

PAGE

MANQUANTE

Infection des voies Biliaires

PAR LE DR ALBERT LAURENDEAU.

De St-Gabriel de Brandon (1)

La question des "infections des voies biliaires" offre, pour le médecin et le chirurgien, un double intérêt considérable : à cause du retentissement de ces infections sur toute l'économie, puis en considération de leur fréquence relative. Ici, à ce Congrès, ce qui importe d'avantage est le diagnostic et le traitement de ces états infectieux ; je passerai donc brièvement sur l'étiologie et la pathogénie de ces affections.

Les voies biliaires, à l'état normal, sont aseptiques, sauf la dernière partie du cholédoque, confinant à l'ampoule de Vater, où l'on trouve les microbes qui, habituellement, font leur habitat du duodénum. L'écoulement de la bile semble être l'obstacle à la propagation des bactéries en amont du cholédoque.

Comment donc se produisent l'angiocholite, la cholécystite et l'hépatite d'origine septique ? Rarement par voie sanguine, d'ordinaire plutôt par voie directe, comme l'ont bien démontré mes confrères Lesage et Paquet qui m'ont précédé ; mais j'appuie sur un fait : c'est que tout ce qui tend à suspendre ou à ralentir le cours de la bile favorise la montée des microbes : tel la lithiase biliaire l'ictère catarrhal, le cancer, etc.

Dans la plupart des cas d'infection des voies hépatiques, le diagnostic s'impose d'abord par la température le pouls, la douleur auxquels s'adjoignent ensuite souvent des vomissements, de l'ictère, de la décoloration des matières fécales, de l'hypertrophie du foie, etc. : mais parfois, dans certains états prémonitoires, le clinicien peut hésiter. Ainsi, l'hépathalgie d'origine calculuse ressemble, quelquefois à s'y méprendre, à la gastralgie et surtout aux spasmes pyloriques avec crises douloureuses lors du passage du bol alimentaire dans le duodénum. Dans ces cas, ce n'est que par des examens attentifs et répétés que l'on parviendra à se faire une conviction. L'on pourra aussi, avec avantage parfois, s'aider de méthodes nouvelles d'investigation : radioscopie et radiographie.

Il y aurait beaucoup à dire sur la lithiase biliaire qui, d'après la plupart des auteurs, aurait un état infec-

tieux pour terrain d'origine. Il n'est pas douteux, toutefois, que la présence de microbes dans la vésicule, le cholédoque, le cystique ou l'hépatique ne suffise pas à créer des cholélithes ; il faut que le mucus et la bile de ces canaux soit dans un état particulier et possèdent la faculté de précipiter sous l'action des agents infectieux : c'est là, Messieurs, l'un des aboutissants d'une diathèse, — et pour préciser : de l'arthritisme.

Quels microorganismes jouent le rôle de graine de calculs ? Le coli-bacille, le bacille d'Eberth le plus souvent, — peut-être aussi tous les microbes banaux de l'infection, de la suppuration. Et maintenant nous allons tourner dans un cercle vicieux, car la lithiase biliaire est à la fois cause et effet des angiocholites, des cholécystites et des hépatites, avec tout le cortège de leurs complications.

Pour ce qui concerne le traitement, c'est-à-dire la partie la plus importante du sujet qui nous occupe, nous pourrions le diviser, suivant des indications précises, en médical et en chirurgical.

Le traitement médical sera à la fois mécanique et antiseptique, afin de lever des difficultés au cours des sécrétions hépatiques, puis de rendre aux milieux biliaires leur aseptie normale. À cet effet, j'emploie le calomel, la glycérine, le salicylate de soude, le succinate de sodium et le jaune d'œuf comme cholagogue ; ce dernier surtout agit puissamment sur la sécrétion biliaire, comme l'a démontré le célèbre physiologiste russe Palow et le Français Bruno, ainsi que vous l'a dit mon ami le Dr Lesage.

Ces médicaments et d'autres de même ordre ont pour effet de liquéfier la bile, d'en augmenter la sécrétion, par suite la poussée vers le duodénum ; — puis de désinfecter l'estomac, le duodénum, peut-être même le cholédoque. Comme adjuvant au traitement médicamenteux, il est très important de prescrire un régime hygiénique précis et sévère : ce régime est celui de l'arthritique : lacté strict dans la phase aiguë, — lacto-végétarien dans les intervalles paroxystiques.

Ici, une dernière question se pose : Où finit le domaine du médecin ? Où commence celui du chirurgien ?

Le temps à ma disposition ne me permet pas de préciser les détails des indications qui ressortissent au traitement médical puis au traitement chirurgical. Je ne ferai donc que tracer sommairement les grandes lignes de démarcation qui, à mon sens, devront pousser le malade dans l'un ou l'autre de ces services.

Je poserai d'abord, comme principe absolu, que c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faut recourir dès qu'il

(1) Communication du Congrès de Québec.

existe de l'infection biliaire avec retentissement général sur l'économie. D'autre part, si à des symptômes légers d'infection il survient des crises de coliques hépatiques à répétition, l'on pourra hésiter quelque temps avant de conseiller l'intervention chirurgicale ; toutefois, si ces crises étaient graves, si des calculs ne pouvaient franchir les voies hépatiques, et surtout si le cours de la bile était obstrué permanentement, le médecin devra faire place au chirurgien : en tout cas, les premiers symptômes de cachexie hépatique justifient l'intervention de ce dernier. Et je suis d'autant plus porté à conseiller cette intervention aussitôt que possible, que je sais par ma propre expérience le peu de gravité de l'acte opératoire dans ces circonstances. J'ai, en pleine campagne, souvent dans un milieu tout à fait insuffisant, parfois aux dernières limites de la civilisation, pratiqué une douzaine de cholécystotomies, sans un seul cas fatal. Cette intervention est plus bénigne qu'on serait porté à le croire.

Ce n'est pas le temps de dire la technique des opérations sur les voies biliaires : vous n'aurez d'ailleurs qu'à ouvrir un classique pour en lire les détails mieux que je ne pourrais les poser : mais je ne puis terminer sans donner un conseil à mes confrères de la campagne qui font de la chirurgie : dans toutes vos interventions sur les voies biliaires, de même que dans toutes vos opérations où il vous faut faire usage d'anesthésiques, servez-vous de la scopolamine. Une injection hypodermique de 1/50 de grain de scopolamine (Merek), associée à 1/5 de grain de morphine, une heure et demie avant l'acte opératoire, vous rendra des services inespérés dans la pratique rurale. Vous réduirez ainsi la dose de chloroforme consécutive de moitié, diminuant par conséquent de 50 p.c. les dangers de l'anesthésie et l'intoxication de l'économie : sans compter les angoisses, les affres que vous supprimez à vos opérés, j'allais dire à vos suppliciés.

J'ai procédé ainsi dans plus de trois cents cas et je n'ai toujours eu qu'à m'en louer. À ceux qui voudraient connaître à fond cette méthode, qui peut rendre de grands services aux médecins ruraux surtout, je conseille de relire la communication sur la "scopolamine" dans le rapport du dernier Congrès à Trois-Rivières.



La lutte antituberculeuse

Les Instituts de Villepinte et Champrosay

Par Madame P. Fidler (1)

Monsieur le Président, Messieurs.

Je ne me doutais certes pas d'avoir l'honneur de prendre la parole dans ce Congrès, et il me faut vraiment du courage pour le faire aujourd'hui, après le magistral discours du Dr Knopf, sur la lutte contre la tuberculose.

Prise à l'improviste, je ne vous dirai simplement que quelques mots sur l'œuvre de Villepinte à laquelle, pendant des années, je me suis donnée toute et sur l'œuvre des cures rurales de Champrosay, la nouvelle branche de Villepinte, que j'ai fondée en 1904, à mon retour d'Allemagne où, comme ici, en mission officielle et pendant vingt mois, je me suis appliquée à étudier la lutte contre la tuberculose sous toutes ses formes, ses œuvres préventives et ses œuvres curatives.

Nulle autre part mieux qu'en Allemagne il a été possible d'organiser un armement anti-tuberculeux complet, d'en diriger les efforts, de les canaliser et de les rendre efficaces, et cela grâce aux lois d'assistance ouvrière, à celles des logements ouvriers et aux lois d'assurance contre la maladie, contre les accidents du travail et contre l'invalidité.

C'est donc toute fraîchement imprégnée de ce que j'avais admiré en Allemagne que j'ai voulu compléter la belle œuvre anti-tuberculeuse de Villepinte en fondant l'œuvre des cures rurales de Champrosay, destinées aux fillettes de six à seize ans, délicates, anémiques, non tuberculeuses mais présentant un terrain tuberculisable.

J'aurais bien voulu pouvoir faire ce qu'à si bien réalisé le Dr Richer, votre compatriote, dans son Freventatorium, cette intéressante institution de Bremer-rest, que vous a citée tout à l'heure comme modèle le Dr Knopf, où dans des pavillons séparés on reçoit hommes, femmes et enfants. La lutte directe contre la tuberculose réside du reste surtout en ceci : soigner les anémiques, les pré-tuberculeux, les tuberculeux au début. L'on sauve ainsi non-seulement les existences des malades atteints, mais

(1) Communication au IV Congrès des M. L. F. A. N., à Québec.

empêche aussi la formation de foyers tuberculeux, c'est-à-dire la diffusion, la contagion tuberculeuse.

N'étant point médecin, je parle ici au point de vue du danger social et de l'assistance sociale indispensable pour la lutte efficace contre la tuberculose.

