

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>Huit cents cas de dysménorrhée traités par l'hygiène, les médicaments, l'électricité et par diverses méthodes opératoires, par A. LAPHORN-SMITH, M. D.</i>	129
<i>La carie dentaire et les affections oculaires, par le Dr ROBERGE, de Saint-Barthélemi</i>	135
FAIT CLINIQUE. — <i>Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et diplopie, par le Dr JEHIN PRUME</i>	137
<i>Société des Internes de l'Hôpital Notre-Dame. Séance du 18 février 1897.</i>	139
REVUE DES JOURNAUX. — MÉDECINE.	
<i>L'alimentation des malades dans la fièvre typhoïde, (BARRS, WEST)</i>	143
<i>Le principe actif de la glande thyroïde, (HUTCHINSON)</i>	145
<i>La valeur des recherches pathologiques en médecine, (LORD LISTER)</i>	146
<i>La formaline et ses applications, (BLACKADER)</i>	147
<i>Symptômes peu fréquents de l'empoisonnement chronique par le plomb (STEWART)</i>	148
<i>Les rayons X dans la goutte et le rhumatisme chronique, (POTAIN)</i>	150
CHIRURGIE.	
<i>Congrès français de chirurgie, novembre 1896. Contribution au traitement des contusions et plaies de l'abdomen, (DEMONS)</i>	150
<i>Du stercorome infantile, (DEMONS)</i>	151
<i>Traitement des hémorrhoides par le procédé de Whitehead, (DELOIRME)</i> ..	151
<i>Hydronephrose par rétrécissement de l'uretère, (LEGUEU)</i>	152
<i>Sur la néphropexie, (JONNESCO)</i>	152
<i>Traitement de la cystite tuberculeuse, (ROUTIER)</i>	153
<i>Infections péri-urétrales, leur traitement, (VIGNERON)</i>	153
<i>Réséction des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate, (LOUMEAU)</i>	154
<i>Opérations palliatives contre le cancer de la prostate, (DESNOS)</i>	155

(Voir la suite, page 3.)

" Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BRAUDET.

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences osoniques, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses de toutes les régions, **La Listerine** occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés déterives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la forme de gaz, d'éruptions acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que **La Listerine** est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par enillérée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produira un soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.

☞ Pamphlets descriptifs envoyés à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement de nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par **W. LEYDWOOD, Agent.**

En écrivant mentionnez le journal.

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET
EN DÉTAIL.**

**2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,
MONTREAL**

La maison J. LEDUC & CIE., qui a transporté son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

POUR UN MOIS SEULEMENT AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “	1.25
“ “ “ “	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Farenheit.

Seringues Hypodermiques.....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur.....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,
médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de
campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

<i>Des collections sereuses pelviennes, (VAUTRIN)</i>	155
<i>Du traitement des fractures de la clavicule, (FÉVIER)</i>	156
<i>La coxalgie doit guérir sans boiterie, (CALOT)</i>	157
<i>Du mécanisme des fractures des malléoles, (SOULIGOUX)</i>	157
<i>Traitement des entorses et des fractures malléolaires par le massage ischémique, (LARGER)</i>	158
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>Une opération césarienne à la campagne, (BÉCHET)</i>	159
<i>Des nourrices enceintes, (BUDIN)</i>	162
<i>Dosage de l'albumine par la méthode d'Esbach, (BOUREAU, MERCIER, HUGUET)</i>	164
<i>Influence de la lactation sur la menstruation et la grossesse, (REMFRY)</i>	164
REVUE D'HYGIÈNE.	
<i>Le traitement hygiénique de la rougeole</i>	165
REVUE DE PÉDIATRIE.	
<i>Les incontinenances d'urine de l'enfance, (ROCHET et JOURDANET)</i>	170
<i>L'eau froide en médecine infantile, (COMBY)</i>	175
<i>Traitement de la néphrite post-scarlatineuse, (KONTREBINSKY)</i>	176
FORMULAIRE.	
<i>Dyspepsie neuro-motrice.—Syphilis.—Rhumatisme articulaire chronique. Pneumonie au début.—Eczéma chronique</i>	178
<i>Coqueluche grave.—Prostatite.—Psoriasis.—Conjonctivite</i>	179
BULLETIN MEDICAL.	
<i>La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde et son traitement chirurgical</i>	180
<i>La peste bubonique et son sérum</i>	182
COURRIER DES HOPITAUX.	
<i>Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame</i>	186
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
<i>L'Institut Vaccinogène</i>	190
CHRONIQUE	191
BIBLIOGRAPHIE	192

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, — — — — — **MONTREAL.**
BELL TELEPHONE 4396.

Instrumente de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés. — — — — — **Discounte de 5% au comptant.**

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries Gaiffé (de Paris); Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé), Dubois, etc.

La plus soigneuse et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

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

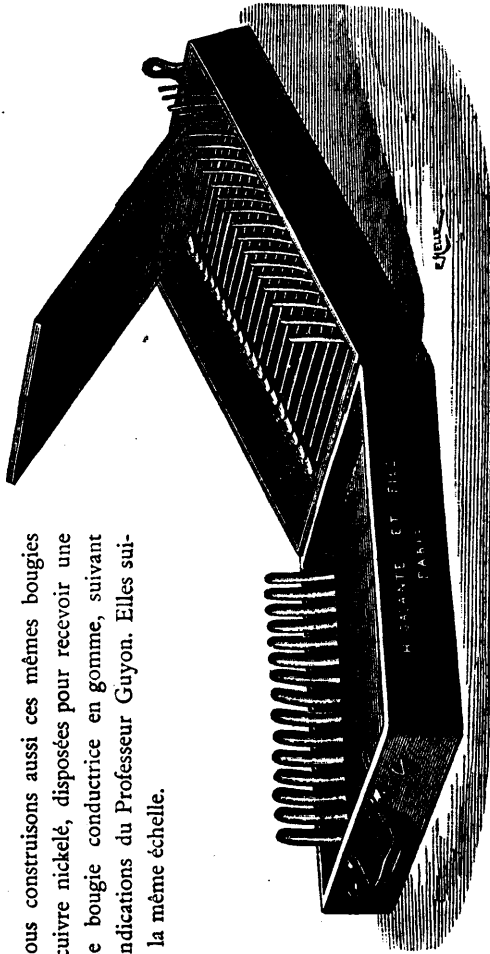
H. J. CHAPMAN.

H. GALANTE & FILS
FABRICANTS D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
 Paris - 2, Rue de l'École de médecine, 2 - Paris

BOITE DE BOUGIES EN ÉTAİN de BÉNIQUET

Cette boîte contient 36 bougies en étain de Béniquet, depuis le N^o 25 jusqu'au N^o 60 de la filière par 1/6 de millim. La raison de la progression du diamètre, est donc représentée par cette fraction.

Nous construisons aussi ces mêmes bougies en cuivre nickelé, disposées pour recevoir une petite bougie conductrice en gomme, suivant les indications du Professeur Guyon. Elles suivent la même échelle.



D'une façon courante nous ne tenons prêtes que des boîtes de 24 et 36 bougies, mais sur indications nous pouvons varier la composition des séries.

(Extrait de notre Catalogue Général illustré 1882)

AGENTS POUR LE CANADA :
Dr. Fd. MORIN & CIE., 314 Rue Saint-Jean, Québec

TRAVAUX ORIGINAUX

HUIT CENTS CAS DE DYSMÉNORRHÉE

TRAITÉS PAR L'HYGIÈNE, LES MÉDICAMENTS, L'ÉLECTRICITÉ
ET PAR DIVERSES MÉTHODES OPÉRATOIRES.

Lecture faite à la "Medico-Chirurgical Society" de Montréal le 18 Déc. 1896, par A. LAPHORN SMITH, B. A., M. D., M.R.C.S., Ang., Membre de la Société Américaine de Gynécologie et de la Société Obstétricale de Londres; gynécologiste au dispensaire de Montréal et au Western Hospital; chirurgien en chef de l'hôpital Samaritain pour les femmes; professeur de clinique et de gynécologie à l'Université Bishop, Montréal.

Supposez que nous soyions tous d'accord sur ce fait que la dysménorrhée ne soit pas une maladie, mais plutôt un symptôme d'états pathologiques multiples et variés; il s'ensuit que le traitement dépendra entièrement du diagnostic. En revisant mes mémoires, j'ai trouvé que sur trois mille trois cents malades, dont mille trente traitées à mon domicile et deux mille deux cent soixante-dix au "Montreal Dispensary," un quart au moins souffraient de dysménorrhée. La dysménorrhée est plus fréquente chez les jeunes filles, moins fréquente chez les femmes mariées qui n'ont pas eu d'enfants. Vient ensuite la femme mariée qui n'a eu qu'un enfant et dont les règles sont abondantes. Enfin la femme mariée qui a eu plusieurs enfants et dont les règles sont abondantes et de longue durée. Ces faits, qui, je n'en doute pas, ont dû être constatés par d'autres gynécologistes, me semblent très importants au point de vue de l'étiologie et du traitement. Pourquoi donc les jeunes filles sont-elles plus sujettes à ces menstrues douloureuses? Parce que c'est chez elles naturellement que l'on trouve le plus grand nombre d'obstructions du col utérin. Quand celles-ci se marient, la plupart deviennent enceintes; et alors leurs menstrues subissent un arrêt de neuf et souvent dix-huit et vingt-quatre mois, après quoi les menstrues reprennent leur cours, mais à travers un col bien dilaté.

Il y a cependant une autre raison pour laquelle les jeunes filles souffrent plus que les femmes qui deviennent enceintes, et j'en fais ici mention vu son importance quant au traitement; à savoir: que chaque période menstruelle amène une congestion des ovaires, des trompes et de la matrice qui ne disparaît pas entièrement, de sorte qu'il reste toujours une congestion partielle, laquelle ajoutée à celle de la période suivante va ainsi grossissant de mois en mois.

jusqu'à ce qu'enfin il arrive un moment où les enveloppes externes des ovaires s'épaississent, où la muqueuse qui tapisse les parois de la matrice se tuméfie et alors nous avons obstruction du col. Chez la femme mariée qui n'a pas d'enfants, soit à cause de l'impuissance du mari, soit qu'ils usent de moyens préventifs, soit pour une cause quelconque, cette congestion est plus marquée que chez la femme non mariée vu les congestions répétées dues au coït. La grossesse guérit la plupart des cas non-seulement d'obstruction de l'utérus, mais aussi de dysménorrhées congestives parce que règle générale, elle fait cesser la menstruation et met fin aux congestions qui l'accompagnent ainsi qu'à celles au.ancées par le coït. On peut donc qualifier la grossesse, le remède de la nature pour la guérison de la dysménorrhée, parcequ'elle dilate la matrice et donne en même temps aux ovaires un repos plus ou moins complet.

Remarquez bien ceci : je ne prétends pas dire par là que le mariage nous assure la guérison de la dysménorrhée ; loin de là ; car le mariage sans la grossesse la fait empirer. Nous arrivons maintenant à cette catégorie de femmes qui, quoique mariées et mères, continuent cependant à souffrir à leurs périodes menstruelles. De quelle maladie donc, cette dysménorrhée est-elle le symptôme ?

Je trouve, d'après mes notes, qu'un grand nombre de ces femmes n'ont pas souffert avant leur mariage, mais que leurs souffrances datent de leur première couche, et si l'on consulte avec soin leur histoire, elle nous révèle le fait, que soit à l'époque de leur mariage, soit avant leur accouchement, soit quelque temps après, ces femmes ont été atteintes d'endométrite septique aigre ou d'endométrite blennorrhagique qui est à la suite devenue chronique, laissant la muqueuse du canal cervical tuméfiée et ses glandes distendues. Ou bien les trompes et les ovaires sont tellement atteints qu'ils causent des menstruations, douloureuses sans cependant empêcher tout-à-fait la conception.

Chez les femmes de la quatrième catégorie, la moins nombreuse peut être, où les pertes sont plus abondantes et les douleurs très grandes, quoique moins aiguës que dans la catégorie précédente, l'examen révèle généralement un déplacement de la matrice, surtout la rétroversion, laquelle entrave sérieusement la circulation du sang. Le sang artériel pénètre bien dans la matrice, mais ne peut pas revenir par les veines, de telle sorte que les organes générateurs deviennent congestionnés et douloureux ; le col devient obstrué et dans ces cas l'écoulement qui devrait se composer de débris de membranes muqueuses, n'est que du sang pur ; il se coagule et les caillots pour être expulsés occasionnent de véritables tranchées.

A part ces quatre grandes catégories, je trouve par-ci par-là, beaucoup de cas dont les douleurs naissent de causes diverses telles que : une tumeur fibreuse obstruant l'orifice interne du col, ou bien l'occlusion des trompes de Fallope, soit à l'extrémité frangée, soit à l'extrémité utérine ou soit aux deux extrémités. Ces cas ne manquent pas d'être intéressants ; c'est pourquoi, je vous parlerai plus tard de leur traitement.

Quel est donc le meilleur traitement contre la dysménorrhée produite par l'obstruction du col ?

Allons-nous employer les tiges de laminaria, les tentes de tupelo ? (Je les mentionne ici afin de mieux les condamner). Mettrons-nous notre patiente sous l'influence de l'anesthésie pour dilater rapidement le col au moyen des sondes graduées d'Hegar, de Hanks, des dilatateurs de Keys, de Goodell ? Ou bien aurons-nous recours à l'effet dilatant et relâchant du pôle négatif d'une pile galvanique, dans le but de favoriser l'écoulement des sécrétions des ovaires, des trompes et de la matrice ? Ou enfin essayerons-nous l'effet des médicaments, surtout chez les jeunes filles ? Voici la manière dont je procède en général : Premièrement je cherche à améliorer la circulation du sang dans la matrice en faisant disparaître la constipation et en prescrivant l'exercice en plein air et au soleil, en corrigeant la diète et l'habillement. En sus de ces mesures hygiéniques je me trouve bien de l'emploi du fer, de la strychnine et de l'acide phosphorique.

D'après mon expérience, la moitié des cas de dysménorrhée se guérissent sans aucun traitement soit chirurgical soit local. Comme le grand nombre de ces patientes sont vierges, je ne les examine même pas, avant que le traitement ci-dessus mentionné, après avoir été fidèlement suivi pendant deux ou trois mois, soit trouvé inefficace. Cela semble ne pas faire de différence que les patientes perdent très peu ou en abondance ; car dans les deux cas elles ont été ou guéries ou grandement soulagées. Je me suis très souvent demandé : comment il se faisait que ce traitement enlevât la douleur ? C'est ainsi que j'explique la chose : Une matrice dont les nerfs et les muscles sont bien nourris et bien fortifiés sera bien moins sujette aux flexions obstructives et en même temps les ovaires affamés seront moins portés à souffrir de névralgie à la prochaine période mensuelle ; cette névralgie est un cri de détresse poussé par des nerfs mourant de faim.

Deuxièmement : Je m'efforce de soulager les contractions spasmodiques du sphincter de l'orifice interne du col par l'acétanilide à la dose de 10 grains trois fois par jour pour deux ou trois jours, quoique très souvent une seule dose suffise. Ce médicament doit toujours par prudence être accompagné d'un stimulant tel que le whiskey, le café ou la caféine, à cause de l'effet quelquefois alarmant qu'il exerce sur la circulation du sang. Quoique l'acétanilide ne guérisse pas la dysménorrhée, je ne puis pas me rappeler un seul cas que ce remède n'ait point soulagé et cela après l'avoir employé au delà de cent fois. Il existe d'autres remèdes précieux qui cependant manquent quelquefois de soulager : parmi ceux-ci, je considère le "*Viburnum Prunifolium*" comme étant le meilleur surtout parcequ'il est inoffensif. La préparation "*Liquor Sedans*" de Parke Davis, m'a rendu service dans à peu près la moitié des cas. On peut en dire autant de la préparation "*Hayden's Viburnum Compound*", mais malheureusement le coût en est trop élevé. Tandis que je suis à vous parler du traitement médical contre la dysménorrhée, je dois en profiter, chers confrères, pour vous mettre en garde contre deux médicaments particulièrement dangereux ; ce sont l'opium et l'alcool. Combien de familles ai-je vues dans la plus profonde misère, combien de foyers où régnait la désolation ; que de mères à tout jamais perdues à leurs enfants, que d'avenirs brisés à cause de la morphinomanie et de

l'alcoolisme ! habitudes infâmes acquises au moyen d'innocentes prescriptions. Ces malheureuses ne consulteront rarement leur médecin, que lorsqu'il sera déjà trop tard pour les soustraire au joug de ces drogues, si ce n'est en les enfermant dans un asile d'aliénées ou d'alcooliques. Comparé au traitement par l'opium et l'alcool, le traitement chirurgical me semble de beaucoup préférable. Il y a un autre moyen de calmer les spasmes, qui mérite d'être mentionné, à savoir : le bain de siège dans de l'eau très chaude pendant une demi-heure et accompagné d'ablutions sur le bas ventre. C'est à notre Nestor, Sir William Hingston, que je suis redevable de ce mode de traitement ainsi que d'autres bons conseils ; j'ai eu plusieurs fois occasion de m'en servir avantageusement. Les douches d'eau chaude et le repos au lit m'ont aidé dans quelques cas ; mais employés seuls, ils ne m'ont jamais donné de guérisons.

J'ai publié, il y a cinq ans dans " l'American Journal of Obstetrics " un compte rendu de neuf cas de dysménorrhée rebelle guéris par l'électricité ; ce qui donna lieu à beaucoup de commentaires aux États-Unis et en Canada, s'il faut en juger par le nombre de correspondances que j'ai reçues, me demandant de plus amples détails sur la manière de procéder. Comme un certain nombre de ces patientes avaient été vainement traitées selon diverses méthodes y compris la dilatation rapide, qui dans un cas fut employée à deux reprises, et comme trois cas parmi les neuf ont à la suite du traitement par le pôle négatif eu des enfants après dix ans de stérilité, il s'éleva alors des doutes sur la justesse de mes observations. Toutefois beaucoup de spécialistes, y compris le Dr William Gardner de Montréal, m'ont assuré depuis qu'ils avaient eu des résultats aussi remarquables. J'ignorais complètement le pouvoir thérapeutique de l'électricité dans la dysménorrhée, lorsque j'appris par oui-dire que le Dr Gardner en avait obtenu de bons résultats. Je ne me souviens pas cependant qu'il en ait fait rapport. Depuis mon compte rendu de ces neuf cas, j'en ai traité près de cent autres cas par la même méthode ; ces cas à quelques exceptions près furent tous également satisfaisants. Je n'abuserai pas de votre patience par une longue dissertation sur la manière de procéder d'autant plus qu'elle se trouve toute détaillée à l'article " Disorders of Menstruation " dans le " International System of Electro Therapeutics " publié il y a trois ans par la maison Davis de Philadelphie. Je vous dirai seulement que c'est vraiment merveilleux de voir avec qu'elle facilité une sonde électrisée négativement se laisse introduire dans la matrice ; quand l'on sait d'avance que cette même sonde non électrisée ne peut pas être passée même en usant de force. S'il s'en trouve parmi vous qui doutent, je me ferai un plaisir de leur en faire la démonstration à mon cabinet de consultations pourvu que l'on me fournisse une patiente à qui il est impossible de passer une sonde.

Dans la plupart des cas la seconde ou la troisième menstruation qui suit le traitement apparaît sans douleurs. Quant aux cas qui ne donnent pas de succès il existe probablement chez les malades quelques maladies des appendices.

Troisièmement : Ceux qui ne sont pas familiers avec l'électricité ou qui n'ont pas l'appareil nécessaire, quoique celui-ci soit très simple, pourront employer la dilatation rapide comme étant ce qu'il y a de mieux si la thérapeutique a fait

défaut. Je préparerai peut-être un rapport sur des cas traités par cette méthode ainsi que les résultats, pour la prochaine assemblée de la British Medical Association qui doit avoir lieu à Montréal. J'aurai alors une liste à peu près complète de ces cas que l'on peut estimer au nombre de trois cents, dont un cent n'ont pas donné de succès.

A l'exception de cinq ou six cas pour lesquels j'ai fait usage de bougies ou des dilateurs coniques d'Hégar, tous ont été dilatés premièrement au moyen du dilateur Wyley et ensuite au moyen du dilateur Goodell.

Ce n'est pas comme beaucoup seraient portés à le croire une opération facile et sans dangers. La patiente doit être parfaitement sous l'effet de l'anesthésie afin de paralyser complètement les muscles circulaires du col ; et dans le cas où l'opérateur ne pourrait observer les règles de l'antisepsie dans leurs plus petits détails il vaudrait mieux qu'il abandonnât l'opération. Au nombre des résultats fâcheux dont j'ai été témoin je citerai : une péritonite générale suivie de mort, un cas de perforation de la paroi postérieure de la matrice qui, grâce à l'antisepsie suivie de la laparotomie pour suturer cette perforation, n'a pas eu de mauvais résultat ; plusieurs déchirures graves du col et bon nombre de péritonites pelviennes latentes que les manipulations avaient rallumées. On ne peut pas condamner trop sévèrement la coutume, peut-être trop répandue, de pratiquer la dilatation, dans un bureau, sans prendre les précautions antiseptiques voulues. Quand l'on pratique la dilatation, ce doit être d'une manière complète. Il faut employer au moins une demi-heure pour faire une dilatation d'un pouce et demi et pendant ce temps un jet continu d'eau stérilisée devrait arroser le champ de l'opération. Selon moi, chaque dilatation devrait être suivie du curettage, et particulièrement de la membrane muqueuse endurcie, autour du col, qui agit comme une valvule à sa sortie et empêche ainsi l'écoulement des menstrues. (Ceci cause quelquefois beaucoup d'irritation et occasionne des spasmes reflexes du sphincter de l'orifice interne.)

Toute l'étendue des parois de la matrice doit être ensuite badigeonnée avec un mélange composé d'égales parties de "Churchill's Iodine" et d'acide carbonique, d'abord comme antiseptique et ensuite parceque ça aide la guérison de l'endométrite qui très souvent l'accompagne, ce qui peut être aussi la cause de la douleur. Il arrive quelquefois, que la dilatation et le curettage ne réussissent pas du tout ou ne soulagent que pour la prochaine menstruation. Que devons-nous donc faire dans ces cas ? J'ai pour habitude de répéter l'opération au moins une fois, d'autres la répètent trois fois.

J'ai eu plusieurs fois occasion de réséquer le col selon la méthode de Schröder, quand celui-ci était allongé et de forme conique ; les résultats ont toujours été excellents. Devons-nous employer le pessaire intra-utérin (Simpson) dans le but de conserver la matrice dilatée ? J'en défends complètement l'usage ; si on les emploie ce doit être avec beaucoup de précaution, la patiente devra garder le lit et il faudra la surveiller à cause des symptômes de péritonite qui pourraient se déclarer. Quelle est donc la cause, dans ces cas rares, qui, après tant de soins, nous empêche d'obtenir aucun soulagement ? Selon mon expérience, toutes les maladies qui, après avoir été

soigneusement soumises pendant l'espace d'un an à ces différents modes de traitement, n'en retirent aucun bénéfice, souffrent de maladies incurables des trompes et des ovaires qui demandent leur enlèvement. C'est arbitrairement que je fixe à un an la durée du traitement, parce que d'une part je m'oppose à l'enlèvement des ovaires, jusqu'à ce que tous les autres modes de traitement aient été épuisés que de l'autre je tiens à donner à mes patientes une promesse certaine de guérison car sans l'espérance, comme stimulant, elles se décourageraient et finiraient par abandonner le traitement. Chez cinq pour cent des cas seulement ou à peu près quarante fois j'ai été forcé d'avoir recours à ce procédé en dernier ressort quand en ouvrant l'abdomen j'y découvrais au-delà de ce qu'il fallait pour expliquer cette résistance à tant de moyens thérapeutiques; chez la plupart des malades les trompes étaient ensevelies sous des masses d'adhérences avec l'une et l'autre extrémité scellée. J'ai eu huit cas d'hydrosalpinx simple et double vingt cas de sclérose des ovaires, les follicules ne pouvaient éclore à moins d'une forte pression.

Les résultats dans ces cas ont tous été satisfaisants; j'ai eu soin de faire mes ligatures des cornes aussi près de la matrice que possible, afin de pouvoir enlever complètement le tissu ovarien, parce qu'en négligeant ces précautions j'eusse fait manquer le but de l'opération; à savoir l'arrêt immédiat et complet de la menstruation. Je ne dois pas oublier de mentionner ici, six cas remarquables de dysménorrhée graves dus à la rétroversion avec fixation, les ovaires étaient englobés par des fausses membranes, l'extrémité frangée de la trompe cimentée. Comme mes patientes étaient des femmes mariées et qu'elles priaient instamment de ne pas enlever leurs ovaires, je débarrassai avec soin la matrice ensuite les trompes et les ovaires qui étaient ensevelis dans le cul de sac de Douglas; dans quelques cas il y eut un peu de déchirure des tissus. Je détachai ensuite l'extrémité frangée adhérant à l'ovaire, après quoi, ayant dilaté la trompe, je fixai la matrice à la paroi abdominale. L'un de ces cas a été opéré à l'Hôpital Samaritain, il y a quelques jours, en présence de plusieurs membres de cette société, ceux-ci peuvent témoigner de l'épaisseur des fausses membranes et du nombre des adhérences qui englobaient les ovaires; l'opération de ces six autres cas date depuis six mois à deux ans et elles voient à présent leurs règles sans douleurs. Cette dernière méthode promet beaucoup pour l'avenir, car nous nous apercevons de plus en plus qu'il faut ne pas sacrifier les ovaires, s'il y a possibilité de les sauver.

Résumé :

50 pour cent des cas furent guéris par la thérapeutique et l'hygiène y compris la grossesse;

25 pour cent par la dilatation rapide et le curettage;

12½ au moyen du pôle négatif d'une pile galvanique;

5 pour cent par l'ablation des appendices;

7½ ayant perdu patience se dirigèrent vers d'autres institutions, et subirent en fin de compte pour la plupart l'ablation.

250, rue Bishop, Montréal.

LA CARIE DENTAIRE ET LES AFFECTIONS OCULAIRES.

Par le Dr. ROBERGE, de Saint-Barthélemi.

Pour tout observateur attentif, il existe une relation étroite de cause à effet entre la carie dentaire et les maladies des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge et des sinus avoisinants. Il est d'occurrence journalière de voir les douleurs atroces de l'otalgie se calmer comme par enchantement après l'extraction d'une dent cariée. De même, on a vu des sinusites, des rhinites, des ulcérations buccales ou pharyngées ne reconnaître aucune autre cause. Dans le domaine de la vision, on a signalé des cas de lésions diverses du globe de l'œil ou des paupières. Le glaucome aigu a été observé, de même que la parésie de l'accommodation. Dernièrement le Dr Foucher a relaté un cas de kératite herpétique dont le point d'origine n'était autre chose qu'une dent cariée.

L'observation suivante que nous avons cueillie dans notre clientèle prouve, une fois de plus, que la carie dentaire, si peu avancée qu'elle soit, est pour beaucoup dans l'étiologie des maladies inflammatoires de l'œil.

Le 12 septembre 1896, un jeune homme de 18 ans vient me consulter. Il accuse dans son œil droit un malaise inaccoutumé qui s'est fait sentir il y a une dizaine de jours. La conjonctive bulbaire est le siège d'une injection très prononcée avec localisation plus accentuée au pourtour de la cornée. Tout à fait au centre de cette dernière membrane, dans les couches profondes, un petit point blanchâtre me révèle la nature de la maladie que j'ai à traiter. Comme symptômes subjectifs, les symptômes ordinaires; larmoiement, photophobie, etc.—Peu de douleurs périorbitaires. Le malade met sur le compte d'un refroidissement subit la maladie dont il souffre.

