

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.— <i>Du traitement de l'hydrocèle</i> , par O. F. MERCIER, M. D.....	225
<i>Notes d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , par R. CHEVRIER, M. D....	229
<i>De l'asepsie et de l'antisepsie en Obstétrique et en Gynécologie</i> , par le Dr. CH. BOISLEUX.....	232
SOCIÉTÉS SAVANTES. — ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE ST-HYACINTHE. — Séance du 1er avril 1891.....	239
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE, — <i>La néphrite artérielle</i> (LANCEREAUX).....	243
CHIRURGIE.— <i>Traitement des néoplasmes par les injections de matières colorantes</i> (MOSETIG).....	251
<i>De l'opération des fistules à l'anus dans la phtisie</i> , (ALLINGHAM).....	253
<i>Traitement de la contusion du poumon</i> (M. PICQUÉ).....	253
<i>Trépanation pour épilepsie, paralysies et tumeur</i> (HORSLEY).....	253
<i>Un procédé simple et facile pour l'extraction des polypes du nez</i> (KURZ).....	254
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — <i>Traitement des hémorragies consécutives à la délivrance</i> (AUVARD).....	255
<i>Abus de la désinfection des organes génitaux externes chez les accouchées</i>	256
<i>Les affections dentaires pendant la grossesse</i>	257
<i>Avortements réitérés</i>	259
<i>Sur la rigidité syphilitique du col de l'utérus</i> (BLANC).....	260

(Voir la suite, page 5).

J. H. CHAPMAN

2294 RUE STE-CATHERINE 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions : Comptant.

Instruments et Appareils de Chirurgie de toutes espèces,

Des meilleurs modèles et de qualités supérieure à prix modérés
au comptant.

Pansements Antiseptiques ; Thermo et Galvano Cautéres, Forceps Dubois, Tarnier, Pajot brisé et autres ; Instruments de O'Dwyer pour intubation du larynx ; Chaise d'opération de Harvard, Pincés à dents artificielles, Batteries Gaiffe, (les véritables), &c., &c.

Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et intelligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

J. H. CHAPMAN.

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,

MONTREAL.

DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.

Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.

ANTIPYRINE

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.

Dr J. LEDUC & Cie

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs

MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

PÆDIATRIE.— <i>Epilepsie et éclampsie</i> (GRANCHER)	261
<i>Traitement de la paralysie infantile</i> (SIMON).....	363
MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.— <i>Emploi du salicylate de soude dans le traitement des rhumes.—Traitement des icères graves par l'essence de térébenthine à hautes doses</i> (CARREAU)..	264
<i>Chlorure de zinc contre la sueur des pieds</i> (WINOGROEOFF).....	265
<i>La rhubarbe contre les oxyures vermiculaires</i> (MARTIN).— <i>De l'administration de la morphine par la voie nasale</i> (KLEIN).— <i>De l'injection sous-cutanée de la créosote dans la tuberculose pulmonaire</i> (CASSIN et TOUSSAINT).....	266
FORMULAIRE.— <i>Désinfectant ; Hémorroïdes ; Prurit ; Ephé- lides ; Pityriasis</i>	268
BULLETIN.— <i>Abus de charité</i>	263
<i>Requiescat</i>	271
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.— <i>CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTI- FIKES</i>	27
VARIÉTÉS	275

BONNE CLIENTELE A CEDER, avec maison et dépendances, pour \$2,200.00, dont \$300.00 au moins comptant. S'adresser à G. A. Lacerte, M. D., Notre-Dame de Stanbridge, P.Q.

ASSORTIMENT COMPLET

— DE —

REMEDES BREVETES FRANCAIS

ainsi d'Eaux Minerales,

Vichy, Contrexevile, etc.

L'EAU SULPHUREUSE " BONNE "

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

Goudron de Norwege,

dont on connaît si bien les mérites.

LAVIOLETTE & NELSON,

(Coin des rues Notre-Dame et Saint Gabriel)

MONTREAL.

Laboratoire Pharmaceutique

DE

DAUSSE AINÉ

DUBOÉ-DAUSSE ET BOULANGER

GENDRES ET SUCCESSIONS

4, Rue Aubriot, PARIS

FABRIQUE SPÉCIALE

(Fondée en 1834)

D'EXTRAITS PHARMACEUTIQUES

ÉVAPORÉS dans le VIDE

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

PILULES — GRANULES — DRAGÉES

Faits au Pilulier et exactement dosés

ENVOI du PRIX-COURANT sur DEMANDE

Adresser les Commandes aux Commissionnaires de Paris

EXIGER LE CACHET ET L'ÉTIQUETTE

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

Au CANTHARIDATE de SOUDE

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

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

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

ET DANS TOUTES LES PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.

PLUS DE MALADES DE LA POITRINE

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

L'EUCALYPTINE LE BRUN ne contient pas de Morphine

MALADIES DU CŒUR

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

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement de l'hydrocèle ;

par O. F. MERCIER, M.D., (de Montréal, Canada).

Ayant eu l'avantage de pratiquer l'autre jour à l'hôpital Broussais une cure radicale d'hydrocèle, faveur dont mon cher maître M. Reclus a bien voulu m'honorer, je me suis mis à étudier le traitement de cette maladie si commune, et j'ose aujourd'hui présenter aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE le résumé de ces heures d'étude et des notes que j'ai prises sur ce sujet aux cliniques de quelques-uns des principaux chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Trois méthodes restent aujourd'hui des innombrables traitements qui ont tour à tour été essayés contre l'hydrocèle. Ce sont la ponction simple, la ponction avec injections irritantes et l'incision antiseptique de la vaginale, ordinairement mais improprement appelée cure radicale de l'hydrocèle.

La ponction simple, à cause de la récurrence inévitable qu'elle donne, est une méthode qui tend à disparaître complètement, mais qui a encore cependant ses indications. En effet, quelque simple que soit le traitement radical de l'hydrocèle, il n'est pas rare de trouver encore des sujets affectés de cette maladie qui, soit par pusillanimité, soit parce que leur position ne leur permet pas de suspendre leurs travaux pendant une quinzaine de jours, soit aussi parce qu'ils sont d'un âge trop avancé, préfèrent tout simplement faire vider de temps à autre leur tumeur aqueuse.

Les chirurgiens de toute époque ont toujours cherché un traitement pouvant guérir radicalement l'hydrocèle. Une foule de médications ont été employées dans ce but, mais, complètement abandonnées, elle ne se trouvent plus aujourd'hui que dans les annales de l'art.

En 1832 apparaît l'emploi de la teinture d'iode. Martin (de Calcutta), publie cette année-là 1,500 observations de malades traités et guéris pour la plupart par l'injection iodée intravaginale. Velpeau en fait aussitôt l'essai et, le premier, préconise et répand son usage en France.

Martin et Velpeau employèrent la teinture d'iode diluée au $\frac{1}{3}$. Plus tard l'on se servit d'une dilution aux $\frac{2}{3}$. Aujourd'hui l'on se sert de la teinture d'iode pure, fraîchement préparée.

La technique en est des plus simples, et la douleur si atroce a complètement disparu depuis que l'on se sert de cocaïne.

L'endroit où est le testicule étant reconnu par la douleur qu'il offre à la pression et par la transparence du liquide, le chirurgien pratique la ponction évacuatrice, soit avec le trocart ordinaire, soit avec l'aspirateur Dieulafoy. La tumeur vidée, on injecte dans la vaginale, par la canule non déplacée, une vingtaine de grammes d'une solution à $\frac{1}{2}$ p. c. ou à 1 p. c. de cocaïne qu'on laisse agir sur la séreuse pendant deux ou trois minutes. Ce liquide analgésiant retiré, la teinture d'iode est à son tour lancée dans la tunique, et après trois minutes pendant lesquelles on malaxe légèrement les bourses pour que la liqueur irritante pénètre dans tous les diverticules de la vaginale, celle-ci est encore une fois vidée, la canule est enlevée et son ouverture d'entrée obstruée avec du collodion iodoformé.

Je le répète, grâce à la cocaïne, le patient n'a plus à endurer les douleurs si fortes que causait cette injection. Ce n'est qu'une couple d'heures plus tard qu'une cuisson, cependant bien supportable, se fait sentir.

L'incision de la vaginale est une vieille opération indiquée dans les plus vieux auteurs, mais depuis longtemps abandonnée à cause des accidents parfois si terribles que causait son emploi : phlegmons, suppurations, hémorrhagies, et toute la gamme des accidents de l'infection purulente. C'est au profit de cette méthode renouvelée sous le couvert de l'antisepsie par Volkmann, Julliard et Bergmann, et introduite en France par M. Reclus, qu'a été menée la campagne contre l'injection irritante. Quoiqu'elle soit d'un manuel assez difficile, on peut cependant la pratiquer avantageusement sans chloroforme, mais à l'aide de la cocaïne. C'est de cet agent si puissant d'analgésie locale que je me servis, et mon patient put supporter l'opération entière sans douleurs appréciables.

En voici en quelques mots le manuel opératoire. La ligne d'incision du scrotum, lavée et désinfectée avec des solutions chaudes pour que le scrotum ne se rétracte pas et que sa peau reste souple, s'étend de l'anneau inguinal à la partie la plus déclive de la tumeur. A l'aide d'une seringue de Pravaz munie d'une assez longue aiguille, la solution à 2 p. c. de cocaïne est injectée dans la trame serrée du derme sur toute la ligne que doit parcourir l'incision. Six centigrammes, soit trois pleines seringues, suffisent amplement pour analgésier tout le champ opératoire. Après quelques instants la peau du scrotum est sectionnée, puis on attaque les tuniques, qui se rétractent au fur et à mesure qu'on les divise, et mettent à nu la vaginale que l'on sectionne feuillet par feuillet avec la pince et les ciseaux, décortiquant complètement le feuillet le plus interne avant de l'ouvrir, ce que l'on fait d'un coup de bistouri.

On introduit un doigt par cet orifice, et d'un coup de ciseaux on sectionne la séreuse en haut et en bas, de façon que l'incision

de la vaginale soit aussi étendue que celle des bourses ; la glande est largement découverte, on l'inspecte de l'œil, on voit si elle est saine, si des kystes saillent à sa surface, si des corps étrangers l'irritent, on lave une seule fois et très modérément la cavité avec un liquide antiseptique peu irritant, puis on resèque une partie des feuillettes distendus de la vaginale, n'en laissant que juste ce qu'il faut pour envelopper de nouveau le testicule.

La vaginale est suturée avec du catgut fin, et la cavité séreuse est ainsi reconstituée. La réunion de la peau est à son tour assurée par un plan de sutures à la soie phéniquée, puis pansement antiseptique et compression méthodique relevant les bourses par un double spica.

Bergmann ne fait pas qu'exciser une partie de la vaginale, mais l'enlève toute entière, prétendant de la sorte avoir d'aussi bons résultats et jamais de récédive.

Mon patient, âgé d'environ 45 ans, avait déjà subi trois fois, mais sans succès, l'injection iodée dans d'autres services de Paris. Grâce à l'antisepsie la plus rigoureuse pendant et après l'opération, mon malade n'eut aucune élévation de température et aucun incon vénient. Huit jours plus tard le pansement est enlevé et nous laisse voir une réunion complète par première intention. Les bourses, cependant, étaient un peu oedématisées, mais quatre jours plus tard tout était rentré dans l'ordre, et mon patient, radicalement guéri, quittait l'hôpital. La guérison de cette opération est d'ailleurs généralement obtenue du cinquième au douzième jour.

Voyons maintenant les avantages et les indications de l'une et l'autre de ces méthodes.

Avec les injections on ne peut pas compter sur un succès aussi rapide ; la guérison se fait attendre trois ou quatre semaines.

Martin (de Calcutta), nous dit que la guérison est obtenue en vingt-cinq jours. En effet, avant que les bourses et la glande spermatique aient repris leur volume et leur souplesse, il s'est bien écoulé près d'un mois.

La fréquence des récédives est un autre fort argument contre l'injection iodée. Gosselin, dans ses propres et intégrales statistiques, reconnaît 10 p. c de récédives. Au contraire, avec la cure radicale elle est à peine de 1 p. c., comme le montrent les observations de Volkmann et de Julliard.

L'injection iodée n'est pas toujours innocente et on lui impute bien des dangers. La ponction, disent ses détracteurs, est aveugle, et l'on peut piquer ou même traverser la glande spermatique ; il n'est guère de chirurgien qui n'ait un cas de ce genre à son passif. Mais ces piqures, si elles sont aseptiques, sont peu graves, tout au plus peuvent-elles donner lieu à un hématoçèle, et d'ailleurs, un peu d'attention suffit pour les éviter.

Il est vrai de dire que l'injection a provoqué parfois une réac-

tion trop vive qui a pu amener une vaginalite suppurée, une orchite suivie d'abcès, et même une destruction totale des enveloppes du testicule; on cite même des cas de morts consécutives à cette intervention. Ce sont là des accidents très rares; d'ailleurs les injections iodées se pratiquent en si grand nombre qu'il n'est pas surprenant que cette opération si fréquemment pratiquée ait à son passif un spécimen de tous les accidents opératoires.

Néanmoins cette méthode prête à un reproche plus sérieux. Souvent, pendant que le liquide s'écoule, l'extension interne de la canule se déränge et va s'ouvrir dans l'épaisseur des tuniques, de telle sorte que la teinture d'iode, au lieu de pénétrer dans la vaginale, écarte par la pression qu'elle exerce en avant d'elle les différentes couches des bourses, et s'infiltré au loin dans l'épaisseur du scrotum, un phlegmon s'y développe, les exemples en sont fréquents, et la mort du sujet a même parfois fait suite à cet accident. Cependant, si au lieu de seringue on se sert d'un petit entonnoir qu'on adapte à la canule, on évitera tout accident semblable, car, comme le démontre M. Guyon, la pression est alors si faible que quoique la canule soit dans l'épaisseur des tuniques, le liquide ne peut écarter le tissu cellulaire et s'infiltrer au loin.

D'après tous les relevés actuels, l'incision antiseptique de la vaginale donnerait infiniment moins d'accidents. Je le concède volontiers, mais cependant il faut se rappeler que d'abord il y a beaucoup d'observations malheureuses qui n'ont pas été publiées. En effet, un chirurgien n'est généralement pas bien empressé d'aller raconter qu'il lui est arrivé un accident pour avoir préféré à l'injection iodée, si inoffensive, l'opération délicate de la cure radicale, et ce dans un cas d'hydrocèle simple. De plus, l'incision antiseptique n'est guère pratiquée que par des chirurgiens compétents, tandis que la ponction est une opération à laquelle tous ont recours, médecins comme chirurgiens. On ne saurait reprocher encore la douleur que causait jadis l'injection iodée, car aujourd'hui, grâce à la cocaïne, le patient n'a plus à endurer les souffrances si atroces que causait cette méthode.

L'injection iodée offre l'énorme avantage d'une grande simplicité de technique qui la met à la portée de tous. Cependant, et je répète ici les propres paroles de M. Reclus à une récente clinique, l'incision antiseptique de la vaginale, opération vraiment chirurgicale où l'on voit ce que l'on fait, où l'on avance pas à pas, et où l'on peut inspecter de l'œil la glande et la séreuse, a ses indications précises, et l'on doit recourir à elle à l'exclusion de toute autre méthode qui dans ces cas ne saurait réussir. Ainsi, elle est indiquée dans les hydrocèles congénitales. Dans ces cas, le conduit péritonéo-vaginal est resté ouvert, et la teinture d'iode pourrait par ce chemin remonter jusque dans la cavité abdominale. La cure radicale est indiquée dans les hydrocèles

multiloculaires, car alors, il serait facile d'évacuer le liquide, mais impossible d'injecter l'iode dans ces cavités alors qu'elles seraient vides et affaissées.

L'on doit aussi recourir à l'incision antiseptique dans les hydrocèles compliquées de la présence d'un corps étranger, d'un kyste, etc., qu'on enlèverait au cours de l'opération. Il en sera de même lorsqu'en arrière de l'épanchement on soupçonnera l'existence d'une glande altérée, souvent dans ces cas l'incision de la vaginale ne sera que le premier temps, ou bien d'une castration, ou même d'un évidement caséeux.

L'incision est aussi indiquée lorsque l'injection iodée n'a pas réussi, j'entends l'injection bien faite. Mon patient entrant dans cette catégorie et avait récidivé trois fois à la suite d'injections très certainement bien faites.

Enfin, dans les vieilles hydrocèles volumineuses et à parois épaisses, l'injection iodée échoue presque invariablement. De plus, chez les vieillards, il serait dangereux d'injecter un liquide irritant dans ces larges poches où se produirait une réaction trop énergique que pourrait difficilement supporter un homme rendu moins vigoureux par son âge avancé ; d'ailleurs ces parois indurées et peu souples se rétracteraient très difficilement et la récurrence rapide serait la règle.

Aussi suis-je amené à terminer par ces trois conclusions :

1o. La ponction simple ne doit plus être employée si ce n'est dans certains cas où le patient ne peut ou ne veut pas employer quinze jours à guérir radicalement son hydrocèle ;

2o. L'injection iodée est une excellente opération que l'on doit toujours employer dans les hydrocèles simples ;

3o. L'incision antiseptique des bourses sera réservée : aux hydrocèles ayant récidivé sous l'injection de teinture d'iode, aux hydrocèles congénitales, aux hydrocèles multiloculaires, à celles que complique la présence de corps étrangers, et à celles que l'on soupçonne de cacher une glande altérée.

Paris, 20 mars 1891.

Notes d'Obstétrique et de Gynécologie ;

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

Après la castration, les règles peuvent persister quelques mois, mais alors elles sont peu abondantes. On peut expliquer cette persistance par l'habitude du réflexe ovarique qui venait agir sur la muqueuse utérine, la congestionner et produire sous l'excès du sang la rupture des capillaires. On peut aussi incriminer la

striction des plexus nerveux des ligaments larges dont l'irritation aurait une certaine influence sur l'utérus. Quelques auteurs trouveraient dans ce fait la preuve que les trompes coopèrent à la production du flux menstruel.

Mais ce qui est plus logique et plus probable, c'est que l'on aurait oublié une parcelle de tissu ovarique, qui conserve la vitalité pendant quelques mois mais qui finit par s'atrophier. En somme l'on peut dire que lorsque l'ablation des ovaires est complète, les menstrues cessent d'être établies.

