

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- 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.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Lithotritie ;

par le docteur O. F. MERCIER,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal. (1)

Le 26 décembre dernier, j'étais appelé en consultation pour un jeune homme de 23 ans, souffrant de troubles du côté des voies urinaires. Traité antérieurement à New-York, on avait pensé à un rétrécissement dans lequel on avait, il va sans dire, passé force sondes.

Ce jour là, je trouvai mon malade excessivement affaibli, urinant avec d'énormes difficultés, à tous les $\frac{1}{4}$ heures, une urine très troublée. Son apparence si chétive me porta à croire d'abord à une cystite tuberculeuse, accompagnée peut-être de rétrécissement. Je me proposai de revenir le lendemain, avec sondes et instillateur, examiner le canal urétral, le dilater si besoin était, et commencer par des instillations de nitrate d'argent le traitement de la cystite existante, quitte à les remplacer par le sublimé si elles confirmaient ma première opinion de cystite tuberculeuse.

Une sonde à boule me fit sentir en effet dans le canal un obstacle que je ne pus exactement définir, je passai quelques béniqués, et fis une instillation au 1/100.

Le lendemain, je trouvai mon patient un peu mieux, douleurs moins vives, et envies moins fréquentes d'uriner. Après deux autres séances semblables, voyant que la difficulté d'uriner ne cessait pas, même après avoir passé une assez grosse sonde, je réexaminai le canal de nouveau, avec une sonde à boule, et cette fois, je cru percevoir un léger frottement au niveau de l'obstacle dont j'ai déjà parlé. Un gravier seul pouvait me donner cette sensation. Je l'enlevai le lendemain avec la pince urétrale de Collin. La difficulté de miction continuant, malgré que mon malade urinait plus souvent la nuit que le jour, que le déplacement semblait lui causer du soulagement, et qu'il ne ressentait aucune douleur au bout de la verge, je fus convaincu de l'existence d'un calcul vésical. La sonde exploratrice me montra, en effet la présence d'une pierre, d'environ un pouce et demi de diamètre.

Partisan de la lithotritie, je proposai de suite l'opération au

(1) Communication faite à la *Société de médecine pratique*, le 7 mars 1893.

patient, m'efforçant de lui démontrer toute la supériorité que je crois appartenir à ce mode opératoire des calculs. Je n'osai pas cependant opérer de suite, la cystite étant encore trop forte et le malade trop faible. Le pouls se tenait toujours entre 120 et 130 et la température aux environs de cent. De plus les urines contenaient de l'albumine en quantité considérable (une police d'assurance avait été antérieurement refusée), et mon jeune calculeux souffrait continuellement de douleurs rénales.

J'abandonnai alors les instillations, qui avaient beaucoup amélioré l'état du patient, pour recourir aux lavages au nitrate d'argent au 1/1000.

Au bout de quelques jours, les symptômes de cystite étaient presque tous disparus, et l'état général du patient s'était bien amélioré.

Avant de fixer définitivement le jour de l'opération, je consultai de nouveau le médecin de la famille, qui me demanda de retarder encore, ne croyant pas que le malade survivrait à l'opération, tant il le trouvait faible. Nous retardons donc, espérant que l'amélioration déjà obtenue continuerait. Mais au bout de quelques jours, nous en avons plutôt perdu, et il nous fallut bien nous décider d'intervenir. La température était cependant à 99 $\frac{3}{4}$, le pouls à 130 et les urines toujours albumineuses.

L'opération se fit sans aucun accident, mais la pierre, très dure et très grosse, nous offrit tant de résistance qu'un moment je crus qu'il me faudrait faire la taille; j'avais d'ailleurs apporté ce qu'il me fallait pour une taille hypogastrique. Cependant, m'aidant du marteau et y mettant toute ma force je réussis à faire éclater le calcul, qui fut ensuite aisément pulvérisé. Je ne pus néanmoins tout extraire à la première séance. Je fus assez heureux pour ne pas blesser la vessie, ce qui me fut prouvé par la quantité insignifiante de sang qui apparut à la sortie du lithotriteur.

Une heure et demie plus tard, je retournai voir mon opéré. Je fus agréablement surpris de le trouver fumant un excellent cigare et ne se plaignant d'aucune douleur. Le soir, la température était descendue à la normale et le pouls à 92. Tous deux s'y maintinrent d'ailleurs dans la suite. Huit jours plus tard, je repris les petits fragments qui restaient. Ce fut fait en dix minutes, et ne fut suivi par la moindre réaction. Dans l'après-midi même mon ex-calculeux descendait de sa chambre prendre ses repas avec la famille. Le dimanche suivant, soit quatre jours plus tard, il sortait sur la rue; depuis il n'a cessé d'être tout à fait bien, tellement que l'autre jour, il entra à mon bureau m'apportant de ses urines. Je les examina aussitôt: elles avaient repris leur acidité et ne contenait déjà plus d'albumine; les douleurs rénales sont aussi complètement disparues et huit heures sans uriner ne fatiguent nullement mon heureux jeune homme.

L'an dernier, vers ce temps-ci, pendant mon séjour à Paris, je prônais dans l'UNION MÉDICALE la lithotritie aux dépens de la taille. Si je reviens aujourd'hui sur ce sujet, ce n'est pas que j'aie changé d'avis depuis ce temps, bien au contraire. L'observation personnelle que je viens de rapporter m'a permis de mieux connaître et mieux apprécier encore cette opération, et m'a plus que jamais convaincu de sa supériorité.

Voici un malade pris de cystite très grave, pissant du pus et de l'albumine, accusant de l'hyperthermie, de l'accélération du pouls, et de plus des douleurs rénales considérables, et ayant un calcul vésical mixte très gros. Je broie ce calcul en deux séances, et dix jours après la première de ces séances, voilà mon patient sur la rue, n'accusant plus de cystite, plus d'albuminurie, et chez lequel la température et le pouls reviennent au point normal dès le soir même de l'opération.

Une taille, à supposer qu'elle eût réussi au maximum du désirable, n'eût certes jamais donné une guérison si rapide.

Les lésions rénales, nous dit Guyon, ne constituent pas une contre indication à la lithotritie. Voici ses propres paroles : "Elles la rendent incertaine dans ses résultats, mais toute périlleuse qu'elle soit, l'intervention s'impose au malade et au chirurgien. L'un a le devoir de se soumettre, l'autre l'obligation d'agir. Les bénéfices d'opérations faites dans ces conditions peuvent être très grands, si la vessie est débarrassée. Aussi bien après la lithotritie qu'après la taille, nous avons vu cesser des menaces souvent fort graves, et le retour à la santé faire place à l'état le plus précaire.

"Le débarras de la vessie a une influence manifeste sur la marche des lésions rénales, et cette influence peut aussi heureusement s'exercer par la lithotritie que par la taille, mais il ne faut pas oublier qu'elle s'exerce d'autant mieux que l'opération a déterminé le moins de traumatisme. C'est pour cela que dans ces cas la lithotritie restera supérieure à la taille."

On ne peut certes s'exprimer d'une manière plus positive.

Mon observation si heureuse serait bien une preuve à cet avancé de Guyon, car comme je l'ai dit plus haut, non seulement les urines de mon opéré contenaient de l'albumine avant l'opération, mais deux ans plus tôt, on lui avait refusé une police d'assurance.

Je mentionnais aussi l'an dernier ce fait, que l'hyperthermie n'est pas une contre indication. J'en ai eu une preuve manifeste, puisque le soir même de l'opération, la température qui se maintenait toujours à ou audessus de cent était tombée à la normale. Que de fois j'ai vu Guyon insister sur ce point; plusieurs fois même, je l'ai vu opérer en pleine fièvre urinaire, toujours avec succès habituel.

Débarrasser la vessie d'un patient ayant de la cystite et de la

néphrite ascendante, c'est enlever la cause première; la vessie s'améliorant sous la cessation de l'irritation continuelle produite par le calcul, le rein qui tient d'elle son état pathologique ne peut lui aussi que s'améliorer.

Dans ces cas de pyélonéphrites, cependant, il faut être de la plus grande prudence; si l'on veut intervenir, il faut savoir choisir le bon moment. Remarquons que dans mon cas j'ai mis ce précepte en pratique. Les instillations et les lavages m'ont donné une vessie plus traitable, moins irritable, les reins sont devenus plus tolérants et le patient, dont l'état général était en même temps fortifié autant que possible, et par l'appétit qui lui était revenu au cours du traitement, et par les toniques administrés généralement, se trouvait dans un état infiniment supérieur à celui qu'il m'eût offert, si je m'étais trop empressé.

D'un autre côté, voici ce que j'écrivais l'an dernier à propos de cystite. "La cystite, qui ne contre indique généralement pas la lithotritie, peut cependant sous certaines de ses formes engager le chirurgien à lui préférer plutôt la taille. En effet, dans certaines vessies douloureuses, à parois épaissies, et ne se laissant pas distendre, surtout si grâce à sa disposition en cellule, on a affaire à un calcul enchâtonné, il serait très difficile et dangereux de pratiquer la lithotritie; la taille serait ici préférable; le calcul enlevé, elle laisserait à la vessie un repos de quelques semaines qui lui serait des plus avantageux."

Je traite actuellement un malade de cette catégorie, sur lequel j'ai tenté la lithotritie que j'ai reconnue impraticable et auquel j'ai proposé la taille pour les raisons ci haut mentionnées.

Le volume et la consistance de la pierre peuvent aussi être une contre indication, mais le broiement dans ces cas doit toujours être tenté, car un calcul a besoin d'être bien gros ou bien dur pour ne pas éclater sous la pression du No 3.

Laissez moi maintenant vous rapporter quelques statistiques.

Dans les notes que j'ai prises l'an dernier à la clinique de Guyon, je vois pour l'année 1891-92 71 lithotrities, avec deux morts et 14 tailles hypogastriques, avec aussi deux morts.

Dans toutes ces lithotrities, il n'y a eu que cinq malades ayant eu de la fièvre consécutive à l'opération.

Des deux morts, l'une fut causée par une faute opératoire. Le lithotriteur s'introduisit dans une vésicule, de là perforation, péritonite et mort. Cette vessie contenait un grand nombre de diverticules. C'est d'ailleurs, le seul accident de ce genre qui soit arrivé à Guyon. L'autre était un prostatique souffrant de cystite depuis longtemps.

En 1887, Guyon avait pour proportion 44.070 de morts pour la taille et 5.270 pour la lithotritie.

Voyons les autres chirurgiens, et je ne cite ici que des chirurgiens parfaitement antiseptiques, c'est-à-dire pratiquant la taille avec toutes les chances de succès qu'on puisse lui donner.

Froyer 1070 pour la lithotritie et 2.32070 pour la taille. Dittel, en 1890, sur cent calculeux : broiement, 4 sur 70 et taille, 5 sur 23.

Il ne faudrait cependant pas conclure par ces statistiques qu'il faille bannir complètement la taille. Non, car si la lithotritie est sans contredit la méthode de choix, la taille reste applicable à un certain nombre de cas, qui sont néanmoins l'extrême minorité.

Comment pourrait-on d'ailleurs mettre au premier rang la lithotomie, alors que tous les chirurgiens qui la pratiquent sont en désaccord sur le choix du mode opératoire qu'il faut employer. Les uns, qui préfèrent l'hypogastrique, et ce sont tous les chirurgiens français et allemands, reprochent aux tailles périnéales le peu d'espace qu'elles offrent, les dangers d'hémorragie et de septicémie, et surtout, si l'on emploie la plus usitée aujourd'hui, la lithotomie prérectale, le danger presque inévitable de sectionner les canaux éjaculateurs, chose peu agréable pour un jeune homme encore au printemps de la vie, et se berçant de l'espoir d'acquérir un jour ses cent acres de terre.

Les autres, Thompson en tête, trouvent, en retour, à la taille hypogastrique, toute sorte d'inconvénients et de dangers, dont le non moindre serait la perforation du péritoine.

Ainsi donc les lithotomistes eux mêmes font à leur propre opération toute sorte de reproches, d'ailleurs bien mérités.

La lithotritie, elle, ne reçoit que des louanges de ses adeptes.

Avant de terminer, il me serait agréable, messieurs, si ce n'est pas abuser de votre bienveillance, d'insister sur quelques points de technique opératoire.

L'écrasement du calcul, à moins qu'il ne soit bien mou et bien petit, devrait toujours se commencer avec un lithotriteur à mors fenêtrés; lui seul offre assez de résistance, surtout si le calcul est volumineux.

Pour saisir la pierre, il est bon de se rappeler qu'on la trouve le plus souvent à droite, dans le bas-fond situé en arrière de la prostate. Il faut dans tous les cas agir méthodiquement, et ne pas aller chercher à saisir le calcul par de nombreuses prises faites à tout hasard; cherchez-le d'abord, ce n'est que lorsque vous l'aurez mis en contact avec l'instrument que vous en écarterez les mors. Rappelons-nous aussi que les débris de calcul restent généralement à l'endroit de la vessie où l'on fait éclater ce dernier. Gayon l'a souvent répété: "Pour bien faire la lithotritie, trois qualités sont surtout nécessaires; sangfroid, patience et jugement." L'habileté vient ensuite.

Lorsqu'on tient la pierre, il faut avant de fermer l'écrou imprimer au lithotriteur de légers mouvements de va et vient, afin de bien s'assurer qu'on ne tient pas la paroi vésicale. Pour broyer, quelques tours de volant suffisent, car on ne devra chercher à vider les mors du lithotriteur qu'à la fin, au moment de le retirer.

Il faut bien se garder de retirer l'instrument aussitôt après avoir broyé quelque peu, sous prétexte de vider la vessie d'autant; ce serait la pire des méthodes, car à part la perte de temps que causerait cette réintroduction successive des sondes et des brise-pierres, le canal serait exposé aux éraillures, et la fièvre urineuse plus à craindre. Une seule introduction suffit pour broyer entièrement le calcul, et l'instrument ne doit être retiré que lorsqu'on ne sent plus de morceau à écraser. Il en restera d'ailleurs presque toujours. C'est pour cette raison que Guyon réintroduit toujours un mors plat pour faire la révision et pulvériser ce qui pourrait rester.

Il est très important que le canal urétral ait son calibre normal. Car, s'il serrait quelque peu l'instrument, une grande partie de la délicatesse du contact serait perdue et l'opération serait infiniment plus difficile. Les rétrécissements, quelque légers qu'ils puissent être, seront donc invariablement dilatés, chose qu'on pourra faire à l'avance, ou séance tenante avec les sondes Béniqué.

Le chirurgien se gardera bien, sous prétexte de se donner un plus large champ opératoire, de trop remplir la vessie, car la douleur que l'on causerait par cette surdistension réveillerait des contractions vésicales.

La chloroformisation est un des points les plus importants de l'intervention. Guyon a prouvé qu'alors même que la pupille est complètement insensible, la vessie est encore douloureuse à la distension.

C'est pour cette raison qu'il faudra pour l'aspiration pousser l'anesthésie jusqu'à ses extrêmes limites, car ce temps de l'opération est complètement impraticable dans une vessie non entièrement passive.

Il faut aussi que le sommeil soit bien profond lorsque l'on retire les instruments; si alors la vessie se contractait, un débris de calcul pourrait être chassé dans le canal et compliquer gravement l'opération.

L'antisepsie n'est pas aussi, il s'en faut, sans importance. Guyon en a parfaitement établi les règles, et il faut s'y soumettre entièrement si l'on veut éviter tous les dangers d'une fièvre urineuse, et faire bénéficier l'opéré d'une de ces guérisons si surprenantes par leur rapidité.

Rappelez vous qu'une vie oisive, inactive, sédentaire engendre la dyspepsie et l'hystérie. L'exercice est le grand agent de la circulation du sang. Les habitudes sédentaires affaiblissent non seulement le corps mais l'intelligence, déséquilibrent le système nerveux et rendent incapable d'études et d'efforts.

Des déchirures vagino-périnéales ; causes et mécanisme :

par le Dr Adrien OUMET (de Montréal).

D'une façon générale, on peut considérer les ruptures vagino-périnéales, comme le résultat d'une disproportion entre le fœtus et le conduit qu'il doit traverser.

Aussi toutes les anomalies de volume, tous les vices d'accommodation sont des causes de déchirures vagino vulvaires. Tout d'abord, il est facile de comprendre qu'un excès de volume peut suffire à expliquer la rupture. Cependant les auteurs qui se sont occupés de cette question : Fashender, Hecker, Bar, sont arrivés par les statistiques à ce résultat inattendu, que les déchirures périnéales sont plus fréquentes lorsque les dimensions de la tête sont moindres, qu'à l'état normal. On explique ce fait par la rapidité de la période d'expulsion ; la périnée n'a pas le temps de développer toute son élasticité et se rompt.

La plus souvent, on voit intervenir, comme cause principale, un défaut d'accommodation, une anomalie dans la présentation ou la position.

Il est un point sur lequel M. Auvard est revenu dans ces derniers temps, c'est ce qu'il a désigné sous le nom de déflexion prématurée de la tête. Dans ces circonstances, le pubis, au lieu d'être en rapport avec la région sous-occipitale, se trouve en contact avec un point plus ou moins rapproché du bregma ; il en résulte que le dégagement se fait suivant des diamètres dont les dimensions sont beaucoup plus considérables que celles des diamètres sous occipitaux.

S'il est vrai, du reste, que cette déflexion est souvent produite artificiellement, fréquemment aussi elle existe dès le début du travail. Il s'agit alors plutôt d'un défaut de flexion que d'une déflexion véritable.

Dans bon nombre de cas, cette anomalie dans le mécanisme de l'accouchement coïncide avec un défaut de rotation de la tête. Il en résulte que le pôle céphalique se présente par des diamètres plus longs aux diamètres les plus étroits de l'orifice vulvaire. Il faut faire entrer en ligne de compte un facteur important, qui est le mode de résistance des organes maternels.

Les cicatrices placées sur un des côtés du périnée prédisposent aux déchirures.

Puis la rigidité qui se produit progressivement dans les tissus chez les primipares âgées.

Il faut signaler aussi chez certaines femmes, le plus souvent petites, ayant l'aspect d'adolescentes, une étroitesse congénitale du vagin.

