

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

- 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.

Canadiana.org 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 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.

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences  
accessoires.

DIRECTEURS: MM.

L'HON. PAQUET,  
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,  
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,  
Professeur d'Ophthalmologie.

Secrétaire de la Rédaction: le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

VOL. VI.

MONTREAL, AVRIL, 1892

No 4.

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### La Syphilis cause d'avortement

Par M. le Dr J. A. OUMET, (Paris) Montréal.

La Syphilis est une des causes d'avortement les plus fréquentes. Il est aujourd'hui universellement admis que, chez les femmes syphilitiques, l'accouchement à terme est l'exception, lorsque la maladie est de date récente et n'a pas été combattue par un traitement bien institué et suffisamment prolongé.

Des statistiques nombreuses ont été faites sur la fréquence des avortements causés par la syphilis et toutes démontrent avec une terrible éloquence de chiffres que la syphilis est une cause puissante d'avortement et d'accouchement prématuré.

L'avortement syphilitique est fréquent à peu près à toutes les époques de la grossesse; néanmoins, si on peut le rencontrer dès les premiers mois, bien qu'à ce moment on l'attribue souvent par erreur à toute autre cause qu'à la syphilis, il est d'autant plus fréquent qu'on s'approche davantage du 7<sup>e</sup> mois; le maximum de fréquence est de 6 à 7 mois, on le rencontre moins souvent de 7 à 8 mois.

Chez les femmes qui n'ont jamais été soumises à un traitement spécifique, il est donc fréquent de voir survenir des avortements successifs. C'est à ces séries d'avortement, se reproduisant chez la même femme, qu'on a donné le nom d'avortement à répétition.

Souvent on voit plusieurs grossesses se terminer prématurément. Trois fausses couches successives sont un fait commun.

La répétition des avortements sans cause manifeste peut devenir un signe révélateur de la syphilis et MM. Depaul et Fournier devant ces avortements, se croient autorisés à employer le traitement spécifique dont les résultats sont bien souvent concluants. Presque tous les observateurs font résider la cause de l'avortement dans le fœtus lui-même. L'avortement peut encore reconnaître pour cause des manifestations diverses du côté de l'utérus, du placenta, ou de ses annexes.

Du côté de l'utérus on a accusé la syphilis de produire, par l'anémie qu'elle détermine des troubles de nutrition et d'innervation qui à leur tour, produiraient l'avortement ; il peut exister encore des lésions de la caduque, du chorion, de l'amnios, du placenta, du cordon.

Le père exerce-t-il une influence directe sur le produit de la conception, autrement dit le père syphilitique peut-il transmettre la syphilis au fœtus sans contaminer la mère ?

Cette question a fait l'objet de mainte controverse ; tandis que les anciens syphiligraphes attribuaient à l'influence paternelle une part prépondérante et souvent même exclusive dans la transmission héréditaire de la syphilis, opinion évidemment empreinte d'exagération, d'autres auteurs plus modernes, mais tout aussi exclusifs, refusaient au père toute influence dans l'hérédité de la syphilis.

Aujourd'hui l'opinion qui a prévalu est ce qu'on pourrait appeler l'opinion du juste milieu ; en effet tout en constatant que l'influence paternelle est loin d'être aussi fréquente que celle de la mère tous les auteurs l'admettent.

La syphilis du père a donc une action incontestable sur la grossesse car comme le fait observer Mr Garnier, nombreux sont les faits dans lesquels le père étant syphilitique au moment de son mariage, la femme a un premier avortement ovulaire, puis un avortement embryonnaire.

Le père consulte, on lui donne le traitement mercuriel, la femme a un accouchement prématuré ; il continue son traitement et la femme accouche à terme.

D'autres cas non moins démonstratifs sont ceux où la mère ayant eu des enfants bien portants et à terme d'un premier mari a des avortements successifs dans le cours d'un second mariage et où un traitement spécifique suivi par le père a suffi pour rendre possible la naissance à terme d'un enfant sain.

Néanmoins si avec le professeur Fournier qui dit : l'enfant né d'un père syphilitique et d'une mère saine est exposé par le fait de la syphilis paternelle à mourir avant terme, nous admettons le pouvoir syphilitique du père, nous devons constater que ce pouvoir est loin d'être aussi actif que celui de la mère qui, restant d'ailleurs pendant neuf mois

en communication directe avec son produit, à plus de chance de le contaminer. Mr le professeur Fournier formule aussi cette conclusion, étant donné d'une part, un mari syphilitique, et d'autre part une femme saine, il y a des chances pour que l'enfant issu de ce couple naisse exempt de syphilis, si le père a été soumis au traitement hydrargyrique avant la conception : en effet si chez la femme syphilitique le traitement donne d'heureux résultats, au point de vue de la préservation de l'enfant et surtout de la conduite à terme de la grossesse, les résultats obtenus par le traitement du père sont encore plus favorables.

Le traitement mercuriel doit être aussi prescrit à la mère même non contagionnée. Dans nombre de cas la mère est indemne de syphilis, bien que mettant au monde un fœtus infecté du fait de son père : en outre cette femme jouit d'une immunité absolue pour la syphilis et les tentatives d'inoculation souvent répétées sont restées sans résultats.

Cette loi qui a donné lieu à de nombreuses discussions et qui est admise par la plupart des syphiliographes est interprétée de deux façons différentes ; les uns veulent voir dans ces faits une sorte de vaccination, les autres envisagent la question sous un autre aspect, prétendent que la mère bien que ne présentant pas d'accidents syphilitiques apparents, n'en a pas moins contracté une syphilis très amoindrie, mais qui peut par instant et dans un avenir souvent très éloigné, trahir sa présence dans l'économie par des accidents souvent très graves.

La mère peut devenir syphilitique du fait de son enfant ; cette infection peu fréquente, n'en existe pas moins et est généralement admise ; la mère saine jusque là deviendrait syphilitique pendant la grossesse et de par la grossesse ; il existerait ce que Diday a appelé la syphilis par conception.

Il se fonde pour l'admettre sur ce que chez ces femmes, on ne peut jamais trouver l'accident initial de la syphilis, le chancre : sur ce que après avoir vécu des mois et des années avec leur mari sans avoir été infectées, elles n'ont eu la syphilis qu'après être devenues enceintes.

Si une femme enceinte contractant la syphilis pendant la grossesse peut la communiquer au fœtus, il faut bien admettre avec Hutchinson que c'est par le sang que la contagion doit se faire, par la circulation utéro-placentaire ; si d'autre part, l'on admet que le père ayant seul la syphilis, peut la communiquer à l'enfant, il faudra bien admettre encore que cet enfant syphilitique par son père, peut lui aussi par le sang, par la circulation utéro-placentaire contaminer sa mère. Telle serait la syphilis, par conception, par choc de retour ; l'homme pourrait donc infecter la femme de deux façons, comme mari ou comme père de l'enfant qu'elle porte. En résumé la contagion de la mère par son enfant

admise par un grand nombre d'auteurs, n'est pas impossible, mais doit être un fait exceptionnel et bien des cas d'infection qu'on imputera à l'enfant devront être attribués au père.

### **Syphilis Maternelle**

Dans la transmission de la syphilis d'origine maternelle trois cas peuvent se présenter :

10 La syphilis a été acquise avant la conception :

20 En même temps que la conception.

30 La syphilis a été acquise après la conception dans les premiers mois ou dans les derniers mois de la grossesse.

Lorsque la mère est syphilitique avant la conception, la cellule ovulaire contient le germe de la syphilis, en est imprégnée et est modifiée, par ce germe ; par suite son développement ne pourra guère se faire que sous cette influence qui continue à s'exercer sur le fœtus pendant toute la durée de la gestation.

La plupart des auteurs accordent la prépondérance à l'influence maternelle dans la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant qui peut se faire par l'ovule entaché lui-même de syphilis ou encore par la voie placentaire.

La transmission de la syphilis de la mère à l'enfant est d'autant plus rare que l'époque de la conception est plus éloignée du moment de l'infection.

La présence des accidents tertiaires ne constitue pas une garantie certaine d'immunité pour le fœtus. Voilà ce qui se passe lorsque la mère n'est soumise à aucun traitement.

Si la mère devient enceinte en même temps qu'elle contracte la syphilis nous pouvons facilement encore prévoir ce qu'il adviendra du produit de la conception, elle avortera d'un enfant mort et probablement macéré ou bien elle accouchera d'un enfant qui aura les plus grandes chances d'hériter de sa mère de la syphilis. Cependant des auteurs ont cité des cas de femmes en pleine période secondaire qui ont mis au monde des enfants ne présentant aucune trace d'accidents vénériens au moment de l'accouchement et qui ultérieurement sont restés absolument indemnes.

L'enfant a d'autant plus de chances d'être préservé de la contamination que la mère est elle-même infectée à une période plus avancée de sa grossesse ; l'influence de la mère est donc variable suivant qu'elle contracte la syphilis plus ou moins tôt.

Ricord dit que jusqu'au sixième mois, la mère peut transmettre une syphilis constitutionnelle acquise pendant la gestation, mais si l'infec-

tion a lieu pendant les trois derniers mois, il n'est pas sûr que la transmission soit possible.

M. le professeur Fournier dit que plus la syphilis arrive tard dans le cours de la grossesse plus l'enfant a de chances pour échapper à l'infection.

M. Diday indique le 4<sup>e</sup> mois comme le terme moyen au delà duquel on peut voir survenir l'infection sans trop redouter l'avortement.

M. Newmann ayant observé 20 femmes devenues syphilitiques pendant leur grossesse a vu cinq d'entre elles donner le jour à des enfants syphilitiques tandis que 15 autres nouveaux-nés n'ont présenté aucun signe de syphilis, or les mères des petits syphilitiques avaient été contaminées, deux au 4<sup>e</sup> mois, une au 3<sup>e</sup>, une au 7<sup>e</sup>, et une au 8<sup>e</sup> mois de la grossesse.

Lorsque la mère seule est syphilitique, l'avortement est presque la règle ; lorsque c'est le père seul qui est syphilitique nous avons vu que l'accouchement prématuré était également fréquent.

Si le père et la mère sont tous deux atteints de syphilis, si la maladie, en outre, est de date récente ou n'a pas été soignée et mitigée par le traitement, il est de toute évidence que dans ce cas, on trouve le maximum de fréquence et de conditions favorables à la transmission du mal vénérien.

Les meilleures conditions pour l'hérédité se trouvent en effet réunies ; à un ovule syphilitique vient s'adjoindre l'action d'un spermatozoïde entaché lui-même de syphilis, le tout se développant dans un milieu de même nature, il y a donc dans ce cas hérédité biparentale à facteurs conséquents comme l'a dit M. le professeur Peter.

Ceci s'applique au cas où les parents sont dans les deux premières périodes de la syphilis ; quant à la période tertiaire le fait est plus douteux ; car plus la vérole vieillit, plus la constitution des parents est robuste, dit M. Fournier, mieux le traitement a été appliqué et plus les chances de préservation augmentent pour l'enfant.

Il est reconnu que la grossesse exerce une influence sur la syphilis, elle active la production des syphilides et est un véritable coup de fouet, qui vient souvent réveiller d'une façon brutale et désagréable la diathèse assoupie. La syphilis héréditaire, d'après la définition de M. Lancereaux est la syphilis des parents continuée au produit de conception ; le même auteur dit que l'enfant atteint de la syphilis héréditaire qui vient au monde avec les apparences de la santé peut rester ains, pendant un laps de temps qui varie de trois semaines à deux mois : cette période silencieuse de la maladie constitue un danger au point de vue de la contagion pour les personnes chargées de l'entretien de

l'enfant. Car cette apparente santé fait naître la confiance et oublier les précautions contre la transmission du mal.

L'action du mercure sur la syphilis infantile, dit M. Hallopeaux est réellement merveilleuse.

Sous l'influence des bains de sublimé et des onctions mercurielles on voit souvent de petits êtres cachectisés, semblables à de petits vieillards et menacés de succomber rapidement aux progrès de la redoutable affection que leur ont transmise leurs parents, revenir pour ainsi dire à la vie et fournir la preuve la plus évidente de l'action favorable du mercure.

### Traitement.

M. le professeur Fournier préconise le traitement mercuriel institué dès le début de la grossesse chez les femmes en puissance de syphilis. L'influence du traitement spécifique chez les femmes enceintes se fait sentir de deux façons :

- 1o En diminuant la fréquence des avortements ;
- 2o En préservant souvent l'enfant de l'infection syphilitique.

L'influence de ce traitement est indiscutable et est nettement établie par les statistiques.

Non seulement le traitement n'a pas une influence fâcheuse sur la mère et sur le fœtus, c'est un fait maintenant acquis, mais encore l'influence est des plus heureuses.

La proportion des avortements chez les femmes enceintes syphilitiques qui sont traitées par l'iodure seulement est de 30 pour cent, tandis que chez celles qui sont soumises au traitement mercuriel la proportion n'est que 15 pour cent et chez celles qui ne font aucun traitement 50 pour cent. On doit commencer le traitement dès que la syphilis a été constatée et même, si l'on avait la bonne fortune d'être appelé pour constater la syphilis des parents, avant que la conception ait eu lieu : on aura d'autant plus de chances d'agir efficacement pour la préservation de l'enfant qu'on s'y sera pris plus tôt.

Le traitement de la syphilis, chez la femme enceinte, doit durer au moins autant que la grossesse en tant que maladie pouvant provoquer l'avortement. Le mercure seul, ou quand il le faut combiné avec l'iodure de potassium peut être administré par les voies digestives. L'une des préparations les plus anciennement employées est certainement la liqueur de Vanswieten, mais chez la femme enceinte, le sublimé corrosif qui entre dans cette liqueur incite la muqueuse gastro-intestinale et bientôt n'est plus toléré.

Si l'ingestion du mercure sous ses dernières formes ne peut être continuée chez certaines malades, sous peine d'entraîner des inconvé-

nients plus ou moins graves, il sera préférable de recourir aux frictions mercurielles. Pour éviter la salivation, il faut faire laver la bouche des malades avec une solution de chlorate de potasse 4 à 5 fois par jour.

### Conclusions

La syphilis est une cause puissante d'avortement.

Cet avortement a pour cause des lésions du fœtus lui-même ou de ses annexes.

Il a lieu ordinairement vers le 7e mois.

Le père étant seul syphilitique peut transmettre la syphilis au produit de conception · il y est d'autant plus exposé qu'il se trouve plus près du début de la syphilis au moment où a lieu la conception.

Lorsque le père et la mère sont tous deux syphilitiques l'enfant échappe rarement à la contamination.

La mère syphilitique avant la grossesse a d'autant plus de chances de mettre au monde un enfant sain que la syphilis est plus ancienne. Plus la syphilis se rapproche du terme de la grossesse, plus l'enfant a de chance d'échapper à l'infection.

L'enfant né d'une mère syphilitique peut venir au monde présentant des lésions manifestement syphilitiques ou naître sain en apparence et ne devenir syphilitique qu'après quelques mois ou même quelques années.

La syphilis n'imprime aucun caractère particulier aux suites des couches.