Seuls des établissements préventifs pourront sûrement pallier au danger et extirper le fléau, s'ils étaient en nombre suffisant.

Mais je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur ce sujet, que vous connaissez mieux que moi, Messieurs, et je vais vous donner quelques détails sur l'oeuvre des cures rurales de Champrosay, oeuvre de prévention antituberculeuse.

L'oeuvre offre toute l'année, aux petites Parisiennes de toutes confessions, dans un pavillon à la campagne, au milieu d'un grand parc, la cure d'air et de repos, et le traitement médical pendant quelques mois.

Une école ménagère et une école horticole y font les délices de ces petites malades auxquelles chaque jour en plus sont inculqués des éléments d'hygiène.

L'oeuvre leur offre aussi à Paris l'assistance médicale gratuite à son dispensaire et à domicile.

Elle leur assure en outre la protection continue de dames visiteuses, depuis le moment où elles sont admises jusqu'à seize ans. Une fois revenues de Champrosay, les fillettes continuent de bénéficier de cette oeuvre de préservation qui, du reste, ne cesse plus. C'est alors même que commence son action militante de défense antituberculeuse.

Un visiteur ou une visiteuse se rendent compte de l'hygiène générale de la famille, de l'hygiène particulière de la fillette, de ses conditions d'existence, du logement salubre ou insalubre, propre ou mal tenu, de la suffisance de lits par rapport au nombre des habitants du logis, en un mot de l'état des lieux. On tache de compléter à ce qui manque.

L'architecte de l'oeuvre, avisé par la visiteuse du mauvais entretien de l'habitation, la fait nettoyer et blanchir à la chaux.

Le rôle du visiteur est des plus sérieux et sur son inlassable dévouement et la fréquence de ses visites, sur son intelligence des lacunes à combler, repose le côté préventif de l'hygiène à domicile de l'oeuvre.

Chaque semaine au dispensaire, les mercredis et les samedis matins, et deux fois par mois le dimanche après-midi, des médecins spécialistes et chirurgiens donnent des consultations, et tous les médicaments et fortifiants y sont délivrés gratuitement.

Quand les enfants sont empêchés de se rendre au

dispensaire, les médecins de quartier vont les visiter à domicile.

On peut se rendre compte de la portée préventive de cette oeuvre qui, à mesure de son développement, couvrira Paris des mailles de son réseau protecteur pour le plus grand bien des familles ouvrières et de notre jeune population parisienne, si cruellement menacée dans ses forces vives.

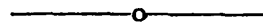
Le comte d'Haussonville, dans son beau livre "Misères et salaires de femmes," avec des accents vrais dépeint la souffrance de ces pauvres malheureuses qui, en si grand nombre, succombent à la tuberculose.

C'est pour elles du reste qu'a été fondée l'oeuvre de Villepinte, cette oeuvre si complète au point de vue préventif et curatif. Comme oeuvre préventive il faut citer ses maisons de famille où les ouvrières et les employées trouvent le gîte et le couvert dans un milieu moral pour 45 francs par mois, ses caisses de secours mutuel, le sanatorium Minord et les cures marines du Pradel pour les convalescentes.

Comme oeuvres curatives il faut citer le Sanatorium Alice Faxgniez d'Hyères, pour les tuberculeuses au premier degré, et l'hôpital-sanatorium de Villepinte, avec ses pavillons séparés pour chaque degré de la tuberculose.

L'oeuvre de Villepinte joue un rôle important dans la lutte contre la tuberculose, soit par l'exemple qu'elle a donné, soit par le nombre considérable de malades qui y ont retrouvé la santé ou qui sont morts dans son hôpital-sanatorium en évitant ainsi la contagion tuberculeuse de la famille et de l'entourage.

Je regrette de ne pouvoir m'étendre plus longtemps, Messieurs, pour vous donner d'autres détails, et si j'ai pris la parole et répondu à votre appel, cela a été seulement pour vous montrer ce qui avait été fait par l'oeuvre de Villepinte en France, et peut-être entraînera des coeurs généreux à aider de toutes leurs forces ceux qui se sont dévoués à la lutte antituberculeuse au Canada.



L'ongle incarné fréquent surtout chez les jeunes gens, résulte du port de chaussures mal adaptées ; il faut le distinguer de l'exostose sous-unguéale qui est plutôt l'apanage des jeunes filles ; on traite l'ongle incarné chez les gens qui ont des loisirs par le port de bonnes chaussures, et des pansements qui comprennent surtout l'insertion d'un peu d'ouate entre le bord de l'ongle et le bourrelet cutané, pour les autres personnes, le meilleur procédé est celui de Quénu : ablation de l'ongle et, s'il faut, de la matrice unguéale.—(Reclus).

NOTES EDITORIALES

Nos distingués visiteurs

Dans quelques jours le Doyen de la Faculté de Paris, le Prof. Landouzy, sera au milieu de nous, avec toute une escorte de collègues français, en route pour le Congrès International de la tuberculose, qui se tiendra à Washington, fin Septembre.

Aux distingués visiteurs, dont plusieurs ont été nos maîtres, nous souhaitons la plus cordiale bienvenue. Ce nous sera un sensible plaisir de revoir ces maîtres d'une France scientifique que nous admirons vivement. Puisse-t-il leur être donné de se rendre compte de nos humbles origines, de notre long isolement, de nos efforts constants, de l'ascension graduelle, alors mieux renseignés et plus véridiques, ils rétabliront les faits et peut-être dissiperont ils la mauvaise impression que trop souvent l'ignorance, la mauvaise foi ou l'insuccès ont pris plaisir à créer.

.

Le V Congrès des M. L. F. A. N.

Le prochain congrès sera tenu à Sherbrooke, dans deux ans. Les officiers en sont :

Prés : Dr P. Pelletier, M. P. P., Sherbrooke, V.-Prés. Hon. Dr J.-J. Guerin, Montréal; Dr N.-A. Dussault, Québec; Dr Larochelle, Manchester, E.-U. Sec. : Dr Ricoux, Sherbrooke. Trés : Dr Ledoux, Sherbrooke.

Bon succès.

.

L'examen et le palper sous l'eau en chirurgie et en obstétrique.

Nous savons tous combien le spasme des muscles de la paroi abdominale rend difficile le palper et l'examen des organes de cette cavité. Chez les pusillanimes et les nerveux, cette palpation est à peine faisable. Chez les malades en péritonite, la défense musculaire enlève à cet examen beaucoup de sa valeur. Aussi pour remédier à cette contracture musculaire et amener la résolution, a-t-on eu recours en maintes occasions dans ces derniers mois à l'examen des malades en immersion jusqu'au cou. Tuszkai, dans le Berl. Klin. Wochensch., rapportait dernièrement les conclusions où l'emploi de cette méthode l'avait conduit. L'auteur insiste sur l'extrême facilité de l'examen d'une femme dans un bain : la grossesse au

débat est surtout beaucoup plus aisément reconnue par ce procédé. La position du fœtus, dans le cours des derniers mois de la grossesse, peut être déterminée avec une exactitude que l'auteur qualifie d'étonnante.

En gynécologie, les résultats sont peut-être plus remarquables encore : l'auteur cite une série de cas de diagnostic difficile, où l'examen sous l'eau fit disparaître toute indécision.

Les lésions inflammatoires du petit bassin, les tumeurs abdominales, les affections biliaires, les masses des loges rénales semblent se délimiter bien plus nettement après le relâchement des muscles abdominaux amené par l'effet sédatif de l'eau chaude. Dans les cas de diagnostic difficile, aidons-nous en plus de cette méthode.

.

La dernière épidémie de diphtérie à Berlin et la sérothérapie

L'année 1907 s'est fait remarquer, à Berlin, par une recrudescence considérable de la diphtérie. Si l'on divise les cas entrés à l'hôpital des enfants, en légers graves et très graves, on arrive à la proportion suivante pour 1907 : 1^o 23,2 p.100 ; 2^o 44,4 p. 100 ; 3^o 32,3 p. 100 ; on voit, par ces chiffres, que l'épidémie a été sérieuse. La mortalité a été de 11,9 p. 100 pour l'ensemble des cas : elle renferme une série d'observations d'enfants arrivés à l'hôpital dans un état désespéré, d'autres concernant des infections secondaires (tuberculose) ayant causé la mort.

L'emploi du sérum est resté, dans les détails, le même que dans le cours des années précédentes : on n'a pas dépassé, en général, la dose de 5,000 unités antitoxiques ; il est inutile d'injecter des doses plus élevées. Il ne semble pas que les hautes doses fussent capables d'exercer une action inhibitrice sur les troubles cardiaques ou les paralysies.

Baginsky, qui a suivi les phases de cette épidémie, ne croit pas, en présence de la symptomatologie de la diphtérie, qu'on puisse jamais arriver à faire disparaître entièrement, même avec un traitement sérothérapique impeccable, la mortalité diphtérique, mais il estime qu'il y a encore beaucoup de progrès à réaliser du côté des praticiens, qui sont encore, le plus souvent, insuffisamment rompus à l'emploi hâtif et rationnel de la méthode.

Tuberculose Rénale

Rapport présenté au III^e Congrès des M. L. F. A. N., à Québec, par le Dr Eug. Saint-Jacques, Prof. agrégé à l'Université-Laval

Nous concluons en posant que la Tuberculose Rénale réclame la néphrectomie à moins de contre-indications. Et nous grouperions ainsi ces contre-indications :

Tuberculose par trop généralisée et trop avancée.