L'examen rhinologique ne révèle qu'une très légère hyperémie de la pituitaire. Les voies lacrymales sont intactes. En examinant la bouche on découvre trois dents légèrement cariées : deux molaires supérieures, droite et gauche, et une molaire droite inférieure. Elles ne sont le siège d'aucune douleur soit temporaire, soit permanente. Je prescris collyre à l'atropine et compresses boricuées chaudes.

Le 17 septembre, c'est-à-dire 5 jours après, l'état inflammatoire de l'œil est à peu près le même. Au lieu de disparaître, le point blanchâtre du centre de la cornée a augmenté de volume et a pris une teinte jaunâtre. Je donne issue au pus extérieurement avant qu'il y ait perforation des couches profondes, puis, je traite par l'atropine l'ucère subséquent.

21 septembre.—La conjonctive a presque repris son état normal. Il y a cependant encore un peu d'injection périkeratique. L'ulcère est légèrement apparent.

28 septembre.—Après avoir passé trois jours relativement bien, mon malade

me revient avec une hypérémie conjonctivo bulbaire double des plus prononcées, accentuée surtout dans les culs de sac et s'étendant à la muqueuse palpébrale. Pas d'injection périkeratique. Sensation de grains de sable dans les yeux. Aucune cause plausible reconnue pour expliquer ces nouveaux symptômes si ce n'est les trois dents cariées. Un collyre astringent ramène les deux conjonctives à peu près à leur état normal au bout de 3 à 4 jours.

5 octobre.—L'œil droit revient à la charge avec son injection conjonctivo-bulbaire accompagnée cette fois d'une légère injection périkeratique. Aucune altération apparente de la cornée. L'œil gauche est tout-à-fait bien. L'atropine et les compresses chaudes boriquées viennent encore à notre secours et apportent une amélioration sensible quoique imparfaite.

10 octobre.—Une kératite marginale commence à se manifester dans l'œil droit à la partie supéro-externe. Sur mon refus formel de continuer à le soigner s'il ne consent à se soumettre à mon davier, mon patient se décide enfin à se départir de ses molaires avariées. Il en a été récompensé par une guérison prompte et permanente. En peu de jours les symptômes inflammatoires ont complètement disparu et ne se sont nullement manifestés depuis.

Les conclusions à tirer de ce fait sont celles-ci :

- 1° Toujours examiner les dents lorsqu'on a à traiter une maladie des yeux.
- 2° S'il y a quelque dent cariée, si peu endommagée qu'elle soit, si peu de douleurs qu'elle occasionne, exiger qu'elle soit enlevée immédiatement ; ou, qu'elle soit soumise à un homme de l'art pour être traitée convenablement de manière à ne plus être une source continue d'irritations et d'infection.

St-Barthélemi, 27 janvier, 1897.

L'étiologie du scorbut.—Durant le voyage de l'explorateur Nansen dans les régions polaires, tous les hommes composant l'équipage du "Fram" demeurèrent en bonne santé. Jamais il n'y eut de symptômes de scorbut parmi eux. Nansen, dans les précautions spéciales qu'il avait prises pour la préservation des aliments s'était basé sur les données que lui avait fournies le prof. Torup, de l'Université de Christiania. Le prof. Torup est d'opinion que le scorbut est causé par l'empoisonnement provoqué par la viande et le poisson mal conservés, qui produisent des substances analogues aux ptomaines ; les substances, absorbées d'une manière prolongée, produisent le scorbut.

Le bacille de la fièvre jaune.—On dit que le Dr Sanarelli de Rio Janeiro, Brésil, a découvert le bacille de la fièvre jaune. Ce médecin aurait poursuivi ses recherches durant la plus grande partie de l'été dernier, serait parvenu à isoler le microbe qui, dit-il, se présente d'une manière très nette et paraît être le plus étrange des microbes connus." Des expériences faites dans le but de préparer un sérum anti-fiévreux auraient réussi. Si le fait est exact, le Dr Sanarelli aura droit à la récompense de 150,000 scudi (\$180,000) promise par le gouvernement du Brésil à celui qui trouvera le remède spécifique de la fièvre jaune.

L'hydrocyanate de fer est un nouveau médicament employé à la dose de $\frac{1}{2}$ à 2 grains trois ou cinq fois par jour contre l'épilepsie. On en obtient, paraît-il, de très bons résultats.

FAIT CLINIQUE.

Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et dyplopie
par le Dr JEHIN PRUME.

Le 17 novembre, un nommé John F. de Maisonneuve (Montréal) se présentait dans mon cabinet de consultation pour une affection des deux yeux présentant les caractères suivants.

A première vue, un strabisme interne, très fort, de l'œil droit. Questionné sur l'origine de ce strabisme, le malade me répond qu'il date de trois ans, époque à laquelle il fut opéré de cataracte aux deux yeux.

Ce strabisme le gêne beaucoup, vu qu'il voit double depuis l'apparition de la maladie. Avec la chandelle, on voit que les images sont directes, d'où, paralysie d'un des droits externes.

A l'examen direct, on voit une cataracte secondaire totale de l'œil droit, véritable toile d'araignée à travers laquelle le malade voit comme au travers d'un épais nuage. A l'œil gauche, la toile est aussi épaisse, mais possédant dans sa région médiane une légère ouverture par laquelle le malade peut quelque peu distinguer.

VISION

O. D : peut compter les doigts à 20 centimètres avec + 11 d.

O. G. lit N. D. (Echelle de Wecker) à 2 mètres avec + 10 d.

Le malade (naturellement !) me demande si je puis lui rendre une vision convenable ?

Ma réponse fut quelque peu normande : Peut-être bien *que* oui, peut-être bien *que* non.

Le malade, qui n'est cependant pas normand, se décide et s'en remet à moi.

Je me décide tout d'abord à opérer le strabisme. Ce qui est fait deux jours après. Simple ténotomie interne, un fil, et au bout de trois jours, l'œil est complètement droit et la vision binoculaire rétablie dans toute son intégrité.

L'œil droit étant le plus mauvais je pensais plus logique d'opérer d'abord cet œil. Une cataracte secondaire est toujours une chose très délicate à opérer. (Plusieurs médecins avaient même refusé d'opérer mon malade).

On entend par cataracte secondaire, des opacités qui se développent dans le champ pupillaire après l'extraction de la cataracte primitive (cataracte ordinaire). Ces opacités peuvent être dues soit aux éléments du cristallin qui ne sont pas complètement résorbés, soit à l'épaississement et la transformation cataractueuse de la cristalloïde postérieure. Ce dernier cas était celui observé chez mon malade.

Les chambres antérieures de mon malade étaient parfaitement formées, vastes et profondes.

Je me décidai donc à opérer tout d'abord l'œil droit.

Je fis coucher mon malade dans un lit en fer simple; en lui faisant comprendre qu'il lui serait impossible de se lever avant trois jours. J'instillai par trois fois du chlorhydrate de cocaïne (Sol 1 p. 20); quelques minutes avant d'opérer j'ajoutai à la cocaïne quelques gouttes d'ésérine, pour diminuer la tension intra oculaire et éviter ainsi quelque sortie brusque du corps vitré.

Le malade couché, je lavai soigneusement l'œil de mon patient avec une solution de Sublimé (1 p. 2000). Je bouchai l'autre œil avec un tampon d'ouate hydrophyle, afin d'éviter au malade le besoin de regarder de droite et de gauche.

Je plaçai un écarteur externe et saisis l'œil à l'aide d'une pince à fixer à ressort. Je ponctionnai mon œil au niveau d'insertion de la cornée avec une lance sans arrêt à angle très ouvert. De cette manière j'obtenais une plaie assez vaste pour permettre d'introduire un instrument dans la chambre antérieure.

Je retirai ma lance, enlevai le plus délicatement possible la pince à fixer et l'écarteur. Je demandai au malade de regarder fortement en bas et à l'aide du kystitome je déchirai la cristalloïde postérieure. Je retirai mon instrument, instillai quelques gouttes d'ésérine et obtint une large ouverture par laquelle le malade pouvait parfaitement distinguer.

Aucune sortie du corps vitré ne se fit pendant la durée de l'opération.

Quatre jours plus tard le malade pouvait reprendre ses occupations.

Trois semaines après la première intervention j'opérais l'œil gauche, avec les mêmes soins et les mêmes résultats que pour l'œil droit.

Aujourd'hui le malade est en parfaite santé, et voici le dernier résultat obtenu en examinant l'état de sa vision.

9 Février 1897,

O. D : V= avec + 11 d $\frac{1}{6}$ à 5 m.

O. G : V= avec + 11 d $\frac{1}{4}$ à 5 m.

Montréal, 15 février 1897.

L'hydrozone est une solution aqueuse à 30 % de peroxyde d'hydrogène. Elle détruit le pus, favorise la granulation et n'a pas d'effets toxiques.

ERRATA.

Page 68, art. Appendicéctomie, 3e alinéa, 2e ligne, au lieu de : *vert rongeur*, veuillez lire : *ver rongeur*.

Même article, page 70 2e alinéa, 11e ligne, au lieu de : *un mésentère presqu*, *un mésentère propre*.

Même alinéa, 28e ligne, au lieu de *la présence intérieure*, veuillez lire : *la présence antérieure*.

SOCIÉTÉS DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 18 février 1897

Dr A. JOYAL, président, au fauteuil.

**Perforation de l'Os Frontal et des Meningen sans Lésions Cérébrales.
Guérison.**

Le Dr DEROME présente un malade du service de chirurgie, alcoolique, qui, dans un moment de découragement s'est tiré presque à bout pourtant un coup de revolver au milieu du front. La balle a perforé d'une manière très nette la table externe de l'os et s'est aplatie sur la table interne, produisant une fracture multiple de cette dernière avec dépression. Les bords de la plaie sont brûlés par la poudre. Le blessé, amené rapidement à l'hôpital par l'ambulance, est sans connaissance, avec un pouls très petit et des vomissements incoercibles. On procède immédiatement à l'extraction de la balle, après anesthésie locale à la cocaïne. La balle est facilement enlevée, mais il a fallu réséquer les esquilles d'os de la table interne fracturée pour les amener au dehors par l'ouverture ronde, bien limitée, de la table externe. La dure-mère est légèrement déchirée ; il se produit une légère hémorragie. La balle dans son trajet a ouvert le sinus frontal, et l'on s'aperçut plus tard, en faisant souffler le malade dans son nez, que l'air sortait par la plaie. Après l'opération, les vomissements ont cessé. Le cerveau, légèrement déprimé par la compression exercée sur lui, est resté ainsi plusieurs jours. Mais la convalescence s'est faite sans que le malade ait présenté des symptômes cérébraux ou psychiques.

Hypertrophie du Cœur et Lésions Valvulaires chez Deux Jeunes Enfants.

Les Drs BENOIT et LAMARCHE présentent à la société deux malades du service du Dr Rottot. Ce sont deux jeunes garçons, âgés tous deux de 14 ans, et tous deux souffrant d'hypertrophie du cœur avec lésions valvulaires. L'un, Moïse P., a un rétrécissement de l'aorte avec insuffisance mitrale prononcée, l'autre, Louis H. porte une insuffisance mitrale simple ; chez tous les deux l'auscultation et l'histoire clinique sont caractéristiques.

Moïse P. a souffert de rhumatisme articulaire aigu il y a trois ans, et l'année dernière à pareille époque. A part cela, sa santé a été satisfaisante. Les renseignements du côté de la famille sont peu précis. Au mois de juillet dernier, l'enfant s'est placé chez un marchand, à la campagne, où il est resté jusqu'au mois de novembre ; il lui est arrivé, à plusieurs reprises, de faire un ouvrage bien au dessus de ses forces. Au mois de novembre, il a été pris tout à coup de palpitations, de douleur précordiale, de vertiges, de dyspnée, et s'est vu forcé de quitter sa place. Il s'est retiré chez son frère pendant quelque temps, puis, ayant

eu une hémoptisie, il a consulté un médecin qui lui a conseillé de venir à l'Hôpital, où il est entré le 14 janvier.

Le petit malade a le teint très pâle, mais rien dans son apparence n'indique un trouble profond de la nutrition. L'examen nous révèle tout d'abord une poitrine asymétrique, avec affaissement à droite et proéminence à gauche. On voit battre la pointe du cœur dans le 6e espace intercostal, en dehors du mamelon. La paume de la main, placée à cet endroit, perçoit un frémissement cardiaque. La matité précordiale est augmentée de volume. Le pouls est irrégulier, mais point bondissant.

A l'auscultation, on entend à la pointe, un souffle systolique de moyenne intensité qui se propage vers l'aisselle. Dans le deuxième espace intercostal, à droite, du sternum (côté droit du malade), on entend un souffle systolique marqué qui se propage le long des carotides. Tous les bruits du second temps sont plus doux. Le cœur se contracte avec force et est irrégulier. Le poumon, surtout du côté gauche, est congestionné.

On pose comme diagnostic ; rétrécissement aortique sans insuffisance aortique, ce qui est assez rare, mais accompagné d'une légère insuffisance mitrale, hypertrophie du cœur consécutive.

Louis H. est entré le 15 février pour un simple rhume dont il veut se faire guérir. Il est sujet à avoir le rhume, mais autrement il se dit satisfait de sa santé. Son aspect, cependant, indique une nutrition mauvaise. Ses parents lui ont dit que tout jeune, il avait eu le rhumatisme inflammatoire. Il affirme monter un escalier sans fatigue ; cependant, l'ascension d'une côte l'oblige à s'arrêter, par essoufflement.

En faisant l'examen au point de vue des poumons, on constate que la matité du cœur est augmentée, que la pointe bat à deux travers de doigts en bas et en dehors du mamelon. Le stéthoscope, appliqué à la pointe, révèle un souffle râpeux, en jet de vapeur, systolique qui se propage à l'aisselle et qu'on entend dans le dos. Le pouls est irrégulier et faible. Rien aux autres valvules. La poitrine est asymétrique, mais plutôt par défaut de nutrition.

Le diagnostic posé est : insuffisance mitrale avec hypertrophie.

Le tracé du pouls chez ces deux malades, pris avec le sphygmographe de Dudgeon, est caractéristique et confirme les données du stéthoscope. Chez Moïse P., la ligne de systole est assez longue, mais courbe, peu ferme : le sang, passant dans un orifice rétréci, et peu soutenu par la valvule mitrale qui cède, n'emplît pas pleinement l'aorte, ne la dilate pas avec ampleur. Par contre, à la diastole, la chute du tracé n'est pas brusque, ce qui indique que la colonne sanguine ne revient pas en arrière, que les valvules sigmoïdes sont suffisantes. Chez Louis H., la colonne sanguine, durant la systole, est si peu soutenue par la valvule mitrale insuffisante, le sang reflue tellement dans l'oreillette, que le tracé sphygmographique sépare à peine les systoles des diastoles, et les enregistre toutes deux par des lignes tremblées fort caractéristiques.

Les symptômes éprouvés par les deux petits malades sont bien en rapport avec le siège de la lésion valvulaire. Chez Moïse P., sous l'influence de la digitale et surtout du repos, l'irrégularité du cœur est disparue. Mais le malade conserve

sa palour habituelle, et la moindre fatigue, le fait seul de courir autour d'une table suffisent pour ramener la dyspnée, les palpitations, le vertige, et le forcent à prendre le lit pour un jour ou deux. C'est un cœur aortique qui se cabre à la moindre alerte. Louis H., par contre, ne sent jamais son cœur, ne se doute même pas qu'il est malade. Cependant la circulation chez lui se fait mal : les joues sont tachées de rouge, les lèvres légèrement cyanosées ; les poumons se congestionnent pour la moindre cause. Il n'a pas de palpitations, pas de douleurs cardiaques : son cœur, sous la pression sanguine, se laisse dilater tranquillement. C'est un cœur prédisposé à l'asystolie.

Le pronostic, d'ailleurs, est tout à fait défavorable dans les deux cas. Tout muscle qui a un surplus d'ouvrage à faire s'hypertrophie pour l'accomplir, mais à une condition : c'est que sa nutrition soit parfaite. Or, comme ces deux enfants sont à la période de croissance, le cœur devra non seulement maintenir sa nutrition augmentée, mais encore accomplir une tâche de plus en plus grande. Il est fort douteux qu'il y réussisse, et que la compensation se maintienne longtemps.

Le Dr BRENNAN attire l'attention des membres de la Société sur le fait que l'intoxication par le tabac peut produire dans le cœur des bruits de souffle qui ne dépendent pas d'une lésion organique, mais sont dûs soit à l'altération du sang, soit à un changement dans la tonicité du muscle. Ces bruits sont plus doux que les bruits pathologiques valvulaires ; ils cessent si l'on supprime l'usage du tabac. Le cœur est en même temps irrégulier, et il y a angine de poitrine.

Le Dr CORMIER rapporte à ce propos le cas d'un malade refusé par plusieurs compagnies d'assurance sur la vie pour cause de maladies de cœur, alors qu'il s'agissait simplement d'un *tobacco heart*. Ce malade, réexaminé quelques années plus tard, ne présentait plus aucun souffle ; il fut admis après quelques hésitations.

Le Dr HÉBERT fait remarquer que la douleur de l'angine de poitrine due à l'intoxication par la nicotine siège à la pointe, tandis que l'angine de poitrine vraie siège à la base.

Kyste du para-ovarium adhérent à la trompe.

Le Dr BRENNAN présente un kyste enlevé le matin même chez une malade du service de gynécologie. Ce kyste, passablement volumineux, est sillonné sur toute sa longueur par la trompe, absolument adhérente, et dont le pavillon est étalé sur l'extrémité libre de la tumeur ; le point d'origine du kyste fait corps avec le tissu du para-ovarium, et tout le reste de la surface est extrêmement libre. La tension du liquide est assez forte ; mais, chose à noter, le kyste était si bien enclavé entre l'utérus et la paroi du bassin qu'il donnait au toucher la sensation d'un corps dur, ce qui, joint à l'immobilité, avait fait penser à un fibrome intra-ligamenteux. Ce n'est qu'en faisant une laparotomie exploratrice que l'on put se rendre compte de la véritable nature de la tumeur, qu'on enleva immédiatement sans grande difficulté.

Influence de la blennorrhagie sur les suites de couches.

Le Dr BRENNAN a été frappé de la fréquence de la stérilité chez les jeunes femmes mariées, stérilité qui se manifeste souvent après le premier accouchement, et dont la cause la plus fréquente et presque unique doit être recherchée dans l'existence d'une blennorrhagie, le plus souvent à l'état chronique (goutte militaire), chez le mari. C'est une cause qu'il est bon de ne pas méconnaître, quand on rencontre en pratique un cas de stérilité. Convaincu de la fréquence très grande de l'infection blennorrhagique chez les femmes mariées, et des résultats graves qui en résultent, désirant d'autre part poursuivre plus avant l'étude de cette question, le Dr Brennan prie les membres de la Société de vouloir bien lui fournir tous les renseignements qu'ils possèdent sur l'exactitude des faits suivants, et toutes les observations qu'ils pourraient recueillir à ce sujet.

La blennorrhagie est une cause fréquente de complications puerpérales.

L'infection se montre du cinquième au vingtième jour.

La période d'invasion est caractérisée par un frisson souvent unique.

L'envahissement du tissu lymphatique se fait sous forme de dépôts diffus ; il siège surtout aux alentours du col et dans le tissu cellulaire pelvien. C'est une lésion surtout locale, qui s'accompagne plus souvent de métrite et de pelvi-cellulite que de pelvi-péritonite. La sensibilité utérine est assez prononcée.

Dans les cas d'infection blennorrhagique post-puerpérale, les lochies ne cessent pas ou très peu, *mais elles n'ont pas l'odeur* de l'infection puerpérale ordinaire streptococcique. Si l'on pratique le curettage, on ne ramène aucun débris de tissus organiques en voie de désorganisation.

Il serait bon de rechercher s'il peut y avoir un rapport entre la douleur et l'œdème du membre inférieur.

À cause de la localisation de l'infection dans les voies lymphatiques profondes, l'ophtalmie purulente paraît plus rare.

La stérilité étant fréquente après un premier accouchement, il est important dès le début de la grossesse de rechercher l'existence d'une contagion possible. Par exemple, la goutte militaire chez le mari.

Il arrive que l'infection blennorrhagique s'accompagne de rétention des membranes. Dans ces cas, les symptômes diffèrent, et il n'y a pas d'odeur.

Les relevailles sont lentes ; les douleurs persistent longtemps, la marche étant sous-aiguë, même chronique.

Des précautions antiseptiques sont nécessaires pour prévenir ces complications après l'accouchement. Il faut surveiller surtout le col de l'utérus. Faire dans la cavité utérine des injections de bichlorure de mercure non acide ; tamponner à la gaze. Pas de curettage.

Le Dr JOYAL rappelle que c'est le Dr Laplace, de la Nouvelle-Orléans, maintenant professeur à Philadelphie, qui a le premier attiré l'attention sur la nécessité d'acidifier les injections de bichlorures afin de les empêcher de coaguler l'albumine, cette coagulation amoindrissant leur action pénétrante.

Le Dr BRENNAN dit qu'il y a cinquante ans, un médecin vétérinaire du sud de l'Angleterre conseillait cette pratique.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

L'ALIMENTATION DES MALADES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

A CLINICAL LECTURE BEING A PLEA FOR A LESS RESTRICTED DIET IN TYPHOID FEVER, By A. G. BARRS.—*British Medical Journal*, jan. 16, 1897.

REMARKS ON THE EARLY FEEDING OF TYPHOID PATIENTS, by SAMUEL WEST.—*British Medical Journal*, jan. 30, 1897.

Le Dr Barrs, professeur de matière médicale à l'université de Yorkshire et médecin de l'hôpital de Leeds s'est dernièrement prononcé dans l'une de ses cliniques en faveur de l'alimentation des malades souffrant de fièvre typhoïde. Il est d'avis que lorsque le malade n'est pas trop déprimé et manifeste une faim réelle, il faut le laisser manger ce qui lui plaît et ce qu'il a coutume de bien digérer. C'est ce qu'il a fait dans 31 cas de fièvre typhoïde soignés dans son service depuis trois ans, et les malades se sont bien trouvés du régime.

L'auteur cite le cas d'une dame atteinte de fièvre typhoïde depuis huit semaines. La température, rémittente, s'élevait le soir à 100° ou 101°, baissait le matin à 99°. La faiblesse et l'amaigrissement étaient considérables. Soumise à une diète sévère depuis le début de sa maladie, la malade ne demandait qu'à manger. Appelé en consultation, le Dr Barrs prescrit des œufs, des côtelettes, du pain, du beurre. Quatre jours après, la température est devenue normale et la malade mange avec sa famille.

Un jeune homme, entré dans le service avec une fièvre typhoïde grave, au 11e jour de sa maladie, est nourri avec de la viande hachée, malgré la fièvre forte et les symptômes nerveux. La maladie suit une marche naturelle et la température devient normale le 23e jour.

Des trois raisons données par les médecins pour faire observer une diète liquide rigoureuse : 1° inappétence ; 2° état fébrile ; 3° danger des complications, le Dr Barrs n'admet que la première. Si le malade a la bouche sèche, fuligineuse, s'il a du délire et des vomissements, il ne faut pas songer à utiliser son estomac. Mais un malade dont l'état général est satisfaisant, dont les fonctions physiologiques se font bien, qui a faim, qui désire manger, doit manger, car son estomac est en état d'accomplir sa tâche. Il s'agit tout d'abord, et c'est important, de bien discerner les cas. Dès que l'on est sûr qu'un malade peut digérer, et l'un des meilleurs symptômes est la faim, on doit le laisser manger, quelle que soit la température, sans s'occuper des lésions intestinales.

La période aiguë de la maladie, la fièvre n'est pas une contre-indication, dit le Dr Barrs, à l'alimentation. De même qu'il y a une température normale, un pouls normal, un poids normal, une fréquence de défécation normale, dans l'état de santé, de même aussi y a-t-il un appétit normal et une digestion normale. C'est le devoir du médecin de veiller à ce que, dans l'état de maladie, ni les uns ni les autres ne s'écartent trop de la normale, l'appétit et la digestion pas plus que le reste. Ce sont les besoins du malade qui doivent nous guider, et non pas nos idées préconçues sur les exigences de la maladie. Le patient, comme

l'a dit Sir William Roberts à propos d'autres maladies, doit manger ce qu'il aime et ce qui lui va.

Le Dr Barrs ne croit pas que les aliments solides puissent augmenter la diarrhée. Celle-ci survient même avec une diète sévère, et elle dépend non de l'alimentation, mais des lésions intestinales spécifiques. Les aliments solides ne peuvent pas non plus, suivant l'auteur, lorsqu'ils sont bien digérés, augmenter le tympanisme et les contractions péristaltiques plus que peut le faire la diète lactée. Quelle que soit la nature de l'aliment que l'on met dans l'estomac, si cet aliment est digestible, et si l'estomac digère, il atteindra le siège de la lésion typhoïde dans un état égal de fluidité, que ce soit du lait, du bœuf, des bananes, ou n'importe quoi. Si l'estomac ne digère pas, le patient n'aura pas d'appétit, et alors l'on ne doit pas lui donner d'aliments solides. Quant aux ulcérations intestinales, elles sont ordinairement légères; quand elles s'étendent jusqu'à la couche péritonéale, leur terminaison naturelle est la perforation. L'alimentation du malade n'a rien à y voir.

L'auteur nie absolument la possibilité d'une rechute provoquée par les aliments solides. Du moment que l'on admet l'origine microbienne de la maladie, le pain, le beurre ou la viande n'y peuvent rien, pas plus que le lait.

Répondant à la clinique du Dr Barrs que nous venons d'analyser, le Dr West, médecin de l'hôpital St-Barthélemi, de Londres, s'est fait le défenseur de la pratique courante qui consiste, dans la fièvre typhoïde, à prescrire une diète liquide invariable jusqu'à dix jours après la disparition de la fièvre. C'est un fait reconnu par la grande majorité des praticiens, dit le Dr West, que le changement de diète, durant la fièvre typhoïde ou dans les premiers jours de la convalescence, fait courir au malade les plus grands dangers de rechute. Les explications qu'on peut en donner sont insuffisantes, mais le fait est indéniable.

De toutes les diètes liquides, c'est la diète lactée qui nourrit davantage et est le mieux supportée par la majorité des patients. On peut vivre des mois au régime lacté, et travailler avec cela. L'amaigrissement, l'anémie, la débilité, dans la fièvre typhoïde, sont dus à la fièvre, non pas à la diète. On voit la même chose dans la tuberculose, où cependant l'appétit est souvent conservé! Quand la faim se fait sentir chez un malade soumis à une diète liquide, on n'a qu'à augmenter la quantité du liquide; mais on ne doit pas conclure que le malade est affamé. Les désirs des patients ne sont jamais un guide sûr.

Donc, le fait à discuter, c'est la réalité du danger d'un changement trop brusque dans le régime. Dans les questions de ce genre, l'expérience basée sur l'observation vaut mieux que les statistiques. Or, l'expérience de la généralité des médecins, qui sont appelés à se prononcer dans tous les cas de fièvre typhoïde sur la diète à suivre, est que cette diète, liquide, ne doit pas varier jusqu'à huit ou dix jours après la disparition de la fièvre, parce qu'autrement on s'expose à une rechute. C'est une opinion dont il est bon de tenir compte, parce qu'elle est générale.

L'auteur, pour sa part, a constaté le fait maintes et maintes fois. Il a vu des rechutes survenir non seulement parce qu'on avait donné trop tôt des aliments solides, mais encore parce qu'on avait changé d'aliments liquides. Il a vu des malades, après avoir sucé du jus d'oranges, avoir une recrudescence de leur fièvre, tout comme d'autres en ont eue après avoir avalé un morceau de pudding.