M. Budin a dit que : le fœtus, avant de venir au monde, doit traverser trois détroits :

1^o Le détroit utérin qu'il ne franchit pas sans déchirure.

2^o Le détroit hyménéal dont on n'empêchera pas la destruction inévitable.

3^o Enfin un troisième orifice, l'orifice vulvaire. Il faut ajouter aussi l'anneau du releveur, dont l'importance est considérable dans les déchirures périnéales profondes.

Très souvent on observe des délabrements profonds sans lésions superficielles. C'est alors le tissu cellulaire qui s'est déchiré, ce sont les fibres musculaires qui se sont arrachées au niveau de leur insertion.

Quelquefois même des veines profondes se rompent et amènent la production d'un thrombus. Dans d'autres cas, la muqueuse vaginale cède, et se déchire transversalement dans une étendue considérable, sans lésion appréciable du périnée ou de la vulve. C'est là ce qu'on observe surtout dans les vagins infantiles. L'application de forceps constitue une des causes les plus importantes des déchirures vagino-culvaires. Le plus souvent il n'agit que d'une manière indirecte, en empêchant l'accommodation de la tête fœtale. En effet, l'extrémité céphalique, saisie plus ou moins régulièrement, ne subit pas cette déformation spéciale qui a pour effet de diminuer les diamètres parallèles aux plans du bassin.

De plus, le forceps lui-même, lorsqu'il est appliqué, ne s'adapte que très imparfaitement à la forme des parties maternelles. On constate facilement que, pendant l'extraction, l'extrémité postérieure des cuillers et la tige viennent distendre l'orifice vaginal. Cette pression est extrêmement inégale, et l'on conçoit comment il peut se produire une rupture au niveau du point le moins résistant de l'anneau. En dehors de ces cas, le forceps agit directement sur les tissus qu'il déchire.

L'introduction de la main dans le vagin peut suffire à produire une rupture, lorsqu'elle est poussée violemment et sans précautions. Il peut également se produire des éraillures pendant le glissement de la branche du forceps le long de la paroi vaginale mal protégée par la main. Ce n'est cependant pas là le mode le plus habituel. Dans la majorité des cas, la déchirure tient à un défaut de parallélisme entre la courbure pelvienne de l'instrument et l'axe du conduit vaginal. Dans une application directe, si l'on abaisse prématurément le manche du forceps, l'extrémité libre de la cuiller vient labourer la paroi antérieure, et une déchirure vaginale en est la conséquence. D'autre part, le talon dilacère la paroi postérieure. On peut voir ainsi se produire quatre déchirures situées deux par deux de chaque côté des colonnes du vagin. Si le manche du forceps est, au contraire, trop fortement relevé, ces déchirures se produisent encore, mais par un mécanisme inverse.

Dans les applications obliques ou transverses, la courbure du forceps est nécessairement différente de celle du canal pelvien. Aussi les déchirures se produisent alors plus facilement encore.

Le siège de celles-ci sera toujours en rapport avec la situation des branches de l'instrument, et l'on pourra voir les lésions occuper un point exceptionnellement atteint dans l'accouchement naturel, par exemple le milieu des colonnes antérieures et postérieures.

C'est dans l'extraction surtout qu'on se rend compte de l'importance des avantages obtenus avec le forceps Tarnier.

Avec l'instrument de Levret, il est impossible à la main la plus exercée de suivre, à chaque instant, la direction que doit prendre la tête fœtale.

On se trouve donc exposé à faire basculer les branches et à produire des ruptures par un mécanisme analogue à celui que j'ai indiqué plus haut. Avec le forceps Tarnier, ces difficultés disparaissent, puisque la tête prend spontanément la direction que lui imprime l'excavation pelvienne.

Cependant, il est des cas où, même avec l'instrument le plus perfectionné, on se trouve placé dans des conditions favorables à la déchirure. Lorsque, en effet, la tête est incomplètement fléchie au moment où elle est saisie par le forceps, les efforts de traction empêcheront nécessairement la flexion de se produire, et les diamètres de l'extrémité céphalique seront ainsi plus considérables, alors que l'expulsion spontanée eût accentué le mouvement de flexion et rendu l'accommodation plus parfaite.

Lorsqu'il devient nécessaire de faire artificiellement la rotation, l'avantage du forceps Tarnier est peut être plus sensible encore. On sait, en effet, que si l'on veut éviter des lésions considérables du vagin, on doit faire décrire au manche de l'instrument un arc de rayon déterminé. L'aiguille indicatrice et la tige de traction permettent, dans ces cas, de suivre la direction commandée par la conformation du bassin.

Dans la version, les ruptures se produisent tantôt au moment du passage des bras relevés sur les côtés de la tête, tantôt lorsque le menton défléchi vient presser contre le périnée. Le mécanisme est toujours le même, absence d'accommodation des parties fœtales aux organes maternels. En avant, dans la région de la symphyse pubienne, les déchirures sont assez fréquentes. Presque toujours elles ont pour origine une application de forceps défectueuse. La petite lèvre est souvent très profondément atteinte. Elle peut être divisée dans toute son épaisseur jusqu'à son bord libre, le lambeau inférieur est alors pendant et forme ce qu'on a désigné sous le nom d'oreille de chien.

Quelquefois, la déchirure, arrivée vers la face postérieure de l'hymen, se continue avec une rupture transversale du vagin. Celle-ci commence à l'extrémité antérieure de la plaie longitudinale et s'étend plus ou moins loin, parallèlement à l'anneau hyménal. Lorsque la lésion existe des deux côtés, la colonne postérieure peut, tantôt rester adhérente au tubercule inférieur de l'hymen,

tantôt en être complètement séparée et former une languette flottante.

La déchirure peut remonter sur la face interne des petites lèvres, ou bien, ce qui est fréquent, elle dépasse à peine l'hymen et s'arrête en arrière de la fourchette, ou bien enfin, elle se dirige en arrière du côté de l'anus, et devient déchirure du périnée.

La variété la plus légère, dont l'importance clinique est pour ainsi dire négligeable, est celle qui n'atteint que la fourchette. Plus grave est la déchirure profonde et intéressant le soutien musculaire du périnée; du côté de la peau, elle va fréquemment jusqu'au sphincter de l'anus, qu'elle laisse intact.

La rupture du muscle releveur donne à la plaie superficielle des caractères spéciaux. La surface déchirée est très irrégulière, présente des culs-de sac plus ou moins profonds.

La troisième variété répond à ce que les auteurs ont désigné sous le nom de déchirure complète. Naturellement elle peut co-exister avec les lésions musculaires profondes indiquées plus haut, mais son caractère fondamental est d'intéresser le sphincter de l'anus.

Elle peut, du reste, ne porter que sur le corps périnéal proprement dit, ou bien remonter plus ou moins haut sur la cloison recto-vaginale.

Il existe la déchirure centrale proprement dite, qui est rare, bien qu'elle ait été signalée par la plupart des auteurs. Dans cette variété, tout le corps périnéal est perforé d'un large orifice par lequel peuvent passer le fœtus et le placenta.

Au point de vue du pronostic, il faut considérer: d'une part, la rupture du sphincter et ses conséquences; d'autre part, la rupture du releveur et la perte de la résistance périnéale.

Accidents—Complications—Il faut signaler l'hémorrhagie. Lorsque la déchirure vulvaire se prolonge du côté du clitoris, elle rencontre quelquefois une ou deux grosses veines dont la rupture provoque une hémorrhagie souvent très persistante.

Du côté du périnée, on trouve également des veines variqueuses qui peuvent saigner abondamment.

Enfin, lorsque la déchirure va jusqu'à l'anus, elle peut produire une hémorrhagie en déterminant l'ouverture d'ampoules hémorroïdales.

Il faut aussi constater comme accident immédiat la gêne de la miction.

Pendant les suites de couches, on peut voir se produire des accidents divers qui ont pour origine l'infection de la plaie vulvo-vaginale.

Sans vouloir attribuer à la déchirure du périnée une trop grande valeur dans l'origine de la fièvre puerpérale, il est certain qu'elle constitue une porte d'entrée importante et que, fréquemment, la maladie débute par une infection locale au niveau de cette plaie exposée par son siège à des contaminations multiples.

Dans le cas où la déchirure a porté sur le releveur de l'anus, le plancher périnéal, privé de son soutien naturel, perd sa souplesse et sa résistance et ne remplit plus son rôle que d'une façon très imparfaite; il se produit un véritable prolapsus de la muqueuse. Celle-ci entraîne avec elle, d'une part, la vessie, de l'autre le rectum qui lui sont accolés, et on a ainsi la rectocèle et la cystocèle. Puis l'utérus, entraîné par son poids, attiré par la muqueuse vaginale, ayant perdu son soutien naturel qui est le périnée et surtout le muscle releveur, s'abaisse dans le conduit et peut même, dans certains cas, dépasser l'anneau vulvaire. Il peut également changer de direction, basculer en arrière, se rétrofléchir.

De là des douleurs, des tiraillements, des sensations de pesanteur dans le bas-ventre, accusés par toutes les malades.

D'autre part, l'anneau vaginal étant toujours plus ou moins béant, il en résulte une facilité d'infection qui entretient un état inflammatoire pour ainsi dire permanent. Du vagin l'irritation s'étend jusqu'à l'utérus, d'où des métrites persistantes comme la cause qui les a produites.

Quant à la déchirure complète, ses complications ne sont pas à démontrer.

La condition d'une femme en cet état est véritablement déplorable, car il ne s'agit pas seulement ici de la perte d'une partie des charmes physiques, il s'y joint une incommodité aussi affreuse que le serait un anus contre nature.

Traitement.—Est-il nécessaire de traiter les déchirures du périnée ?

Les auteurs ont toujours établi sur ce point une distinction capitale entre les ruptures complètes et les ruptures incomplètes. Dans les premières, la question semble définitivement jugée, et nul ne paraît contester l'utilité d'une intervention chirurgicale. Car la réunion par première intention ne pourrait se produire que dans le cas d'asepsie parfaite des surfaces divisées.

Or, la déchirure béante est en contact, d'une part avec les matières fécales, d'autre part avec les lochies qui s'écoulent de la cavité utérine.

Il est difficile d'admettre que la guérison définitive puisse se produire dans ces conditions. On peut donc, en principe, dire que la déchirure du périnée ne se répare pas seule.

Aujourd'hui toute déchirure complète doit être réparée.

Pour les déchirures incomplètes, l'accord est loin d'être aussi unanime.

Lorsque la fourchette seule est intéressée, il est certain que tous les traitements peuvent être bons, même l'expectation.

Mais l'indication devient plus précise lorsque le soutien musculaire du périnée a été divisé. MM. Pozzi, Bouilly, Doléris pensent que la réunion par première intention est dans ces cas exceptionnelle, et que la réunion secondaire, lorsqu'elle se produit, n'a lieu

qu'au bout de plusieurs semaines et est, dans la majorité des cas, très imparfaite.

L'époque de l'opération a été très discutée.

MM. Lefort, Verneuil, Polaillon, ne font la périnéorrhaphie qu'au bout de plusieurs mois, au moins dans les déchirures complètes; parce que, disent ils, les parties rompues ont subi la plus grande violence; elles ont été soumises à une distension extraordinaire, bientôt un gonflement considérable va s'en emparer, et puis bientôt elles seront inonlées par l'écoulement des lochies; et l'on aurait la hardiesse de soumettre à une opération longue et douloureuse une femme nouvellement accouchée?

MM. Labbé, Perrier, Pozzi répondent à ces objections: que la plaie vient de se produire, elle est encore saignante et rend un des temps les plus délicats de l'opération, l'avivement, absolument inutile, puis l'adaptation serait parfaite parce que les parties qui viennent d'être séparées se correspondent exactement par leur étendue et les irrégularités de leurs surfaces; enfin en supprimant immédiatement une plaie béante, on diminue d'autant les chances d'infection.

Quant aux raisons d'ordre local, l'inflammation, l'écoulement lochial, elles tombent d'elles-mêmes, maintenant que, grâce à l'antisepsie, on peut faire une désinfection parfaite de la plaie. On peut donc dire qu'en général on doit toujours intervenir immédiatement, quelle que soit l'étendue de la déchirure périnéale.

Quand le plus grand nombre des auteurs disent immédiatement, ils ont en vue la réunion primitive et la réunion secondaire. En effet, dans certains cas, après un accouchement laborieux, surtout lorsqu'on a été obligé de recourir à une intervention longue et difficile, la surface et les bords de la plaie sont recouverts de lambeaux déchiquetés et contus dont la mortification ne saurait être douteuse. Il est alors impossible d'opérer immédiatement, sous peine de renfermer entre les surfaces de la plaie des produits destinés à être éliminés. Il faut donc attendre et remettre l'opération à une époque plus éloignée, c'est là la périnéorrhaphie secondaire.

Il est des déchirures insignifiantes, des éraillures de la vulve, pour lesquelles il suffit de faire des lavages et des pansements antiseptiques; mais aussitôt que la plaie atteint certaines dimensions, il devient urgent d'appliquer une série de points vaginaux et périnéaux sur toute la longueur de la ligne qui limite les tissus divisés.

Dans les déchirures complètes, il faut faire la périnéorrhaphie à satures périnéales exclusives d'Emmet, c'est du moins la méthode suivie par presque tous les praticiens à Paris.

CONCLUSIONS.

1o Dans l'accouchement spontané, les ruptures vagino-périnéales sont dues:

1. A un défaut d'accommodation du fœtus ;
2. A un état: congénital (vagin infantile, anomalie dans l'orientation vulvaire); physiologique (exagération de la résistance des muscles périnéaux); pathologique (cicatrices, bassins à épines), modifiant le mode de résistance du périnée.

Dans l'accouchement artificiel, les ruptures sont produites indirectement (défaut d'accommodation), ou directement, au point d'application de l'instrument.

2° Les ruptures vagino-vulvaires, qu'elles siègent en avant ou en arrière, occupent, règle générale, un des côtés du vagin et rayonnent de là dans diverses directions.

3° Un des inconvénients les plus graves des déchirures du périnée est d'intéresser les fibres musculaires qui forment la partie fondamentale du plancher pelvien: releveur de l'anus (troubles consécutifs dans la statique utérine), sphincter de l'anus (incontinence des matières fécales.)

4° Toute rupture périnéo-vaginale, si petite qu'elle soit, doit être traitée le plus promptement possible par la périnéorrhaphie immédiate, ou par la périnéorrhaphie secondaire.

Paris, 20 décembre 1892.

Bourse Pharyngée.

Synonymie : Catarrhe; Pharyngite catarrhale; Catarrhe chronique du pharynx; Granulations.

par le docteur H. M. DUHAMEL, de Montréal. (1)

Il se présente un malade se plaignant de tousser, de cracher (le matin surtout, à son lever), et qui, après bien des efforts et des raclements, accompagnés souvent de vomissements, se voit dans l'obligation de renoncer à chasser de sa gorge le corps étranger qui le gêne.

En langage ordinaire, on dit que ce malade grailionne.

Nous voyons beaucoup de ces cas et croyons opportun d'en parler.

Cette maladie, trop stupidement baptisée dans le pays du nom générique de "catarrhe", mérite notre attention.

Il existe à la partie supérieure du pharynx, immédiatement en arrière de l'ouverture postérieure du nez et entre les deux fossettes de Rosenmuller, une troisième amygdale, appelée amygdale pharyngée. A l'état normal, cette tonsille sécrète peu dans l'enfance, et avec l'âge elle disparaît sans laisser de traces; mais,

(1) Travail lu à l'Association des Internes de l'hôpital Notre-Dame, le 1er décembre 1892.

avec un climat comme le nôtre, dès l'enfance elle s'hypertrophie et amène des désordres généraux plus qu'ailleurs.

Loewenberg, Chatellier et Lubet-Barbon ont démontré l'influence de ce tissu enflammé sur l'économie. D'abord l'apparence idiote d'une figure avec bouche ouverte, puis les maux d'oreilles, les coryzas inguérissables, la toux coqueluchoïde et le ronflement. (Chez les enfants: les bronchites et le faux croup, et dans notre pays on en fait très souvent de la scarlatine et de la diphtérie. On voit aussi la malformation des os de la tête, des côtes et de la colonne vertébrale, de la scoliose (Chatellier).

Dans une autre conférence nous parlerons des enfants. Aujourd'hui, nous songeons à l'adulte.

L'enfant grandit après avoir souffert d'angines répétées jusque vers 18 ans. Vers cet âge, l'amygdale diminue ordinairement de volume. Les différentes trainées de tissu adénoïde se réunissent, adhèrent les unes aux autres sans toutefois se fermer complètement, et forment alors des bourses, lesquelles sécrètent une grande quantité de mucus. Cette sécrétion s'élimine difficilement et il se produit alors la gêne dont nous avons parlé au commencement de cet écrit. Chez l'adulte, la gêne semble augmenter: on constate des sifflements, des bourdonnements d'oreilles, même des vertiges, surtout chez les fumeurs; le nez toujours bouché ou un nez qui coule, des étouffements incontrôlables et nombreux, de la douleur aux yeux et du larmolement; quelque fois les angines reviennent en affectant des formes bizarres, tantôt sensation de poivre dans la gorge, tantôt impossibilité d'avalier une boule qui semble être logée dans la portion orale du pharynx. Assez souvent, pour la cause la plus banale, la gorge se sèche et le malade étouffe. Dans ces cas on cache son ignorance en accusant le système nerveux.

Chez les chanteurs, cette bourse joue de plus vilains tours; nous en faisons remarquer quelques-uns.

Ainsi: enrrouement subit le matin, impossibilité de chanter jusque vers le midi; tout-à-coup petite toux se terminant par l'expulsion des mucosités amassées et séchées dans le pharynx et le larynx pendant la nuit: la voix reparait aussitôt claire et nette comme auparavant. Plusieurs auteurs en ont fait et font encore de cette maladie la laryngite sèche.

Autre forme: Pendant trois ou quatre jours, apparition de "chats" dans la voix; la chose se répètera cinq ou six fois dans le courant de l'année.

Encore: Impossibilité subite de monter ou descendre les différentes octaves. Alors il y aura une série de notes manquées mais non faussées.