Tuberculose rénale bilatérale.

Tuberculose secondaire de la vessie et des organes génitaux.

Insuffisance fonctionnelle du rein opposé.

Déchéance génitale marquée de l'économie.

Encore convient-il d'ajouter qu'une tuberculose pulmonaire tout à ses débuts ne contre-indique pas l'opération ; pas plus que la simple présence d'albumine dans l'urine du rein opposé, voire même tout le contraire ; pas plus enfin que des lésions vésicales légères, qui rétro-cèdent et guérissent souvent après l'ablation du foyer causal.

Mais cette néphrectomie n'est-elle pas activement mortelle et guérit-elle parfois ?

Écoutez Kummel : Sur 58 opérés, six meurent des suites opératoires, vu leur mauvais état général antérieur. Des 52 qui quittent l'hôpital, 40 personnes persistent encore guéries 16 ans après. 10 p.c. des malades d'Israël succombent aux suites opératoires, 5-8 p.c. de ceux de Kronlein, 33 p.c. de ceux de Morris. Les résultats de Tuffier sont meilleurs et avec Lorenzo la mortalité opératoire tombe à 4 p.c.

Mais je laisse le dernier mot au nouveau maître de Necker, le prof. Albarran : alors, dit-il, que la néphrectomie globale des chirurgiens enregistre une mortalité opératoire de 12 p.c., notre statistique personnelle portant sur plus de cent opérés n'enregistre que 2,6 p.c. de mortalité. Et nous relevons 22 opérés de plus de deux ans, 14 de plus de 6 ans et 3 de plus de 9 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Royer. Traité des mal. des R.....	1841
Steinhal. Nierentuber.....	1885
Cayla. Tuber. génito-urin. Thèse. Paris.....	1887
Durand-Fardel " "	1886
Collin " "	1890
Vigneron " "	1892
Du Pasquier " "	1894
Tuffier. Études sur la tub. rén. Arch. med.....	1892
Bul. Soc. Anat. Paris.....	1891-1893
Ann. mal. org. g. u., Paris.....	1893
Soc. chirurgie. Paris.....	1897
Congrès. Moscou.....	1897
Formes cliniques de la tub. rén. Lib. Masson.....	1898
Traité de chirurgie. Duplay-Reclus.....	1898
Lancereaux. Ann. génito-urin.....	1883
Guyon. Leçons cliniques. Paris.....	1885
Et Ann. g. urin.....	1888
Roberts. Urinary and renal dis. Amer. J. Med. S.	1883
Trans. Amer. Surg. Ass.....	1885
Morris. Surg. dis. of the kidney. London.....	1895
Meeting. Brit. Med. Ass.....	1889
Lancet.....	1885
Brown. La tub. rén. Ann. mal. org. g.-u.....	1898
Kuster. Berlin, Klin. Woch.....	1890-1892-1894
Israel. Deut. med. Woch.....	1890
Robineau-Duclos. Chirurgie du rein. Thèse. Paris	1891
Percheron. " " " "	1897
Ratinsky. De la néphrectomie par morcellement. .	1897
Vacklam. Résultats des néphrotomies et nephrectomie pour tub. rén. Arch. f. Klin. chir.....	1893
Bryson. L'intervention chir. pour rein tuberculeux. J. of Cit. Diseases.....	1894
Jaccoud. Bull. méd.....	1895
Bagot. Med. News.....	1895
Pousson de la T. R. primitive.—Soc. Med. et Chir.	1895
Aupérin. Thèse Paris.....	1896
Albarran. Deux néphrectomies pour tub. miliaire du rein.—Ann. gen. urin.....	1896
Trautenroth.—Hématurie comme prem. signe de la tuber. au début. Mitheil. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.....	1896
Heuricus. Tub. Ren.—Handlingar.....	1896
Casper. Diag. précoce de la tub. rén.—Berl. Klin. Woch.....	1896
Rafin. Néphrectomie pour reins tub Soc. sci. med. Lyon.....	1896

ABREVIATIONS.—T. R. : Tuberculose Rénale.

R. T. : Renal Tuberculosis. T. R. : Tuberculous kidney or tuberculosis of toe kidney.

N. T. : Nierentuberculosis.

- | | | |
|--|------|--|
| Meyer. Med. News N.-Y. | 1896 | 1904 |
| Laroche. Tub. primit. du rein. Thèse Bordeaux. . . | 1897 | |
| Cerné. Rein tuber. Normandie med. | 1897 | Schede. Tub. of the K. in System of Practical Surgery. Bergmann and Bull. |
| King. Pthisie rénale N.-Y. med. J. | 1897 | Salomon. La T. R. Thèse. Paris. |
| Hussenet. Arch de med. et pharm. milit. | 1897 | Kummel. Soc. med. Hambourg. |
| Patar. Med. Moderne. | 1897 | Valborn. Some remarks on the diag. of R. T. Cincinn. Lancet clin. |
| Michel. Thèse de Montpellier. | 1897 | Salus. Thierversucht u. N. T. Berl. Klin. Woch. |
| Macaigne et Vanverts. Tub. rén. guérie par transform. fibreuse. Soc. Anat. Paris | 1898 | Eagleson. T. R. : Pathol and treat. Northwest Med. Seattle |
| Albarran et Cottet. Tub. ren. ascendante. Soc. Anat. | 1898 | Schmidt. Fall von initialer gefahrlicher Hamaturie. Wien. Klin. Wochen. |
| Chauflard et Castaigne. Soc. med Hop. | 1898 | Sharples. R. T. : Symptomatology and diag. North W. Med. |
| Landonzy et Bernard. La néphrite des tuber. Presse med. | 1901 | Hanens. T. prim. du R.—Prog. méd. belge. |
| Brault. Action de la tuber. sur le rein med. . . . | 1901 | Brown. Some features of R. T.—Med. News, N.Y. |
| Brault. Tub. Ren. Traité gen. de med. | 1902 | Hutchison. Double tub. Pyonephrosis with calculus. — Montreal Med. Jnal. |
| | 1903 | Kaufmann. Diag. z. N. T.—Deut. Med. Presse. |
| Hansen. Rech. exper. sur la T. Gen.-Ur.—Ann. mal org. g.-u. Paris | | Kocher. Nierentub.—Cor. Bl. Schw. Aerzt. |
| Variot. T.-R. infantile. Med. Mod. Paris | | Casper. Nierentub.—Deut. Klin. Woch. Berlin. Munchen. |
| Pousson. De la T.-R. primitive ou sang.—Gaz. Sci. med. Bordeaux. | | Bernard et Salomon. Recherches exper. sur la T. R.—Jnal de Physiol. et Path. Gén. Paris. |
| Loumeau. R. cancreux pris pour R. T.—Gaz. Sci. med. Bordeaux. | | Boddaert. Hematurie Rénale.—Jnal Méd. de Bruxelles. |
| Bioudi. Osserv. T. R.—Clin. med. Pise. | | Albarran et Cathelin. D'un mode d'infection second. d'un rein à l'autre.—Ass. Fr. d'Urologie. |
| Guiteras. Diag. and surg. treat. of R. T.—Detroit med. Jnal | | Casper. Sur la T. R.—Ass. Franç. d'Urologie. |
| Johnson. Nephrectomy for T. K.—Ann. Surg. Phil. | | Legueu et Cathelin. De l'excrétion des reins malades étudiée avec le diviseur.—Ass. Fr. d'Urol. |
| Roque et Bonal. T. R. et néphrite saturnine. Bul. soc. med. hop. Lyon. | | Nicoiich. Idem. |
| Suter. Beitrage Z. Diag. U. Behand. N. T.—Cor. Bl. Sch. Aer. | | Bernard et Salomon. Lésions du R. provoquées par le bac. de Koch injecté dans les voies artérielles.—Soc. Biol. Paris. |
| Bazy. Diag. de la T. R. Bul. soc. chir. Paris. | | Bernard. Les méthodes d'exploration de la perméabilité rénale. Paris |
| Thomas. Diag. of R. T. Virginia Med. | | Kummel. Diag. u. Ther. d. Nierentub.—Munich Med. Woch. |
| François-Dainville. Nephrite tub. gravidique. Bul. soc. anat. Paris. | | Milchner. Beit. Diag. z. d. Nierentub.—Berlin, Klin Woch. |
| Mercer. A case of T. K. California Med. J. | | Péchere. Rein. tub. et néphrite-bacillaire. Soc. Roy. des Sci. méd. Bruxelles. |
| Darcagne et Friedel. Rein en fer à cheval tub. Bul. Soc. Anat. Paris. | | Ricketts Specimen of T.K. Lancet clin. Cincin. |
| Bernard et Salomon. Lésions du R. provoquées par extrait éthéré du bac. tub. Soc. biol. Paris. | | Vogel. Neuren Methoden in d. diag. d. chir. Nierenkrang. Berliner, Klin. Woch. |
| Finkelstein. Beit. Z. Casuistik d. N. T. Monat. f. Urol. Berlin. | | Ware. Diag. and treat of R. T. Amer. Jnal. med. Sci. Philadelphia. |
| Courtellemont. Tub. rénale néphrite interstitielle. | | Bauer. N. T.—Stockholm. |