Le traitement mercuriel institué dès le début de la grossesse chez les syphilitiques permet à la mère :

10 De mener souvent sa grossesse jusqu'à terme.

20 De mettre au monde un enfant vivant bien que parfois syphilitique.

30 Dans quelques cas, de mettre au monde un enfant vivant et sans lésions.

40 Parfois l'enfant né sain de parents syphilitiques reste indemne d'accidents syphilitiques quand la mère a été traitée pendant la grossesse.

Lorsque le père étant syphilitique, la mère devenue enceinte se soumet au traitement hydrargyrique, il y a beaucoup de chances pour que la grossesse se termine à terme par la naissance d'un enfant sain.

DR. J. A. QUIMET

Paris 20 mars 1892

## MEDECINE

### Coliques hépatiques

A la Société Médicale, M. le Dr. Ferrand a donné lecture d'une étude expérimentale et clinique sur l'application de la glycérine au traitement des coliques hépatiques, dont voici les conclusions :

1<sup>er</sup> La glycérine administrée par l'estomac est absorbée en nature par les voies lymphatiques notamment par les vaisseaux qui vont de l'estomac au hile du foie et à la vésicule biliaire ; on la retrouve jusque dans le sang des veines sushépatiques ;

2<sup>ème</sup> C'est un puissant cholagogue et un agent précieux contre les coliques.

3<sup>ème</sup> A dose relativement massive (de 20 à 30 gr.), la glycérine détermine la fin de la crise.

4<sup>ème</sup> A dose légère (de 5 à 15 gr.), la glycérine, prise chaque jour dans un peu d'eau alcaline, prévient de nouvelles attaques.

5<sup>ème</sup> La glycérine, sans être un lithontriptique, est donc le médicament par excellence de la lithiase biliaire.

*Le Scalpel*

### La toux de gorge et son traitement,

( Par M. le Dr WLADIMIR de Holstein. )

Les affections des diverses parties dont l'ensemble constitue ce que le public désigne par le nom collectif de "gorge", à savoir le nasopharynx, le pharynx et le larynx, peuvent produire la toux aussi bien que le font les bronchites. C'est là une notion banale que, certes, tout confrère possède au moins théoriquement, mais qui, chose singulière, est souvent délaissée sans aucune considération.

Un malade se présente qui se plaint de tousser : sans examiner la gorge, vite on ausculte. Qu'on trouve des râles bronchitiques ou qu'on n'en trouve pas, peu importe : on s'empresse de prescrire un expectorant, un calmant ou un balsamique quelconque, et tout est dit. On le fait presque inconsciemment, par la grande habitude que l'on a de soigner tous les jours des affections broncho-pulmonaires, habitude qui associe intimement, dans l'esprit du praticien, l'acte de tousser à l'idée de bronchite ou de laryngo bronchite. Or, pour peu qu'il s'agisse d'une toux de gorge, il est évident que toutes les potions du monde seront impuissantes contre le mal et que seul un traitement local approprié peut amener la guérison.

Parmi les différentes affections de la gorge, il en est une qui, par sa

très grande fréquence et par l'intensité de la toux qu'elle produit, joue un rôle très important dans la pratique médicale quotidienne. C'est d'elle et de son traitement que nous allons parler dans les lignes qui suivent.

Il s'agit d'un syndrome clinique qu'on peut appeler *catarrhe de la gorge*. Ce catarrhe, plus ou moins chronique, s'établit tantôt d'emblée, à la suite de certaines causes que nous n'avons pas à étudier ici ; tantôt il est le reliquat persistant d'une affection aiguë, telle que coryza, rhume, bronchite, grippe, etc. Le plus souvent il s'étend à la totalité de ce que nous avons appelé la gorge, c'est-à-dire qu'il implique à la fois les cavités nasales, le naso-pharynx le pharynx et le larynx ; d'autres fois il est plus ou moins localisé en arrière, dans le naso-pharynx, ou en avant, dans le larynx.

Le symptôme prédominant de ce catarrhe est la toux, une toux souvent effrayante d'intensité et qui fait le désespoir du malade et de son entourage. Elle est due, d'une part, aux mucosites gluantes qui descendent du nez et de l'arrière-nez, le long de la paroi postérieure du pharynx qu'elles irritent, d'autre part, à une laryngite, soit primitive, soit secondaire, c'est-à-dire provoquée par les efforts de la toux pharyngienne.

Le malade mouche et crache beaucoup. De temps en temps, il est pris d'accès de toux très bruyants, pouvant provoquer parfois des efforts de vomissements : ces accès de toux se produisent à toutes les heures du jour et de la nuit mais ils sont particulièrement fréquents et intenses le matin, suivant le degré de l'affection laryngienne concomitante. L'auscultation des poumons donne un résultat absolument négatif. L'examen du nez et du pharynx permet de constater un état catarrhal, caractérisé par le gonflement, l'hyperémie et l'hypersecretion de la muqueuse.

En l'absence d'un traitement approprié, ce catarrhe de la gorge et la toux, qui en est la conséquence, peuvent s'éterniser pendant des années. Nous connaissons une dame qui fut longtemps soignée, sans succès, pour une toux quinteuse continue, par tous les moyens employés habituellement contre les bronchites. Finalement, on crut la toux d'origine tuberculeuse et on prescrivit la créosote et les vésicatoires ; Or, il s'agissait, en réalité, d'une simple toux catarrhale de gorge, qui céda rapidement au traitement local.

Ce traitement, tel que nous allons le décrire, ne présente rien de nouveau, rien qui nous soit personnel. Nous l'avons vu appliquer dans les différentes cliniques laryngologiques de Paris, et nous l'avons ensuite employé nous-même, avec succès, chez nos malades. Si nous

croions opportun d'en parler ici, c'est qu'il est encore inconnu de la généralité des médecins praticiens, et que, au moyen d'une légère modification du manuel opératoire habituel, ce traitement devient d'un emploi très facile, même pour celui qui ne possède aucune connaissance laryngologique spéciale.

Le traitement dont il s'agit s'adresse à la fois à toutes les parties atteintes de catarrhe — nez, arrière-nez et larynx — et consiste surtout dans des applications locales de menthol.

Contre la rhinite catarrhale, on prescrira le mélange dont voici la formule :

Acide borique en poudre..... 10 grammes.

F. S. A. — Poudre à priser (à délivrer dans une petite boîte que le malade porter sur lui).

Menthol..... 2 gr. 50 centigr.

Huile d'olive surfiné..... 50 grammes.

Mêlez. Pour accélérer la dissolution du menthol, placez le mélange au bain-marie. — Usage externe.

Plusieurs fois par jour, le malade prendra, par chaque narine alternativement (l'autre narine étant tenue fermée avec le doigt), une prise de poudre d'acide borique.

Deux fois par jour, matin et soir, il s'introduira dans les deux narines un pinceau de coton trempé dans la solution huileuse de menthol. Il aura soin de diriger le pinceau directement d'avant en arrière, de façon qu'il suive la direction du méat inférieur. Le malade pourra aussi se verser simplement de l'huile mentholée dans le nez, en tenant la tête fortement renversée en arrière.

Le catarrhe naso pharyngien sera combattu au moyen de badigeonnages avec le mélange ci-dessous formulé :

Iode pur..... 0 gr. 25 centigr.

Iodure de potassium.. ..... 2 grammes.

Glycérine.....20.. grammes-

Essence de menthe poivrée. IV gouttes.

F. S. A. — Usage externe.

Ces badigeonnages sont répétés d'abord deux, puis une fois par semaine, à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé de la solution médicamenteuse et enroulé autour d'une tige recourbée de façon qu'on puisse pénétrer avec elle derrière la luctte, jusqu'à la voûte pharyngonasale. On pratique de simples atouchements sur cette voûte, mais sur la paroi postérieure du pharynx, l'on fait, avec le tampon, des frictions assez énergiques qui contribuent puissamment au dégonflement et à la décongestion de la muqueuse.

D'une manière générale, on s'abstiendra de l'emploi des lavages du nez au moyen du siphon de Weber, dont on abuse si souvent dans la pratique laryngologique. En effet ces lavages très utiles dans certaines affections, telles que, par exemple, l'ozène, sont souvent nuisibles dans le catarrhe nasal hypertrophique, où ils ne procurent qu'un soulagement momentané, mais augmentent, par contre, le gonflement de la muqueuse et amènent des coryzas intenses et persistants.

Contre la laryngite catarrhale on aura recours aux injections laryngiennes de la même solution de menthol dans l'huile d'olive à 50/0. Nous disons *laryngiennes* et non pas *intra-laryngiennes*, attendu que ces injections ne sont pas, à proprement parler, pratiquées à l'intérieur du larynx en dessous des cordes vocales, mais sont faites de façon que le liquide se répande simplement sur les cordes vocales.

Bien que les injections laryngiennes d'huile mentholée soient d'un usage courant dans les cliniques laryngologiques de Paris ( citons, par exemple, le service de consultations pour les maladies de la gorge de M. le docteur Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière), elles ne sont pas encore passées dans le domaine de la pratique urbaine. La raison en est facile à comprendre, si l'on considère le procédé suivant lequel ces injections sont habituellement pratiquées. Il consiste à introduire de la main gauche le miroir laryngien, tandis que la main droite tient la seringue et injecte le liquide *de visu*. Comme on le voit, c'est une véritable petite opération laryngologique qui demande l'outillage est l'habitude du spécialiste. Il n'y a donc rien d'étonnant que son emploi ne soit pas généralisé.

Or, il y a un moyen de pratiquer ces mêmes injections sans l'aide du miroir, mais tout aussi efficacement et avec la plus grande facilité, moyen employé par certains laryngologistes anglais et qui n'exige pour tout instrument que la seringue laryngienne.

Cette seringue est d'une capacité de 2 à 7 grammes et présente la seule particularité d'être munie d'une longue canule recourbée à angle droit, comme l'est la sonde dont on se sert pour le larynx.

Comme il ne s'agit pas, ainsi que nous l'avons déjà dit, d'injecter le liquide à l'intérieur du larynx et qu'il suffit de le verser sur les cordes vocales, point n'est besoin de voir le larynx pour pratiquer l'injection. Il faut seulement s'orienter de façon que le liquide soit versé immédiatement en arrière de l'épiglotte, qu'il fuser le long de sa face postérieure jusqu'aux cordes vocales. Pour ce faire, le malade (assis ou debout) tire la langue et la maintient de cette position en la fixant solidement entre l'index et le pouce, au moyen d'un mouchoir. On l'invite à respirer *par la bouche* : puis avec l'index de la main gauche, et sans toucher à la base de la langue (ce qui pourrait provoquer des efforts

de vomissement), on pénètre rapidement jusqu'à l'épiglotte, on l'accroche pour ainsi dire avec le doigt, on applique immédiatement derrière elle le bout de la canule de la seringue qu'on tient de la main droite. on pousse le piston et on injecte environ 2 grammes de liquide. Ces deux manœuvres que nous avons décrites séparément peuvent et doivent être faites en même temps : l'index gauche et la canule de la seringue sont introduits simultanément, juxtaposés l'un à l'autre, dans la cavité buccale du malade.

L'effet de ces injections est absolument le même que celui qu'on obtient par les injections pratiquées à l'aide du miroir laryngien. Les malades ont un peu l'envie de tousser, ce qu'ils doivent s'efforcer de réprimer (en se pinçant fortement les lèvres avec le doigt. Ils ressentent le goût du menthol et éprouvent une sensation particulière, moitié fraîcheur et moitié cuisson, qui de la gorge descend jusque dans le creux de l'estomac. Une partie de liquide injecté est avalé, une autre est expulsée avec les crachats, une troisième partie reste sur les cordes vocales, les replis ary-épiglottiques, et pénètre même à l'intérieur du larynx.

Il est bon de faire à chaque séance deux injections séparées par un intervalle de dix à quinze minutes. Les séances sont répétées aussi souvent que possible : tous les jours et même deux fois par jour. Dans les cas où le malade ne peut être vu quotidiennement, deux ou trois séances par semaine suffisent à la rigueur.

Les injections laryngiennes de menthol, pourvu qu'elles soient faites convenablement, sont toujours très bien supportées. Les cas sont rares dans lesquels elles se montrent impraticables, soit qu'il s'agisse d'individus timorés et à la gorge extrêmement sensible, soit qu'on se trouve en présence d'un dégoût insurmontable pour l'huile et le menthol.

Quant à l'action thérapeutique de ces injections dans les catarrhes de la gorge, elle se manifeste parfois instantanément dès la première séance par une diminution considérable, voire même par la disparition complète de l'enrouement; Au bout de quelques jours la toux diminue, puis cesse tout à fait.

Il va sans dire que les diverses affections qui compliquent et entretiennent souvent le catarrhe de la gorge, telles que polypes du nez, hypertrophie des cornets, hypertrophie des amygdales, etc., devront toujours être soumises au traitement spécial qu'elles exigent. Mais même dans ces catarrhes de gorge compliqués, le traitement que nous avons indiqué suffira souvent, non seulement à soulager le malade, mais encore à faire disparaître complètement le symptôme le plus désagréable de l'affection — la toux

Ce n'est pas seulement dans le catarrhe de gorge que les injections

de menthol rendent des services. Elles sont encore utiles dans tous les états d'irritation du larynx, dans la laryngite aiguë, laryngite professionnelle, la laryngite tuberculeuse, etc., où elles diminuent l'enrouement et calment la toux. Elles guérissent parfois aussi certaines toux (ou aboiements) hystériques qui font le désespoir du médecin. Elles peuvent même triompher des aphonies par paralysie hystérique des cordes vocales. C'est sans doute par suggestion qu'elles agissent dans les cas de ce genre.

Avec le procédé facile que nous avons indiqué, les injections laryngiennes de menthol méritent donc d'être largement employées dans la pratique médicale.

Ajoutons, en terminant, que tout dernièrement les laryngologistes américains ont commencé à servir, pour le traitement des affections du nez et de la gorge, d'un mélange à parties égales de camphre et de menthol. Ils prétendent que ce mélange de camphre (qui, comme le salol ou le naphthol camphré, est un liquide oleagineux) est un calmant encore plus puissant que le menthol pur.

Si donc on voulait essayer le mélange en question, on pourrait le formuler ainsi :

Camphre pulvérisé.....	} à 1 à 2 gramme.
Menthol .....	

Mélez et triturez jusqu'à liquéfaction complète.

Ajoutez :

Huile d'olive surfine..... 50 grammes.

F. S. A.—Usage externe.

(*Gazette Médicale*).

### **Asphyxie locale des extrémités : pathogénie et traitement**

Par M. le professeur Peter

—Messieurs, j'ai l'intention de vous parler aujourd'hui de deux cas d'une maladie que nous avons rarement l'occasion d'observer, l'asphyxie locale des extrémités ou maladie de Raynaud. Je vous parlerai de la thérapeutique de cette affection et de l'électrothérapie, dont vous pourrez tirer grand parti dans le traitement.