Après l'œphorectomie l'utérus semble revenir à l'état infantile. Le corps utérin se durcit et se ratatine pendant que le col demeure encore une portion imposante. La régression du corps utérin après l'établissement de cette ménopause artificielle serait d'ailleurs en harmonie avec les différentes étapes du développement du globe utérin lors de l'instauration de la nubilité. A cette époque, le corps prend plus d'importance et le col devient la portion minime.

Quand la vie génitale de la femme est terminée, l'utérus, comme tous les autres organes de l'économie, perd sa vitalité et éprouve un retour vers l'état infantile. L'ablation des annexes a un effet analogue évident.

Contre les métrorrhagies survenant après la castration, on donnera des injections d'eau chaude et de l'ergotine.

* * *

Les quatre grandes causes de la stérilité chez les prostituées sont : 1o. Une métrite blennorrhagique du col utérin. 2o. L'oblitération des trompes à la suite de salpingite infectieuse ou simplement inflammatoire. 3o. Une commotion nerveuse causée par les coïts fréquents et produisant dans les premiers mois un avortement souvent passé inaperçu et qui ne se traduit d'ailleurs la plupart du temps que par une menstruation plus abondante au moment de l'accident. 4o. Les avortements criminels précoces.

En dehors de ces causes nous pourrions mentionner, si ce n'était un fait banal, les précautions hygiéniques dont s'entourent les femmes de mauvaise vie.

* * *

L'allongement œdémateux du col se voit souvent dans les cas de prolapsus d'utérus gravide. Le col mesure généralement huit à neuf centimètres jusqu'à son orifice interne. Ce phénomène assez bizarre, dû sans doute à la compression des veines de cette région, peut disparaître presque subitement, du soir au lendemain, et le col revenir à sa longueur normale. Il ne faut pas confondre cet œdème avec la maladie d'Huguier, l'hypertrophie du col, qui peut aussi apparaître au cours d'une grossesse, mais bien moins fréquemment.

* * *

Certains troubles du rein sont dus souvent à un tiraillement d'un des uretères par une tumeur ou une déviation utérine, ou par extension aux uretères d'une inflammation du col.

* * *

Tout utérus en prolapsus est fatalement voué à l'endométrite catarrhale.

* * *

L'abaissement du col utérin n'est inoffensif qu'en autant qu'il n'existe aucun signe d'inflammation périmétrique aiguë ou sub-aiguë.

* * *

Après l'hystérectomie, à l'époque correspondant au premier retour des menstrues, la malade peut présenter des symptômes alarmants, douleurs, élévation de température, vomissements, contre lesquels on doit se mettre en garde.

* * *

Dans l'opération césarienne, la plupart des auteurs préfèrent attendre que le travail ait débuté depuis une dizaine d'heures pour intervenir. Le liquide amniotique qui s'est écoulé au dehors ne court pas le risque de souiller la cavité péritonéale, et l'issue des lochies est plus facile vu l'état de dilatation où se trouve l'orifice du col utérin. Les lochies restent fétides à peu près quarante-huit heures, et sont peu abondantes, presque nulles. On peut même les supprimer et plusieurs observateurs ont mis ce fait hors de doute. Il suffit de tamponner le vagin et toutes les lochies se réduiront à quelques taches de liquide séro-sanguinolent.

Les hémorrhagies sont moins à craindre qu'on ne le croirait à prime abord. Elles sont parfois inquiétantes et peuvent être mortelles en quelques instants. Le meilleur moyen d'y parer est d'opérer rapidement. Il convient aussi d'inciser très haut sur l'utérus qui est plus contractile à cet endroit. Au moment des sutures, il est bon de donner des injections d'ergotine pour stimuler la fibre utérine.

Quoiqu'il en soit, on aura toujours la précaution de tout préparer pour l'opération de Porro dans le cas où elle deviendrait nécessaire, ou du moins d'avoir sous la main une ligature élastique pour appliquer sur l'isthme utérin.

Dans tous les cas l' choc est très marqué. Quelques accoucheurs, moins nombreux, préfèrent opérer avant le début du travail.

* * *

Dans le cathétérisme utérin, si la sonde a pénétré sans efforts et qu'il y ait écoulement de sang, c'est un indice certain de l'altération de la muqueuse.

* * *

Sous l'influence d'une métrite ancienne, l'utérus peut atteindre un développement énorme et constituer un état qu'on a qualifié de gigantisme. C'est simplement une hypertrophie totale amenée par le processus inflammatoire siégeant sur la muqueuse et ayant envahi le parenchyme utérin lui-même. La cavité utérine dans ces cas peut mesurer jusqu'à huit centimètres et faire croire à l'existence d'un néoplasme développé dans l'épaisseur de l'organe. L'examen bi-manuel et au besoin la dilatation feront compte de cette erreur de diagnostic.

Paris, avril 1891.

De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique et en gynécologie;

par le docteur CH. BOISLEUX, (de Paris.)

On est convenu d'appeler *Asepsie* (*a* sans, *sepsis* suppuration), une méthode de traitement des plaies par laquelle on évite tout germe contaminateur. A cet effet, on fait usage de l'eau bouillie, de la gaze ou étoffe à pansement, instruments, préalablement stérilisés avant d'être mis en contact avec la plaie. Une pièce à pansement est dite stérile lorsque, mise en contact avec les milieux de culture du laboratoire, elle ne donne plus naissance à aucun microbe, pathogène ou non pathogène. Pour stériliser de tels objets, on peut faire le choix entre l'action de la vapeur d'eau sans pression, ou mieux avec pression variant de quelques dixièmes à l'atmosphère, l'eau bouillante, enfin l'étuve sèche portée à 150 degrés pendant 20 minutes; dans ces derniers temps on a fait bouillir les instruments dans une solution de 1 p. c. de carbonate de soude du commerce. Cette solution a l'avantage de ne point rouiller les instruments et à ce point de vue est préférable à l'eau simple qui parfois oxide les instruments. Comme on le voit, dans la méthode purement aseptique, on ne fait usage d'aucune substance chimique, sauf toutefois pour la désinfection des mains, où les opérateurs aseptiques emploient aussi les solutions antiseptiques habituelles.

Dans l'*antisepsie* (*anti* contre, *sepsis* suppuration,) outre la désinfection des mains, la stérilisation des instruments et des étoffes à pansement, on se sert de solutions antiseptiques (sublimé, acide phénique, etc.....) soit pour le lavage, soit pour le pansement des plaies. Cette méthode a pour but non de détruire d'une façon absolue les germes pathogènes ou non pathogènes, mais d'en empêcher le développement dans la plaie, et partant de les rendre inoffensifs pour l'organisme humain. Permettez-moi à ce propos de citer les paroles du Professeur Grancher: " A l'heure où je parle,

un accoucheur, un chirurgien qui croit à l'antisepsie et la pratique, sait que la suppuration, l'érysipèle, la septicémie, etc., n'apparaissent que là où les germes ont été ensemencés, il n'accuse plus le fil trop serré de la suture ou le hasard, mais le coccus ou le vibrion spécifique qu'il connaît, qu'il redoute, et qu'il écarte de la plaie avec un soin jaloux. Et sa main, guidée par la connaissance d'un fait précis de microbiologie, est devenue on même temps plus hardie et plus sûre." (1) On donnait autrefois un trop grand rôle à l'air dans la propagation des maladies infectieuses. D'après les expériences de chirurgie journalière et de travaux microbiologiques, il est devenu évident que les bactéries sont rares dans l'air à l'état de repos, et qu'en couvrant verticalement un objet pour empêcher la poussière de tomber dessus, on protège cet objet contre l'air impur. *Le plus souvent l'infection se fait par le contact ou l'absorption par le tube digestif d'objets souillés par des matières infectieuses.* Comme source d'infection il faut tenir compte de l'air dans l'intérieur des appartements des personnes malades. (2)

Tel est au point de vue général le mode de propagation des maladies infectieuses. En ce qui nous concerne, il s'agit avant tout de rechercher quelles sont les sources, les portes d'entrée par lesquelles se fait l'infection, soit dans l'état gravide, soit en dehors de la gravidité, enfin, en général, pendant et après une opération.

Et à cet égard, je ne puis que citer l'opinion de Tarnier, qui compare la menstruation à la grossesse : " la menstruation, dit-il, et l'écoulement menstruel semblent n'être qu'une miniature de la grossesse et de l'accouchement, puisqu'on y retrouve l'hypertrrophie de l'utérus, les douleurs utérines, l'écoulement sanguin et sanguinolent, l'expulsion de l'œuf, etc. (3)" Tarnier nous rapporte ensuite deux observations de jeunes filles (élèves sage-femmes de la Maternité) infectées au lit des malades pendant la menstruation. A ces observations, l'auteur joint des observations analogues de Dubois où l'infection a eu lieu pendant les règles ou dans les jours qui suivirent.

En dehors de ces faits, où la contagion s'est faite au lit même du malade, soit par le contact, ce qui est plus vraisemblable, soit par le tube digestif, il en est une foule d'autres où l'on voit des femmes infectées pendant leur menstruation, en dehors de toute contagion apparente. C'est du reste l'origine d'un grand nombre d'infections utérines ou des annexes. Chez ces femmes, les

(1) La microbiologie dans ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique (Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. 1888.)—J. Grancher.

(2) *Flügge die mikroorganismen*, 1886, p. 561. Cette opinion est aussi celle de Koch comme je lui ai souvent entendu répéter dans ses leçons. C'est aussi l'avis de la plupart des hygiénistes français : Cornil, Proust, Brouardel, etc.

(3) TARNIER. Thèse de Paris, 1857. Recherches sur l'état puerpéral et les maladies des femmes en couches.

règles sont subitement interrompues, elles ont un frisson et l'on voit le cadre symptomatique de l'infection telle que nous l'a décrite Tarnier. Ici comme plus haut, l'infection a pu se faire *par contact, linges souillés, attouchements avec des mains sales, etc.* Il faut avouer que dans tous les pays, dans toutes les classes de la société, les femmes sont souvent d'une incurie peu soucieuse. Il en est même qui, pendant leurs périodes (4, 6, 8 jours), ne changent pas de linge et se gardent de faire un lavage. Le sang en putréfaction est un milieu des plus favorables au germe pathogène qui peut accidentellement avoir été porté dans le sang menstruel.

En dehors de la menstruation, la femme est aussi sujette à l'infection. Il suffit pour cela d'une impureté ou d'un contact avec une plaie ou petite éraillure des parties génitales, d'une desquamation du derme ou de la muqueuse (érosion, excoriations à la suite de l'application d'un pessaire, etc.)

Dans l'accouchement ou les fausses couches, les portes d'entrée possible de l'infection sont toutes les plaies du périnée, les déchirures du col de l'utérus, l'insertion placentaire, etc.

Dans les opérations sur le périnée, l'utérus, ou dans les opérations abdominales, les sources d'infection sont toujours la plaie elle-même, soit qu'elle soit mise en contact avec un germe infectieux préexistant chez la malade opérée, (pyosalpingites, fibromes utérins sphacelés, etc., suppurations du périnée,) et il y a dans ce cas *auto infection*, soit que l'infection soit apportée du dehors. Dans le premier cas, l'*antisepsie*, c'est-à-dire la *désinfection de la plaie n'a pas été complète*; dans le second, il y a incurie de la part de l'opérateur, de la malade ou de son entourage. Il ne faut pas, comme le disait le professeur Grancher, *accuser le point de suture trop serré; s'il y a un point de suture qui suppure, c'est qu'une impureté a été apportée à son niveau, à l'opérateur de défendre avec un soin jaloux la plaie de l'opérée contre les impuretés qui peuvent être mises à son contact.*

De quels germes infectieux s'agit-il le plus souvent? Ce sont: *les staphylococcus aureus, albus, le streptococcus pyogènes, erysipelatus*, enfin, d'autres bactéries éminemment pathogènes, qui, comme le charbon, peuvent tuer les animaux de laboratoire en 24 et 48 heures (cobayes, etc.) lorsqu'ils sont inoculés sous la peau, et en huit heures lorsqu'ils sont portés dans le péritoine.

D'après les travaux de Doderlein (1), Winter (2), Zamschine (3), Thomen (4) et autres, le vagin des femmes à l'état puerpéral

(1) DODERLEIN Über das vorkommen von spaltpilzen in den lochien des uteris und der vagina gesunder und kranker Wochnerinnen, Leipzig, 1887.

(2) WINTER Die microorganismen in genital canal der gesunden Frau.—*Zeitschrift geburtshilfe und gynacologie* 1888, Bd. XIV, p. 443.

(3) A. ZAMSCHINE Über das vorkommen von eiterstaphylococceen in den genitalen gesunden Frauen.—*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1890, No. 16.

(4) G. THOMEN, Bacteriologische untersuchungen normaler lochien und der vagina und cervix schwangerer.—*Archivf. gynacologie*, Bd. XXXVI.

et des femmes en dehors de l'état puerpéral, contient des germes pathogènes et non pathogènes.

Il est vrai que la plupart de ces auteurs ont eu affaire à des germes plus ou moins atténués, soit parce qu'ils étaient passés par les milieux de culture, soit qu'ils fussent atténués dans les conditions spéciales où il se trouvaient (oxygénation et autres); ils n'ont pu produire expérimentalement que des abcès ou des phlegmons locaux; quelques expériences, celles de Doderlein, donnèrent des résultats positifs. Mais, quelque atténués que ces microbes parussent, on ne sait s'ils n'auraient pu causer chez la femme une infection grave. En tout cas, quelque soit le degré de leur virulence, ils n'en sont pas moins dangereux. A côté de ces organismes infectieux trouvés dans le vagin et le col de l'utérus, il est bon de noter ceux trouvés, soit dans les annexes soit dans l'utérus lui-même. Le gonococcus de Neisser a été rencontré plusieurs fois dans le pus des trompes par G. Orthmann de Düsseldorf, (1) C. Menge, (2) Stehman (3) et dernièrement par Wertheimer, de Vienne (4).

Etant à la clinique du Dr. A. Martin, à Berlin, j'ai eu l'occasion d'examiner 42 cas de salpingites purulentes, abcès pelviens ou abcès de l'ovaire. Outre les *staphylococcus aureus, albus* et le *streptococcus pyogènes*, un *diplococcus*, j'ai rencontré des bactéries septiques douées d'une grande virulence; j'ai aussi trois fois rencontré le bacille de la tuberculose: en somme, sur 42 cas, en faisant des inoculations immédiatement après l'opération, j'ai pu dans 19 cas obtenir des résultats positifs chez les animaux, c'est-à-dire dans ces 19 cas les animaux ont succombé à l'inoculation (cobayes, lapins, etc.) Ce n'étaient pas toujours les cas où il y avait le plus de pus qui étaient les plus dangereux. Plus d'une fois j'ai vu extraire plus d'un litre de pus de la cavité péritonéale, et n'obtenir qu'un résultat négatif, soit expérimentalement, soit dans les milieux de culture. D'autres fois, une quantité minime, une goutte de pus suffisait pour provoquer la mort des animaux soumis à l'expérience. (5)

Depuis les travaux de Pasteur et Doléris sur la fièvre puerpérale, nous connaissons les microbes que ces auteurs ont rencontrés chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale. Doléris (6) a décrit un vibrion septique, plusieurs *staphylococcus*, diplo-

(1) C. ORTHMANN. Salpingitis purulenta gonorrhoeica. *Berliner Klinische Wochenschrift* 1887.

(2) C. MENGE. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1890.

(3) STEHMANN. Salpingitis tuberculosa und Gonorrhoeica. Inaugural dissertation Kiel, 1889.

(4) WERTHEIMER. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1890, p. 476.

(5) CH. BOISLEUX, *Journal des Connaissances Médicales* 1890. Recherches bactériologiques dans des cas de salpingites purulentes, abcès pelviens, abcès de l'ovaire, et *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 1890.)

(6) DOLÉRIS, La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs. Thèse de Paris, 1880.

coccus et un streptococcus, il s'agissait bien là d'organismes infectieux. Du reste les expériences de Doléris sur les animaux sont suffisamment probantes; d'autres savants à l'étranger et dernièrement en France M. Widal (1) n'ont rencontré que des streptococcus; quoiqu'il en soit nous n'en connaissons pas moins la cause de l'infection, il suffit de nous armer de la méthode antiseptique pour la combattre.

Il va de soi qu'en présence d'organismes aussi infectieux, il est bon de se prémunir. En pratique, il est difficile de prescrire à chaque femme des lavages avec des solutions antiseptiques. Ce serait trop dispendieux pour la plupart, trop assujettissant et ennuyeux pour d'autres. Du reste, il faut l'avouer, ce n'est pas nécessaire sauf en cas d'infection imminente; si par exemple la femme avait de la fièvre, ou une exhalation putride, ou même si n'ayant pas de fièvre, elle fut exposée, étant en contact avec des malades atteintes de maladies contagieuses. *Thèse générale, il suffira de prescrire aux femmes des lavages externes avec de l'eau bouillie, des lavages vaginaux avec de l'eau tiède pendant les périodes. De cette façon le sang ne pourra plus séjourner dans le vagin, s'y accumuler et y fermenter, et ne sera plus une source d'infection possible*

Quand il y a une plaie, quelle qu'elle soit, il est toujours utile et prudent de la désinfecter parce qu'elle peut donner entrée à un organisme infectieux.

Quant aux préjugés qui restreignent les examens des femmes en couches, considérant tout examen superflu des femmes en travail comme dangereux, je les condamne absolument comme pouvant être préjudiciables à la mère et à l'enfant. En effet on a vu et on voit journellement des accidents survenir faute d'examens suffisamment répétés. Inutile ici de citer des faits, ils ne sont que trop fréquents dans la pratique. Un accoucheur dit même que dans les accouchements normaux la sage-femme doit faire un examen avant la rupture de la poche des eaux, et un après l'écoulement du liquide amniotique, ce qui limiterait à deux les examens que devrait faire une sage femme assistant une femme en couche. Je trouve cette restriction non motivée, et qu'une sage-femme, un accoucheur peut examiner une femme en travail autant de fois qu'il le jugera convenable, à condition qu'il prenne les précautions d'usage et passe ses mains dans une solution antiseptique. Et à ce propos, s'il est des faits dans la science où le médecin, où la sage-femme a été porteuse de l'infection, il est bon de noter que ces faits sont heureusement aujourd'hui très-rarements et surtout rares parmi les personnes qui emploient l'antiseptie selon les règles bien connues aujourd'hui. J'ai vu plusieurs fois imputer une infection à un médecin qui n'en était pas coupable.