- Carlier et Curtis. Le R. T. polykystique chronique. Echo méd. du Nord, Lille.
- Kelly, H. A. Some Surgical notes on T. K. Brist. Gyn. Jnal. London.
- Moncary et Delaunay. Reins tub. Soc. Anat. Paris.
- Perrin et Arnould. Tub. rén. : mort subite. Rev. méd. de l'Est, Nancy.
- Pousson. T. R.—Ass. Franc. Urol.
- Bloch. Renal affections simulating abdominal and pelvic diseases. —Med. Herald St. Joseph.
- Bazy. Importance de l'élimination du Bleu de M. pour le diag. de la valeur fonct. des reins.—Bul. Soc. Chir. Paris.
- Bernard et Salomon. Lésions du R. provoquées par le Bac. de Koch injecté dans le péritoine. Cpte rendu Soc. Biol. Paris.
- Cathelin. Recherches sur la sécrétion des R. malades, Ann. mal. org. g. u., Paris.
- Christie. Tub. nephritis.—Illinois Med. J.
- Courtin. Rein Tub.—Gaz. Sci. Méd. Bordeaux
- Curtis et Carlier. Une forme particulière de tub. primitive du R. : le R. polykystique tub. Arch. de med. exper. et d'anat. pathol. Paris.
- Glaser. 100 Fälle funktioneller Nierenddiag. Arch. f. Klin. Chir. Berlin.
- Loeper. Pathogénie de certaines cav. ren. Revue des mal. org. gen.-urin. Paris Winslow. Diag. and treat. of R. T.—Gaillards South Med.
- Bernard. Les affections tub. des reins.—Bul. med. Paris.
- Pousson. Deux cas de T. R. hématogène.—Gaz. Sci. Méd. Bordeaux.
- Albarran. Exploration des fonctions rénales. Paris.
- De Smeth. Deux cas de T. R.—J. Méd. Bruxelles.
- Casper. Diag. and Treat. of R. T.—Amer. J. Urol.
- Kelly, H. A. Treat. of pyelitis.—Med. Rec. N.-Y.
- Robin. Chlorose tub. compliquée de néphrite. Rév. gén. de clin. et ther. Paris.
- Tuffier et Mante. La séparation endovésicale des urines. Ann. des mal. org. g. u. Paris.
- Kelly. Tub. of the kidney.—Lancet, London.
- Luxardo. Symptom. d. T.R.—Clin. et Ther. Treviglio.
- Bierhoff. The cystoscope and ureter cathet. in the diag. and prog. of surg. dis. of the K. Amer. J. Surg., N.-Y.
- Clarke. The urine separator as an aid to the diag. of R. affections.—Hosp. London.
- Millet. Tubercular kidney.—St Paul Med. J.
- Sherrill. Tub. of the K.—J. Amer. Med. Ass.
- Piltz. Nierentub, mit Gravidt—Munch. Med. Woch.
- Beaudet. Deux R. T.—Toulouse Méd.
- Bazy. Pollakyurie et incontinence noct : symptômes de tub. ren.—Soc. chir., Paris.
- Clark. Tub. kidney—Med. News.
- Débat. De la curabilité de la tub. rénale—Soc. Méd. Chir. de Liège et Ass. Franç. Urol.
- Askanazy. Hématurie-als initial symptom prim. Nieren-tub—Deut. Arch. f. Klin. Med.
- Bernard et Salomon. Histogénèse des tuberculoses rénales d'orig. toxi bacillaire—Arch. Méd. exper. et d'Anat. Pathol. Paris.
- Brown. Renal tuber.—Bellevue Hosp. N.-Y.
- Castaigne. Les travaux récents sur la pathol. rénale—Gaz. des Hôp., Paris.
- Mirabeau. Nierentub. Munch. med. Gesell.
- Nathan-LARRIER. Activité nucléaire des cel. rénales à l'état normal et pathol. Soc. Biol. Paris.
- Pasteau. Etude critique des dif. moyens permettant de connaître la valeur fonctionnelle du rein. Rev. mal. org. g. u. Paris.
- Bazy. Albuminurie prémonitoire dans la tub. ren.—Soc. Chir. Paris.
- Bernard et Salomon. Recherches exper. sur la tub. ren. II mémoire—J. de Physiol. et de Pathol. gen. Paris.
- Landry. Les affections tub. des reins—Tribune med. Paris.
- Casper. Diag. u. Ther. d. Nierentub—Deut. med. Woch.
- 1906
- Rosenstein. U. feinere Anatomie d. Nierentub—Berl. Klin. Woch.
- André. Tub. renale—Rev. med. de l'est Nancy.
- Bier. The present status of blood cryoscopy in determining the functional activity of the kidney—Amer. J. Med. Ass.
- Bernard. Sur la néphrite-tuber. Soc. Med. Hôpitaux. Paris.
- Jousset et Troisié. Nephrite-tuber. et hydrothorax. Soc. Méd. Hôp. Paris.
- Freeman. Treat. of tub. of the Kidney,—J. Amer. Méd. Ass.
- Pitha. Methods of investigation and treat. of chronic. tub. kid. Prag.
- Carlier. Nephrectomie pr. tub. rén. Echo méd. du Nord, Lille.
- Dubot. Nephrectomie prim. p. tub. rén.—Presse méd. belge, Bruxelles.
- Forgue. Tub. ren. révélée par la séparation endovésicale des ur.—Montpellier Méd.

- Saboulay. Deux cas de tub. rén. traités p. la néphrectomie.—Lyon Méd.
- Tyson. Perinephritis simulating stone in the Kidney. Trans. Ass. Amer. Phy. Philadelphia.
- Lavenant. La néphrite aiguë tuber. Paris.
- Reynard, Maurice. La tub. rén. et son trait. Lyon.
- Alessandi. Peut-on guérir la tub. rén. par la seule néphrotomie. Accad. méd. de Po ne.
- Carpenter and Stabb. Nephrectomy for T. K. in girl age 10. Soc. Dis. of child. London.
- Thomason. Tub. & calc. of the K. operation, recovery. Modern Med. Battle-Creek. Mich.
- Fenwich. Renal tub. Brit. Med. J.
- Colombino. Diag. de la tub. urinaire, par la cytologie.—Ann. mal. org. g.-u., Paris.
- Sherrill. The diag. of surg. dis. of the kidney.—Intern. Clin. Philadelphia.
- Cabot. Diag. of renal functions.—N.-Y. Med. Jnal.
- MacLaren. Tuber. kidney.—Brit. Med. J.
- Morton. Tub. of the kidney.—N. Y. Med. J.
- Oraison. Tub. ren.—Gaz. des Sci. Méd. Bordeaux.
- Rafin. Quelques faits de tub. rén. fermée—Lyon, méd.
- Reynold. Diag. and Treat. of T. K.—Med. Times, F.-Y.
- Aiku. Treat. of tub. of the kidney. Tokio.
- Akutsu. 20 cases of renal tub. Tokio.
- Boinet et Poesy. Urémie p. tub. rén.—Marseille méd.
- Lower. Diag. and treat. of tub. of the kidney—Surg. Gyn and Obs.
- Walsh. The kidneys in tuber—Rep. Henry Phidp's Institut. Phil.
- Desnos. Tub. rén. hémotogène et tub. ascendante—Méd. Mod., Paris.
- Rafin. Hématurie rén. de longue durée chez un tub—Lyon Méd.
- Zuckerandt. U. Behand. Nierentub—Deut. Med. Woch.
- Hottinger. Z. Diag. d. Nierentub—Cent. f. Krank. d. Harnorg.
- Walker. Estimation of the functional value of the kidney—Practitioner, London.
- Buday. Exper. histol. Stud. U. Genese d. Nierentub—Vichows Arch. f. Path. Anat.
- Ekehorm. Prim. ren. tub—Stockholm.
- Lecene. Tub. rén. à forme fibreuse sans caseification. Soc. Anat., Paris.
- Morse. Tub. of the kidney in an infant—N.-Y. Med. J.
- 1907
- Bernard et Salomon. Recher. sur la tub. rén.—J. de Phy. et de Pathol. Gen. Paris.
- Louneau. Pyonéphrose tub.—J. Méd. Bordeaux.
- Noble. Tub. of the kidney—Surg., Gyn., and Obs.
- Kelly, H. A. Surgical treat. of T. K.—Surg., Gyn and Obs.
- Max Miller. Renal tub. nephrectomy and opsonic therapy as post-oper. treat—California M. and S. Reporter.
- Reitter. Nierentub u. artérielle Hypotension—Zeit. f. Klin. Méd. Berlin.
- Desnos. Pronostique de la T. R.—Bull. Méd., Paris.
- Duvergey. Pyonéphrose tub.—J. Méd., Bordeaux.
- K. Kummell. Modern surgery of the Kidney—Surg. Gyn. Obst.
- Tesson. Tub. rén.—Arch. Méd. d'Angers.
- Thorndike. Notes on a few cases of R. T.—Boston M. and S. J.
- Patel. Pyonéphrose tub—Lyon Méd.
- Watson. The surg. treat. of R. T.—Boston M. and S. J.
- Illyes. Nierentub—Ungar. med. Presse, Budapesth.
- Petit et Bellej. Tub. rén. a forme hématurique—J. de Méd., Bordeaux.
- Boisson. Néphrectomie p. tub. rén—J. Méd., Bruxelles.
- Duhot. Néphrectomie p. tub. rén—Presse méd. belge.
- Ribner. Large purulent tub. Kidney—Nephrectomy. Budapest.
- Carles. Précis des maladies des reins. Paris.
- Von Oppel U. Nierentub, Berlin.
- Tinel. Les néphrites tub—Gaz. Hôpitaux, Paris.
- Villaret. Tub. rén—Rev. de la tub. Paris.
- Jaboulay. Rein droit tub—Lyon méd.
- Pechere. Le rein tub. et son traitement médical—J. Méd. Bruxelles.
- Garré u Ehrhardt. Nierenchirurg. Berlin.
- Vallas. Pyonephrite tub. sur un rein unique—Lyon Méd.
- Chatin. La tub. rén.—Revue Int. Méd. et Chir. Paris.
- Fuller. Tub. of the renal organs—Amer. J. Derm. and G. U. Dis.
- Howard. Renal tub.—Texas State J. M.
- Marotta. Tub. ren. expérimen—Gaz. intern. d. méd. Naples.
- Morris. Diag. and treat. of R. T.—Amer. Practitioner and News.
- Von Oppel. Tub. d. Nieren—Folia Urol. Leipsich.
- Berard. Tub. ren. au début et néphrite—Lyon méd.
- Duhot. Tub. ren. et néphrectomie—Ann. mal. org. g. v. Paris.
- Fullerton. Tub. of the Kidney. Brit. Med. J. London.
- Lambert. Indication de la nephrectomie dans la T. R. Rev. des mal. org. g. u. Paris.