Il est difficile de donner une explication exacte de ce fait tant que nous ne saurons pas exactement pourquoi une fièvre s'arrête spontanément. On croit, aujourd'hui, que ce résultat est dû à des modifications physiques ou chimiques des cellules du corps humain, modifications très subtiles qui empêchent les germes de se développer, ou neutralisent leurs toxines. Si la chute de la fièvre dépend de la production d'antitoxines, dont la composition chimique est compliquée, il est fort possible que de légers changements chimiques puissent les modifier, les neutraliser, ou arrêter leur production, ce qui permettrait aux

toxines de faire sentir de nouveau leur action. L'auteur cite à ce propos l'influence rapide des aliments sur la production de l'urée ou du sucré. Le rhumatisme, qui est probablement une maladie infectieuse, récidive souvent sous l'effet des changements de diète.

Si ces théories sont exactes, on comprend que dans la fièvre typhoïde les changements brusques de diète paraissent avoir un effet analogue. Suivant le Dr West, c'est un fait d'une grande importance, et qui doit dominer tout le traitement. Il faut d'abord trouver une diète qui aille au patient, qu'elle soit ou non lactée. Une fois la diète fixée, il est de la plus grande importance de ne pas changer sans raison grave. Il n'y a aucun inconvénient à continuer la diète dix jours après la cessation de la fièvre, si l'on a eu soin d'augmenter la quantité de liquide. On évitera ainsi le danger d'une rechute.

Le Dr West ne voit aucune utilité à discuter l'opportunité de la diète liquide dans la fièvre typhoïde, opportunité admise par la profession en général.

Le principe actif de la glande thyroïde.

ON THE ACTIVE CONSTITUENT OF THE THYROID GLAND, by ROBERT HUTCHINSON. — *British Medical Journal* jan. 23, 1897.

Le Dr Hutchinson, ancien assistant professeur de physiologie à l'université d'Edimbourg, publie sur ce sujet un fort intéressant article, dans lequel il affirme de nouveau que le principe actif, au point de vue thérapeutique, de la glande thyroïde, c'est la matière colloïde.

Cette matière colloïde, qu'il faut séparer de l'albumine et des extraits azotés, contient du phosphore et une quantité considérable d'iode. Soumise dans l'estomac à la digestion, elle dégage des albuminoses et des peptones qui ferment une quantité légère d'iode, tandis que la plus grande partie de l'iode et le phosphore sont précipités.

Après avoir décrit les procédés de l'extraction des différents composés, l'auteur se demande quelle est l'action thérapeutique de la glande. Il en donne la définition suivante : "l'action spécifique de la glande thyroïde consiste à stimuler les échanges nutritifs généraux de l'organisme, à augmenter les oxidations du corps humain. Cette action se manifeste cliniquement par une diminution progressive du poids, une élévation de la température et du pouls, une augmentation des déchets d'azote et d'acide carbonique." L'auteur a bien soin d'ajouter que certains phénomènes subjectifs, mal de tête, douleurs dans les membres, sont entièrement dus à une sorte d'intoxication, au thyroïdisme, que l'on doit attribuer à des doses trop fortes. Il est bon aussi de se rappeler que la réaction des malades sous l'effet de la glande est tout à fait individuelle, les uns demandent de faibles doses, les autres des doses fortes. Dans le myxœdème, cependant, l'action se fait généralement bien sentir.

L'auteur a prescrit les divers extraits de glande thyroïde à des personnes saines et à des myxœdémateux, avec des résultats divers qu'il rapporte dans son article.

L'extrait de glande thyroïde, sans matière colloïde, donné à dose équivalant par jour à 30 grammes (1 once) de glande fraîche (approximativement cinq glandes thyroïdes de mouton), n'a produit aucun symptôme appréciable sur la température, le pouls ou le système nerveux. Les malades qui maigrissaient avec des glandes fraîches ont gagné du poids avec l'extrait. Les cas de myxœdème sont demeurés dans le *statu quo*. L'auteur en a conclu que le principe actif de la glande n'est pas dans les extraits qu'il en a retirés.

Par contre, la matière colloïde pure, extraite de la glande, et donnée à la dose de 1½ grain, équivalant à quatre drachmes de glande fraîche, ou à deux tablettes ordinaires de thyroïde, a donné à l'auteur de très bons résultats. Voici, très résumée, l'observation de l'un de ses cas. Femme âgée de 55 ans, épuisée

par de nombreuses grossesses, malade depuis quinze ans. Etat, le 12 juin : hétérotude, gonflement sous-cutané, plaques de calvitie, peau sèche et froide, parler lent caractéristique ; tous les organes sont sains ; poids, 120 livres, pouls 60, température au dessous de la normale. Traitement ; la malade prend d'abord $\frac{2}{3}$ grain de matière colloïde pure par jour, puis 2 fois par jour, puis 3 fois, puis 4 fois à partir du 1er juillet. Le 28 juillet, elle prend $1\frac{1}{2}$ gr. par jour. Les symptômes s'amendent de jours en jours. Le 15 novembre la malade pèse 92 $\frac{1}{2}$ livres, les cheveux repoussent, la peau est souple et moite, la température normale, le pouls à 80. La physionomie et le parler sont devenus normaux.

L'auteur voulant s'assurer quel était le principe actif de la matière colloïde en a extrait les albuminoses, qui se sont montrées actives, mais à doses beaucoup plus fortes. Ceci a confirmé les conclusions du Dr Hutchinson : c'est la matière colloïde pure de la glande thyroïde qui possède une action thérapeutique efficace, et c'est elle qu'il faut donner sous forme de poudre, aux myxœdémateux.

La valeur des recherches pathologiques en médecine.

AN ADDRESS ON THE VALUE OF PATHOLOGICAL RESEARCH, by Lord Lister.—*British Medical Journal*, feb. 6, 1897.

Le 20 janvier dernier, le Queen's College de Belfast a inauguré de nouveaux laboratoires de physiologie et de pathologie. Lord Lister, créé pair d'Angleterre au 1er de janvier par la Reine, avait été chargé de prononcer le discours d'ouverture. Il a profité de l'occasion pour signaler à son auditoire les services nombreux et importants que la bactériologie et l'examen microscopique des tissus peuvent rendre aux médecins dans la pratique courante. Il a en même temps fait ressortir le rôle utile des laboratoires dans les grands centres de population.

La pathologie a fait de nos jours des progrès immenses, a dit Lord Lister ; en même temps, les méthodes d'examen et de recherches sont devenues de plus en plus compliquées. Faire des coupes, colorer, examiner au microscope ; voilà des questions de première importance. Mais il faut y mettre de l'habileté ; il faut aussi des appareils spéciaux. Il arrive donc plus d'une fois que le praticien est très heureux d'avoir à sa disposition, un établissement central où il puisse envoyer les pièces de tissus morbides qu'il a recueillies, et en recevoir des renseignements sur la nature de la maladie qu'il doit traiter.

Le laboratoire de bactériologie, de son côté, facilite de beaucoup les diagnostics. Lord Lister cite à ce propos l'examen des membranes dans un mal de gorge, examen qui nous dit de suite si nous avons affaire à une véritable diphtérie ou à une maladie bénigne, si nous devons agir énergiquement, ou compter simplement sur un traitement banal.

Lord Lister a au-si beaucoup insisté dans son discours sur la nécessité des laboratoires quand on veut donner une instruction pratique aux étudiants. C'est là qu'ils apprendront à connaître les diverses variétés de tumeurs pathologiques et les maladies de nature microbienne. Ils acquerront ainsi des connaissances pratiques et feront un travail utile, plus utile que celui qui consiste simplement à étudier pour passer les examens de plus en plus compliqués qu'on leur fait subir. De plus, et c'est un grand point, dit Lord Lister, ils se convaincront de la réalité de ces ennemis microscopiques avec lesquels il faut aujourd'hui tant compter, les microbes, causes d'un si grand nombre de maladies. Au lieu de simplement lire que les microbes existent, pour l'oublier ensuite dans leur pratique, ils les connaîtront intimement, constateront non seulement leur existence, mais aussi leurs œuvres, et acquerront en même temps la précision dans l'observation et la dextérité dans les manipulations, deux qualités importantes pour le médecin praticien.

Dans un autre passage de son discours, Lord Lister, parlant de l'utilité

d'un laboratoire fournissant du sérum, insiste sur la nécessité d'agir vite dans les cas qui nécessitent ce genre de traitement. Il se félicite de ce que les médecins de Belfast ne seront plus obligés de recourir à Londres, ce qui a pu parfois leur faire perdre un temps précieux.

Lord Lister a aussi parlé des belles expériences du Dr Yersin qui, après avoir découvert le microbe de la peste en 1894, a réussi ensuite à lui faire donner un sérum immunisateur qui a déjà guéri un certain nombre de cas, et que le gouvernement est en train de mettre sérieusement à l'épreuve à Bombay, sous la direction du Dr Yersin lui-même.

Lord Lister a fait aussi un éloge très ému et très délicat de Pasteur.

La formaline et ses applications

FORMALDEHYDE AND ITS APPLICATIONS, by A. D. BLACKADER.
—*Montreal Medical Journal*, feb. 1897.

Le Dr Blackader, professeur de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université McGill, publie dans le numéro de février du *Montreal Medical Journal* une revue d'ensemble sur le nouveau désinfectant, la formaldéhyde, que nous croyons utile d'analyser ici. Le formaldéhyde ou formaline, dit l'auteur, a été étudiée d'une manière suivie dans les laboratoires d'Europe, durant ces derniers douze mois; son action chimique, son pouvoir remarquable de pénétrer les tissus vivants sans rien perdre de son efficacité, la possibilité de sa formation sous l'influence des rayons du soleil, ce qui lui fait jouer un rôle important dans la physiologie végétale, tout contribue à rendre ce médicament intéressant à l'homme de science.

La formaldéhyde $C H^2 O$ est produite quand, au moyen d'une lampe construite à cet effet, on fait passer des vapeurs d'alcool méthylique sur un capuchon de platine incandescent. La formule suivante représente la réaction qui a lieu : $C H^1 O + O = C H^2 O + H^2 O$. La formaldéhyde se dégage sous forme de gaz incolore dont l'odeur est extrêmement irritante. A une basse température, il se précipite sous forme de poudre blanche.

La *formaline* (ou formol) est une solution approximative de formaldéhyde dans l'eau dont la force est d'environ 40 pour cent.

La formaline a une action bactéricide presque égale à celle du sublimé corrosif, et beaucoup moins toxique. Une partie dans 20,000 suffit à ralentir la fermentation ammoniacale de l'urine, et une partie dans 4,000 l'arrête complètement. Le Dr Wyatt Johnson, (1) en donne l'appréciation suivante : "Après avoir employé pendant un an la formaline, je puis sans hésitation déclarer que cette substance a une action germicide prompt et sûre, lorsqu'elle est titrée de $\frac{1}{2}$ à 1 pour cent et plus. Son pouvoir destructeur sur les spores est relativement considérable; et, ce qui est un grand avantage, il n'est amoindri en aucune façon par le contact avec les matières albuminoïdes. On peut à peine en dire autant des autres désinfectants chimiques. Les solutions fortes de formaline (2 à 4 p. c.) pénètrent les tissus et désinfectent des masses de chair, comme ne peuvent le faire même les acides minéraux les plus concentrés. Son action est excessivement rapide et permanente; outre qu'elle est un puissant germicide, c'est un excellent déodorisant. Elle n'altère pas, ou du moins très peu, les tissus, les instruments, etc., même après un contact prolongé; les vapeurs qu'elle dégage ne blanchissent ni ne tachent les vêtements.

Sous forme de vapeur, la formaline a également des propriétés germicides remarquables. Elle détruit, après un contact de 2 à 4 heures seulement, les spores de l'anthrax, de même que les germes contenus dans la poussière, tandis

(1) Deuxième rapport annuel du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec. Montreal, 1897.

qu'avec une solution de 3 p. c. d'acide carbolique, la destruction des spores de l'anthrax n'a lieu qu'après 24 heures. On peut facilement contrôler et arrêter les effets de la formaline avec de l'ammoniaque, qui, à son contact, se transforme en formate d'ammoniaque, composé inoffensif."

La formaline, comme désinfectant, occupe une position de premier ordre. La possibilité de l'employer en vapeur donne à son action beaucoup plus d'efficacité. Elle permet de désinfecter convenablement de grandes chambres, à cause de sa pénétration, pourvu que le gaz y soit bien sec et non chargé de vapeur d'eau (Kinyoun). La vapeur de formaline, dans la proportion de 2½ p. c., détruit en un quart d'heure toute trace de vie organique. Quand on la laisse s'évaporer au contact de la laine, de la gaze, etc., elle se condense sur les tissus sous forme solide (para-formaline) et les désinfecte ; évaporée de nouveau, la para-formaline se dissout en vapeur de formaline et conserve son action antiseptique (Alexander). Les objets peints ou vernis, qu'on ne peut ni chauffer, ni laver avec des solutions, sont parfaitement désinfectés sans altération par la formaline (Wyatt Johnson). Quand on ajoute à la solution de formaline du chlorure de chaux, le gaz se dégage plus rapidement à l'état plus sec, et son action est augmentée (Roux, Trillat, Kinyoun). Dans un espace clos, la formaline désinfecte complètement les livres quand on l'emploie dans la proportion de 1 c.c. pour 300 c.c. d'air (Horton). La formaldéhyde, comme désinfectant, est certainement de beaucoup supérieure à l'acide sulfureux.

De Buck et Vanderlinden ont employé avec succès la formaline en solution à ½ p. c. pour laver les mains et les instruments, nettoyer le champ opératoire et rendre antiseptiques les plaies, cavités et sinus infectés.

Dans le domaine thérapeutique, Alexander a employé avec grand succès la formaline pure en application sur le *chancreide* et le *chancre* : une seule application a amené une guérison rapide. Dans dix cas de *blennorrhagie*, il s'est servi d'une solution à ½ p. c., en injection trois fois par jour, avec des résultats satisfaisants. Le traitement ne cause pas la douleur et l'irritation que provoquent les solutions de sublimé ou autres.

Dé Smet affirme avoir obtenu de bons résultats par l'emploi de la formaldéhyde dans la *blennorrhagie chez la femme*. Il en a guéri 60 cas, dont quelques-uns très tenaces. On lave la vulve avec une solution à 1 pour 1000, et l'on donne des douches vaginales, à l'aide d'un spéculum, avec des solutions, variant de 2 pour 1000 à 5 pour 1000. Lorsque la cavité utérine et le canal cervical sont atteints, on injecte une certaine quantité des mêmes solutions. Quand il y a laceration du col, on laisse pendant deux à trois heures dans le vagin des tampons trempés dans une solution à 1 pour 1000 de formaldéhyde. Dans les cas d'endométrite fongueuse, il faut d'abord employer la curette. Ces applications ne produisent aucune douleur : on peut les renouveler tous les jours, ou tous les deux jours.

Dans les cas de *tuberculose du larynx*, après avoir anesthésié l'organe à la cocaïne, Salis-Cohen applique une solution de formaline à 1 ou 10 pour 100. Il est porté à croire ce traitement plus efficace qu'aucun autre.

Symptômes peu fréquents de l'empoisonnement chronique par le plomb.

A CLINICAL LECTURE ON A CASE OF CHRONIC LEAD POISONING, by James Stewart.—*Montreal Medical Journal*, feb. 1897.

Le Dr James Stewart, chargé du service de médecine de l'hôpital Victoria, a présenté le 27 janvier dernier, dans une de ses cliniques, un cas fort intéressant d'empoisonnement chronique par le plomb. Il s'agit d'une fille de 27 ans, employée dans une filature de soie, et malade depuis quatre ans et demi. Le liséré bleu des gencives, et le fait d'être exposée depuis longtemps à l'intoxication par le plomb ne laissent guère de doute sur la nature de la maladie, qui s'accompagne à part cela de manifestations peu habituelles ; crises gastriques, arthrites

multiples, atrophie musculaire et ataxie. La malade n'a pas souffert de coliques intestinales ; les extenseurs du poignet, quoique rendus faibles par l'atrophie, ne sont pas paralysés.

Les mains de la malade ont absolument l'apparence de celles qu'on rencontre dans l'atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne). Cependant, cette atrophie n'est pas progressive, puisqu'elle n'a fait aucun progrès depuis longtemps ; si elle l'eût été, la malade serait morte aujourd'hui. C'est un fait bien connu que le plomb cause l'atrophie des muscles, dit le Dr Stewart, mais il est rare de rencontrer des cas d'atrophie pure sans paralysie. L'impotence des mains, dans ce cas-ci, n'est pas due à la paralysie, mais à la perte de fibres musculaires. C'est l'opinion commune que le plomb provoque la paralysie principalement, sinon entièrement, par névrite périphérique. C'est certainement la meilleure explication à donner de la chute du poignet. Depuis quelque temps on commence à s'apercevoir que le plomb a souvent plus d'influence dans ses manifestations sur le système nerveux. Sans tenir compte des symptômes cérébraux saturnins assez fréquents, nous rencontrons aussi des preuves évidentes de son action sur la moëlle épinière. Le cas actuel semble en être un exemple. L'atrophie musculaire est probablement due à une dégénérescence progressive des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, le plomb choisissant les fibres qui suppléent les fonctions des nerfs moteurs. Il y a aussi atrophie du groupe tibial antérieur des muscles, ce qui est une manifestation très rare dans l'empoisonnement par le plomb, quoiqu'on la rencontre souvent dans l'intoxication par l'arsenic et l'alcool.

Un autre symptôme peu habituel de l'intoxication saturnine, c'est l'ataxie. Dans le cas du Dr Stewart, l'ataxie des mouvements siège surtout dans les muscles du tronc et de la cuisse. Ceci pourrait peut-être s'expliquer par l'enlaidissement des fibres afférentes venant des muscles qui arçourent les piliers postéro-internes de la moëlle épinière. La dégénérescence doit être localisée dans la moëlle elle-même, et non dans les fibres afférentes périphériques ; autrement il y aurait absence du réflexe du genou.

Pourquoi, dit le Dr Stewart, le plomb va-t-il atteindre, dans la grande majorité des cas, l'extrémité périphérique des nerfs musculo-spinaux ? Pourquoi y a-t-il des exceptions à cette règle ? Nous n'en savons rien. Mais les exceptions sont assez fréquentes pour offrir un grand intérêt. A part celles dont nous venons de constater l'existence, le plomb peut quelquefois causer des paralysies du muscle oculaire, du muscle laryngé : il doit exister une cause déterminant ces exceptions à la règle générale. Ce doit être un facteur quelconque qui diminue la résistance aux combinaisons chimiques pouvant s'établir entre les principes constituants du poison et ceux du nerf.

Le cas du Dr Stewart présente d'autres exemples des effets du plomb. Il offre une histoire bien précise de douleurs et d'enflure dans diverses jointures. Il est difficile de dire si ces attaques répétées d'arthrite étaient simples ou uratiques. Il n'y a aucune autre évidence de symptômes de goutte ; plusieurs jointures des phalanges sont hypertrophiées, mais la chose est aussi fréquente dans l'arthrite simple que dans l'arthrite goutteuse. La relation entre la goutte et l'intoxication saturnine est frappante chez les malades qui ont une tendance héréditaire à la première de ces maladies, surtout s'ils font usage d'alcool sous forme de bière. Chez les buveurs de bière souffrant d'intoxication saturnine, l'arthrite et les autres symptômes de la goutte sont communs. Le plomb a évidemment chez eux une influence marquée sur l'apparition de l'uricémie.

A propos du traitement, le Dr Stewart ajoute : " Le plomb, comme tous les métaux pesants, peut demeurer plusieurs années fixé dans les tissus, et dans tous les cas où les symptômes de l'intoxication ne sont pas complètement disparus il est bon de prescrire l'iode et, de temps à autre, des purgatifs, afin d'assurer l'élimination de toute parcelle de métal qui pourrait être rejetée dans le canal intestinal."

Les rayons X dans la goutte et le rhumatisme chronique.

PHOTOGRAPHIES DE LA MAIN CHEZ LES GOUTTEUX, communication du Dr POTAIN à l'Académie de Médecine.—*Mouv. Théor. et Méd.*, fév. 1897

M. Potain a soumis à l'Académie, en son nom et au nom de M. Zerbanesco, une série de radiographies de la main chez les goutteux.

Les images obtenues montrent que les rayons de Röntgen peuvent servir à établir, d'une façon précise, le diagnostic différentiel entre la goutte et le rhumatisme chronique.

Chez les goutteux, en effet, les extrémités des os, au niveau des articulations, accusent invariablement, sur les figures radiographiques, des taches blanchâtres plus transparentes que le reste, lesquelles répondent indubitablement à une altération de la constitution de l'os. On peut croire que cette modification est déterminée par la substitution d'urates au phosphate de chaux. Une expérience des plus simples semble le prouver. Si dans deux boîtes en carton juxtaposées, on introduit dans la première de l'urate de soude, dans la seconde du phosphate de chaux et qu'on prenne ensuite la radiographie du tout, on constate que l'urate est huit fois et demi plus transparent que le phosphate de chaux. C'est à peu près cette relation qui existe entre les taches blanches des goutteux et les parties sombres qui les entourent.

La même méthode a permis à M. Potain de ranger définitivement parmi les affections goutteuses la maladie d'Eberden, dont la nature, on le sait, était controversée ; les taches blanches caractéristiques ne laissent aucun doute à cet égard.

CHIRURGIE

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, NOVEMBRE 1896.

(suite et fin.)

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES CONTUSIONS ET PLAIES DE L'ABDOMEN, par le Dr DEMONS, de Bordeaux. *Rev. de chir.*

La question des contusions de l'abdomen reste difficile et donne lieu à de fâcheuses hésitations. M. Demons a examiné soigneusement, depuis quelque temps, un certain nombre de faits, et, les comparant à ceux déjà connus, il est arrivé à des conclusions positives.

Il faut éliminer du problème les lésions du cœur et de la vessie, qui se traduisent ordinairement par des symptômes facilement appréciables et dont la thérapeutique est d'une détermination relativement aisée.

La question principale à résoudre, en présence d'une contusion de l'abdomen, est celle-ci : y a-t-il lésion d'un organe splanchnique ? Les commémoratifs paraissent très utiles. Plus une contusion a été violente, plus il y a de chances des lésions viscérales, mais une contusion, en apparence modérée doit être considérée comme violente si elle a été produite par un corps de dimensions restreintes, sur une surface relativement étroite : chute sur le bord d'un bateau, coup de bâton, etc.

Deux faits sont également importants : 1° La séméiologie des lésions viscé-

rales est souvent atténuée et presque fruste. 2° Après l'apparition de phénomènes inquiétants, et malgré une lésion grave, il peut survenir une accalmie trompeuse d'une durée plus ou moins longue.

Au point de vue des indications thérapeutiques, M. Demons propose la classification suivante : I, contusion légère, II, contusion douteuse (légère ou violente) ; III, contusion violente. Celle-ci peut être : *a*, sans shock ; *b*, avec shock modéré persistant ou suivi d'accalmie ou avec péritonite consécutive ; *c*, avec shock considérable persistant ou suivi d'accalmie ou avec péritonite consécutive.

La contusion légère ne demande qu'un traitement simple.

La contusion douteuse doit être traitée comme une contusion violente.

La contusion violente sans shock exige la laparatomie précoce. Si on ne trouve aucune lésion, cette laparatomie est simplement exploratrice, par conséquent simple et innocente.

La contusion violente, avec shock modéré persistant implique des lésions sérieuses et commande plus encore la laparatomie précoce. Si le shock modéré est suivi d'accalmie, il faut considérer cette accalmie comme trompeuse, ne pas la regarder comme une marche favorable et naturelle vers la guérison.

La contusion violente avec shock considérable persistant indique des lésions très graves, souvent multiples. Bien que la laparatomie constitue la seule ressource, il est prudent de la différer, si le blessé est menacé de mort imminente, si le pouls est absent et imperceptible, car le blessé ne pourrait supporter l'opération. S'il survient une accalmie au bout de cinq, dix, quinze heures, il faut vite en profiter pour agir.

La péritonite consécutive est justiciable de la laparatomie, mais cette opération est faite alors dans des conditions très fâcheuses.

DU STERCOROME INFANTILE, par le Dr DEMONS, de Bordeaux, *Rev. de chir.*—M. Demons propose le nom de *coprome* ou de *stercorome* à l'accumulation de matières fécales, constituant des tumeurs d'un diagnostic souvent difficile et affectant, en particulier chez les enfants, un aspect spécial. Il a observé un garçon de huit ans habituellement constipé, chez lequel les purgatifs n'avaient aucune action et qui présentait une volumineuse tumeur abdominale depuis près de dix-huit mois. Un médecin appelé, croyant à un néoplasme, avait porté un diagnostic très grave. Quand M. Demons le vit, l'abdomen était distendu ; la tumeur extrêmement volumineuse, remplissait tout le ventre, était dure et bosselée, mais surtout conservait l'empreinte des doigts qui cherchaient à en apprécier la consistance. Le toucher rectal conduisait sur une masse de matières fécales agglomérées, qu'on eut beaucoup de peine à fragmenter, mais dont on put immédiatement extraire environ 800 grammes. Dix jours plus tard, après cinq séances, dans lesquelles on continua l'évacuation avec les doigts, avec injections tièdes, il n'y avait plus trace de tumeur dans l'abdomen.

Ces faits ne sont pas rares et M. Demons cite un cas de M. Philippe (de Bordeaux), dans lequel on avait porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES PAR LE PROCÉDÉ DE WHITEHEAD, par le Dr DELORME, de Paris.—*Rev. de chir.*

M. Delorme considère la méthode de Whitehead comme la méthode de choix dans les cas d'hémorroïdes externes ou extéro-internes formant un bourrelet circulaire et non enflammé. Sur dix huit opérés le résultat immédiat et le résultat définitif ont toujours été satisfaisants : réunion par première intention, affrontement presque toujours exact de la muqueuse et de la peau, cicatrice linéaire le plus souvent circulaire, simple, dilatable, sphincter actif. On n'a noté ni rétention, ni incontinence durable. L'incontinence des matières qui suit immédiatement l'opération est toute temporaire, et la gêne légère de la défécation qu'entraînent quelques cicatrices disparaît également. La cure est radicale.

L'hémorrhagie immédiate est peu abondante, mais parfois gênante ; l'hémorrhagie consécutive n'est pas à craindre.

Quatre conditions sont surtout indispensables pour assurer le succès :

- 1^o Dépasser les limites de la muqueuse malade ;
- 2^o Utiliser une bonne suture ;
- 3^o Conserver avec soin les sphincters, surtout l'externe ;
- 4^o Obtenir l'inertie absolue des muscles péri-rectaux jusqu'à réunion solide.

M. Delorme constipe ses malades dix à douze jours.

HYDRONÉPHROSE PAR RÉTRÉCISSEMENT DE L'URETÈRE. GUÉRISON, par le Dr LEGUEU, de Paris.—*Rev. de chir.*

M. Legueu a pu suivre pendant cinq années une malade atteinte d'hydronéphrose et de mobilité rénale. La malade ne souffrait pas ; le rein était réduit plutôt mal que bien sous un bandage ; mais la malade refusait toute opération. L'année dernière, cependant, les crises douloureuses se produisirent, en même temps que le rein présentait une augmentation de volume manifeste. M. Legueu pensait pouvoir tenter encore la néphrorraphie, et il opéra cette malade en septembre 1895 par la voie lombaire.

Le rein était absolument détruit, son parenchyme réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier. Il était impossible de le conserver : on l'enleva, la guérison se fit rapidement, et dix-huit jours après la malade retournait dans son pays. Depuis lors la santé est restée excellente.