(1) Académie de médecine, juin 1888. Thèse de Paris 1889.—WIDAL.

ble, et cela même à des grands maîtres de la science; certainement, ils avaient pris les précautions d'usage, de plus ils étaient seuls inculpés, parce que seuls ils avaient examiné la femme. Cette fois comme dans d'autres, bien qu'il s'agissait de femmes de très-haute condition, on n'avait pas compté avec la malade elle-même, elle avait pu, comme tant d'autres, se souiller par contact, avec les mains qu'elle n'avait pas pris la précaution de laver et d'antiseptiser comme l'avait fait son médecin avant de l'examiner. Il est donc toujours bon que l'accoucheur se prémunisse contre ce mode possible de contagion, et en prévienne la femme et son entourage. (1)

Quand il s'agit d'une plaie, soit accidentelle, soit à la suite d'un accouchement ou d'une opération quelconque, mieux vaut toujours se servir de solutions antiseptiques. On est toujours sûr de préserver la plaie contre une contamination possible.

Dans un article sur les antiseptiques, le professeur Duclaux exposait les nouvelles données antiseptiques et répondait admirablement à cette question: "Dites-nous comment nous pouvons désinfecter une plaie, un vêtement contaminé, préserver de la contamination une place non contaminée." Or, à ce propos il nous disait que le meilleur des antiseptiques était le sublimé, et en particulier le sublimé acide, c'est-à-dire le sublimé additionné d'acide tartrique et formulé ainsi que suit:

Sublimé.....	1 gramme.
Acide tartrique.....	5 grammes.
Eau	1000 grammes.

Le professeur Laplace (2), de Philadelphie, a démontré que le sublimé ordinaire faisait avec le sérum sanguin des précipités insolubles (albuminates) qui diminuent d'autant son action antiseptique. Le sublimé acide au contraire ne précipite pas l'albumine du sérum sanguin, et il agit plus rapidement sur les bactéries. Le sublimé acide donne de meilleurs résultats que les milieux antiseptiques ordinaires. C'est aussi ce qui explique son emploi exclusif dans les laboratoires de Pasteur et de Koch, où les médecins ont souvent à faire avec le charbon et autres espèces de microbes pathogènes très dangereux. Les mains et ustensiles de laboratoire sont à chaque instant désinfectés avec le sublimé acide, ce qui les préserve de toute contamination. Cette solution est aussi employée dans les cliniques d'accouchement, dans celle de Chrobak, à Vienne, etc...

Il faut toutefois éviter avec soin d'y plonger les instruments,

(1) Pour éviter ce mode d'infection par le contact des mains, des accoucheurs font laver les mains des femmes accouchées avec une solution de sublimé. Ainsi le pratique le Dr. Budin dans son service, et le professeur Slawiansky, de St. Petersburg et autres. Cette pratique est très recommandable au point de vue prophylactique.

(2) LAPLACE. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, No. 40, 1887.

parcequ'elle même diluée au $\frac{1}{4}$ elle attaque encore légèrement les instruments. Pour ce qui est des instruments, *mieux vaut faire bouillir dans l'eau additionnée de carbonate de soude du commerce à 1 0/0 (1) et les plonger ensuite dans une solution d'acide phénique à 2 p.c.* Comme nous l'avons dit plus haut, *la solution antiseptique n'a pas pour but immédiat de tuer sûrement les germes pathogènes, mais bien de les rendre inoffensifs en empêchant leur développement dans les plaies.* C'est ainsi que Geppert (2) a démontré qu'un fil de soie imprégné de spores de charbon qui a séjourné vingt-quatre heures dans le sublimé à 1 p.c. n'est pas aseptique et peut même tuer un cobaye, pourvu qu'on débarrasse le fil de soie du sublimé dont il est imprégné. Pour cela on l'agite dans une solution de sulfhydrate d'ammoniaque.

L'iodoforme est un agent précieux, parce qu'il empêche la formation du pus (Behring, Ruyter). L'iodoforme, dit M. Duclaux (3), n'est antiseptique qu'autant qu'il se décompose en dégageant de l'iode. Le charbon n'est nullement incommodé par l'iodoforme, parce qu'il ne dégage pas d'iode. L'iodoforme est un poison pour les anaérobies et non pour les aérobies. Il exerce de préférence son action sur les plaies profondes et putrides.

De tout ceci il résulte que l'accoucheur, comme le chirurgien, doit employer les antiseptiques, à lui de les *doser et de ne pas les employer à une dose toxique.* Il est certain que d'après ce qui vient d'être exposé, *il serait puéril de ne pas se servir de solution de sublimé pour désinfecter une plaie atteinte de charbon; et comme nous l'avons dit, le chirurgien peut rencontrer des septicémies qui présentent une action aussi virulente et aussi dangereuse que le charbon.*

En résumé, nous concluons que : 1o. *Toute plaie infectée, purulente ou non purulente, doit être nécessairement soumise au traitement de solutions antiseptiques, le traitement aseptique par l'eau bouillie, etc., gaze stérile et autres pansements non imprégnés de liqueurs antiseptiques étant complètement insuffisant pour préserver la plaie d'une contamination possible.*

2o. *Toute plaie accidentelle ou survenue à la suite d'un accouchement ou d'une opération quelconque doit être traitée par les solutions antiseptiques ou étoffes à pansement imprégnées de solutions antiseptiques, de cette façon on est toujours certain de préserver la plaie contre toute contamination possible.*

3o. De tous les antiseptiques, le plus puissant est le *sublimé acide* dans les proportions formulées par le Dr. Laplace, c'est-à-dire :

(1) Ce mode de désinfection a été donné par le docteur Schimmelbasch, assistant à la clinique de Von Bergmann, à Vienne.

(2) GEPPERT, 1899. *Berliner klinische Wochenschrift*, No. 36.

(3) DUCLAUX. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1889, déc., p. 671.

Sublimé.....	1 gramme.
Acide tartrique.....	5 grammes.
Eau.....	1000 grammes.

Cette même solution peut être réduite à 1 gramme de sublimé, 5 grammes d'acide tartrique pour 5,000 d'eau, c'est-à-dire à 1/5000. Employée à cette dose, cette solution possède un effet antiseptique suffisant. C'est du reste cette solution diluée qu'il est bon d'employer pour la toilette de la cavité péritonéale. L'iodoforme peut être employé avec avantage dans les plaies profondes et putrides.

Il va de soi qu'on peut alterner l'usage du sublimé avec tous les autres antiseptiques connus.

40. Au point de vue prophylactique, vu le danger de contagion auquel sont exposées les femmes pendant la menstruation, il est de toute importance de leur prescrire des lavages antiseptiques lorsqu'elles sont en contact avec des malades atteintes de maladies contagieuses; en dehors de cette circonstance, il suffira de leur recommander des soins de propreté, tels que lavages externes avec l'eau bouillie, lavages vaginaux avec de l'eau tiède pendant les périodes, afin d'évacuer le sang accumulé dans le vagin, de l'empêcher ainsi de fermenter et d'être une source d'infection.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE SAINT-HYACINTHE.

Séance du 1er avril 1891.

Présidence de M. J. PALARDY, M. D.

**Singulier cas d'hémorrhagie interne avant l'accouchement.
 Décollement du placenta au fond de l'utérus.
 Mort de l'enfant dans le sein de la mère.
 Danger pour la mère.**

M. le PRÉSIDENT communique l'observation suivante :

Le 24 mars 1891, j'étais appelé pour assister la femme d'un cultivateur, âgée de 37 ans, arrivée au terme de sa treizième

grossesse. Le mari, arrivant en grande hâte chez moi, me dit avec anxiété : “ Vite, docteur, embarquez, ma femme se meurt ; elle est tombée d'apoplexie et sans connaissance.”

Je ne fus pas surpris de cette observation, car cette femme était robuste et d'un tempérament sanguin et piéthorique. En arrivant chez la patiente, qui demeurait à une lieue de ma résidence, je fus étonné de voir une femme ex-angue, à face très pâle, presque en syncope, (elle l'avait été avant mon arrivée), pouls petit et faible. Ce n'était plus une hémorrhagie cérébrale que je devais observer, mais bien une hémorrhagie utérine que j'étais appelé à traiter.

La femme était assise sur une chaise à bras. Je constatai, à première vue, du sang extravasé sur le plancher, mais pas en quantité suffisante pour expliquer l'état de faiblesse extrême où elle se trouvait. Je fis coucher la femme et procédai à un examen vaginal. La dilatation du col utérin était commencée, l'orifice ayant près d'un pouce et demi de diamètre et très propre à la dilatation. Les membranes amniotiques se formaient, de même que l'on constatait la présentation du vertex. Un examen minutieux me permit de reconnaître qu'il n'y avait pas d'insertion du placenta au col ou près du col, ce à quoi je m'attendais cependant, vu le début de l'accouchement. Pas d'écoulement vaginal dans le moment. Si l'écoulement sanguin extérieur eût été alors important, j'aurais terminé de suite l'accouchement par la version, car l'état de faiblesse de la femme l'aurait exigé ; cependant j'étais sur le qui-vive et je me tenais prêt à intervenir à la première indication de faiblesse alarmante, en surveillant le pouls.

La femme s'était sentie frappée, vers quatre heures de l'après-midi, par de la douleur au ventre et un jet de sang à l'extérieur, avec mal de tête très fort, ce qui avait fait croire au mari qu'il y avait apoplexie, la femme ayant perdu connaissance. La nuit précédente, vers trois heures a. m., elle avait éprouvé quelque malaise dans la région utérine.

À 7½ heures de l'après-midi, j'étais auprès d'elle pour lui donner des soins ; à ce moment l'écoulement extérieur était peu marqué à l'examen, la main revenait simplement rougie de sang. Il y avait des *tranchées* assez fortes, et, chaque fois, une douleur fixe et accentuée au fond de l'utérus du côté droit, sensation qu'elle n'avait jamais éprouvée, m'a dit-elle, dans ses accouchements antécédents, douleur qu'elle traduisait par un point de côté, qui persistait continuellement, et qu'elle cherchait à diminuer par une légère pression avec la main. Plus tard on s'expliquera mieux cette douleur étrange. J'administrerai quelques antispasmodiques, la femme étant menacée de syncope à tout instant ; une couple de fois, elle me dit : “ Je suis faible, je n'y vois plus.” À ce moment-là, la pâleur de la face était prononcée, les mains décolorées, le pouls petit et la respiration laborieuse ; ce que je

trouvais singulier, c'est qu'un léger écoulement sanguin ne tachait que la main. Les tranchées continuèrent à se montrer toutes les dix minutes, peu actives, mais régulières. Je hâtai la dilatation du col par quelques légères tractions, ce qui me permit, une heure après mon arrivée, de faire la ponction de la poche amniotique; la tête projeta au ecl et s'engagea sous les efforts utérins. J'en fus bien aise, espérant assurer l'arrêt de l'hémorrhagie par ce tampon tout naturel.

Mais, l'hémorrhagie se faisant intérieurement, la faiblesse continuait. Je me hâtai de terminer l'accouchement, ce qui eut lieu vers neuf heures du soir, une heure et demie après mon arrivée. A neuf heures et demie la femme était dans son lit.

L'enfant, à sa sortie, était sans mouvement, membres flasques, peau blanche, exsangue, bien conformé, à terme, assez volumineux, pesant 8 à 9 lbs. Je touchai de suite au cordon pour m'assurer de la pulsation. Avant de le couper, j'attendis quelques instants pour essayer de rétablir la circulation maternelle, ce qui fut inutile, car aucune pulsation sur le parcours du cordon ombilical ne se fit sentir au toucher. Je détachai l'enfant et examinai le cœur qui ne battait plus. Je cherchai à le ranimer par les soins appropriés: friction, bain d'eau chaude, etc., tout fut inutile. Une dizaine de minutes plus tard, je fis l'extraction de l'arrière faix sans aucune difficulté; l'utérus était contracté. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; une seule traction légère suffit, le placenta étant encore dans la matrice. Il m'a paru détaché complètement.

Le placenta expulsé, à sa suite vinrent immédiatement quatre gros caillots de sang, dont deux d'une apparence noirâtre, et deux plus gros d'un rouge vermeil, pesant près de trois à quatre livres, et de consistance solide suffisante pour garder leur forme. Une cuvette d'un pot de capacité en était remplie, il devait y avoir là quatre livres de sang. D'après ce que l'on a pu voir, cette femme a perdu, dans cette couche, cinq livres de sang ou au delà (80 onces). Heureusement que la constitution du sujet était forte, autrement elle aurait succombé ou donné de grandes inquiétudes pendant la couche et après.

Le placenta, de forme ordinaire pour au-delà de la moitié de sa surface utérine, présentait une apparence un peu noirâtre, avec du sang coagulé, ce que l'on remarque lorsque le placenta est décollé depuis quelques heures ou plus longtemps. Ce décollement du placenta pour au-delà de la moitié explique pourquoi je n'ai pas senti la pulsation au cordon à la sortie de l'enfant. De plus, l'apparence noirâtre de deux caillots n'indiquait pas une hémorrhagie récente.

La femme fut mise dans son lit, bien faible, avec connaissance parfaite cependant. L'habitude de cette malade, après ses couches, étaient d'avoir des lochies abondantes allant même jusqu'à l'hémorrhagie. Je lui donnai en conséquence une bonne dose

d'ergotine. Je la revis le lendemain. Elle était dans un état de tranquillité parfaite avec force suffisante, aucune hémorrhagie secondaire n'étant survenue. Les *after pains* avaient été presque nulles, ce qui n'avait jamais eu lieu dans ses couches antérieures où les douleurs se montraient très violentes pendant plusieurs jours et n'étaient contrôlées qu'à force de calmants internes et externes.

Depuis au-delà de trente ans que je pratique à St. Hugues et dans ses environs, c'est la première fois que je rencontre un cas semblable : décollement du placenta au fond ou vers le fond de l'utérus, suivi d'hémorrhagie interne considérable, avec mort du produit de la conception et résultat inquiétant pour la mère.

Quelle a été la cause de cet accident dans le cas que j'ai l'honneur de vous soumettre? La patiente était une femme très nerveuse. J'ai dû supposer une contraction irrégulière de l'utérus provoquée par quelque choc sur la matrice, par certain mouvement brusque de l'enfant ou de la mère qui, comme toutes les femmes des cultivateurs à la campagne, s'occupent de travaux manuels jusqu'aux derniers instants de leur grossesse, et s'exposent à des surprises nerveuses ou à des mouvements un peu violents, ou enfin à des accidents entravant la marche régulière de la gestation, en provoquant des contractions utérines prématurées. J'ai vu quelquefois des femmes éprouver des spasmes utérins considérables et très douloureux, seulement à se retourner un peu vivement dans leur lit dans un état de gestation avancée. Ou bien était-ce dû à une apoplexie placentaire, vu l'état pléthorique de la femme.

L'une ou l'autre de ces deux raisons a pu amener l'accident remarquable que je viens de rapporter. Tout de même la femme s'est rétablie merveilleusement, et aujourd'hui elle se porte bien. Je fus doublement heureux du résultat. La femme était jeune, belle, mère d'une nombreuse famille et indispensable aux siens. Comme médecin, je fus enchanté d'avoir contrôlé une complication aussi fâcheuse qu'une hémorrhagie de cette nature dans la pratique si importante et si scabreuse parfois de l'art obstétrical, surtout à la campagne où le médecin est laissé à ses seules ressources, ne pouvant avoir à temps le secours professionnel.

Potion expectorante.—*Janeway.*

P.—Sirop de tolu,.....	} 1 once.
Sirop de cerisier de Virginie,.....	
Teinture de jusquiame.....	
Esprit d'Éther composé.....	
Eau distillée,.....	

Dose : Une cuillerée à thé.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

La néphrite artérielle.—Clinique du Dr LANCEREAUX, à l'Hôtel-Dieu de Paris. Je veux aujourd'hui, messieurs, étudier avec vous six malades atteints de ce qu'on a longtemps désigné sous le nom de *mal de Bright*. Trois d'entre eux sont des hommes de 60 ans; les trois autres sont jeunes: 23, 24 et 29 ans. Tous les six ont de l'albumine dans les urines et, par conséquent, une lésion rénale. Mais les trois premiers forment un groupe que je tiens à comparer au groupe des trois autres pour en faire ressortir les analogies et les différences.

C'est Bright qui le premier reconnut qu'il existait une relation entre l'albuminurie et l'altération des reins. Il en fit une entité morbide que, plus tard, des médecins français, Martin-Solon et surtout Rayer, désignèrent du nom de "mal de Bright."

Un des premiers, j'ai entrepris le démembrement de cette unité pathologique artificielle, et montré qu'on réunissait à tort, sous une dénomination uniforme, des lésions différentes non seulement dans leur évolution anatomique, mais aussi dans leur étiologie et leur ensemble symptomatique. Déjà Virchow avait scindé les néphrites en deux espèces: la néphrite parenchymateuse et la néphrite interstitielle. Mais ces deux processus, si nettement séparés, constituent non pas seulement des espèces, mais bien des genres comprenant chacun plusieurs espèces; c'est ainsi que, dans la néphrite parenchymateuse, se rangent le gros rein blanc, les néphrites toxiques; dans la néphrite interstitielle, nous trouvons la néphrite de l'athérome et de l'aplasie artérielle, celles du saturnisme, de la syphilis et peut-être de l'impaludisme. Ces données ont été développées, dès l'année 1870, dans mon *Atlas d'Anatomie Pathologique*, et plus tard au Congrès de Nantes en 1875. J'ai préféré les noms de *néphrite épithéliale* et *néphrite conjonctive* aux mots *parenchymateuse* et *interstitielle* de Virchow, ces appellations ayant l'avantage de définir anatomiquement les lésions du rein.

Nos six malades présentent le type le plus commun de la néphrite conjonctive, celle qui est liée à l'athérome des artères du rein, la *néphrite artérielle*, pourrions-nous dire. Nous allons d'abord étudier le premier groupe de malades, celui des vieux.

Ces hommes ont tous les trois de l'albumine dans les urines; mais là n'est pas leur seul point de contact; nous allons découvrir bien d'autres analogies.