- Bircher. Behah. d. Nierentub. mit. Roentgenst Strahlen—Munch. med. Woch.
- Ekehorn. Tuberkelbacterien in d. N. b. tub. Nephritis—Arch. f. Klin. Chir. Berlin.
- Golzt. Diag., experiment. d. Nierentub.—Med. Klin. Berlin.
- Kotzenberg. U. Nierenblutung—Berlin Med. Klin.
- Illyès. Etudes de 32 reins tub. enlevés. Budapest.
- Steiner. Pathol. of R. T.—Yale Med. J.
- Heresco. Etude de reins tub. enlevés.
- Deschamp. Tub. rén.—Ann. mal. org. g.-u., Paris.
- Legnani. Tub. rén. et séparation des urines—Coir. San. Milan.
- Von Rihner. U. Nierentub.—Pest. Med.—Chr. Presse. Budapesth.
- André. Reins tub—Rév. méd. de l'Est, Nancy.
- Israel. Endresultate meiner Nephrect. wegen Nierentub. Deut. med. Woch.
- Ulteau. Pyonéphrose tub.—Toulouse méd.
- Carlier. R. tub.—Echo méd. Nord, Lille.
- Grimond et Voivenal. Tub. du rein droit et separation des urines—Toulouse méd.
- Walker. Tub. of the kidney and bladder—Annals of Surg.
- Crenen. Rein polykystiq. tub—Soc. méd. Berlin.
- Desnos. Diag. de la tub. ren—Cong. Méd. Paris.
- Letulle, Kuss, Calmette, . . les portes d'entrée du bac. tuberculeux—Congrès Méd. Paris.
- Albarran. Heresco, . . tuberculose urin Cong. Fran. d'urologie, Paris.
- Thelen et Suter, Ringleb, Liechenstern, Kotzenberg, Voelker, Wilbdolz, Kuster, Kummel : la tuber. urin. Cong. All. d'Urologie.

1908

- Albarran. Société de l'internat d. Hôp. de Paris.
- Bernard et Salomon. Bacillurie tub—Soc. d'études sci. contre la tub.
- Charters Symons. Lettsomian Lectures on tub. of the K., London.
- Pielicke. Behand. d. Nierentub. Mit. Tuberculin., Berlin. Klin. Woch.
- Bier. R. T.—N.-Y. Med. Journal.
- Davis. R. T. diag. and treat—Boston M. and S. J.
- Desnos. De la nephrectomie dans les cas graves de tub. rén—J. de méd., Paris.
- Albarran. Indications opér. dans les pyonéphroses non calculeuses—Rev. pratique mal. org. g.-u., Paris.
- Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique.
- Achard et Loeper. Man. d'anat. pathol.
- Dieulafoy—Traité de Méd.
- Ziegler—Lehrburk d. Allgem. U. Spec. Pathol.
- Graupner u. Zimmermann—Teck. u. Diag. an. Secktionstisch.
- Delafield and Prudden—Pathol. Anat.
- Hecktoen and Riesman—Pathol. Anat.

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

La valeur préventive du sérum antitétanique

La médecine humaine doit à l'art vétérinaire plus d'une notion importante. L'emploi chez les blessés du sérum antitétanique, entre autre, est devenu général parmi les chirurgiens français à la suite du mémoire présenté par Nocard, de l'Ecole Vétérinaire d'Alford, à l'Académie de Médecine, en 1905. Nocard y démontrait l'efficacité des injections du sérum aux animaux menacés de tétanos soit à la suite de plaies contuses et souillées soit après la castration.

Dernièrement, M. Vaillard a ramené le sujet devant l'Académie et a cité les statistiques de dix médecins vétérinaires, établissant que, sur 13,124 animaux injectés de sérum antitétanique, soit avant une opération chirurgicale, soit après un traumatisme, pas un n'a pris le tétanos. S'appuyant sur ces statistiques, M. Vaillard fait remarquer que, si le sérum antitétanique n'a pas d'action chez l'homme dans un nombre de cas relativement restreint, le grand nombre de cas où il s'est montré efficace l'emporte de beaucoup, et qu'il faut donc en continuer l'emploi.

A cela, M. Reynier, qui est chef d'un service chi-

rurgical dans les hôpitaux de Paris a répondu que " la sérothérapie préventive du tétanos appliquée à l'homme a donné des résultats beaucoup moins remarquables que ceux qu'on a obtenus chez les animaux." On connaît en France 17 cas, et à l'étranger 25, où le sérum n'a pas empêché le tétanos d'éclater.

Ainsi engagée, la discussion a continué pendant toutes les séances du mois de juin. Les avis ont été plutôt en faveur du sérum (à titre préventif, bien entendu). Le professeur LeDentu, quoique frappé de ce fait que la mortalité par tétanos n'a pas diminué de manière sensible depuis l'emploi de la sérothérapie, n'en est pas moins partisan de la méthode : il emploie quotidiennement les injections préventives dans son service. Lucas-Championnière agit de même. " De longues séries d'observations faites dans des services dans lesquels le tétanos était antérieurement observé ont montré sa disparition sous l'influence du sérum antitétanique, dit-il. J'ai eu l'occasion d'assister à une véritable épidémie de tétanos, qui parut bien avoir été enrayée par des injections persévérantes." M. Léon Labbé croit l'injection de sérum formellement indiquée dans les plaies jugées susceptibles d'engendrer le tétanos.

M. Vaillard soutient que l'on éviterait davantage les insuccès chez l'homme en adoptant une méthode plus stricte. Le sérum antitétanique n'est pas bactéricide, il a pour seul effet de neutraliser, au fur et à mesure, et seulement pendant quelques jours (environ une semaine chez l'homme), la toxine produite par le bacille. Il faut donc réitérer les injections tant que persiste le foyer d'où peut sortir le tétanos. On fait une piqûre tous les huit jours et l'on injecte une dose suffisante : 10 cc. à 30 cc., suivant que la plaie est plus ou moins contuse, profonde et souillée.

M. Régnier n'a pas voulu se laisser ébranler par ces arguments. Renouveler les injections, c'est très bien. Mais la virulence du bacille peut persister longtemps : on l'a retrouvée dans les tissus dix mois après le traumatisme. Comment reconnaître que la virulence est épuisée et qu'on peut cesser les injections ? Il affirme en concluant que tout dogmatisme est ici hors de propos, et que si la question peut paraître jugée en ce qui concerne les animaux, elle ne l'est pas en ce qui concerne l'homme.

On peut donner à cette discussion académique (voir *La Presse Médicale*, nos 45, 47, 51, 53—1903) la conclusion suivante : lorsqu'on a raison de craindre le tétanos chez un blessé, on peut faire, tous les huit jours, une injection de 10 cc. à 30 cc. de sérum antitétanique, et ce jusqu'à ce que la plaie soit parfaitement guérie. On

verra quelquefois le tétanos apparaître malgré les injections. Pour guérir le tétanos déclaré, le sérum n'a aucune valeur. Chez les animaux et même chez l'homme, il a donné des résultats préventifs incontestables.

Dr E. P. BENOFF.

Le sulfate de magnésie en pansement

C'est le Dr Henry Lueker, chirurgien de l'hôpital général de Philadelphie, qui a eu l'idée d'employer localement le sulfate de magnésie ou sel d'Epsom, dans les inflammations superficielles. Il a appliqué son pansement dans plus de sept cas, et avec d'excellents résultats paraît-il. Dans l'ostéite, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans l'érysipèle, pour citer quelques exemples, les pansements au sulfate de magnésie ont calmé rapidement la douleur et arrêté l'évolution inflammatoire. D'autres médecins, entre autres le professeur Hare, de Philadelphie, ont confirmé les résultats obtenus par le Dr Lueker. La "Therapeutic Gazette" de juin 1908 renferme à ce sujet des informations intéressantes.

Le Dr Lueker rapporte dix-neuf cas d'érysipèle graves ou compliqués chez qui l'application des pansements amenèrent l'amélioration des symptômes locaux dans un espace de temps relativement court (deux à cinq jours). Trente-cinq cas d'érysipèle simples guérirent aussi rapidement.

Pour ne pas enlever le mérite de la guérison au traitement local, le Dr Lueker eut soin de ne rien prescrire à l'intérieur, ni quinine, ni fer.