Il y a quelques jours entré dans notre service une femme de 25 ans femme de chambre de son métier, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'à la fin du mois de novembre 1891. A cette époque, elle éprouva des engourdissements et une sensation de brûlure d'abord à l'annulaire de la main droite - sensation qui envahit rapidement toutes les phalanges et le métacarpe, Elle eut recours aux soins d'une masseuse; mais le

massage ne servit qu'à provoquer de violentes douleurs, qui bientôt l'empêchèrent de dormir. Elle se présentait peu de jours après à l'hôpital ; sa main droite offrait des signes non douteux de gangrène ; les deux dernières phalanges des doigts étaient racornies, desséchées, la première phalange et la main étaient violacées.

L'artère humérale n'était le siège d'aucun batement ; elle avait la consistance d'un cordon dur. De plus, fait insolite, au-dessus des parties en voie de sphacèle, le membre était œdématié, chaud, rose, douloureux, c'est-à-dire qu'il offrait les symptômes de l'inflammation. La température de la main sphacelée était inférieure à la normale. Il y avait à la main droite, 1°4 degrés de moins qu'à la main gauche. A l'avant-bras droit, 36°2 à l'avant-bras gauche 34°5. Je ne sais trop à quelle cause rapporter cette hypothermie ; je me demande s'il n'y aurait pas eu phlébite en même temps qu'artérite, c'est-à-dire thrombose artérielle et veineuse avec inflammation des parois vasculaires. Il s'agissait, en somme, d'un cas de maladie de Maurice Raynaud, d'asphyxie locale des extrémités, mais avec cette anomalie, qu'au lieu d'être symétrique, elle était localisée à un segment d'un seul membre. La maladie de M. Raynaud, est une affection nerveuse des nerfs des artères ; elle consiste dans un spasme de ces nerfs, qui provoque la syncope locale ; si ce spasme est assez intense pour arrêter la circulation sanguine dans les artères contracturées, il y a asphyxie locale, et, finalement, gangrène par aggravation et persistance de la contracture vasculaire. Il s'agit, en somme, d'un trouble de la contractilité des vaso moteurs.

La gangrène spontanée peut reconnaître pour cause une maladie des vaisseaux, l'artérite, ainsi qu'il arrive dans la fièvre typhoïde ou de modifications de la crase sanguine, dans les maladies infectieuses. Il n'y avait rien d'analogue et on ne pouvait incriminer chez notre malade ni la fièvre typhoïde ni aucune maladie infectieuse, non plus que l'ischémie, qui, lorsqu'elle est profonde, favorise la coagulation du sang la phlegmatia, et peut, par conséquent, provoquer une oblitération artérielle, et par là même, la gangrène. Quoique anémique, notre malade n'est nullement chlorotique ; pourtant je serais tenter d'incriminer chez elle la dyscrasie sanguine, à défaut d'autre chose appréciable. Notre malade a perdu la vitalité de sa main, et le sillon éliminateur commence à se dessiner entre les tissus morts et les tissus vivants. Il existe une induration œdémateuse à l'avant-bras, de la douleur au côté cubital de ce segment de membre ; il y a un certain degré d'inflammation, et c'est pour cela que je considère l'intervention opératoire comme contre-indiquée ; les parties non sphacelées sont, en effet malades, et si l'on procédait à l'amputation de la main, on aurait un moignon peu vivace et peu de chances de succès ; il est préférable de laisser agir

et d'aider la nature, en favorisant l'élimination des tissus gangrénés, et d'attendre la chute spontanée de celle-ci, à moins qu'il ne se produise de la résorption septique, et, dans ce cas, l'intervention chirurgicale s'impose.

Je tiens à vous rapporter encore l'histoire d'une malade de notre service, histoire qui offre un grand intérêt en raison : 1<sup>o</sup> de la pathogénie de la maladie de M. Raynaud, et 2<sup>o</sup> du succès rapide obtenu par le traitement institué.

Il s'agit d'une femme qui était déjà entrée dans notre service pour une légère hémiplégié droite, provoquée par une violente émotion ; elle avait recouvré l'intégrité des forces lorsque, peu de temps après sa rentrée chez elle, elle fut reprise subitement, toujours à la suite d'une émotion, d'hémiplégié droite complète avec aphasie. Cette hémiplégié s'améliore peu après sans disparaître et la parole est encore difficile ; enfin, elle entre de nouveau à l'hôpital, dans ce même état, mais présentant, en plus, les symptômes de la maladie de M. Raynaud : il y a aux deux membres du côté gauche de l'asphyxie et, aux deux membres droits, de la syncope locale des extrémités.

En résumé nous avons eu affaire : dans ce cas, à une femme nerveuse, émotive, qui à deux reprises, et à la suite d'une violente émotion, a été frappée d'une hémiplégié du côté droit compliquée d'aphasie. Quelque temps après, apparition de la maladie de M. Raynaud. M'est avis que, dans ce cas, l'hémiplégié et l'asphyxie locale des extrémités étaient sous la dépendance d'un même processus, d'un spasme vasculaire local qui du côté des membres, a provoqué l'asphyxie locale et, du côté de l'encéphale, un état de dystrophie de la troisième circonvolution frontale ascendante gauche, comparable au sphacèle, et s'étant manifesté par des attaques d'hémiplégié avec aphasie.

J'ai eu l'idée de traiter cette femme par des applications du courant galvanique, médication qui avait déjà été employée avec succès par Maurice Reynaud.

Avant l'institution du traitement électrique, les doigts de la main droite étaient pâles, exsangues, insensibles à la piqûre, mais sensibles à la pression ; il en était de même aux orteils du pied droit. À gauche les doigts étaient le siège d'une asphyxie de teinte livide, presque noire ; les orteils étaient pâles, exsangues. La température locale des extrémités était : au pied droit, 20°5 ; au pied gauche, 23°5 ; à la main droite (syncope), 19°5 ; à la main gauche (asphyxie), 14°5. On commence, le 4 décembre, le traitement électrique. La séance durait vingt minutes ; le pôle négatif était mis successivement en contact avec chacune des extrémités pendant cinq minutes. On fait ainsi une séance tous les jours. Le 7 décembre, le bout des doigts de la main gauche

n'a plus sa teinte livide, les doigts sont beaucoup plus pâles. Le 10, les extrémités commencent à être un peu plus chaudes ; la température locale est de 24°5 au lieu de 20°5 au pied droit ; de 24° au lieu de 23°5 au pied gauche ; de 23°5 au lieu de 19°5 à la main droite ; de 24° au lieu de 14° à la main gauche.

Le 14 décembre, l'asphyxie et la syncope des extrémités ont totalement disparu ; on suspend le traitement ; mais, l'asphyxie et la syncope se manifestant de nouveau le 20 décembre, on reprend l'électrisation. Le 19 janvier, la malade est guérie des troubles des extrémités ; il n'y a plus ni syncope ni asphyxie ; à peine un peu de pâleur des doigts le matin. On cesse le traitement.

Aujourd'hui, la guérison est complète, bien qu'on n'ait pas fait de nouvelle application électrique depuis vingt et un jours. Les mains et les pieds ont leur couleur, leur température, leur sensibilité absolument normales.

Voici quel a été le mode opératoire suivi : le pôle positif d'un appareil galvanique était placé sur la colonne vertébrale, au niveau du renflement cervical, le pôle négatif plongeait dans une cuvette contenant de l'eau tiède salée. On baignait successivement chacune des quatre extrémités, pendant cinq minutes, dans l'eau qui jouait ainsi le rôle de pôle négatif. Le nombre des éléments employés a été porté progressivement à 4, 8, 10 et 16 pour chaque membre, et l'intensité du courant a été de 1, 2 et 3 milliampères, aux maximum.

Ce traitement comme vous le voyez, Messieurs, a donc donné des résultats aussi satisfaisants qu'on pouvait le désirer.

*Revue de thérapeutique.*

### **Du traitement des pleurésies,**

( Par le professeur PETER )

Messieurs, on a inauguré depuis quelque temps l'interview en matière de médecine, et un journal fort répandu faisait récemment un enquête sur la médication de la pleurésie dans les hôpitaux de Paris. Je n'ai pas voulu répondre à la question ainsi posée et je vais vous dire pourquoi : C'est que je ne connais pas la pleurésie ; je ne connais que des pleurétiques.

Il y a des pleurétiques jeunes, des vieux, des robustes, des débilités ; des pleurétiques hommes, des pleurétiques femmes enceintes, d'autres dans la période puerpérale, etc., etc. ; d'où des formes diverses exigeant des médications différentes. On devait donc forcément, dans la recherche du traitement général, aboutir à des opinions discordantes qui, placées bout à bout, devaient avoir pour fâcheux résultat de faire rire la galerie.

C'était encore un autre point de vue faux que de restreindre la question aux malades des hôpitaux ; car on a affaire à une population spéciale, différente de la population riche, de celle des campagnes, etc.

Je me propose, d'ailleurs, d'examiner devant vous les réponses faites ; vous verrez que les opinions les plus diverses se sont fait jour.

Je relève d'abord une remarque très juste. M. Lécorché fait observer que les jeunes médecins, voire les jeunes internes, exercent une véritable pression sur leurs chefs de service pour leur faire accepter des opinions plus ou moins fondées, bâties sur des théories nouvelles. Malgré tout, dit cette auteur, je n'ai pas changé grand'chose à ma pratique. J'emploie toujours les vésicatoires.' Je ferai remarquer qu'à l'heure actuelle, on vise la plèvre, l'exsudation, les douleurs, et on oublie le point primordial : la fièvre pleurétique. Les anciens, qui y attachaient, au contraire, la plus grande importance, saignaient les pleurétiques et reconnaissaient sur le sang la couenne pleurétique, indice de l'inflammation.

D'autre part, les jeunes auxquels faisait allusion M. Lécorché, nous disent volontiers : " Il n'y a pas à se préoccuper de la pleurésie. La pleurésie, c'est de la tuberculose. " Je n'accepte pas cette opinion. Elle n'est vraie que pour les malades d'hôpital, les seuls d'ailleurs qu'ils aient pu voir. Elle n'est vraie ni pour la clientèle privée ni pour la clientèle de campagne.

Il n'en est rien assurément chez les paysans. Le robuste vigneron est pris d'un point de côté atroce, de dyspnée ; si vous le saignez, le malade est soulagé. Avec des ventouses scarifiées, des vésicatoires, vous jugulez alors la pleurésie : l'épanchement ne se produit pas.

Voyons maintenant l'opinion du professeur G. Sée. Il nie l'utilité des révulsifs, car il accepte l'opinion qui rattache la pleurésie à la tuberculose. Il n'attache d'importance ni aux purgatifs, ni aux diurétiques, ni aux sudorifiques. M. Sée alimente ses malades pour leur permettre de résister à l'invasion microbienne. En somme dit-il, c'est la tuberculose qu'il faut soigner et, comme actuellement ce traitement est presque nul, que reste-t-il à faire ? Rien.

Voilà, Messieurs, où conduisent des doctrines exagérées. Chez les Parisiens débilités par toutes sortes de causes, la pleurésie est souvent le préambule de la tuberculose. Mais c'est là un fait spécial ; il est impossible de généraliser cette donnée. Il faut à ce cas spécial un traitement spécial, celui des pleurétiques débilités. Mais chaque individualité réclame un traitement différent.

M. Hayem croit à l'influence du salicylate de soude et du salol sur l'épanchement.

M. Talamon croit que la guérison peut se produire simplement par

le repos. La thoracentèse lui paraît nécessaire vers la fin du troisième septenaire, si l'épanchement ne s'est pas spontanément résorbé. Cette remarque est très judicieuse ; mais si cette heureuse terminaison tarde trop à se produire, n'hésitez pas à intervenir.

M. Talamon n'applique jamais de vésicatoires à aucune période de la maladie. Les diurétiques et les drastiques lui paraissent inutiles.

M. Dieulafoy dirige son traitement contre la douleur et l'épanchement ; mais il oublie la fièvre qui, en somme, a causé la pleurésie. C'est comme si, dans la pneumonie, vous ne soigniez que le crachat. L'épanchement, c'est le crachat de la pleurésie. Il emploie contre la douleur les injections de morphine, quelquefois un petit vésicatoire. Cela me paraît insuffisant. Les ventouses scarifiées combattraient à la fois la douleur et l'inflammation. L'injection de morphine n'est qu'un subterfuge. au lieu d'en gourdir le nerf qui nous avertit de la lésion, avec les ventouses scarifiées ou les vésicatoires, vous vous adressez à l'inflammation elle-même, et vous ne faites pas qu'amuser le malade et son entourage, comme le prétend M. Talamon. Avec ce traitement vous laissez toute facilité à l'épanchement pour se produire. Quand une fois il existe et avant le troisième septenaire, il faut attendre. Ensuite, dit M. Dieulafoy il faut intervenir.

Mais comment ? M. Dieulafoy dit qu'il n'extrait le liquide que fractionnellement. En effet, lorsqu'on enlève brusquement un épanchement considérable, on s'expose à d'assez graves accidents. Le poumon se déplisse plus ou moins rapidement et l'air se précipite dans les bronches, pendant que le sang envahit le domaine de l'artère pulmonaire : alors la toux se produit par le contact nouveau de l'air contre le poumon primitivement contracté. En même temps, du côté des vaisseaux sanguins, l'excès de pression peut amener une extravasation de sérosité à la quelle on a improprement donné le nom d'expectoration albumineuse. Cette extravasation du sérum sanguin peut même gagner les bronches du côté opposé par l'intermédiaire de la trachée, et alors l'asphyxie se produit. C'est en se basant sur ces conditions que M. Dieulafoy juge utile de fractionner l'opération,

Tout en faisant la part de ce qu'il y a de sage dans cette pratique, je ne l'ai pas adoptée pour les raisons suivantes : les ponctions répétées ne sont pas toujours acceptées facilement par les malades ; en outre, l'opération s'accompagne souvent de petits incidents dont les conséquences peuvent être graves ; il n'est donc pas indifférent de répéter un grand nombre de fois l'opération. Il est donc préférable, une fois qu'on a pénétré dans la plèvre, de se débarrasser du coup de tout l'épanchement. Il est facile d'ailleurs de mener l'évacuation avec lenteur.

M. Bucquoy fait remarquer qu'il faut distinguer dans les pleurésies celles dont le début est latent et celles dont le début est brusque.

Il émet cette opinion, que je partage absolument, que, si le malade est pris à temps, on peut par le repos absolu et les révulsifs empêcher l'épanchement de se produire. J'ai des exemples de ces cas dans ma pratique.

“ Dans les pleurésies à début brusque, dit M. Bucquoy, la médication antiphlogistique s'impose. Sans aller, au moins à Paris, jusqu'à la saignée, il ne faut pas hésiter à appliquer huit ou dix ventouses scarifiées *loco dolenti*.” Il administre volontiers un vomitif, mais cela dans les formes bilieuses. Contre la fièvre, il administre le sulfate de quinine et l'antipyrine. Pas de vésicatoires à cette période.

Une fois l'épanchement produit, M. Bucquoy applique des révulsifs. Si le liquide est très abondant, il est d'avis que la thoracentèse s'impose du douzième au quinzième jour. Il extrait constamment la totalité du liquide épanché. Une fois le liquide retiré, la fièvre peut néanmoins persister et donne lieu à la reproduction de l'épanchement. Cette reproduction devra être combattue par les ventouses scarifiées et les vésicatoires.