D'abord, ils sont à peu près du même âge, 58, 59 et 60 ans. C'est donc à certain âge de la vie qu'apparaît la néphrite artérielle, ou plutôt qu'on commence à en constater les symptômes. C'est en effet le plus généralement de 45 à 55 ans. L'un a commencé il y a vingt ans, l'autre il y a dix ans, à se lever pour uriner; le troisième prétend avoir eu toujours cette habitude. Donc, deux sur trois sont polyuriques; j'entends par là non pas seulement que le chiffre de l'urine totale de vingt-quatre heures est plus élevé que chez un individu sain, mais surtout que la sécrétion urinaire est plus abondante la nuit que le jour, au point que le malade est obligé d'interrompre plusieurs fois son sommeil pour vider sa vessie. Ce sont des urines claires, d'une densité inférieure à la normale.

Deux ont eu des maux de tête fréquents depuis qu'ils sont albuminuriques, et ces périodes de céphalalgie coïncidaient avec de la mauvaise humeur. De temps en temps survenait une crise diarrhéique qui faisait disparaître ces accidents et les malades étaient tranquilles pour un certain temps. Ils ont remarqué aussi que le moindre effort, une marche un peu rapide, la montée d'un escalier, les essoufflaient très vite, tandis que la respiration était normale tant qu'ils étaient au repos. Le troisième, qui paraît d'ailleurs le moins malade, n'a eu ni maux de tête, ni diarrhée, ni essoufflement.

Je tiens à fixer votre attention sur cette céphalalgie, que bien souvent le médecin attribue à toute autre cause parce qu'il fait un examen incomplet du malade, parce qu'il ne sait pas relier les phénomènes à leur cause, ou ne veut pas s'en donner la peine; il se contente de prescrire de l'antipyrine ou quelque autre drogue, et la lésion rénale, méconnue, poursuit son évolution.

Remarquez aussi ces crises de diarrhée qui surviennent providentiellement en quelque sorte pour débarrasser le malade des produits toxiques non éliminés par les reins et qui l'empoisonnaient; un flux intestinal plus ou moins abondant se produit, le mal de tête disparaît, et le malade reprend sa bonne humeur. J'ai vu dans ma clientèle des faits de ce genre vraiment remarquables.

Maintenant voyons l'habitus extérieur de nos malades. De quelque maladie qu'il s'agisse, il doit tout d'abord attirer notre attention; et vous verrez qu'ici il a autant d'importance que dans la syphilis, par exemple. En même temps, nous noterons les antécédents personnels.—Deux sont chauves; tous trois ont de la blépharite ciliaire, des varices, des ostéophytes, des craquements dans les jointures; un a eu des migraines, deux ont eu des épistaxis; un a des hémorrhoides, deux ont des démangeaisons, ont

eu de l'eczéma, de l'urticaire, et présentent des taches pigmentées sur la peau et des troubles trophiques des ongles. celui-ci est hornieux; tous les trois, enfin, ont eu des douleurs articulaires qui, chez l'un, ont été une fois assez violentes pour le tenir au lit plusieurs semaines, chez les autres simplement passagères.

Ce sont donc des rhumatisants chroniques; ce sont aussi des artério scléreux, leurs artères temporales sont sinueuses, leurs radiales dures. Chez tous les trois, le cœur est hypertrophié, les battements en sont sourds, le deuxième bruit claque fort; "ça danse là-dedans", nous dit le no. 2. Aucun n'a de souffle à l'aorte; mais vous trouveriez facilement ce signe chez beaucoup de malades de ce genre, car il est fréquent. Jamais vous ne rencontrerez rien à la mitrale; ou, dans tous les cas, ce sera un souffle systolique, indiquant une dilatation du cœur sous la dépendance de la sclérose des artères coronaires et d'un certain degré de sclérose du myocarde.—Enfin, deux sur trois sont dyspeptiques.

Voici donc un ensemble symptomatique, imposant l'attention, qui se retrouve, à l'intensité près de quelques symptômes, chez nos trois malades. Leurs antécédents peuvent assurément nous faire soupçonner qu'il ne s'agit pas là d'une maladie survenue après l'âge mûr et constituée de toutes pièces. Il y a eu, pour arriver à ce nœud de l'action pathologique, des scènes antérieures et des situations qui ont pu en imposer aussi, au moment où elles se sont montrées, pour des entités morbides, et qui n'étaient qu'une évolution en quelque sorte fatale vers le dénouement que je vais vous dire. Mais cette filiation se voit mal chez les malades de nos hôpitaux qui nous viennent, en général, à des périodes isolées de leur affection, ou le plus souvent aux phases terminales. Il faut pouvoir suivre longtemps les individus, connaître l'histoire pathologique des familles, pour se faire une idée exacte de l'étroite relation qui réunit ces symptômes à première vue si disparates, et pour arriver à cette conception d'une maladie, une dans son essence, échelonnant ses manifestations le long de âges de la vie; et cela avec une régularité, je dirai presque une monotonie qui fait penser aux lois physiques, et qui démontre péremptoirement l'existence de lois régissant la pathologie humaine.

Voyez plutôt la succession des accidents, toujours la même. C'est la puberté qui réveille les prédispositions morbides. A cet âge (et ma fonction de médecin d'un grand lycée a fait ma religion sur ce point) apparaissent l'angine granuleuse, les poussées d'acné, la dyspepsie, les épistaxis, l'abattement, les idées tristes.—Entre 25 et 30 ans, c'est le tour de la calvitie, des hémorrhoides, des varices, des poussées aiguës de rhumatisme chronique. Plus tard, s'installe l'ondartérite généralisée avec son cortège: polyurie nocturne, atrophie rénale, urine diminuée de densité, albuminurie, accidents urémiques; d'autre part, le cœur s'hypertrophie et s'affaiblit le plus souvent par le double

processus de l'athérome des coronaires et de la sclérose du myocarde; en même temps se manifeste l'ischémie de l'encéphale, entraînant avec elle les éblouissements, les vertiges, les pertes de connaissance, l'embarras de la parole, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les paralysies; (deux de nos malades ont eu des paralysies.)

Pour la majorité de cliniciens, ces trois hommes sont atteints de *néphrite interstitielle*. Le diagnostic porté, on ne va pas au-delà. Moi-même, il y a douze ans, je n'en cherchais pas davantage. En 1877, je voyais enfin la relation d'une telle néphrite avec l'artério-sclérose, mais je laissai encore de côté les autres manifestations qui me paraissaient de simples coïncidences. Plus tard seulement, j'ai compris ces malades et j'ai reconnu le type morbide réalisé par leurs affections concomitantes ou successives.

Un de nos trois sujets présente ce phénomène du doigt mort qu'on envisage comme dépendant de l'albuminurie, alors qu'il est manifestement fonction de l'artério-sclérose. Pourquoi ce refroidissement des extrémités, cette cyanose ou cette pâleur, ces fourmillements, sinon parce que les artères ont perdu leur élasticité, sont rétrécies, apportent moins de sang à la périphérie et l'y apportent moins bien?

Je vous ferai remarquer, enfin, que ces malades sont très impressionnables, d'une vive sensibilité morale, des *névropathes*, en un mot.

Ici nous touchons à la raison de tous ces phénomènes; nous comprenons que seul le système nerveux peut commander à tant d'organes, et que toutes ces manifestations sont sous sa dépendance. Y a-t-il une seule cellule autonome dans l'organisme? Pas une qui ne vive, qui ne fonctionne par le système nerveux; et selon que celui-ci remplit plus ou moins bien son rôle, selon qu'il est sain ou malade, nous avons la santé ou la maladie. Dans l'affection qui nous occupe, c'est sa double influence trophique et vaso-motrice qui est en jeu. Nous avons affaire à une *névrose vaso-motrice et trophique*: vaso-motrice, en effet, car elle amène des fluxions séreuses et sanguines; trophique, car elle produit l'altération des tissus: altération des parois artérielles, connue depuis longtemps; altération des parois veineuses, étudiée par Quénu; désordres nutritifs des articulations analogues aux arthropathies du tabes, si bien décrites par M. Charcot, et aux altérations articulaires et osseuses de la paralysie générale; rétraction de l'aponévrose palmaire. Je vous ai cité ailleurs les expériences physiologiques de Giovanni, dans lesquelles la section des branches du grand sympathique produit des lésions de la membrane de l'aorte.

Cette névrose est une maladie nette, précise, à évolution franche et régulière. Je l'ai appelée *herpétisme*. Le nom importe peu; mais j'aime autant celui-là qu'un autre, car les éruptions d'herpès

sont très fréquentes chez ce genre de malades; le mot *arthritisme* a été pris par les auteurs dans une acception trop étendue et trop vague pour me convenir.

Les désordres trophiques de l'herpétisme se manifestent de préférence sur les tissus peu vasculaires: le tissu fibreux, les cartilages, dont les éléments se multiplient et s'organisent de façon à former des ostéophytes; les poils, les ongles qui tombent et s'exfolient; l'endartère, et les vaisseaux qui s'allongent deviennent rigides et sinueux; l'endoveine, qui amène les varices; l'aponévrose palmaire, dont la rétraction produit la maladie de Dupuytron (surtout avec flexion des deux derniers doigts, remarquons-le en passant); les aponévroses abdominales, dont la résistance, dès lors insuffisante, permet les hernies. Tout cela tient à une innervation trophique défectueuse.

Mais une fois l'endartérite établie, le système nerveux n'est plus en cause. Les vaisseaux ont perdu leur élasticité, leur rôle actif dans la circulation est compromis; ils sont dilatés ou rétrécis, ils s'oblitérent même; l'hydraulique circulatoire est troublée, c'est une question de mécanique, et de ce nouveau chef d'autres lésions vont apparaître.

De plus, autour des vaisseaux malades se fait une prolifération conjonctive qui envahit les organes, étouffant les cellules du parenchyme. Les deux reins s'atrophient, se ratatinent, l'un plus que l'autre généralement, car le processus scléreux est rarement égal des deux côtés; tandis que si les reins sont malades par le fait d'un poison exerçant partout une action uniforme, le plomb, par exemple, les lésions seront égales et symétriques. La sclérose du foie est plus rare, sans doute parce que la veine porte supplée dans une large mesure à l'insuffisance de l'artère hépatique. La rate s'atrophie, mais c'est plutôt ici une évolution physiologique, nullement liée à l'altération des vaisseaux.

Le cœur présente des troubles importants liés surtout à l'athérome des coronaires. Il s'hypertrophie d'abord, puis faiblit; la fibre musculaire, mal nourrie, dégénère et se segmente, étouffée souvent d'ailleurs par la sclérose conjonctive. Les ventricules se dilatent, les valvules deviennent fonctionnellement insuffisantes.

L'encéphale pâlit à son tour; ses artères rigides, ossifiées, moniliformes, l'irriguent imparfaitement; sous l'influence de cette nutrition défectueuse, le cerveau diminue de volume; on trouve, en effet, les ventricules latéraux dilatés. Des artérioles s'oblitérent, et aux territoires qu'elles irriguaient correspondent des lacunes, des ramollissements de dimensions variables, depuis celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois. D'autres fois, les vaisseaux se rompent, et on a le symptôme de l'hémorragie cérébrale.

Le tissu musculaire, lui aussi, est altéré; mais comme il n'en résulte aucun danger pour la vie, nous n'insisterons pas.

Ainsi donc se succèdent deux processus pathologiques, le premier engendrant le second : c'est d'abord le désordre vasomoteur et trophique ; c'est ensuite le désordre mécanique et la dénutrition par ischémie.

La médecine ne nous offre que des exemples de ce genre : une maladie générale, une maladie du système nerveux, pour tout dire en un mot, qu'elle soit dynamique, toxique ou organique, amenant les troubles matériels et fonctionnels de divers organes. *Il y a des maladies générales avec localisations sur les organes, il n'y a pas de maladies d'organes.*

La mort, chez nos malades, peut survenir par le cerveau, par le cœur, ou par le rein. Nous n'envisageons aujourd'hui que ce dernier dénouement. C'est l'urémie qui termine la scène ; déjà elle s'est montrée sous forme de maux de tête, de vomissements, alors que diminuaient les urines ; elle emportera le malade quand l'anurie sera complète ou à peu près, quand les viscères, déjà altérés, ne recevront qu'un sang chargé de principes excrémentitiels toxiques que les reins n'élimineront plus, quand les cendres accumulées des combustions déjà si ralenties de l'organisme auront éteint la dernière étincelle.

Le diagnostic de la néphrite artérielle n'est pas toujours facile à établir. Ainsi, chez l'un de nos malades, en raison de la densité élevée des urines, de leur coloration plus intense, j'avais songé, la première fois qu'il entra à l'hôpital, à une néphrite épithéliale ; ce n'est qu'après avoir vu ses urines augmenter de quantité, présenter une densité au dessous de la normale, et cela d'une façon définitive, que j'ai rectifié mon diagnostic. Cet autre malade, qui est peintre en bâtiments, a eu plusieurs fois des coliques de plomb. Le saturnisme est-il chez lui facteur de la lésion rénale ? Pour une part peut-être, mais faible assurément, car j'ai acquis la conviction que l'intoxication plombique n'engendre pas l'artério-sclérose.

Que devons-nous faire, nous médecins, en présence de tels malades ? Essayer de conserver leur existence le plus longtemps possible. Nous ne sommes pas des guérisseurs, nous retardons la mort en conjurant le péril imminent, voilà tout. Mais cela nous le pouvons le plus souvent, et dans le cas particulier en plus d'une occasion, surtout si nous agissons conformément aux lois de la nature. " Je le pensai, Dieu le guérit. " C'est la plus belle parole qui ait été dite en médecine.

Sachons donc ce qui menace l'existence des artério-scléreux dont le rein est atteint : c'est surtout l'urémie. Pour l'éviter, il faudra préserver les malades du froid, leur faire ceindre les reins ; prescrire un purgatif de temps en temps, et si les urines diminuent, administrer un ou deux purgatifs énergiques, et recourir à l'emploi des diurétiques.

Il faut encore essayer, sinon d'enrayer la lésion rénale, au

moins d'en atténuer les progrès. Si le rein ne pèse plus que 60 à 80 grammes, comme c'est la règle dans ces cas, pouvons-nous prétendre le reconstituer? Mais nous avons sous la main un médicament précieux, qui agira non seulement sur le rein, mais aussi sur les autres viscères souffrant de la même dystrophie. L'iodure de potassium est, en effet, un médicament trophique. Sans doute il est difficile qu'il agisse directement sur les tissus malades, car l'irrigation en est très diminuée, et surtout sur l'endartère qui est normalement déjà si peu vasculaire. S'il a quelque action, c'est peut-être par l'intermédiaire de ce même système nerveux qui était resté au dessous de sa tâche, qui avait produit l'endartérite, et qui pourra redevenir un agent bienfaiteur sous l'influence du médicament. Ceci, n'est-ce pas, n'est qu'une hypothèse; mais elle est séduisante, elle est même logique. D'ailleurs, j'en demande une meilleure. La merveilleuse action de l'iodure sur la gomme syphilitique peut être expliquée de la même façon; toujours est-il que l'iodure détruit la gomme par le même processus de régression qui la fait disparaître naturellement, et que cet effet regressif, qui met des semaines ou des mois à se produire quand on abandonne les choses à elles-mêmes, est obtenu beaucoup plus vite par le médicament. Il faudra aussi faire fonctionner la peau; les frictions sèches ou alcoolisées, les douches seront donc prescrites.

Quant au régime lacté, il fait merveille, mais à la condition d'être judicieusement employé. Il a ses indications: 1o quand l'urine diminue; 2o dans les crises d'urémie où le malade bénéficie à la fois de son action diurétique et de sa valeur comme aliment de digestion facile, alors que les autres sont rejetés par vomissement; 3o quand il y a des flocons d'albumine dans l'urine. Mais une fois l'orage passé, le danger conjuré, l'hygiène suffit; la recommandation la plus importante est d'éviter le froid.

En thérapeutique, il faut, autant que possible, imiter les processus curateurs de la nature, et c'est à la seule condition que nous leur venions en aide que les malades guérissent entre nos mains. Considérez l'estomac d'un homme mort d'urémie: la muqueuse est plissée, ardoisée, couverte d'une couche épaisse de mucus, ulcérée quelquefois; celle du gros intestin est altérée aussi et souvent ulcérée. C'est que ce sont là les deux voies d'élimination des matières excrémentielles dans l'urémie. Claude Bernard et Bareswill ont, en effet, trouvé du carbonate d'ammoniaque, provenant de la transformation de l'urée dans les vomissements des chiens dont ils avaient lié les uretères. Donc, ne pouvant neutraliser les poisons dans l'organisme, éliminons-les, et pour cela, le rein fonctionnant mal, ramenons sa sécrétion par l'emploi des diurétiques ou excitons l'organe vicariant, le tube digestif. Mais faisons-le avec énergie, nous rappelant qu'il y a pour toute action thérapeutique, une dose nécessaire quand on

vent obtenir tel ou tel effet. Prescrivons le lavement des peintres, l'huile de croton, les purgatifs drastiques. Une crise d'urémie, traitée mollement par un peu de lait et quelques laxatifs, dure un mois et plus, si le malade ne finit par succomber; elle est conjurée en huit jours si l'on a su agir avec toute l'énergie que réclame une situation aussi grave.—*Gazette médicale de Paris.*

Contagion du diabète.—Sur un total de 2,320 diabétiques, auxquels il a donné ses soins, SCHMITZ a observé 26 fois la maladie chez deux époux ou chez deux intimes dans les conditions suivantes, qui l'autorisent à poser la question de la transmissibilité du diabète, ou du moins de certaines formes.

Des personnes, des femmes le plus souvent, bien portantes jusqu'alors, deviennent tout à coup diabétiques après avoir soigné un ou une diabétique, avoir dormi dans la même chambre, avoir vécu intimement avec eux, les avoir souvent embrassés. Aucune de ces personnes n'avait de prédisposition héréditaire, aucune n'était apparentée, même de loin, avec le ou la malade; enfin chez aucune on ne trouvait d'autre cause pouvant expliquer l'apparition de la maladie.