Voici la technique du traitement local : " On applique une solution saturée de sulfate de magnésie dans l'eau. Dans l'érysipèle de la face, on fait un masque composé de quinze à vingt épaisseurs de gaze ordinaire, suffisamment grand pour couvrir toute la plaque d'inflammation et la dépasser même largement ; on laisse une ouverture pour respirer, mais sans dégager les yeux. On imbibe le masque de la solution, on l'applique, on le recouvre de soie huilée ou de papier ciré. Il faut ensuite humecter le masque aussi souvent qu'il est nécessaire, généralement toutes les deux heures, suivant la saison et la température de la chambre. On n'enlèvera le masque lui-même qu'une fois toutes les douze heures, pour examiner la plaque, on le replacera immédiatement. Pendant toute la durée du traitement, on ne lavera pas la partie malade."

Le premier effet du pansement, comme de tout pansement humide est de calmer la douleur : mais, et c'est là où l'action antiseptique du pansement se fait sentir, la

température tombe à la normale le premier ou le second jour, et s'y maintient.

Ce traitement est tellement simple, tellement à la portée de tout le monde, qu'il vaut certainement la peine d'être mis à l'essai. S'il est aussi efficace qu'on le dit, il remplacera avantageusement les pulvérisations au sublimé éthéré, les badigeonnages à l'iode, à l'acide phénique au collargol, au collodion, applications le plus souvent douloureuses, et qui n'empêchent pas toujours la plaque de s'étendre.

Quant au traitement interne, il est probable que même avec un traitement local efficace, le fer restera indiqué, à cause de l'action hémolytique si marquée de l'infection érysipélateuse.

E.-P. BENOIT.

Les faux urinaires coprostasiques

On doit comprendre sous ce nom une catégorie de sujets présentant des troubles urinaires plus ou moins marqués et qui sont dus à la constipation. M. le Dr Paul Martel vient de faire une thèse d'un très grand intérêt (1) sur ce sujet qui a été à peine effleuré par quelques auteurs, notamment par M. Hirtz et par M. Triboulet.

Il s'agit de sujets atteints d'accidents urinaires consécutifs à la coprostase.

Le malade peut être un constipé depuis longtemps, n'ayant pas eu de selle depuis plus ou moins de jours, ou bien présentant toutes les alternatives de la coprostase : évacuations insuffisantes, défécation par regorgement, ou bien encore ayant toute l'allure d'un diarrhéique et ayant en réalité un bloc fécal ancien et durci, qui irrite la muqueuse intestinale et donne une sécrétion abondante.

Chez ces malades, hommes ou femmes, les troubles urinaires peuvent survenir à la suite d'une constipation chronique, et cela sans aucune lésion organique concomitante manifeste ou latente. L'accumulation *énorme* de matières durcies dans le rectum agit alors par simple compression sur les parois de l'urèthre et du col de la vessie, comme le fait un corps étranger ou un tamponnement.

Les matières fécales peuvent agir comme milieu septique et donner des crises de bactériurie, dont le mécanisme ne nous est pas très bien connu, mais dont l'existence est incontestable.

Mais de plus si la coprostase peut-être seule en cause elle peut aussi agir sur des organes urinaires déjà malades et qui réagiront d'autant plus facilement.

Les accidents ainsi produits peuvent être de divers ordres.

C'est d'abord la fréquence de la miction, fréquence qui peut être diurne ou nocturne. Elle sera continue ou intermittente, en relation avec la position debout ou couchée du malade. Mais dans bien des cas, ce sera le bol fécal lui-même qui agira directement. Celui-ci pourra se déplacer ou changer de forme et, de ce fait, son action ne sera plus la même. Sous l'influence d'un purgatif, par exemple, les matières stercorales retenues au-dessus de l'ampoule opèreront un mouvement de descente et s'engageant plus avant dans le petit bassin comprimeront davantage le col vésical.

C'est ensuite une miction impérieuse. Le malade a des symptômes de cystite, mais il a des urines claires et c'est en somme de la pseudo-cystite. Les mictions souvent deviennent douloureuses : ces douleurs peuvent être dues seulement à la présence de gaz dans l'intestin, l'expulsion de ces derniers met fin à ces crises.

Enfin le malade peut avoir de véritables difficultés pour uriner et arriver ainsi à la rétention complète ; il faut encore ajouter à ce tableau la possibilité des hématuries.

La coprostase peut encore produire des troubles septiques comme la bactériurie, qui est caractérisée par l'infection de l'urine sans réaction inflammatoire de l'appareil urinaire. On trouve dans l'urine fraîchement émise des bactéries en très grande quantité. L'urine est trouble, opalescente, de réaction acide, il n'y a pas d'albumine à moins qu'il n'y ait une affection du rein ou du cœur concomitante.

L'urine ne se clarifie pas par le repos, et l'opalescence augmente. Les troubles locaux sont nuls ou presque nuls, l'odeur de l'urine est fétide.

Enfin l'infection peut passer le premier stade, et c'est l'infection générale qui se produit. L'état général est mauvais, la température est élevée, les urines sont troubles, purulentes.

Il y a, on le conçoit, de grandes difficultés de diagnostic dans ces états morbides.

Aussi, tous les symptômes doivent-ils être analysés, et l'interrogatoire, autant que l'examen du malade, doit-il être minutieux ; on devra toujours songer aux associations possibles et dans chaque cas particulier dégager le rôle de la coprostase.

Au point de vue du traitement, il est à noter qu'on n'agit pas toujours par les purgatifs ; il faut en arriver à l'emploi du doigt qui seul peut permettre l'extraction des matières par trop solides.

(1) Thèse de Montpellier.

Il faut donc évacuer complètement l'ampoule rectale par des purgatifs et des lavements : puis vérifier la vacuité du rectum. Un régime diététique approprié — lactovégétarien généralement aidé du cascara, préviendra la récurrence de la surcharge rectale. Quant à la cystite qui pourra s'être parfois déclaré, les grands lavages au nitrate d'argent, à l'acide phénique ou au bichlorure de mercure — ou encore les instillations au nitrate d'argent, à l'argyrol ou au protargol, en auront généralement raison, et rapidement s'ils sont faits avec les précautions aseptiques de rigueur.

E. SAINT-JACQUES

Les fractures de l'olécrâne et leur traitement

Par M. le Dr J. Lucas-Championnière.

Nous savons tous par expérience quelle anxiété nous donnent les fractures de l'olécrâne. Aussi nous avons cru devoir exposer sur ce sujet essentiellement pratique les indications thérapeutiques d'un maître français, Lucas-Championnière, d'après ses récents travaux (v. Jnal. Med. et Chir. Paris juil. 1908).

L'immobilisation du coude, dit-il, est l'une des pires immobilisations articulaires que l'on puisse concevoir pour la fonction ultérieure du membre, et ses méfaits sont aussi redoutables après les fractures de l'olécrâne que pour tous les autres traumatismes du coude.

La suture ne trouve pas du tout, pour l'olécrâne, les conditions et les indications de la fracture de la rotule. Il n'y a pas d'interposition de masses ligamenteuses entre les fragments et, aussitôt disparue la contracture musculaire qui cause l'écartement des fragments se fait spontanément. La réunion osseuse est la règle pour toute fracture de l'olécrâne régulièrement soignée. Je n'ai jamais eu l'occasion de voir chez mes blessés régulièrement soignés, une fracture de l'olécrâne qui demanda la suture, tandis que j'ai trouvé cette nécessité de suture pour des cas pour lesquels l'immobilisation avait été faite par d'autres chirurgiens.

Quel est donc le traitement le plus satisfaisant de la fracture de l'olécrâne ?

Massage et mobilisation, avec repos du coude en flexion, en doivent être les éléments.

À l'époque la plus rapprochée possible de l'accident le massage très doux sera pratiqué.

Le massage doit commencer à deux travers de doigt au-dessus de l'olécrâne brisé, être fait sur tout le bras et

comprendre jusqu'à l'épaule. Au-dessous de l'olécrâne, il sera fait sur tout l'avant-bras, en ayant soin de ne pas appuyer sur la ligne saillante du cubitus.

Après vingt minutes de massage très doux fait sur le membre resté dans la flexion, de très petits mouvements articulaires seront provoqués.

Il est parfaitement inutile d'exagérer ces mouvements de mobilisation. La course de ces mouvements doit paraître tout à fait insignifiante à ceux qui sont mal au courant de la mobilisation. Cependant ils sont de la plus grande utilité, tout en étant fort peu étendus. Il ne faut pas qu'ils soient douloureux. Si quelque douleur était ressentie, ne point faire exécuter ces mouvements au début du traitement et les remettre au lendemain.

Le bras, en flexion à angle droit, doit être placé dans une écharpe, le coude étant bien protégé contre tout heurt.

Le massage, comme il est dit à propos de toutes les fractures, dans mon Traité, doit être fait par des pressions superficielles d'abord, plus profondes ensuite à mesure que la douleur a disparu. Toutefois, il doit éviter toute action directe sur le foyer de la fracture.

Quelle que soit l'anesthésie obtenue par le massage, il ne faut jamais en profiter pour exécuter des manœuvres violentes ni permettre des mouvements exagérés.

Exemples :

En ce qui concerne les *mouvements passifs ou provoqués*.

Il faut bien se garder, en faisant les mouvements passifs, de provoquer des mouvements de plus de 35 à 40°, soit vers l'extension, soit vers la flexion. Il est tout à fait inutile d'arriver à une extension ni à une flexion complètes.