Ces divergences d'opinions tiennent surtout, vous devez vous en rendre compte maintenant, à ce que les auteurs de réponses se placent à des points de vue différents.

Deux malades qui se trouvent actuellement dans le service vont nous fournir la preuve de ce que j'avance, à savoir : qu'il n'y a que des pleurétiques. Tous deux sont atteints de pleurésie, mais leur histoire est bien différente.

Celui qui est couché au no 5 a été atteint, pendant huit jours, d'un point de côté à gauche et en avant ; l'oppression qui se développa alors força le malade à entrer à l'hôpital. Il ne s'était pas arrêté jusque là, et cependant il avait trois litres de liquide dans la plèvre gauche. Le malade n'avait pas senti sa fièvre ; il fallait cependant faire la thoracentèse à cause de l'oppression et de la déviation du cœur. On tira 2,500 grammes de liquide, en procédant lentement. Il ne se produisit pas de toux.

A la suite de cette ponction, le cœur reprit sa place ; l'oppression cessa. Mais le malade ne fut pas guéri, La température prit, en effet, une marche assez irrégulière. Avant l'opération elle était de 39° au maximum. La veille de l'opération, on constatait 38°8 ; le matin de la ponction, 38° ; le soir, 38°4. Le lendemain matin, il n'y avait plus que 37°9 ; mais, le soir du jour suivant, elle s'élevait à 39°5 ; le lendemain, elle se maintenait au même chiffre. Malaise considérable ; pouls fréquent et faible. Depuis, la fièvre persiste. En présence de cette

situation, il y avait lieu de craindre la transformation purulente du peu de liquide qui persistait dans la plèvre. Une petite ponction exploratrice révéla la présence de sérosité nullement purulente. Il n'y a pas non plus augmentation de l'épanchement, je crois, par suite qu'il y aura résorption spontanée grâce à l'application des révulsifs et du sulfate de quinine contre la fièvre.

Le malade au n°2 nous présente une marche tout différente de la maladie. D'abord il y a apyrexie : ensuite le début a été très intense ; violent frisson, point de côté.

Ce malade a eu l'heureuse idée de s'appliquer successivement deux vésicatoires. Enfin, toujours très souffrant, il s'est décidé à entrer à l'hôpital. A son entrée à l'hôpital, il est apyrétique : 37°,5.

La pleurésie siège à droite. Le foie est baissé de 2 centimètres et demi au-dessous des fausses côtes. La percussion nous dénote, 4 à 5 centimètres d'épanchement. En arrière, on constate de la matité avec beaucoup de souffle et d'égophonie.

Comme il n'y avait pas d'oppression, pas de fièvre et que le malade était au 16<sup>e</sup> jour de l'épanchement, nous pensâmes que celui-ci pourrait se résorber de lui-même et nous appliquâmes un troisième vésicatoire. Ce sont sans doute les deux vésicatoires qu'il s'est appliqués dès le début qui ont enrayé la formation de l'épanchement.

De tout cela, je conclus que les dissidences sont plus apparentes que réelles. Elles résultent d'une conception incomplète de la maladie.

On oublie trop la maladie protopathique, la fièvre pleurétique ; et, en outre, le traitement doit varier avec la maladie. Il faut se souvenir que l'on ne traite pas une pleurésie, mais un pleurétique.

*(L'Union Médicale)*

---

## CHIRURGIE

---

### **De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles de la hanche**

Par le Dr VAUTRIN

L'auteur pose les conclusions ci-après :

1<sup>o</sup> Dans les luxations irréductibles de la hanche, l'expectation, l'électrisation et le massage permettront de faire recouvrer au malade, dans la majorité des cas, un membre utile dont les fonctions s'amélioreront avec l'exercice ;

2<sup>o</sup> Lorsque la nature de la lésion, assez longtemps observée, ne per-

met pas d'espérer le retour des fonctions ; lorsque la luxation s'accompagne de douleur par compression nerveuse, de position vicieuse du membre, d'impossibilité de la marche, l'intervention chirurgicale s'impose, pourvu que le sujet n'ait pas dépassé l'âge d'adulte ;

3° La ténotomie sera considérée comme insuffisante pour préparer la réduction ;

4° L'arthrotomie permettra, dans les luxations récentes, de faire la réduction et d'obtenir aussi de beaux succès. On devra toujours recourir à elle avant de pratiquer la résection. Cette dernière opération est capable d'améliorer beaucoup l'état du sujet et de lui rendre l'aptitude au travail, sinon une démarche facile et à peu près normale ;

5° L'ostéotomie et l'ostéoclasie seront réservées pour les cas où la tête du fémur est fixée dans une position vicieuse incompatible avec la marche.

*Revue Générale de Médecine.*

### **La pulvérisation phéniquée. Son application au traitement de l'orchite blennorrhagique.**

(P. THIERYET H. FOSSE : *Gaz. méd.*, Paris, 7 nov. 532.)

On se sert du pulvérisateur de Lister et d'une solution phéniquée faible. On isole avec du taffetas gommeux les régions voisines ; la pulvérisation doit être aussi chaude que possible, 55° à 40° renouvelée deux ou trois fois par jour et pendant vingt minutes ; la moyenne de la durée du traitement a été de 7 jours. Les conclusions qui terminent ce travail sont les suivantes : 1° La pulvérisation phéniquée a un triple mode d'action qui en fait un antiseptique, un analgésique et un résolutif ; 2° Elle est donc tout indiquée *a priori* contre les deux principaux symptômes de l'orchite blennorrhagique, inflammation et douleur ; 3° Pratiquement elle a amené rapidement, dans la plupart des cas la sédation de la douleur et hâté la résolution ; 4° Elle remplace avantageusement les topiques (cataplasmes en particulier) habituellement employés ; 5° Elle ne donne lieu à aucun accident local ou général ; 6° Elle paraît réduire, dans des proportions notables, la durée de l'affection ; 7° C'est donc une méthode à la fois innocente et efficace qui doit prendre place dans la thérapeutique de l'épididymite blennorrhagique et vraisemblablement de toutes les orchites aiguës ; 8° Il n'a pas été possible aux auteurs de faire pénétrer dans l'organisme, par ce moyen, quelques substances médicamenteuses telles que le salicylate de soude et l'iode de potassium, mais il y a lieu de reprendre ces expériences à nouveau et en cas de succès, d'étudier leur influence sur la production de la guérison de l'orchite.

*Journal de Méd. de Paris.*

## De la ligature à distance dans les plaies de la paume de la main

La conduite à tenir par le chirurgien dans les hémorragies consécutives aux plaies de la paume de la main est aujourd'hui toute tracée ; il faut lier les deux bouts de l'artère divisée, en agrandissant au besoin la blessure. Cette opération devra se pratiquer sous le chloroforme, après application de la bande d'Esmarch et, quand l'arcade palmaire superficielle sera seule intéressée, il suffira d'un peu de patience et de quelques débridements pour lier ou saisir les deux orifices qui donnent. Il n'en est pas toujours de même quand l'arcade palmaire profonde ou l'artère radiale a sa sortie de l'adducteur sont intéressées.

La profondeur de la plaie, l'importance des organes qui traversent la paume de la main rendent parfois la recherche très difficile et le résultat impossible. On peut bien arriver à saisir un des bouts du vaisseau divisé ; mais l'autre se dérobe, se réfugie sous les tendons et les nerfs, qu'il est impossible, sous peine de dégâts considérables, d'écarter suffisamment pour placer une pince sur une artère que son petit calibre rend toujours très difficile à voir. D'un autre côté, on ne peut arriver par la face dorsale en se frayant une route à travers le gril trop serré des métacarpiens, à passer une ligature en anse, sur ce vaisseau dont la situation peut, du reste, varier de quelques millimètres, et dans ces conditions, on est obligé d'avoir recours à des moyens moins sûrs, il est vrai, mais dont il est important de connaître l'efficacité.

On recommande, dans ces cas, la compression directe dans la plaie et indirecte sur les artères de l'avant-bras ou du bras, l'élévation du membre, la cautérisation et enfin la ligature indirecte ou à distance.

Nous n'avons pas ici à discuter ces différents procédés qui, tous ont pu réussir dans certaines circonstances.

La compression compte des succès, mais bien des revers. En tous cas, elle n'est jamais très sûre. Elle exige, en effet, pour pouvoir réussir, d'être maintenue pendant plusieurs jours sans renouveler le pansement. Or on a affaire à une plaie infectée, à une blessure anfractueuse et contuse, dans de mauvaises conditions par la formation d'un caillot solide, et dans de très bonnes dispositions pour la suppuration et, si ce caillot a pu se former dans les premières vingt-quatre heures, il a des chances pour être détruit ultérieurement par l'infection de la plaie, comme l'a montré M. le professeur Verneuil, et peut donner lieu à une hémorragie secondaire. De plus la compression assez forte pour arrêter le cours du sang dans l'artère coupée empêche la circulation dans toutes les parties situées au-dessous des points serrés par le bandage et met les tissus dans de mauvaises conditions de nutrition. Enfin, elle est

quelquefois très douloureuse et ne peut être supportée par les malades. Nous disons de même de l'élevation du membre, vanté autrefois par le professeur Gosselin.

Reste la ligature indirecte qui n'a été employée que dans les cas ultimes, quand tous les autres moyens avaient échoué, et cela parce que le choix de l'artère à faire n'a peut-être pas été assez discuté.

Les livres classiques, même les plus récents, sont formels à cet égard et prescrivent de s'adresser immédiatement à l'artère humérale, soit *au pli du coude et mieux au tiers inférieur du bras, au-dessus de l'origine de l'humérale profonde*. Ce sont les connaissances anatomiques qui ont autrefois dicté cette conduite à cause des nombreuses anastomoses qui unissent toutes les artères du membre supérieur. Mais quoique n'ignorant pas ces anastomoses, le chirurgien ne peut hésiter : aller du premier coup lier l'humérale, presque l'axillaire, d'un homme qui n'a qu'une plaie de la paume de la main, c'est bien gros ; on a comme malgré soi des frissons de gangrène et peut-être pas a tort car il existe, dans la science, au moins un exemple de cet accident, celui de Blandin, cité dans tous les auteurs.

D'un autre côté, on se rappelle les observations dans lesquelles, radicale et cubitale, humérale au pli du coude liées successivement ont été impuissantes à maîtriser l'écoulement du sang, et on reste perplexe.

Si cependant, on réfléchit aux conditions dans lesquelles ces ligatures ont été faites, on constate que c'est dans des cas d'hémorragie provenant le plus souvent d'une plaie septique ; que de plus, le temps écoulé entre la première ligature et la dernière a, sans aucun doute, permis à la circulation collatérale de rétablir intégralement le courant sanguin dans la main et on est en droit de se demander si la simple ligature simultanée de la cubitale au poignet, accompagnée d'une parfaite antiseptie de la plaie palmaire, de serait pas suffisante pour produire une hémostase définitive. Certes, les anastomoses à la main sont très nombreuses et les inter-osseuses établissent par la dorsale du carpe et les perforantes d'un côté, par les transversales du carpe de l'autre, une voie de retour qui doit permettre ultérieurement au sang de parcourir les différents vaisseaux de la main ; mais ces inter-osseuses sont aussi les seuls canaux par lesquels la circulation collatérale puisse se former et empêcher la gangrène des tissus, ainsi que nous l'a prouvé dernièrement encore la curieuse observation publiée par M. le docteur Pengrueber. En somme, une ligature faite dans la continuité pour arrêter l'hémorragie d'un vaisseau sectionné entre elle et la périphérie se propose un seul but : arrêter le courant sanguin suffisamment pour permettre caillot d'être constitué et de devenir assez solide, dans le laps de temps que mettra la circulation collatérale à se rétablir, et le chirurgien

gien a à résoudre ce problème : trouver le point où doit être placée la ligature pour permettre au caillot de se former au niveau de la plaie, et à la circulation collatérale de se rétablir pour entretenir la nutrition des tissus. Cette question de la formation du caillot et de sa solidité a fait de grands progrès depuis l'antisepsie, et on sait aujourd'hui que l'organisation de ce dernier est d'autant plus rapide, sa résistance plus grande, que la plaie est plus aseptique.

Nous pensons donc que, dans les hémorragies de la paume de la main, la ligature de la cubitale, accompagnée d'une compression modérée, doit suffire pour permettre au caillot d'avoir le temps de se former dans une plaie aseptique, et nous croyons que la conduite du chirurgien pourrait être la suivante. après anesthésie, appliquer la bande d'Esmarch et aller, après antisepsie soignée de la plaie et de ses anfractuosités, à la recherche de l'arcade palmaire superficielle, si on soupçonne sa blessure ; s'assurer de son intégrité et alors à la recherche de l'arcade palmaire profonde. Si on ne la trouve pas, lâcher la compression et, avec des pinces à forcipressure, saisir le point d'où vient le sang ; s'acharner à cette recherche jusqu'aux limites imposées par la perte du liquide sanguin et les complications qu'elle peut entraîner dans l'anesthésie. Si on peut placer les pinces hémostatiques, faire la ligature ou les laisser dans la plaie ; si ces pinces ne peuvent arrêter l'hémorragie, faire alors la ligature de la radiale et de la cubitale à la partie inférieure de l'avant-bras, L'écoulement sanguin s'arrêtera alors de lui-même, à moins d'anomalies exceptionnelles. On pratiquera ensuite un grand lavage de la plaie, on tamponnera avec la gaze iodoformée et on fera une compression suffisante pour modérer l'impulsion sanguine dans les vaisseaux et incapable de l'arrêter complètement.

Le docteur Rochard cite deux observations, dont une personnelle et l'autre venant de M. Bodet, attaché à la clinique de Brest, dans lesquelles cette pratique a pleinement réussi.

*Gaz. méd. de Liège.*

### **Un procédé de traitement de la blennorrhagie de l'urèthre chez l'homme.**

M. le docteur A. Philippson (de Hambourg) signale, à l'attention de ses confrères, un procédé de traitement de la blennorrhagie chronique, procédé de son invention, très simple, et qui en même temps serait plus efficace que tous les autres.

Le malade est vu le matin, de bonne heure, sans qu'il ait uriné au lever. On lui introduit dans l'urèthre une sonde élastique jusqu'au point où l'on rencontre un obstacle, c'est-à-dire jusqu'à la portion membraneuse, qui se ferme par une action réflexe de son muscle constrict-

teur. On lave la partie antérieure de l'urèthre avec une solution de sulfo-phénate du zinc à 1/3000<sup>e</sup>, au moyen d'une seringue à piston d'une capacité de 150 c. c., le malade étant debout. La quantité de matières floconneuses qu'on trouve dans l'eau de lavage permet de juger de l'affection de l'urèthre antérieur. On invite ensuite le malade à uriner. L'examen de l'urine émise permet d'affirmer s'il existe ou non de la blennorrhagie de l'urèthre postérieur.