A l'extrémité supérieure de l'uretère, à son union avec le bassin, il y avait un rétrécissement extrêmement prononcé qu'un stylet ordinaire pouvait à peine franchir ; ce rétrécissement formé par un tissu de sclérose était unique et cessait brusquement du côté du bassin ; du côté de l'uretère, il se prolongeait en pente douce et on voyait au microscope paraître à quelques millimètres au-dessous des fibres musculaires, qui plus haut étaient complètement effacées.

Il y avait vingt ans que chez cette malade on avait constaté l'existence d'un rein mobile. M. Legueu pense qu'une inflammation légère a déterminé la formation de ce rétrécissement, là où la mobilité rénale avait produit une couture ou une valvule. A une lésion mobile et temporaire se substitua ainsi une lésion définitive.

Cette observation permet de saisir sur le vif le mécanisme, jusqu'alors admis théoriquement, de la transformation d'une hydronéphrose primitivement ouverte en hydronéphrose fermée. Elle vient plaider en faveur de la cause de l'intervention hâtive dans les reins mobiles qui sont le siège d'accidents de rétention.

SUR LA NÉPHROPEXIE, par le Dr JONNESCO, de Bucarest.—*Revue de Chirurgie.*

M. Jonnesco a pratiqué huit néphropexies, dont deux par le procédé de Guyon. Dans ces deux cas les fils ont suppuré et les résultats ont été mauvais. D'autre part, sur des chiens, M. Jonnesco a pu s'assurer que les fils à demeure créent dans l'épaisseur du rein des zones de sclérose profonde. Aussi, dans les six autres cas, a-t-il employé un procédé différent.

Après incision parallèle à la masse sacro lombaire et remontant jusqu'à la onzième côte, il résèque la capsule adipeuse du rein, passe des fils de soie à travers la masse rénale et fait traverser le périoste de la douzième côte et, s'il y a lieu, de la onzième côte, de manière à ce que le rein soit fixé sur toute sa hauteur. Ces fils de soie sont amenés à l'extérieur à travers la peau. Il ne reste plus qu'à faire des sutures superficielles. Le cinquième jour on enlève les fils superficiels et les fils profonds, et on ne laisse par conséquent aucun corps étranger dans la zone opératoire. Dans tous les cas le rein est resté parfaitement fixé.

TRAITEMENT DE LA CYSTITÉ TUBERCULEUSE, par le Dr ROUTIER, de Paris.—*Rev. de chir.*

Après avoir essayé les divers moyens préconisés contre la cystite tuberculeuse, M. Routier en est arrivé à diviser cette affection en deux périodes au point de vue du traitement.

Dans une première période, qu'il prolonge le plus longtemps possible, il s'abstient de toute intervention locale, proscrit aussi bien les instillations que les lavages et se contente d'instituer un traitement général, régime lacté partiel, huile de foie de morue créosotée, frictions révulsives sur les reins et l'abdomen, bains salés.

Quand les mictions sont trop fréquentes ou sanglantes, quand les malades sont, par les douleurs et les envies d'uriner, privés de sommeil, M. Routier pratique une cystotomie sus-pubienne: tout au plus, s'il y a trop d'ulcérations viscérales, il les touche au thermocautère.

Quand le méat hypogastrique fonctionne bien, qu'il n'y a plus de douleurs, il fait par ce méat d'abord, puis par voie urétrale, des lavages boriqués; on arrive ainsi peu à peu à reconstituer une capacité vésicale raisonnable. Quand ce résultat est bien acquis, après trois, quatre, six mois, il referme le méat hypogastrique.

Cette méthode est longue, mais n'entraîne aucune gravité; les résultats en sont très encourageants.

INFECTIONS PÉRI-URÉTRALES, LEUR TRAITEMENT, par le Dr VIGERON, de Marseille.—*Rev. de chir.*

On connaît de longue date la folliculite, qui constitue une complication fréquente des urétrites; mais on n'a pas suffisamment distingué les modalités qu'elle peut présenter alors qu'elle se manifeste à la période chronique ou aiguë des infections urétrales.

Dans le premier cas l'infection du diverticule glandulaire est atténuée comme celle de l'urètre; tout se réduit à la folliculite et à la péri-folliculite. Aussi peu de chose comme symptômes, ou tout au moins rien de bien facile à reconnaître: la persistance de l'écoulement en l'absence de complications centrales, en dépit d'un traitement bien dirigé, doit y faire songer. L'urétroscope peut, dans quelques cas, rendre le diagnostic plus précis en montrant l'issue de la sécrétion par l'orifice dilaté de la glande, ou bien de la pression de l'urètre en un point précis peut ramener au méat, sitôt après la miction, une goutte purulente. La douleur locale n'est que d'un secours très obscur. Avec la péri-folliculite on peut cependant arriver à sentir une petite tuméfaction.

Cette forme atténuée et chronique est fréquente: un traitement local persévérant doit arriver à en avoir raison, sans intervention.

Il peut en être autrement de la folliculite des urétrites aiguës. L'infection plus virulente peut dépasser les limites de la glande, détruisant ses parois, envahissant les tissus péri-urétraux, créant un véritable abcès para-urétral.

Cette complication est relativement rare. Nous en relatons six cas (nous ne parlerons pas des abcès urinaires), tous dans la région du gland. Leur marche est aiguë; c'est celle de tout abcès avec douleur lancinante, formation d'une tuméfaction qui tend à s'ouvrir, tendant à se vider par la pression en donnant issue à du pus par le méat. Abandonné, l'abcès devient fistule, qui persiste ou se ferme en partie, et peut alors donner naissance à de nouvelles collections qui, devenues fistuleuses à leur tour, et à la fin sclérosées, rendent le méat absolument cicatriciel (3 cas chez de vieux rétrécis). Avant d'aboutir à cette cicatrisation, la fistule reste longtemps perméable et infectée, ulcérant les téguments, entretenant ou amenant à nouveau l'infection de l'urètre et de la vessie, déterminant des rétrécissements, parfois des abcès urinaires: puis l'infection urinaire, sans compter les abcès à répétition (2 cas sur 6).

Dans des conditions telles, l'intervention est justifiée et elle doit être précoce,

ne serait-ce qu'en raison de la douleur. Elle est d'autant plus indiquée que l'opération est des plus bénignes et a donné d'excellents résultats, quatre des malades s'étant trouvés complètement cicatrisés en quelques jours, les deux autres n'ayant conservé qu'une petite dépression très superficielle.

L'opération est simple ; après désinfection du canal et cocamisation du foyer elle consiste :

1^o A inciser l'abcès ou toute la longueur du trajet.

2^o A curetter la poche dans les cas aigus, à réséquer complètement les parois du trajet, s'il y a fistule ancienne. Ce temps est délicat en raison de l'exiguïté du foyer. Il nécessite des instruments aussi minuscules que possible. Un point minulieux encore est d'aller jusqu'à l'urètre sans en réséquer la paroi.

3^o A réunir la plaie dans sa totalité, en ayant soin de prendre les tissus jusqu'à l'urètre exclusivement, pour en fermer l'orifice avec les tissus péri-urétraux. Serrer suffisamment pour éviter l'hémorrhagie, pas trop cependant, pour éviter que les fils ne coupent, ce qui arrive souvent. La soie à ce sujet semble préférable aux crins : la suture doit être à un étage. Même dans les cas acquis nous pensons qu'on doit tenter d'obtenir une réunion primitive. Les soins ultérieurs sont très importants : continuer à bien laver l'urètre pour le désinfecter, trouver un pansement qui tienne, ce qui n'est pas toujours facile ; au besoin le changer souvent dès que le pus urétral l'a souillé. Enlever tôt les sutures.

RÉSECTION DES CANAUX DÉFÉRENTS ET CASTRATION DANS L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, par le Dr LOUVEAU, de Bordeaux.—*Rev. de chir.*

M. Louveau communique les résultats de son observation personnelle relativement au traitement de l'hypertrophie prostatique par la double vasectomie et l'orchidectomie totale chez six malades atteints de rétention chronique complète remontant à plusieurs années.

Chez les malades opérés par la résection double et simultanée des canaux déférents, l'intervention n'a eu aucune influence appréciable sur les testicules, la prostate ni les fonctions de la vessie. Tous ont dû continuer à se sonder, et chez tous la rétention dernière a persisté complète. Deux d'entre eux, précédemment affectés de fréquentes orchites par cathétérisme, ont vu, depuis l'opération, leurs testicules demeurer indifférents à l'usage de la sonde.

Chez d'autres prostatiques jeunes, habitant la campagne, le cathétérisme était devenu difficile et incompatible avec les exigences du travail des champs. La double castration, acceptée sans hésitation, amena dans les deux cas un résultat excellent, quoique inégal, chez ces deux malades.

Le premier présentait, en même temps que sa rétention, un petit calcul vésical, et l'introduction du lithotriteur, impossible avant la castration, fut facile douze jours après. Il a vu sa rétention complète cesser au bout de seize jours, mais pour faire place à une légère rétention incomplète. Cela lui permet d'uriner aisément sans sonde et de n'employer celle-ci que deux fois par jour, pour assurer la totale évacuation du résidu vésical, qui est de 30 centimètres cubes cinq mois après la castration. La prostate a été, chez cet opéré, sensiblement améliorée dans son volume et sa consistance.

Le second malade a vu, au bout de trente-six heures, sa rétention disparaître entièrement, et depuis, il y a quatre mois et demi, la vessie se vide complètement sans sondage. Ici la prostate a été peu influencée par la castration.

Dans l'un et l'autre cas, la prothèse testiculaire a été appliquée, de façon à laisser croire aux malades qu'une opération moins radicale que la castration a pu suffire à les guérir. Le bénéfice retiré de l'orchidectomie par la fonction vésicale est, de ce fait, augmenté chez eux de la consolante illusion de croire à la persistance de leur virilité.

OPÉRATIONS PALLIATIVES CONTRE LE CANCER DE LA PROSTATE, par le Dr DESNOS, de Paris.—*Rev. de chir.*

Lorsque les phénomènes de dysurie sont intenses, les douleurs violentes et les hématuries abondantes, on pratique depuis longtemps déjà une cystostomie chez les malades atteints de cancer de la prostate. En pareil cas, cette opération est excellente ; non seulement les accidents qu'on combat s'atténuent, mais M. Desnos a toujours constaté un relèvement de l'état général et une survie très notable.

Contre les douleurs irradiées qui occupent le périnée et la racine des membres supérieurs, douleurs qui sont dues à la compression des tissus nerveux par le néoplasme, on peut également agir. Chez deux malades, après avoir pratiqué au périnée une incision prérectale, M. Desnos est arrivé sur la prostate. Dans un cas les adhérences avec les parties voisines étaient relativement lâches, et, après décollement, il a obtenu par des tractions légères un désenclavement de la glande qui lui a permis de réséquer à droite et à gauche une portion assez considérable du néoplasme. Chez le deuxième malade tout le périnée était envahi et la prostate méconnaissable. Mais, au moyen d'exécisions et de curetages, il pratiqua l'ablation d'une notable partie du néoplasme en creusant un sillon entre les limites de la prostate, le rectum et la vessie. Cette décompression des organes pelviens a produit une cessation presque immédiate de douleurs irradiées, et le soulagement a persisté jusqu'à la mort des malades, survenue quelques mois après.

DES COLLECTIONS SÉREUSES PELVIENNES, par le Dr VAUTRIN, de Nancy.—*Rev. de chir.*

Peu étudiées par S. Pozzi, dans son *Traité de gynécologie*, les collections séreuses pelviennes ont fait l'objet de mémoires de Laroyenne, de Condamin, de Bonnet. Leur histoire est intéressante à tracer ; c'est ce qui a décidé M. Vautrin à l'entreprendre, se basant sur douze observations qu'il a rencontrées dans ces dernières années.

Il distingue deux catégories de collections séreuses. La première comprend des collections séreuses développées au voisinage d'un utérus ou d'annexes malades. Elles occupent une cavité d'étendue variable, comprise au milieu d'exsudats inflammatoires. Leur marche est silencieuse et chronique. Elles ne se font remarquer par aucun symptôme saillant ou spécial.

La deuxième catégorie de collections séreuses que l'on peut désigner du nom de *pelvipéritonites* séreuses, se rencontre plus rarement et se présente sous forme d'épanchements soudains, d'allure aiguë, avec un cortège de symptômes graves qui attirent l'attention. Ces collections peuvent atteindre un volume considérable en peu de temps, ainsi que je l'ai observé dans deux faits récents.

Les épanchements séreux de la première catégorie se produisent au milieu d'exsudats de périméthro-salpingite, à la faveur de poussées congestives ou inflammatoires successives. L'irritation propagée à la séreuse adjacente aux organes malades, provoque la sécrétion d'une certaine quantité de liquide ressemblant à l'ascite, puis se collecte en une cavité de dimensions généralement restreintes. L'épanchement séreux environne presque toujours la lésion causale, l'enveloppe souvent et occupe, comme celle-ci, une situation variable dans le pelvis. Toutefois, son siège le plus commun est le cul-de-sac vaginal de Douglas, un peu au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur.

Les collections séreuses de la deuxième catégorie succèdent à un état inflammatoire aigu, et principalement à une génitalite gonococcienne. Elles surviennent rapidement au milieu de symptômes de péritonite localisée au bassin ; ballonnement du ventre, frissons, vomissements, pouls petit et fréquent, etc. La sérosité épanchée remplit le bassin et refoule parfois l'intestin jusqu'aux environs de l'ombilic. J'ai évacué deux pelvipéritonites séreuses de ce genre, dont

l'une contenait deux litres et demi et l'autre trois litres d'un liquide limpide et peu coloré. Si l'on retarde l'évacuation de ces énormes collections, elles passent rapidement à la purulence, ainsi que le démontrent les observations de Reclus au Congrès de chirurgie de 1891. On rencontre également ces pelvipéritonites pendant la puerpéralité.

Le traitement des collections séreuses pelviennes paraît se rattacher à celui des lésions pelviennes qui leur donnent naissance. Pour les lésions élevées et unilatérales, enveloppées d'épanchements séreux on pourra préférer la *laparotomie*. Pour les affections bilatérales anciennes, l'*hystérectomie* s'imposera. Cependant, après de nombreux succès, M. Vautrin conseille l'*incision vaginale postérieure*, qui permet d'évacuer les collections séreuses, d'extirper ou d'ouvrir les lésions annexielles et de drainer par le point le plus déclive. Si l'épanchement séreux est haut situé, l'*élytrotomie antérieure* seule ou combinée à l'*élytrotomie postérieure* permet de l'atteindre. M. Vautrin a réussi, dans deux cas, à guérir des collections séreuses et à extirper des annexes par la voie vaginale antérieure.

Contre les pelvipéritonites séreuses, il faut intervenir rapidement par l'incision vaginale, qu'il faut préférer au drainage abdomino-vaginal, aussi longtemps que l'épanchement n'est pas suppuré.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CLAVICULE, par le Dr FÉVRIER, de Nancy.—*Rev. de chir.*

Tous les moyens de traitement des fractures de la clavicule peuvent donner de bons résultats fonctionnels lorsqu'il s'agit de fractures à déplacement nul ou peu prononcé et dans tous les cas réductibles.

Mais lorsqu'il s'agit de fracture à grand déplacement, dont la réduction est impossible, il n'y a qu'un moyen, c'est la suture osseuse, car la difformité consécutive aura non seulement des inconvénients au point de vue de la forme, mais encore au point de vue de l'innervation et de la circulation du membre.

M. Février a rapporté trois observations nouvelles, dont une appartenant à M. Guillomin. Ces fractures, siégeant sur le corps de la clavicule, étaient accompagnées d'une dépression énorme du fragment externe chevauchant sur l'interne, avec troubles nerveux immédiats dans les deux dernières observations.

Dans le premier fait, à l'enlèvement de l'appareil, on trouve une paralysie du deltoïde et une parésie de tous les muscles innervés par le musculo-cutané, le radial et le médian. Anesthésie dans tous les points cutanés correspondants. L'opération, pratiquée tardivement, fut laborieuse. Elle amena une amélioration immédiate du côté de la sensibilité, fit disparaître les troubles moteurs sauf du côté du deltoïde.

Dans la seconde observation les troubles de la sensibilité et la motilité furent immédiatement et définitivement supprimés par l'opération.

Dans la troisième observation où il existait surtout une paralysie du cubital avec des troubles de sensibilité et où l'intervention fut pratiquée tardivement, le résultat n'a pas été complet: les muscles innervés par le cubital sont restés plus faibles.

M. Février a réuni treize faits analogues, et après avoir signalé le pronostic réservé que comporte cette variété de fracture à grand déplacement irréductible, il conclut à l'opération immédiate. L'opération tardive doit être rejetée. Elle est beaucoup plus difficile dans son exécution, plus infidèle dans les résultats, car la névrite a le temps de s'établir. Faites par des mains aseptiques, la suture de la clavicule est toujours inoffensive; 44 cas, tous suivis de guérison, en sont la preuve. Un seul inconvénient est d'anesthésier partiellement la peau de la région pectorale par section des filets sous-claviculaires du plexus cervical superficiel.

LA COXALGIE DOIT GUÉRIR SANS BOITERIE, par le Dr CALOT, de Berck-sur-Mer.—*Rev. de chir.*

Contrairement aux idées anciennes, la coxalgie n'est à peu près jamais mortelle; elle n'est vraiment sérieuse que si des infections secondaires viennent se surajouter à elle. D'autre part, il n'est pas exact de prétendre que la coxalgie qui guérit laisse toujours des traces indélébiles, une boiterie très disgracieuse. On peut arriver actuellement, dans l'immense majorité des cas, à sauvegarder la mobilité du membre. Ces assertions sont fondées sur un grand nombre de faits observés par M. Calot.

Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire que le chirurgien suive ses malades dès la première période de la coxalgie et qu'il les surveille presque quotidiennement. Le chirurgien est responsable des mauvaises attitudes que peut prendre le membre, seules causes de la boiterie, car M. Calot met en fait qu'un coxalgique guéri avec un raccourcissement de deux centimètres, et même avec une raideur de la hanche, arrivera à marcher sans boiter d'une manière saisissable, si on lui a refait de bons muscles par le massage et si on lui a appris à marcher. Or, l'immense majorité des malades guérissent avec un raccourcissement insignifiant, une atrophie à peine marquée, et conservent quelques mouvements de l'articulation. M. Calot aurait même vu, dans deux cas, après des suppurations de la cavité articulaire, le retour intégral des mouvements de la jointure.

En somme, contre le grave facteur de la boiterie, l'attitude vicieuse et la subluxation iliaque, on peut tout, grâce à l'immobilisation mathématique qu'assure l'appareil plâtré bien fait, et l'emploi d'un tuteur sera continué tant que subsiste une tendance à l'attitude vicieuse. D'autre part, pour prévenir la faiblesse du membre et la raideur de la jointure, on fera des massages et une mobilisation prudente de l'articulation.—Ces principes s'appliquent aussi bien à la coxalgie suppurée qu'à celle qui ne l'est pas. Il faut surtout se garder de toute résection.

DU MÉCANISME DES FRACTURES DES MALLÉOLES, par M. le Dr SOULIGOUX, de Paris.—*Rev. de chir.*

Les fractures des malléoles de cause indirecte se produisent dans les mouvements du pied, soit en dehors, soit en dedans. Ces mouvements se combinent toujours avec un mouvement de rotation en dehors ou en dedans. Rotation en dedans pour l'adduction. Rotation en dehors pour l'abduction.

Tous les auteurs admettent que dans le mouvement forcé d'adduction avec rotation en dessous, la fracture se produit par arrachement. M. Tillaux a fait justice de la théorie de la divulsion émise par Maisonneuve.

M. Souligoux a voulu étudier comment une fois une malléole brisée se fracturerait, la seconde malléole donnant ainsi lieu à la fracture bimalléolaire.

La théorie admise est celle-ci : la malléole interne étant brisée, l'astragale vient presser par toute sa face externe sur la malléole externe et la brise. Les faits se produisent en sens inverse si la malléole externe est brisée la première.

M. Souligoux croit qu'il en est tout autrement, comme le montrent les pièces qu'il présente. Soit par exemple un arrachement de la malléole interne, l'astragale suivant le mouvement du pied, s'incline légèrement en dedans et s'écarte du tibia par son bord interne et sa face supérieure. Son bord externe devient supérieur et répond à l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Si l'on songe que le plus souvent un homme qui se casse les malléoles est debout, on voit que dans cette situation, tout le poids du corps est supporté par le bord externe de l'astragale et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Les ligaments péronéo-tibiaux se brisent ou bien arrachent les surfaces osseuses sur lesquelles ils s'insèrent. Le résultat est le même, il se produit un diastasis de cette articulation. Le péroné, repoussé en dehors par l'astragale qui tend à se placer entre lui et le tibia, se brise au point où il est le moins fort et le moins soutenu, c'est-à-dire à 5 ou 6 centimètres de la pointe de la malléole. Si la malléole ex-

terne est brisée dans le mouvement d'adduction et rotation en dedans, l'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline en dehors. La surface articulaire supérieure, au lieu de regarder en haut, regarde en haut et en dehors. Le bord interne devient supérieur et répond à la base de la malléole. Tout le poids du corps porte donc sur le bord interne de l'astragale et un point très limité du tibia ; il en résulte un éclatement de cette malléole à sa base.

TRAITEMENT DES ENTORSES ET DES FRACTURES MALLÉOLAIRES PAR LE " MASSAGE ISCHÉMIQUE," par le Dr LARGER, de Maisson Lafitte.—*Rev. de chir.*

M. Larger a donné le nom de *massage ischémique* à un ensemble de moyens qu'il résume dans la technique suivante :

1° Enveloppement ouaté du pied et du tiers inférieur de la jambe.

2° Application de l'appareil d'Esmarch jusque vers la racine du membre inférieur.

Aussitôt après, laissant en place la bande Nicaise, on déroule la bande de caoutchouc de la racine du membre vers l'extrémité jusqu'au niveau du gonflement déterminé par le traumatisme, où elle est solidement fixée.

Les choses demeurent ainsi, sans qu'on ait à y toucher, pendant vingt ou trente minutes, selon l'intensité du gonflement.

3° La bande de caoutchouc est alors entièrement retirée et remplacée par un bandage ouaté compressif, bien régulier, fait à l'aide de bandes de toile (botte de Baudens). Ceci terminé, l'on défait la bande de Nicaise et le sang afflue dans le membre.

Au bout de cinq jours—un peu plus ou un peu moins selon le cas—la botte de Baudens est enlevée à son tour. Le gonflement a généralement disparu en totalité. Des traces d'ecchymoses remontant parfois jusqu'au haut de la cuisse prouvent que le tissu cellulaire ischémié par l'appareil d'Esmarch, a bu et résorbé l'épanchement sanguin comme le ferait une éponge.

A partir de ce moment, la conduite varie suivant qu'il y a *entorse avec ou sans fracture simple du péroné*, ou suivant qu'on a constaté l'existence d'une *fracture anie ou bi-malléole avec déplacement du pied*.

Dans le premier cas, on se borne à faire porter au malade une chaussette en tissu élastique permettant tous les mouvements actifs du pied. Dès l'instant où la jambe malade peut supporter sans douleur le poids du corps, la marche est permise à l'aide d'une canne ou d'une béquille.

Dans le deuxième cas, s'il y a fracture ou déplacement, on applique l'attelle plâtrée en étrier d'Armand Després, en ayant recours à l'artifice suivant, afin d'assurer la fixité de la mortaise tibio-péronière.

Au moment de la prise du plâtre, on serre, à l'aide d'une presse à vis quelconque, l'attelle plâtrée contre les malléoles et l'on cesse cette constriction dès que le durcissement se produit.

Grâce à ce petit artifice, la coaptation devient parfaite et la guérison s'obtient sans cet élargissement de la mortaise tibio-péronière qui trouble le plus souvent la marche à la suite des fractures malléolaires, surtout quand l'appareil plâtré est appliqué trop tôt et avant la disparition du gonflement.

Le massage ischémique est bien moins douloureux que le massage des rebouteurs.—C'est ce qu'ont affirmé des malades qui avaient subi antérieurement le massage ordinaire. Sans doute, l'application de la bande élastique est sensible au niveau de l'articulation, mais la douleur est très supportable et généralement les malades ne se plaignent que de celle que détermine la bande de Nicaise.

Le massage ischémique se pratique en une seule et unique séance, tandis que le massage ordinaire renouvelle plusieurs fois la douleur du malade.

Sans doute ce dernier mode de massage reprend ses droits plus tard concurremment avec la faradisation, les douches, etc., lorsque les parties ne sont plus sensibles et quand il s'agit d'assouplir les tissus et les muscles.

Mais dans la période de début de l'entorse, c'est-à-dire dans celle de l'épanchement sanguin, le massage ischémique est plus rationnel et moins désagréable pour le patient et le chirurgien lui-même que ne le sont les procédés empiriques et brutaux des rebouteurs. Procédés que les chirurgiens ont peut-être trop servilement copiés, après les avoir trop longtemps dédaignés.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

UNE OPÉRATION CÉSARIENNE A LA CAMPAGNE. GROSSESSE A TERME CHEZ UNE RACHITIQUE A BASSIN VICIÉ. INTERVENTION APRÈS TROIS JOURS DE TRAVAIL. ENFANT VIVANT. GUÉRISON.—Par M. le Dr BÉNIET (d'Avranches), ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris (1).

Dans la soirée du 4 janvier dernier, mon confrère, M. le docteur Isabel, me communiquait une lettre du médecin d'un canton voisin, M. le Dr Année, lui donnant rendez-vous pour le lendemain matin près d'une parturiente à bassin rétréci, chez laquelle l'accouchement ne pouvait se terminer spontanément. Le lendemain 5 janvier, vers 1 heure de l'après-midi, mes deux confrères me faisaient demander d'aller les rejoindre le plus vite possible avec le matériel et les objets de pansement nécessaires pour pratiquer une opération césarienne.

Le temps de stériliser instruments et pièces de pansement, de nous assurer le concours d'un quatrième confrère, M. le Dr Héon, et de franchir sur le verglas les 16 kilomètres de mauvais chemins qui séparent Avranches du domicile de la parturiente, il était plus de 4 heures quand nous arrivâmes près de la malade. Or, le 5 janvier, à cette heure, sous bois, dans une misérable chaumière enfumée, il fait déjà nuit.

MM. les Drs Année et Isabel, qui sont là déjà depuis quelques heures, ont pris soin d'aménager, dans la mesure du possible, l'unique pièce du logement et nous mettent au courant de la situation.

Marie B., veuve Mu., est âgée de 38 ans; depuis plusieurs années déjà, elle a perdu ses parents et ignore à peu près tout ce qui a trait à sa première enfance; elle se souvient seulement qu'elle avait au moins trois ans, quand elle a commencé à marcher et que sa taille a toujours été très inférieure à celle des enfants de même âge. La menstruation, établie à quinze ans et demi, a toujours été régulière, quoique un peu douloureuse et obligeait souvent Marie B. à garder le repos pendant une journée. Sa santé générale excellente, à part quelques migraines, lui permet, malgré la brièveté de ses jambes et de ses bras, de faire de longues courses et de se livrer aux travaux de couture et de ménage.