Ce n'est point dans les inquiétudes occasionnées par l'état de santé d'un être cher ou même dans la violente émotion ou le chagrin que provoque sa mort, que Schmitz cherche la genèse de l'affection. Il a, en effet, renoncé à admettre l'influence étiologique des émotions morales, depuis qu'entre autres, il n'a pas vu la glycosurie se reproduire chez deux malades bouleversés l'un par la mort violente et prématurée de son fils unique, l'autre par le suicide de son frère.

D'autre part, ce n'est pas non plus par les rapports sexuels que doit s'opérer la transmission du diabète, car on l'observe aussi, ainsi que Schmitz en rapporte un cas, entre deux personnes du même sexe. et, de plus, les femmes sont généralement atteintes à une époque où la maladie de leurs maris les a rendus impuissants, depuis déjà un certain temps.

Parmi les observations relatées en détail par Schmitz, on en trouve une d'une femme qui, étant devenue veuve, se marie et semble donner à son second mari la maladie qui a causé la mort du premier et qu'elle a elle-même contractée.—*Paris médical.*

—L'alcool est un grand créateur de lésions nerveuses.—CHARCOT.

—Il y a des malades et non pas seulement des maladies; chaque individu atteint individualise l'affection qui l'a frappé.—PETER.

CHIRURGIE.

Traitement des néoplasmes par les injections de matières colorantes.—M. von MOMETIG est revenu sur ce sujet à la dernière séance de la *Société Impérial-Royale des médecins de Vienne*, et il a présenté plusieurs des malades soumis à ce traitement. Les couleurs d'aniline ont pour les noyaux des cellules une affinité qui permet d'agir sur eux; grâce à elles, il est possible d'entraver leur multiplication et, par conséquent, d'arrêter le développement d'une tumeur et d'amener sa régression.

Au moment de ses premières recherches sur ce point, M. von Mometig injecta dans un sarcome 1, puis 2 gr. d'une solution de trichlorate d'aniline à 1 0/0. Les résultats furent encourageants. Mais cet agent thérapeutique n'était pas sans inconvénients, et une dose deux fois plus forte fut suivie d'accidents très menaçants. Aussi fut-il remplacé par la pyocétanine de Merck.

La première malade traitée était une femme de 66 ans, qu'une énorme tumeur du maxillaire inférieur empêchait presque complètement de s'alimenter et qui était sur le point de succomber à la faim. On fit dans la tumeur une première injection de 6 gr. d'une solution de violet de méthyle à 1 p. 500. La tumeur diminuait graduellement. Le 26 janvier, au bout de 35 injections, on pouvait déjà reconnaître qu'il s'agissait d'un sarcome développé entre les deux tables de l'os. Aujourd'hui (13 mars), 50 injections ont été faites, soit un total de 120 gr. de la solution; la diminution de volume s'est encore accentuée, et les troubles auxquels la tumeur donnait naissance ont disparu.

Un malade, âgé de 58 ans, présentait un sarcome de la région sternale mesurant, au 9 décembre, 13 centimètres de large sur 8 de haut. Au bout de 12 injections, ces chiffres étaient réduits à 10 et à 6. Aujourd'hui on ne constate plus que des vestiges du stroma conjonctif de la tumeur.

Un autre homme, également âgé de 58 ans, présentait un cancer de la langue datant de huit mois, ayant envahi le plancher de la bouche; la langue était immobilisée et la déglutition rendue impossible. A partir du 16 février, il reçut en injection 26 gr. de la solution, tant dans la langue elle-même que dans le plancher buccal. L'odeur infecte qu'il répandait a disparu; la langue a repris sa mobilité et les douleurs névralgiques ont guéri.

Une femme de 47 ans portait un épithélioma au visage. A la suite de 9 injections (au total 27 gr.), et en l'espace de trente-quatre jours, l'induration a diminué et la malade se trouve considérablement améliorée.

M. von Mosetig, lors de sa première communication, avait présenté une femme de 60 ans, atteinte d'une tumeur vésicale très douloureuse et très hémorragique, qui l'avait réduite à un état d'anémie fort avancé. On lui fit dans la vessie des injections de 20 gr. d'une solution de violet de méthyle à 1 p. 1000. Sous cette influence, sa santé s'améliora beaucoup. Cette amélioration a persisté depuis; les hématuries ne se sont pas reproduits; aujourd'hui, cette femme se porte bien et vaque sans peine à ses occupations domestiques.

De même, un homme atteint d'un énorme sarcome du bassin, qui avait envahi une grande partie de l'abdomen et nécessité la colotomie, non seulement va spontanément à la garde-robe, mais encore sa tumeur est réduite au quart de son volume primitif. Ce malade a pu partir pour le Midi.

M. von Mosetig a traité encore seize autres cas de carcinome ou de sarcome par les injections de violet de méthyle.

Se basant sur ces observations, il conseille de se servir de la solution à 1 p. 500, que l'on filtrera sur de l'amiante préalablement porté au rouge. Les injections seront faites tout autour de la tumeur, et dans la même séance on injectera de 3 à 6 gr.

M. Stilling a prétendu que la pyocétanine pouvait pénétrer dans le sang et causer à distance des désordres graves. Jamais un accident de ce genre ne s'est montré à la suite des injections faites dans le parenchyme des tumeurs et bien souvent cependant elles ont été pratiquées dans des néoplasmes extrêmement vasculaires; aucune suite fâcheuse n'a été observée. Ehrlich a, du reste, injecté du violet de méthyle dans le courant sanguin, chez des lapins, sans aucun mauvais résultat.

Voici comment peut se résumer l'action de ces injections :

1o Les douleurs névralgiques s'apaisent. Dans un cas, on a vu céder une névralgie sus-orbitaire qui avait persisté après une injection unique de violet de méthyle.

2o Il se fait une diminution générale, lente et graduelle, du volume de la tumeur. Tantôt il s'agit d'une élimination (lorsque la tumeur est ulcérée), tantôt c'est une diminution de consistance, une régression graisseuse suivie de résorption (lorsque la peau reste intacte).

Le principe de la méthode repose entièrement sur l'action élective du violet de méthyle sur les noyaux des cellules néoplasiques. Riehl a fait des recherches histologiques sur trois cas de tumeurs injectées à la pyocétanine et extirpées ensuite. Cet examen a montré que les tissus musculaire, nerveux et conjonctif sont imprégnés par la matière colorante, mais que leurs noyaux ne sont pas colorés. Comment se fait-il donc que les nerfs et les muscles ne s'atrophient pas, alors que mieux que tous autres tissus, ils se laissent colorer? Il est à supposer que, dans les tissus vivants, il existe une substance réductrice qui transforme le violet de méthyle en une leucaniline incolore.—*Bulletin médical.*

De l'opération des fistules à l'anus dans la phthisie, par H. ALLINGHAM, in *British Medical Journal*.—1o. Fistule existant avec une tuberculose aiguë. Ces fistules débutent généralement par une ulcération tuberculeuse du rectum et sont borgnes internes, donnant souvent lieu à des douleurs par accumulation de pus dans leur cavité. Les malades n'ayant pas longtemps à vivre, on ne tentera pas la cure radicale, et on se bornera à inciser la cavité de la fistule pour favoriser l'issue du pus et empêcher les douleurs.

2o. Fistules existant avec une tuberculose chronique. Ces fistules sont presque toujours complètes. On doit en tenter la guérison pour faire disparaître une cause d'épuisement de l'organisme. Après avoir ouvert le sinus principal, on excise les bords malades de la peau et on gratte le fond de la fistule.

3o. Fistules chez les prédisposés à la phthisie ou les héréditaires. Cette forme de fistule doit être promptement attaquée, comme un foyer susceptible de généralisation infectieuse, on opérera comme pour les fistules traumatiques chez les sujets sains.

Allingham conseille de préférer le chloroforme à l'éther pour ces sujets à bronches sensibles et de choisir le commencement de l'été comme saison la plus favorable; le malade se levera le plus tôt possible après l'opération. Les petites fistules qui ne causent pas de douleurs et donnent peu de sécrétion peuvent être négligées sans inconvénient.

Traitement de la contusion du poumon, par M. PICQUÉ.—Si la contusion est légère, on maintient le malade au lit, dans un repos absolu; on applique *loco dolenti* des ventouses scarifiées, on pratique des injections sous-cutanées de morphine, et on immobilise le thorax à l'aide d'un bandage de corps.—Dans les cas graves, pour parer aux accidents immédiats, tels que le collapsus et l'hémorragie, on réchauffe le malade au moyen de frictions, de maniluves chauds; on provoque une révulsion énergique à l'aide de sinapismes, de ventouses sèches, de la ventouse de Junod; on pratique des injections sous-cutanées d'éther.—À l'intérieur, glace, perchlorure de fer à la dose de 10 à 20 gouttes dans un verre d'eau sucrée.—Injections sous-cutanées d'ergotine de Bonjean ou d'ergotinine de Tanret.—Immobilité et silence absolus, le malade étant couché, le thorax un peu relevé, dans une situation intermédiaire entre l'horizontale et la situation assise.—Si la contusion du poumon se complique d'emphysème, d'hémithorax, de pleurésie ou de pneumonie, recourir au traitement de chacune de ces complications.—*Union médicale*.

Trépanation pour épilepsie, paralysies et tumeurs.—M. BOYCE, au nom de M. HORSLEY (de Londres), empêché, fait une communication au Congrès de chirurgie sur la craniectomie. Cette

communication comprend trois parties : 1o l'exposé de la méthode et la description du procédé opératoire; l'application de cette méthode au traitement de l'épilepsie focale; 3o son application au traitement des tumeurs.

1o *Méthode opératoire.*—M. Horsley, après avoir taillé un très large lambeau, cutané et déterminé à l'aide d'un appareil spécial la ligne de Rolando, indique, au moyen d'une scie circulaire, la portion du crâne qui doit être excisée. Il donne à cette excision une très grande étendue. La portion à exciser étant ainsi délimitée, il enlève dans son aire une couronne de trépan suivant la méthode ordinaire; le reste de l'os est ensuite enlevé avec un forceps.

M. Boyce présente plusieurs pièces et plusieurs dessins ainsi que la scie circulaire dont se sert M. Horsley et les divers appareils destinés à bien déterminer la topographie de l'encéphale et ses rapports avec la boîte crânienne.

2o *Application de la méthode au traitement de l'épilepsie focale.*— Dans ces cas, après avoir bien déterminé la topographie du crâne à l'aide des procédés de MM. Lucas-Championnière, Poirier et Le Fort, et plus particulièrement la scissure de Rolando, M. Horsley excise le segment cortical qu'il suppose être le point de départ des accidents.

Il fait connaître la statistique qui a été publiée dans le *British Medical Journal* du 16 décembre. Depuis, il a opéré deux autres cas. Les résultats immédiats de l'opération sont toujours des plus simples; les résultats définitifs ont été toujours l'arrêt complet ou tout au moins une notable diminution dans la marche et l'intensité des crises.

3o *Application au traitement des tumeurs.*—Pendant combien de temps faut-il recourir au traitement médical avant de recourir à l'opération dans le cas où on a diagnostiqué l'existence d'une tumeur cérébrale? A cette question, M. Horsley répond qu'il ne faut pas prolonger le traitement médical au-delà de six semaines. Lorsqu'après ce laps de temps le traitement médical ne donne aucun résultat, il faut intervenir, soit que l'on se contente d'une simple incision exploratrice, soit que l'on procède à l'extraction de la tumeur quand elle est possible. M. Horsley cite un cas intéressant dans lequel une simple incision exploratrice a été suivie d'une régression très notable d'une tumeur volumineuse. Il montre la pièce à l'appui de cette observation.—*Abeille médicale.*

Un procédé simple et facile pour l'extraction des polypes du nez, par le docteur KURZ (de Florence).—Sous ce titre, l'auteur conseille, dans les cas d'impossibilité d'introduction d'instruments à anse tranchante, de faire pénétrer, après cocaïnisation, une sonde de Belloc, à laquelle on attachera par la cavité buccale trois éponges de la grosseur d'une noix, distantes l'une de l'autre, et maintenues par un fil ciré. Les éponges sont attirées d'arrière en avant de façon à balayer la cavité nasale et à détacher par le frottement les polypes muqueux. Le procédé est surtout utile chez les enfants.—*Lyon médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Traitement des hémorrhagies consécutives à la délivrance.
par M. le Dr AUVARD.—La conduite de l'accoucheur variera suivant le degré d'intensité de l'hémorrhagie.

A). *Dans les hémorrhagies de moyenne intensité.*

Il s'assurera, avant tout, s'il y a inertie utérine ou non et, dans ce dernier cas, il se renseignera sur les plaies ou déchirures pouvant donner naissance à l'hémorrhagie.

En cas d'inertie, la main placée sur le fond de l'utérus mou exercera une compression énergique pour vider la cavité de son contenu, puis continuera la pression sous forme de massage; immédiatement après, une injection vaginale ou même intra-utérine chaude à 56° avec une solution antiseptique sera pratiquée; 1 gramme de poudre de seigle ergoté sera administré par précaution, ou mieux on fera une injection sous-cutanée d'ergotine. Si ces moyens sont insuffisants on aura recours au tamponnement intra-utérin qu'on pratiquera de la façon suivante :

Après une injection vaginale préalable, la femme est placée en travers du lit : à l'aide de pince à griffes, on saisit la lèvre antérieure du col, puis de même la postérieure et on amène ainsi le col à la vulve, en même temps qu'un aide appuie sur le fond de l'utérus pour favoriser l'abaissement. Dès que par l'injection on a acquis la certitude que le col n'est pas la source de l'hémorrhagie, on lave abondamment la cavité utérine avec les doigts. Une fois la cavité utérine libre, on introduit dans l'intérieur, soit avec une pince, soit plus simplement à l'aide des doigts, l'extrémité d'une bande de gaze iodoformée ou simple—trempée préalablement dans l'eau bouillante pendant quelques instants ou dans une solution de sublimé à 1/100, puis exprimée—jusqu'à ce que la cavité cervicale soit elle-même comblée. Après avoir enlevé ensuite la pince à griffes, on termine par le tamponnement du vagin. Le tampon doit être laissé en place pendant douze heures.

En l'absence d'inertie utérine, on recherchera successivement par la vue et le toucher, si l'hémorrhagie provient d'une plaie au niveau de la vulve, ou d'une déchirure, soit du vagin, soit du col de l'utérus.

Si la plaie existe au niveau de la vulve, on la traitera par la ligature, la suture ou la compression, suivant l'indication.

Le vagin est-il déchiré, on aura recours à la suture, à moins que la profondeur de la plaie ne s'y oppose; dans ce cas, on se bornera à pratiquer le tamponnement utéro-vaginal. On procédera de la même façon en présence d'une déchirure du col.

B). *Dans l'hémorrhagie grave et foudroyante :*

L'examen préalable du sujet devient inutile, puisque cette hémorrhagie remarquable par son abondance, ne peut être due qu'à l'inertie utérine.

L'accoucheur, sans hésiter un seul instant, mettra successivement en œuvre les trois moyens suivants :

1o Maintenir le fond de l'utérus avec une main, le comprimer et le masser ;

2o Vider la cavité utérine avec l'autre main et l'exciter ;

3o Pratiquer le tamponnement utéro-vaginal et administrer un à deux grammes de seigle ergoté.

Sans retirer la main préalablement introduite dans l'utérus, on place la femme dans la position obstétricale, puis, avec la main devenue libre et remplacée par celle d'un aide, on glisse soit avec une pince, soit avec les doigts, l'extrémité de la bande de gaze dans l'utérus débarrassé de tous caillots sanguins. La main qui s'y trouve saisit la bande qu'elle porte jusqu'au fond, de manière à combler par une série de mouvements successifs tout l'espace libre. On termine ensuite comme précédemment.

On a prétendu que le tamponnement intra-utérin mal pratiqué était un moyen dangereux. Mais n'en est-il pas de même de l'opium imprudemment administré, ou du bistouri manié par une main inhabile ? Bien fait, le tamponnement intra-utérin constitue un hémostatique puissant.—*Archives de toxicologie.*

Abus de la désinfection des organes génitaux externes chez les accouchées.—Il n'y a pas qu'en Angleterre où Lawson-Tait et Bantock réagissent contre les antiseptiques. L'Allemagne entre aujourd'hui en rébellion.

M. le Dr AXMANN est placée depuis trente ans à la tête de la Maternité d'Erfurth ; en se basant sur les résultats de son observation personnelle, il se rallie à la thèse défendue aujourd'hui en Allemagne par bon nombre d'accoucheurs, et qui consiste à voir de sérieux inconvénients dans l'abus qu'on tend à faire des injections de sublimé et d'acide phénique chez les femmes en couches bien portantes. A la Maternité d'Erfurth, toute femme grosse qui va subir une exploration est préalablement baignée, puis on lui fait une injection avec de l'eau chaude (25o). On ne permet aux élèves sages-femmes de pratiquer le toucher qu'une fois qu'elles sont bien familiarisées avec ce genre d'exploration par les exercices sur le mannequin. Quant au reste, *le sublimé et l'acide phénique sont considérés comme des toxiques d'un emploi très dangereux entre des mains inexpérimentées.*

Les résultats constatés à la Maternité d'Erfurth, depuis qu'on procède comme il vient d'être dit, sont d'ailleurs : sur un total de 1187 femmes gravides ou parturientes qui ont servi à l'instruction des élèves, 46 seulement ont présenté des élévations de tempéra-

ture au dessus du niveau physiologique. D'autre part, sur 59,044 accouchements faits par les sages-femmes dans le district d'Er-furth, de 1882 à 1885, 193 ont présenté des affections puerpérales, et 76 ont succombé, ce qui donne un taux de morbidité de 3.26 pour 1,000, et un taux de mortalité de 1.28 pour 1,000!—*Journal de Méd. de Paris.*

Les affections dentaires pendant la grossesse.—Bien que les affections dentaires aient existé de tout temps dans la grossesse, c'est Fauchard qui, le premier, a appelé l'attention sur elles, dans un livre écrit en 1722.

“Nous voyons souvent, dit-il, des femmes grosses et des nourrices tourmentées de douleurs fort vives à cause de quelques dents cariées, et nous ne faisons point de difficulté de les leur tirer, nonobstant la grossesse et contre l'opinion du vulgaire qui croit que cela peut altérer et faire perdre le lait et causer d'autres accidents fâcheux.”