Si, comme cela arrive dans la majorité des cas, l'urèthre postérieur est atteint, on procède au traitement que voici :

On introduit dans la vessie une sonde molle, préalablement lubrifiée avec un peu de glycérine boriquée, et on laisse écouler l'urine (il est bon que le malade garde un peu d'urine avant de se présenter au médecin, pour que celui-ci puisse bien se rendre compte du moment où la sonde pénètre dans la vessie). Au moyen de la seringue, on injecte dans la vessie 150 grammes d'une solution de nitrate d'argent ; on retire la sonde et on invite le malade à vider la vessie par la miction naturelle. De cette façon, on pratique un lavage de tout l'urèthre avec la solution médicamenteuse.

Pour préparer chaque fois cette solution, dont la concentration doit être augmentée progressivement, notre confrère se sert de la formule suivante :

Nitrate d'argent.....	5 grammes.
Eau distillée.....	10 grammes.

F. S. A. — Usage externe. Délivrer le médicament dans un flacon noir.

Pour la première injection, on verse quatre gouttes du médicament dans 200 grammes d'eau dont on injecte, comme nous l'avons dit, 150 grammes. Si la cuisson produite par cette injection n'est pas considérable et ne se prolonge pas au-delà d'une heure, on augmente tous les jours d'une goutte la concentration du liquide jusqu'à 15 gouttes au maximum.

Pendant la première semaine, les injections sont pratiquées une fois par jour ; puis on les fait tous les deux et enfin tous les trois jours. La guérison s'obtient en une moyenne de cinq à six semaines, parfois même en quinze jours. La durée maxima du traitement a été de douze semaines et demie, dans un cas particulièrement rebelle traité par M. Phillipson.

Dans les cas où l'urèthre antérieur est seul atteint, on se borne naturellement au traitement de cette partie avec la solution de nitrate d'argent, sans toucher à l'urèthre postérieur.

## Traitement des furoncles du conduit auditif externe.

Par GRÜNWALD

Le traitement de l'auteur est le suivant : après avoir bien nettoyé le conduit auditif on y introduit un bourdonnet de ouate ou de gaze imbibé d'une solution d'acétate d'aluminium, (1 gramme de la liqueur d'acétate d'ammonium de la pharmacopée allemande pour 20 grammes d'eau), puis on bouche hermétiquement le conduit à l'aide d'un tampon de ouate enveloppé dans de la gutta-percha laminée. Par ce traitement, on calme rapidement les douleurs et on fait diminuer le gonflement. L'acétate d'aluminium sert seulement comme traitement préservatif de l'eczéma, qui apparaît si l'on emploie d'autres liquides dans ce pansement hermétique.

L. L.

*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*

## GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

### Règles générales pour l'application du forceps.

Mr le Dr Lepage résume d'une façon très claire, dans le *Concours médical*, les règles qui doivent présider à l'application du forceps.

Il y a deux ans, dit M. Lepage, j'étais appelé pour pratiquer la craniotomie chez une primipare en travail depuis plus de quarante-huit heures. Deux confrères avaient en vain essayé d'extraire l'enfant ; l'un d'eux avait déclaré — après moult tentatives — qu'il était nécessaire de réduire le volume de la tête fœtale. Il s'agissait d'une présentation du sommet en O. I. D. P. avec une bosse séro-sanguine emplissant presque tout le vagin. L'enfant était vivant ; avant de pratiquer la basiotripsie, je demandai la permission de tenter encore une application de forceps et j'eus la joie d'extraire facilement un volumineux garçon que je pus ranimer et qui vit actuellement.

Si nous avons réussi dans ce cas, c'est que nous avons mis en pratique certaines règles que je vais maintenant résumer.

Lorsqu'une application de forceps est décidée, il faut de toute nécessité faire le diagnostic de la position et de la variété de position ; le palper et l'auscultation peuvent rendre ici des services, mais c'est surtout à l'aide du toucher digital que le diagnostic doit être établi ; on se guidera pour cela sur la situation de la fontanelle postérieure et sur la direction de la suture sagittale. Dans quelques cas cette exploration à l'aide du doigt est rendue impossible par la présence d'une bosse séro sanguine volumineuse qui masque sutures et fontanelles. Il faut

alors pratiquer le toucher manuel, c'est à-dire introduire la main dans les organes génitaux et aller à la recherche d'une oreille ; lorsqu'on l'aura sentie, on pourra établir le diagnostic d'après l'orientation du sillon postérieur de cette oreille. Il est souvent utile, parfois nécessaire, de donner à la femme du chloroforme : l'anesthésie facilitera en même temps l'opération.

Le diagnostic est fait ; il faut avoir à l'esprit certaines règles classiques de l'application du forceps si heureusement résumées par le Dr Pajot : "branche gauche, à gauche, tenue de la main gauche. Tout gauche, excepté l'opérateur. Branche droite, à droite, tenue de la main droite", puis se rappeler qu'il faut toujours commencer par la branche postérieure.

Dans l'application du forceps, il faut surtout chercher à bien appliquer les cuillers de l'instrument par rapport à la tête du fœtus : pour que la prise soit régulière, la tête doit être saisie suivant le diamètre pré-auriculaire et l'axe de l'instrument être autant que possible parallèle au diamètre occipito-mentonnier, le bord concave des cuillers étant tourné vers l'occiput.

D'après les règles classiques, il est facile de savoir à l'avance comment l'instrument doit être appliqué *par rapport aux diamètres du bassin*. Prenons par exemple l'O. I. G. A. ; il suffit de faire le raisonnement suivant : la suture sagittale répond au diamètre oblique gauche ; le diamètre pré-auriculaire ou le diamètre pariétal se trouve suivant le diamètre oblique droit. C'est donc aux deux extrémités de ce diamètre que doivent être appliquées les deux cuillers du forceps ; l'extrémité postérieure de ce diamètre étant à gauche, c'est la branche gauche qu'il faut introduire la première.

Si l'on suit à la lettre ce raisonnement, si on applique systématiquement la branche gauche au niveau de l'articulation sacro-iliaque du côté gauche et la branche droite au niveau de l'éminence iliopectinée du côté droit, la prise sera classiquement bonne. Le sera-t-elle en réalité ? Souvent non, parce qu'en introduisant la main droite pour placer la cuiller gauche, l'opérateur achève involontairement la rotation de la tête et transforme cette gauche antérieure en occipito-pubienne. Si les deux cuillers sont alors appliquées suivant le diamètre oblique droit, la tête est mal saisie ; elle est saisie suivant un diamètre *oblique* allant de l'apophyse mastoïde à la bosse frontale opposée et non pas suivant un diamètre *transverse*. L'extraction en sera d'autant plus difficile par suite de l'écartement plus considérable des cuillers ; les tractions seront plus énergiques et la compression exercée par l'instrument plus dangereuse pour le fœtus.

Dans l'O. I. G. A., les inconvénients de cette manière d'opérer sont peut-être moindres que dans les positions postérieures ou dans les cas où la tête est retenue au détroit supérieur ; une mauvaise prise est alors dangereuse parce qu'elle peut rendre l'extraction impossible.

C'est parce que l'accoucheur n'est pas certain de la manière dont il a placé les cuillers qu'il recommence à plusieurs reprises l'opération ; il espère être plus heureux lors d'une nouvelle tentative ; cette incertitude explique — sans le justifier — le mauvais conseil donné par quelques auteurs de recommencer l'opération par la branche droite, au lieu de la gauche ou vice-versa alors qu'on éprouve des difficultés pour l'articulation de l'instrument ou pour l'extraction du fœtus.

C'est pour obvier à ces inconvénients que l'on rencontre dans nombre d'applications de forceps, — c'est pour rendre le manuel opératoire plus précis, plus mathématique, plus simple, — que le Pr Pinard conseille de se laisser guider — pour le placement des cuillers — par la situation de l'oreille postérieure. Lorsqu'on l'aura trouvée, il sera généralement facile de placer sur elle ou mieux un peu en avant d'elle la cuiller du forceps.

Cette recherche de l'oreille ne se fait pas toujours sans difficultés ; il importe d'y procéder avec douceur, lenteur et persévérance ; il faut parfois introduire la main très profondément, et ce n'est qu'au bout de quelques minutes qu'on arrive à l'atteindre. Il est utile de ne s'habituer à ne prendre en main la branche que l'on veut introduire la première que lorsqu'on a l'extrémité des doigts sur l'oreille postérieure ; c'est une précaution que j'ai coutume d'exiger des élèves lorsque je leur fais faire des exercices de forceps sur le mannequin. C'est un moyen de les mettre en garde contre la tendance toute naturelle qu'ont les débutants d'introduire tant bien que mal, — mais le plus vite possible — une branche du forceps dans les organes génitaux. On croit ainsi aller plus vite alors qu'en réalité on opère à l'*aveuglette*, s'exposant à mal saisir la tête fœtale et à recommencer l'opération.

Lorsqu'on a trouvé l'oreille postérieure, lorsqu'on s'est guidé sur elle pour appliquer la première branche, le reste de l'opération n'est plus guère qu'un jeu ; mais il est indispensable que cette première branche ne bouge pas, qu'elle ne soit déplacée ni par l'aide, ni par l'opérateur, ni par l'opérée. Le rôle de l'aide, chargé de maintenir cette branche en place, est donc des plus importants. Après s'être assuré que cette branche postérieure est bien maintenue, on introduit l'autre main dans les parties génitales et sur cette main-guide — sans s'inquiéter de la situation de l'oreille antérieure, — on introduit la branche antérieure que l'on ramène parallèlement à la branche postérieure par un mouve-

ment de spire. L'articulation des deux membres du forceps se fait alors facilement.

Lorsque le forceps est appliqué et articulé, avant de serrer la vis de pression du forceps Tarnier, il faut s'assurer non-seulement que la tête est saisie et seule saisie, mais encore qu'elle est *bien saisie, régulièrement prise*. Point n'est besoin pour cette dernière constatation d'introduire profondément la main pour voir si les deux oreilles sont bien au voisinage des fenêtres des deux cuillers; il suffit par le toucher de regarder si la suture sagittale répond bien à l'axe de l'instrument, si elle est à égale distance de la face interne des deux cuillers. Lorsqu'on a acquis cette certitude, on peut exercer des tractions énergiques avec d'autant plus de confiance qu'on ne peut mieux saisir la tête.

Cette manière d'appliquer le forceps est-elle toujours réalisable?

Oui, quelle que soit la hauteur de la tête fœtale, quelle que soit son orientation. Elle est utilisée avec avantage lorsque la tête est à la vulve, dans l'excavation ou au niveau du détroit supérieur. D'une manière générale on peut dire que plus la tête est élevée, éloignée de l'orifice de sortie, plus l'application de forceps est difficile et plus elle a besoin d'être faite conformément à ces principes.

*Journal de Médecine de Paris.*

### **Les inhalations d'oxygène en obstétrique.**

Par M. RIVIÈRE.

Il résulte des recherches de l'auteur que les inhalations d'oxygène sont indiquées :

I. *Chez la femme enceinte.* — Pour combattre les accidents asphyxiques consécutifs à une affection aiguë ou chronique des voies respiratoires et du cœur, et par suite pour empêcher l'avortement ou l'accouchement prématuré; toutes les fois que la nutrition est diminuée, l'appétit absent, les digestions impossibles et les vomissements alimentaires plus ou moins répétés. Elles peuvent par suite donner de bons résultats dans les cas de vomissements incoercibles.

II. *Chez la femme accouchée.* — Dans les suites de couches, où elles agissent en suroxygénant le sang, que cette suroxygénation ait pour résultat d'augmenter simplement la force de résistance de la femme ou qu'elle ait une action directe sur les microbes qui ont envahi le sang.

III. *Sur la femme enceinte, mais pour agir sur le fœtus.* — Toutes les fois que, du fait d'une maladie de la mère, l'oxygénation du sang tend à devenir insuffisante: a. soit parce que l'oxygénation du sang maternel est elle-même insuffisante (affection pulmonaire ou cardiaque); b. soit parce qu'une lésion placentaire, l'oxygénation du sang restant normale, supprime une portion active du placenta et diminue le champ

de l'hématose foetale ; toutes les fois encore que s'est produit un décollement partiel du placenta (chute faite par la mère) diminuant la surface d'absorption de cet organe.

IV. *Chez le nouveau-né.* — Ce sont là les indications essentielles des inhalations d'oxygène : chez les enfants nés avant terme ou nés à terme mais chétifs et chez lesquels, la nutrition se fai-ant mal, l'athrepsie ne tarde pas à s'installer ; chez les nouveaux-nés qui, insuffisamment ou mal nourris, arrivent, mais par un autre mécanisme, au même résultat, l'athrepsie.

V. *Chez les enfants plus grands.* — Par le fait d'une nutrition insuffisante tendant à devenir rachitiques.

Il importe, dit M. Rivière, pour obtenir des résultats sérieux, d'employer l'oxygène à assez haute dose aussi bien chez la femme que chez l'enfant.

C. A.

*Revue générale de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique.*

### **De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne en obstétrique et en gynécologie.**

Pour combattre la douleur de l'enfantement, Frank utilise depuis longtemps avec succès la cocaïne de la manière suivante. Lorsque la dilatation du col ne fait que débiter, on commence par promener sur le col, le segment inférieur et les culs-de-sac vaginaux un tampon de ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 5 0/0 ; ces badigeonnages doivent être répétés toutes les demi-heures ou toutes les heures. La dilatation complète, on continue les badigeonnages sur la paroi du canal vaginal, et, lorsque la tête arrive sur le périnée, on peut se servir d'une solution à 10 ou 20 0/0. Si une intervention opératoire est nécessaire, il faut ajouter l'anesthésie par le chloroforme.

*Journal de méd. de Paris*

### **Traitement de l'éclampsie post-partum**

M. le Dr Strisover conseille des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine contre l'éclampsie post-partum.

Il cite dix succès à l'actif de ce traitement, sans aucun cas de mort.

Il se sert d'une solution ainsi composée :

Chlorhydrate de pilocarpine.....	0,05
Eau.....	4 gr.

dont il injecte une seringue de Pravaz entière.

L'auteur tire des observations les conclusions suivantes :

1° Le chlorhydrate de pilocarpine est un remède sûr contre l'éclampsie.

2° La faiblesse cardiaque n'est pas un contre indication à la répétition des injections de pilocarpine, lorsque les accès éclamptiques disparaissent.

3° Le rétrécissement anormal de la pupille indique que le processus morbide n'a pas disparu et annonce l'imminence de nouveaux accès.

*Journal de méd. de Paris.*

### Grossesse extra-utérine, extraction du fœtus par le vagin, guérison.

Par le Dr F. JOUIN. (Résumé par le docteur A.-F. PHILIPPEAU.)

Le 17 novembre dernier, il reçoit à sa consultation M. G....., de Puteaux, qui lui est adressée par un confrère avec ce diagnostic : Affection grave, probablement cancéreuse des annexes du côté gauche.

État général grave. M<sup>me</sup> G..... n'a pu que très péniblement monter à l'appartement. Elle se tient fléchie, les mains sur la fosse iliaque gauche la protégeant contre le simple frottement des vêtements qui est horriblement sensible.