De même pour les mouvements de pronation et de supination, il est inutile de faire parcourir à la main, dans les deux sens, plus d'un quart du chemin qu'elle peut normalement parcourir.

Un coude ainsi mobilisé au *début de ses mouvements normaux* retrouvera après la guérison l'amplitude parfaite de ses mouvements.

Si, par contre, on a mobilisé le coude à l'extrême, c'est-à-dire jusqu'à l'extension, la flexion, la supination et la pronation complètes, on provoque des douleurs inutiles, on prolonge le traitement, et, après ce traitement prolongé, des raideurs et des douleurs du coude témoignent de la mauvaise direction du traitement.

En ce qui concerne les *mouvements actifs ou spontanés*, que bien des auteurs opposent aux mouvements passifs, estimant un peu théoriquement qu'ils contribuent

mieux à conserver la puissance musculaire, il faut les diriger avec prudence.

C'est ainsi que le coude, gardant sa position de traitement fléchi à angle droit, des mouvements de flexion peuvent être faits par le patient.

Il n'en est plus de même des mouvements actifs d'extension. Il n'est pas sage de les permettre avant une quinzaine de jours, même avant la troisième semaine accomplie.

En effet, ces mouvements actifs d'extension ont le double inconvénient :

1^o De contribuer à écarter les fragments ;

2^o D'irriter le foyer de la fracture et d'exposer au retour des contractures que la mobilisation et le massage avaient fait disparaître.

On conçoit aisément combien il faut mettre de prudence pour tirer de ces manœuvres tout l'effet utile, sans s'exposer aux inconvénients. Lorsqu'au bout d'un mois la liberté sera rendue au sujet, ce seront encore les mouvements d'extension dont il faut être ménagé.

Ce serait chose difficile si on n'avait pas la *douleur pueriterium*. Il ne faut jamais déterminer de douleur. Il faut s'abstenir de toutes les manœuvres qui paraissent préparer la douleur.

Il faut aussi remarquer que les phénomènes de réparation sont ici plus faciles à suivre que pour toute autre fracture.

En effet, le gonflement et l'œdème de la région, les épanchements sanguins fondent sous les yeux. Le retour du gonflement serait un signe qui montrerait que le traitement n'est pas heureux.

Mais surtout la contracture et la douleur guident merveilleusement.

La séance de massage est mieux faite, le sujet étant couché le bras appuyé sur un coussin.

Les bains et les topiques humides doivent être prescrits. Pour le massage, je préfère l'huile à la vaseline ou à la poudre de tale qu'emploient beaucoup de masseurs.

En procédant ainsi avec une sage progression, avec des séances quotidiennes de 15 à 25 minutes, j'ai toujours eu des résultats si parfaits que je considère aujourd'hui la fracture de l'olécrâne comme de peu de gravité.

En présentant ces réflexions à la Société de chirurgie, j'ai rejeté d'une façon absolue la concession que me faisaient certains de mes collègues me disant qu'il réserveraient la suture pour les cas de très grand écartement. En effet, les cas du plus grand écartement m'ont donné des résultats tout aussi satisfaisants que ceux de mé-

diocre écartement. Il n'y a donc aucune bonne raison de les réserver.

Le plus souvent entre la deuxième et la troisième semaine, le fragment olécrânien est si bien fixé en sa place, si bien coapté au fragment cubital, que vous pouvez estimer que le coude est solide.

A partir de ce moment, vous autorisez les mouvements.

Les accidents du traitement arsenical dans la chorée

Dr Lesbroussart

Le secret de la réussite de ce traitement consiste à commencer par les doses faibles et à élever rapidement les doses jusqu'au commencement de l'intoxication.

Allons jusqu'à l'intoxication, ne la dépassons pas.

Des accidents viennent surprendre le praticien, et en leur présence il est désarmé et doit momentanément perdre de vue l'affection qu'il se proposait de guérir pour traiter les troubles dont il est inconsciemment l'auteur et pour en prévenir le retour.

L'organisme réagit différemment suivant deux facteurs : *le toxique, le malade*.

Il est bien évident que plus la dose sera élevée, plus précoces et plus intenses seront les accidents. Aussi ne devons-nous jamais dépasser les doses moyennes de 20 à 25 grammes de liqueur de Bondin.

La liqueur de Fowler en injections hypodermiques ne donnera que peu de résultats, tandis que le cacodylate de soude aux doses de 6, 8 et même 10 centigrammes par jour sera parfaitement toléré.

Enfin l'absorption de doses répétées inférieures à celles capables de déterminer des accidents subaigus, a beaucoup d'importance au point de vue du développement des accidents chroniques. L'arsenic est en effet une substance qui s'élimine difficilement et par conséquent s'accumule peu à peu dans l'organisme. C'est ainsi que la liqueur de Fowler employée modérément, et pendant de longues semaines, n'amènera aucune sédation des phénomènes choréiques, mais le praticien sera forcé d'interrompre sa médication à cause d'accidents dus à l'arsenicisme chronique, à cause de la pigmentation, à cause des paralysies. Il vaut mieux recourir à une médication énergique d'une durée de trois semaines au maximum, quitte à la reprendre s'il y a lieu, après un laps de repos égal, car l'intolérance est moins soumise à la toxicité du médicament qu'à ses propriétés accumulatives.

On observe souvent qu'étant donnés le même médi-

cement, la même dose, le même mode d'absorption, les accidents varient avec les individus, d'intensité et de localisation.

Sans doute les doses employées varieront avec l'âge du malade, mais tous les pédiâtres sont d'accord pour affirmer une plus grande tolérance pour l'arsenic et ses composés chez l'enfant que chez l'adulte.

D'autre part, il est évident que la plus ou moins grande perméabilité des émonctoires (peau, tube digestif, poumons, reins) ou des organes qui emmagasinent le poison comme le foie, a une influence sur la toxicité et sur les localisations ; une voie d'élimination est-elle obstruée ou insuffisante, l'arsenic tendra à s'éliminer par les autres, d'où plus de contact de ces dernières avec la matière nocive et par suite plus de lésions.

De plus, en présence d'une même intoxication un individu présentera la mélanodermie, un autre, des troubles nerveux, la cause générale est la même, les organes réagissent de telle ou telle façon ou ne sont pas lésés par le contact du toxique suivant l'individualité de l'appareil organique.

Il faut se rappeler que certains symptômes, généralement loin dans la série des accidents et ordinairement précédés de signes prémonitoires, ont quelquefois éclaté d'emblée. C'est ainsi que dans certaines observations relatées, la mélanodermie, les éruptions, la paralysie sont les premières manifestations de l'intolérance.

Traitement.—Si des troubles graves sont imminents, si quelques-uns se déclarent, l'usage du médicament doit être immédiatement supprimé. Il faut en outre combattre les accidents par une thérapeutique appropriée. Si aux phénomènes de moindre importance qui apparaissent sous l'influence de l'arsenic s'ajoute un état fébrile sans aucun désordre matériel pour l'expliquer, l'empoisonnement est certain, il faut à tout prix suspendre la médication. Le malade sera mis au régime du lait absolu, des bains ; des frictions, des purgatifs et des diurétiques lui seront conseillés dans le but de favoriser l'élimination du toxique. L'existence de sensations d'engourdissement, de picotements aux extrémités des membres étant l'indice d'une phase plus avancée et le signe précurseur de la paralysie, il y aura lieu d'ajouter aux moyens précédents l'usage de lotions froides et de plus, s'il survient de la paralysie, l'emploi de l'électricité et de la strychnine.

La gaze stérilisée en chirurgie

Sur les foyers tuberculeux traités par le curetage,

la gaze iodoformée n'a pas une action différente de la simple gaze aseptique. La gaze iodoformée est même, le plus souvent, souillée de microbes, et si l'odeur pénétrante de ce corps n'avait pas illusionné la plupart des médecins sur son prétendu pouvoir bactéricide, il y a longtemps qu'il serait abandonné définitivement.

Ce qui agit, c'est le contact de la gaze aseptique avec la plaie, la gaze pénétrant dans toutes les anfractuosités et prévenant la stagnation des liquides organiques où se développeraient des bactéries septiques. La gaze stérilisée est donc le meilleur agent pour le tamponnement des plaies aseptiques. S'agit-il d'une plaie infectée, il suffit de préparer une gaze antiseptique en saupoudrant largement de la gaze stérilisée avec de la poudre antiseptique (*Doyen*).

Injections intra-utérines contre l'endométrite blennorrhagique

(*Siredey*)

Se servir d'une seringue de Braun à laquelle on adapte une canule du diamètre et de la courbure d'un hystéromètre ordinaire, pour injecter dans la cavité utérine 2 cc. de la solution ;

Acide picrique	12 grammes
Eau	1,000 grammes

(Préparer cette solution à chaud et la conserver dans un vase obturé d'ouate.)

La malade étant dans la position de l'examen au spéculum, faire au préalable une injection stérilisée. Placer un spéculum et nettoyer la cavité à l'aide d'un écouvillon d'ouate imbibé d'éther iodoformé.

Charger la seringue, introduire la canule très doucement dans la cavité du col et la pousser jusqu'au fond de l'utérus, la retirer de quelques millimètres et injecter la solution picriquée. Pratiquer ensuite le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, que la malade enlèvera le lendemain. Faire ces injections une ou plusieurs fois par semaine suivant le cas.

Les autres jours, injections vaginales quotidiennes de trois ou quatre litres de solution de permanganate de potasse à 0,50/1000 chaude.