Vingt ans plus tard, Bunon écrivait un mémoire sur le même sujet; puis la question sembla enterrée. En 1877, MM. Pinard publièrent un travail sur la gingivite des femmes enceintes. La question fut reprise dans la thèse du Dr Henry Didsbury en 1883, M. le Dr A. Fournier l'a étudiée tout récemment dans sa dissertation inaugurale qui fait connaître l'état actuel de la science odontologique à ce sujet.

Il y a eu de tout temps, dit M. Fournier, dans le public un préjugé qui consistait à interdire toute intervention chirurgicale dans la bouche des femmes enceintes. On craignait de voir une extraction de dent amener un avortement et on a même cité des cas d'expulsion du fœtus avant terme, coïncidant, en effet, avec l'extraction ou l'ouverture d'un abcès. Il est vrai que les observations de grande intervention chirurgicale sur la zone génitale elle-même pendant la grossesse, non suivie d'accidents d'avortement, deviennent chaque jour de plus en plus nombreux depuis l'antisepsie rigoureuse.

Si une femme enceinte a quelques agacements, voire quelques douleurs névralgiques dentaires passagères, on pourra lui recommander la patience, de la chaleur et quelques précautions hygiéniques, c'est-à-dire l'abstention de toute intervention active. Mais si les douleurs sont persistantes, intolérables, privent la malade de sommeil, lui enlèvent l'appétit, la mastication, la mettent dans des conditions déplorables au point de vue de la nutrition, on doit faire quelque chose pour la soulager.

Les cas de nécessité absolue sont devenus de plus en plus rares depuis qu'on soigne mieux les dents. La gingivite ne réclame jamais d'intervention chirurgicale à proprement parler. Les caries, mêmes les caries pénétrantes, sont presque toujours justiciables d'un traitement bien dirigé, pendant la grossesse.

Un abcès dentaire, consécutif à une périostite, pourra être ouvert seulement tant que la femme sera enceinte et on devra essayer de conserver la dent, cause de l'abcès. Si l'on se trouvait en présence d'accidents de dent de sagesse en évolution pendant la grossesse, avec phlegmon de la face ou du cou, occlusion complète des mâchoires, dans ce cas il ne faudrait pas hésiter à faire usage de l'écarteur des mâchoires et à aller enlever la dent, point de départ des accidents graves et parfois mortels.

La gingivite est très fréquente chez les femmes enceintes. Elle se présente avec les mêmes symptômes que chez les femmes non enceintes. M. Magitot n'admet pas de gingivite spéciale à la grossesse. Selon lui, elle existe primitivement et subit une poussée aiguë sous l'influence de l'état gravide.

Comme il est rare que la femme atteinte de gingivite n'ait pas de tartre au niveau du collet de ses dents, la première indication est de débarrasser les dents de cet enduit nuisible : si le tartre est trop abondant, on procédera à cet enlèvement en plusieurs séances de manière à ne pas fatiguer la femme enceinte et à ne pas produire chez elle une irritation réflexe trop prolongée. Si la gingivite est légère, la teinture d'iode en application directe peut amener la guérison. Plus intense, la gingivite ne sera améliorée que par des applications d'acide chromique cristallisé. De nombreuses scarifications sont parfois nécessaires. Dans l'intervalle des séances, qui auront lieu tous les trois ou quatre jours, la malade se trouvera bien comme moyens adjuvants de gargarisme au chlorate de potasse et de lotions au naphthol.

Si l'on redoute l'acide chromique, on pourra le remplacer par l'application topique du mélange suivant :

Hydrate de chloral.	}	à parties égales
Alcoolat de cochléaria.....		

D'après M. Pinard, pendant la grossesse et la puerpéralité, on doit traiter toutes les affections des dents, mais ne rien faire de définitif en obturation ou prothèse : dans le cas de carie non pénétrante seulement, on pourrait faire une obturation métallique, or ou amalgame ; dans le cas de carie pénétrante, on se borne à panser et à obturer provisoirement.

M. Magitot ne voit pas de modifications à apporter dans le traitement des caries dentaires durant la grossesse. Il recommande seulement de faire des séances de traitement courtes pour ne pas trop fatiguer la gestante.

M. Lecaudey fait une obturation définitive quand il n'y a pas de suppuration de la pulpe. Si la femme est lymphatique, il n'obture qu'avec la gutta-percha Jacob, de Chicago.

Les caries dentaires sont non pénétrantes ou pénétrantes.

Dans la carie non pénétrante du 1er degré, obturation immédiate dans la plupart des cas : toutefois quelques caries du 1er degré du

collet de la dent nécessitent quelques panséments occlusifs, par exemple, pansément de teinture de benjoin concentrée qui empêche le contact de l'air et de la salive, ou le pansément avec :

Chloroforme.....	} ââ 2 grammes.
Teinture d'opium.....	
Teinture de benjoin.....	

Dans la carie non pénétrante du 2e degré, on peut obturer immédiatement si la dentine est intacte ; mais si l'épaisseur de la dentine est trop faible il faut faire des panséments au benjoin ou avec la mixture ci-dessus, renouvelés tous les deux jours pendant quinze jours ou un mois ; après ces panséments, on fera une obturation définitive.

Les caries pénétrantes sont avec pulpe ou sans pulpe.

Dans la carie dentaire avec pulpe, M. Moreau-Marmont détruit d'abord la pulpe avec une mèche de coton très fine, introduite aussi loin que possible dans la cavité pulpaire, mèche ayant séjourné dans le mélange suivant :

Acide phénique.....	} ââ 2 grammes.
Acide arsénieux.....	
Glycérine neutre.....	

La pulpe doit être détruite totalement, jusque dans les racines. Le traitement demande sept, huit, dix panséments. Pour terminer, il est bon de passer une pointe rougie au feu ou une fine pointe de thermocautère dans la lumière de chaque racine, après quoi on fait deux ou trois panséments d'expectation avec la teinture de benjoin et quand toute trace de sensibilité a disparu, on fait l'obturation.

Dans la carie pénétrante sans pulpe, avec dent sans douleur, on commencera par nettoyer la cavité de la carie et la cavité dentaire puis on y introduira un pansément simple au benjoin.

Mais si la dent est sensible, on emploiera la mixture ci-dessus (chloroforme, teinture d'opium et de benjoin).

En résumé les caries dentaires du 1er et du 2e degré seront, après traitement préalable, obturées définitivement. Dans les caries du 3e degré on se contentera d'une obturation temporaire.

Enfin, on réservera l'extraction pour les cas de périostite suraiguë avec douleurs impossibles à soulager, d'abcès dentaires, d'ouverture cutanée, d'abcès dentaires à répétition, avec névralgie tenace et surtout pour les cas de phlegmon de la face ou du cou consécutif à l'évolution d'une dent de sagesse.—*Paris médical.*

Avortements réitérés ; causes et traitement prophylactique.— A l'"Obstetrical Society" de Londres, cette question a été l'objet d'une intéressante discussion. En dehors de l'influence bien connue de la syphilis, Leith Napier a montré le rôle des endométrites,

même légères, et des congestions utérines, qu'il a pu retrouver dans plus de 50 p. 1000 de ses observations. Handfield Jones insiste sur l'importance des affections cardiaques dans la pathogénie de ces avortements répétés; il est vrai que ces affections cardiaques agissent par la congestion utérine qu'elles déterminent et que certains faits d'avortement, ainsi produits, peuvent être rapprochés des faits de Napier. Routh, enfin, signale le rôle que paraît jouer l'albuminurie du père dans quelques faits d'avortements à répétition.

Le traitement prophylactique, basé sur ces indications étiologiques, réussirait, d'après Napier, à empêcher l'avortement et à faire mener à bien la grossesse dans plus des trois quarts des cas. L'exercice sera très modéré et un repos absolu sera imposé pendant au moins une semaine par mois, au moment des règles. Si l'on constate une affection utérine, on s'attachera surtout à traiter l'endométrite; les déviations ne sont, le plus souvent, qu'une conséquence de l'engorgement utérin et leur importance est secondaire. En dehors des indications du traitement spécifique des médicaments cardiaques, Napier préconise deux médicaments: le mercure qui, donné d'une façon prolongée, rendrait de grands services, même dans les cas où il n'y a pas trace de syphilis, et le viburnum prunifolium, qui constituerait un très bon calmant de l'excitabilité utérine.—*Courrier médical.*

Sur la rigidité syphilitique du col de l'utérus.—M. BLANC fait une communication à la Société des sciences médicales de Lyon sur la rigidité syphilitique du col.

Parmi les causes de dystocie on reconnaît une rigidité spasmodique, anatomique et pathologique. Doléris a signalé plusieurs cas de rigidité syphilitique. L'observation suivante paraît être un nouvel exemple.

Une femme ayant eu deux accouchements normaux et rapides accouchait au mois de novembre dernier. Cette fois la dilatation s'est faite très lentement. Sur le milieu de la face antérieure du vagin, il existait une nappe sclérosée s'étendant jusque sur le col. Celui-ci, dont la moitié antérieure présentait des indurations sclérotiques, était irrégulièrement tuméfié. La dilatation était à cinq francs.

Après une expectation de quelques heures, il y eut indication de se hâter. M. Blanc pratiqua des incisions latérales du col et fit une application de forceps. L'enfant, retiré vivant, a succombé après quelques jours, avec un état cachectique.

Le mari de la malade avait eu des chancres mous sur le prépuce et un chancre induré dans le sillon balano-préputial suivi d'accidents secondaires deux mois avant l'accouchement.

Sur la malade elle-même un médecin avait constaté des chancres mous et des syphilides papuleuses. La tuméfaction dure et

rouge de la lèvre antérieure du col avait permis d'annoncer une dystocie probable. Dans ce cas le diagnostic est certain, il s'agit d'une induration syphilitique provoquée par la localisation primitive sur le col.

La rigidité syphilitique peut être due au chancre qui laisse après sa guérison une induration profonde et persistante.

Dans trois observations la rigidité était due à la localisation sur le col de plaques papulo-érosives.

Il est impossible que des accidents tertiaires produisent également la rigidité.

Pour expliquer la rareté de cette rigidité par rapport à la fréquence de la syphilis, on peut invoquer les raisons suivantes: il est nécessaire que la femme ait eu des accidents sur le col, et que ces accidents aient eu une certaine dimension. De plus les soins médicaux produisent une modification plus ou moins grande des accidents syphilitiques.

Pour remédier à cette cause de dystocie, il faut faire des incisions sur le col. Celles-ci doivent être portées d'emblée jusqu'à l'insertion du vagin. A ce moment, la tête est suffisamment fixée pour qu'on n'ait pas à redouter de déchirures plus grandes. Au contraire, de petites incisions nécessitent des déchirures, et on ne sait pas dans quelle direction celles-ci se feront.

Après l'accouchement il est préférable de faire la suture du col pour éviter l'hémorrhagie et les accidents septicémiques ou éloignés qui peuvent se produire.—*Lyon médical.*

PÆDIATRIE.

Epilepsie et eclampsie.—Clinique du professeur GRANCHER.
—La question de l'épilepsie et des convulsions chez l'enfant est une de celles qui donnent le plus d'embarras au médecin, car il est toujours sollicité de se prononcer pour l'avenir. M. Grancher a présenté une enfant de trois ans dont l'épilepsie ne pouvait faire de doute, mais offrait cette particularité que les attaques avaient d'abord été d'une longueur inusitée, puis s'étaient reproduites avec une fréquence extrême, toujours croissante; elle présentait en même temps de grandes attaques, de petites attaques et des vertiges; puis peu à peu ses facultés intellectuelles s'étaient affaiblies; cette enfant avait cessé de parler, ce qu'elle faisait fort bien auparavant et la marche, qui était normale, était devenue fort difficile. A ce moment le pronostic comme le diagnostic ne laissaient guère

d'incertitude ; mais c'est au moment des premières convulsions que la difficulté est très grande.

Un fait important dans l'histoire de cette enfant, c'est qu'elle avait eu dans sa première année, longtemps par conséquent avant que l'épilepsie se fût déclarée, une première convulsion. Or, c'est là un gros événement dans une famille et qui est toujours pour les parents, quelquefois pour le médecin, l'occasion d'un affolement complet. Il faut avant tout, en pareille circonstance, en se gardant de prescrire des sinapismes ou des vésicatoires suivant une coutume encore trop répandue, chercher à temporiser pour arriver à bien se rendre compte de la situation, et cela est bien souvent difficile, sollicité d'agir vigoureusement comme on l'est toujours par les parents effrayés. Pour cela, il est bon de prescrire tout d'abord un bain tiède qui ne peut être qu'utile à l'enfant. On cherche alors avec plus de calme la cause de la convulsion. Dans ce but le premier soin est de faire déshabiller l'enfant, car la convulsion est quelquefois très limitée ; parfois elle est constituée seulement par un peu de cyanose passagère, et il faut alors examiner très attentivement pour en reconnaître l'existence.

Pour s'assurer ensuite de l'espèce de convulsion dont il s'agit, il faut s'assurer de la température de l'enfant et savoir s'il était en bonne santé auparavant. Presque toujours, si l'enfant est apyrétique, il existe des troubles digestifs qui expliquent cet accident, et Trousseau avait coutume de dire qu'il trouvait ordinairement la cause des convulsions entre la bouche et l'anus. S'il existe de la fièvre, il est souvent plus difficile de se prononcer sur le début d'une maladie. Mais la difficulté est surtout grande lorsque des convulsions semblables se sont déjà produites une ou plusieurs fois et la question est posée de savoir s'il s'agit d'épilepsie. Il vaut mieux, tant qu'on en a pas la certitude absolue, ne pas se prononcer dans ce sens, puisqu'il n'y a pas intérêt pour l'enfant à ce que les parents soient prévenus prématurément de la gravité de la maladie et qu'une erreur est encore possible, mais au point de vue du diagnostic exact, il est utile de savoir quelles sont les opinions qui ont eu cours à ce sujet.

Lasègue pensait que l'épilepsie ne se développait jamais dans la première enfance avant l'âge de huit ans, et ne survenait jamais après vingt ans. Pour lui, c'était une maladie d'évolution de la seconde enfance ; il admettait une hérédité indirecte, considérait que chaque épileptique avait sa forme d'attaque particulière, toujours la même, et enfin, fait principal, au point de vue de l'étude actuelle, établissait une distinction complète entre l'épilepsie et l'éclampsie.

L'opinion actuelle est toute différente, et Bourneville et ses élèves pensent au contraire qu'il y a une relation certaine entre l'éclampsie et l'épilepsie et même qu'il n'y a pas d'épilepsie sans éclampsie antérieure, l'une annonçant ou préparant l'autre. Ils

admettent aussi que l'épilepsie peut se développer de très bonne heure et aussi bien après la vingtième année. L'hérédité présenterait aussi cette particularité que l'épileptique proviendrait toujours d'un alcoolique; l'homme en état d'ivresse au moment de la conception procréerait des idiots. Sur ce point d'étiologie, Féré et Chaslin admettent l'hérédité dissemblable et en particulier pensent que la migraine est très fréquente chez les ascendants des épileptiques. Marie, enfin, émet l'idée que l'épilepsie et l'éclampsie sont très souvent le résultat d'une maladie infectieuse en raison des lésions qui se produisent autour des vaisseaux.

On voit donc qu'il a beaucoup d'idées divergentes, surtout au point de vue de l'étiologie de l'épilepsie; mais on peut admettre cependant que toutes les sortes d'hérédité, directes ou dissemblables, peuvent se rencontrer. Il en ressort aussi au point de vue de l'observation clinique que l'éclampsie est fréquente dans les antécédents des épileptiques et que, par conséquent, il y a là un élément important dont il faut tenir compte au point de vue du pronostic.—*Abeille médicale.*

Traitement de la paralysie infantile, par M. le Dr Jules SIMON.—Voici, exposé en grandes lignes, le traitement préconisé par le savant clinicien des Enfants-Malades, et tel qu'il résulte d'une clinique trop longue pour être reproduite.

Au début, révulsion sur la colonne vertébrale, en un point correspondant à l'origine des racines des nerfs paralysés. Employer pour cela les agents les moins douloureux.

En même temps, stimuler les fonctions générales de la peau par des bains d'eau chaude ou de vapeur donnés dans le lit de l'enfant.

Chloral, aconit, ciguë, pour calmer l'excitation nerveuse.

Après les huit premiers jours, c'est l'électrisation qui doit être la base du traitement.

Courants galvaniques faibles; au bras, la plaque positive qu'on promène sur l'épaule, la plaque négative restant dans la cuvette où plonge la main. Ne pas dépasser huit à dix minutes. Plus tard, électricité faradique, et toujours avec la plus grande prudence.

Comme médicament: teinture de noix vomique, une goutte aux deux principaux repas. La diluer au besoin avec 9 gouttes de teinture de colombo, et prescrire 10 gouttes de ce mélange, pour éviter toute erreur.

Au bout de huit à dix jours, et même avant s'il survenait quelques accidents, remplacer par 1 milliigramme d'arséniate de soude, et ainsi de suite en alternant.

Beaucoup plus tard, bains salés ou sulfureux.

En tout cas, le traitement étant fort long, ne jamais se décourager.

M. J. Simon ne parle pas du phosphure de zinc. Nous avons rapporté quelques observations de guérisons relativement rapides, quelques-unes entre autres que nous avait adressées un ancien interne, médecin à Sainte-Livrade, et dont le nom nous échappe. C'est encore à essayer.—*Union médicale.*

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Emploi du salicylate de soude dans le traitement des rhumes.—Dans un des numéros du *Memphis Medical Journal*, le salicylate de soude est signalé comme particulièrement efficace dans le traitement des rhumes graves aussi bien que dans celui de l'inflammation des amygdales. L'emploi d'un mélange de 15 grammes de salicylate de soude et de 15 grammes de sirop d'écorce d'orange, avec la quantité suffisante d'eau de menthe pour faire une potion de 120 grammes, est conseillé à la dose d'une cuillerée à dessert toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à ce que l'action spéciale du salicylate se manifeste par le tintement dans les oreilles. La souffrance du front, des yeux et du nez, en même temps que les éternuements et l'écoulement du nez, diminuent considérablement, et disparaissent entièrement en peu de jours, sans laisser à leur suite, comme cela a lieu ordinairement, une toux causée par l'extension de l'inflammation aux bronches.—*Paris médical.*

Traitement des ictères graves par l'essence de térébenthine à hautes doses.—M. le docteur J. CARREAU a employé avec succès l'essence de térébenthine à hautes doses dans le traitement des ictères graves. D'après notre confrère, l'essence de térébenthine, en raison de ses propriétés diurétiques et hémostatiques, est indiquée également dans les différents genres d'ictère grave (ictère infectieux, fièvre bilieuse hémoglobinurique, fièvre jaune) qui tous présentent, comme symptômes communs, de l'anurie et de hémorrhagies.