Notre expérience de chez nos maîtres et d'ici nous permet d'avouer qu'après guérison de l'opération, le chanteur obtient une voix plus sonore, plus juste, mais que des notes sont presque tou-

jours perdues pour quelque temps dans la basse pour les femmes et dans la haute pour les hommes. Avec un peu d'exercice, le pouvoir d'émission augmente et le chanteur bénéficie toujours d'avoir une gorge en bon état.

Pour un tel malade, si on se contente d'un examen du pharynx fait avec un abaisse-langue, on voit que la paroi postérieure est couverte de granulations grosses, luisantes, et qu'une quantité de petits grumeaux est placée autour de ces glandes enflammées. Un léger badigeonnage à la vaseline liquide fera tomber ces croûtes. La muqueuse irritée suintera du sang. On dit qu'il a des *granulations*.

Mais évitons cette manipulation et ce diagnostic trop peu satisfaisants pour le malade et pour le médecin consciencieux; cherchons plus loin la cause.

Nous compléterons notre examen, miroir en main. Nous suivrons des yeux, à l'aide du miroir rhinoscopique, la paroi postérieure du pharynx, et à la voute, avec un stylet recourbé à cet effet, on dégage les différents récessus. Alors il se produit un écoulement de pus, quelquefois considérable, s'étendant sur les parois latérales; le malade sent le besoin de cracher, s'exécute et se trouve sur le champ soulagé.

L'indication du traitement est toute trouvée: détruire ces cavités afin d'empêcher une nouvelle formation de pus; le curettage de ces follicules enflammés est indiqué.

Ce nettoyage se fait suivant les indications de nos maîtres, MM. A. Martin et Lubet-Barbon.

Après avoir cocaïnisé le pharynx et le voile du palais, on applique le releveur de Schmidt. Cet instrument agrandit la cavité du pharynx en tirant en avant et en immobilisant la luette et le voile palatin. Il est bien supporté par le malade, si la cocaïnisation est complète.

On se sert d'un miroir laryngoscopique (No. 5) comme d'un abaisse-langue avec la main gauche, et de l'instrument tranchant avec la droite. Avec une bonne lumière on suit alors les mouvements et les effets de notre curette. Dans la première séance, un coup médian, adroitement donné et profond donne immédiatement assez de soulagement au malade pour lui faire espérer la guérison: en trois ou quatre fois, les troubles sont disparus et ne reparassent pas quand les grattages ont été bien faits.

Cette méthode est excellente. Nous l'avons employée pendant deux ans avec beaucoup de succès, et nous continuons à l'employer d'après les méthodes de nos maîtres, toujours avec satisfaction. Si elle vous fait défaut, accusez plutôt votre négligence de bien observer les règles prescrites, que le procédé lui-même.

L'application, souvent répétée, de pommade boriquée au 5ème. agit très bien quelques jours avant et après l'opération.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Les injections médicamenteuses hypodermiques.—Clinique de M. le professeur PFTER, à l'hôpital Necker (1) — La méthode de Brown-Séquard a été appliquée à d'autres glandes que le corps thyroïde ; elle a été généralisée, au moins en principe : ainsi, on s'est demandé si l'on ne pourrait pas tirer bénéfice de l'emploi du suc des glandes surrénales dans la maladie d'Addison, des injections de suc pancréatique dans le diabète, du suc rénal dans le mal de Bright et l'urémie, de la substance nerveuse du cerveau dans la neurasthénie et l'hypochondrie.

Je vous ai parlé, dans la leçon précédente, des *injections thyroïdiennes*, faites par M. Bouchard. C'est lui qui en a eu l'idée le premier, mais elle ont été essayées d'abord en Angleterre ; le Dr. Murray, de Newcastle, les a employées avec un certain succès. Mais on ne s'en n'est pas tenu aux injections ; on a été à quelque chose de plus simple, on a fait manger des glandes thyroïdes aux *myxédémateux*.

Mackenzie, voulant éviter les inconvénients des injections, a fait ingérer des corps thyroïdes frais ou les extraits frais de ces glandes ; la quantité ordinaire est un demi-corps thyroïde de mouton ; ce serait très actif. Cet auteur cite en effet, dans le *British Medical Journal*, le cas d'une femme de 37 ans, myxédémateuse, soulagée précédemment par le jaborandi, et qui revient dans un état très sérieux ; on lui fait ingérer, deux fois par semaine, deux glandes thyroïdes, et la note bientôt l'amélioration du pouls, le relèvement de la température, la réapparition des sueurs, et la diminution du volume de la face.

Un fait analogue a été signalé par Fox, qui employa l'extrait glyceriné de corps thyroïde ; au bout de cinq semaines de ce traitement, il y avait une grande amélioration.

Fox raconte que si on prend un corps thyroïde deux fois par semaine, il peut y avoir des accidents. En raisonnant par analogie, on irait loin dans cette voie ; je vous avoue que je ne vois pas facilement les tuberculeux se nourrissant de poumons, les ramollis mangeant des cervelles, les brightiques des rognons, les hépatiques du foie de veau, etc.

(1)—Voir la livraison de janvier, p. 26.

Revenons à des choses plus sérieuses. On n'a pas fait chez l'homme des injections de capsules surrénales. L'ablation de ces glandes chez les animaux est suivie d'une mort rapide, moins rapide si on injecte du suc surrénal.

Le suc pancréatique est un essai à faire; mais il n'y a pas encore de résultats.

Mon collègue, M. Dieulafoy, a fait une expérience très-intéressante. Il avait dans son service une femme urémique n'urinant plus. Il soumit un rein de taureau à la préparation indiquée par M. Brown-Séguard pour les testicules, et fit à sa malade, dans la soirée du 6 septembre, deux injections contenant chacune 0 gr. 50 de *néphrine*. Le lendemain et le surlendemain on continua les injections en élevant la dose quotidienne jusqu'à 6 gr. Le 9 septembre, on retirait par le cathétérisme 650 grammes d'urine, et le coma s'était dissipé. Le soir, la malade émettait 112 grammes d'urine. Malheureusement, la maladie était trop avancée; la néphrie ne donna plus de résultat, et ne put empêcher la terminaison fatale.

M. Constantin Paul a eu l'idée d'injecter de l'extrait de substance corticale du cerveau. C'est M. Babès (de Bucharest), qui a observé que chez les malades atteints de la rage, le traitement de Pasteur avait amélioré les phénomènes nerveux dont ces malades étaient atteints, (neurasthénie, hypochondrie, épilepsie); il communiqua ses observations à M. C. Paul qui eut l'idée d'employer la substance corticale du cerveau stérilisée dans ces affections. Il fait une solution au dixième de substance grise de mouton stérilisée, et il injecte cinq centimètres cubes de cette solution tous les jours ou tous les deux jours.

M. Bouchard a constaté que si on injecte le bouillon de culture du bacille pyocyanique, on détermine une constriction des vaisseaux tel que la diapédèse des globules blancs ne se produit plus; il a donné le nom d'*anectasine* à cette substance. Il a tiré parti de cette observation, et il en a fait l'application à des malades atteints d'hémorrhagies. Dans 5 cas d'hémoptysies sérieuses, il a arrêté rapidement l'hémorrhagie par une injection d'un centimètre cube d'anectasine; dans 3 cas d'hémorrhagies intestinales, il a obtenu le même résultat en moins de cinq minutes. Quand on dépasse la dose de 1 cmc., il en résulte de la fièvre.

Ce n'est pas tout. Le même observateur a constaté qu'il y a dans la tuberculine de Koch une substance *ectasine* qui dilate les vaisseaux, et donne l'explication de la dilatation vasculaire, la diapédèse et l'inflammation provoquées par les injections de Koch.

Maintenant que j'ai passé en revue tous les essais suggérés par la méthode de Brown-Séguard, je désire revenir sur le mode d'action des injections de suc testiculaire dont ne saurait se désintéresser un esprit vraiment scientifique. Ce savant croit qu'elles agissent en diminuant les réflexes médullaires.

Un autre savant, étranger, le Dr Poehl, suppose que le suc testiculaire excite les combustions, et que c'est par ce moyen qu'il donne une nouvelle vigueur.

M. Crock fils (de Bruxelles), suppose qu'il agit par le phosphore qu'il contient; et la preuve qu'il en donne, c'est que des injections d'une solution de phosphate de soude lui auraient donné des résultats semblables à ceux qui ont été signalés par Brown-Sequard. Sa formule est la suivante :

Phosphate de soude.....	2 gr.
Eau de laurier-cerise.....	100 gr.

Je reviendrai tout à l'heure sur les injections de phosphate de soude, à propos de celles qu'avait déjà imaginées le Dr Chéron, le distingué médecin de Saint-Lazare.

Quant à moi, je vous l'ai déjà dit, je crois que le suc testiculaire agit d'une façon qualitative et par excitation directe des extrémités nerveuses et du système nerveux central. C'est ainsi que, dans la dernière épidémie cholérique, M. Siredey a injecté sous la peau le sérum de Hayem, par quantités de 5, 10, 20 gr., 40 gr., et qu'il a obtenu le relèvement des forces par ces quantités hors de proportion avec les pertes subies par les cholériques. Il y a, je le répète, une action dynamique exercée sur le système nerveux par la qualité, plus que par la quantité.

J'arrive aux injections faites par le Dr. Chéron. Il s'est placé au point de vue de la surélévation de la tension vasculaire proportionnelle à la vitalité du cœur, et, pour obtenir cette surélévation, il emploie un sérum qui lui est propre; voici sa formule :

Acide phénique neigeux.....	1 gr.
Chlorure de sodium.....	2 gr.
Phosphate de soude.....	8 gr.
Eau distillée	100 gr.

Il pratique des injections de ce sérum dans le cas d'inflammations chroniques des annexes de l'utérus et du petit bassin, et les effets obtenus sont: 1o *la diminution des douleurs*; 2o *la tendance à la résorption des exsudats pelviens*; cela est hors de contestation.

L'injection est faite dans la région rétro-trochantérienne, à la dose de 5, 10, 20 grammes de sérum; immédiatement après, il y a surélévation de la tension artérielle, facile à constater au sphygmomanomètre. Les doses moyennes varient de 5 à 10 grammes, et les injections sont faites une ou deux fois par jour, ou tous les deux jours. *Mais il ne faut pas s'attarder aux petites doses*; il faut aller à 20, 40, 60 grammes, de façon à déterminer de l'hypertension artérielle.

En outre des effets que je viens de signaler, on constate une amélioration des fonctions digestives et l'augmentation des forces nerveuses chez les neurasthéniques. Et je me crois en droit de conclure que ces injections peuvent rendre des services dans le traitement des affections pelviennes et de l'utérus.—*A suivre.*

Emploi de la glycérine dans la lithiase rénale.—On sait que la glycérine a la propriété de dissoudre l'acide urique et que, d'autre part, une partie de cette substance ingérée passe sans aucune modification dans les urines. En se fondant sur ces faits, M. le Dr A. HERMANN, médecin en chef de l'hôpital des Etrangers à Carlsbad, a eu l'idée de traiter la néphrolithiase par la glycérine à haute dose.

Les résultats qu'il a obtenus ont été des plus encourageants dans 10 cas de lithiase rénale, sur 14 dans lesquels ce traitement a été institué.

La glycérine a toujours été administrée, dissoute dans son volume d'eau, à onze heures du matin, à la dose de 50 à 100 centimètres cubes, répétée deux ou trois fois, soit quotidiennement, soit à des intervalles plus éloignés.

Tous les malades, même les quatre chez lesquels l'administration de la glycérine a donné un résultat négatif au point de vue de l'élimination du sable et des calculs rénaux, ont, à l'exception d'un seul, ressenti, deux à trois heures après l'ingestion de la glycérine, l'apparition dans la région rénale de sensations douloureuses sous forme de cuisson, d'élançements et de térébration. Ces douleurs ne se montraient que du côté du rein malade, dans les cas où les accès antérieurs de coliques ne s'étaient produits que d'un seul côté. En outre, elles ne s'observaient que dans les cas de néphrolithiase et jamais chez les individus sains ou chez les malades atteints d'affections autres que la lithiase rénale, auxquels M. Hermann administrait aussi la glycérine à titre de coadijuteur.

Les douleurs rénales provoquées par la glycérine ont atteint souvent, chez les malades traités par notre confrère, l'intensité d'un véritable accès de colique néphrétique qui, cependant, était moins violent que les accès habituels, et n'exigeait que rarement l'emploi des narcotiques. Cet accès se terminait par l'élimination plus ou moins abondante de gravier, de calculs rénaux, de muco-sités, de pus et parfois même de sang, après quoi les malades se sentaient singulièrement soulagés. Dans quelques cas, après une ou plusieurs prises de glycérine suivies d'élimination de calculs rénaux, l'urine est devenue tout à fait normale, et les sensations douloureuses à la région rénale et le long de l'uretère, qui persistaient même en dehors des accès de coliques néphrétiques, ont disparu complètement, de sorte que, dans ces cas, on peut parler de guérison au moins temporaire.

Les malades dont l'appareil digestif était indemne ont toujours parfaitement bien toléré la glycérine, qui n'a produit chez eux aucun autre phénomène désagréable qu'une augmentation de la soif. Par contre, l'ingestion de glycérine a provoqué des vomissements chez un malade atteint d'hyperchlorhydrie et a amené un état de collapsus chez un autre malade atteint d'atonie et de catarrhe de l'estomac.

Indications de la digitale chez l'enfant.—Dans une revue sur les médicaments cardiaques chez l'enfant, le Dr TISSIER donne quelques renseignements utiles que nous résumons.

La première indication de la digitale réside dans les affections cardiaques où débutent les premiers troubles de la compensation ne cédant pas au repos, au régime lacté, bref au traitement hygiénique.

Contre les palpitations liées à l'hypertrophie de croissance, la digitale agit en diminuant la fréquence des mouvements cardiaques.

En raison de son action régulatrice sur la circulation, M. Soulié pense que la digitale peut être capable aussi d'une action eutrophique, résolutive, par exemple, d'adénopathies scrofuleuses. C'est là une indication qui nous semble fort peu importante; nous possédons ici des moyens d'action plus sûrs, plus rapides et moins dangereux.

L'emploi de la digitale comme antithermique n'est guère à préconiser chez l'enfant; il est du reste peu en faveur à l'heure actuelle, même chez l'adulte.

On a encore préconisé les préparations de digitale dans de nombreux cas pathologiques: épanchements pleuraux, lésions myocardiques inflammatoires et infectieuses, etc.

Les indications de la digitale chez l'enfant sont relativement peu nombreuses, mais elles n'en sont pas moins nettes; sans insister ici sur son action diurétique du médicament, elles se résument en un mot: relever l'énergie du cœur défaillant, en diminuant le nombre de ses contractions, en les régularisant et en augmentant leur puissance.

Mais la digitale est un médicament fort actif, partant fort dangereux, et ne doit être employée qu'avec une extrême circonspection, car l'enfant ne la tolère pas facilement et chez lui l'on ne doit pas pour cette raison dépasser des doses relativement très faibles.

D'autre part, il ne faut pas oublier que la digitale peut être considérée comme le type des médicaments qui possèdent la propriété de s'accumuler dans l'organisme, l'élimination (huit jours environ) étant fort lente. Il est donc nécessaire de surveiller les doses et de ne pas les renouveler trop souvent, si l'on veut éviter les phénomènes d'intoxication, de digitalisme.

Aussi bien, pensons-nous que si la digitale a, chez l'enfant, des indications précises, il ne faut pas d'autant moins en abuser, que nous possédons à l'heure actuelle d'autres agents d'une efficacité presque égale (strophantus) et d'un maniement beaucoup plus facile.

Voici les formules que l'on peut employer :

1^o Poudre de feuilles de digitale, 3 centigrammes, à prendre en une fois.

2° Poudre de feuilles de digitale, 5 à 10 centigrammes.

En infusion dans 150 grammes d'eau, faire infuser dix minutes, ajouter un peu d'alcool de mélisse.

A prendre dans la journée; au dessous de 5 ans, ne pas dépasser 3 centigrammes.

3° En macération, les doses sont les mêmes.

4° En teinture: Teinture de digitale; au-dessous de 3 ans, 2 à 8 gouttes; de 3 à 5 ans, 8 à 15 gouttes; de 5 à 8 ans, 20 gouttes. Julep gommeux, 20 grammes. Eau de tilleul, 40 grammes.

A prendre par cuillerée à café dans la journée.

5° En extrait: Extrait aqueux de digitale; au-dessous de 3 ans, un demi à 1 et demi-centigramme; de 3 à 5 ans, 2 à 4 centigrammes; de 5 à 10 ans, 4 à 8 centigrammes.

6° En sirop (20 grammes de sirop de digitale sont équivalents à 50 centigrammes de teinture).

On le donne par cuillerée à café, une ou deux au-dessus de 3 ans, trois à quatre de 4 à 8 ans.

Liniment mercuriel pour remplacer l'onguent napolitain.—M. MONNET propose la formule suivante pour remplacer l'onguent napolitain :

Glycérolé d'amidon de consistance ferme....	} à poids égaux.
Mercure purifié	

Mettez dans un mortier de porcelaine la dose de mercure avec moitié de glycérolé; trituez avec un pilon de bois jusqu'à parfaite extinction du mercure; ajoutez alors la seconde moitié du glycérolé et mélangez le tout.

Pour faire l'onguent simple, à une partie de l'onguent ci-dessus ajoutez trois parties de glycérolé.

Les formules de ces onguents renferment la proportion de mercure de ceux du Codex, et ils ont l'avantage sur ces derniers de ne pas rancir, de ne pas graisser et de ne pas irriter la peau.

Administration du colchique dans la goutte aiguë.— Il est utile d'associer à ce médicament un laxatif léger comme la magnésie; telle est la préparation employée à Saint-Bartholomew Hospital :

Carbonate de magnésie.....	0 gr. 50
Teinture de semences de colchique.....	XX gouttes.
Eau de menthe	30 grammes.

A prendre, en une ou deux fois, pendant trois jours.

Ensuite, administrer quotidiennement, pendant trois jours, deux pilules de Dyce DUKWORTH :

Extrait acétique de colchique.....	0 gr. 10
Poudre de Dover	} 30 — 10
Coloquinte pulvérisée ..	

