU, (de Cauterets). Vermot, éditeur, 20 rue du Dragon, Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Il y a, à Londres, 2,600 agents de police.

M. le docteur J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE vient d'être élu membre de l'Académie de Médecine de Paris.

Jusqu'à ce jour, 3.500 typographes aux Etats-Unis, ont perdu leur place par suite de l'invention des machines à composer.

Les Chinois ont inventé la poudre à canon. Ils doivent beaucoup le regretter aujourd'hui que les Japonais savent si bien user de cette invention.

La ville de Nagasaki a offert au professeur KITASALO une magnifique coupe en or, à l'occasion de sa découverte, à Hong-Kong, du bacille de la peste.

Deux médecins, retour de Paris, sont venus pour pratiquer à Montréal: M. le docteur J. E. MASSON, membre de la Société Anatomico clinique de Lille, médaillé de la Faculté libre, de Lille, Docteur en Médecine de l'Université de Louvain et de la Faculté de Paris, (172 rue St-Denis) et M. le docteur Paul E. PRÉVOST, 383 rue Dorchester. Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux confrères et amis.

Les journaux anglais racontent en ce moment l'histoire assez extraordinaire d'un professeur brésilien qui empoisonnait ses invités avec un mélange ingénieux de microbes pathogènes incorporés dans de la crème de menthe glacée. L'histoire ne manque

pas de détails piquants et le suicide que le criminel s'était préparé pour lui-même est certainement nouveau. Il paraît que ce professeur portait constamment sur lui, dissimulée dans une dent creuse, une capsule d'or, dont le contenu était un poison violent. De cette façon, d'un simple coup de mâchoire, il pouvait passer de vie à trépas à un moment donné.—*Journal de médecine de Paris.*

Nécrologie.—ÉTRANGER.—A Philadelphie, le 27 octobre 1894, M. le docteur William GOODELL, à l'âge de soixante cinq ans. Le docteur Goodell était des mieux connus des médecins américains et depuis longtemps il était le meilleur gynécologiste.

A Paris, M. le docteur Gérard PIOGEY a succombé en son hôtel de la rue Larochehoucault. Il était président honoraire de la Société clinique des Praticiens de France, médecin en chef de l'Asile de la Providence, secrétaire de l'Association centrale des médecins de France, et officier de la Légion d'Honneur.

VARIÉTÉS

Physiologie macabre.—J'ai fait un rêve dont l'affreuse fantaisie m'a oppressé durant toute une nuit et dont le réveil a été longtemps impuissant à dissiper l'angoisse. Dans une grande boîte noire, un peu vacillante, aux parois humides d'où suintait une odeur fade et grasse qui rappelait invinciblement l'enclos de quelque équarisseur, j'étais accroupi, recroquevillé, attendant peureusement je ne sais quelle aventure inconnue. Des coups sourds retentissaient par instants non loin de moi. Des pas d'hommes, affairés à je ne savais quelle besogne sombre, martelaient le pavé; et, de temps en temps, d'autres pas plus nombreux, pesants, cadencés comme ceux d'une troupe en marche, ébranlaient le sol. Englobant le tout dans une sonorité confuse, une rumeur, puissante en son indécision, bruissait de toutes parts; un cri, un appel, un rire odieux et qui donnait le frisson, s'en détachaient parfois en notes plus claires, dont la vibration m'était une souffrance. Et mon attente craintive, en le réduit noir et vacillant, se prolongeait douloureusement, s'exaspérait jusqu'à l'acuité.

Enfin, il me sembla qu'en silence se faisait, si profond et si terrifiant que j'en fus glacé jusqu'aux moelles. Un indescriptible grincement, rapide et formidable, le traversa soudain, puis, une lueur m'apparut, je crus voir que des gens s'approchaient et je sentis qu'ils avaient lancé pesamment près de moi un paquet lourd. Un autre objet plus petit, plus dur, fut jeté près du premier. Il rendit un son mat en frappant les planches de l'étroit espace où j'étais prisonnier. Aussitôt la porte se referma, toute

leur disparut et je me sentis emporté à travers des rues. J'eus la perception de roues massives bondissant sur les inégalités d'un chemin, de cahots rudes et durs dans un tintement de ferrailles.

Alors, avec cette variété et cette incohérence d'images et d'impressions qui est le propre des rêves, brusquement, je sus où et avec quoi j'étais et pourquoi j'y étais. Une clarté aussi s'alluma en un coin du fourgon. Je m'assis commodément sur le corps étendu près de moi ; je pris la tête sur mes genoux, je n'eus aucune surprise de trouver tout à coup entre mes doigts des instruments d'anatomie et je commençai fiévreusement d'interroger le secret de cette tête tranchée. Je me hâtais, énérvé par la crainte que le temps ne me manquât. car je savais fort bien désormais où nous allions et le nombre de minutes qu'exigeait le trajet. Mais les checs incessants rendaient inhabiles mes mains et, sous les secousses brutales déplaçant l'air, la flamme falotte menaçait de s'éteindre, s'allongeait, presque obscure, en un ruban de fumée noirâtre dont l'âcreté, en outre, me suffoquait.

