

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

A travers les hopitaux de Paris.

Observations prises par JULES JEHIN PRUME, B. A., M. D., Laval.

Mélanose.

Clinique du DR LANCEREAUX à l'Hôtel-Dieu.

Le 22 septembre dernier, M le Dr LANCEREAUX nous présentait un cas de *mélanose*, chez une femme arrivée de la veille dans son service et qui lui avait été envoyée par un médecin de la banlieue de Paris. Cette malade âgée seulement de trente-trois ans, mariée et mère de famille, présente à l'inspection une coloration noirâtre également répartie sur tous les téguments et même sur les muqueuses; gencives, langue, palais et vulve. En interrogeant la malade nous apprenons que cette maladie a débuté il y a environ un an, au moment où elle était enceinte. La jeune femme nous déclare que la coloration a suivi une marche que l'on peut diviser en deux périodes: accroissement, depuis le début de la maladie jusqu'à l'accouchement; décroissement, depuis l'accouchement jusqu'à il y a environ trois mois, époque depuis laquelle la coloration s'est maintenue. Nous voyons donc par ceci que le maximum d'intensité de la coloration a coïncidé avec l'accouchement.

La malade se plaint d'être d'une faiblesse excessive et d'être très amaigrie. Son appétit est normal et sa digestion très satisfaisante; les reins chez elle sont normaux et l'auscultation démontre que les poumons sont en parfait état, seul le cœur présente un souffle mitral dû à la faiblesse. En continuant l'examen des viscères, nous voyons que le foie est volumineux et la palpation nous le présente irrégulier et bosselé.

La peau, comme nous l'avons précédemment dit, est uniformément colorée en noir et çà et là on découvre des petites tumeurs cutanées et sous cutanées accentuant à leur niveau la coloration de la peau.

Considérations étant prises des phénomènes ci dessus énumérés, le diagnostic suivant fut énoncé: *Tumeurs mélaniques sarcomateuses généralisées.*



La *mélanose* est une maladie encore fort peu connue et qui par ce fait même nous a valu de nombreuses théories dont quelques unes

nagent quelque peu dans le vague. Toujours en est-il que grâce à l'anatomie pathologique, on en est arrivé à s'assurer que la coloration noirâtre des téguments est due à la formation dans l'économie de la *mélanine*, granules microscopiques qui imprègnent les éléments anatomiques.

Où naît la *mélanine*? c'est encore une question à résoudre. Cornil et Ranvier ont cru pouvoir assurer qu'elle prenait origine dans le tissu cellulaire. Virchow, Reindfleisch et plusieurs autres, ont prétendu au contraire qu'elle naissait dans le sang. Quoiqu'il en soit nous savons que la maladie existe, et suivant les différentes manifestations on l'a divisée en trois séries distinctes: *Les tumeurs pigmentaires mélaniques*, la *mélanose proprement dite*, les *tumeurs avec mélanose*.

10. *Tumeurs pigmentaires mélaniques*: Ces tumeurs décrites également sous le nom de tumeurs d'origines choroidiennes, sont formées par des éléments cellulaires dont la fonction consiste à fabriquer des matières pigmentaires.

20. *Mélanose proprement dite*: Cette maladie assez commune chez le cheval, est de beaucoup plus rare chez l'homme. Elle est d'une très grande gravité et la mort en est presque toujours la terminaison fatale, terminaison due à la généralisation de la maladie. Les masses mélaniques dispersées dans l'économie peuvent varier entre la grosseur d'un grain de blé, être même microscopiques et atteindre le volume d'un œuf. Quelques fois la mélanose peut se présenter sous la forme d'une granulation pigmentaire infiltrant les tissus normaux qu'elle masque sans toutefois les détruire. Ces masses pigmentaires peuvent atteindre un volume assez considérable pour se présenter comme de véritables kystes, de la grosseur d'une noix, kystes contenant la substance pigmentaire et détruisant les tissus primitifs. D'autres fois elle peut affecter une forme spéciale et se caractériser par une ou plusieurs tumeurs, blanches dans leur ensemble, mais possédant des foyers mélaniques disséminés çà et là; cette forme est surtout dépendante du système conjonctif.

30. *Tumeurs avec mélanose*: La démonstration anatomo pathologique de ce genre de tumeurs présente des difficultés telles, qu'elle vous laisse dans une très grande perplexité et les auteurs ne se prononcent qu'avec une très grande réserve. Ces tumeurs seraient dues, soit au développement de la mélanine au centre de la tumeur elle-même, cù la tumeur se serait-elle développée, entourant la substance mélanique (?)

40. *Carcinome mélanique*: Très rare, a été souvent confondu avec le sarcome mélanique et la mélanose vraie. Cette tumeur se présente sous la forme d'une tumeur molle, qui se distingue de l'encéphaloïde par la présence de la substance pigmentaire caractéristique. Elle évolue avec une très grande rapidité et se généralise.

Quoiqu'il en soit, nous nous trouvons en présence d'une malade qui réclame nos soins, malade atteinte d'une maladie encore peu connue et dont le pronostic est des plus grave. Pouvons-nous enrayer la maladie, non, se terminera-t-elle spontanément, il n'en est pas d'exemple connu, donc notre patiente se trouve condamnée. Comment la maladie évoluera-t-elle? Et comment la mort surviendra-t-elle?