Pouls petit, misérable ; facies péritonéal ; vomissements porracés ; insomnie complète, coliques très pénibles dans l'aîne gauche, sur lesquelles la malade insiste, semblant indiquer une affection de la trompe. Au toucher, l'utérus est difficilement accessible et fixé pour ainsi dire dans la fosse iliaque droite. C'est une tumeur volumineuse qui se trouve dans l'axe du vagin, sur la ligne médiane et dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est rénitente et légèrement fluctuante par le toucher combiné avec le palper abdominal.

La malade a quarante-trois ans. Mariée à vingt ans, elle a eu six enfants en neuf ans. Veuve à vingt-neuf ans. Remariée à trente-quatre, elle n'a pas eu de grossesse de ce nouveau mariage. Jamais de désordres génitaux appréciables.

Elle reçut, il y a six semaines, un coup dans la fosse iliaque gauche, qui fut suivi de douleurs de plus en plus aiguës. S'agit-il d'un cancer ? d'une suppuration de la trompe, d'un épanchement sanguin suppuré ?

Une ponction paraît formellement indiquée. Le résultat de cette ponction servira de guide pour le traitement ultérieur. Ponction le lendemain.

Après un lavage antiseptique prolongé, la malade étant endormie, l'utérus est saisi à l'aide d'une pince de Musseux et attiré à la vulve ; la tumeur suit et vient faire saillie entre les petites lèvres de la patiente. Ponction avec un gros trocart. Écoulement du sang coagulé et mélangé de pus. Débridement au bistouri boutonné. Exploration digitale

de la cavité. Sur le côté gauche de l'utérus, une vaste cavité renferme des débris de fœtus. Grossesse extra-utérine tubaire.

Extraction facile de l'enfant macéré depuis longtemps et mort vers la fin du troisième mois de gestation. Décollement et extraction du placenta adhérent à tout le fond de la tumeur, par morcellement. Irrigation avec la liqueur Van Swiéten chaude (plus de 6 litres) pour désinfecter et arrêter l'hémorrhagie. Drainage de la cavité avec de la gaze iodoformée, tampon antiseptique dans le vagin.

La malade se lève le huitième jour et reprend ses occupations assez pénibles. Guérison parfaite.

On retrouve dans l'histoire de cette malade le moment de la fécondation. Mais on ne le pouvait admettre qu'après l'extraction du fœtus.

Dans les mois qui suivirent son second mariage elle eut des retards, des irrégularités dans sa menstruation. Son ventre se développa et l'idée d'une grossesse lui vint assez naturellement à l'esprit ; mais devant le retour des règles et l'affaissement de son abdomen, elle rejeta cette pensée.

Le kyste fœtal s'était comporté comme un kyste simple et il a fallu après huit années, l'action d'un traumatisme pour en déterminer la suppuration. Maintenant, pourquoi le Dr Jouin a-t-il pratiqué la ponction, au lieu de pratiquer la salpingectomie ? Parce que, dit-il, la ponction ne présentait pas d'inconvénients et permettait avant tout de faire un diagnostic. Ensuite elle pouvait suffire pour obtenir la guérison dans le cas d'une tumeur liquide.

Il a eu raison, car en tentant l'ouverture du ventre, il aurait inévitablement rompu le kyste dans le péritoine et perdu sa malade de septicémie. Aussi, dit-il, même avec le diagnostic certain de grossesse extra-utérine il aurait encore donné la préférence à la voie vaginale.

En résumé, il conclut qu'on délaisse peut-être trop la voie vaginale dans la chirurgie de l'utérus et de ses annexes. Et cependant combien elle donne de sécurité et présente peu de dangers ; quand on voit la bénignité et le succès de l'hystérectomie de Péan, on devrait pourtant ce semble, la considérer comme la voie de choix.

Dr A.-F. PHILIPPEAU.

*Gazette de Gynécologie.*

---

## Traitement de la névralgie faciale par la cocaïne

M. Malherbe vient de publier, dans la *Gazette médicale de Nantes*, deux observations montrant les bons résultats des injections sous-cutanées de cocaïne dans des cas de névralgie faciale où tous les autres moyens de traitement avaient échoué.

Dans le premier cas, la névralgie durait depuis dix-neuf ans, et depuis sept ou huit ans ne laissait, pour ainsi dire, aucun répit à la malade. Des injections de cocaïne furent faites dans la joue et la lèvre avec une solution de cocaïne au vingtième. Une demi-seringue (2 centigr.  $\frac{1}{2}$  de chlorhydrate de cocaïne) était injectée deux fois par semaine. Il y eut souvent des nausées, mais elles étaient toujours arrêtées ou prévenues par une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

L'atténuation des crises douloureuses étant devenue de plus en plus nette, on décida de ne faire des piqûres que, lors du retour de paroxysmes douloureux. La malade put rester ainsi successivement dix jours, puis enfin quarante jours sans injection. Elle put, dès lors, mastiquer le pain et la viande, ce qu'elle ne pouvait faire depuis longtemps.

La guérison sera-t-elle définitive? Malherbe n'ose l'espérer après une durée aussi longue de l'affection.

Dans le second cas, la névralgie datait de quatre ou cinq ans et avait été traitée inutilement par tous les moyens connus. Le même traitement que dans l'observation précédente a été employé et a agi de la même manière.

Pour l'emploi de la cocaïne, M. Malherbe donne les conseils suivants :

Il est bon, pour faire l'injection, de procéder de la manière suivante : on pique très légèrement la peau, surtout si l'état douloureux existe au moment de l'opération. Aussitôt qu'on a pénétré dans le derme, on injecte une goutte qui anesthésie les tissus par son contact ; on enfonce alors tout doucement, en continuant à injecter, de manière à faire précéder, pour ainsi dire, la pointe de l'aiguille de la goutte insensibilisante. En employant ce petit tour de main, on rend l'injection fort peu douloureuse. Lorsque la pointe de l'aiguille est parvenue vers le milieu de la région douloureuse, on pousse le piston, en ayant soin de retirer ou d'avancer doucement l'aiguille, et en changeant quelque peu sa direction. On arrive ainsi à étaler le liquide sur une plus grande partie du territoire douloureux et surtout on évite à coup sûr, si l'on prend ces petites précautions, de faire une injection intra-veineuse de cocaïne. Peut-être la pénétration trop rapide de la cocaïne dans les vaisseaux n'est-elle pas sans influence sur la production des accidents

qui ont été quelquefois observés, principalement quand l'injection est faite en un point quelconque de la tête.

Il ne faut jamais commencer par une dose supérieure à deux centigrammes et demi, c'est-à-dire une demi-seringue ; on pourra augmenter ensuite lorsqu'on aura tâté ainsi la susceptibilité du malade.

(*Le Courrier Médical.*)

## MALADIES SYPHILITIQUES

### Les syphilides de la langue

#### DIAGNOSTIC

(Leçon clinique de M. le professeur Fournier, à l'hôpital St-Louis, par le Dr. DuCastel.)

Messieurs : —Le diagnostic du *chancre lingual* est habituellement assez facile. Cependant, comme quelques erreurs ont été commises, je dois vous les signaler. On a pris un ulcère chronique local pour un chancre ; mais dans le premier, l'ulcération est plus irrégulière, l'induration n'offre pas habituellement l'élasticité chondroïde de celle sur laquelle repose le chancre et est moins limitée, enfin l'adénite manque presque toujours, tandis qu'elle est le compagnon précoce et obligé de l'ulcération syphilitique primaire. Généralement, il est facile de trouver le chicot ou la pointe de dent qui est l'origine de l'ulcère simple, et l'enlèvement de l'agent vulnérant amène la disparition de la lésion linguale à la suite d'un traitement très simple.

En général, on distinguera facilement le chancre et l'épithéliome. Cependant, le diagnostic, dans certains cas rares est assez délicat. Nous n'y insisterons pas en ce moment, nous réservant de revenir tout à l'heure sur les caractères du carcinome lingual.

Les manifestations que la syphilis détermine sur la langue à la période secondaire peuvent être confondues avec un grand nombre d'affections de cet organe. Il importe donc de décrire ces affections avec soin, d'autant plus que leur étude est généralement assez difficile et que certaines d'entre elles sont assez mal connues.

Parlons d'abord de la *taches des fumeurs*. C'est une plaque faisant une légère saillie, habituellement rouge et livide, lisse et sans gonflement périphérique ; il semble, selon l'expression de Butlin, que les papilles aient été détruites à son niveau. Cette plaque peut persister pendant des mois et des années et même guérir ; mais, généralement, la lésion s'étend, en progressant, surtout vers le V lingual.

Parfois la coloration de la tache devient blanc-bleuâtre, nacré, et, comme elle a une grande tendance à s'étendre, on a alors affaire à ce que nous étudierons tout à l'heure sous le nom de psoriasis, leucoplasie, etc. Très souvent les joues sont envahies au niveau du sillon intermaxillaire. La *leucokératose* buccale a reçu différents noms, et on l'appelle indifféremment psoriasis (Bazin), leucome, ichtyosis, kératosis, plaques opalines, etc. En Angleterre, cette lésion est plus particulièrement désignée sous le nom d'ichtyose, et ses rapports avec l'épithéliome sont bien connus. D'autre part, Kaposi, au début de ses travaux, considérait le psoriasis buccal et lingual comme syphilitique, et, du reste, la confusion avec des plaques blanches d'origine syphilitique est très facile à faire. Enfin, ce sont là toujours des kératoses blanches et ces kératoses peuvent être syphilitiques et para-syphilitiques, simples, idiopathiques, diathésiques se produire consécutivement à l'usage du tabac ou chez des malades qui ne fument pas, dépendre d'une irritation professionnelle comme chez les verriers ou de la présence d'un chicot irritant, etc., etc. On peut même dire que, dans certains cas, il est impossible de discerner la part de la syphilis, du tabac, de l'arthritisme, ces différentes causes de la leucoplasie pouvant s'associer.

La leucoplasie buccale débute par l'apparition de plaques blanches ou bleuâtres et opalescentes, puis il s'en forme d'autres qui prennent naissance çà et là ou autour des premières, quelquefois on voit une plaque augmenter d'étendue et d'épaisseur ; puis il se produit des croûtes qui tombent ensuite en laissant à nu une surface rouge et sanglante ; mais, dans la grande majorité des cas, ce sont les plaques blanches qui dominent, et l'aspect est blanc, argenté nacré, bien qu'il y ait une exfoliation épithéliale incessante. La teinte blanchâtre des scléroses syphilitiques n'approche jamais de cet état ; ce sont de petits îlots épais, dus, comme le fait remarquer Fournier, à l'anémie de la muqueuse recouverte de son épithélium et non à des lamelles superposées, soulevées, s'exfoliant.

Quelquefois les joues, les lèvres, surtout l'inférieure, la commissure buccale, présentent aussi des plaques. Les symptômes subjectifs sont variables. Le plus habituellement, la gêne est nulle ou légère et le malade se plaint seulement de sécheresse et de cuisson.

Dans le leucome ancien, il peut se développer des érosions, des fissures, rhagades. Parfois la langue devient dure, sèche, et cet état s'accompagne d'une certaine difficulté dans les mouvements ; en même temps, la soif est vive et le goût conservé.

Le début du psoriasis buccal est très rarement observé. Pour Schimmer, l'affection paraît se manifester d'abord par des points rouges

sombres; probablement elle peut revêtir l'apparence des surfaces, rouges, brunes et noires. La guérison complète, radicale, est elle possible? Le fait est discuté. Ce qui est certain, c'est qu'une plaque peut disparaître complètement sur un point, tandis qu'une autre se montre à côté. La récurrence dans le lieu où la maladie existait d'abord tient seulement à la persistance de la cause. Mais, ce qui fait la gravité de l'affection, c'est sa transformation fréquente en cancer, transformation qui sera certainement très souvent constatée si l'on peut suivre pendant longtemps les malades : la néoplasie maligne se développe surtout au niveau d'une fissure, d'une crevasse. Le processus anatomopathologique de la leucokératose buccale est une hyperkératinisation contrairement au psoriasis cutané qui est une dékératinisation. On observe successivement les ulcerations de la muqueuse ; la production des fissures, d'ulcérations et desquamations, en même temps que le derme s'infiltré ; l'épaississement et la sclérose du derme.

Le psoriasis buccal est une maladie de l'âge adulte ; il ne se développe jamais avant vingt ans et n'apparaît jamais après soixante. Très-exceptionnelle chez la femme l'affection succède à toutes les irritations buccales qui se produisent chez les sujets en puissance de diathèse goutteuse et rhumatismale et chez les dyspeptiques. Fréquemment les malades sont en même temps atteints d'affections cutanées : eczéma, psoriasis, ichtyosis.

La leucoplasie est peut-être du psoriasis ; mais le fait est très discuté, et il est probable qu'il s'agit surtout d'une inflammation chronique superficielle de la muqueuse.

Le développement des plaques muqueuses syphilitiques est plus rapide que celui des plaques de leucoplasie ; elles forment des saillies plus élevées et leur coloration est blanc mat ou jaunâtre et non bleuâtre.

La tache du fumeur ressemble plus à la plaque muqueuse, mais elle s'en distingue par son siège, ses exfoliations répétées, son peu de tendance à l'extension, l'absence de symptômes syphilitiques.

Les cicatrices d'ulcérations syphilitiques secondaires sont quelquefois difficiles à distinguer de la leucoplasie, dont elles revêtent parfois la teinte bleuâtre. On s'appuiera sur ce que, dans la syphilis, la tâche reste stationnaire, n'augmente ni ne diminue et ne change d'aspect que s'il y a des irritations locales secondaires ; de plus, la cicatrice est un peu déprimée et occupe surtout les bords de l'organe.

On ne peut confondre le leucome ni avec de vieux ulcères cicatrisés ni avec les plateaux d'induration du dos de la langue.

*L'ichtyosis* de la langue se caractérise par la production de pla

ques cornées avec hypertrophie considérable des papilles. La langue prend un aspect bossué, et on ne peut guère penser à une lésion syphilitique.

Dans la *glossite superficielle chronique*, on remarque un état lisse de la langue dans une plus ou moins grande étendue ; sur les parties atteintes, il n'y a plus trace de papilles et la muqueuse est plus rouge ; fréquemment, on constate çà et là la présence de plaques plus ou moins blanches ou bleutées. Les excoriations et les ulcérations superficielles sont communes. Les malades sont très gênés par cette forme de glossite, qui est très douloureuse et gêne l'alimentation. Cette affection ne rappelle que de très loin la plaque lisse de la langue et il n'y a pas lieu d'insister sur le diagnostic différentiel.

Il nous faut encore dire un mot d'une affection qui a été décrite pour la première fois, en France, par Bridou et Gubler, et qui a reçu des noms très nombreux : rash erratique, herpès circiné, plaques bénignes, langue géographique, lichénoïde, annulus migrans. La maladie, presque spéciale à l'enfance, se manifeste par l'apparition, sur la langue, d'une ou plusieurs plaques du diamètre d'un petit pois, unies, lisse et rouges, de niveau avec le reste de la muqueuse, quelquefois saillantes. Les plaques s'étendent et deviennent vasculaires, circulaires, ovalaires. Quand la lésion est disposée en anneau, la partie de la muqueuse ainsi circonscrite est rouge, surtout en approchant des contours (Butlin); ces contours sont colorés jaune et plus ou moins élevés. Il n'y a pas de signe d'inflammation.