Traitement des brûlures par la levure de bière

Pour tout extraordinaire qu'il paraisse, ce traite-

ment repose sur l'expérimentation et ses résultats fort encourageants invitent son emploi. Quand on sait les heureux résultats de la levure contre les staphylococcies et les streptococcies, on n'a pas lieu d'être surpris que ce traitement s'oppose à la suppuration, dit le thérapeute à qui nous empruntons ces suggestions.

Quel que soit le degré de la brûlure, après une minutieuse désinfection préalable, on étend d'eau bouillie tiède soit de la levure de bière sèche ou fraîche, soit de la levure de grains, de façon à obtenir une pâte ayant à peu près la consistance d'une épaisse bouillie de plâtre. On imprègne avec soin, comme on le fait pour un plâtre, des bandes de gaze stérilisée pliées en plusieurs doubles et on en recouvre le membre brûlé parallèlement à son axe et non perpendiculairement. On n'enroule pas les bandelettes pour éviter la compression circulaire désagréable et peut-être nuisible due à la rétraction consécutive à la dessiccation. On fixe très exactement le tout par quelques tours de bandes. Le pansement est à peine achevé depuis quelques minutes, parfois seulement depuis quelques secondes, que se produit une remarquable sédation des douleurs, si intenses, si atroces même dans certains cas. L'euphorie est quelquefois si prompte et si complète qu'on dirait qu'une piqûre de morphine à haute dose vient d'être pratiquée.

On renouvelle jusqu'à guérison le pansement, selon la même technique, après un temps variable d'un, deux ou trois jours, soit qu'il soit desséché, craqueté ou s'applique mal, soit qu'il y ait des douleurs à nouveau, soit encore qu'il se produise des phlyctènes que l'on vide soigneusement avec asepsie.

Ce traitement, dit l'auteur, ne donne lieu ni à la suppuration ni à des sécrétions putrides, ni à des cicatrices vicieuses. Il n'y a de sphacélées que ses parties carbonisées. La brûlure est vraiment transformée en une plaie aseptique et guérit en quelques jours.

E. St-JACQUES.

Le sous-nitrate de bismuth contre les vomissements des tuberculeux

M. G. Lion rapportait à la Soc. Médicale des Hôpitaux, avoir obtenu des résultats remarquables par l'emploi du sous-nitrate de bismuth contre les vomissements des tuberculeux. Aux malades capables d'avaler en une seule fois et de conserver une assez grande quantité de liquide, le bismuth a été administré sous forme de pansement le matin, une heure avant la première prise d'aliments,

en une seule dose de 20 grammes, délayé dans deux tiers de verre d'eau.

En cas d'inappétence prononcée ou de vomissements trop facilement provoqués, il a été donné en deux ou trois doses. En deux doses de 8 à 10 grammes dans un demi-verre d'eau, le matin à jeun et vers 5 heures de l'après midi, une heure avant de manger, aux malades pouvant faire un repas régulier ; en trois doses de 6 à 7 grammes, et au moment même des prises d'aliments, à ceux qui étaient au régime lacté ou à un régime très fragmenté. Lors de diarrhée, on a eu, de préférence, recours à ces doses répétées.

La tolérance a toujours été parfaite. Jamais l'ingestion de bismuth n'a été suivie de toux ni de vomissements : le médicament a, pour ainsi dire, toujours été conservé.

En général, l'administration du remède a été continuée pendant 10 à 12 jours consécutifs, mais on a pu la prolonger beaucoup plus longtemps chez quelques malades sans inconvénients. Les résultats favorables ne tardent pas à se produire : le plus souvent, dès le premier pansement ou la première journée de bismuth, les vomissements se trouvent arrêtés.

Fréquemment, le résultat est définitif et, quand on supprime le bismuth au bout de 10 à 12 jours, les vomissements ne reparaisent pas ou restent très espacés. Quand ils reviennent après un temps plus ou moins long, il suffit de reprendre le médicament pour les voir de nouveau disparaître.

Le bismuth, d'ailleurs, n'a pas agi seulement sur les vomissements : il a modifié d'une façon favorable l'état gastrique. Mais la toux ne paraît pas modifiée, elle a cessé seulement d'être émétisante.

VERNER.

Des cirrhoses alcooliques avec ictère

La question des cirrhoses, si fertile en hypothèses, ne laisse pas inactives les sociétés savantes. Dernièrement à la Société de Biologie MM. Gilbert et Lereboullet ont fait une étude sur des cas de cirrhose ascitique, accompagnée d'ictère franc, dont ils ont observé un assez grand nombre d'exemples, parmi lesquels six avec autopsie. A cet ictère permanent, mais sujet à variation, s'associent les symptômes ordinaires des cirrhoses ascitiques.

Elles se distinguent par leur évolution rapide, ne persistant qu'exceptionnellement plus d'un an. Ces particularités peuvent entraîner certaines difficultés de

diagnostique avec l'adéno-carcinôme avec cirrhose hypertrophique diffuse et surtout la cirrhose graisseuse, parfois aussi avec les cirrhoses biliaires et les cirrhoses calculieuses. L'examen anatomique montre des lésions comparables à celles des cirrhoses communes avec quelques caractères spéciaux : cirrhose plus rapidement étendue à tout l'espace diffusant dans le parenchyme avoisinant cirrhose jeune, riche en éléments embryonnaires, abondance de néo-canalicules biliaires ; peu ou pas de lésions cellulaires. L'évolution anatomique semble plus rapide.

Ces cirrhoses se rattachent par des faits de transition aux cirrhoses alcooliques communes ; cliniquement, il est des cas où l'ictère, quoique léger et achlorurique est toutefois plus accusé que dans la cirrhose commune et correspond à une cholémie plus intense. Anatomiquement, ces caractères peuvent se retrouver à l'état atténué dans des cas où l'ictère achlorurique a fait défaut. Ces cirrhoses alcooliques avec ictère ne doivent pas être séparées des cirrhoses veineuses, mais elles méritent cependant une description spéciale en raison de leur évolution et des problèmes de diagnostic qu'elles peuvent soulever.

VERNER.

Interprétation erronée de certains signes révélés par l'examen physique du thorax chez les enfants

D'après H. Meumann (*Berliner Klin. Wochenschrift*)

On constate quelquefois chez les enfants, à l'auscultation du sommet droit (beaucoup plus rarement gauche), une expiration prolongée. Souvent aussi, l'inspiration affecte, à ce niveau, un caractère bronchique. Il peut se faire aussi, qu'un peu plus en bas, au-dessous de la clavicule, le bruit respiratoire soit plus faible que du côté opposé. Enfin, la percussion révèle quelquefois une zone de matité dans la région sternale, au niveau des premiers et deuxième espaces intercostaux, zone de matité qui s'étend plus à gauche qu'à droite, et qui va en se rétrécissant de haut en bas. En arrière, au niveau de la fosse sus-épineuse, l'inspiration et l'expiration affectent un caractère bronchique, encore plus tranché, qu'en avant, tandis que plus bas le murmure respiratoire est de nouveau affaibli. En déplaçant l'oreille de la fosse sus-épineuse droite vers les 2^e, 3^e et 4^e vertèbres dorsales, la respiration bronchique s'accroît de plus en plus jusqu'à simuler un souffle amphorique.

En présence de cet ensemble de signes physiques, on pourrait être tenté de croire à l'existence d'un pro-

cessus intra-pulmonaire. En réalité, on se trouve en présence d'un engorgement, avec calcification de ganglions intra-thoraciques, d'origine scrofulo-tuberculeuse, et qui coïncide avec d'autres manifestations, appréciables, de la scrofule, mais sans qu'il y ait tuberculose pulmonaire concomitante.

La leucopénie, au début de la fièvre typhoïde ; sa valeur diagnostique

D'après Gemari (*Riforma medica*, 1907, No 11) au stade initial de la fièvre typhoïde on est presque toujours à même de constater une leucopénie, qui porte principalement sur les leucocytes à plusieurs noyaux et avec absence de cellules éosinophiles, tandis que les lymphocytes et les leucocytes à noyau unique paraissent être augmentés en nombre. En raison de son extrême fréquence, cette leucopénie a une valeur diagnostique supérieure à celle de tout autre signe, même à celle de réaction agglutinative.

L'acétone contre les cancers inopérables de l'utérus

Gellhorn a obtenu des résultats encourageants dans les cancers utérins inopérables par des applications d'acétone après curetage de la néoplasie cancéreuse. Kalabine a essayé ce procédé chez deux malades atteintes d'un cancer du col ayant déjà envahi les culs-de-sac vaginaux. Aussitôt après le curetage, il versa sur la plaie, à travers un spéculum, 30 grammes d'acétone qu'il laissa en contact avec les tissus pendant une demi-heure. Aussitôt l'hémorragie cessa. Après l'évacuation de l'acétone, on recouvrit le col utérin d'une compresse de tala-tane brique, imbibée d'acétone, et on appliqua par dessus un tamponnement peu serré.

Matin et soir, les malades prirent une injection vaginale antiseptique. Au bout de trois jours on enleva le tampon et on procéda à des nouvelles cautérisations à l'acétone, répétées tous les deux jours. Rapidement on put constater la disparition de l'odeur putride, de l'écoulement et des douleurs, enfin, l'amélioration de l'état général. Les malades, jusque-là impotentes, purent reprendre leurs occupations habituelles. Le nombre total d'applications d'acétone fut de sept ou huit.

Il faut veiller à ne pas laisser fuser ce caustique le long des parois vaginales, et du périnée, où il peut produire des brûlures douloureuses.