Mariée à 36 ans, sans tenir compte des conseils de tous ceux qui l'entouraient, Marie B., enceinte pour la première fois, a vu ses règles finir le 23 mars 1895. Aucun trouble au cours de la grossesse, malgré la violente émotion causée par la mort accidentelle de son mari, au mois d'octobre, alors qu'elle était enceinte de six mois. Elle se savait mal conformée; ses voisines lui avaient maintes fois répété qu'elle ne pouvait mettre son enfant au monde; malgré ces sages avis, avec une insouciance complète, elle attend le 25 décembre, presque l'époque présumée du terme de sa grossesse, pour se présenter chez M. le Dr Année et lui demander de l'assister; mais ce dernier absent de son domicile, ne peut l'examiner et ne connaît à quelle cliente il a affaire que lorsqu'il est appelé chez elle le 4 janvier.

Les premières douleurs ont apparû dans la nuit du 2 au 3, la rupture des

(1) Extrait du *Progrès médical* du 14 novembre 1896.

membranes s'est produite le 4 au matin ; enfin, à 4 heures du soir (nos paysannes sont patientes, le médecin est loin et retenu ailleurs), M. le Dr Année l'examine, constate un rétrécissement du bassin et demande l'aide d'un confrère, malheureusement sans spécifier à quel genre d'intervention il faudra avoir recours, oubli bien excusable, mais dont le résultat est une attente de 24 heures pour la patiente.

L'examen, que je pratique à mon arrivée, me montre une femme très petite ; sa taille est exactement de 1 m. 19 ; la brièveté extrême des membres (50 centimètres de l'épine iliaque à la plante du pied ; 39 centimètres de l'acromion à l'extrémité du médius) contraste avec le buste, dont la longueur est presque normale. Tous les os des membres sont incurvés et noueux ; mais il n'y a pas de nodosités sur les côtes, pas de déviation de la colonne vertébrale ni du sternum. Une tête large et carrée avec un front élevé et des yeux intelligents couronne ce petit corps rachitique. Le palper abdominal est assez facile, car les contractions utérines, violentes et très douloureuses pendant les deux premières journées, sont maintenant rares et faibles. On reconnaît la présence de la tête sous l'hypochondre droit et on devine, à gauche, la courbe du dos ; on ne perçoit pas de mouvements actifs du fœtus ; mais le stéthoscope permet d'entendre nettement les bruits du cœur encore très réguliers, malgré la longueur du travail ; leur maximum est à gauche et à la hauteur de l'ombilic. Le toucher vaginal révèle la proximité extrême du promontoire, qui, surplombant le détroit supérieur, presque à la hauteur de la symphyse, réduit à six centimètres et demi le diamètre promonto-sous-pubien, mesuré sans déduction. Deux doigts placés côte à côte trouvent difficilement place entre le promontoire et le bourrelet épais de la symphyse pubienne. L'index explorant successivement les deux côtés du bassin les trouve symétriques ; l'excavation ne présente rien de spécial ; les branches ischio-pubiennes restent rapprochées l'une de l'autre et la distance qui sépare les deux ischions est d'environ sept centimètres. Le col de l'utérus très élevé, difficilement accessible, a une dilatation de $4\frac{1}{2}$ à 5 centimètres ; le doigt conduit le plus haut possible arrive sur une partie fœtale très mobile qui paraît être un talon.

Bien que fatiguée par la longueur du travail, la malade est loin d'être épuisée ; la diminution et l'éloignement des contractions utérines lui ont permis de prendre un peu de repos dans les dernières heures. Elle n'a pas de fièvre, les urines ne sont pas albumineuses.

Après cet examen, nous sommes d'accord, mes confrères et moi, pour admettre que, même en cas de mort de l'enfant, l'étroitesse du bassin ne nous eût probablement pas permis de pratiquer l'embryotomie, que la symphyséotomie ne nous donnerait pas un passage suffisant, et que, malgré les conditions si défectueuses où nous nous trouvons, l'opération césarienne reste notre unique ressource ; la patiente d'ailleurs l'admet sachant le sort qui lui est réservé en cas d'abstention et les risques qu'elle court pendant et après l'intervention.

Immédiatement une table est préparée avec, comme coussin, une couche de paille recouverte d'un drap à peu près blanc ; une lampe fumeuse suspendue à une poutre va nous éclairer tant bien que mal ; deux chaises boiteuses réunies par une planche reçoivent les plateaux où sont les instruments. À défaut d'un bain général, après que le pubis a été rasé, les régions abdominale et vulvaire sont soigneusement savonnées et désinfectées, puis recouvertes de compresses de tarlatame stérilisées, enfin catéthérisme vésical et injection vaginale avec une solution de bi-chlorure à 1/2000. L'anesthésie par le chloroforme commencée à cinq heures et demie est facilement supportée. L'ouverture de la paroi abdominale faite sur la ligne blanche commence à six centimètres au-dessus de l'ombilic et se termine à quatre travers de doigt du pubis. L'utérus rapidement découvert vient s'appliquer contre les lèvres de la plaie. Ma main, introduite dans l'abdomen, reconnaît, à la consistance de la paroi utérine, l'insertion du placenta à la partie supérieure de la paroi antérieure ; continuant son explora-

tion, elle perçoit à droite de petites parties fœtales et par un mouvement de torsion imprimé à la matrice amène cette région dans l'axe de la plaie abdominale. Le Dr Isabel, placé en face de moi, maintient l'utérus dans cette situation et y applique fortement les lèvres de l'incision cutanée que bordent déjà des compresses de gaze. L'utérus est à sa partie inférieure ponctionné au bistouri; l'index gauche qui remplace aussitôt l'instrument tranchant pénètre dans la cavité utérine, prend notion des parties fœtales qu'il protège et guide de forts ciseaux qui ouvrent rapidement la matrice de bas en haut jusqu'au voisinage du fond. La main droite est alors introduite tout entière, saisit par la nuque l'enfant qui était en position S. I. G. P. et l'amène facilement au dehors; le cordon ombilical est coupé entre deux pinces et l'enfant, qui vient de crier, confié à une assistante. La main replonge immédiatement pour détacher et enlever le placenta; il vient en entier, mais les membranes sont partiellement encore dans la matrice; une nouvelle exploration en ramène les derniers lambeaux. Un flot de sang très abondant a accompagné l'ouverture de l'utérus et l'extraction de l'enfant; à ce moment la compression énergique exercée que le Dr Isabel et deux injections sous-cutanées d'ergotine de Yvon, pratiquées par le Dr Héon, ont arrêté l'hémorrhagie; le muscle utérin est maintenant contracté, dur, globuleux, et la longueur de l'incision notablement réduite. Des tampons de gaze aseptique brossent légèrement la surface interne de l'utérus, qui est lavé d'abord avec une solution de lysol, puis à l'eau filtrée bouillie; la canule du laveur introduite dans l'orifice du col permet à l'injection de sortir en majeure partie par le vagin. Après ce lavage aucune mèche de gaze n'est placée dans la matrice; la surface de section saigne encore en nappe, mais ne montre pas de vaisseaux dont le calibre exige une ligature.

Deux étages de suture continue à la soie affrontent les bords épais de la plaie utérine; le plan profond commençant à l'angle supérieur comprend presque toute l'épaisseur du muscle jusqu'à la face profonde de la muqueuse, arrivé à l'angle inférieur le fil suit une marche inverse faisant une suture musculoso-séreuse; malheureusement, le tissu très friable se déchire sous une traction un peu forte et oblige à passer quelques points séparés pour parfaire la réunion. La surface de l'utérus est nettoyée une dernière fois et recouverte d'une compresse destinée à la protéger pendant la fermeture de l'abdomen. À ce moment la malade fait quelques efforts de vomissement et des anses d'intestin sortent au dehors, vite refoulées par la main vigilante du Dr Isabel. L'examen du petit bassin permet de s'assurer que grâce au contact intime que l'on a maintenu jusqu'à la fin entre les lèvres de la plaie abdominale et la surface utérine, pas une goutte de sang n'a pénétré dans le péritoine, constatation heureuse, puisque la provision d'eau stérilisée bientôt épuisée en aurait rendu le lavage plus difficile. La cavité abdominale est refermée à son tour, d'abord par une suture continue qui réunit le péritoine, puis par une suture à points séparés comprenant le plan musculoso-cutané. La soie seule (soie tressée soigneusement stérilisée) a été utilisée pour toutes les sutures, tant à l'utérus qu'à la paroi. La ligne d'incision est saupoudrée d'iodoforme, recouverte de lanières de gaze iodoformée à 1/10; une épaisse couche de ouate fixée par un bandage de flanelle comprime fortement l'abdomen. La soude introduite dans la vessie ramène une centaine de grammes d'urine; après quoi on termine le nettoyage de la vulve et des plis inguinaux. L'opération est achevée à 6 h. 50, ayant duré environ une heure vingt minutes.

La malade se réveille facilement et est reportée dans son lit; elle ne souffre pas, et, bientôt revenue complètement à elle, s'informe de son enfant: c'est une petite fille parfaitement constituée pesant 2,480 grammes, et mesurant 47 centimètres de longueur. La température axillaire au moment du réveil était de 36°9; le lendemain matin de 38°2; 24 heures après l'opération, elle montait à 38°6; à partir de ce moment elle est toujours restée normale. Les suites ont été simples; quelques vomissements le premier jour, un peu de diarrhée pendant

48 heures, jamais de douleurs abdominales. L'écoulement des lochies a eu lieu comme après un accouchement normal par le vagin non tamponné; il n'a pas été fait d'injections vaginales, mais de simples toilettes vulvaires bi-quotidiennes; l'évacuation des urines a dû être pratiquée avec la sonde pendant les trois premiers jours. Marie B. ne paraissant pas pouvoir allaiter son enfant, on a fait une compression des seins.

Dix jours après l'opération, le pansement a été levé pour la première fois, et on a enlevé la majeure partie des sutures superficielles; cinq jours plus tard, les derniers fils ont été coupés. La réunion est parfaite sur toute son étendue; la palpation de l'abdomen montre l'utérus encore volumineux, mais peu sensible; une couche de ouate et un bandage de flanelle sont maintenus sur le ventre.

Marie B. a commencé à se lever le 6 février, soit au bout d'un mois, et a bientôt repris ses occupations, elle a vu son retour de couches le 25 février; depuis lors sa santé est parfaite; les règles peut-être un peu plus abondantes qu'antérieurement et un peu douloureuses, comme elles l'étaient avant sa grossesse. La seule chose dont elle se plaint actuellement, c'est d'avoir les bras trop courts pour porter son enfant. La petite fille s'élève aussi facilement que possible, nourrie au lait de vache avec un biberon très proprement tenu (nous n'avons pu obtenir l'emploi du lait stérilisé). Pendant la période où nous allions presque chaque jour visiter la mère, il m'est arrivé deux fois, entrant chez elle à l'improviste de trouver l'enfant aux prises avec un long tube de caoutchouc; mes réprimandes et la menace de faire supprimer le faible secours pécuniaire donné mensuellement par l'Administration auront, je l'espère, engagé la mère à observer une meilleure hygiène dans l'alimentation de son enfant, qui, aujourd'hui, à l'âge de cinq mois et demi, pèse 7,900 grammes.

Journal des sages-femmes.

DES NOURRICES ENCEINTES.—Dans le livre qu'il vient de publier récemment, *Femmes en couches et nouveau-nés*, M. Budin consacre à cette question un chapitre dont nous résumons les parties principales.

L'opinion suivante règne généralement en France: quand une femme est nourrice et qu'elle devient enceinte, elle ne donne plus que du mauvais lait à son enfant; il faut alors, si ce dernier est assez âgé, le sevrer; s'il ne l'est pas, lui donner une autre nourrice. Frappé par l'observation de plusieurs faits en contradiction avec cette manière de voir, aussi bien que par ce qui se passe chez certaines espèces animales, M. Budin chargea un de ses élèves, M. G. Poirier, de faire des recherches à ce sujet aussi bien chez les animaux que dans l'espèce humaine.

Chez les animaux, le lait ne paraît pas subir d'altération que vers le moment du part. Bien plus, M. Weber, dans des recherches personnelles portant sur le lait de vaches en état de gestation, de vaches non pleines et de vaches châtrées, a établi que le lait le plus riche a toujours été celui qui était fourni par une vache pleine de six mois et même de sept. Le lait de vache châtrée venait ensuite, et le lait de vache non pleine ne venait qu'en troisième ligne. À mesure que la vache approche du terme de la gestation, lorsqu'elle est laitière, le lait augmente en qualité et diminue en quantité.

Pour l'espèce humaine, M. Poirier relate cinquante et une observations qui peuvent être résumées ainsi: Dans 72 p. 100 des cas (37 fois sur 51) l'allaitement par une femme enceinte n'a déterminé aucun trouble dans la santé des nourrissons.

Dans 7,9 p. 100 des cas (4 sur 51), on ne peut, des observations, tirer légitimement aucune conclusion rigoureuse.

Enfin, dans 19,6 p. 100 des cas (10 sur 51) les enfants ont éprouvé des accidents qui ont forcé à le sevrer immédiatement.

Sur 51 enfants observés, un a succombé; en admettant que ce soit par suite de l'allaitement défectueux, cela ferait une mortalité de 1,9 p. 100.

M. Poirier termine en disant : "Pour juger définitivement la question, il faudrait savoir quelle est, dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire les nourrices n'étant pas enceintes, la proportion des cas où la femme ne peut continuer l'allaitement jusqu'au bout."

M. Budin, se fondant en outre sur son observation personnelle, conclut que si, dans quelques cas, l'apparition d'une grossesse chez une nourrice est défavorable pour l'enfant qu'elle allaite, dans la grande majorité des faits, le nourrisson n'en souffre pas. Mais on doit toujours se demander, surtout dans les grandes villes, si la mère peut impunément faire les frais d'un allaitement et d'une grossesse simultanés — (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*).

DOSAGE DE L'ALBUMINE PAR LA MÉTHODE D'ESBACH.— Depuis longtemps on a élevé de vives critiques contre la méthode d'Esbach qui en raison de sa simplicité a été adoptée par un très grand nombre de praticiens. Ces critiques, très justes, viennent d'être formulées de nouveau, dans deux études récentes, et, si nous les signalons, c'est pour que le médecin sache bien qu'il n'y a pas lieu de tirer des conclusions fermes d'un procédé qui malheureusement n'est même pas toujours comparable à lui-même chez un même malade.

M. le Dr Boureau, dans la *Gazette médicale du Centre*, rappelle d'abord quelles sont les albumines qui, d'après les recherches modernes, peuvent se rencontrer dans l'urine; ce sont :

La *serine*, la *globuline*, les *nucléo-albumines*, et les *peptones*, ou plus exactement les *propeptones*.

Or, l'histoire pathologique de ces différentes albumines est encore obscure.— La *peptonurie*, entre autres, que l'on constate dans une foule d'affections les plus variées, n'a pas encore une signification clinique bien établie.

L'origine des *nucléo-albuminuries* est tout au moins aussi incertaine. Elles peuvent exister avec l'intégrité de l'épithélium rénal; elles constituent ce qu'on a appelé les *albuminuries physiologiques* si contestées actuellement.

Reste la *serinurie* et la *globulinurie* dont la signification clinique est intacte. Ces deux albumines, *serine* et *globuline*, sont les deux *albumines brightiques par excellence*.

Lors donc qu'un clinicien, suspectant son malade au point de vue rénal, veut rapidement, à l'hôpital, ou chez le client, poser le diagnostic *albuminurie*, quitte à faire préciser plus tard ce diagnostic par le microscope et les dosages urologiques, il n'y a qu'une question à résoudre :—*L'urine contient-elle de la serine et de la globuline ?*

Pour cette recherche on a la chaleur et l'acide nitrique. Mais on a voulu des procédés plus sensibles, et c'est alors qu'on a imaginé ceux de Tanret et d'Esbach. Pour celui de Tanret, il y a longtemps que M. le Professeur Jaccoud a dit :

"Le Tanret précipite trop de choses qui ne sont pas de l'albumine vraie ou serine, et je ne puis m'empêcher de remarquer que c'est depuis la vulgarisation de ce réactif que l'on a si fréquemment trouvé de l'albumine dans l'urine des individus bien portants."

Il en est de même pour le procédé d'Esbach (solution d'acide picrique et d'acide citrique dans l'eau). Ce réactif, en effet, précipite les *peptones*.

Si donc l'urine examinée contient, comme cela se produit fréquemment dans les maladies infectieuses, une forte proportion de *peptones* et une petite quantité de *serine* ou de *globuline*, en appliquant le procédé d'Esbach, on obtiendra un *coagulum* donnant, d'après les indications du tube gradué, 1. à 2 grammes d'albumine, alors que l'urine contient 15 ou 20 centigrammes d'albumine vraie.

Les erreurs qu'il occasionne sont parfois plus graves encore.

Il précipite les *alcaloïdes*, parfois les *urates* et l'*antipyrine*.

M. Boureau a fait l'expérience suivante : 1 grain d'antipyrine est absorbé un soir par un adulte bien portant, l'urine du matin est recueillie et on l'essaie avec l'Esbach. On obtient un précipité très net qui aurait permis de poser le diagnostic albuminurie.

Que cette urine ait été adressée à un chimiste se contentant de cette seule réaction, il est clair qu'on aurait abouti à une erreur de diagnostic, on n'aurait pas pensé à incriminer cette dose d'antipyrine prise parfois à l'insu du médecin par le malade.

Il a aussi eu entre les mains des urines de peptonuriques qui coagulaient au point d'indiquer sur le tube gradué des proportions de 1 à 2 gr. d'albumine et qui, vérifiées par d'autres procédés, ne contenaient pas trace de serine ou de globuline.

Ce sont là des conditions dont il faut absolument être prévenu quand on emploie ce procédé.

— De son côté, M. Mercier, dans le *Répertoire de pharmacie*, fait des remarques analogues.

Le principe même sur lequel repose le procédé d'Esbach est sujet à caution; en effet, si l'acide picrique précipite l'albumine ou *certaines variétés d'albumine*, il précipite en même temps les peptones, les alcaloïdes et, aussi, l'antipyrine.

De plus, dit M. Mercier, le tassement du précipité est quelquefois inégal; quelquefois même, par une teneur relativement élevée en albumine, nous avons obtenu un précipité flaconneux, dont la moitié surnageait dans les couches supérieures du liquide, tandis que le reste garnissait le fond du tube.

Il nous est même arrivé d'obtenir une couche à peine sensible avec le procédé d'Esbach, couche indiquant seulement des *traces faibles et non dosables* d'albumine, alors que la pesée nous décelait 2 grammes, 3 grammes, et même 4 gr. 30 d'albumine par litre. Ces cas sont très rares, il est vrai, mais il suffit qu'ils puissent se présenter quelquefois pour faire juger la valeur du procédé.

M. Huguet (de Clermont-Ferrand) a montré dans une série de recherches que la coïncidence entre les résultats de la pesée et ceux de l'appareil d'Esbach étaient absolument exceptionnelles. De plus, les résultats sont des plus variables; ils sont modifiés par des conditions extrêmement nombreuses, de telle sorte qu'ils ne sont même pas comparables entre eux. La méthode, malgré son apparente simplicité, doit donc être considérée comme tout à fait illusoire, elle ne peut guère servir que pour indiquer approximativement les chiffres très élevés d'albumine.—(*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*)

INFLUENCE DE LA LACTATION SUR LA MENSTRUATION ET LA GROSSESSE—Le Dr REMFRY, après avoir observé plusieurs centaines de femmes, émet les conclusions suivantes :

La suppression des règles est absolue chez 57 0/0 des femmes qui nourrissent ; parmi les autres, 20 0/0 présentent des fonctions menstruelles normales et régulières.

Il n'est pas démontré que la lactation entrave la fécondation ; toutefois, cette dernière semble se montrer moins fréquente.

Dans les cas de suppression complète des règles pendant la lactation, on trouve 6 0/0 de conceptions nouvelles, alors que cette proportion s'élève à 60 0/0 chez les femmes qui perdent ; ce pourcentage croît même, lorsque la menstruation se rapproche des conditions habituelles comme régularité et quantité.

Chez les femmes qui ne nourrissent pas, le retour des règles se produit en moyenne dans les six semaines qui suivent la délivrance.

(*Therapeutische Wochenschrift.*)

La peste fait mourir à Bombay 200 personnes par jour. Depuis le mois d'août de l'année dernière, 10,000 personnes ont été emportées par le fléau.

REVUE D'HYGIÈNE

LE TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DE LA ROUGEOLE.

Parmi toutes les maladies infectieuses non définies, la rougeole est certainement l'une de celles dont l'étude offre aujourd'hui le plus d'intérêt à l'observateur. Il n'est pas qu'il n'y ait rien de changé dans son allure ou ses manifestations ; mais les données nouvelles ont jeté un peu de lumière sur plus d'un point de son histoire, changé la signification de certains symptômes et modifié considérablement la base du traitement. Aussi nous croyons utile d'en faire une étude, en ce moment surtout où elle est assez répandue dans la province. On verra que pour cette fièvre éruptive, comme pour bien d'autres maladies, les observations faites jusqu'à ce jour n'ont rien perdu de leur valeur, mais que ces observations, tout en restant vraies, prennent une signification toute autre en face des idées courantes établies par la bactériologie. Cette science récente, qui n'a pourtant pas encore trouvé le microbe rougeoleux, a cependant établi deux faits : la contagion de la rougeole et la nature microbienne de toutes ses complications. Ce sont là les deux points fondamentaux qui servent de bases au traitement actuel de la maladie ; c'est en les ignorant que le médecin s'expose à commettre des erreurs graves vis-à-vis du patient ou de son entourage. Voilà pourquoi aussi il faut, dans le traitement de la rougeole, avant tout et pardessus tout, mettre au premier rang l'hygiène.

C'est une croyance très répandue que la rougeole est une maladie bénigne, que tout le monde doit attraper, et qu'il vaut mieux avoir quand on est jeune, parce que la rougeole est dangereuse chez les grandes personnes. Voilà tout de suite trois erreurs. La rougeole n'est pas plus maligne pour les grandes personnes que pour les enfants. Chez les uns comme chez les autres, si elle est souvent bénigne, elle est quelquefois très grave, et elle expose toujours à des complications dont les plus sérieuses sont l'otite purulente et la bronchopneumonie. De plus une première atteinte ne confirme pas toujours l'immunité. Enfin, pour avoir la rougeole, il faut un contact, direct ou indirect ; on n'attrape pas la rougeole par fatalité. Mais tout ceci demande quelques explications.

La rougeole est caractérisée par une fièvre, un catarrhe et une éruption. Toute la symptomatologie de la rougeole est basée sur ces trois points. Durant les huit ou dix jours après que l'enfant a été exposé à la contagion, il n'y a pas de symptômes : c'est l'incubation. Puis l'invasion s'annonce par de la fièvre (frissons, sueurs) et par du catarrhe (éternuement, rougeur des narines, toux, rougeur des yeux, larmolement). Cela dure de quatre à cinq jours. Alors la fièvre, qui avait baissé, remonte, et d'ordinaire durant la nuit, l'éruption apparaît à la figure, puis au tronc, aux membres. Elle envahit tout le corps, de haut en bas, en quarante-huit heures. Ce sont des papules roses, veloutées, souvent réunies en plaques, et toujours séparées par des intervalles de peau saine. Cette éruption, fugace, ne dure que trois à cinq jours et se termine par une desquamation furfuracée qu'on ne constate quelquefois qu'en frottant un morceau de drap noir sur la peau. Le pouls, monté avec l'éruption à 130 ou 140, se calme rapidement. Seules, pendant la desquamation, la toux et la bronchite persistent. Voilà la rougeole. Est-elle toujours ainsi ?

Tous les médecins diront que non, parce que tous ont pu constater qu'il

et a des rougeoles malignes, des rougeoles à complications. Le malade peut avoir une fièvre exagérée avec symptômes nerveux ; il peut avoir un catarrhe considérable avec manifestations pulmonaires ; il peut enfin avoir une éruption accompagnée d'hémorragies. Et les complications : laryngites qui parfois simulent le faux-croup, stomatites qui peuvent devenir gangreneuses (noma), entérites prédisposant à la tuberculose intestinale, otites purulentes, avec la perforation du tympan et la surdité en perspective, broncho-pneumonies facilement mortelles. Qui dira que la rougeole n'est pas dangereuse ? Qui peut affirmer à l'avance que tel cas sera bénin, tel cas sérieux ?

La rougeole est une maladie avec laquelle il faut compter. Et ceci pour une raison bien simple ; c'est que la rougeole est virulente. C'est une maladie infectieuse. On n'en a pas trouvé le germe, il est vrai : de ce côté là, la science est encore en défaut. Mais la marche et les symptômes lui donnent un caractère infectieux qu'il est bien difficile de lui refuser. Cette période d'incubation, où le mal se prépare à sortir ; ce catarrhe des muqueuses exposées à l'air (yeux, nez, bouche), où la congestion est intense, la diapédèse active, accompagnée de desquamation de l'épithélium ; cet accroissement des symptômes suivi d'une éruption à la peau, avec dilatation des capillaires, exsudats dans les papilles et dessèchement de l'épiderme : tout cela n'est certainement pas le fait d'un simple trouble fonctionnel ou d'un dérangement organique. Il y a plus : il y a un trouble profond de la nutrition, il y a infection. Ce caractère infectieux, on le retrouve encore dans l'épuisement de la maladie, qui a perdu toute activité une fois l'éruption sortie, et dans l'immunité qui est le résultat habituel d'une première attaque. Toutes les complications, d'ailleurs, sont causées par des microbes qui profitent de l'affaiblissement de l'organisme pour pulluler à leur tour : tels sont les staphylocoques, les streptocoques, les pneumocoques, que l'on trouve sur les ulcères des stomatites, dans le pus de l'oreille, dans les sécrétions des bronches.

Dans tous les cas, un fait demeure certain, c'est que, quelle que soit la nature de la rougeole, le traitement basé sur la nature infectieuse de la maladie est encore celui qui donne les meilleurs résultats. Activer la nutrition et la défense, faire de l'antiseptie locale pour éviter les complications, tel est le double but qu'on doit se proposer.

Le médecin imbu des idées nouvelles, appelé auprès d'un cas de rougeole, sera anxieux de suivre pas à pas son malade, surveillant avec soin le pouls et la température, afin de s'assurer que la nutrition se maintient bonne, que l'organisme se défend bien, et dépister le moindre trouble qui pourrait signaler une complication inattendue. Il s'abstiendra, pendant la période d'invasion, de toute intervention active, parce qu'elle serait inutile ou nuisible ; il ne donnera ni purgatifs ni vomitifs pour troubler l'estomac ou l'intestin, il n'essaiera pas de faire sortir la maladie en faisant transpirer son malade. Il se contentera, dès l'apparition des symptômes, de mettre le malade au lit et de prescrire une diète légère : lait, bouillon et limonade. Mais, sachant combien est précieuse l'antiseptie dans la prévention des complications, il s'efforcera, par tous les moyens possibles, de tenir bien propres les yeux, le nez et la bouche : il fera laver les yeux avec de l'eau boriquée, la bouche avec des solutions antiseptiques (solution boriquée saturée, solution de permanganate de potasse au 500e., solution d'acide carbonique au 200e), et badigeonner la gorge avec du borax (45 grains) dissous dans la glycérine (1 once). Il évitera les grandes irrigations des narines, qui peuvent refouler les sécrétions dans la caisse par les trompes d'Eustache, provoquer la suppuration et se contentera des douches ou du vaporisateur. Ces mesures simples et hygiéniques : diète, bons soins, propreté, suffisent généralement à mener à bien une maladie qui peut être sérieuse.

Est-ce à dire que le médecin doit s'abstenir de prescrire ? Certainement non. Mais il doit suivre en cela les indications, ne faire intervenir les médicaments qu'au besoin. S'il est nécessaire, par exemple, de favoriser l'éruption, il

fera usage des infusions aromatiques chaudes, des stimulants diffusibles comme l'acétate d'ammoniaque. Voici une formule française :

Acétate d'ammoniaque.....	2 drachmes
Hydrolat de menthe.....	2 onces
Sirop d'éther.....	5 drachmes
Sirop de fleurs d'orangers.....	5 drachmes

Sig.—Une cuillerée à thé d'heure en heure.