L'affection siège sur le dos et la pointe, et ce n'est que par extension qu'elle gagne la face inférieure. Par suite de l'intersection des anneaux, la langue prend un aspect spécial d'où est venue l'appellation de la langue géographique. Quelquefois, il a plusieurs anneaux concentriques.

Les signes subjectifs sont nuls ; les sensibilités gustative et tactile sont normales mais avec un certain degré d'hyperesthésie, ainsi que fait remarquer Caspary.

Histologiquement la maladie est constituée par une exfoliation du derme avec hypertrophie épithéliale ; une influence nerveuse trophique est probable. L'évolution est longue, et si la durée de chaque anneau ne dépasse guère un septénaire, d'après les observations de Parrot, il peut s'en reproduire pendant plusieurs années.

On a pensé que cette éruption était de nature parasitaire ; mais on n'a jamais trouvé le parasite. Parrot a émis l'idée qu'il pouvait s'agir d'une affection syphilitique, mais cette étiologie est plus que

douteuse. Enfin, pour Carpary, Unna, ce serait une manifestation de la cachexie infantile.

On pourrait confondre cette affection avec des plaques muqueuses qui dépendent presque toujours de la syphilis héréditaire. Ces dernières ont une teinte grisâtre, une proéminence plus marquée; de plus, elles ont une grande ténacité et coïncident avec d'autres manifestations syphilitiques.

Les ulcérations aphteuses sont précédées de vésicules; ces ulcérations elles-mêmes ont leurs bords taillés nettement, sont arrondies, entourées d'un aréole d'un rouge vif et recouvertes de pus; enfin, comme la maladie se fait généralement par poussées, il est habituel de constater simultanément la présence d'ulcérations et de vésicules. Tous ces caractères sont assez nets pour que le diagnostic avec des manifestations syphilitiques soit des plus faciles.

Ils me reste à vous parler de la glossite tuberculeuse et du cancroïde. Je serai plus bref sur le diagnostic de la syphilis et de ces deux maladies, car vous le trouverez exposé dans tous vos livres classiques.

La glossite tuberculeuse serait essentiellement caractérisée par la présence de petites granulations miliaires jaunâtres autour de l'ulcère. Malheureusement, ces granulations sont rares, et Fournier ne les a vues que deux ou trois fois sur trente cas. On doit donc, en dehors des caractères de l'ulcère, s'appuyer sur l'état spécial du malade et les manifestations pulmonaires de la tuberculose. L'ulcération tuberculeuse siège habituellement sur la face supérieure de l'organe et coïncide parfois avec des ulcères palatins pharyngiens ou amygdaliens; elle est généralement unique, se faisant par jonction de plaques initiales. La surface de la perte de substance est superficielle, sans anfractuosités ni végétations, son fond est noir, grisâtre, gris-jaunâtre, et présente parfois les points jaunâtres caractéristiques. Le seul point de ressemblance avec la gomme est la production possible d'une cavité profonde intra-musculaire. Les troubles fonctionnels sont très peu accusés et les ganglions souvent normaux.

Le diagnostic du cancroïde doit être fait avec soin, car dans quelques cas, on a opéré à faux. Avant l'ulcération, on peut confondre la gomme et l'épithéliome sous muqueux. Le plus généralement, il y a plusieurs gommages à la fois, les anciennes cicatrices syphilitiques sont fréquentes; les leucomes, la glossite superficielle chronique feront surtout pencher vers la tumeur maligne. Cependant la glossite scléreuse est fréquemment, vous vous le rappelez, d'origine syphilitique et, de plus, l'épithéliome peut se développer sur une langue syphilitique. Dans ces cas difficiles, le traitement par l'iodure de po-

tassium servira de pierre de touche, car il modifie très rapidement la gomme.

Une fois l'ulcération apparue, on s'appuyera, pour le diagnostic, sur les caractères suivants : Le cancroïde frappe les personnes âgées de cinquante à soixante dix ans, en moyenne ; le malade n'a pas d'antécédents syphilitiques, mais souvent de ses parents ont été atteints de cancer ; le début se fait par une nodosité dure, superficielle, qui s'ulcère par la surface et non par la profondeur ; il n'y a pas de bourbillon. L'ulcération est unique, unilatérale, a moins d'exceptions tout à fait rares, et peut occuper la face inférieure. Elle forme tumeur et les bords sont en relief, constituent un bourrelet saillant, inégal, irrégulier, renversé, déchiqueté. Lors de gomme syphilitique, l'âge du malade est généralement moins avancé, il y a des antécédents syphilitiques, le début s'est fait par une nodosité intérieure qui s'est ouverte à la façon d'un abcès en donnant une caverne à fond bourbillonneux. Les gommages sont souvent multiples, bilatérales, l'ulcération existe sans tumeur proprement dite, les bords sont creux, entaillés en profondeur, nettement découpés et adhérents.

Voilà, Messieurs, bien des signes distinctifs, mais sachez bien que, même en dehors des cas d'hybridité cancro-syphilitique, le diagnostic est souvent des plus difficiles et exige toute l'habileté du clinicien qui se voit parfois contraint de recourir à l'épreuve du traitement.

(Union Médicale).

## FORMULAIRE.

### Gercures des mains

PRESCRIVEZ :

Potasse caustique.....	Ogr, 5
Glycérine .....	} à 20 grammes.
Alcool .....	
Eau distillée.....	60 —

Après avoir pris préalablement un bain de main chaud, on frictionne les mains avec cette mixture une fois toutes les vingt-quatre heures.  
—Guérison en deux ou trois jours.

*Nouveaux Remèdes*

### Rhume de cerveau

EMPLOI DE L'EXTRAIT FLUIDE DE GELSEMIUM

Cet extrait, à la dose de 10 gouttes prises avant de se coucher, coupe-rail court au rhume de cerveau. Ordinairement, il suffirait d'une dose unique de Gelsemium pour se débarrasser du rhume.

### Traitement des taches de rousseur.

Chlorhydrate d'ammoniaque.....	} à 3 gr.85,
Acide chlorhydrique dilué.....	
Glycérine.....	30 grammes.
Lait virginal.....	60 —

N. B. — Le *lait virginal* est une mixture de :

Teinture de Benjoin.....	1 partie.
Eau de roses.....	4 parties.

S. — A toucher les taches de rousseur deux fois par jour, avec une petite brosse imbibée du mélange précité.

*Les Nouveaux Remèdes.*

### Traitement de la diarrhée chez les enfants.

Phosphate de soude.....	1 gr, 50.
Sirop d'ipéca.....	15 grammes.
Sirop de rhubarbe.....	30 —
Teinture de noix vomique.....	VII gouttes.
Essence de menthe poivrée.....	X —
Eau chaude.....	30 grammes.
Sirop simple .....	90 =

Dissolvez le phosphate de soude dans l'eau chaude et ajoutez ensuite les autres constituants.

S. — A prendre, par 1/2-1 cuillère à soupe tous les quatre heures.

*Les Nouveaux Remèdes.*

### Ventilation des Eglises

Le *British Medical Journal* s'élève contre la ventilation défectueuse des églises en Angleterre, et n'hésite pas à attribuer au défaut d'oxygène dans une agglomération souvent très considérable, les palpitations de cœur dont se plaignent souvent les fidèles.

Comment pourrait-il en être autrement, se demande notre confrère, quand on voit ces monuments, et plus particulièrement ceux réservés au culte catholique encombrés de fidèles qui ne peuvent pas respirer dans cette atmosphère presque totalement privée d'oxygène, et que ne contrebalance pas, bien au contraire, le défaut absolu de ventilation, qui ne permet pas à l'air vicié de s'échapper au dehors.

Comme remède, le journal anglais préconise une bonne ventilation et une dissémination plus grande de l'oxygène dans l'atmosphère des églises, en utilisant tous les procédés les plus propres à amener ce ré-

sukat. Il recommande tout particulièrement l'installation rationnelle du gaz, généralement mal disposé au-dessus même de la tête des fidèles et qui devrait uniquement servir à éclairer et non à chauffer les chapelles : il demande, enfin, que des ventilateurs soient ouverts à chacun des angles de l'édifice, et que des prises d'air soient disposées au niveau même des galeries extérieures.

Nous ajouterons quelques mots à l'entrefilet du *British Medical* qui nous semble oublier sciemment que les palpitations de cœur ne sont pas les seuls dangers à redouter, et que le froid et l'humidité, qui règnent souvent dans les églises, ont valu aux fidèles qui les fréquentent nombre de bronchites et de douleurs rhumatismales.

Pour diminuer, dans la mesure du possible, les dangers d'insalubrité, il nous paraîtrait utile non pas seulement de munir les voûtes de ventilateurs, ou tout au moins de prises d'air sifflantes, mais surtout de ventiler largement ces immenses nefs, en ouvrant toutes les fenêtres en dehors des heures des offices.

Malheureusement, on agit tout autrement, et nos préceptes hygiéniques ne modifieront, en aucune façon, des coutumes des plus invétérées.

### **Les longues irrigations d'eau chaude contre les métrorrhagies persistantes et les métrites.**

Par le DR BEGONIES-CORREAU.

Je fus forcé dernièrement d'avoir recours à un singulier moyen pour vaincre une métrorrhagie qui avait déjoué toutes mes tentatives d'hémostase. Il s'agissait d'une nullipare atteinte d'une métrite due à un coup de froid pendant l'époque des règles, avec arrêt subit de l'écoulement sanguin, arrêt suivi de violentes douleurs utérines, et, quinze jours plus tard, d'une débâcle hémorragique, qui sept semaines durant, me tint en échec. La femme avait un uterus situé très haut, en état de légère antéversion, et un vagin très étroit ; de sorte que sur une vingtaine de tentatives, je ne parvins à faire passer que deux fois ja sonde intra-utérine, aux prix de mille difficultés. Ces deux fois où je pus introduire un large courant d'eau chaude coïncidèrent avec une courte cessation de la perte sanguine. Des irrigations vaginales chaudes étaient faites matin et soir. A l'intérieur, la série des médicaments prétendus hémostatiques : ergotine, perchlorure de fer, teinture d'hamamelis, etc. Comme variantes j'exécutais à divers intervalles, trois tamponnements vaginaux. Puis un jour, ayant remarqué qu'après une irrigation vaginale d'une demi-heure à l'eau chaude, ma sonde était serrée étroitement par le vagin, en état d'oc-

clusion complète. je résolus d'utiliser cette remarque, en instillant une irrigation d'eau chaude, que je fis durer trois heures et demie. Un seau, muni contre son fond d'un petit robinet, fut suspendu muraille. A l'intérieur du seau un thermomètre marquant la température. Notre irrigation commença à 40°. puis successivement atteignit 44°, 46°, 45°, enfin pendant toute la dernière demi-heure 52°.

Résultat : *hémostase parfaite et définitive*. Il y eut quelques tranchées utérines qui disparurent au bout de vingt-quatre heures. Quant à la métrite initiale, moins de huit jours plus tard il n'en était plus question. L'eau chaude, astringent énergique, avait fait disparaître en somme l'effet et la cause.

*Revue Med.-Chir. des Maladies des Femmes.*

---

## NOUVELLES MÉDICALES

---

M. le Dr Armand Hudon a été nommé médecin interne à l'Hotel-Dieu.

M. le Dr Aldège Ethier a été nommé médecin interne à l'Hopital Notre-Dame.

M. Jules Jehin-Prunne a été nommé assistant chef de clinique à l'Institut Ophthalmique.

### **Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal**

(Faculté de Médecine de l'Université Laval de Montréal)

M. le secrétaire de l'Ecole de Médecine de Montréal nous envoie la liste des élèves ayant passé avec succès leurs examens dans les diverses branches de l'enseignement de première, deuxième et troisième années. Les examens sont repartis en quatre ans. Chaque année, une certaine somme de besogne est faite et l'élève se débarrasse de certaines matières, en prouvant aux examinateurs qu'il les possède.

Les degrés académiques se confèrent en deuxième et quatrième années.

Sur examen satisfaisant, on devient bachelier en médecine au bout de deux ans d'étude. Après quatre sessions académiques, on subit les épreuves finales.

Voici la liste telle qu'elle nous est arrivée :

BOTANIQUE—MM. A. Aubin, A. Allaire, H. Archambault J. B. D. Aquin, E. Brunelle, A. Boulé, A. Bouthillier, E. Bélisle, A. Bernier, B. Bonnier, M. Bélanger, L. H. Brault, E. C. Campeau, A. Constanti-

neau, J. Chevigny, A. De Grandpré, F. DeGrandpré, P. Dansereau, A. Desgroseillers, V. Désy. E. Desmarteau, W. Derome, L. A. Daudelin, J. Dequoy, Eug. Desaulniers, A. Fecteau. L. Gagnier, A. E. Gelin, W. A. Huguenin, A. Hurtubise. O. C. Jacques, A. Lesage. A. Lagacé, A. Lécuyer, W. Lewis, D. E. Lecavalier, A. Lacroix, A. Lassalle, J. Lapierre, A. Lortie, J. W. Labelle, E. Martin J. B. Martin, A. Magnan, J. Pagé, J. R. Pepin, A. Richard, J. B. Richard, N. Rodrigue, P. Roux, Z. Renaud, A. Saint-Denis, Jos. Savoie, A. Sarrazin, J. E. A. Viger, P. Verdon.

HISTOLOGIE—MM. A. Aubin, A. Allaire H. Archambault, E. Brunelle, A. Boulé, A. Bouthillier, E. Bourbonnais, B. Bonnier. M. Bélanger, E. C. Campeau, A. Constantineau. P. Dansereau, A. DeGrandpré, A. Desgroseillers, V. Désy, E. Desmarteau, W. Derome, L. A. Daudelin, J. Dequoy, A. Fecteau, L. Gagnier, A. E. Gelin, W. A. Huguenin, A. Hurtubise, O. C. Jacques, A. Lagacé, A. Lécuyer, W. Lewis, D. E. Lecavalier. A. Lacroix, J. W. Lavergne, A. Lassalle, J. Lapierre, A. Lortie, J. B. Martin, A. Magnan, J. Pagé, J. R. Pépin. A. Ricard, N. Rodrigue, P. Roux, Z. Renaud, C. Tétrault, A. Saint-Denis, A. Sarazin, J. E. A. Viger, P. Verdon, J. Savoie.

HYGIENE—MM. A. Aubin, A. Allaire, H. Archambault, E. Brunelle, A. Boulé, A. Bouthillier, E. Bélisle, A. Bernier. B. Bonnier. L. H. Braut, E. C. Campeau, A. Constantineau, J. Chevigny, P. Dansereau, A. DeGrandpre, A. Desgroseillers, V. Désy. E. Desmarteau, W. Derome, L. A. Daudelin, J. Dequoy, Eug. Desaulniers, L. Gagnier, W. A. Huguenin, A. Hurtubise, O. C. Jacques, A. Lesage, A. Lagacé, A. Lécuyer, W. Lewis, D. E. Lecavalier, A. Lacroix, A. Lassalle, J. Lapierre, A. Lortie, E. Martin, J. B. Martin, D. Plouffe, J. Pagé, J. R. Pepin, A. Ricard, J. B. Richard, Alex. Rodrigue, P. Roux, Z. Renaud, A. Sarazin, L. Séguin, Jos Savoie, C.C. Thétrault, J. E. A. Viger, P. Verdon.