Ou bien la potion au vin de colchique carbonaté, du même :

Bicarbonate de potasse	0 gr. 60
Vin de colchique	XV gouttes.
Eau distillée de menthe.....	30 grammes.

A prendre en trois fois dans la journée.—*Province médicale.*

MEDECINE.

Idées actuelles sur la broncho-pneumonie.—La question de la broncho-pneumonie est malheureusement toujours pleine d'actualité, surtout dans cette saison variable, qui fournit une condition si favorable au développement de cette désespérante maladie. Chaque année, nous avons la douleur de voir enlever par la broncho-pneumonie non seulement la partie la plus intéressante de notre clientèle, mais souvent aussi un certain nombre de nos confrères. Nous ne saurions donc trop faire d'efforts pour approfondir son étude et pour nous armer de plus en plus puissamment contre ses ravages.

Il n'y a pas bien longtemps encore, quand on ouvrait un traité de médecine à l'article "Broncho-pneumonie", il était bien difficile, après l'avoir lu, de se faire une idée même vague de cette affection si complexe. On empruntait alors à différents auteurs ce que l'on trouvait de moins obscur dans leurs descriptions tant anatomiques que cliniques; on rajustait tous ces morceaux et l'on arrivait à se construire ainsi une broncho-pneumonie éclectique mais toujours plus ou moins fautive.

On commence à simplifier un peu les innombrables divisions que l'imperfection des connaissances de nos prédécesseurs avait créées et le traitement peut ainsi être réglé d'une manière plus précise.

I.—Dans un récent travail, M. le Dr Mosny n'indique que les trois formes suivantes :

- Forme lobulaire à foyers disséminés;
- Forme capillaire (catarrhe suffocant);
- Forme pseudo-lobaire.

Nous n'insisterons pas sur les lésions anatomo-pathologiques, qui sont de deux ordres :

1o Lésions fondamentales dominantes et nécessaires constituées par :

La bronchite et la pérbronchite;

L'alvéolite avec ses trois degrés :

A. Alvéolite catarrhale,—splénisation;

B. Alvéolite fibrineuse,—hépatisation rouge;

C. Diapédèse de leucocytes,—hépatisation grise.

La bronchite est l'élément primordial du début; c'est une bronchite capillaire atteignant les dernières, les plus fines ramifications de l'arbre aérien. Cette inflammation bronchique est à marche centrifuge, elle frappe d'abord l'épithélium, gagne ensuite la paroi bronchique elle-même qui s'infiltré de leucocytes et peut finir par disparaître dans le pus qui la baigne.

2o Lésions accessoires : la lymphangite, l'adénite trachéo-bronchique, la pleurésie, l'artérite des artéριοles pulmonaires, l'atélectasie ou l'état fœtal et l'emphysème.

Au point de vue clinique, on n'a pas fait grand progrès, et le diagnostic précis des lésions est toujours d'une grande difficulté à cause même de la variabilité des manifestations suivant les sujets, et de l'extrême disproportion qui existe entre les troubles fonctionnels, ordinairement très intenses, et les signes physiques, souvent presque nuls. La patience et la sagacité du médecin sont mises à rude épreuve dans l'examen des broncho-pneumoniques. Chez l'enfant, la difficulté est moindre que chez l'adulte et chez le vieillard. La minceur des parois thoraciques et l'absence de lésions chroniques anciennes des poumons favorisent singulièrement la découverte d'un ou de plusieurs foyers de râles sous-éripitants nombreux et fins accompagnés de souffle léger. Souvent, chez l'enfant, une percussion légère, saccadée et méthodiquement appliquée sur les lobes inféro-postérieurs avec un seul doigt (de préférence le médius, frappant directement sur la peau comme un marteau), suffit pour indiquer la présence d'un foyer de splénisation ou d'hépatisation par la matité qu'elle révèle. Chez l'adulte, une auscultation raisonnée et complète des deux poumons, en arrière, en avant et surtout dans les deux aisselles, est indispensable pour se rendre compte de la présence de foyers plus ou moins disséminés et de l'étendue de ces foyers. On néglige trop souvent de faire placer au malade son bras sur sa tête et d'ausculter la région axillaire; c'est une grave omission, qui cause de fréquentes erreurs de diagnostic. Il ne suffit pas en effet de soupçonner l'existence de la broncho-pneumonie. Un médecin consciencieux et instruit doit chercher à préciser le siège, la forme, le nombre des foyers et l'étendue des lésions pour faire une thérapeutique utile.

M. Mosny résume, de la manière suivante, les signes cliniques des trois formes que nous avons distinguées :

1o Forme lobulaire (foyers disséminés). L'expression clinique traduit l'évolution des altérations pulmonaires. A chaque poussée inflammatoire nouvelle correspond une élévation thermique en

même temps que se produisent une aggravation des symptômes généraux, de la dyspnée et qu'apparaissent, au point envahi, les signes stéthoscopiques habituels. Cette forme dure quinze jours à trois semaines; la convalescence peut être interrompue par des retours offensifs de la maladie.

2o Forme suffocante: Son début peut se faire d'emblée ou bien il est précédé d'une bronchite généralisée. Elle est quelquefois épidémique. L'invasion est marquée par une ascension thermométrique autour de 40° et par les signes d'une bronchite aiguë. Au bout de deux à trois jours, les alvéoles pulmonaires sont atteintes, la dyspnée présente son maximum d'intensité et la mort peut survenir dans les quarante huit heures. En général, cependant, elle ne se produit que du cinquième au douzième jour.

C'est la forme la plus grave.

3o Forme pseudo-lobaire. C'est une pneumonie qui débute par un foyer de bronchite, avec râles sous-crépitants fins, nombreux, puis évolue vers le 4^e ou le 5^e jour vers l'hépatisation avec souffle tubaire plus ou moins intense. Il n'est pas rare d'observer en même temps dans l'autre poumon des noyaux de pneumonie lobulaire. La durée de cette forme est de 12 à 15 jours.

Dans une récente communication à la Société de pédiatrie de Bordeaux, M. le Dr Saint-Philippe vient d'attirer l'attention sur une forme spéciale à l'enfance, qu'il dénomme broncho-pneumonie prolongée ou à résolution tardive.

Elle affecte tantôt la forme disséminée, tantôt la forme pseudo-lobaire qui est plus constante. Au début, les symptômes sont ceux de la broncho-pneumonie aiguë, plus atténués; le tracé thermométrique est coupé de longues oscillations qui simulent la fièvre hectique.

La durée, toujours longue, varie entre un et six mois. Dans un cas de Bartels, l'affection dura sept mois; on a noté une légère persistance des signes stéthoscopiques chez un petit malade dont l'état général était cependant redevenu depuis longtemps excellent. Ces broncho-pneumonies se rencontrent surtout à la suite de la bronchite, de la grippe, de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde. Ou bien la lésion pulmonaire survient pendant la maladie principale et continue sourdement après la guérison de celle-ci, ou bien elle survient un assez long temps après.

La marche, la durée de la broncho-pneumonie subaiguë, sa tendance à l'hecticité, à la chronicité, à la cachexie la font souvent confondre avec la tuberculose. Le diagnostic est difficile, surtout par les signes physiques; il faut s'inspirer des antécédents, de la marche des accidents et, en tout cas, donner au malade la chance de bénéficier d'une thérapeutique active.

La broncho-pneumonie peut passer à l'état chronique, c'est-à-dire qu'il se produit sous son influence une série de lésions du

parenchyme pulmonaire qui aboutissent à la sclérose du poumon, à la dilatation bronchique. Les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour rapporter à la tuberculose ce que l'on désignait sous le nom de broncho-pneumonie chronique.

Au cours de la pneumonie lobulaire, il peut se produire diverses complications que nous ne faisons que signaler. Ces complications sont : la pleurésie, la gangrène pulmonaire et les abcès du poumon, le pneumothorax, les hémorrhagies pulmonaires, l'adéno-pathie trachéo-bronchique et les convulsions.

II.—La partie de la question la plus avancée depuis quelques mois est certainement la pathogénie et l'étiologie de la broncho-pneumonie. Depuis les recherches bactériologiques modernes sur les maladies infectieuses, on avait établi des divisions étiologiques multiples, et on envisageait les broncho-pneumonies secondaires à la rougeole, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, comme des localisations pulmonaires des microbes de ces différentes affections. Il n'y avait pas *une broncho pneumonie*, mais *des broncho pneumonies* aussi nombreuses et aussi différentes que les conditions étiologiques qui les provoquaient.

Aujourd'hui, la lumière tend à se faire sur tous ces points, et la rougeole, la diphtérie, la grippe, etc., sont considérées comme favorisant simplement l'action nocive, le développement d'autres organismes pathogènes, cause de la broncho pneumonie. Celle-ci est donc une affection surajoutée. Weischelbaum et Netter attribuent à quatre espèces de microbes la genèse de l'affection :

1o Le diplococcus pneumoniae ou pneumocoque lancéolé de Talamon-Frankel ;

2o Le streptococcus pyogenes ;

3o Le staphylococcus aureus et albus ;

4o Le pneumobacille encapsulé de Friedlander.

D'après M. Mosny, deux microbes produiraient chacun un type de broncho-pneumonie :

1o Le *type lobulaire* serait dû à l'action du *streptocoque pyogène* et qui seul constitue la broncho pneumonie proprement dite ;

2o Le *type pseudo-lobaire*, à l'action du *pneumocoque lancéolé* de Talamon-Frankel.

Ces conclusions sont encore controversées.

Or, ces microbes n'existent pas dans les poumons sains.

Or était donc amené tout naturellement à chercher d'où ces microbes pouvaient bien venir, c'est-à-dire la pathogénie des lésions broncho-pneumoniques survenant soit primitivement, soit secondairement à d'autres affections, telles que la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, etc.

Netter et von Besser ont démontré que ces microbes habitent normalement dans le pharynx et les fosses nasales des sujets sains.

Ils vivent dans ce milieu à l'état latent, mais peuvent être entraînés dans les poumons par l'air, et l'on comprend que dans

certaines conditions tenant, d'une part, à la quantité et à la virulence des microbes, d'autre part, au terrain sur lequel ils sont semés, ils peuvent pulluler dans le parenchyme pulmonaire et y déterminer les lésions étendues et profondes que nous avons signalées dans la broncho-pneumonie.

La cause déterminante est le microbe lui-même. Son développement est favorisé par une foule de conditions adjuvantes, tenant au malade, à son état de résistance, aux maladies prédisposantes, à l'encombrement, aux saisons.

C'est ainsi que la virulence du microbe étant rapidement exaltée, on voit survenir dans les hôpitaux ou même dans les familles des sortes d'épidémies de broncho-pneumonie, qui produisent d'épouvantables désastres. Témoins, ces faits de mortalité effrayante dans les pavillons d'isolement des rubéoleux et des diphtéritiques. La broncho-pneumonie est de plus nettement contagieuse pour les sujets prédisposés, c'est-à-dire affaiblis et mis en état de réceptivité par la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, la grippe, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, les diarrhées infectieuses dues au bacille commun du côlon (Sevestre, Lesage).

III.—TRAITEMENT.—Ces idées nouvelles modifieront notablement le traitement et la prophylaxie que l'on devra appliquer dorénavant à la broncho-pneumonie.

Les deux principales indications de la prophylaxie sont donc les suivantes :

1o *Détruire* chez les sujets sains ou prédisposés par une affection antérieure (rougeole, diphtérie, etc.) dans les foyers d'infection, c'est-à-dire les fosses nasales et la cavité bucco-pharyngienne, les agents pneumoniques ;

2o *Préserver* de l'invasion des agents pneumoniques les sujets sains et surtout les malades qu'une des affections antérieures précédemment énumérées prédispose d'une façon évidente à l'éclosion d'une broncho-pneumonie secondaire.

L'*antisepsie* répond à la première indication, l'*isolement* à la seconde.

Tout enfant atteint de grippe, de rougeole, de coqueluche compliquée de broncho-pneumonie, sera placé dans une chambre large et bien ventilée, chauffée jour et nuit à 18 degrés environ.

Les autres enfants seront isolés complètement du malade. Les tentures, rideaux, tapis, meubles inutiles seront enlevés dès le début. Le sol sera lavé avec une solution antiseptique sublimé, lysol, sulfate de cuivre, etc., avant d'être balayé. La bouche et le nez du malade seront désinfectés soigneusement avec un collutoire salicylé à 1/70 et des irrigations boricuées saturées répétées plusieurs fois par jour. Après la convalescence, la désinfection de la chambre, de la literie, du linge, sera absolument de rigueur, si l'on ne veut pas être exposé à voir de nouvelles contagions.

Quand la maladie n'a pu être conjurée, il faut recourir à une

thérapeutique énergique, mais prudente. La variabilité excessive des symptômes et l'insuffisance des résultats obtenus expliquent l'innombrable quantité de remèdes préconisés contre la broncho-pneumonie.

Nous posons certains principes qu'il est nécessaire d'avoir présents à l'esprit lorsqu'on vient de faire un diagnostic précis de broncho-pneumonie.

1o Il ne faut pas accabler l'enfant de vomitifs, ipéca, kermès, ou tartre stibié comme on le fait trop fréquemment. Cela affaiblit rapidement le malade.

2o Il ne faut pas employer les révulsifs sur une trop grande étendue, afin de ménager la peau pour les besoins ultérieurs de l'intervention. On ne doit pas oublier que les foyers pourront se succéder pendant une quinzaine de jours et qu'on aura à les combattre les uns après les autres par des révulsifs successifs. C'est donc une grave erreur d'appliquer, dès le début, sous prétexte de faire un traitement héroïque, un grand vésicatoire ou cent cinquante pointes de feu. Cette pratique intempestive complique souvent l'état d'adynamie du malade (surtout le vésicatoire) et en tout cas, paralyse complètement l'action révulsive ultérieure. Nous conseillons plutôt alors dans le but de faire une révulsion très énergique, d'employer la *amisole sinapisée* (cataplasme sinapisé enveloppant tout le thorax), les ventouses sèches, les bains sinapisés très chauds ou encore, un large badigeonnage de toute la surface cutanée du tronc et des membres inférieurs avec la solution alcoolique d'essence de moutarde, suivant la formule de M. Bissérié :

Essence de moutarde.....	1 gr.
Alcool à 90°	9 gr.

Ce dernier moyen est absolument inoffensif et nous a donné des résultats remarquables dans les nombreux cas où nous l'avons appliqué.

Comme vésicatoire, à employer dans la suite, pour combattre pied à pied les envahissements successifs du poumon, nous employons les mouches vésicantes comme M. Saint Philippe, ou mieux, les badigeonnages phéniqués suivant le procédé de Hayem-Ollivier :

Acide phénique.....	9 gr.
Alcool absolu	1 gr.

3o Les toniques devront être employés "*largà manu*" comme dans la pneumonie franche: l'alcool, le champagne, le quinquina en extrait, l'acétate d'ammoniaque, l'éther, l'ammoniaque anisée, etc., seront associés et alternés avec art, de façon à obtenir une action tonique continue pendant toute la durée de la maladie. Les injections hypodermiques ou plus exactement, intra-musculaires d'éther et de caféine, donnent aussi des résultats très remarquables de tonification.

“ — Les accidents dus à l'hyperthermie, l'agitation, le délire seront combattus par les bains tièdes à 32°, 34° au plus. Si les phénomènes nerveux sont très accentués, on peut remplacer les bains tièdes par l'enveloppement dans le drap mouillé. Un drap plié en plusieurs doubles est trempé dans l'eau froide additionnée de vinaigre ou d'eau de Cologne; il est ensuite placé sur une couverture de laine sèche et l'enfant y est enveloppé pendant $\frac{1}{4}$ d'heure. Les compresses froides sont vantées par d'Espine et Picot. Les affusions froides sont préconisées par Jurgenson. Le bain froid à 16° ou 18° a donné parfois de véritables résurrections. Si l'on se résout à cette dernière médication, il ne faut pas quitter le malade et suivre avec la plus grande attention les modifications qui se passent soit du côté du cœur, soit du côté du poumon et du système nerveux.”

Nous ne sommes pas convaincu de l'efficacité des antipyrétiques tels que le sulfate ou le bromhydrate de quinine et l'antipyrine.

Lorsque la période dangereuse est conjurée, et pour aider la résolution des mucosités accumulées dans les bronchioles, nous employons le benzoate de soude, si vanté en Suisse, l'eucalyptus, la créosote, la digitale.

Disons, en terminant, que la convalescence est extrêmement longue et difficile et qu'elle nécessite, outre un changement d'air effectué avec mille précautions, l'usage d'aliments toniques et substantiels tels que l'huile de foie de morue, la viande crue hachée, les poudres de viande, peptones, etc., et des exercices musculaires quotidiens progressifs et mesurés.—Dr Paul HUGUENIN, in *Concours médical*.

Gravité de l'angine dans la scarlatine; indications thérapeutiques.—Le Dr BURLUREAUX s'appuyant sur un certain nombre d'observations regarde l'angine de la scarlatine comme l'épisode le plus grave de la maladie, et suivant lui c'est elle qui règle le pronostic et donne la mesure de la gravité de la maladie. Si les fausses membranes sont étendues, difficiles à enlever et si elles se reproduisent facilement, on peut affirmer qu'il s'agit d'une scarlatine sérieuse. Dans le cas contraire, si les fausses membranes sont peu nombreuses, s'enlèvent facilement après des lavages et ne se reproduisent pas, on peut être assuré qu'il n'y aura ni abcès profond, ni rhumatisme, ni arthrites, ni bubons. La néphrite même est rare dans ces cas.

Suivant M. Burlureaux, presque tous les scarlatinoux qui succombent meurent de streptocophémie dont la porte d'entrée se trouve dans la gorge.