Les convulsions cessent généralement par l'emploi des bains tièdes ou du bromure de potassium à petites doses. On contrôlera l'épistaxis, quand il est abondant, par la compression digitale, les injections d'eau très chaude, ou des tampons d'ouate hydrophile ou de coton absorbant imbibés d'une solution concentrée d'antipyrine. Les compresses d'eau boriquée tiède calmeront la conjonctivite intense. Lorsque la toux est quinteuse et fatigante, on fera des inhalations de vapeur d'eau contenant de la teinture de benjoin, des frictions d'huile camphrée sur la poitrine, et si ces moyens ne suffisent pas, on pourra prescrire :

Extrait de jusquiame.....	1 grain
“ de belladone.....	$\frac{1}{6}$ grain
Sirop de tolu.....	1 once
Eau.....	2 onces

Sig.—Une cuillerée à café d'heure en heure. Si l'enfant est d'un certain âge, on pourra agir plus énergiquement avec l'aconit :

Alcoolature de racines d'aconit.....	10 à 20 gouttes
Extrait thébaïque.....	$\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ grain
Sirop d'éther.....	2 à 4 drachmes
Potion gommeuse	2 onces

Sig.—A prendre par cuillerées à thé.

La diarrhée du début cesse en général assez rapidement. Si elle paraissait vouloir continuer, on fera des fomentations chaudes sur le ventre, on prescrira le bismuth.

Telle est la conduite du médecin moderne auprès d'un cas de rougeole : soutenir les forces du malade, surveiller la marche de la maladie, faire de l'hygiène, de la propreté. Et les petits malades guérissent non pas plus vite, la maladie conserve toujours son caractère individuel, cyclique, imparfaitement connu, mais plus aisément, sans trop d'affaïssement, sans complications. Tout cela grâce à l'hygiène du tube digestif, à l'antiseptie des premières voies respiratoires et digestives. Car c'est là le siège principal de la maladie, là que l'on cherche à trouver le microbe pathogène, là que germe la contagion, là que s'élève les complications qui vont se localiser aux oreilles, à la gorge, aux poumons. C'est là, par conséquent, que l'intervention médicale doit se faire sentir d'une manière efficace. Aussi, toutes les précautions antiseptiques bien prises, les forces du malade bien soutenues, il ne reste qu'à surveiller attentivement les symptômes, la fièvre, le pouls, afin, au moindre écart de la marche normale, de dépister immédiatement la complication qui s'annonce : otite, laryngite, broncho-pneumonie, et y porter remède pendant qu'il en temps encore en rectifiant l'antiseptie, en corrigeant la médication. Le malade est en puissance d'infection, et l'organisme demande pour triompher dans la lutte, de la vigilance et du soin.

Mais un organisme infecté possède toujours une propriété redoutable : il renvoie au dehors les germes pathogènes, il contagionne. Dans aucune maladie la contagion n'est aussi facile que dans la rougeole, et elle offre ceci de particu-

lier, ce grand point caractéristique qu'elle existe en puissance, qu'elle peut s'exercer même avant que le diagnostic soit précis, même avant que les symptômes soient devenus caractéristiques. "La contagiosité de cette maladie est extrême, dit le Dr Grancher, au point qu'on en fait volontiers le type des maladies humaines à peu près inévitables." Longtemps on a cru que l'air expiré contient le germe contagieux; Osler, dans son traité de médecine, l'affirme encore. Écartons cette idée fautive, sur laquelle repose en partie la croyance du public que la rougeole est inévitable. La contagion existe dans les sécrétions; ceci a été prouvé maintes et maintes fois par l'observation dans les hôpitaux d'enfants (Bard, Sevestre, Grancher). La conclusion rationnelle à en tirer, celle admise aujourd'hui par les médecins spécialistes, c'est qu'il faut, pour établir la contagion, un contact, direct ou indirect. Résumons sur ce sujet les données actuelles.

L'agent de contagion est présent dans les sécrétions oculo-nasales et dans les crachats; il peut se dessécher à la surface des muqueuses, de la peau, des mains, des linges. Peut-être, ainsi desséché, peut-il flotter un instant dans l'atmosphère et devenir ainsi transmissible. C'est possible, mais guère probable. La contagion habituelle, celle dont on a recueillie des preuves nombreuses, s'établit par le contact direct entre les enfants: contagion à l'école, sur la rue pendant les jeux, dans la famille, dans les dispensaires d'hôpitaux, ou par le contact indirect immédiat: rougeole apportée à la maison par les parents quand les enfants ne sortent pas, transportée par les infirmières d'une salle à l'autre à l'hôpital. Hors du malade, le contage morbilleux meurt, voilà pourquoi la contagion n'est guère possible par l'atmosphère, si ce n'est auprès du malade; la virulence ne dure que quelques heures et est vite détruite par la dessiccation ou la lumière. La contagion est possible, elle se fait habituellement dès l'intime début de la maladie, avant que l'attention ait été attirée d'une manière spéciale sur la toux ou le larmolement de l'enfant; elle est possible pendant toute la période d'invasion, ayant son maximum au deuxième jour du catarrhe, et disparaît quand l'éruption arrive ou la desquamation se fait. Voilà ce que l'observation nous enseigne.

Quelles sont les conclusions pratiques que le médecin doit en tirer? "Si la contagion de la rougeole, dit Grancher, se fait surtout par contact, et si le germe de la maladie est fragile et garde très peu de temps sa virulence, il semble qu'il soit facile de l'éviter. C'est tout le contraire, et la rougeole est peut-être de toutes les maladies transmissibles la moins évitable, pour deux raisons: la réceptivité extrême de l'espèce humaine d'une part, la précocité de la contagion d'autre part. Comment se défendre contre un danger invisible et soupçonner un enfant qui joue et ne souffre encore d'aucun symptôme apparent? Cette raison ajoutée à la fréquence extrême de la maladie aboutit à ce résultat que la contagion est partout, dans la famille, l'école, la rue, l'omnibus, le magasin, etc..... et la défense nulle part."

S'en suit-il que le médecin doive se croiser les bras? Écoutons Grancher qui nous dit ailleurs que les questions d'hygiène et de prophylaxie s'imposent à l'attention du médecin, "je dirai même, ajoute-t-il, à sa conscience, aujourd'hui que nous connaissons la nature de ces maladies surajoutées, ou infections secondaires, qui sont presque toujours la cause des accidents graves ou de la mort dans la rougeole." La question d'hygiène, nous en avons parlé à propos du traitement; il nous reste donc à considérer, pour finir, le second devoir du médecin: la prophylaxie.

Nous sommes persuadés que lorsque le médecin est appelé dans une famille pour un enfant qui offre des symptômes inquiétants, symptômes qui permettent d'établir le diagnostic certain de rougeole, il est déjà trop tard pour mettre les autres enfants de la famille à l'abri. La contagion est déjà faite, et dans les quatorze jours qui suivent (les américains donnent même jusqu'à vingt jours), les autres enfants tomberont malades à leur tour. Donc, lorsque la rougeole

est entrée dans une famille, il faut l'y laisser, et s'efforcer de la mener à bonne fin. Mais le médecin qui s'en tiendrait là n'aurait accompli qu'une partie de son devoir. Il faut laisser la maladie dans la famille, oui ; mais il faut aussi l'empêcher d'en sortir, et comme la contagion se fait par contact, la chose est praticable. Non pas tant par la désinfection, (1) le germe contagieux meurt rapidement, que par l'antiseptie du malade et de son entourage, et surtout par l'isolement. Ce sont des mesures faciles à prendre, et les seules qui permettront de diminuer les cas si nombreux de rougeole.

Toutes les personnes en contact avec le malade observeront la propreté la plus rigoureuse, afin de ne pas conserver sur elles et de ne pas transporter ailleurs les sécrétions desséchées du malade. Cette propreté sera basée sur l'antiseptie : lavages des mains et de la figure avec des solutions antiseptiques, surveillance minutieuse des habits et changement de vêtements chaque fois qu'on veut sortir. L'isolement consistera à garder tous les enfants à la maison, à confiner le petit malade dans une seule chambre et à ne recevoir personne, de peur que la maladie ne se propage ailleurs par contact indirect. Et comme le public n'est pas au courant de ces questions, comme il pêche par ignorance, c'est au médecin à lui enseigner que la rougeole est une maladie dangereuse en soi, et qu'il est du devoir de tous, quand elle existe, de l'empêcher de s'étendre. Quand l'éducation du public aura été faite, on réduira à son minimum la contagion de la rougeole dans la famille et dans les écoles, et l'on rendra de plus en plus inutile l'intervention des autorités sanitaires, toujours désagréable.

WILLIAM OSLER.—*The principles and practice of medicine*, 1892.

J. GRANCHER.—*Traité de Médecine et de thérapeutique de Brouardel, Gilbert et Girode*. Vol. I, 1895.

ALBERT JOSIAS.—*Traité de thérapeutique appliquée de Robin*. Vol. IV, 1896.

GEORGE DOCK.—*Wilson's American text-book of applied therapeutics*, 1896.

GASTON LYON.—*Traité élémentaire de clinique thérapeutique*, 1897.

La *créosote*, dit un médecin belge, le Dr Van Ryn, est un médicament susceptible de produire une amélioration chez les tuberculeux torpides, sans poussées fébriles, sans expectoration trop abondante, sans tendances aux hémorragies ni aux congestions, sans phénomènes d'intoxication grave. Si l'on sort de ces cas, l'on s'expose à des mécomptes souvent sérieux. Or, c'est précisément dans ces cas que l'hygiène, la diète et le climat donnent les meilleurs résultats.

Les rayons de Rontgen viennent d'être appelés de nouveau à éclairer l'opinion des tribunaux.

Il s'agissait d'une fracture de la clavicule causée par un accident de voiture. Une photographie du thorax obtenue au moyen des rayons X et montrant la consolidation vicieuse de la fracture fut produite par l'avocat devant le tribunal civil de Marseille, qui accorda 1500 francs de dommages-intérêts.

L'ammonol, est un dérivé du goudron contenant de l'ammoniaque. C'est un antipyrétique-analgésique qu'on a employé dans les fièvres, les névralgies, la dysménorrhée et la dyspepsie. Il jouit aussi de propriétés stimulantes. La dose est de 4 à 15 grains.

(1) La désinfection, cependant, ne doit pas être mise de côté. Il est plus sûr, quand la maladie est finie, de désinfecter la chambre et son contenu. Ce sera la conduite sage à tenir jusqu'à ce qu'on ait découvert le microbe de la rougeole, et prouvé expérimentalement qu'il perd sa virulence hors de l'organisme.

REVUE DE PÉDIATRIE

LES INCONTINENCES D'URINE DE L'ENFANCE (ÉTUDE PATHOLOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE).—Par MM. ROCHET, agrégé de la Faculté de Lyon, et JOURDANET, interne des Hôpitaux.

Quand on parle des enfants atteints d'incontinence d'urine, il importe bien de s'entendre. Deux grandes catégories sont, en effet, à distinguer tout d'abord :

1^o Les enfants dont l'incontinence ne fait que traduire une lésion interne des voies urinaires, matérielle, bien précise, ou ne représente qu'un phénomène dans le cours d'une maladie qui domine la scène pathologique. C'est la catégorie des *incontinences* dites *symptomatiques*.

2^o Les enfants chez lesquels l'incontinence d'urine se montre, au contraire, comme l'unique maladie sans lésion locale appréciable, sans maladies apparentes. Ce sont les *incontinences* dites *essentiell*es.

Nous laissons de côté, dans notre étude, toutes les incontinences symptomatiques, qui passent au second plan derrière la maladie première dont elles dérivent. Nous ne citerons donc que pour mémoire et pour fixer les idées sur ces incontinences très spéciales :

1^o Les incontinences relevant de *maladies nerveuses bien typiques* ou de *lésions cérébro-spinales bien caractérisées* (incontinence de l'épilepsie, incontinence compliquant le spina bifida, le mal de Pott, le myélite transverse, l'ataxie locomotrice infantile, décrite par Remak, etc., etc.).

2^o L'incontinence due à des *maladies de la vessie elle-même*.

3^o L'incontinence due à des malformations de l'urèthre ou du pénis.

4^o Les incontinences dues à des altérations de la qualité de l'urine elle-même (certaines albuminuries, acidité exagérée de l'urine dans le cours ou la convalescence de maladies fébriles, urine trop chargée d'urates chez les goutteux, etc., etc.).

5^o D'autres fois, ce sont des *lésions irritatives de voisinage* (oxyures du vagin ou de l'anus, polypes du rectum, etc.), qui retentissent sur la vessie et en augmentent l'excitabilité. Il faut que le praticien soit bien prévenu de ces faits, parce que, lorsqu'on les a reconnus, une thérapeutique très simple fait guérir rapidement parfois des enfants qu'on aurait pu prendre pour de vrais pisseurs au lit.

L'incontinence dite *essentielle* n'est pas plus "une" que l'incontinence *symptomatique* ; cela vient, comme nous l'avons dit déjà, que tout en dépendant d'une *cause première unique*, l'hystérie où la simple névropathie, elle est sous la dépendance de causes secondes très variées, suivant les cas cliniques auxquels on a affaire. Il y a d'abord toute une série de cas d'incontinence nocturne qui correspondent à des pollakiuries. Ces pollakiuries sont elles-mêmes d'origines très diverses ; ou plutôt, dans l'ignorance où l'on est souvent de leurs véritables causes, elles sont susceptibles d'interprétations très diverses.

Chez certains sujets, les fibres musculaires vésicales sont trop sensibles à la distension, et quand celle-ci dépasse certaine limite, elles réagissent énergiquement pour expulser le contenu de la vessie ; cette excitabilité existe le jour aussi bien que la nuit ; mais, pendant le jour, le sujet sent venir cette contraction, peut s'arranger pour lutter contre elle par son sphincter urétral antagoniste, ou tout au moins peut prendre ses précautions pour ne pas uriner dans ses vêtements. Pendant la nuit, au contraire, l'engourdissement du sommeil rend plus obtuse la sensation du besoin d'uriner, et la volonté du malade ne

venant pas lutter contre la contraction du *detrusor urinae*, la miction s'opère dans les draps.

La pollakiurie, anenant l'incontinence nocturne, peut reconnaître une autre cause que l'excitabilité excessive de la vessie elle-même. Elle pourrait parfois être rattachée à une *exagération anormale de la sensibilité de l'urèthre profond*, de cette région qui commande le besoin d'uriner quand quelques gouttes d'urine viennent à s'y engager.

L'anesthésie de cette région, signalée par certains auteurs comme cause de l'incontinence infantile, empêchant le passage de l'urine d'être senti dans l'urèthre, et ne permettant pas, par conséquent, au sujet de s'y opposer, est une erreur pathogénique, du moins pour l'incontinence dite essentielle; elle existe dans l'incontinence symptomatique de lésions médullaires vraies, mais dans l'incontinence névrose, ainsi que l'a déjà bien fait remarquer Guinon, les petits malades ressentent parfaitement le besoin d'uriner, trop bien même, puisque le jour ils ont parfois une pollakiurie très marquée. Ce qui serait vraisemblable donc, dans quelques cas, ce serait au contraire une certaine hyperesthésie de l'urèthre postérieur, plus ou moins analogue à celle qu'on observe chez les adultes névropathes et pollakiuriques, chez lesquels la muqueuse uréthrale est extrêmement sensible, douloureuse même au passage de la sonde, et que des cathétérismes réguliers avec de gros Béniqué arrivent à guérir de leur pollakiurie. Sans doute, beaucoup de cas malades sont d'anciens blennorrhagiques, avec reliquat inflammatoire du côté de la prostate, mais chez bon nombre d'entre eux aussi, la névropathie doit jouer le principal rôle dans la production des troubles fonctionnels dont ils se plaignent. Pourquoi ne pas admettre pareille hyperesthésie chez des enfants névropathes, dont l'incontinence nocturne, suite de la pollakiurie, est améliorée ou guérie par le passage régulier des bougies dans le canal?

Il y a, enfin, des pollakiuries d'*origine psychique*, que les auteurs ont également interprétées de différentes façons, suivant les cas et suivant aussi leurs idées personnelles.

J.-L. Petit avait déjà parlé de ces enfants qui pissent au lit " parce qu'ils rêvent pisser quelque part." Janet a bien étudié, dans ces dernières années, ces *psychopathes urinaires*, plus fréquents sans doute chez les névropathes adultes, mais qu'on peut aussi rencontrer chez les petits nerveux héréditaires. Ce sont des malades qui, consciemment ou non, ont toutes leurs idées orientées vers leur système urinaire, et ce sont des pollakiuriques au premier chef, parce que la pensée d'ordre urinaire, la préoccupation mictionnelle réagit sur la vessie et l'entrelient dans un état permanent d'excitabilité. Si le sujet n'est pas assez malade pour ne pas oublier sa vessie la nuit, et s'il peut se soustraire de cette pensée la nuit, la pollakiurie ne sera que diurne. Si la pensée urinaire persiste la nuit, au contraire (sous forme de rêves, par exemple), la pollakiurie sera nocturne aussi bien que diurne; et alors, dans l'espèce, si on a affaire à des enfants un peu paresseux ou à sommeil profond, la miction se fera facilement dans les draps.

À côté de ces incontinents très mal dénommés ainsi, puisqu'ils ne sont, en réalité, que des *pollakiuriques très marqués*, il y a d'autres catégories de malades qui n'ont évidemment rien à faire avec la pollakiurie.

Il y a d'abord ceux dont a parlé longuement M. Guyon, et qui sont atteints (congénitalement ou par voie acquise) d'*atonie du sphincter uréthral*. Chez les enfants incontinents, il y a, dit-il, moins d'exagération de la force impulsive vésicale que faiblesse du côté de la résistance sphinctérienne. Et de fait, dans certains cas, l'exploration de l'urèthre avec la bougie à boule montre, chez le garçon surtout, qu'elle ne rencontre aucune difficulté pour passer dans la région membraneuse; à son passage à ce niveau, elle n'éprouve pas la constriction ordinaire. Évidemment, cette pathogénie est séduisante par sa clarté, et surtout la netteté de l'indication thérapeutique qu'elle fournit; ces malades ne peuvent

guérir qu'avec l'électrisation du sphincter urétral, qui fortifie ce muscle et lui rend sa tonicité. Elle est vraie pour certains malades ; mais ce serait une grosse erreur de la généraliser ; car, précisément, ces malades chez lesquels on constate, avec la boule ou le simple cathéter, l'atonie de la région sphinctérienne de l'urèthre, sont la minime exception. Guinon a déjà fortement attaqué cette interprétation exclusive : Nous n'avons jamais remarqué cette atonie, dit-il, et toujours chez les garçons l'olive était resserrée au niveau de la portion terminale de l'urèthre. Remarquons aussi que, si l'atonie du système sphinctérien était la cause vraie, les filles, dont l'appareil musculaire est moins développé, seraient beaucoup plus exposées à l'incontinence, ce qui n'est pas. Dans cette hypothèse, l'incontinence devrait se constituer dès le plus jeune âge, et devrait diminuer avec l'âge chez les garçons à mesure que la prostate approche de son complet développement, c'est-à-dire vers dix ou onze ans ; or, loin de s'améliorer, l'incontinence apparaît quelques fois vers cinq ou six ans, et augmente souvent les années suivantes.

Il y a enfin (1) une dernière catégorie d'incontinents (et c'est par là que nous terminerons la revue de tous ces petits pisseurs au lit), qui sont peu connus, dont on ne parle plus aujourd'hui, dont nous avons observé trois cas très nets, croyant même que c'était nous qui les avions découverts, mais que nous avons retrouvés dans Civiale, qui les avait décrits déjà avec son esprit clinique et judicieux. Ce ne sont pas des incontinents, ce sont des *rétenionnistes qui pissent par renforcement*, et la rétention plus ou moins complète est encore, dans ces cas sous l'influence directe de la névropathie.

Nous ne connaissions pas le fait déjà signalé, très nettement, par Civiale, et nous avons, comme lui, été très surpris de trouver, chez trois des enfants que nous avons été appelé à soigner pour de l'incontinence d'urine, leur vessie pleine, dilatée même, et un spasme véritable de l'urèthre membraneux, spasme tellement fort que, chez l'un d'eux, on dut se servir de l'anesthésie pour arriver à franchir avec l'explorateur métallique la portion profonde de l'urèthre. Cette constatation nous a paru d'autant plus surprenante que nous étions restés sous l'impression des deux grandes théories généralement admises pour expliquer l'incontinence d'urine infantile : 1o la théorie de l'excitabilité vésicale exagérée, ne permettant pas à la vessie de garder au-delà d'une quantité restreinte d'urine, et qui est incompatible, par conséquent, avec une vessie pleine et même dilatée ; 2o la théorie de l'atonie sphinctérienne venant tout à fait à l'encontre de la contracture observée, au contraire, chez nos malades.

Il est donc nécessaire d'admettre que certains enfants dits *incontinents* sont, en réalité des *rétenionnistes*. Cette catégorie est indéniable, et le diagnostic se fait précisément par les constatations que nous avons signalées : 1o un urèthre membraneux très serré, contracturé, rebelle au passage du cathéter ; 2o une vessie spacieuse, contenant parfois beaucoup d'urine, alors que le petit malade pisse constamment.

Ajoutons enfin, et sans rien préjuger du traitement, que c'est chez ces malades que les cathétérismes réguliers améliorent l'incontinence, et Civiale, qui avait été frappé de ces cas, proposait précisément ces cathétérismes comme traitement systématique de l'affection.

Comme on le voit, en somme, quelle que soit la catégorie dans laquelle on puisse ranger les différents incontinents que nous venons de passer en revue,

(1) Nous n'avons pas parlé de ces incontinents par *paresse* et que l'opinion courante croit beaucoup plus fréquente en réalité. La théorie de la paresse peut s'appliquer à un petit nombre de cas, surtout pour des enfants encore en très bas âge ; et, de fait, il y en a qui sont nettement améliorés par la crainte d'une punition, par l'habitude qu'on leur fait prendre de se lever une ou deux fois la nuit. Mais ce sont des incontinences qui ne durent pas longtemps et qui sont très intermittentes ; elles ne ressemblent pas à ces incontinences persistantes, tenaces, chez des enfants déjà grands, qui comprennent bien leur infirmité et qui, malgré leur bon vouloir, ne peuvent s'en débarrasser.

quelque soit la façon dont s'y prend leur névropathie pour aboutir à l'incontinence, ce sont tous des *névropathes*.

L'incontinence dite essentielle des enfants est toujours liée à une tare nerveuse. Trousseau avait déjà insisté sur les relations des névroses (hystérie, épilepsie) avec l'incontinence d'urine et Guimon a bien mis en évidence cette étiologie générale. "Toutes les causes diverses qu'ont imaginées les auteurs doivent être ramenées à une seule, l'hérédité nerveuse sous toutes ses formes, le nervosisme et la dégénérescence à tous les degrés." Il arrive même à considérer l'incontinence nocturne comme un *stigmat* d'hérédité nerveuse lui-même.

"C'est un stigmat bénin, car il peut coïncider avec la dégénérescence intellectuelle, profonde, résultant d'une lourde hérédité psychique, il est aussi la manifestation discrète d'une hérédité nerveuse légère, du nervosisme bénin. Il peut même s'isoler complètement comme la dernière trace de cette hérédité."

TRAITEMENT.—Après tout ce que nous avons dit, on pourra prévoir que la thérapeutique à appliquer aux incontinences-névroses de l'enfance devrait être celle de la névropathie elle-même, c'est-à-dire exclusivement médicale et identique dans tous les cas, quel que soit le mécanisme qu'emprunte cette névropathie pour réaliser l'incontinence.

Et, de fait, ce serait le seul traitement à appliquer, s'il parvenait à supprimer totalement la cause première de l'affection. Malheureusement on ne change pas aisément, et du jour au lendemain, une constitution, un tempérament, même par la thérapeutique la mieux appropriée. Il faut compter aussi avec le temps, avec l'évolution de l'être, qui, chez les jeunes sujets, peut faire disparaître ou tout au moins transformer les manifestations morbides; et conséquemment, quoique le traitement antinerveux doive faire le fond de la thérapeutique, il faut essayer aussi d'autres moyens pour hâter la guérison des accidents, ou les pallier tout au moins en attendant la disparition de leur cause première.

Or, si le traitement général antinerveux doit être unique, les moyens adjuvants dont nous parlons seront, au contraire, très variés, suivant les différentes formes que nous avons essayé de catégoriser. Nous ne pouvons, du reste, que les esquisser rapidement en montrant le parti qu'on peut en tirer dans les principaux cas.

Si on a des raisons de supposer une excitabilité anormale de la vessie, une névrose musculaire du muscle vésical, qui rend trop sensible même à une distension légère, le traitement classique par Trousseau aura chances d'agir efficacement. Trousseau commençait par donner une pilule de 1 centigramme ($\frac{1}{10}$ de grain) d'extrait de belladone le soir, au moment où l'enfant se couchait; ceci pendant plusieurs jours consécutifs. Au bout de quelque temps, on augmentait d'une pilule, puis, toujours, progressivement, et en laissant l'enfant avec la même dose pendant plusieurs jours de suite, on poussait jusqu'à 6, 7, 8 et même 15 centigrammes même si la guérison était obtenue, pour la maintenir, surtout s'il n'y avait pas de symptômes de saturation ou d'intolérance du médicament.

Se trouve-t-on en présence d'hyperesthésie de la muqueuse cervicale, uréthro-vésicale, amenant secondairement des besoins d'uriner trop fréquents? Ici encore les calmants généraux peuvent agir, mais déjà moins efficacement, car la plupart d'entre eux agissent comme des *antispasmodiques* et non comme des *anesthésiques*. C'est dans ces cas qu'on a pu avoir des succès plus ou moins durables avec des manœuvres locales, *instillations de cocaïne* au niveau de la région cervicale et dans l'urèthre profond, même le *cathétérisme simple*, sur la valeur thérapeutique duquel Civiale avait déjà insisté, sans chercher à analyser exactement la façon dont il agissait. On peut s'en faire une idée cependant: sous l'influence du passage régulier de bougies, un peu volumineuses surtout, et faisant une sorte de dilatation, la région hyperesthésiée finit par se calmer, la sensibilité anormale s'émousse petit à petit et la pollakiurie qui en était la conséquence directe s'amende.

Nous avons déjà dit que les *incontinences par anesthésie* de la région uréthro-

cervicale, et dont on avait parlé beaucoup autrefois, n'existent pas ou très rarement peut-être, dans les incontinenances-névroses. Cette forme *anesthésique* ne se voit guère que dans les lésions médullaires vraies, dans les incontinenances symptomatiques par conséquent.

A-t-on affaire aux cas étudiés par M. Guyon, et dans lesquels l'exploration directe du canal dénote de la paresse ou de l'atonie sphinctérienne? Troussseau avait conseillé pour eux la noix vomique sous forme de *sirop de sulfate de strychnine* (5 centigrammes (1 grain) pour 100 grammes (3½ onces) de sirop de sucre). Chez les enfants de cinq à dix ans, il commençait par deux cuillérées à café (5 milligrammes environ) par jour, une le matin, une le soir. En laissant au bout de deux jours d'administration du médicament, deux jours de repos au malade, on augmentait d'une cuillérée à café; puis toujours ainsi progressivement jusqu'à six cuillérées à café; puis encore six cuillérées à dessert, et enfin même six cuillérées à bouche par jour, en suivant toujours les mêmes règles.