M. Carreau administre l'essence de térébenthine énergiquement. Dans les cas graves il en fait prendre deux à trois perles toutes les demi-heures et jusqu'à 60 capsules dans les premières trente-six heures. Lorsque, par suite de vomissements, les malades ne peuvent pas garder les perles, il administre l'essence hypodermiquement d'après la formule suivante :

Essence de térébenthine ozonisée.	10 grammes.
Vaseline liquide.....	50 —

Mélez. Pour injections sous-cutanées.

Notre confrère relate quatre observations dans lesquelles ce traitement a été couronné d'un succès inespéré, vu la gravité des cas.

La première a trait à une femme atteinte d'ictère grave ; elle était dans un coma profond et présentait des convulsions urémiques, lorsque fut appelé M. Carreau qui institua immédiatement le traitement térébenthiné, d'abord à la dose de trois perles toutes les demi-heures, et de deux perles ensuite. La malade prit dans le courant de trente-six heures deux flacons de perles d'essence. À partir du moment où l'odeur de violette apparut dans les urines, l'albuminurie commença à diminuer, le coma fit place à une simple somnolence, et quelques jours après la convalescence s'établissait.

Chez un deuxième malade atteint de fièvre jaune avec vomissements incoercibles, notre confrère a pratiqué, en l'espace de trente-six heures, vingt-trois injections hypodermiques d'essence de térébenthine. Les symptômes se sont assez rapidement amendés et le malade a guéri, mais après avoir présenté deux abcès à la cuisse et au mollet gauches.

M. Carreau a encore employé avec le même succès les injections d'essence de térébenthine chez un autre malade, atteint de fièvre à urines noires très graves.

Dans la quatrième observation il s'agissait d'une fièvre bilieuse hémoglobinurique. L'administration d'une perle d'essence de térébenthine toutes les heures, puis toutes les demi-heures, étant restée sans effet, on fit prendre trois perles toutes les demi-heures, après quoi les symptômes s'amendèrent rapidement. Ce fait montre bien que, pour obtenir le résultat voulu, il faut administrer l'essence de térébenthine à hautes doses dans les ictères infectieux.—*Concours médical.*

Chlorure de zinc contre la sueur des pieds—WINOGROEFF s'est trouvé bien de l'emploi, pendant plusieurs années, d'une solution de chlorure de zinc de 5 à 8 pour 100. Voici sa manière d'agir : il commence par laver les pieds à l'eau tiède et à les sécher soigneusement. C'est alors qu'il badigeonne les parties affectées d'un pied avec un morceau d'ouate hydrophile mouillée dans la solution de chlorure de zinc : il n'essuie ce pied qu'après avoir badigeonné l'autre pied. Dans le cas où il existerait des ulcérations entre les orteils, il faut essuyer chaque pied immédiatement après l'avoir badigeonné pour s'opposer à une action trop énergique du chlorure de zinc. De plus, il ne faut alors se servir, au début, que d'une solution à 5 pour 100. Les badigeonnages doivent être entrepris le soir avant de se coucher pour

laisser reposer les pieds. Ils peuvent être répétés cinq à sept jours plus tard. Mais dès le premier badigeonnage on constate la diminution de la sueur et de la rougeur; les ulcérations se mettent à se réparer. Le chlorure de zinc n'agissant que comme caustique en détruisant les glandes sudoripares, il ne faut jamais permettre son emploi en l'absence du médecin.—*Nouveaux remèdes.*

La rhubarbe contre les oxyures vermiculaires.—Le Dr Sidney MARTIN dit qu'il est souvent difficile de débarrasser les enfants d'oxyures vermiculaires. Si on retire quelques bénéfices des méthodes ordinaires, si, par exemple, on arrive à faire disparaître l'irritation de la marge de l'anus, l'irrégularité des selles et les troubles du sommeil persistent. Ceci est dû probablement à ce que les oxyures habitent le gros intestin à un endroit assez élevé pour que les injections faites par le rectum ne puissent les atteindre.

Dans un grand nombre de cas, l'auteur a vu la rhubarbe employée à petites doses faire sortir un grand nombre de vers et régulariser en même temps les mouvements de l'intestin, de telle façon même qu'il devient inutile de recourir aux injections.

La formule qu'il conseille est la suivante :

Teinture de rhubarbe.....	XXX gouttes.
Carbonate de magnésie	0 gr. 20
Teinture de gingembre.....	I goutte.
Eau.....	12 grammes.

Cette dose doit être prise trois ou quatre fois par jour suivant l'effet produit sur l'intestin.

On ne peut dire si la rhubarbe agit comme vermicide ou simplement en détachant les oxyures et les faisant tomber dans le rectum, d'où ils sont expulsés avec les selles.—*Paris médical.*

De l'administration de la morphine par la voie nasale.—M. Carl H. von KLEIN, de Dayton (Ohio), recommande l'administration de la morphine par la voie nasale, méthode qu'il a expérimentée dans plus de cent cas avec résultats très favorables. La dose médicamenteuse est divisée en deux parts, qui sont prises comme le serait du tabac. Il n'a eu qu'à se louer de ce mode d'administration qui serait plus actif que par la voie hypodermique ou gastrique.—*Médecine moderne.*

De l'injection sous-cutanée de la créosote dans la tuberculose pulmonaire.—Des formules publiées pour véhiculer la créosote en injections sous-cutanées, toutes plus ou moins présentent des inconvénients. Celles-ci ont été proposées par MM. les Drs CASSIN, (d'Avignon) et TOUSSAINT.

Créosote de hêtre.....	4 grammes.
Huiles d'amandes douces	4 grammes.
Vaseline.....	2 grammes.

MM. Lépine et Lannois, qui en ont fait usage, conseillent d'augmenter la dose de vaseline et d'huile d'amandes douces.

Le contenu d'une seringue de Pravaz de cette préparation contient 40 centigrammes de créosote.

La technique opératoire recommandée par M. Cassin est la suivante :

1o Diriger l'aiguille dans le tissu cellulaire qui sépare le sous-scapulaire et le grand dentelé;

2o Le malade doit porter la main sur la pointe de l'omoplate et, par une pression, faire basculer cet os. (*Rev. clin.*)

M. Dujardin-Beaumetz estime que de toutes les substances balsamiques ou autres employées contre la tuberculose pulmonaire, une seule, la créosote, paraît subsister au milieu de l'hécatombe de tous les médicaments spécifiques de cette affection.

Pour obtenir des résultats favorables, il faut à l'exemple d'Offianassiew donner la créosote à haute dose. Peu de tuberculeux peuvent supporter par la voie stomacale 1 gramme de créosote. Il faut donc administrer ce médicament sous la peau et avoir recours à l'injecteur de Gimbert, de Cannes, ou à tout autre appareil analogue à la seringue Pravaz et pouvant contenir de 15 à 20 grammes de la solution médicamenteuse.

La substance à employer est la suivante :

Créosote pure.....	10 grammes.
Huile d'olive vierge stérilisée.....	150 grammes.

Pour obtenir une huile parfaitement stérilisée, il suffit d'élever la température au-dessus de 120 degrés. L'injection doit être poussée très lentement; puis une fois qu'elle est terminée, retirer l'aiguille et placer le doigt sur l'orifice fait à la peau pour empêcher la sortie immédiate du liquide.

Dans un espace qui varie de cinq à dix minutes, l'haleine des malades prend l'odeur caractéristique de la créosote, et cette odeur persiste pendant douze heures. Ces injections se pratiquent tous les deux jours.

Sous leur influence, on voit se produire une diminution de l'expectoration, un retour de l'appétit, la disparition des sueurs. M. Gimbert, aurait obtenu quelques guérisons définitives sous l'influence de ces injections sous-cutanées de créosote.

Il est des contre-indications à l'emploi de la créosote : la fièvre et l'hémoptysie. En effet, l'élimination de la créosote tend à augmenter l'hypérémie pulmonaire. C'est donc dans les formes lentes, apyrétiques que l'on a le plus de chance de succès.—*Bulletin de thérapeutique.*

FORMULAIRE

Désinfectant.—*L. Smith.*

P.—Acide carbolique.....	1 once.
Huile d'eucalyptis.....	1 “
Térébenthine.....	8 onces.

M.—On ajoute un once du mélange à une pinte d'eau que l'on maintient en ébullition dans un vaisseau.—*Cyclopedia of Diseases of Children.*

Hémorrhoides.

P.—Muriate de cocaïne.....	20 grains.
Sulfate de morphine.....	5 “
“ d'atropine.....	4 “
Acide tannique.....	20 “
Vaseline.....	1 once.
Essence de rose.....	q. s.

M.—En applications après chaque selle.—*Medical Mirror.*

Prurit.—*Woodward.*

P.—Hydrobromate de quinine.....	1½ drachme.
Extrait fluide de belladone.....	2 “
“ “ d'ergot.....	4 “
Elixir aromatique.....
Eau.....	â â pour 4 onces.

M.—Dose : Une cuillerée à thé trois fois par jour. Comme adjuvant des moyens externes.—*Pacific Medical Journal.*

Ephélides.

P.—Sulfocarbolate de zinc.....	1 drachme.
Glycérine.....	2 onces.
Alcool.....	1 “
Eau de fleur d'oranger.....	1½ “
“ de rose.....	q. s. pour 8 “

M.—En applications 2 fois par jour.—*Pharmaceutical Record.*

Ptyriasis.—*Stephen.*

P.—Résorcine.....
Huile d'olives.....
Ether sulfurique.....	â â 3 scrupules
Alcool.....	6½ onces.

M.—*Lancet.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, MAI 1891.

BULLETIN.

Abus de charité.

Depuis quelques semaines, nos échanges des Etats-Unis se renvoient l'un à l'autre des plaintes aussi touchantes que justifiées au sujet des abus de charité qui se font dans les hôpitaux et les dispensaires où l'on traite tous les jours, paraît-il, un nombre considérable de malades très en état de payer pour les soins qui leur sont donnés.

Le sujet n'est pas nouveau. Depuis longtemps on a signalé ces abus ; depuis longtemps aussi on a reconnu l'inutilité de s'en plaindre, attendu que les directeurs des institutions intéressées, sourds aux observations qui leur sont faites, continuent à vouloir étendre à tout venant les bienfaits de leur philanthropie. Pourvu qu'au bout de l'an l'on puisse se dire que tant de mille malades ont reçu des soins à tel hôpital, on s'inquiète peu de savoir si ces malades étaient tous assez dénués de ressources pour en être obligés de s'adresser à l'assistance publique gratuite. Le chiffre y est et cela suffit.

Loin de nous donc la pensée de vouloir changer, sur ce point, la manière de voir des administrateurs intéressés. Mais nous aurions désiré faire comprendre aux médecins qui font le service dans les hôpitaux et les dispensaires quel tort considérable ils font à leur propre clientèle et à celle de leurs confrères du dehors en se prêtant ainsi bénévolement à la perpétration de semblables abus. Sur cinquante malades qui se présentent à la consultation d'un dispensaire, il y en a au moins la moitié qui, le dispensaire n'existant pas, auraient consulté *et payé* un médecin de leur choix. Même parmi les malades internés dans les salles d'hôpital, il en est un bon nombre qui se sont pas aussi pauvres ni aussi dénués

de ressources qu'ils veulent bien le faire croire. " Près d'un tiers des malades traités gratuitement dans les hôpitaux de New-York, disait le professeur Loomis, sont en réalité des sujets très en état de payer pour les soins qu'ils reçoivent. Pourquoi la charité publique fonde-t-elle et soutient-elle des hôpitaux pour cette sorte de patients ? "

Les confrères de la campagne, nous regrettons d'avoir à le constater, émargent pour une assez bonne part dans les abus que nous signalons. Plusieurs d'entre eux ne se font pas scrupule d'accompagner personnellement à la consultation des médecins et surtout des chirurgiens d'hôpitaux tel ou tel de leurs clients, pas pauvre du tout, disons-le tout de suite, et en faveur duquel, cependant, ils sollicitent un examen, voir une opération gratuite ou à des honoraires réduits de moitié, alors qu'eux, médecins ordinaires du malade, ont fort bien su se faire payer non seulement leur frais de voyage, ce qui n'est que juste, mais aussi le désagrément et la perte de temps que leur occasionnait cette corvée.

Que de fois, pour notre part, avons-nous vu dans notre cabinet des patients qui, la veille encore, avaient eu du *secours gratuit* au dispensaire de tel hôpital, et qui, cependant, ne songeaient même pas à prendre congé de nous sans déposer très spontanément sur notre table les honoraires de rigueur ! Que de bons clients *payants* nous avons perdus de vue pendant quelque temps, et qui nous sont revenus après plusieurs semaines de traitement *gratuit* à l'hôpital !

Un médecin de dispensaire, auquel nous faisons part de ces observations nous disait, hier encore, combien son service gratuit lui gâtait sa clientèle : " Si nous n'avions à voir que les pauvres, concluait-il, tout irait fort bien, et nul ne songerait à se plaindre, mais des clients réputés *bons* se mêlent en grand nombre aux malades pauvres dont ils empruntent au besoin le costume et les allures, dans le but de mieux abuser de notre bonne foi. " — " Depuis que j'ai abandonné mon service de dispensaire, nous disait un autre désillusionné, ma clientèle s'est améliorée de cent pour cent en qualité, et je revois chaque jour, à titre de malades *payants*, plusieurs sujets qui naguère venaient assidûment au dispensaire gratuit. "

Où est le remède à ce mal, nous demandera-t-on ? C'est ce que nous demandait aussi, il n'y a pas longtemps encore, un médecin d'hôpital, très versé dans l'art de guérir gratuitement, mais qui, plus que tout autre peut-être, se plaint amèrement des ingratitude de la clientèle. La réponse est facile : que l'on exerce la surveillance la plus active lors de l'admission des malades dans les différents services ; que l'on exige même des attestations d'indigence et de dénûment ; que par des questions habilement posées, l'on s'informe du moyens d'existence du malade, et, au moins cinquante fois sur cent on réussira à éliminer les pseudo-indigents.

D'ailleurs, il y a la plupart du temps dans la mise, les allures et l'aspect extérieur d'un malade des indices qui ne trompent pas un œil exercé.

Nous prions instamment les médecins et surtout les chirurgiens de nos hôpitaux, ainsi que tous ceux qui font service dans les dispensaires gratuits, de songer sérieusement à remédier au mal dont nous venons d'indiquer les dangers et dont tout le monde se plaint. La clientèle n'est pas déjà si bonne, l'exercice de notre art n'est pas déjà si lucratif qu'il faille encore y ajouter de propos délibéré, des éléments d'insuccès.

Requiescat !

La tuberculine, *alias* Kochine, *alias* paratubaloïde, s'en va, clopin clopant, rejoindre, dans le cimetière des médications ratées, toutes les nombreuses méthodes réputées spécifiques ou infailibles que la science jette chaque année en proie à la crédulité du vulgaire. En bien des lieux on n'en parle plus du tout, ou on n'en parle que pour dire qu'elle ne vaut rien. Ainsi la *Gazette Universelle* de Munich annonçait dernièrement que l'administration supérieure a interdit aux pharmaciens de la capitale bavaroise de vendre la lymphe de Koch : "L'interdiction est absolue, dit le *Progrès médical*. Le remède doit être refusé, même aux médecins." De son côté le conseil médical du ministère de l'intérieur à Saint-Petersbourg a résolu d'interdire prochainement, comme étant un procédé dangereux, l'emploi de la lymphe de Koch pour le traitement de la phthisie et du lupus, aussi bien dans les hôpitaux que par les médecins indépendants. On dit enfin que les *hôpitaux pour tuberculeux*, entre autres l'hôpital de Koch, à Charlottenburg, établis dans le but de mettre en œuvre la nouvelle médication, non seulement ne regorgent plus de malades, comme il y a trois mois, mais sont complètement vides. Et dire que la pharmacopée allemande avait déjà adopté la fameuse lymphe et la décorait du nom de *Tuberculinum Kochii* !

Misères nerveuses.—Voilà le titre d'un ouvrage à la fois médical et mondain du docteur Monin, qui doit être consulté avec intérêt et frayeur par tous ceux que surmène et détraque la vie à outrance actuelle. C'est un livre de médecine *fin de siècle* que tous les amateurs de littérature médicale tiendront à se procurer. En vente chez Ollendorff.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

GAUTHIER—**Le courant continu en Gynécologie ; Outillage, Technique. Effets physiologiques**, par le Dr G. GAUTHIER.

WM. R. WARNER'S **Therapeutic Handy Reference Book for physicians**, (Third Edition.)—Petit manuel de renseignements très-variés et très-utiles aux praticiens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les médecins de Berlin ont décidé que dorénavant leurs cochers porteraient le chapeau blanc avec une croix rouge sur le devant, afin d'indiquer au public, en cas d'accident, la présence d'un praticien, et d'assurer par là aux victimes de ces accidents des secours médicaux aussi prompts que possible.

M. le Dr Chs. W. DULLES s'étant démis de ses fonctions de rédacteur en chef du *Medical and Surgical Reporter*, de Philadelphie, a été remplacé par M. le Dr Edward T. REICHERT, professeur de physiologie à l'Université de Pensylvanie. A l'occasion de ce changement de direction, le *Reporter* a fait un pas de plus dans la voie du progrès matériel en portant de 28 à 40 le nombre des pages de son texte. Nous souhaitons au nouveau confrère tout le succès possible et pouvons dès maintenant lui prédire qu'il ne lui fera pas défaut.