Ainsi donc la scarlatine ne serait grave que par l'angine concomitante qui ouvrirait la porte à une affection secondaire; cette angine, bien que s'accompagnant de fausses membranes, n'est pas diphtéritique, elle ne donne pas lieu aux accidents si caractéris-

tiques de l'angine de cette dernière nature. Elle est surtout causée par le streptocoque, plus rarement par le staphylocoque et le pneumocoque. Cette angine constitue une complication redoutable qu'il faut surveiller de très près; il faut la combattre, il faut faire gargariser le malade toutes les heures, même la nuit et faire des irrigations bucco-pharyngées deux à trois fois par jour. Pour pratiquer cette dernière opération, le malade se place sur un fauteuil garni de couvertures au milieu desquelles on l'enroule. Il est nécessaire de bien voir clair: un infirmier, muni d'un irrigateur Egusier, se tient à sa gauche et, derrière lui, l'opérateur également à sa gauche; un autre infirmier tient une cuvette sous son menton. On fait ouvrir la bouche au malade et on lui dit de montrer les dents et de rentrer la langue qu'on abaisse fortement avec une cuiller. L'opérateur, tenant de la main gauche la cuiller et de la main droite la canule de l'irrigateur, vise les fausses membranes, contre lesquelles il dirige un jet oblique et puissant. Ce jet, tournoyant dans l'arrière-gorge, détache mieux que n'importe quel pinceau ou écouvillon. Un litre de liquide chaud et plus ou moins antiseptique est nécessaire à chaque opération. Il faut éviter que le malade n'étouffe: pour cela suspendre l'irrigation, chaque fois qu'il paraît incommodé. On le laisse ainsi respirer et cracher. On s'y reprend sept à huit fois pour faire ainsi passer un litre d'eau. Les deux ou trois premières opérations sont assez pénibles, mais les malades en éprouvent un tel bienfait qu'ils acceptent et même réclament l'irrigation.

Nul doute que, dans les cas graves, à la suite de l'irrigation, un attouchement avec un liquide antiseptique ne soit à recommander: le perchlorure, l'acide phénique dans la glycérine à 1/10 ont été employés par M. Burlureaux.

On pourrait également se servir d'une solution de résorcine à 1/100, comme le fait le Dr Cattani, médecin du grand hôpital de Milan, ou du collutoire de Gaucher:

Acide tartrique.....	1 gramme.
Acide phénique	50 —
Alcool	10 —
Huile de ricin.....	15 —
Camphre... ..	20 —

—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

Conduite à tenir dans les cas douteux de glycosurie.—Il n'est pas rare, dit le Pr LÉPINE, de voir des malades présenter des symptômes qui font penser au diabète, et particulièrement à cette forme, le plus souvent initiale du diabète, où il n'y a pas de polyurie. Le patient est faible, se fatigue d'une manière insolite, il a perdu sa puissance génitale, etc. Si le médecin analyse son urine ou la fait examiner par un pharmacien, la réponse est: traces

douteuses de sucre, et comme les symptômes sont assez nets pour pouvoir être rapportés au diabète au début, le malade est soumis à un régime spécial qui n'est pas toujours indiqué, et voici pourquoi :

Il arrive assez souvent, au dire de certains chimistes expérimentés, et de M. Crotas en particulier, de voir des urines réputées sucrées, qui en réalité ne contiennent pas de trace de sucre. C'est que beaucoup de médecins ne savent pas suffisamment se mettre en garde contre les causes d'erreur dans l'examen d'une urine au point de vue du glycosé.

Si on se sert de liqueur de Fehling et en général des méthodes qui reposent sur le principe de la réduction du sucre par la glycosé, il ne faut pas oublier que l'urine renferme normalement des substances réductives autres que le sucre. Pour se prémunir contre cette cause d'erreur, M. Lépine conseille le procédé suivant : on verse dans un tube 4 grammes environ de liqueur de Fehling, on chauffe jusqu'à ébullition ; puis on fait couler le long de la paroi du tube incliné, 1 à 2 centilitres de l'urine préalablement chauffée, *non albumineuse*. Si l'urine renferme des traces de sucre, on voit apparaître au niveau du contact des deux liquides un anneau vert qui passe rapidement au jaune, puis au rouge ; l'anneau rouge surtout a une grande valeur, car le sucre seul le produit. En outre, Jastrowitz a démontré que le précipité d'oxyde de cuivre produit par le sucre est presque cristallin. Si donc, au microscope, on trouve à côté de petites sphères des tétraèdres et des octaèdres, on peut affirmer l'existence du sucre.

On peut encore débarrasser en partie l'urine de ses matières réductrices au moyen du procédé de Seegen. On filtre l'urine sur du charbon animal autant de fois qu'il est nécessaire pour la décolorer. Puis on lave le charbon (qui doit être d'une pureté irréprochable) à l'eau distillée qui entraîne le sucre que retient en partie le charbon sans entraîner en aussi grande quantité les autres matières retenues. On traite alors séparément par la liqueur de Fehling les deux filtrations, à savoir l'urine et l'eau distillée. Cette méthode permet de découvrir une proportion de sucre inférieure à un millième.

Nous passons sous silence d'autres méthodes plus compliquées qu'on trouvera dans les manuels qui renseigneront encore sur la recherche assez simple avec la phénylhydrazine, cette dernière pouvant déceler jusqu'à un demi-millième de sucre.

Il est donc possible de savoir à quoi s'en tenir sur la quantité de sucre urinaire. Mais, ce point étant acquis, la tâche du médecin n'est pas terminée, fait remarquer justement M. Lépine. Il faut savoir maintenant quelle est la signification de ces traces de sucre. Est-elle sans importance pathologique, comme chez certains obèses, chez certains nerveux, etc., ou bien est-ce le diabète qui commence ?

Cette question peut se juger par l'expérimentation.

Faites ingérer à votre client, en une seule fois, 100 à 150 grammes de *glycose pure*. S'il s'agit d'un *diabète incipiens*, en d'autre terme si le sujet présente une diminution de son pouvoir glycolitique normal, le résultat sera que *plusieurs grammes* passeront dans son urine. Cette épreuve ne doit donc pas être négligée dans les cas douteux, car elle est sûre et sans inconvénient.—*Revue de thérap. méd. chir.*

CHIRURGIE.

Le traitement de l'anthrax dans les hôpitaux de Paris.—Aujourd'hui plus que jamais, M. le professeur VERNEUIL est d'avis de traiter les anthrax par les *pulvérisations phéniquées à 2 0/0* ou *chloralées* au même titre.

On commencera le plus tôt possible, car si on attaquant ainsi d'emblée tous les furoncles, on aurait bien rarement affaire à des anthrax. La durée des séances ne peut pas être déterminée, pas plus que leur nombre: il faut au minimum quatre à six heures de pulvérisation par vingt-quatre heures. Chaque séance durera, pour le moins, deux heures; pourtant, certains malades, que les pulvérisations soulagent, réclament des séances beaucoup moins nombreuses et beaucoup plus prolongées: il faudra les leur accorder.

Dans l'intervalle des séances, on applique sur l'anthrax des compresses de grosse mousseline imbibées d'une solution antiseptique ou de vaseline boriquée, phéniquée ou chloralée.

Il importe infiniment de choisir pour le spray un instrument dont la puissance soit proportionnée à l'étendue et à la profondeur du mal. Le pulvérisateur No. 1 suffit d'ordinaire; mais dès que la tumeur atteint 3 centimètres de diamètre, il faut au moins le No. 2. Pour des anthrax de 12 à 20 centimètres, M. Verneuil a employé des pulvérisateurs plus puissants. La température du spray doit être plutôt chaude que froide. Sur ce point on tiendra compte des sensations éprouvées par le malade. (Ne pas oublier que cette température varie avec la distance de l'instrument à la partie qu'on pulvérise).

Les pulvérisations suffisent souvent à elles seules pour guérir les anthrax, même volumineux. Pourtant il faut *agir chirurgicalement* quand la douleur ne cède pas, quand la tumeur gagne toujours par sa circonférence, quand il se forme au-dessous une nappe purulente. Alors, avec le secours du chloroforme, on peut agir de diverses manières:

Ou bien on fait, à la circonférence, là où le mal s'étend, des *débridements* portant sur les limites de la tumeur des téguments sains (ces débridements ont une longueur qui varie de 2 à 4 centimètres et comprennent toute l'épaisseur de l'induration); ou bien on débride, en outre, quand le pus et les eschares n'ont pas créé une voie d'écoulement assez large; ou bien encore on pratique au thermocautère — jamais au bistouri — des *incisions* ou des *ponctions* profondes, sortis de puits pénétrant ju-qu'à la nappe purulente. On reprend ensuite les pulvérisations. Jamais on n'applique de cataplasmes, qui constituent le topique le plus funeste qu'on puisse imaginer. On ne doit pratiquer aucune manœuvre pour extraire le pus ou les eschares; tout au plus peut on réserver celles-ci à demi-flottantes, avec des pinces ou des ciseaux.

Quant aux anthrax diabétiques, bien plus guérissables qu'autrefois, ils ont gardé plus de gravité que les autres, de même que ceux qui siègent à la face.

Le traitement interne par les alcalins, les bromures, les antiseptiques intestinaux est un adjuvant indispensable.

A moins que l'anthrax ne soit de fort petite dimension, M. le professeur GUYON est d'avis de l'inciser toujours, surtout s'il a une certaine tendance à s'étendre. Mais il faut s'entendre sur la manière d'inciser. Velpeau voulait que les *incisions* dépassassent largement les limites du mal; il les faisait rayonnantes et les conduisait de la périphérie au centre. Quelles que soient leur disposition, les incisions *débordantes*, prônées par Velpeau, doivent être conservées en principe; aujourd'hui d'ailleurs, on peut mieux encore qu'autrefois en comprendre l'utilité.

M. Guyon s'attache en outre, à inciser *profondément*, en ménageant toutefois l'aponévrose, qu'il est inutile d'attaquer. Il termine l'opération avec le dos du bistouri: de la sorte, il peut passer à travers les couches les plus éloignées de la peau que leur friabilité laisse aisément traverser par le bord mousse de l'instrument. Dans les cas ordinaires, il se contente de l'incision *cruciale*; mais, quand le gâteau est étendu, il ajoute volontiers des rayons intermédiaires et larde profondément les tranches avec la pointe du thermocautère. Inutile d'insister sur la nécessité d'un pansement antiseptique, quel qu'il soit. A ce point de vue, on doit faire remarquer que, depuis que M. Verneuil a recommandé les pulvérisations phéniquées, M. Guyon les a utilisées plusieurs fois avec un véritable bénéfice. Cette méthode lui a même permis de guérir sans incision des anthrax de petit volume. En tout cas, les grands anthrax, après incision, se modifient rapidement et heureusement sous l'influence des pulvérisations.

M. le professeur LANNELONGUE distingue deux cas, lorsqu'il survient un anthrax: 1^o l'organisme est sain; 2^o le sujet est déjà un malade.

L'organisme est-il sain? Quel que soit le siège de la lésion,

quel qu'en soit le volume, quelle qu'en soit la forme clinique, il a recours à une intervention active, qui consiste en de *grandes incisions* dans le sens des grands diamètres de la tumeur, *dépassant* les limites de cette dernière, disposées en *croix* généralement. Ces incisions doivent être *profondes et dépasser*, dans ce sens aussi, les limites du mal et l'*aponévrose* elle-même, si l'anthrax s'étend au-dessous de cette membrane. Mais ce n'est là que le premier temps de l'opération, dans un second temps, on *extirpe* la tumeur. Les lambeaux dessinés par les incisions cruciales sont soulevés et enlevés à l'aide du bistouri et des ciseaux. La chose est moins facile au début que lorsqu'il y a de *clapiers purulents*.

L'organisme est-il malade? M. Lannelongue considère encore l'intervention comme nécessaire, même dans les cas de diabète. Et, ici, on devra opérer encore plus tôt que dans le premier cas. Il suffit de prendre les plus grandes précautions antiseptiques en faisant l'*extirpation* des foyers d'infiltration ou de ramollissement, quel que soit leur siège, en se servant du thermocautère, si l'on craint de faire perdre du sang au malade. Il est nécessaire de modifier par un traitement spécial l'organisme des sujets. On aura recours aux *alcalins* chez les diabétiques, aux *toniques* chez les affaiblis et les débilites.

Lorsqu'il est appelé à la période où la peau se perforo et où le bourbillon se circonscrit, M. le professeur LEDENTU laisse l'élimination se faire d'elle-même sous un *pansement antiseptique humide*, aidé des *pulvérisations phéniquées*. Quand l'anthrax est moins avancé, il considère que ni l'albuminurie, ni la glycosurie ne sont une contre-indication à une intervention, si celle-ci est réclamée par l'état local. L'anthrax est-il mollasse, peu profond, circonscrit? Les pulvérisations phéniquées suffisent. Est-il dur, enflammé, craint-on la gangrène? Il ne faut pas hésiter à *l'inciser largement et profondément*, à le diviser, soit au bistouri, soit au thermocautère, en lambeaux flottants. A chaque pansement, on touchera les surfaces à la *teinture d'iode*, comme l'ont proposé l'orget et Boinet.

M. TERRIER est pour l'*incision* des anthrax, soit au bistouri, soit au thermocautère, selon l'état général. Il préfère ce dernier instrument dans le cas de diabète. Tous les pansements doivent être faits d'une façon antiseptique, et il recommande d'une manière toute spéciale le bichlorure de mercure. Il a peu de confiance dans les pulvérisations phéniquées ou boriquées. Il est indiscutable toutefois qu'elles calment la douleur, en tant que pulvérisations tièdes. Il y aurait peut être lieu d'essayer à la périphérie de l'anthrax des *injections interstitielles antiseptiques*, comme dans la pustule maligne.

"J'admets, nous a dit M. SEGOND, trois variétés d'anthrax : 1° ceux auxquels il ne faut pas toucher et qu'il faut traiter par les *pansements humides* et les *pulvérisations phéniquées* du professeur

Verneuil: 2^o ceux qu'il faut toucher et qu'on doit opérer de la façon suivante: *incision cruciale* au bistouri; puis *incision en roue* au couteau, suivie d'une *cautérisation énergique* au fer rouge (on préférera les anciens cautères au thermocautère actuel), avec incisions en rayons, qu'il faudra traiter de même par le feu; 3^o ceux qu'il faut extirper à la manière de Broca et détruire jusque dans leurs derniers retranchements."

Le traitement de l'anthrax, d'après M. NICAISE, varie avec les périodes de la maladie, qu'on peut fixer à trois: phase de formation, phase d'élimination, phase de réparation.

Au début, il faut recourir aux *cataplasmes antiseptiques* préparés avec de la farine de lin et de l'eau borique bouillante à 40^o et arrosés d'une petite quantité d'huile phéniquée à 10^o, et aussi aux *pulvérisations phéniquées* qui agissent surtout par réfrigération, ainsi que M. Nicaise l'a établi par l'expérimentation. En outre, on fera tout autour de la tuméfaction, avec la seringue de Pravaz, des *injections interstitielles d'une solution glycerinée d'acide phénique* à 1^o/₅₀. Si l'anthrax est saillant ou douloureux, on l'incisera au bistouri ou mieux au thermocautère.

Si l'incision est retardée pendant la première période, on la fera au thermocautère au début du travail d'élimination. Elle comprendra toute l'épaisseur de la tumeur; puis le foyer anfractueux sera lavé avec une solution phéniquée à titre variable selon l'état des reins (de 1^o/₂₀ à 1^o/₅₀). Il est bon d'introduire l'extrémité de la seringue, prolongée par un tube de caoutchouc, dans les divers orifices de la peau pour bien chasser le pus. On enlèvera à mesure les boubillons et les lambeaux sphacelés. A cette période d'élimination, le cataplasme sera remplacé par un pansement à la gaze iodoformée. Au moment où l'élimination s'achève M. Nicaise fait le pansement avec de la gaze imbibée de *vin aromatique boriqué* à 30^o, pour exciter le travail de réparation. Le traitement général est très important. Outre l'administration des *toniques*, on pratiquera dès le début l'*antiseptie intestinale* à l'aide du *naphtol* et on donnera en outre un léger *purgatif salin* tous les trois ou quatre jours.

Pour M. DESPRÈS, de deux choses l'une: ou l'anthrax présente de petites ouvertures en forme de pomme d'arrosoir, ou il n'y en a pas et il ressemble alors à un phlegmon. Dans ce dernier cas seulement, il y a du pus collecté et il faut *inciser*. Dans tous les autres cas, il faut *s'abstenir*, surtout pour l'anthrax de la face. En attendant le sphacèle de la peau et l'élimination du boubillon, il conseille des badigeonnages répétés deux fois par jour avec du *laudanum pur*, et des *cataplasmes de farine de lin* renouvelés trois fois en vingt-quatre heures. S'il se forme de véritables abcès, on les incise au fur et à mesure de leur apparition. Lorsque les boubillons sont tombés, on panse à plat. Les caustiques injectés ou les flèches caustiques sont extrêmement douloureux. A tout

prendre le fer rouge, plongé au milieu de l'anthrax serait meilleur et hâterait un peu l'évolution de l'affection ; mais ce procédé est encore très douloureux. L'anthrax des diabétiques exige formellement le traitement de la diathèse ; l'anthrax du surmenage ou de la fatigue ne demande qu'un peu de *sulfate de quinine* (0 gr. 30 à 0.40 centigrammes par jour) et des boissons délayantes.

“ Le fer rouge est le meilleur moyen à opposer à l'anthrax, nous a dit M. QUÉNU. Je préfère même, dans ces cas, recourir au *galvanocautère* plutôt qu'au thermocautère. Quand je suis consulté au début des accidents, voici d'ailleurs comment je procède : je prends une pointe de galvanocautère que je porte au rouge blanc, puis je l'enfonce au centre de la tumeur, de façon à y former un véritable *cratère*, en recommandant à la personne qui règle la manœuvre de l'instrument de maintenir au rouge vif le fil de platine. Cela fait, tout autour de l'anthrax, à sa périphérie, je creuse avec le même cautère une série de *petits puits* par où les eschares tubulées s'élimineront ensuite. A une période plus tardive, je me borne à faire une *incision cruciale* au centre ; puis introduisant par cette plaie le platine rouge (tandis que M. Guérin emploie le bistouri), je décolle la peau tout autour de la lésion à l'aide d'une *incision périphérique sous-cutanée*. On a ainsi de très bons résultats. Je préfère le fer rouge au bistouri parce que j'évite ainsi des inoculations qui peuvent être la cause des complications très graves. ”

Lorsque l'anthrax est circonscrit et peu douloureux, M. RECLUS se contente des *pulvérisations phéniquées*, pratiquées au moyen de la marmite de M. Lucas-Championnière. Lorsque les souffrances sont très vives et surtout lorsque la tuméfaction a tendance à envahir les tissus, il *détruit l'anthrax au fer rouge*, plongeant le thermocautère jusqu'aux tissus sains ; ce traitement héroïque donne d'excellents résultats ; malheureusement, la cicatrisation est fort lente.