Dans les brèches qu'ouvrait mon scapel, une anatomie fantastique m'apparaissait. Des organes étranges aux formes irréelles, aux rapports grotesque se découvraient à travers les couches séparées des tissus. Des plexes formidables, pareils à des écheveaux embrouillés, défiaient toute analyse, se reconstituaient, s'agglutinaient de nouveau à mesure que j'en isolais les cordons. En vain j'essayais de les extraire du bout des doigts, d'abord, avec prudence, puis à pleines mains, avec rage, m'obstinant à arracher ces pelotons emmêlés qui s'amoncelaient autour de moi en tas énormes et grouillants. Bientôt il me parut qu'ils sortaient d'eux-mêmes ; ils coulaient sans trêve, sans fin, s'épandaient comme un liquide.

Inutilement je tentais de les contenir, de les refouler, de comprimer convulsivement l'ouverture d'où je les voyais sourdre. Ils glissaient à travers mes doigts épuisée. Quelques filets de sang commencèrent de ruisseler avec eux, puis des flots, une mer de sang s'échappa, giclant de partout, montant comme une marée, submergeant tout. Les yeux affolés, l'esprit perdu, la gorge sifflante, je voulais fuir. Une invincible faiblesse voix... Quelle vibration plus violente, que le sensation plus brutale, quelle impression plus terrifiante encore mit fin à l'inferral cauchemar? Je n'en ai pas gardé le souvenir. Cet ébranlement fut peut être au-delà de ce qu'il est donné à nos cellules nerveuse de percevoir et de retentir. Je m'éveillai brisé et tremblant.

Quand la flamme claire et rassurante de ma bougie rallumée eut chassé l'horreur du songe et que mes yeux eurent reconnu chaque objet familier, je vis à terre, près de mon lit, la large tache blanche du journal dont la lecture m'avait assoupi quelques heures auparavant et dans lequel je me souviens nettement d'avoir lu un filet de quelques lignes bien inoffensives en apparence, auxquelles

mon attention presque endormie déjà, n'avait pas pris garde, mais qui, photographiées en un point de mes centres visuels, avait provoqué toute la série des lugubres images. On y racontait bien banalement le zèle d'un physiologiste qui, la veille, s'était enfermé dans le tombereau mortuaire avec le corps d'un supplicié pour interroger tout vivant encore le ganglion cervical supérieur et surprendre le secret des réflexes iriens, secret que, d'ailleurs, les circonstances éminemment défavorables où il s'était placé, refusèrent de livrer à sa curiosité.

Certes, la science a tous les droits parce qu'elle a tous les devoirs, et ses procédés sont respectables, ses moyens sont légitimes parce que son but est sacré. Rien ne prête à rire dans les recherches dont elle est l'objet. Les fatigues qu'elle impose, les dangers qu'elle fait courir, la vie qu'elle abrège, font à ses fidèles une auréole s'illuminent même les répugnances et les sordidités qu'elle contraint d'affronter, les misères où elle oblige souvent à descendre, les promiscuités louches ou fétides qu'elle fait braver. Mais encore veut-on que l'importance des notions à acquérir ne soit pas infiniment disproportionnée avec les moyens mis en œuvre; ou il faudrait qu'aucune autre voie d'arriver à la vérité ne fut possible. Ce n'était point le cas ici. C'est pour cette raison que la tentative à laquelle je fais allusion n'a provoqué et ne provoquera aucun enthousiasme. Le public scientifique, pas plus que l'autre, ne se passionnera pour elle. Je ne suis la dupe, en écrivant ceci, d'aucun sentiment de fausse sensiblerie; je n'obéis à aucun préjugé de convenances. Je suis de ceux qui regrettent profondément la tendance trop manifeste que l'on a de nos jours à respecter les scrupules et les répulsions des clients de M. Deiber, en refusant impitoyablement leur dépouille à nos amphithéâtres pour peu qu'ils en aient laissé paraître le désir. A vrai dire, les résultats jusqu'à présent obtenus par les expériences non moins sensationnelles que vaines dont les corps de suppliciés ont été si fréquemment l'objet dans le cours de ce siècle, ne sont point de motif pour y renoncer définitivement. Mais il y a loin de là à une macabre excursion dans la charette sanglante. Ces exagérations, car c'en est une, ont un autre inconvénient que leur inutilité, on rit de la montagne en travail qui n'accouche que d'une souris. Il y a quelque risque de jeter ainsi une ombre de discrédit sur une branche des connaissances humaines et ce danger n'est pas à dédaigner.—*A suivre.*

Naissance.

BÉDARD.—A la Jeune-Lorette, le 10 décembre, l'épouse de A. E. Bédard, M.D., une fille.

Décès.

BOURDEAU.—A Montréal, le 28 décembre 1894, à l'âge de 23 ans, 11 mois et 11 jours, Victor Joseph Bourdeau, M.D.