C'est à ces cas que M. Guyon a appliqué le traitement rationnel de l'*électrisation du sphincter*. Il introduit, chez les garçons, sa bougie revêtue d'un manchon isolant et à olive métallique découverte, dans l'urèthre profond; chez les filles, dans l'intérieur du col, en l'enfonçant dans la vessie d'abord, puis en la retirant jusqu'à ce que le talon vienne appuyer sur le col. La bougie est reliée au pôle négatif, l'autre électrode est placé sur la symphyse. Le courant est induit, à interruptions rares, et la séance varie autour de cinq minutes. Bien d'autres façons d'appliquer l'électricité ont été indiquées; mais on s'est toujours servi des courants faradiques.

Pour combattre l'*influence psychique*, l'influence du *rêve mictionnel*, on peut disposer de différents moyens. On peut tout d'abord s'attacher à rendre le sommeil plus léger pour permettre au petit pollakiurique de se lever pour satisfaire son besoin d'uriner; on a conseillé un peu de *thé*, de *café*, au repas du soir, mais ce sont là peut-être des armes à double tranchant, chez certains enfants dont la névropathie revêt la forme d'éréthisme. Il y a longtemps qu'on a parlé aussi, et cette thérapeutique est populaire, des *réveils réguliers* et *plus ou moins fréquents* imposés au petit malade la nuit; cette méthode peut donner à la longue des résultats, en habituant petit à petit la vessie à des évacuations réglées pour telle ou telle heure de la nuit: le nombre de ces réveils forcés se proportionnera à l'intensité de la pollakiurie pendant le jour.

Faut-il *punir* et *terroriser* les petits incontinentes? Les avis sont partagés. Les uns soutiennent qu'en les terrorisant ils perdent de plus en plus confiance dans leur pouvoir de retenir leurs urines la nuit; la crainte de la punition attire encore davantage leur attention sur la fonction urinaire, augmente leur préoccupation mictionnelle et aggrave par conséquent leur état. Il faut réserver, disent-ils, cette méthode thérapeutique aux enfants d'une certaine classe, mal éduqués au point de vue de la propreté, auxquels on n'a pas appris à être propres de bonne heure ou à ceux chez lesquels la paresse paraît jouer un rôle prépondérant. Les autres, au contraire, prétendent que ce traitement agit d'une façon heureuse en frappant le cerveau de l'enfant par une sorte de *suggestion*.

Cette influence de la *suggestion* a été utilisée encore de bien des manières. On a essayé les *injections sous-cutanées douloureuses*, la *mise en scène d'une entrée à l'hôpital* ou *dans une salle d'opération*, etc.; enfin on a appliqué la *suggestion hypnotique*.

Les incontinenances d'origine psychopatique pure et qui dépendent uniquement du rêve mictionnel nocturne, restent, en somme, comme les plus difficiles à guérir; le traitement mental seul peut avoir de l'influence sur elles et, malheureusement cette thérapeutique, ici comme ailleurs, est encore dans l'enfance. Ces incontinentes psychiques guérissent spontanément, à un moment donné, quand ils commencent à devenir adultes et que d'autres préoccupations, les préoccupations génitales notamment, les envahissent: les rêves amoureux remplacent alors les rêves mictionnels et l'incontinence nocturne s'en va.

Nous arrivons maintenant aux cas de *rétenion d'origine spasmodique*, que nous avons bien mis en relief. A ceux-là un traitement local paraît très efficace, si on en juge par les constatations déjà faites par Civiale et par les deux cas que nous avons eu à soigner dans cette catégorie. Ce traitement sera le passage régulier de sondes, pendant un certain temps et une fois par jour au moins.

Voici comment nous avons procédé chez deux de nos malades : une fois par jour seulement on évacuait complètement le contenu de la vessie avec la sonde ; puis de temps en temps (deux fois par semaine environ) on passait après la sonde évacuatrice deux ou trois bougies Béniqué, pour faire une légère dilatation du sphincter urétral (le numéro de la bougie dilatatrice étant proportionné au calibre de l'urèthre du sujet, suivant son âge). La durée de ce traitement dura un mois chez nos deux malades. Dès les premières séances du cathétérisme, l'amélioration apparut. Au bout d'une quinzaine de jours, l'incontinence, de diurne et nocturne qu'elle était, ne se montra plus que la nuit (on sondait le malade le matin et il est probable que le soir et la nuit la rétenion recommençait) ; puis, elle disparut tout à fait, même la nuit.

Il nous resterait à examiner les cas où l'incontinence par regorgement serait due à une rétenion non plus d'origine spasmodique, mais d'origine parétique ou paralytique, le muscle vésical étant devenu plus ou moins atone. Nous avons dit déjà combien ces cas sont hypothétiques dans l'incontinence infantile. Si cependant on en rencontrait de ce genre, la méthode la plus rationnelle serait des séances d'*électrisation du corps de la vessie lui-même*, jointe à des *cathétérismes évacuateurs* réguliers, comme le faisait Civiale pour corriger les effets de la distension. On pourrait encore mettre en œuvre quelques injections intravésicales légèrement irritantes ou caustiques (nitrate d'argent, par exemple) pour solliciter la contractilité du muscle vésical.

(In Gaz. des Hop.)

L'EAU FROIDE EN MÉDECINE INFANTILE, par le Dr J. COMBY, médecin de l'hôpital Trousseau.

L'hydrothérapie froide, dans les fièvres et maladies aiguës, n'a pénétré en France qu'avec peine ; mais aujourd'hui elle a triomphé et ses adversaires se font de plus en plus rares. Avant que l'eau froide, par un retour des choses qui ne sont pas sans exemple, soit remplacée par l'eau chaude (voyez Renaud, Académie de médecine 1896) hâtons-nous de résumer ses indications, ses avantages, ses inconvénients ; en un mot établissons le bilan de cette méthode thérapeutique.

Pour bien saisir les indications de l'eau froide il faut être éclairé sur son action physiologique, d'ailleurs très complexe. L'eau froide a d'abord une *action réfrigérante*, ce qui n'étonnera personne ; elle soustrait de la chaleur au malade ; c'est un agent anti-thermique. En second lieu, elle trouble la circulation cutanée, fait d'abord contracter les petits vaisseaux qui se dilatent ensuite, de sorte que la peau pâlit immédiatement pour rougir ensuite ; le premier effet astringent et constricteur n'est pas durable et il est bientôt remplacé par une vaso-dilatation, qui dégage les organes profonds, de sorte qu'on peut soutenir que les applications froides ont une *action révulsive*.

Cette action révulsive se fait sentir sur le cœur dont les battements deviennent moins fréquents et plus forts, sur la respiration qui devient aussi plus lente et plus aisée, de sorte qu'on peut dire que l'eau froide a une *action eupnéique* et *systolique*.

L'action révulsive et réfrigérante de l'eau froide sur la peau a pour corrolaire un fonctionnement plus accusé des émonctoires et spécialement du rein ; le bain froid produit surtout la diurèse, il est diurétique. Enfin il agit sur les extrémités nerveuses qu'il remonte et fortifie, c'est un tonique du système nerveux. Si l'eau froide est tonique, elle est en même temps sédative et procure

aux malades agités du calme et du soulagement ; ils souffrent moins, ils dorment mieux, il peuvent prendre du repos.

L'eau froide est antithermique.

Toutes les fois qu'il y a une hyperthermie, avec ou sans délire, agitation, ataxo-adynergie, on emploiera l'eau froide, qu'il s'agisse d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, d'une diphtérie, d'une septicémie hyperthermisante quelconque. J'ai employé le bain froid avec succès dans la scarlatine, dans la rougeole, dans la variole, dans la grippe, dans la diphtérie, dans la diarrhée infectieuse, dans l'érysipèle.

Aucune maladie générale infectieuse ne contre-indique le bain froid. Toutes les pneumonies et broncho-pneumonies, même chez les enfants les plus jeunes, peuvent être traitées par l'eau froide. Dans la pneumonie franche, le bain froid est presque toujours très bien supporté : dans la broncho-pneumonie, il peut être contre-indiqué.

Quand il y a un foyer petit, limité, contrastant avec des symptômes généraux intenses et une fièvre excessive, le bain froid est indiqué. Par contre, si les lésions sont diffuses, les bronches encombrées, si l'enfant présente la forme capillaire et suffocante de la maladie, le bain froid ne réussit pas, il faut le remplacer par les draps et les serviettes mouillés.

Le bain froid est mal supporté également dans la méningite tuberculeuse, la granulie, les maladies du cœur ; on ne doit pas le prescrire sciemment dans ces maladies quoique, dans quelques cas, il soit assez bien toléré.

S'il y a des contre-indications pour le bain-froid pour les grandes affusions froides à la Currie, c'est à-dire pour la réfrigération brutale qui ne redoute pas le *shock* et le recherche même, il n'y en a pas pour les autres modes d'application de l'eau froide, et j'ai trouvé que les enfants supportaient toujours bien le drap mouillé, les compresses froides et la vessie de glace, etc.

La vessie de glace sur la tête, sur le ventre, sur le thorax, sur la région précordiale, malgré sa basse température, est bien supportée, parce qu'elle agit sur une petite surface et ne refroidit pas la totalité des téguments comme le bain froid. Elle peut rendre des services contre la pneumonie, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, la péricardite, la myocardite, la péritonite, la méningite, etc.

Le drap mouillé est excellent, assez réfrigérant et très sédatif, dans les états convulsifs avec ou sans fièvre ; il m'a rendu des services signalés dans la chorée, dans l'hystérie avec convulsions ou tremblements, dans l'irritabilité cérébrale avec agitation extrême, dans toutes les névroses de l'enfance en général.

Le drap mouillé, appliqué trois fois par jour, pendant une heure chaque fois, a fait disparaître rapidement les mouvements choréïques chez plusieurs malades, les a calmés, leur a procuré du sommeil, a hâté la guérison. Dans les cas d'affections aiguës broncho-pulmonaires chez les petits enfants (congestion, bronchite aiguë, bronchite capillaire, broncho-pneumonie, etc.), les compresses froides appliquées sur le thorax sont très bien supportées et procurent un soulagement manifeste, quoiqu'elles n'abaissent pas la température centrale comme le bain froid. Elles provoquent, par le saisissement qu'elles déterminent et par leur renouvellement incessant, des contractions énergiques des muscles respiratoires, de la toux, facilitent la désobstruction des bronches, font rougir la peau, entretiennent autour de l'enfant une atmosphère humide favorable à la respiration. Elles n'ont que des avantages, sans avoir aucun des inconvénients de la réfrigération brutale ; aussi les voit-on partout adoptées.—(*Tr. Méd. mod.*)

TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE POST-SCARLATINEUSE, par M. KONTREBINSKY.

La néphrite post scarlatineuse étant, d'après la pathogénie généralement admise, une auto-intoxication par le virus scarlatineux, dont les produits toxiques ne peuvent plus être éliminés par les reins malades, la thérapeutique devra avoir

pour objectif principal de combattre la rétention par l'organisme de ces produits toxiques. La défense de l'organisme contre le virus est d'autant plus faible, que les principaux organes d'excrétions, les reins, la peau et l'intestin sont malades à un degré favorable.

Le traitement rationnel de la néphrite post-scarlatineuse devra donc poursuivre un double but :

1o Combattre la néphrite elle-même.

2o Relever les fonctions d'excrétion de la peau et de l'intestin ou d'y suppléer par des moyens appropriés.

(1). Pour remplir la première indication, c'est-à-dire pour diminuer la pénétration et la formation dans l'organisme des toxines, les moyens les plus efficaces sont les suivants :

a. Régime de lait plus ou moins absolu, suivant la gravité du cas, combiné avec une nourriture hydrocarbonée. Aufrecht, en traitant des néphrétiques avec des hydrocarbonés seuls et en prescrivant le lait, a obtenu d'excellents résultats. Proscrire absolument les viandes et les œufs, bien que ces derniers soient recommandés par quelques auteurs.

b. Repos au lit pendant trois semaines au moins.

c. Les eaux alcalines, Vichy-Célestins particulièrement.

d. Pureté de l'air ambiant.

(2). Moyens destinés à éliminer le plus rapidement possible les toxines, en ménageant les reins et à cet effet relever l'activité des autres organes d'excrétion, de la peau et de l'intestin en particulier, les diaphorétiques et les purgatifs.

a. D'après Soroloff, dès le début de la scarlatine, la respiration cutanée est fortement diminuée, elle diminue encore davantage avec l'albuminurie. Dès que l'albuminurie disparaît, la respiration cutanée augmente aussi. Pour relever celle-ci on aura recours aux bains tièdes, compresses chaudes étendues. L'air chaud et tiède est d'une très grande utilité. Les enfants seront tenus dans une atmosphère chaude, uniforme, toujours bien couverts. Les bains seront de 35°, d'une durée de 15 à 20 minutes.

b. Comme purgatifs : lavement à l'eau tiède, infusion de senné. Le calomel est très nuisible, provoquant souvent des accidents urémiques.

(Dictshaja Méd. No 6, 1896.)

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—Le rôle de la Graisse dans les Hernies, applications thérapeutiques ; prévention des hernies, etc, par le Dr Z. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, p. 20, A. Coccoz, Paris.

Henri de Parville raconte dans la revue scientifique du *Correspondant* (No du 10 fév.) que l'on ramassa à Canton (Chine), quelques jours avant l'apparition de la peste, 32,000 cadavres de rats. D'après les recherches de Yersin, le bacille de la peste végète dans le sol, où les rats l'absorbent en rongant les détritns. Devenues malades, ces petits animaux sortent de leurs trous et viennent mourir dans les habitations, où ils apportent la maladie. Les rats meurent toujours en grand nombre au début des épidémies de peste.

Sir Spencer Wells, le grand gynécologiste anglais, est mort. Il était âgé de 79 ans.

L'Académie de Médecine de New-York a fêté le 29 janvier le 50e anniversaire de sa fondation. Le président Cleveland a présidé la cérémonie, les Drs Jacobi et Sayre ont fait un discours. La bibliothèque de l'Académie renferme aujourd'hui 55,000 volumes sur des sujets de médecine.

FORMULAIRE

Dyspepsie nervo-motrice.

Bromure de potasse.....		1 once.
Pepsine	}	ââ 3 drachmes.
Charbon de bois.....		
Eau.....		4 onces.

Sig.—Une cuillerée à thé dans un peu d'eau après les repas.

LACHAPELLE.

Syphilis.—*Liqueur de Van Swieten modifiée.*

Eau distillée.....		1 chopine.
Sirop de morphine.....	}	ââ 3½ onces.
Sirop de fleur d'oranger.....		
Teinture de mélisse.....		1½ once.
Bichlorure de mercure.....		8 grains.

Sig.—Deux cuillerées à dessert par jour.

MAURIAC.

Rhumatisme articulaire chronique.

Salophène. En cachet.....		15 grains.
---------------------------	--	------------

Sig.—A prendre trois fois par jour.

ROTTOT.

Pneumonie (*au début*).

Emétique 1 gram.....		1 grain.
Morphine.....		¼ grain.
Eau.....		1 once.

Sig.—Une cuillerée à thé toutes les 2 heures.

ROTTOT.

Eczéma chronique (*avec ulcère*).

Calomel.....		5 grains.
Faire 40 poudres.		

Sig.—Une poudre toutes les trois heures.

Europhène.....		15 grains.
Vaseline.....		2 onces.

Sig.—En application locale matin et soir.

ROTTOT.

Coqueluche grave

Calomel à la vapeur.....	} àâ 1 grain.
Ipeca pulvérisé.....	
Sucre de lait.....	16 grains.

Mélez et divisez en 8 paquets.

Sig.—Donnez 1 paquet toutes les 2 heures jusqu'à ce que les 8 paquets soient pris ; administrez une dose d'huile de ricin.

Le lendemain :

Bromure de soude.....	2 drachmes.
Sulfate d'atropine.....	$\frac{1}{15}$ à $\frac{1}{10}$ grain.
Sirup d'écorce d'oranges amères.....	3 onces.

Sig.—Une cuillerée à café toutes les 3 heures.

Donner aussi toutes les 3 heures, 2 grains de quinine, qu'on fait alterner avec la potion.

GUNDRUN.

Prostatite.

Beurre de cacao.....	} àâ 30 grains.
Ichtyol.....	
Extrait de belladone.....	1 grain.
Chlorhydrate de cocaïne.....	$\frac{1}{2}$ grain.
Chlorhydrate de morphine.....	$\frac{1}{4}$ grain.

Pour un suppositoire.

Sig.—Localement, chaque soir, au besoin.

MONIN.

Psoriasis.

Gutta-percha.....	2 drachmes.
Chloroforme.....	2 onces.

Faire dissoudre. Puis ajouter :

Acide chrysophanique.....	2 drachmes.
---------------------------	-------------

Sig. En application locale.

CHATELAIN.

Conjonctivite.—Collyre jaune.

Muriate d'ammoniaque.....	15 grains.
Sulfate de zinc.....	30 grains.
Eau.....	$2\frac{1}{2}$ drachmes.
Camphre.....	10 grains.
Alcool.....	Q. S.
Safran.....	2 grains.

Sig.—En application locale.

FOUCHER.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Directeur-Gérant : - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTRÉAL, MARS 1897

BULLETIN MÉDICAL

La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde et son traitement chirurgical.

L'une des complications les plus tardives et les plus dangereuses de la fièvre typhoïde, c'est la perforation intestinale, amenant à sa suite une péritonite mortelle. Elle survient dans la troisième semaine, quelquefois pendant la convalescence, et se déclare assez souvent d'une manière insidieuse, sans provoquer de symptômes aigus prémonitoires ; on s'aperçoit de l'accident terrible qui est survenu par la chute de la température, le gonflement de l'abdomen, et surtout l'état du malade ; face grippée, pouls misérable, froideur des extrémités. La perforation, toute petite, de la grandeur d'une tête d'épingle, siège habituellement dans la dernière portion de l'iléon. Elle provoque la mort en faisant éclater une péritonite infectieuse, toxique.

Il était bien naturel, en face de l'impuissance manifeste de l'intervention médicale, que le chirurgien eut l'idée d'intervenir à son tour. Cela cadrait bien avec la hardiesse de la chirurgie du jour, qui n'est plus à reculer devant une laparotomie. Mais le problème se présentait avec des données bien désavantageuses : il s'agissait d'aller réparer une lésion grave dans un milieu septique, chez un patient affaibli déjà par une infection généralisée. L'opérateur agissait d'urgence, en dernier ressort, sans même avoir la satisfaction de se sentir sur un terrain favorable. Il était donc intéressant de constater si les résultats justifieraient l'intervention.

Quoique la question soit de date tout à fait récente, elle a déjà été mise pratiquement à l'épreuve. On a opéré trente fois des perforations de l'intestin, et l'on a obtenu six guérisons. Ce n'est pas beaucoup. Mais plutôt que de former une appréciation d'après cette simple statistique, nous préférons rapporter la discussion qui a eu lieu sur le sujet en décembre dernier à la *Société Médico-Chirurgicale*.

Résumons d'abord le cas du Dr Armstrong. Un jeune homme de 28 ans est admis au *Montreal General Hospital*, souffrant depuis quatre jours de fièvre

typhoïde. Pendant les sept jours qui suivent, la température se maintient très haute, malgré les bains répétés, et le dixième jour de la maladie, une perforation intestinale survient : La douleur, peu intense, siège d'abord dans la fosse iliaque droite, et s'étend rapidement à tout l'abdomen. La température baisse de deux degrés seulement : le pouls est peu accéléré. Dix-huit heures après la perforation, le Dr Armstrong opère le malade. Il trouve la perforation à moitié fermée par un morceau d'omentum adhérent, le ventre rempli de gaz ayant une odeur fécale, de liquide jaunâtre fécaloïde et de sérum purulent. Il ferme la perforation de l'iléon par une double rangée de sutures de Lembert, lave l'abdomen avec une solution saline normale chaude et stérilisée, assure un drainage facile par des bandes de gaze iodofonnée placées dans toutes les directions entre les replis de l'intestin et un large tube de drainage en verre qui va jusqu'au fond de la cavité pelvienne. Pendant les trois semaines qui suivent, le malade offre tous les symptômes d'une fièvre typhoïde sévère, dont la marche n'est aucunement entravée par l'opération ; somme toute, l'état général du patient est très satisfaisant. Le Dr Armstrong donne sur le sujet une clinique aux élèves, clinique publiée dans le *British Medical Journal*, et l'opération est considérée comme un succès.

Mais le vingt-quatrième jour après l'opération, l'iléon se perfore une seconde fois. On enlève les sutures de l'incision abdominale, et celle-ci devient aussitôt béante ; aucune réunion ne s'est faite. On peut, à travers la plaie, apercevoir la seconde perforation de l'intestin, et établir un drainage. Quatre jours plus tard survient une troisième perforation, accompagnée d'une hémorrhagie considérable. On peut voir cette nouvelle perforation par la plaie de l'abdomen. A partir de ce moment, le malade commence à décliner et meurt le quarantième jour après son opération.

A l'autopsie, pratiquée par le Dr Wyatt-Johnson, on constate que la première perforation est parfaitement close et n'a pas cédé. Le cul de sac de Douglass contient des matières fécales échappées des deux autres perforations. Il existe une péritonite de toute la partie inférieure de l'abdomen. Il y a un petit abcès dans le mésentère, et des ulcères typhoïdes persistent encore dans l'iléon et le colon.

Le Dr Armstrong a rapporté le cas à la *Société Médico-Chirurgicale*. Il croit que, suivant toutes probabilités, le malade aurait guéri si les deux perforations subséquentes n'étaient pas survenues, et se refuse à regarder son opération comme un échec, le malade ayant pris du mieux pendant les quatre semaines qui suivirent l'opération. Au contraire, il se sent porté à intervenir de nouveau à la prochaine occasion, car il est persuadé que dans les perforations de la fièvre typhoïde, on sauvera beaucoup plus de vies par ce moyen que par aucun autre.

Dans la discussion qui suivit, les Drs Adami et Shepherd firent remarquer que dans la fièvre typhoïde, le pouvoir réparateur de l'organisme est à peu près nul. Il ne peut pas non plus se former d'adhérences protectrices parce qu'il y a très peu de lymphé inflammatoire exsudée. On doit donc s'attendre

à ce que les opérations, dans la fièvre typhoïde, donnent un très petit nombre de succès.

Le Dr Armstrong a eu affaire à une fièvre typhoïde très grave, qui a duré longtemps. Le malade était profondément atteint dans sa nutrition, ce qui n'a rien de surprenant dans cette maladie. La plaie de l'abdomen n'était pas cicatrisée quand on a enlevé les sutures de l'abdomen, vingt-quatre jours après l'opération; il n'est donc pas étonnant que l'intestin n'ait pas pu résister à de nouvelles perforations, qui d'ailleurs dépendent entièrement de l'ulcération des plaques de Peyer. Mais alors on peut se poser la question suivante: l'opération chirurgicale pour perforation, dans la fièvre typhoïde, alors même qu'elle a réussi, a-t-elle sauvé le malade? Le cas du Dr Armstrong permet de répondre: Pas toujours. Hâtons-nous d'ajouter que le pronostic serait probablement plus favorable dans un cas de perforation survenant sur la fin d'une fièvre peu grave, ou durant la convalescence; car on pourrait espérer qu'elle demeure unique. C'est une chose cependant dont on ne peut jamais se dire sûr. On a déjà trouvé, dans l'intestin de malades typhoïdes morts par perforation, des ulcères qui étaient bien près d'entamer à leur tour le péritoine. L'efficacité de l'intervention chirurgicale, dans les cas de ce genre, est donc encore bien aléatoire.

La peste bubonique et son sérum.

À la séance du 26 janvier de l'Académie de Médecine française, le Dr Roux a donné l'historique complet des belles découvertes de Yersin. Le sujet, à part de l'intérêt scientifique qu'il offre, est tout à fait d'actualité. Nous en faisons ici un court résumé qu'on lira, croyons-nous, avec plaisir. L'histoire du Dr Yersin est un exemple frappant de la marche hardie de la science moderne, poursuivant ses conquêtes même en pays barbare.

Pendant qu'il était encore étudiant en médecine, le Dr Yersin se fit une piqure anatomique en pratiquant à l'Hôtel-Dieu, sous la surveillance de Cornil, l'autopsie d'un individu mort de la rage. On l'envoya se faire soigner à l'Institut Pasteur, où il fit la connaissance de Roux, qui se fit aider par lui dans ses recherches sur la diphtérie. Yersin n'était encore qu'externe des hôpitaux quand son nom parut à côté de celui de Roux en tête du mémoire sur la toxine diphtérique. Il fut nommé en 1888 démonstrateur de microbiologie. Mais un beau jour, Yersin abandonne microscope et étuve, s'engage dans les Messageries Maritimes et part pour l'Indo-Chine. Pendant plusieurs années il explore les pays inconnus de l'Annam. En 1894, la peste ayant fait son apparition à Hong-Kong, le goût des études le reprend: il se construit une hutte dans la cour d'un hôpital de la ville, y installe un laboratoire, et quelques mois après, en septembre, il publiait dans les *Annales de l'Institut Pasteur* un mémoire dont voici le résumé:

Chez les malades atteints de la peste, on trouve constamment un microbe spécifique, très abondant dans les bubons. Dans les cas graves il passe dans le sang et à l'autopsie on le rencontre dans les ganglions lymphatiques, dans le foie et dans la rate. Ce microbe, qu'il est facile de mettre en évidence en colorant la pulpe du bubon par les couleurs basiques d'aniline, apparaît au microscope sous la

forme d'un bacille court à bouts arrondis, se teignant plus fortement aux extrémités, et se décolorant par le Gram. Il cultive facilement sur la gélose et dans le bouillon alcalin où il se dispose en chapelots de courts bacilles.

Chez les rats et les souris qui, au début des épidémies, sortent en grand nombre de leur trou, comme affolés, et viennent mourir dans les maisons, on trouve aussi des ganglions remplis de bacilles de la peste. On peut de même leur inoculer la peste de l'homme, et ils se passent la maladie les uns les autres.

Au moment des épidémies, on trouve aussi, dans le sol des localités infectées, un microbe exactement semblable à celui de la peste, mais moins virulent que celui retiré des bubons.

Le Dr Yersin avait donc découvert le microbe de la peste, et son étude, très complète, expliquait en même temps les différents modes de contagion. C'était bien là une maladie propre à régner en Chine, où la population, très dense, vit sur un sol couvert de détritrus, au milieu des rats et des souris qui pullulent.

Le Dr Yersin revint alors à Paris poursuivre ses études à l'Institut Pasteur. Il parvint, en injectant dans les veines d'un cheval, à intervalles éloignées, des doses de plus en plus fortes de culture sur gélose, à faire tolérer les toxines par l'animal, et à l'immuniser. On saigna le cheval trois semaines après la dernière injection, et l'on essaya le sérum sur des souris. Celles qui recevaient 1/10 c. c. du sérum de cheval immunisé ne devenaient point malades quand, deux heures après, elles étaient infectées avec de la peste. Le sérum était préventif. Les souris déjà inoculées de la peste auxquelles on injectait, douze heures après, 1 c. c. à 1 1/2 c. c. de sérum guérissaient constamment. Le sérum avait donc des propriétés curatives manifestes. Le résultat de ces expériences fut publié en juillet 1895 dans les *Annales de l'Institut Pasteur*.