“ On a prétendu, nous a dit M. MONOD, qu'il fallait distinguer deux variétés d'anthrax : ceux qu'on doit inciser et ceux qu'il faut se garder d'opérer. Aujourd'hui, grâce aux bénéfices fournis par les pansements antiseptiques, cette classification n'a presque plus de raison d'être. On tend à les inciser tous et on a raison. En ce qui me concerne, j'incise presque toujours ; puis je touche les surfaces cruentées à la *teinture d'iode*. L'incision supprime toujours la douleur. Quelquefois j'*extirpe* la tumeur, après l'avoir divisée en quatre fragments. Somme toute, cette manière de faire amène plus rapidement la guérison. ”

M. BAZY distingue aussi plusieurs cas. Les petits anthrax, qui ne sont pas douloureux, peuvent être traités par l'application de *compresses antiseptiques*, en particulier de *compresses phéniquées* et *sublimées*. Les *pulvérisations*, soit phéniquées, soit boriquées lui ont donné de bons résultats contre la douleur et l'élément

congestif; mais, pour remédier à la douleur, il vaut encore mieux pour peu que l'anthrax menace de s'étendre, deux bons coups de bistouri en croix. A travers ces premières incisions, M. Bazy enfonce en outre plus ou moins parallèlement à la peau un bistouri dans toutes les directions, de façon à dissocier et à ouvrir les loges.

Quand l'anthrax s'accompagne de phénomènes phlegmoneux à distance, il n'hésite pas à faire des incisions jusqu'aux limites du gonflement. Lorsque la tuméfaction est dure, de consistance ligneuse surtout, et lorsqu'elle n'est pas trop étendue, M. Bazy l'extirpe. Il panse toujours antiseptiquement. " J'ai la certitude clinique, a-t-il ajouté, jugeant par comparaison, d'avoir fait avorter de petits anthrax par des applications répétées de teinture d'iode."

" Je dirais volontiers pour l'anthrax, nous écrit M. ROUTIER, quelque chose d'analogue à ce que dit M. Peter pour la pleurésie: Il n'y a pas un anthrax, mais des variétés d'anthrax." Voici les principales :

1^o Les anthrax à forme limitée chez un sujet sain. Ici les incisions sont inutiles; elles n'abrègent ni la douleur, ni la durée de la maladie. L'évolution se fait bien sous un large paquet d'ouate hydrophile imbibée de liqueur de Van Swieten et graissée, du côté à appliquer sur l'anthrax, avec de la vaseline aseptique ou boriquée: ceci pour éviter l'irrigation de la peau. On place par-dessus du taffetas gommé ou plutôt de la gutta percha laminée, qui vaut mieux, parce que sous l'influence de la chaleur elle se colle à la peau et qu'il suffit de changer l'ouate une fois par vingt-quatre heures. Quand les bourbillons sont visibles, on les retire à la pince;

2^o Dans les anthrax à forme envahissante chez des sujets sains, on doit faire une grande incision cruciale au thermocautère, dépassant les limites du mal; on y ajoutera dans chaque quartier des pointes de feu profondes, ayant pour but d'ouvrir largement, presque de détruire les larges plaques de tissu cellulaire induré. Pansement à l'ouate imbibée de sublimé et couchée dans les plaies. M. Routier n'a jamais retiré grand bénéfice des pulvérisations phéniquées qu'il a essayées dès l'apparition de ces anthrax;

3^o Ces mêmes anthrax, quand ils surviennent chez les diabétiques, seront traités d'une façon identique; mais on soignera en même temps la maladie générale.

Quand M. REYNIER n'a affaire qu'à un petit anthrax se limitant bien, n'ayant aucune tendance à se propager, il se contente des pulvérisations phéniquées et boriquées. Pendant la nuit, il applique des cataplasmes antiseptiques faits avec de l'ouate hydrophile trempée dans une solution de sublimé à 10/00.

Mais, pour peu que la lésion soit envahissante, que les douleurs soient vives, que l'état général soit mauvais, il n'hésite pas

à intervenir de bonne heure. Il *incise* alors avec le thermocautère, en faisant une section en croix, qui dépasse en surface et en profondeur les limites du mal. S'il se produit une hémorrhagie, il a toujours toute prête une solution de *cocaïne* ; il suffit dès lors de tremper dans cette lotion de l'ouate hydrophile qu'on applique ensuite sur la plaie. M. Reynier emploie ce moyen hémostatique depuis huit ans ; ces temps derniers, d'ailleurs, on l'a préconisé à nouveau. Le pansement se fait ensuite avec de l'ouate imbibée d'une solution de sublimé à 10/00.

Dès que l'élimination des eschares se produit, il bourre la plaie d'une poudre composée de 2 parties de salicylate de bismuth et de 1 partie d'aristol ou d'iodoforme.

De la sorte on dessèche le foyer complètement : ce qui, d'après M. Reynier, est la meilleure manière d'assurer l'asepsie. Inutile d'ajouter que par un traitement approprié on relève l'état général.—Marcel BEAUDOIN, in *Semaine médicale*.

Amputations chez les diabétiques.—M. le Dr. SPENCER a relaté, à la *Royal Medical and Chirurgical Society* de Londres, un cas d'amputation pratiquée avec succès chez un diabétique. On sait combien sont considérées comme graves les interventions chirurgicales chez les diabétiques. M. Spencer pense que c'est là une erreur. Les faits qu'il a observés lui permettent d'émettre cette conclusion ; quand, chez un diabétique, il y a dans un membre une suppuration étendue, il est préférable de faire l'amputation à une certaine hauteur : au bras, quand il s'agit de la suppuration de l'avant-bras, à la cuisse, pour les suppurations de la jambe, plutôt que de pratiquer l'amputation dans la continuité du membre malade. De plus, il vaut souvent mieux amputer de bonne heure, plutôt que d'essayer de conserver le membre malade.

La raison du succès dans un cas et de l'échec dans l'autre, tient d'une part à ce que les vaisseaux sont malades, souvent thrombosés dans le voisinage des parties malades qui suppurent, et que l'on s'expose à ne pas réussir l'amputation quand on opère trop près de la plaie, et, d'autre part, à ce que la quantité de sucre excrétée reste toujours élevée tant qu'il existe en un point quelconque un foyer inflammatoire, tandis qu'elle diminue notablement dès que les tissus enflammés malades ont tous été enlevés.

Voici deux faits observés récemment par M. Spencer, qui concordent bien avec ses conclusions. Le premier fait est relatif à un diabétique qui avait autour du genou un foyer de suppuration.

Le traitement consista en incisions. Le malade succomba rapidement dans le coma diabétique. Le second fait se rapporte à un autre diabétique, qui avait un foyer de suppuration autour du coude. L'amputation du bras fut faite ; elle réussit très bien et amena une diminution très marquée de la quantité de sucre émise dans les vingt-quatre heures. Et tandis que le régime habituel

des diabétiques était resté sans effet sur la glycosurie du premier malade, il produisit un effet très favorable sur le second diabétique, après l'amputation.

M. Spencer termine sa communication en citant plusieurs cas semblables aux siens, publiés par Roser, Kœnig, Kraske, Heidenhain, etc.

De la péritonite en point de vue chirurgical.—Dans une des dernières séances de l'*Harveian Society*, M. LAWSON TAIT a fait une longue et intéressante communication sur la péritonite. En voici les parties essentielles.

Le péritoine, dit M. Lawson Tait, ne peut pas être regardé comme une glande ou comme un simple sac lymphatique; son importance est si grande qu'on ne doit pas hésiter à le ranger par ordre d'importance à côté du cerveau. Il apparaît de très bonne heure chez l'embryon, et durant la vie, si on excepte de grosses lésions comme une hémorragie aiguë, la rupture d'une valvule du cœur, une hémorragie abondante de la base du cerveau, il existe peu d'affections qui soient aussi rapidement et aussi fatalement mortelles que l'inflammation du péritoine.

Malgré toute l'importance qu'a le péritoine, il est certain que son rôle ne nous est pas encore bien connu. On répète généralement que le péritoine a pour fonction de faciliter les mouvements des organes qu'il entoure. Rien n'est moins prouvé que cette prétendue fonction, car il existe des cas où ces mouvements se faisaient alors que le péritoine faisait défaut; ceux-ci, d'ailleurs, continuent à se produire alors que le péritoine enflammé est devenu adhérent à la paroi abdominale sur une étendue considérable.

Quand on jette un coup d'œil sur le péritoine dans son ensemble, on voit que tous les organes qui ont une fonction nécessaire à la nutrition, et surtout ceux qui sont regardés comme excréteurs, sont en relation avec le péritoine; le pancréas seul paraît faire exception.

De plus, le péritoine présente une série de replis, épiploons, mésentères, et de nombreux appendices qui doivent être d'une grande utilité si le péritoine a une fonction de sécrétion ou d'excrétion. Enfin sa surface est très vasculaire et présente une série de stomates comme celles qu'on trouve sur les feuilles. Les nerfs qui l'inervent sont nombreux; à l'état normal, ces nerfs ne présentent aucune sensibilité.

Non seulement la plupart des organes nécessaires à la nutrition (estomac, intestins) sont en rapport avec le péritoine, mais encore tout le sang qui vient de ces organes se trouve réuni par une série de petites radicules veineuses, en rapport si intime avec le péritoine que les moindres modifications apportées dans l'état de cette membrane retentissent forcément sur le sang qui la traverse.

Ces considérations anatomiques établies, M. Lawson Tait est entré dans l'examen des causes de la péritonite. Il s'est attaché à démontrer que les différentes théories proposées jusqu'ici—même la *théorie microbienne*—sont insuffisantes à expliquer, dans tous les cas, l'inflammation du péritoine. Suivant lui, du moins au début de la péritonite, le rôle joué par le système nerveux est très important et les troubles qu'il présente sont, plus que l'invasion des microbes, une cause de mort.

Les symptômes de la péritonite sont des plus variables ; il n'en est pas un seul de constant. Les plus graves, ceux dont l'apparition indique une terminaison ordinairement fatale, sont l'altération des traits de la figure du malade et la distension exagérée des anses intestinales.

La cause de la mort dans la péritonite est le trouble apporté dans le fonctionnement du foie à la suite de l'inflammation du péritoine et les modifications qui se font dans le flux et le reflux du courant de sérum qui normalement existe dans le péritoine. (M. Lawson Tait fait jouer un très grand rôle à ce courant de sérum, dont l'existence n'est cependant pas absolument démontrée.) Ce sont surtout les altérations du foie qui produisent la mort dans la péritonite.

M. Lawson Tait a renoncé à l'opium depuis de longues années déjà ; il rejette la glace que beaucoup de chirurgiens emploient pour calmer la soif qui suit les opérations sur le ventre. Suivant lui, l'eau chaude donne de bien meilleurs résultats ; il convient, d'ailleurs, d'en donner le moins possible. Pendant les quarante-huit heures qui suivent une opération, M. Lawson Tait ne permet aucune alimentation ; il affame littéralement ses malades. Après ce temps, l'alimentation est permise, mais si des envies de vomir apparaissent le troisième et le quatrième jour, tout aliment contenant de l'eau est supprimé pendant douze heures.

Si, malgré ces précautions, une péritonite se déclare, on peut donner avec avantage un purgatif.

M. Alban DORAN reconnaît les avantages qu'on retire de la diète à la suite des opérations chirurgicales sur l'abdomen, mais il est souvent indispensable—sauf chez les enfants et chez les malades robustes—de donner des lavements nutritifs. On s'expose, en effet, à laisser mourir le malade d'inanition en ne le nourrissant pas dans le but d'éviter la péritonite.

M. Jackson CLARKE proteste contre le mépris que semble avoir M. Tait pour toutes les théories destinées à expliquer les phénomènes de péritonite, et notamment pour la *théorie microbienne*. Nier le rôle des microbes dans la péritonite, c'est nier l'évidence.

M. Heywood SMITH estime que M. Lawson Tait a rendu un grand service en proposant les purgatifs dans la péritonite. Le calomel à la dose de 40 à 50 centigrammes donne d'excellents résultats.

Comme M. Tait, M. Heywood Smith se trouve très bien de ne pas donner d'aliments pendant les quarante huit heures qui suivent une laparotomie. Quand il s'agit de malades très affaiblis, des lavement nutritifs peuvent et doivent même être employés. Cependant il faut savoir que les lavements fortement nutritifs sont mal supportés pendant les premiers jours.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Rapport sur les suppurations pelviennes (1), par le Dr Paul SEGOND (de Paris), professeur agrégé à la Faculté de médecine.— L'étude si actuelle des *suppurations pelviennes* soulève les questions les plus variées. Leur classification, la nature et le mode de progression des agents infectieux qui les engendrent, le siège exact de leur localisation, leurs caractères anatomo-pathologiques, leur évolution clinique et leur diagnose parfois si délicate sont en effet autant de chapitres qui méritent l'attention. Toutefois, sous l'impulsion des progrès de la gynécologie opératoire, il est certain que la thérapeutique de ces lésions complexes est aujourd'hui devenue l'objectif principal de nos recherches ; et, si j'ai bien comprise la mission que mes collègues de Bruxelles m'ont fait le grand honneur de me confier, j'imagine que l'étude du traitement devra constituer la dominante de mon rapport. C'est tout au moins dans cet esprit que je l'ai rédigé, et la même tendance va se retrouver plus nette encore dans la note que voici. On y trouvera seulement l'exposé rapide des doctrines générales ou des points de pratique opératoire qui partagent encore nombre d'entre nous, et sur lesquelles le Congrès ne manquera pas de porter son attention plus particulière.

Tout d'abord, que devons nous entendre par *suppurations pelviennes* ? Sous cette dénomination fort ample, on doit sans doute comprendre tous les états pathologiques caractérisés par la présence du pus dans le pelvis de la femme ; et prenant je suppose le siège primitivement extra ou intrapéritonéal des collections purulentes comme caractère différentiel, on peut, à l'exemple de Jacobs en dresser un tableau général complet. Je crois cependant qu'il est préférable de simplifier un peu moins, et qu'il est en particulier nécessaire de distinguer les suppurations pelviennes qu'on pourrait dire *secondaires* et celles qui sont *primaires*.

Celles-ci correspondent aux collections péri-utérines proprement

(1) Résumé d'une communication au Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique (première session). Bruxelles, septembre 1892.

dites. Elles ont pour point de départ un processus inflammatoire siégeant soit dans les annexes, soit dans le péritoine pelvien, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin, les classifications basées sur la localisation intra ou extrapéritonéale du pus leur conviennent absolument, et c'est aux collections de cette nature qu'on devrait, me semble-t-il, réserver d'une manière exclusive la dénomination de *suppurations pelviennes proprement dites*. Je ne ferai d'exception qu'en faveur de l'*hématocèle suppurée*, dont le diagnostic différentiel est parfois tellement ardu qu'il devient pour ainsi dire impossible de savoir si la suppuration est primitive ou consécutive à un épanchement sanguin.

Tout autres sont les collections purulentes développées à l'intérieur ou bien autour d'une tumeur préexistante. Celle-ci peut être un *kyste*, un *fibrome*, voir même un *cancer* de l'utérus ou une *grossesse ectopique*, peu importe ; le cas n'en reste pas moins spécial, et les suppurations intra ou périnéoplasiques observées dans ces conditions veulent être envisagées séparément. Leur étude peut être d'ailleurs assez rapide, car au point de vue de leur traitement, je n'aurai guère de divergences à relever. En effet, si l'on excepte certains cas rares de *kystes suppurés* du ligament large, qu'il est peut-être avantageux de traiter par incision simple ; si l'on excepte encore certaines *collections purulentes secondaires*, qu'il est parfois prudent d'évacuer avant de songer à l'ablation des tumeurs qui les accompagnent, on peut dire d'une manière générale, qu'en présence d'une femme atteinte à la fois de suppuration et de tumeur abdominale, la laparotomie est bien, pour tous les chirurgiens, l'opération de choix.

Toutefois, me basant sur quelques observations personnelles, j'aurai l'occasion de montrer que dans ce premier groupe de faits l'hystérectomie vaginale peut, aussi bien que dans les suppurations pelviennes proprement dites, trouver des indications nettes et rendre les plus éclatants services. Je ne parle pas seulement ici des cas bien rares de *cancers utérins compliqués de suppuration pelvienne* ; il est clair que l'hystérectomie vaginale est la seule opération qui leur convienne. Ce que je me propose surtout d'établir, c'est que la même opération est encore très souvent l'opération de choix, lorsque la suppuration s'observe chez des femmes atteintes de fibromes de gros volume, à la condition bien entendu que ce volume ne soit pas excessif et que la limite supérieure de l'utérus ou des fibromes ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.

Ces premières considérations posées, j'en arrive aux *suppurations pelviennes proprement dites*. Ici encore, et toujours pour ne parler que du traitement, il est, à la vérité, nombre de points de pratique sur lesquels on ne discute plus. Mais combien d'autres restent litigieux ? Je sais bien qu'il y a des principes généraux sur lesquels chacun s'entend, ou à peu près. On reconnaît par exemple " que la thérapeutique des affections des annexes est

étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice," et que "d'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées autant que possible pour les formes chroniques." Rien de plus juste que ces deux axiomes récemment invoqués par Le Dentu. Mais les textes de la loi les meilleurs ne sont pas tout, et s'il est naturel d'en accepter la signification générale, il ne s'ensuit pas que leur interprétation soit toujours fort aisée. Et cela, parce qu'il nous faut à chaque pas compter soit avec les difficultés indiscutables que nous réserve la juste appréciation des cas particuliers, soit avec les tendances variées des chirurgiens les plus consciencieux.