ANATOMIE—MM. Arthur Asselin, J. S. Aubin, Jos. Beauchamp, Fortunat Belleau, John Bergeron, J. R. Bellemare, Victor Bourdeau, T. Cabana. E. A. Charron. E. G. Courteau, Isidore Côté, J. A. Charrette, H. E. Chaput, Albert Dufresne. Jos. Deschatelets. L. A. Desrosier. G. A. A. Dufresne, Albert Duhamel, D. L. Désilets, J. E. Dubé, E. F. Fluhmann, H. Fréchette, C. H. Godin, J. A. Gélina, André Gallant, G. A. Girard, Ulric Jacques, Arthur Lefebvre. J. B. Tessier dit Lavigne. Albert Lesage. Nap. Lambert, Nap. Landry, Ernest Milot, Jas. McNally. L. V. Masse, Zénon Malo, Alphonse Mercier, L. J. Alfred Ouellette, Fred Peltier, D. Plouffe, J. A. Rondeau, J. E. Robillard, J. H. Roy, H. Ricard, David Roberge, J. D. Salvail,

H. Saint-Germain, Louis Trudeau, J. M. R. Trudeau, Arthur Trudeau, Hector Valois, J. D. W. Vézina.

PISIOLOGIE PATHOLOGIE GÉNÉRALE.—MM. Arthur Asselin, J. N. Aubin, Jos. Beauchamp, Fortunat Belleau, John Bergeron, J. R. Bellemare, Victor Bourdeau, Henri Béland, E. A. Charron, E. J. Courteau, Isidore Côté, J. A. Charrette, H. E. Chaput, Albert Dufresne, Jos. Deschatelets, G. A. H. Dufresne, Albert, Duhamel, E. L. Désilets, J. E. Dubé, E. T. Fluhmann, H. Fréchette, C. H. Godin, F. X. P. Goyette, J. A. Gélinas, André Gallant, G. A. Girard, Ulric Jacques, Arthur Lefebvre, J. B. Tessier dit Lavigne, J. W. Lavergne, Albert Lesage, Nap. Lambert, Nap. Landry, Jas. McNally, Z. Malo L. V. Masse, G. L. Marsolais, Alph. Mercier, L. J. A. Ouellette, J. H. Riopelle, J. A. Rouleau, J. E. Robillard, J. M. Rondeau, H. Ricard, D. Roberge, J. D. Salvail, J. Savoie, H. Saint-Germain, L. Trudeau, J. M. R. Trudeau, Arthur Trudeau, Hector Valois, J. D. W. Vézina.

CHIMIE.—MM. Arthur Asselin, N. J. B. Aubin, J. Beauchamp, Fortunat Belleau, John Bergeron, J. A. Bernier, J. R. Bellemare, J. Bachand, Victor Bourdeau, T. Cabana, E. A. Charron, E. J. Courteau, Isidore Côté, J. A. Charrette, H. E. Chaput, Albert Dufresne, L. A. Derosiers, G. A. H. Dufresne, Albert Duhamel, E. L. Désilets, O. G. Duhamel, J. E. Dubé, E. T. Fluhman, H. Fréchette, C. H. Godin, F. X. P. Goyette, J. A. Gélinas, André Gallant, G. A. Girard, H. O. Joval, H. Lortie, Arthur Lefebvre, J. B. T. Lavigne, J. W. Lavergne, Albert Lesage, Nap. Lambert, Nap. Landry, Jas. McNally, L. V. Masse, Zénon Malo, G. L. Marsolais, Alph. Mercier, L. J. A. Ouellette, Fred. Pelletier, J. H. Riopelle, J. E. Robillard, J. M. Rondeau, H. Ricard, Joseph Régner, D. Roberge, J. D. Salvail, H. Saint-Germain, A. Trudeau, L. Trudeau, R. Trudeau, H. Valois, J. D. W. Vézina, J. B. W. Yvon.

TOXOLOGIE.—MM. J. C. Bernard, C. Bernier, F. X. DeMartigny, Ant. Duquet, André Galant, A. Gauthier, Henry Lesage, E. Landry, Is. Lavolette, H. Létourneau, E. Lamoureux, E. Larue, Elz. Montpetit, H. Milot, J. S. Martel, Ernest Milot, J. Ouimet, Omer Routhier, F. X. Renaud, J. E. Rivard, H. Roy, F. Schiller, J. Saint Onge.

TOXICOLOGIE.—MM. E. Asselin, J. C. Bernard, C. Bernier, P. Barrette, U. Bérard, H. Béland, O. Bournival, J. R. Charron, E. M. Deschênes, F. X. DeMartigny, J. S. Deziel, V. Gcoffrion, A. Gauthier, A. E. Gendron, A. Genest, W. Jarry, E. Lamoureux, H. Létourneau, L. Lupien, G. Leblanc, E. Montpetit, L. Montpetit, H. Milot, J. S. Martel, A. Nadeau Léon Ouellette, J. Ouimet, J. Jehin Prume, J. E. Rivard, J. Saint-Onge, L. Séguin, T. Tremblay.

MÉDECINE LÉGALE—MM. P. Barrette, J. Beauchamp, M. Bérard, H. Béland, O. Bournival, R. Charron, E. M. Deschênes, F. X. de-Martigny, J. S. Déziel, A. Duquet, V. Geoffrion, A. Genest, A. Gallant, W. Jarry, E. Lamoureux, H. Létourneau, L. Lupien, G. Leblanc, H. Lacerte, E. Milot, H. Milot, E. Montpetit, L. Montpetit, J. S. Martel, J. Ouimet, O. Routhier, J. Saint Onge, J. Tremblay.

Voici la liste officielle des étudiants qui ont subi avec succès le quatrième et dernier examen du doctorat en médecine et obtenu leur diplôme de M. D.,

MM. Jules Arrault, D. S. Bélanger, Ed. Bessette, J. A. E. Beaudoin, Ls. Bergevin, Herménégilde Beauchemin, Elie Bourbonnais, A. H. Bellerose, J. A. Brien, E. P. Benoit, R. Beaudry, Armand Hudon, René Hébert, R. C. Laurier, J. A. Lapierre, Clément Leblanc, David Landry, Fred Lefils, S. Lebeuf, A. J. H. Levasseur, C. Lapointe, H. Lapointe, A. Charbonneau, C. Cholette, F. Choquette, A. Daigle E. G. Dagenais, F. Dussault, T. Demers, O. D. Duckett, Aldége Ethier, H. Ermatinger, Jos. Frenette, A. C. Forest, A. Fontaine, H. Gaboury, R. Gervais, Aug. Guertin, J. P. Gadbois, J. M. A. Gravel, W. Gauthier, J. D. Ladouceur, W. Morin, E. D. Nolin, J. M. P. Pichette, Frs. Plourde, J. C. Prieur, F. X. Plouffe, O. Paiement, H. Picard, J. A. Ranger, Toutant, L. P. Trudeau, Aimé Vary.

## BIBLIOGRAPHIE

*Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1892*, par H. BOCQUILLON-LAVOISIN, pharmacien de 1re classe classe, avec une introduction par H. HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18 de 322 pages, cart. 3 fr.

Un grand nombre de substances nouvelles ont été récemment introduites dans la thérapeutique. Or les indications sur l'origine, le mode d'emploi de ces médicaments sont éparées dans des publications multiples. Réunir dans un petit volume, clair, bien distribué, très concis et en même temps très complet tous ces renseignements est donc faire chose utile. Il faut dès lors louer l'auteur de ce petit manuel, qui est tout à la fois un recueil de renseignements fort utiles pour le médecin aussi bien que pour le pharmacien lorsqu'il s'agira de prescrire ou de préparer une substance récemment introduite dans la thérapeutique.

C'est le formulaire le plus complet, le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

Parmi les 500 articles importants qu'il renferme, nous citerons : l'*antipyrine*, les *antiseptiques* les *aseptiques*, la *caféine*, la *cocaine*, l'*exalgine*

*l'ichtyol, les injections d'huile, le menthol la naphthaline, la phénacétine, la pilocarpine, la saccharine, la salipyrine, le salol, la spermine, le strophanthus, le sulfonal.*

L'édition de 1892 contient un grand nombre d'articles nouveaux, parmi lesquels nous signalerons les suivants : Anticamine, Apionine, Benzeugénol, Bromol Carpaïne, Cocaïne (Phénate de), Cradine, Dermatol, Diodosalicylique (Acide), Europhène, Gallacetophénone, Glutinopeptonate de sublimé, Glycero-alcoolès, Huile camphrée, Iodopyrine Iodure de carvacrol et de terpène, Microcidine, Phénocoile, Phénylpropionique (Acide), Salicylbromanilide, Spermine, Styracol, Thialdine, Tuberculine, etc., qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

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

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

*Manuel de l'étudiant en pharmacie*, par Ludovic JAMMES, pharmacien de 1re classe, inspecteur des pharmacies. *Nouvelle collection* de volumes in 18. cartonnés, à 3 fr. le volume.

Le *Manuel de l'étudiant en pharmacie* de M. JAMMES est une collection d'élégants petits volumes exposant, en un petit tableau clair, précis et en même temps complet, les différentes matières des examens de validation de stage, de fin d'année et de fin d'études. Chaque matière est traitée dans un volume à part où les recherches sont aisées, facilitées par un plan net et lucide. La collection comprendra 10 volumes d'environ 300 pages, illustrés de figures et cartonnés, au prix uniforme de 3 francs par volume. Sont déjà en vente : *l'Aide-mémoire d'analyse chimique et de toxicologie, l'Aide-mémoire de botanique, l'Aide-mémoire de physique et l'Aide-mémoire de chimie.*

Les volumes suivants traiteront de la *Micrographie* et de la *Zoologie* de la *Pharmacie chimique* de la *Pharmacie galénique*, de la *Matière médicale*, des *Essais et dosages*.

Cette collection est appelée à rendre les plus grands services aux étudiants en médecine qui y trouveront, condensé et exposé avec autant de simplicité que de clarté, tout ce qui leur est indispensable pour suivre leurs cours avec fruit et passer leurs examens avec succès.

Ces Aide-mémoire seront également utiles aux pharmaciens qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes, et qui tiennent néanmoins à ne pas oublier ce qu'ils ont appris sur les bancs de l'école et à se tenir au courant des progrès incessants de la science.

THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF MEDICINE *designed for the use of Practitioners and Students of Medicine*, by William Osler, M.D., fellow of the Royal College of Physicians, London : Professor of Medicine in the Johns Hopkins University and Physician-in-Chief to the Johns Hopkins Hospital, Baltimore ; formerly Professor of the Institutes of Medicine, McGill University, Montreal ; and Professor of Clinical Medicine in the University of Pennsylvania, Philadelphia.

Vendu par souscription. Prix : cartonné, \$5.50 ; D. Appleton & Co., Éditeurs, 1, 3 and 5 Bond Street. New York.

Agence pour le Canada : G. N. Morang, 170 Yonge, Toronto.

L'ouvrage de M. le Dr Osler s'adresse principalement aux médecins de notre pays. Les maladies y sont traitées au point de vue de leur prévalence parmi nous. Il arrive souvent à un médecin, en lisant la description d'une maladie qu'il n'a jamais rencontrée, de se demander si elle existe dans nos climats. M. le Dr Osler nous donne le résultat de sa longue pratique à l'Hôpital Général de Montréal.

Outre cet avantage précieux pour un médecin canadien, l'ouvrage de notre savant confrère présente plusieurs qualités que l'on rencontre assez rarement dans les ouvrages de ce genre. Quant à ce qui regarde le traitement surtout, M. le Docteur ne se contente pas d'énumérer les divers modes de traitement qui ont été proposés dans les différents cas ; il les analyse et dit franchement quels sont ceux qui lui ont donné des bons ou des mauvais résultats.

Les définitions de l'auteur sont remarquablement claires et concises : — pas de détails inutiles.

En résumé, l'ouvrage de M. le Dr Osler, tout en étant à la hauteur de la science actuelle, a pour nous l'avantage d'être fait au point de vue de notre climat.

Il serait à souhaiter que cet ouvrage fût traduit en français. En attendant, il devrait être dans les mains de tous nos confrères qui comprennent la langue anglaise. Nous en parlerons de nouveau dans une prochaine livraison.

#### Avis.

La Compagnie Manufacturière Drevet nous informe qu'elle a transporté ses bureaux au No 28 rue Prince, New-York.

La compagnie profite de l'occasion pour avertir la profession médicale qu'il y a sur le marché plusieurs Peroxydes d'Hydrogène, destinés aux besoins de l'industrie, mais que des pharmaciens ne se gênent pas d'employer pour remplir les prescriptions des médecins.. Ce serait donc une mesure de prudence de prescrire comme ceci :

Peroxyde d'hydrogène médical de Marchand.

## VARIÉTÉS.

### Comment on soignait jadis les hernies

M. le Dr O. Guelliot publie sur ce sujet dans l'*Union médicale du Nord-Est* de curieux documents, auxquels nous faisons l'emprunt suivant :

En 1722, apparut dans le pays de Reims une fille de seize ans, Anne Presse, qui se mit à parcourir les villages, pratiquant les opérations de chirurgie, mais s'adonnant spécialement à la cure des hernies congénitales.

Dans ce but, elle fit, de 1722 à 1733, plus de 300 castrations dans un rayon d'une vingtaine de lieues autour de Reims. On ne dit pas si, comme l'opérateur dont parle Dionis, elle nourrissait un chien avec les testicules enlevés aux petits hernieux.

Dorigny, lieutenant criminel de la ville de Reims, la fit arrêter, l'interrogea et demanda une consultation en règle à Morand, alors secrétaire de l'Académie de Chirurgie. A la suite de cette enquête, fut prononcée la condamnation suivante :

“ Vu par nous, Raoul Dorigny.....

“ Nous disons que ladite Marie-Anne Presse est dûment atteinte et convaincue de s'être ingérée, sans Brevet ni Permission, de faire dans la campagne l'opération de la hernie par la taille, et de l'avoir faite sur Jean Mongardin, auquel par impéritie elle auroit coupé le testicule droit, sur Elie Duchesne, auquel elle auroit pareillement coupé les deux testicules, et sur le fils de Raoul Lalique, auquel elle auroit coupé le testicule gauche, et d'avoir fait les mêmes opérations aux fils de Jérôme Guillaume et à celui de Gérard Coquet, lesquels n'ont survécu que peu de jours après lesdites opérations.

“ Pour réparation desquels cas nous avons condamné et condamnons ladite Marie Anne Presse, à être battue et fustigée nue de verges aux carrefours, et, ce fait, être renfermée en l'Hôpital général de cette ville, le temps et espace de cinq ans ; la condamnons en dix livres d'amende envers le roi, et lui faisons défense de faire à l'avenir les dites opérations, sous plus grande peine.

“ Jugé en la Chambre du Conseil le 20 juillet 1733.”

(*Journal de Méd. et Chir. Prat.*)