C'était un pas immense de fait vers le traitement sérothérapique. Aussi le Dr Yersin revint plein d'espoir en Indo-Chine, et s'occupa activement à installer un laboratoire à Nha-Trang, afin de cultiver des bacilles et d'immuniser des chevaux. Ce laboratoire n'était pas terminé lorsque la peste se réveilla à Hong-Kong. Le 10 juin 1896, ayant reçu 80 flacons de sérum de Paris, et ayant pu lui-même en recueillir quelques-uns, le Dr Yersin jugea que le moment était venu d'entrer en action. C'est ici que se révèle la ténacité du savant courant après la vérité qui fuit devant lui. A Hong-Kong, les trois ou quatre pestiférés qui mouraient chaque jour étaient des chinois dont les familles n'auraient pas permis à un européen d'opérer sur eux; l'hôpital était vide. Le Dr Yersin se rend donc à Canton, où il arrive vers la fin de l'épidémie; il trouve d'ailleurs la populace de la ville très turbulente et très hostile aux étrangers. Cela devenait décourageant. Mais un jour que le docteur faisait une visite à la mission catholique, Mgr Chausse lui demanda s'il ne connaissait pas un remède contre la peste.

« Nous en aurions bien besoin, ajouta-t-il, raconte le Dr Roux, car un jeune chinois de la mission est gravement atteint de la maladie. »

« J'ai un remède, répondit le Dr Yersin, je le crois excellent, mais je ne l'ai jamais essayé sur un malade. »

Mgr Chausse prend sur lui toutes les responsabilités et conduit le docteur

auprès du jeune chinois. Celui-ci, malade depuis le matin, a un bubon dans l'aîne droite, une fièvre très forte, la langue chargée, des vomissements et du délire. A 5 heures, à 6 heures et à 9 heures du soir, injections de 10 c. c. de sérum. A minuit, le malade se calme, il n'y a plus de fièvre, dans la journée il est parfaitement guéri. Le Dr Yersin ne pouvait pas désirer une plus éclatante confirmation de l'exactitude de ses recherches : 30 c. c. de sérum avait suffi à guérir, avec une rapidité surprenante, un cas de peste grave.

Sur ces entrefaites, les journaux annoncent que la maladie fait des ravages à Amoy, port de mer de la côte chinoise. Le Dr Yersin y court aussitôt, laissant au séminaire de Canton une seringue et du sérum. Or, voici quelques jours après ce que Mgr Chausse écrivait au consul de France : " M. Yersin est un médecin prévoyant. En guérissant le jeune séminariste il a montré la valeur de son remède ; en nous laissant une seringue et quelques flacons de sérum, il nous a épargné beaucoup d'ennuis. Deux nouveaux cas se sont déclarés dans la même maison : l'un dimanche, l'autre hier lundi. On a injecté la liqueur et aujourd'hui les deux élèves sont sur pied, les bubons ne sont plus douloureux, la fièvre est à peu près tombée."

A Amoy, le Dr Yersin traita 23 malades : 21 guérirent, 2 moururent. Ces deux derniers étaient dans un état désespéré au moment du traitement. On injecta dans les différents cas, suivant la gravité ou la durée de la maladie, de 40 à 60 c. c. de sérum. Lorsqu'on pratiquait l'injection le premier jour, la guérison survenait dans les 24 heures sans suppuration. Le second jour, il fallait donner une dose plus forte et la guérison était plus lente (deux à trois jours), mais sans suppuration encore. Lorsqu'on n'intervenait pas avant le troisième ou quatrième jour, il fallait donner une dose de 40, 50 ou 60 c. c. Règle générale, lorsqu'on intervenait dès après le début de la maladie, 20 à 30 c. c. étaient suffisants. C'est cette nouvelle victoire que le Dr Yersin télégraphiait à Paris au doyen de la Faculté de Médecine, l'été dernier.

Les patients se sont plaints quelquefois de douleurs assez vives au point d'injection, mais celles-ci se dissipèrent promptement et aucun accident de quelque importance ne peut être attribué au sérum. " On est vraiment étonné, a dit le Dr Roux à l'Académie, de voir se dissiper, en quelque heures, les symptômes les plus alarmants, lorsque le sérum est donné dans les deux premiers jours de la maladie. Le bubon se résout pour ainsi dire à vue d'œil. Si l'intervention est plus tardive il faut davantage de sérum et on ne parvient pas toujours à éviter la suppuration des bubons ; mais celle-ci, au lieu de se prolonger, comme dans le cas où la peste guérit spontanément, se tarit en quelques jours. Une preuve de l'efficacité du sérum, c'est le rétablissement complet et rapide des personnes traitées, tandis que d'ordinaire, la convalescence est longue et pénible même pour les patients atteints de peste bénigne."

L'efficacité du nouveau traitement devint si évidente pour les gens d'Amoy, que le Dr Yersin ne pouvait sortir sur la rue sans que l'on arrêta sa chaise à porteurs pour le prier d'entrer voir un malade. Sa provision de sérum s'étant épuisée, il dut, pour se soustraire aux supplications de ces malheureux, quitter la ville chinoise. Il revint en Europe peu de temps après.

Depuis, on sait que la peste s'est déclarée dans les Indes (septembre 1896), et qu'elle exerce surtout ses ravages à Bombay et dans les environs. La marche de la maladie est favorisée, d'ailleurs, par la famine existante. Aucune des mesures sanitaires employées n'a pu entraver son extension parmi une population dense, malpropre et affaiblie par les privations. On a remarqué que la maladie semble s'attacher à certains endroits, à certaines maisons, et s'y manifeste malgré toutes les désinfections possibles. Le début de l'épidémie a été accompagné, comme toujours, par une mortalité très grande parmi les rats et les souris. On dit que les autorités anglaises ont demandé au Dr Yersin de se rendre à Bombay avec une provision de sérum, mais la nouvelle n'est pas encore confirmée.

À Paris, le président Faure a visité tout dernièrement les laboratoires et les étables que l'Institut Pasteur possède à Villeneuve-l'Étang. Il y a dans les dernières 111 chevaux servant à la préparation de l'antitoxine de la diphtérie et à celle du tétanos, et 15 chevaux qu'on utilise pour la production du sérum anti-pestueux. On a fait voir au président des cultures du microbe de la peste, et le Dr Roux lui a expliqué que ce microbe a peu de résistance, se détruit par les antiseptiques et la chaleur, mais qu'il conserve dans le sol sa virulence, et que c'est ainsi que les épidémies sont favorisées en Orient par la densité de la population et les conditions peu sanitaires du pays. En Europe, a-t-il ajouté, ce microbe ne pourrait pas accomplir les ravages qu'il exerce en Asie, et le meilleur préventif, c'est la propreté.

Nous sommes loins du temps où l'apparition de la peste jetait dans la terreur le monde civilisé.

L'eucaïne est un médicament qu'on a tenté de substituer à la cocaïne. C'est un éther méthylique, qui se comporte comme une base faible et s'allie à l'acide chlorhydrique en donnant des sels. M. Pouchet a pu se rendre compte par l'expérience que l'eucaïne jouissait d'une toxicité égale à celle de la cocaïne. Ses effets ne sont pas précédés de cette phase prodromique qui est un avertissement dans l'emploi de la cocaïne. L'eucaïne est, pour le cœur, plus dangereuse que la cocaïne; à dose égale, l'eucaïne seule produit des troubles cardiaques graves chez la grenouille. Les expériences de M. Pouchet ont porté sur 48 animaux; elles sont en accord avec les résultats que M. Reclus a observé dans sa pratique hospitalière.

Le Salophène — Voici les conclusions d'une étude publiée par Bousquet dans la *Presse médicale* :

En résumé, si nous mettons de côté toutes les affections où le salophène a été trop peu expérimenté pour qu'on puisse se faire une opinion exacte sur son efficacité, nous pouvons dire qu'il est des cas nombreux où son emploi est une grande ressource pour la thérapeutique, soit que les autres antipyrétiques aient échoué ou aient été mal supportés par les malades, soit qu'ils aient été tout à fait inefficaces.

À ce titre, il est précieux dans la plupart des affections rhumatismales aiguës à détermination articulaire et musculaire. Il présente également de nombreux avantages dans le traitement des névralgies et des migraines.

Le salophène mérite donc d'être largement essayé et de prendre rang dans l'arsenal thérapeutique moderne.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU.

Notes du Dr J. P. ROUX, médecin interne.

Durant le dernier mois 412 malades ont été traités à cet hôpital, 214 des mois précédents et 198 nouveaux admis. Sur ce nombre, 192 ont été congédiés : 174 guéris, 16 soulagés et 2 non traités, et 12 ont succombé aux affections suivantes : 7 de tuberculose, 2 de maladies organiques du cœur, 1 de cirrhose atrophique, 1 de péritonite aiguë et 1 de cancer du sein. Dans ce dernier cas l'ablation avait été pratiquée ainsi que l'évidement du creux axillaire, mais les vaisseaux avaient subi une dégénérescence telle, que cinq jours après l'opération leurs parois ont cédé et la patiente est morte d'hémorrhagie.

Dans le service de médecine rien de bien important : les cas de maladies aiguës sont rares, nous avons surtout des maladies chroniques : les cardiaques, les tuberculeux, les catarrheux, les dyspeptiques, les rhumatissants sont en très grand nombre. Nous avons aussi actuellement plusieurs cas de maladies nerveuses ; telles que sclérose en plaques, ataxie, chorée, hystérie, etc.

En chirurgie les opérations ont été très nombreuses, et les cas à opérer très intéressants. Parmi les principales, je citerai cinq cures radicales pour hernies inguinales, dont trois étranglées et une pour hernie fémorale étranglée depuis cinq jours, deux amputations de pénis, cinq ablations de sein pour cancer, deux amputations au tiers inférieur de la cuisse pour arthrite tuberculeuse du genou, dans un de ces cas la résection avait été pratiquée cinq ans auparavant, mais la guérison n'avait jamais été complète ; un cas de néphrotomie pour abcès du rein de nature probablement tuberculeuse. Et grand nombre de cas moins importants tels que amputations de doigts, ablations de lipomes, fibromes, extractions d'esquilles etc.

Comme je dois laisser l'hôpital bientôt et que ceci est mon dernier courrier, je prie les lecteurs de l'*Union Médicale* de vouloir bien m'excuser, non pas d'avoir manqué quelques courriers, de n'avoir pas été bien régulier, mais bien d'avoir succombé à la pression de monsieur le rédacteur de l'*Union Médicale*, et d'avoir entrepris une chose beaucoup audessus de mes forces.

28 Février 1897.

HOPITAL NOTRE-DAME

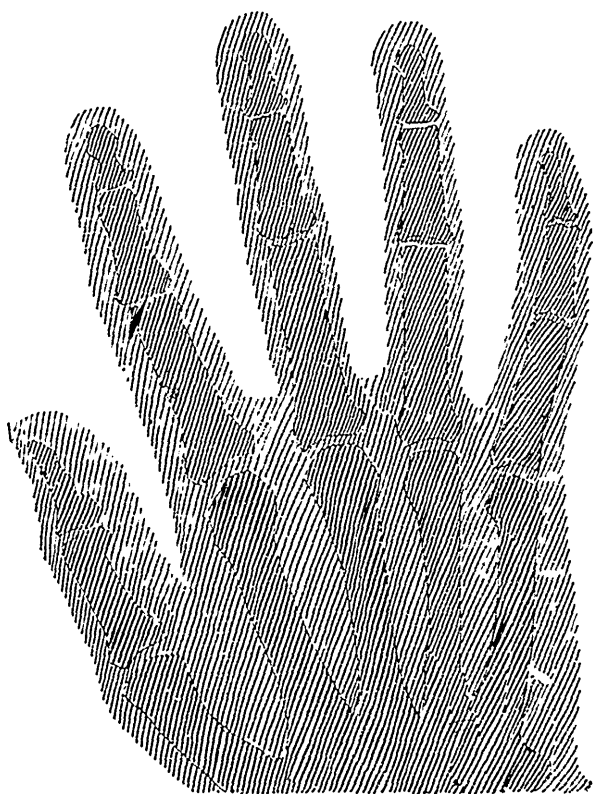
Notes du Dr W. Derome, interne en chef.

Durant le mois de février 125 patients ont été admis et 112 ont été congédiés. Les ambulances ont fait 38 sorties. Les mortalités durant le mois se chiffrent à 4 seulement. Cent treize opérations chirurgicales ont été pratiquées dans les différents services de chirurgie. Seize cent soixante-seize patients ont

été traités dans les différents dispensaires et 2197 prescriptions ont été remplies gratis à la pharmacie.

La clinique chirurgicale a offert un champ assez varié et fort intéressant, sous le rapport des hernies, des tumeurs de la région cervicale, des fractures et des luxations.

Deux fois nous avons eu recours aux rayons X. La première pour rechercher un petit clou dans l'index d'un jeune homme qui se présenta à l'Hôpital le lendemain de l'accident. Il disait n'avoir pas vu pénétrer le clou dans sa main,



mais était positif qu'il en avait un, et décrivant son trajet, lui donnait la direction d'avant en arrière et pour localisation, la partie palmaire de l'index.

Le toucher ne nous donne rien de certain comme renseignement, sinon un petit point douloureux, si l'on fait jouer l'articulation de la 2^e phalange. Là-dessus on songe aux rayons cathodes. Grâce à la bienveillance des MM. du séminaire de Saint-Sulpice, qui savent si bien se tenir à la hauteur de l'avancement scientifique, monsieur l'abbé Larue, assistant-professeur de physique au séminaire de philosophie, se rendit avec empressement à nos désirs, et imprima la photographie dont j'ai le plaisir de vous offrir une lithographie. La netteté avec laquelle le corps étranger est localisé, c'est-à-dire tout-à-fait à l'opposé des indications fournies par le blessé, en rendit l'extraction des plus faciles.

Une seconde application a été faite pour une tumeur dans la région du 1er métacarpien de la main gauche. Ce métacarpien présente à peu près la forme d'un gigot, en miniature sans doute. Au toucher l'extrémité inférieure ou métacarpo-phalangienne est saine et facile à constater, l'extrémité supérieure au contraire est en forme de massue. La tuméfaction remplit la face palmaire interne de la main. Le patient âgé de 21 ans assez robuste est apprenti briqueur et n'a jamais été malade. Les parents ont bonne santé. Il y a quatre mois une brique tombe du 3e étage d'une maison en construction et le frappe légèrement à la main dans la région de la tumeur actuelle. Il s'en pense quitte pour une douleur momentanée assez vive et une légère contusion qui le forcent à quitter l'ouvrage pour quelques heures. Au bout de quelques semaines, sans douleur, ni gêne dans les mouvements, la main lésée commence à enfler à l'endroit du traumatisme. Il y a huit jours notre individu se présente au dispensaire de chirurgie se plaint de quelque gêne dans les mouvements et de quelques douleurs, mais pour lui le symptôme le plus alarmant c'est l'enflure. Au toucher la masse est dure, peu sensible et semble faire corps avec l'os. Quelques petits points, çà et là, donnent une sensation de ramollissement, sans fluctuation; les phénomènes d'inflammation en plus font défaut et l'idée de suppuration est mise de côté. Les rayons X font voir une masse opaque faisant corps avec l'os mais de nature incertaine. Sous le chloroforme, le couteau met à découvert l'os gonflé, ou mieux le périoste épaissi, distendu par un épanchement sanguin considérable et la substance osseuse complètement détruite. Un curettage de la cavité suivi d'un tamponnement soigneux à la gaz iodoformée pour arrêter l'hémorrhagie, termine l'intervention pour le moment, le patient ayant catégoriquement refusé la moindre mutilation. Dans ce cas cussions-nous su les interpréter, les indications fournies par les rayons X auraient pu nous être d'un grand secours. En effet la masse nous paraissait de nature incertaine, nous ne voulions pas croire à l'absence de la substance osseuse. La photographie, que je regrette ne pouvoir vous présenter, donnait une différence marquée entre les os et la masse. Les rayons ne pénètrent pas une masse liquide trop dense.

Si les rayons ne donnent pas toujours des résultats si positifs, ils produisent parfois sur les tissus exposés un effet des plus délétère. La littérature médicale rapporte nombre de cas où une exposition même peu prolongée, mais répétée a été suivie d'un érythème d'une nature particulière et très rebelle à tout traitement. Outre l'inflammation du derme il y a presque toujours une décoloration peu prononcée de la peau qui devient même bronzée. L'exfoliation de cette peau chargée de pigmentations suit de près les autres lésions. Non seulement la peau mais les tissus profonds, voir même les os seraient attaqués par ce puissant fluide électrique, d'après les expériences et les études d'un dermatologiste du *Johns Hopkins Hospital*. Baltimore.

La véritable explication de ces lésions est encore à venir, malgré le nombre de théories déjà avancées.

Ces jours derniers, un pénible accident, nous a mis à même de pratiquer une opération dont les résultats jusqu'à présent sont des plus satisfaisants. C. âgé de 19 ans travaillait à piler des blocs de glace au fond d'une glacière, quand

il se fait presser la jambe entre deux de ces énormes blocs en mouvement. Les tissus mous sont littéralement meurtris et ouverts jusqu'aux os de haut en bas sur une longueur de huit pouces. Le péroné se montre fracturé dans son tiers inférieur. L'examen du tibia avant chloroformisation ne permet pas de constater aucune lésion apparente de ce dernier. Malgré la gravité des lésions, l'âge et la force de résistance du blessé méritent en sa faveur, et la chirurgie conservatrice est appelée à son secours. Après une toilette soignée du membre mutilé, et le chloroformisation faite, je procède à l'exécution du péroné un peu au-dessus de son tiers inférieur, la ligature des vaisseaux ayant été faite au préalable. Une hémorrhagie abondante compliquait l'accident, contrairement à ce que l'on constate ordinairement dans les plaies contuses.

Le péroné réséqué et enlevé, laisse voir le tibia fracturé à son extrémité inférieure et sur sa face externe, cette dernière complication ne change en rien le mode opératoire. Une irrigation prolongée au sublimé au 1/1000 suit l'exécution de toutes les parties mortifiées; quelques points au crin de florence rapprochent les bords de la plaie dans sa partie supérieure et la partie inférieure béante est pactée à la gaze iodoformée. Un pansement humide à l'acide carbonique au $\frac{1}{60}$ recouvre le tout. Chaque jour ce même pansement est renouvelé avec toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses et les résultats actuels surpassent toute attente.

La grippe ou influenza fait des siennes dans ce moment, et l'augmentation dans le nombre de patients du dispensaire eu dit quelque chose. Dans le service de médecine je mentionnerai un cas d'asystolie cardiaque, avec œdème d'un bras suivi d'une espèce de dermatite très douloureuse. Pour terminer je citerai un cas d'irido-choroïdite métastatique infectieuse, dont la cause probable dépend de dérangements intestinaux, ou remonte à une fièvre typhoïde récente.

Hoquet persistant guéri par l'application de pointes de feu.—Chez une jeune fille d'apparence robuste et sans tare nerveuse appréciable, qui depuis cinq jours souffrait d'un hoquet intense et bruyant, le Dr Zuccarelli (de Bastia), après avoir employé divers moyens thérapeutiques, entre autres les injections de morphine, obtint la cessation instantanée du spasme par l'application de pointes de feu sur le thorax, au niveau des insertions du diaphragme. Six mois après, le hoquet récidiva, mais céda tout aussi rapidement à une nouvelle application de pointes de feu au niveau du thorax et de la région cervicale, sur le trajet du nerf phrénique. Depuis lors, la patiente n'a plus présenté de récidive du spasme. Quel que soit le mécanisme suivant lequel ont agi dans ce cas les pointes de feu (inhibition réflexe ou simple suggestion), le fait de leur influence heureuse n'en demeure pas moins incontestable.

Le Prof. Pouchet avait été nommé comme expert dans une affaire médico-légale à propos d'une épidémie de pseudo-cholérine causée par des aliments avariés. Les recherches toxicologiques furent négatives, mais l'étude bactériologique des viandes saisies fit trouver la bactérie spécifique du *hoj-cholera*, ou pneumo-entérite infectieuse des pores. Ce microbe offre une résistance toute particulière à la chaleur, et par conséquent à la cuisson.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INSTITUT VACCINOGENÈ.

Nous nous faisons un devoir de publier la lettre suivante, qui intéressera tous nos lecteurs :

Québec ce 25 février 1897.

A M. le Rédacteur de " L'Union Médicale,"

M. LE RÉDACTEUR,

Je viens de lire un article dans " L'Union Médicale " où vous exprimez vos regrets de ce que le Conseil d'Hygiène de la Province a été relevé de la surveillance de l'Institut Vaccinogène de Ste-Foye. Comme vos remarques et vos regrets ont peut-être laissé une mauvaise impression dans l'esprit des membres de la profession médicale, je crois en justice devoir vous donner les explications suivantes pour détruire le mal avant qu'il prenne racine.

Le Conseil d'Hygiène de la Province ayant cru, à cause de la distance qui le séparait de l'Institut (180 milles) devoir renoncer à la surveillance du dit Institut, le gouvernement Flynn, à ma demande, afin de donner à la profession médicale et au public autant de garanties que possible, a nommé un médecin inspecteur, M. le Dr Brophy, qui est un bactériologiste de talent. Ce Monsieur réside dans mon voisinage, ce qui lui permet de suivre, avec plus d'assiduité que ne pouvaient le faire les officiers du Conseil d'Hygiène de la Province, les différentes opérations que nécessite la préparation du vaccin. M. le Dr Brophy assiste et surveille chaque inoculation sur le sujet et chaque récolte de vaccin; il voit à ce que l'aseptie soit pratiquée et il fait une analyse bactériologique de la lymphe recueillie sur chaque sujet vaccinifère.

J'espère, M. le Rédacteur, que ces courtes explications seront suffisantes, du moins pour le moment, à rassurer le public médical, et j'ai la ferme conviction que le prochain rapport que le Dr Brophy doit faire au gouvernement, donnant tous les détails des opérations de l'Institut, sera de nature à vous donner pleine et entière satisfaction.

Votre bien dévoué,

DR ED. GAUVREAU, *Directeur*,

Institut Vaccinogène, Chemin Ste-Foye, Québec

La *blennostasine* est un dérivé de l'écorce de quinquina et s'emploie comme succédané de la quinine dans les maladies caractérisées par l'hypersécrétion des muqueuses : bronchites, fièvres des foies, grippe, laryngites. La dose est de 3 à 5 grains.

CHRONIQUE

Notre ami et collaborateur, le Dr Henri Duhamel, est parti le 6 mars, via New-York, pour Paris, où il doit passer quelques mois à suivre les cliniques de laingologie. Nous souhaitons un heureux voyage à notre aimable confrère.

Le Dr Derome, dans son intéressant courrier de l'hôpital Notre-Dame, nous donne deux exemples intéressants des services que les rayons X peuvent rendre en chirurgie. Il est tout probable que l'hôpital Notre-Dame va ajouter à son cabinet de photographie un appareil de Röntgen. M. l'abbé Larue, du séminaire de Saint-Sulpice, s'est gracieusement offert à en surveiller l'installation.

Le Dr O. F. Mercier est revenu dernièrement d'un voyage de six semaines à Paris. La traversée, au retour, a été très rude. Le docteur a rapporté pour l'hôpital Notre-Dame un certain nombre d'instruments de chirurgie et tous les appareils nécessaires pour le laboratoire de bactériologie.

Dernièrement, un M. B., demeurant rue St-Dominique, envoya à l'école Mont-Royal, malgré les avis du médecin, un de ses enfants souffrant de la rougeole. Douze des élèves attrapèrent la maladie. A la demande des commissaires d'écoles, le Dr Laberge, médecin de la ville, poursuit M. B. devant les tribunaux pour négligence coupable et attentat à la santé publique.

M. le Dr Roux, de l'Hôtel-Dieu, s'excuse dans son dernier courrier d'avoir entrepris à l'Union Médicale une tâche au-dessus de ses forces. Nous protestons hautement contre cet avancé de notre trop modeste ami. Avec une bonne grâce parfaite, le Dr Roux nous donnait chaque mois, du grand hôpital dont il était l'interne, des nouvelles toujours accueillies avec plaisir par nos lecteurs, qui voyaient ainsi se réveiller les souvenirs de leur bon temps d'études. M. le Dr Roux voudra bien recevoir tous les regrets que son départ nous fait éprouver en même temps que nos vœux sincères de prospérité dans sa pratique future.

Henri de Parville rapporte, dans le *Correspondant* du 10 février, le cas d'un jeune homme atteint depuis quelque temps d'une pneumonie caséuse dont le pronostic devenait de plus en plus mauvais. Sur les instances réitérées du père, le Dr Rendu, peu confiant, exposa tous les matins, pendant une heure, la poitrine du jeune homme aux rayons X. Le malade guérit rapidement.

RICHARD D'AULNAY.—De la Gonococcose—Gonococcite et Gonococcie ; localisations gonococciques et infection gonococcique par le Dr RICHARD D'AULNAY, Cle. mont-Daix frères, 3 Place St-André.

BIBLIOGRAPHIE

FÉLIX ALCAN, Libraire-Éditeur, 108, Boulevard Saint-Germain, Paris.—
Collection Médicale, élégants volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 et à 3 francs.

Viennent de paraître :

- FÉLIX TERRIER, GUILLÉMAIN et MALHERBE.—**Chirurgie de la face**, par les Drs Félix TERRIER, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, GUILLÉMAIN et MALHERBE, anciens internes des hôpitaux, avec gravures..... 4 fr.
- A. POZZI.—**Manuel théorique et pratique d'accouchements**, par le Dr A. Pozzi, professeur à l'École de médecine de Reims, avec 138 gravures..... 4 fr.
- S. ICARD.—**La mort réelle et la mort apparente**, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures. 4 fr.
- E.-P. LÉON-PETIT.—**Le Phthisique et son traitement hygiénique**, par le Dr E.-P. LÉON-PETIT, médecin de l'hôpital d'Ormesson, avec 20 gravures..... 4 fr.
- J. LAUMONIER.—**Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie**, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures..... 4 fr.
- S. ICARD.—**L'alimentation des nouveau-nés, Hygiène de l'allaitement artificiel**, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures..... 4 fr.
- S. RIBBING.—**L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales**, par le Dr S. RIBBING, professeur à l'Université de Lund (Suède)..... 4 fr.
- F. LAGRANGE.—**Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens**, par le Dr F. LAGRANGE, lauréat de l'Institut. 4e édition..... 4 fr.
- F. LAGRANGE.—**De l'exercice chez les adultes**, par le Dr F. LAGRANGE. 2e édition 4 fr.
- LEVILLAIN.—**Hygiène des gens nerveux**, par le Dr LEVILLAIN. 3e édition. 4 fr.
- J. VOISIN.—**L'idiotie. Psychologie et éducation de l'idiot**, par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière, avec gravures..... 4 fr.
- CH. FÉRÉ.—**La famille névropathique. Héritéité, prédisposition morbide, dégénérescence**, par le Dr Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, avec gravures..... 4 fr.
- A. MOSSO.—**L'éducation physique de la jeunesse**, par A. Mosso, professeur à l'Université de Turin. Préface de M. le Commandant LEGROS..... 4 fr.
- P. SIMON.—**Manuel de percussion et d'auscultation**, par le Dr P. SIMON, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures..... 4 fr.
- A. POZZI.—**Éléments d'anatomie et de physiologie générale et obstétricale**, par le Dr A. POZZI, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 219 gravures 4 fr.
- FÉRÉ.—**Le traitement de aliénés dans les familles**, par le Dr FÉRÉ, médecin de Bicêtre. 2e édition..... 3 fr.
- FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE.—**Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales**, par les Drs Félix TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et M. PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation chirurgicale à l'hôpital Bichat, avec gravures..... 3 fr.
- Petit manuel d'anesthésie chirurgicale**, par les mêmes, avec 37 gravures... 3 fr.
- L'opération du trépan**, par les mêmes, avec 222 gravures..... 4 fr.
- MACARIO.—**Manuel d'hydrothérapie**, Par le Dr MACARIO..... 3 fr.

Envoi franco contre mandat ou timbres-poste.