Chacun peut juger de ce que j'avance en parcourant nos publications les plus récentes. Qu'il s'agisse d'éclaircir le *diagnostic* des suppurations pelviennes ou de déterminer la part qu'il convient de faire à leur *thérapeutique conservatrice*; qu'il s'agisse de se prononcer sur les *indications d'une chirurgie plus radicale* ou sur le *choix de l'intervention la meilleure*, les opinions les plus diverses se croisent aussitôt, et, dans ces conditions, il devient assez délicat d'exposer avec précision l'état actuel de la question. Je m'efforcerai néanmoins de le faire de mon mieux, et ce n'est qu'après avoir scrupuleusement consigné l'avis de tous les chirurgiens compétents que je me permettrai de soumettre au contrôle des membres du Congrès les conclusions auxquelles je me suis personnellement rallié et dont voici l'exposé général :

En premier lieu, il doit être bien entendu que, dans le traitement des suppurations pelviennes, les *interventions graves comme la laparotomie ou l'hystérectomie* seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une *chirurgie plus conservatrice*, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. Je m'excuse presque de souligner un précepte aussi formel; mais l'insistance, souvent trop significative, avec laquelle on l'a réédité ces derniers temps, et le désir d'éviter tout malentendu m'en ont démontré la nécessité.

En rappelant les droits imprescriptibles de la *thérapeutique prudente et conservatrice*, je n'entends certes pas faire le moindre retour vers l'expectation systématique ou résignée, mais déplorable de nos anciens maîtres. Je veux simplement témoigner de mes tendances personnelles, et montrer en particulier que, d'accord avec les chirurgiens qui protestent contre les opérations successives, j'estime qu'on doit tout mettre en œuvre pour en limiter sévèrement les indications. A plus forte raison doit-on s'efforcer d'en prévenir la nécessité, si je puis ainsi dire, et je crois qu'à cet égard on ne saurait trop insister sur l'influence salutaire d'une *thérapeutique utérine bien dirigée*, c'est à-dire "con-

duite avec rigueur et tenacité à partir du premier moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital." Doléris l'a spécifié très justement, et je pense avec lui que l'*antisepsie vaginale*, le *curettage*, la *dilatation large* et le *drainage de l'utérus* sont, au point de vue préventif, des armes toutes-puissantes. Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manières on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justifiables des grandes opérations.

Est-ce à dire qu'il faille, en présence d'une suppuration péri-utérine avérée, raisonner de la même manière et préconiser l'*emploi systématique de méthodes indirectes*, qui permettent d'obtenir l'*évacuation du pus par voie utérine*? Je ne crois pas. Non point que je mette en doute les faits démontrant l'efficacité de la méthode de Valton: je les conteste si peu qu'à mon avis on a presque le devoir d'essayer toujours cette méthode à la période initiale des pyosalpingites, lorsque le volume de la tumeur n'est pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas imminent, et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu de la poche, ce qui n'est point rare. Mais c'est tout ce que l'on peut dire, et j'estime qu'il y aurait péril à généraliser davantage. Bref, les indications de la méthode de Valton sont, à mon sens, exceptionnelles dans le traitement des suppurations pelviennes; et, pour peu que les désordres péri-utérins aient quelque importance, il est souvent plus prudent de faire d'emblée de la chirurgie directe que de risquer un curettage préalable.

La part du *traitement prophylactique* et de la *thérapeutique indirecte* des abcès péri-utérins étant ainsi tracée, nous restons en présence de la chirurgie opératoire proprement dite, dont il faut étudier les armes et les indications. Quant à la nécessité d'intervenir chirurgicalement toutes les fois qu'il y a du pus autour de l'utérus, je pense qu'elle n'est plus à démontrer.

Deux méthodes fort distinctes se trouvent ici en présence. L'une se propose d'obtenir la guérison par simple évacuation du pus: l'autre, plus radicale, réalise à la fois cette évacuation et la suppression plus ou moins complète du foyer générateur du mal.

Je ne voudrais en aucune façon contester les avantages de la première manière de faire. Elle trouve ses indications fort nettes dans certains cas particuliers; et lorsqu'on se trouve par exemple en présence d'une *collection purulente qui s'est d'elle-même rapprochée d'un point accessible*, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac vaginaux, il est clair qu'on n'a pas à discuter le choix de l'intervention. Il faut d'abord *inciser* et *drainer*, quitte à *agir plus tard sur la lésion causale*. Mais, si nombreuses que soient les voies proposées pour permettre l'incision simple des collections pelviennes, je ne crois pas qu'on y trouve autre chose qu'une *méthode d'exception*. C'est qu'en effet, pour qu'on soit autorisé à inciser un abcès pelvien, il ne suffit pas que l'incision soit possible,

il faut encore et surtout qu'elle soit rationnelle et suffisante. Or, si l'on excepte les *collections phlegmoneuses récentes*, ou même certaines *hématocèles suppurées* dont l'incision s'impose comme unique méthode de traitement raisonnable, nous trouverons tout au plus comme justiciables du même procédé les quelques *rare variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne* dont Bouilly a dernièrement pris le soin de spécifier les caractères. Sur ce point je ne pense donc pas qu'il y ait matière à longues discussions.

Quant à la *valeur intrinsèque des procédés* conseillés pour atteindre le pus dans le pelvis, je ne crois pas qu'il soit non plus très difficile de la déterminer. Ils sont à la vérité fort nombreux; et même, sans parler de la *ponction simple*, qu'on doit, à mon sens, toujours *déconseiller* ici comme en beaucoup d'autres circonstances, nous avons encore à juger les divers mods de l'incision, suivant qu'elle procède par *voie vaginale, rectale, sacro-coccygienne, périnéale, inguino sous-péritonéale* ou *pariétale* proprement dite. Or, S. Bonnet l'observe avec raison, tous les procédés compris dans cette liste comptent sans doute des succès qui en sont la justification, mais tous aussi sont passibles de la même réflexion: "Ils ne peuvent être généralisés", et leur utilité ne se mesure qu'au "nombre restreint de cas particuliers auxquels chacun d'eux peut répondre."

Le fait est évident pour les *incisions pariétales simples*. Leurs indications particulières sont les mêmes pour tous les chirurgiens, et, que l'incision soit *hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale* ou *fessière*, elle n'est jamais que l'application particulière d'une loi fort élémentaire: on donne issue au pus dans la région où il est venu pointer de lui-même. Bref, on traite la collection pelvienne comme un abcès vulgaire, et rien n'est plus légitime. Mais il y a plus, et dans la série des procédés en question il en est plusieurs qui peuvent être jugés beaucoup plus sommairement; ce sont les incisions par *voie rectale périnéale* et *sacro coccygienne*.

Pour les premiers, point d'hésitation possible: *toute évacuation opératoire d'un abcès pelvien par voie rectale est sûrement une mauvaise opération*. Pour les *interventions sacro coccygienne* ou *périnéale* que certains chirurgiens semblent vouloir préconiser depuis quelque temps à la suite de Wiedow, d'Hégar et de Otto Zuckerkandl, il est peut être sage de surseoir à leur jugement définitif. Toutefois, on peut observer dès maintenant que, de l'aveu même de leurs défenseurs, les indications de ces incisions complexes semblent singulièrement exceptionnelles, et, pour ma part, quels que soient les enseignements de l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la *périnéctomie* ou la *résection sacro-coccygienne* aux conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous placent la *laparatomie* ou l'*intervention par les voies naturelles*.

Tout compte fait, les deux seuls procédés de la méthode éva-

cuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont l'*incision par voie inguino-sous péritonéale* et l'*incision par voie vaginale*. Comme je l'ai dit plus haut, l'une et l'autre trouvent leurs indications nettes dans plus d'un cas particulier et notamment dans les *collections phlegmoneuses* proprement dites, où même dans certaines *hématocèles suppurées*. Je rappelle enfin que leur manuel opératoire est fort simple. L'évacuation par voie inguinale s'adressant aussi bien aux collections *plastron abdominal* qu'aux *abcès plus profonds*, dont l'accès exige un décollement sous-péritonéal plus ou moins étendu, il s'ensuit qu'au point de vue de l'opération nécessaire, on doit s'attendre à tous les intermédiaires qui peuvent séparer le *débridement le plus banale* de la *laparotomie sous péritonéale* telle que la comprend Pozzi.

A son tour, l'évacuation par voie vaginale présente deux variétés principales, suivant qu'elle s'exécute avec ou sans ouverture du péritoine. Mais, dans le premier cas, alors même qu'on prend le soin de suturer à la plaie vaginale les bords de l'incision faite à la poche non adhérente qu'on a voulu atteindre par cette voie, je crois l'intervention passible des plus graves objections. La seule *incision vaginale* recommandable est celle qui permet l'évacuation du pus sans ouverture du péritoine, ainsi qu'il arrive pour les *abcès pelviens* proprement dits et pour les *pyosalpingites adhérentes*. Dans ces conditions, son manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Le cul-de-sac vaginale étant mis à découvert par des écarteurs appropriés, il suffit d'inciser droit devant soi et je ne crois pas du tout qu'il soit nécessaire de recourir à l'instrumentation spéciale imaginée par Laroyenne. Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses doigts, on a largement tout ce qu'il faut pour bien faire et même pour très bien faire.

Si la méthode d'évacuation par incision simple doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement pour les deux grandes opérations que je dois maintenant juger, et je ne crois pas avoir à rappeler comment la *laparotomie* et l'*hystérectomie* constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations.

Pour la *laparotomie*, la démonstration n'est plus à faire. Il est en effet de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indications; et, si le traitement des *suppurations intra-péritonéales enkystées libres ou peu adhérentes* constitue son triomphe indiscutable, elle n'est pas moins capable de donner des succès merveilleux dans les circonstances beaucoup plus complexes qui s'observent en cas de *pyosalpingites adhérentes*, de *pelvipéritonite*, d'*hématocèle suppurée* ou de *suppurations mixtes* à la fois intra et sous-péritonéales.

Pour l'*hystérectomie*, c'est-à-dire pour l'opération de Péan, l'accord est loin d'être aussi parfait, et peu de questions ont eu le

secret de susciter polémique plus violente; on a même avancé qu'elle avait eu les honneurs du *pamphlet*, ce qui est peut-être beaucoup dire! En tous cas, si l'on en croyait les assertions de quelques uns de ses adversaires, assertions qui, soit dit en passant, semblent d'autant plus formelles que leurs signataires ont moins d'expérience personnelle, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes devrait être à jamais condamnée, ou peu s'en faut. Pour les uns, c'est une intervention "aveugle et brutale," un "recul de la chirurgie française," ou bien encore "un produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières." D'autres, perdant toute mesure, s'en prennent aux hystérectomistes eux-mêmes, et, paraît-il, "devant une nouvelle hystérectomie à commettre," leur délicatesse professionnelle à jamais éteinte n'éprouve plus l'ombre d'une "perplexité," etc., etc. J'en passe et des meilleures.

L'avenir de l'hystérectomie serait-il donc à ce point compromis?

Non certes. Et pour s'en convaincre il suffit de mesurer, sans parti pris, le chemin parcouru depuis le jour où j'ai pris la défense de l'opération de Péan devant la Société de chirurgie. Peu après, nos adversaires ont sans doute multiplié leurs objections, et dans les publications successives de Pozzi, de Le Dentu et de Doléris, pour ne mentionner que les principales, rien n'a été négligé pour accumuler les arguments destinés à nous perdre. Mais, encore une fois, je ne vois pas que la campagne menée contre nous ait réussi. Tout ce qui s'écrit, se dit, ou se passe, le démontre.

L'hystérectomie reste à l'ordre du jour, et ce rapport en est la preuve; aux critiques de ses adversaires, elle peut opposer maintenant les communications concluantes de Reclus, de Terrillon, de Richelot et de Quénu à Paris; de Jacobs et de Rouffart à Bruxelles; pas un de ses premiers adeptes ne manque à l'appel; plusieurs de mes collègues de Paris lui doivent chaque jour, de nouveaux succès; enfin, parmi ceux qui la condamnaient sans appel au début, il en est qui déjà se montrent singulièrement moins sévères. Pozzi lui-même compte au nombre de ces convertis. Je sais bien qu'il en convient comme à regret et qu'il entoure ses concessions de toutes les restrictions possibles; mais, pour être aussi partielle qu'on voudra, sa conversion n'existe pas moins. Plus d'une fois déjà il a posé lui-même les indications de l'hystérectomie; il l'a pratiquée avec succès, et dans la dernière édition de son livre on peut lire en toute lettres que "dans certains cas déterminés de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale est parfois supérieure à l'intervention par l'abdomen." Pratiquée dans ces conditions, dit-il encore, "elle met les opérées dans de très bonnes conditions de guérison, et "elle permet un large drainage dont la déclivité assure l'efficacité.—*Progrès médical.*

FORMULAIRE.

Asthme.

P.—Iodure de potassium	2 drachmes.
Teinture de scille.....	1 “
Teinture de stramoine.....	2 “
Extrait fluide de réglisse	3 “
Esprit d'éther.....	1 “
Eau, q. s.....pour	8 onces.

M.—Dose : Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau, toutes les six heures.—*The Practitioner.*

Tuberculose pulmonaire.

P.—Gaiacol.....	1 drachme.
Iodoforme	20 grains.
Huile d'olive.....	1½ once.
Vaseline.....	1½ “

M.—De deux à trois injections par jour. Ces injections se font dans la peau du dos, au niveau des omoplates.

Syphilides palmaires.

P.—Calomel	1 drachme.
Lanoline	½ once.
Axonge	½ “

M.—En frictions chaque soir. On conseille au malade de porter des gants après l'application de la pommade.

Tranchées post-puerpérales.—Rutherford.

P.—Sulfate de quinine	15 grains.
Opium	¾ grain.
Extrait de trifolium	q. s.

M.—Pour faire quinze pilules.

Dose : Une pilule toutes les deux heures jusqu'à cessation des coliques.

Potion tonique.—Graham.

P.—Sulfate de fer (sec.).....	12 grains.
Teinture d'olive et de myrrhe	4 drachmes.
Sirup de rhubarbe aromatisé.....	4 “
Eau de cannelle, q. s. pour f.....	4 onces.

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

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, MARS 1893.

BULLETIN.

“L'Union Médicale du Canada” et la “Gazette Médicale de Montréal.”

Il s'est fait depuis deux ans, dans le monde universitaire, à Montréal, une véritable série d'évolutions unionistes tendant à rapprocher les uns des autres certains éléments jusqu'alors jugés disparates et plus ou moins hostiles, et à l'accord desquels plusieurs hommes d'esprit et de conciliation avaient absolument perdu leur peine.

Tout d'abord, en 1891, se faisait ce qu'on a appelé la *fusion* entre les deux Facultés de médecine, naguère rivales convaincues, et sincères dans leur rivalité, aujourd'hui si fortement unies l'une à l'autre qu'il semble impossible de les voir jamais se séparer. Puis est venue la fusion des deux écoles vétérinaires affiliées aux Facultés médicales. A la suite de négociations habilement et délicatement conduites, ces deux écoles n'en font aujourd'hui plus qu'une, et ici encore l'antagonisme—assez prononcé, du reste—a fait place à l'entente la plus cordiale.

Restaient deux revues de médecine, l'UNION MÉDICALE DU CANADA et la GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL, fondées, la première il y a vingt-deux ans, dans les intérêts généraux de la profession médicale canadienne-française, la deuxième, il y a aujourd'hui sept ans, dans un but d'intérêt local suffisamment justifié par les besoins du moment. Or, dès que la fusion fut faite entre les facultés de médecine, il vint à la pensée de tous les amis et partisans de l'union universitaire qu'un seul organe pouvait suffire à représenter la section canadienne-française de la profession, d'autant plus que cette combinaison des deux journaux devait avoir

pour résultat de centraliser dans une seule publication les efforts de la profession toute entière vers le progrès scientifique.

Les circonstances ont voulu que cet organe fut l'année des deux revues : l'UNION MÉDICALE DU CANADA. À l'UNION est donc échu le rôle, parfois difficile, de s'assimiler les intérêts généraux de la profession, de soutenir ses privilèges et ses droits, et de porter chaque mois aux nombreux médecins canadiens qui exercent dans la province de Québec, les provinces sœurs et même aux États-Unis, un exposé des progrès de la médecine, des découvertes les plus récentes, des nouveautés médicales les mieux accréditées.

Nous nous faisons ici un devoir de rendre hommage au désintéressement dont ont fait preuve dans les négociations de cette troisième fusion, les directeurs de la GAZETTE MÉDICALE, qui n'ont eu en vue, dans cette transaction, que l'intérêt bien entendu et compris de la profession médicale et qui, dans ce but, ont très volontiers fait abstraction de toutes vues d'avantages personnels et d'entreprise particulière.

En redevenant, avec la présente livraison, le seul organe de la profession médicale canadienne-française dans la province de Québec, et même dans tout le Canada, l'UNION MÉDICALE ne modifiera le personnel de sa direction financière et scientifique qu'en autant que besoin se fera sentir. M. le Dr Lamarche, propriétaire et directeur gérant du journal en reste l'éditeur responsable, et le rédacteur en chef est continué dans ses fonctions. Un projet de comité de rédaction est actuellement en voie d'élaboration, et nous serons à même de le communiquer à nos lecteurs dans notre livraison d'avril.

La "cure d'or" et le traitement dit "de Keeley" dans la médication de la dipsomanie.

On parle beaucoup, en ce moment, dans le monde extra-scientifique, des merveilleuses (?) guérisons opérées par les partisans de la méthode de Keeley, dans le traitement de l'alcoolisme chronique. Les journaux politiques de Montréal publient—aux pages d'annonces—des rapports rédigés en style de réclame, et attirant l'attention sur l'efficacité absolue de la nouvelle méthode.

Et d'abord, elle n'est pas aussi nouvelle que tout cela, la méthode, puisque Keeley l'a mise en pratique, à Dwight, Illinois, en 1891, époque à laquelle il commença à répandre à profusion pamphlets et circulaires établissant la nature véritable du principe médicamenteux employé : le bichlorure d'or. Plus tard, il fut question, dans d'autres publications, du chlorure d'or et de sodium comme étant la partie active de la médication. Enfin, Keeley finit par dire publiquement que son remède était inof-

fensif, à tel point qu'un enfant pourrait en boire un tonneau sans éprouver le moindre accident.