M. le Dr J. M. Da Costa vient de se démettre de ses fonctions de professeur de pathologie interne au *Jefferson Medical College*, de Philadelphie. Cette démission, qui coïncide avec celle de M. le professeur BARTHOLOW, constitue pour le *Jefferson* une perte des plus sensibles. D'un autre côté, nous apprenons que la chaire de matière médicale laissée vacante par la démission du professeur BARTHOLOW sera dorénavant occupée par le Dr Hobart A. HARE. Celui-ci, déjà bien connu par ses travaux en thérapeutique, est même l'auteur d'un ouvrage fort estimé, intitulé : *A text book of Therapeutics, with especial reference to the application of remedial measures to disease.*

Le *Journal de Saint-Petersbourg* raconte que le Dr Chamberland, venu à Saint-Petersbourg pour l'inauguration de l'Institut de médecine expérimentale, a fait une visite à l'Académie militaire de médecine. Quand le chef de l'Académie a présenté le docteur français aux étudiants, ces derniers ont répondu à la présentation par un tonnerre d'applaudissements. M. Chamberland a dit alors, en français : " C'est en qualité de disciple de Pasteur que j'accepte vos applaudissements, messieurs ; je vous en remercie et je vous promets de les transmettre à leur adresse à mon retour en France." Une nouvelle salve d'applaudissements a répondu à ces paroles.

Légion d'Honneur.—M. le professeur PETER, médecin de l'hôpital Necker, et M. Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, ont été promus au grade de commandeur de la Légion d'Honneur.

Nécrologie.—A Battle Creek, Colorado, M. le Dr E. H. TRAYNOLME, ci devant professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université Bishop, Montréal.—A Vienne, le Dr Carl Rudolph BRAUN, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Vienne.

Femmes pharmaciens.—Le *Progrès médical* mène en ce moment une campagne énergique pour obtenir l'admission des femmes à la profession de pharmacien. Cette campagne est, de tous points, excellente, et il est certain que parmi les carrières libérales, c'est une de celles que la femme peut le mieux exercer. En Russie, le Conseil de l'Empire étudie la création de cours spéciaux, où les femmes ayant des certificats d'étude, pourront acquérir des connaissances solides en pharmacie.

Association des internes de l'Hôpital Notre-Dame.—Les élections annuelles de l'*Association* ont eu lieu jeudi, le 16 avril, et ont donné le résultat suivant : Président, Dr H. E. DESROSTERS ; Vice-Président, Dr Is CORMIER ; Secrétaire, Dr E. P. CHAGNON ; Trésorier, Dr J. N. MOUNT.

La prochaine réunion aura lieu à l'Hôpital, jeudi, le 21 mai, à 8.30 hrs. p. m. très précises. Ordre du jour : Dr L. DÉRY : *Note sur quelques cas d'éclampsie puerpérale.*

La rage à l'Institut Pasteur de Paris, en 1890.—Pendant l'année 1890, 1,546 personnes mordues ont été traitées ; sur ce nombre, 10 seulement sont mortes, dont 6 dans les quinze jours qui ont suivi le traitement et 4 après ces quinze jours.

Or, on ne doit compter comme ayant succombé malgré le traitement que ces quatre derniers. Car, pour que le traitement ait toute son efficacité, il faut qu'il soit achevé depuis trois

semaines avant les premiers symptômes de la rage. La mortalité n'a donc été que de 0,26010.

Un baptême baptiste.—Une jeune fille de 21 ans, devant recevoir le baptême baptiste, s'était rendue à cet effet le 9 mars 1890 à la chapelle de sa communauté.

Dans un vestiaire relié au temple par un passage couvert, elle se dépouilla de ses vêtements, le caleçon excepté, et revêtit une chemise de toile blanche. En cet état elle entra dans le temple et se plongea tout entière dans les fonds remplis d'eau de pluie. Elle y resta à peine une minute. Elle retourna sans soutien au vestiaire, y tomba sans connaissance et expira, malgré les soins les plus énergiques.

À la suite de l'examen du cadavre, le docteur Dütschke déclara dans son rapport que la mort était due à la paralysie du cœur et qu'elle avait pour cause le bain froid (450 R.) employé. Le pasteur, condamné à un mois pour homicide par négligence, fut acquitté en appel. On fit valoir que la fille ne serait peut-être pas morte si elle s'était plongée dans l'eau seulement jusqu'au cou. Depuis, la communauté baptiste de la Frise orientale (Hanovre) emploie de l'eau chauffée pour cette cérémonie.—*Lyon médical.*

"International Clinics."— Sous ce titre, la maison J. B. Lippincott Company vient de commencer la publication d'une revue trimestrielle dans laquelle seront insérées les meilleures leçons cliniques sur la médecine, la chirurgie, la gynécologie, la pédiatrie, la dermatologie, la laryngologie, l'ophtalmologie et l'otologie, telles que faites dans les écoles de médecine les plus en vue des États-Unis, de l'Angleterre et du Canada. Dans la liste des collaborateurs assurés de cette publication nous remarquons les noms des Drs John Ashurst, J. M. DaCosta, W. Goodell, C. K. Mills, R. Battey, W. Pepper, A. L. Loomis, Wm. Osler, F. C. Shattuck, D. H. Agnew, R. L. MacDonell, J. C. Cameron, T. Minot, S. Weir Mitchell et Henry M. Lyman.

Les leçons seront sténographiées—aux frais de l'éditeur—puis révisées par le professeur, et constitueront, à coup sûr, le recueil le plus complet d'instruction clinique qui se puisse voir. Chaque fascicule trimestriel aura de 300 à 400 pages et contiendra la reproduction photographique de tous les cas intéressants.

L'ouvrage se vend par souscription. Les éditeurs sont les Drs John M. Keating et J. P. Crozer Griffith, de Philadelphie, et J. M. Bruce et David Finlay, de Londres. Nous croyons pouvoir lui prédire un succès complet.

VARIÉTÉS

La lymphe de Koch.

COMPLAINTÉ.

Air de Fualdès.

Ecoutez, peuples de France,
De l'Afrique et du Tonkin,
Du Pérou jusqu'à Pél-in,
Vous qui r'doutez la souffrance,
J'veis vous raconter en bloc
L'histoir' d'la lymphe de Koch.

Koch sachant que la phtisie
Dérive d'un animal,
Pour combattre un si grand mal,
Cherchait avec trénéisie
Quels sont les meilleurs moyens
D'sauver ses concitoyens.

S'enfermant dans sa cuisine,
Il prépare artistement (*secundum artem*)
Et scientifiqument
Tuberculie et glycérine,
Il fit un mélange *ad hoc*
Appelé *Lymphc de Koch*.

Ne croyez pas Koch si grue
Que de dire son secret;
L'Empereur seul le savait,
Et n'ayant pas la berlue,
Il fit défendre au savant
D'vendre son médicament.

Chacun portait jusqu'aux nues,
Comblait d'admiration
Koch et son invention,
Ses alambics, ses cornues,
Disant du soir au matin:
Koch est un fameux lapin.

De toutes parts on s'emballe
 Sur ce remède divin;
 On accourt jusqu'à Berlin,
 On emplit la capitale;
 On voit opérer Koch, mais
 On ne voit pas de succès.

Les tuberculeux en foule
 De la poitrine ou des os,
 Viennent présenter leur dos
 A la merveilleuse ampoule;
 Beaucoup d'entr'eux furent oc-
 cis par la lymphe de Koch.

Mais Péan, un savant homme
 Qui coupe les gens en deux,
 Qui fait courir les boiteux,
 Que dans le monde on renommme
 Comme un chirurgien sciencé,
 N'voulut pas être pincé.

Cornil, avec sa lunette,
 Voit des bacilles partout;
 Prudemment jusques au bout
 Il poursuit son enquête;
 Il s'aperçut un peu tard
 Que l'Koch était un Canard.

J'vous ai dit toute l'histoire
 Du fameux médicament,
 Qui nous vient d'un Allemand,
 Libre à vous de n'y pas croire:
 C'est un remède illégal,
 Pour moi, ça m'est bien égal.

De cette longue plainte
 L'auteur, vous le savez bien,
 N'est Académicien,
 N's'ra jamais r'çu dans l'encceinte;
 Mais si tout l'monde en était,
 Comm' les autr's il en serait.

A. CORLIEU, in *Paris mé.*

Déontologie médicale.

Leçon de M. le professeur HUBERT, de Louvain.

Ce que le médecin doit être. (1)

Si vous devez un jour subir la loi commune et vous laisser aveugler par l'amour, tâchez qu'il y ait au moins de petits trous dans le bandeau!

Hoffman conseille aux médecins de se marier tard et, pour faire un plus riche parti, d'attendre qu'une position officielle et la notoriété aient ajouté à leur valeur personnelle. Je soupçonne Hoffmann d'être un banquier juif: le mariage est un sacrement, pas une spéculation.

Le chirurgien *Risquonstout* s'est établi dans un grand centre industriel et, s'il n'a pas de malheurs dont le procureur du roi doive se mêler, il est de trempe à y faire rapidement fortune. Il s'est tenu ce petit raisonnement: "Voici dix malades que des chirurgiens en renom ont refusé d'opérer, à causes des avantages contestables que l'opération procurerait aux patients ou des risques qu'elle leur ferait courir. Je suppose que j'en perde neuf..... ils étaient condamnés quand même! mais si je sauve un seulement de ces abandonnés des grands maîtres, celui-là fera ma réputation en avant!"

Risquonstout est un malhonnête homme: il joue un argent qui ne lui appartient pas, la vie des autres.

Laissez-moi vous dire: ne vous *efforcez* pas de plaire; "vous ne feriez rien avec grâce." Soyez vous-mêmes. Ce n'est pas plaire aux malades qu'il faut, c'est leur être utile. Occupez-vous donc d'eux, pas de vous; apportez-leur une sympathie sincère, affectueuse, dévouée et vous trouverez naturellement et sans effort dans vos cœurs, la note juste, celle qui touche, parce qu'elle est vraie.

Ce que le médecin doit aux malades.

Ce que le médecin doit au malade peut se résumer en ces deux mots: *science* et *dévouement*.

La *science* est le fruit du travail de l'intelligence et elle ne s'acquiert que par l'étude. Il n'y a pas de science innée et les plus heureuses dispositions apportées en naissant sont un don inutile, si le travail ne les féconde. Sans la taille le diamant brut reste un caillou et il nous faut un effort persévérant sur nous-mêmes pour dégrossir, affiner, faire reluire ou valoir notre bloc particulier. La vie intellectuelle et physique est mouvement ou labeur; l'esprit, comme le muscle immobilisé dans le rien faire,

(1) Suite. Voir la livraison d'avril, 1891

s'atrophie : (*Rust, roest*) le repos, c'est la rouille, dit le proverbe flamand. Le travail développe, élargit et élève si bien, même les intelligences moyennes, qu'on a pu dire : le génie est une longue patience. Vous préparez en ce moment vos destinées futures, ne vous préparez pas des regrets ou des remords, et acceptez vaillamment les fatigues des semailles, si vous voulez plus tard les joies de la récolte. Vous établissez en ce moment les bases sur lesquelles vous devrez vous élever vous-même ; or, les assises de l'édifice manquées, tout est manqué déplorablement et à perpétuité ! Car, pas plus que l'éducation première, les études fondamentales ne se recommencent : on ne se refait pas.

A un élève en philosophie, en droit ou en notariat, qui n'étudie pas, on peut se borner à dire : Tant pis pour vous ! Mais à vous, qui aurez à répondre de la santé et de la vie des autres, l'oisiveté et l'ignorance ne sont pas permises : votre incapacité serait un crime et une calamité publique. Un médecin ignorant est comme un mauvais prêtre, et je ne sais pas de plus triste personnage au monde.

Vous êtes *étudiants* ! — *Etudiant* : participe actif du verbe étudier.

L'étude est aujourd'hui pour vous un devoir de profession, de conscience et de probité ; elle le sera encore demain ; elle le sera toujours et vous ne pourrez jamais, sans déchoir, en perdre l'habitude quotidienne. On se figure parfois que le diplôme conquis, le plus fort est fait : pas du tout, il est à faire ! Vos maîtres ne peuvent vous fournir que les éléments, les principes, des exemples : l'école ne fait pas le médecin, le médecin doit se parfaire lui-même.

C'est au débat de la carrière, avant l'absorption par la clientèle, que les bonnes habitudes doivent se prendre. Je vous conseille, lorsque vous rentrerez de cette première visite qui fait époque dans la vie, de relater tout chaud—succinctement, car les longues histoires sont fastidieuses—le fait que vous venez de rencontrer. Ce travail de rédaction vous obligera à préciser vos idées, à les exprimer nettement ; il vous deviendra de plus en plus facile, parce que la main se fait en écrivant, et il vous fournira pour plus tard des notes utiles à relire ou, qui sait ? peut-être les matériaux d'un livre à léguer à la postérité !

Je suppose votre premier malade souffrant de l'estomac. Pourquoi ne reliriez-vous pas l'anatomie et la physiologie de ce grand pourvoyeur d'énergies vitales, puis, comme la maladie est souvent de long cours et que le temps ne vous manque pas encore, pourquoi ne repasseriez-vous pas la pathologie ou les désordres de la cuisine stomacale et n'étudieriez-vous pas à nouveau l'action des agents thérapeutiques que vous allez voir à l'œuvre ? Croyez-vous que ce travail soit inutile ? Je vous affirme que non, et le second gastralgique qui viendra à vous en recueillera les fruits.

Et, au bout de quelques années de cette gymnastique scientifique à travers la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, vous vous sentirez devenus véritablement forts; vous serez le médecin qui s'élève et grandit toujours, tandis que celui qui n'étudie plus, s'atrophie et avorte misérablement. L'édifice péniblement élevé qu'on n'entretient plus se détériore et se ruine!

Il importe donc, dès vos débuts, de vous réserver dans la journée quelques heures pour l'étude; plus tard il serait trop tard: l'habitude de ne rien faire est de celles qui se perdent le moins.

Les livres de médecine coûtent cher; il en paraît de nouveaux à acheter tous les jours; le nouveau du jour est vieux le lendemain, et les collections réunies à grands frais il y a 15 ou 20 ans sont devenues fossiles.—Le praticien du village n'est pas riche et la dureté des temps lui rend tous les jours la lutte pour l'existence plus ardue. Il importe cependant qu'il se tienne au courant des progrès de la science, non pas dans une seule direction, comme son frère le spécialiste des grandes villes, mais dans toutes les directions indistinctement: appelé à tout traiter, il doit tout connaître. C'est pour lui un devoir, et pour sa clientèle une nécessité.

Les journaux périodiques de médecine coûtent moins que les livres et peuvent, dans une certaine mesure, suppléer les grosses bibliothèques.

Le Dévouement. Se dévouer c'est se consacrer par un vœu, par amour ou par conviction à une personne ou à une idée. L'intérêt n'est pas le mobile de cette générosité, qui serait une duperie, s'il n'y avait pas un autre monde où elle doit recevoir sa récompense. Le médecin s'exposerait-il au danger des contagions mortelles pour gagner le pain du jour? Le gain ne serait pas en rapport avec les risques, et l'appât du lucre ne suffit pas pour engendrer les actes héroïques; il faut un levier plus puissant que l'intérêt! Là est l'honneur de la profession médicale et il lui constitue une noblesse qui vaut bien celle des croisades!

Gallien, à Rome, en 1668, et Sydenham, à Londres, en 1665, se sont sauvés devant la peste. En regard de ces deux défections célèbres, se dresse le glorieux martyrologe des médecins tombés au champ d'honneur, innombrables comme les étoiles du firmament!

Le dévouement du médecin est fait de courage et d'activité, de patience et de prudence, de douceur et de fermeté, d'abnégation et de discrétion.

Vous devez votre temps à vos malades à toute heure du jour et de la nuit, et, en cas d'urgence, au premier venu, pauvre ou riche.

« Si, dit M. Dechambre, le médecin exerce une profession libre, celle-ci trouve sa chaîne en elle-même par sa destination qui est de faire le bien. Or, il ne peut se vendre ni se mesurer comme une marchandise; le bien n'a pas de valeur vénale qui lui

permette de se réclamer de la loi de l'offre et de la demande. Il doit s'effectuer à tout prix."

Ne repoussez jamais le pauvre : la maladie le rend doublement digne de pitié: *res sacra miser*. Le verre d'eau donné au pauvre ne restera pas sans récompense, dit l'Evangile, et, même en ce monde, la charité porte bonheur. C'est le paratonnerre qui doit sauver la société, si elle peut l'être encore.

Le pauvre est plus reconnaissant que certains riches qui, la note d'honoraires soldée, estiment ne plus rien devoir. S'il lui arrive d'être ingrat, je me demande même s'il n'est pas dans son droit strict, Dieu s'étant engagé à payer lui-même pour lui. Ne soyez donc pas généreux à moitié et, abandonnant les honoraires, n'exigez pas qu'on vous accable de remerciements! "La classe inférieure, fait très bien remarquer M. Dechambre, manque souvent de déférence pour le médecin; si l'on pénètre au fond de ce sentiment, on reconnaîtra qu'il a sa source dans la défiance. Le pauvre commence par douter de l'intérêt qu'on va lui porter. Si vous lui parlez d'un peu haut, il entre tout de suite en révolte, devient exigeant. Parlez lui doucement, amicalement; n'ayez l'air de regarder ni son taudis, ni ses habits de travail; il s'en montrera profondément touché. Ces deux états extrêmes sont surtout marqués chez les femmes d'ouvriers et, quand c'est le bon sentiment qui parle, elles ont mille manières délicates de l'exprimer."

Le *Code of Medical Ethics* de l'Association américaine interdit au médecin riche les consultations gratuites, parce qu'elles feraient du tort à ses confrères. Laissez ces maximes à leurs auteurs d'outre-mer et qu'ils les pratiquent chez eux! elles ne valent rien chez nous. Il n'y a pas des médecins riches et des médecins besoigneux: il ne doit y avoir que des médecins bien-faisants. Le bien que vous lerez à un misérable ne peut d'ailleurs nuire à personne et, dans tous les cas, les devoirs de l'humanité priment ceux de bonne confraternité.

Si l'on doit parfois courber la tête pour pénétrer dans une mansarde, on ne le peut jamais pour entrer dans un salon doré. Certains parvenus considèrent le médecin comme un subalterne et le traitent volontiers comme un valet. Ne leur permettez jamais de vous marcher sur le pied, si vous ne voulez pas qu'ils vous marchent sur la tête. Soyez du reste certains qu'ils se tiendront d'autant mieux à leur place, que vous saurez mieux garder la vôtre et, au besoin, sachez renoncer à un client mal éduqué, mais jamais à votre dignité personnelle.

(A suivre)