Aux États-Unis, la méthode de Keeley, d'abord acceptée avec l'enthousiasme délirant qui accueille toujours les cures à sensation, fut, en assez peu de temps, réduite à recourir à l'aide du clergé protestant, et l'on vit un jour, en mai 1892, à Brooklyn, au Tabernacle du Révérend DeWitt Talmage, le Dr. Leslie E. Keeley adresser la parole à la congrégation assemblée, le Rév. Talmage appuyant de sa parole et de ses louanges la méliciation en question et engageant le public à encourager l'Institut Keeley. A cette occasion, le Dr. Keeley a affirmé: 1o Avoir déjà guéri 60,000 dipsomanes, la guérison s'étant maintenue *permanente* (?) dans la proportion de 95 pour 100; 2o Que les malades traités par lui n'éprouvent jamais plus le désir de faire usage d'alcool, et que sa cure anéantit toute tentation de boire; 3o Enfin, que si le malade revient jamais à ses funestes habitudes, il le fait de son plein gré, et non parce qu'il a du goût pour les boissons alcooliques. La Palisse ne raisonnait pas mieux, il faut le dire.

Il est allé plus loin encore, le héros de Dwight, en affirmant qu'aucun chimiste au monde ne pourra jamais analyser la drogue devenue si célèbre, et qu'après des expériences remontant à trente ans, il peut guérir la morphinomanie tout aussi bien que l'alcoolisme. De plus il confesse, toujours à l'assemblée du Tabernacle de Brooklyn, que le remède *ne contient pas de bichlorure d'or*, lequel est, suivant lui une véritable impossibilité chimique, et il termine en disant que s'il garde le secret au sujet de la composition du médicament, c'est que tout ce traitement est pour lui absolument systématique; qu'il est impossible de le livrer aux médecins, attendu que ceux-ci ne sauraient le prescrire convenablement; qu'il n'y a actuellement que trois personnes qui en connaissent la composition, et que nul autre ne la connaîtra jamais (1).

Grâce à la voix puissante de la presse politique et des journaux à réclame, les théories de Keeley, charlatanesques au premier chef, et absolument dénuées de sens scientifique, ont éveillé un peu partout une très vive curiosité, surtout sur le continent américain. En Angleterre, en France, en Allemagne, on s'est monté d'une incrédulité frisant le scepticisme. Le *British Medical Journal*, le *London Lancet*, le *Medical Press* ont dénoncé l'entreprise Keeley toute entière comme étant la *charlatanerie la plus effrontée* qui se soit vue depuis longtemps. A Londres, l'analyse prouva qu'il n'y avait pas d'or dans le remède employé, ce que les partisans de la cure ne nient pas, du reste, à commencer par Keeley lui-même, comme on l'a vu. A Berlin, le gouvernement a refusé de permettre l'établissement d'une succursale de l'Institut à moins que le remède ne fut soumis à l'analyse par les experts

(1) Extrait du *New York Herald*, 16 mai 1892

officiels. Enfin, partout où l'on a organisé et systématisé ce traitement, il semble prouvé que les seules traces d'or qu'il y ait dans l'entreprise se présentent sous forme de numéraire sonnante dans le gousset des entrepreneurs et des actionnaires.

Un correspondant du *Medical News*, de Philadelphie, écrivait à la date du 23 avril 1892: "Pendant quinze ans, j'ai été un alcoolique confirmé, buvant régulièrement tous les jours, et faisant des excès de temps à autre. Pendant un an, je suis resté sobre, mais ce n'était qu'après la sortie de mon troisième essai de la soi-disante cure de Keeley, et j'étais absolument convaincu qu'aucune puissance sur la terre ne pouvait me venir en aide à moins que je n'eusse la force de volonté nécessaire pour résister à ce maudit désir de boire. Je sais que je ne puis prendre une consommation sans éprouver immédiatement le besoin de boire jusqu'à l'ivresse. Je n'ai jamais eu de *delirium tremens*, mais j'ai éprouvé tous les autres accidents de l'alcoolisme. Keeley ne peut produire aucun soulagement permanent. Toutes les observations favorables que l'on publie doivent être attribuées au zèle des nouveaux convertis. J'en étais rendu là moi-même jusqu'au moment où, y étant allé pour la troisième fois, mes yeux se sont ouverts et j'ai pu découvrir les fraudes et les mensonges. Lors de cette dernière visite, sur 45 malades, il y en avait 33 qui venaient là pour la deuxième ou la troisième fois..... Chaque fois que je sortis de l'Institut, Keeley me dit que j'étais guéri pour le reste de ma vie (*cured for life*), et, cependant, j'étais déjà gris avant de laisser Chicago. Quand je vis que mon cas était désespéré à moins que je ne pusse me contrôler moi-même et résister volontairement à l'envie de boire, alors et alors seulement je pus me restreindre. Keeley a, à sa disposition, un bon tonique qui place l'organisme en d'excellentes conditions: l'ennui et la monotonie qui règnent à Dwight vous forcent de sortir et de faire promenade pour tuer le temps. Il fait dormir ses malades jusqu'à ce qu'ils puissent manger et marcher, et l'exercice, les toniques et le repos font tout le reste. De cette façon, si un malade est assez énergique pour appeler à son aide toute sa volonté et son jugement, comme quand il s'agit d'une affaire à transiger, il peut résister, mais à cette seule et unique condition. J'ai suis allé me faire traiter dans cinq soi-disants asiles, et partout j'ai pu me procurer de l'alcool quand et en quelque quantité que j'en voulais; toutes ces institutions sont faites dans un but lucratif, surtout celle de Keeley (*all are run for the money, Keeley's especially*)..... Keeley ne guérit pas du désir de boire, et son système d'antidipsomanie est radicalement frauduleux."

Les derniers renseignements au sujet de la composition des potions et injections employées par Keeley et ses adeptes nous sont fournis par Chauncey F. Chapman, M. D., Ph. G. dans le *Chicago Medical Recorder* de février 1893, dans un article repro-

duit par le *Medical News* du 4 mars 1893. M. Chapman, désireux de savoir à quoi s'en tenir au sujet du traitement, a demandé et obtenu d'être nommé médecin d'un *institut de cure d'or*, et après y avoir été à même de traiter environ trois cents malades, internés ou non dans l'institut, donne les renseignements suivants :

“ La formule du traitement par l'or est la plupart du temps la même partout et se lit comme suit :

No 1.—*Tonique*, connu dans les instituts sous le nom de *dope* :

P.—Chlorure d'or et de sodium.....	12 grains
Nitrate de strychnine.....	1 “
Sulfate d'atropine.....	$\frac{1}{4}$ “
Muriate d'ammoniaque.....	6 “
Aloïne.....	1 “
Hydrastinine.....	2 “
Glycérine.....	1 once
Extrait fluide de quinquina comp....	3 “
Extrait fluide de coca.....	1 “
Eau distillée.....	1 “

M.—*Dose* : Une drachme à 7, 9, 11 hrs. a. m. et à 1, 3, 5 9 hrs. p. m.

No 2.—*Injection* connue dans les instituts sous le nom de “*shot*.”

P.—Nitrate de strychnine.....	$9\frac{1}{10}$ grains
Eau distillée, q. s. pour f.....	4 onces
Permanganate de potasse pour colorer le liquide.....	q. s.

M.—*Dose* : Commencer avec 5 gouttes, qui représentent $\frac{1}{30}$ gr. de strychnine, et augmenter d'une goutte à chaque injection jusqu'à production des effets physiologiques. Quatre injections hypodermiques sont faites chaque jour : à 8 hrs. a. m. à midi, à 4 hrs. p. m. et à 8 hrs. p. m.

No 3.—A employer conjointement avec l'injection :

P.—Chlorure d'or et de sodium.....	$2\frac{1}{2}$ grains
Eau distillée, q. s. pour f.....	1 once

M.—*Dose* : Trois gouttes toutes les quatre heures, en même temps que l'injection de strychnine, pendant les quatre premiers jours du traitement.

“ Cette dernière ordonnance n'est là que pour l'effet moral, lequel se produit de la manière suivante : cinq gouttes de la solution de strychnine sont introduites dans la seringue, puis on soutire en outre trois gouttes de la solution d'or. Le liquide résultant de ce mélange est de couleur jaune d'or, fait sur lequel l'attention du malade est attirée par le médecin qui assure au patient que c'est certainement de l'or qu'il lui injecte, la preuve en étant dans la coloration particulière laissée à la peau au point d'injection.

“ Un véritable dégoût pour l'alcool est produit, la plupart du temps, de la manière suivante : on fait prendre au malade une dose de whiskey, ensuite on lui administre la soi-disant solution de bichlorure d'or (en réalité la solution de strychnine) en injec-

tion dans le bras, mais en même temps, et à l'insu du malade, on donne un demi-grain d'apomorphine. En très peu de temps, l'émétique produit son effet, le vomissement; le vomissement se produit, plus ou moins intense, et le client, associant dans sa pensée, l'idée de l'alcool et celle de la nausée et du vomissement consécutifs, garde de cette association un dégoût absolu de l'alcool. C'est alors qu'il prétend reconnaître et comprendre l'effet merveilleux du sel aurique, et qu'il devient, d'un sceptique endurci, un partisan convaincu et sincère du *prophète*. Ce sont là, en somme, les cas dont on parle le plus ordinairement dans les rapports publiés par la presse séculière, et qui ont le plus contribué à faire la vogue en faveur des instituts Keeley.

Depuis quelque temps, il est question d'établir un *Institut Keeley* dans la partie canadienne-française de la ville de Montréal. Déjà il y en a un d'établi dans la section anglaise de notre population, rue Cathcart. Mais, nous sommes heureux de le constater, il s'élève, du sein de la profession médicale, une voix qui proteste contre ces abus et ces actes entièrement en contravention avec les dispositions de la déontologie médicale, et cela à tel point que l'un de nos médecins les plus considérés et les mieux estimés (1) a cru devoir protester par la voie des journaux quotidiens contre le fait que ce n'est pas lui, mais un homonyme, qui s'occupe de l'organisation d'un Institut en voie de progrès dans la rue St-Hubert. Nous croyons également savoir que le Bureau médical de l'Hôpital Notre Dame sera mis tout prochainement en demeure de se prononcer catégoriquement sur le fait d'exempter du service à cet hôpital les médecins convaincus de prendre une part active à l'organisation et au fonctionnement de succursales de l'Institut Keeley.

MM. les docteurs Joseph Musso et J. B. MORELLI, de la Faculté de médecine de Montevideo, viennent, dit-on, de découvrir le microbe du bérubéri et l'ont inoculé aux animaux. Les symptômes produits consistaient en une apathie avec parésie des extrémités postérieures, chute des poils et gonflement de l'abdomen. La mort arrivait dans un temps oscillant entre quarante jours et quatre mois (120 jours). A l'autopsie, on a trouvé trois lésions dominantes, qui se retrouvent chez l'homme bérubérique : l'ascite, l'hydropéricardite et la névrite dégénérative.

Allons ! à l'œuvre, et sus au nouveau microbe !

* * *

Un médecin de l'Ohio est à préparer un projet de loi à l'effet d'abolir le *baiser*, étant d'avis, le vertueux Yankee, que cet acte du baiser est malsain (*unsanitary*) et constitue un danger pour la santé..... des individus. Pratiques, ces Américains ! mais pas galants du tout.

(1) M. le Dr E. P. Lachapelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

JAMAIN ET TERRIER. - **Le Manuel de Petite Chirurgie**, de **JAMAIN** et **TERRIER**. est le livre classique par excellence que tous les élèves en médecine possèdent et que, devenus praticiens, ils consultent encore journellement. M. le Professeur F. Terrier, avec le concours d'un de ses élèves, M. le Dr Péraire, vient d'en publier une *septième édition*. L'application usuelle des méthodes antiseptiques et aseptiques nécessitait une refonte générale de cet ouvrage, et nul, mieux que M. Terrier qui, depuis de longues années déjà, use avec rigueur des procédés antiseptiques, n'était à même de vulgariser ceux-ci et d'en montrer les applications faciles aux opérations dites de *petite chirurgie*. MM. Terrier et Péraire ont fait un livre complètement nouveau et, en conservant le plan tracé par Jamain, ils lui ont laissé les caractères de simplicité et de clarté qui ont assuré son succès depuis de longues années. (1 vol. grand in-18 de 786 pages avec 415 gravures dans le texte, en élégant cartonnage anglais, 8 fr., Félix Alcan, éditeur.)

Bocquillon-Limousin — **Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1893**, par H. **Bocquillon-Limousin**, pharmacien de 1ère classe, avec une introduction par H. **Huchard**, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18 de 320 pages; cart. 3 fr. Librairie J. B. **Baillière et Fils**, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard St Germain), à Paris.

Lachapelle & Pelletier — **Rapport sur le Congrès de l'Association Américaine d'hygiène publique tenu à Mexico et sur la visite aux quarantaines de la Nouvelle-Orléans, de San Francisco et de Victoria, C. A.**, par les Drs E. **Perrier-Lachapelle** et **Elzéar Pelletier**.

Ashton—**An Outline of the Technique of Abdominal and Pelvic Operations as performed in the Medico-Chirurgical Hospital of Philadelphia**, by **Wm. E. Ashton**.

La Semaine Médicale de Paris est publiée en trois langues : en Français, en Anglais et en Espagnol. Le total des exemplaires de l'édition française tirés pendant l'année 1892 a dépassé un million.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les Drs Hormisdas BRODEUR, G. B. FARIBEAULT et L. L. AUGER, ont laissé Montréal pour aller exercer aux Etats-Unis.

M. le Dr FOUCHER est à mettre la dernière main à un *Manuel d'Ophthalmologie et d'Otologie*. Le volume devra être prêt pour les derniers jours de mai prochain.

M. le professeur HARDY, récemment décédé à Paris, a légué sa bibliothèque à l'hôpital St-Louis, dont il fut si longtemps un des maîtres les plus appréciés.

Tous les médecins de l'ancien et du nouveau monde sont invités à prendre part à un concours institué par le *New York Recorder*, dont le prix, de 25,000 francs, sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les causes et le traitement de la phthisie.

Le *Herald* de New York vient de mettre au jour l'existence d'une nouvelle fabrique de diplômes (*Bogus Medical College*). Un de ses reporters, se disant élève en médecine, a obtenu d'une faculté intitulée : *Excelsior Medical College*, et dont la charte avait été octroyée par l'Etat du Massachusetts, le diplôme de Docteur en médecine au prix de cinquante dollars.

L'Association des Internes de l'hôpital Notre-Dame a fait, le 2 mars 1892, l'élection de son Bureau pour l'exercice 1893, et en voici le résultat :

Président : M. ISAÏE CORMIER M. D. *Vice Président* : M. ARTHUR DAVID, M. D. *Secrétaire* : M. ALDÉGO ETHIER M. D. *Trésorier* : M. HENRI M. DUCHAMEL M. D. *Bibliothécaire* : M. Eugène LARUE, M. D.

Faculté de médecine de Paris—M. le docteur TERRIER, agrégé, a été, sur la recommandation de la Faculté, nommé professeur de médecine opératoire en remplacement de M. le professeur Tillaux, appelé à la chaire de clinique chirurgicale de la Pitié.

Nécrologie.—ETRANGER : A Paris, M. le Dr. CHEVANDIER, sénateur de la Drôme, un des plus ardents défenseurs des intérêts du corps médical devant le Parlement—Mme MALGAIGNE, veuve de l'ancien professeur de médecine opératoire et belle-mère de M. le professeur Léon Le Fort.—M. le docteur THOMAS, bibliothécaire de la Faculté de médecine.—M. Benjamin BALL, médecin de l'asile Sainte-Anne et de l'hôpital Laënnec, professeur de la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, et dont l'ouvrage intitulé : *Cliniques des maladies mentales*, est bien avantageusement connu.

A Lille, M. le docteur CAZENEUVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lille.

Congrès français de Chirurgie. — 7^e Session, 1893. — La 7^e session du Congrès français de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 3 avril 1893, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, de Paris.

La première séance (consacrée aux questions diverses) aura lieu à 9 heures du matin (grand amphithéâtre de l'École de médecine).

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 hrs. Deux questions ont été mises à l'ordre du jour de la Session :

I. *Les tumeurs fibreuses de l'utérus.*

II. *Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.*

Les séances du matin seront consacrées aux visites dans les Hôpitaux et aux questions diverses.

MM. les Membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 février le plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Félix ALCAN, éditeur du Congrès, 108, Boulevard St-Germain, auquel on pourra s'adresser également pour tous les renseignements concernant le Congrès.

Le Secrétaire Général,

S. Pozzi.

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.—Les examens de fin d'année ont eu lieu à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, du 20 au 30 mars 1895. Sur 75 candidats, 59 ont subi l'examen avec succès, dont 53 étaient régulièrement admis à l'étude de la médecine. Nous donnons ci-après les noms des nouveaux M.D. :— MM. Joseph Archambault, Elie G. Asselin, Jos. Chs. Bernard, Urgèle Bérard, Henri Béland, Origène Bournival, Gaspard Boucher, Anatole Boucher, Pierre Barrette, Xénophide Beauchamp, J. C. Bernier, J. O. Chênevert, Elzéar Miville DeChêne, François X. L. DeMartigny, J. S. Déziel, Antoine Duquette, Théodore Gervais, Victor Geoffrion, André Gallant, Joseph P. Gagnon, Arthur Gauthier, A. E. Gendron, Raymond Giroux, L. A. Genest, Fortunat Létourneau, Lucien Lupien, Isidore Laviolette, J. E. Lamoureux, Henri Lesage, Gilles LeBlanc, Hubert Larose, Eug. LaRue, P. Michel Lambert, Alf. Lespérance, Louis Joseph Lemieux, George Edouard Landry, Jos. Labrèche, Homer Milot, Ernest Milot, Elzéar Montpetit, Ludger Montpetit, Jos. S. Martel, L. P. B. Michaud, Aurèle Nadeau, Léon Ouellette, Jos. Ouimet, Arthur Pratte, J. O. Pichette, Herménégilde Roy, Edouard Roy, Adélard Riverin, F. X. Renaud, Omer Routhier, Jos. Savoie, Emile Simard, Joseph St-Onge, Ludger Séguin, L. J. Tétrault et Joseph Tremblay.

Naissance.

GENEST.—A St-Bernard de Dorchester, le 4 mars 1893, la femme du Dr I. L. M. Genest, un garçon.