La maladie se généralisera et la mort surviendra, non pas par la mélanose en elle-même, mais par les troubles que les tumeurs mélaniques affecteront au fonctionnement des organes essentiels.

De toute façon, il est de notre devoir d'apporter un soulagement à cette malade qui peut encore vivre un certain temps dans l'état où elle se trouve et calmer les douleurs avec les moyens thérapeutiques connus et soutenir ses forces par un régime et une alimentation appropriée.

Leucocythémie.

Clinique du DR DIEULAFOY à l'hôpital Necker.

Le 28 septembre dernier, M. le professeur DIEULAFOY nous présentait un malade, entré le jour même à l'hôpital, se plaignant d'une très grande faiblesse et d'une grosseur dans l'hypocondre gauche. En interrogeant ce malade on apprend qu'il souffre depuis trois ans et que son état a débuté par de fortes attaques de fièvre venant périodiquement tous les jours et survenant entre quatre et cinq heures du soir la première année, et entre deux et trois heures du matin l'année suivante, ces attaques de fièvre consistant en un frisson intense presque aussitôt suivi d'une forte élévation de la température. C'est vers la fin de la première année qu'il eût une forte douleur dans l'hypocondre gauche, et inquiet de ce curieux état de sa santé, il se décida à consulter un médecin qui lui donna de la quinine et différentes préparations de quinquina pour faire disparaître les phénomènes de fièvre, qui du reste, disparurent d'eux-mêmes il y a quatre mois. De plus, le patient déclare avoir considérablement maigri, et de plus avoir des épistaxis fréquents depuis le début de la maladie.

En effet, le malade est très maigre, son appétit est bon et ses voies digestives sont en très bon état. Les poumons ne décèlent aucune trace de tuberculose et le cœur ne présente rien de particulier. Le foie est volumineux et remontant d'environ cinq centimètres, il est douloureux à la palpation. Les parois abdominales sont très développées au niveau de l'hypocondre gauche et l'examen nous met en présence d'une rate énorme ligneuse, irrégulière et pouvant avoir un poids variant entre trois kilogrammes et trois kilogrammes et demie (six à sept livres).

Tout d'abord en prenant en considération les poussées de fièvre revenant périodiquement tous les jours, on est poussé à croire à un accès de fièvre palustre, mais le malade déclarant n'avoir jamais quitté Paris, il nous faut abandonner cette hypothèse ; du reste, les épistaxis et le volume de la rate nous fait déjà entrevoir le diagnostic qui est confirmé par l'examen du sang qui présente une proportion de trente leucocytes pour cent globules blancs. En terminant sa clinique, M. le professeur Dieulafoy nous prouve combien il est important de faire un diagnostic complet et un examen minutieux, et de ne jamais se laisser convaincre par quelques symptômes quelquefois très secondaires.

Dans ce cas ici, l'intervention chirurgicale semble être indiquée.

On est fier de sa santé comme si l'on en était cause et les âmes vulgaires jettent volontiers la pierre à quiconque l'a perdue.

Le médecin qui ne se double pas d'un psychologue est un médecin incomplet.

Quoi qu'on en dise, il n'y a pas de savant médecin matérialiste. S'il en est qui se laissent accuser de matérialisme, je suis tenté de croire qu'on les calomnie.

On se demande parfois avec étonnement où de certains poètes et littérateurs *décadents*, frais émoulus des bancs de l'école, ont pris leur pessimisme hâtif, leur rage froide contre la femme et contre la vie elle-même. Le médecin ne serait pas en peine d'en donner la raison. Il sait le ver qui désenchante, qui mûrit avant l'heure et fait *tomber* prématurément le fruit.

Telle femme qui soutient sans sourciller le regard scrutateur de son confesseur, rougit sous l'œil, pourtant débonnaire, de son médecin. Peut-être pense-t-elle qu'il est plus difficile de mentir à celui-ci qu'à celui-là ?

Un jésuite disait : Il y a quelque chose dans la femme qui n'est pas elle et qui la domine. — Ce que le confesseur ignore, le gynécologue le sait. Aussi les gynécologues sont-ils les plus indulgents des médecins et des confesseurs.

La maladie aigrit généralement l'humeur. Souvent aussi, sous une aigreur apparente, les jugements prennent une indulgence inaccoutumée.

La femme a le culte de sa beauté et l'homme a le culte de sa puissance. Leurs plus grandes tristesses leur viennent à tous deux de les avoir perdues, et leurs plus grandes préoccupations de la crainte de les perdre.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Les faux cancers de l'estomac—Clinique de M. le Docteur HUCHARD à l'Hôpital Necker.—Dans nos salles, nous avons en ce moment, quatre cancers de l'estomac dont la symptomatologie ou plutôt l'aspect clinique offre de grandes différences.

Les deux premiers malades (salle des hommes) ne présentent pas de tumeur appréciable au palper.

Chez l'un d'eux, âgé de 63 ans, nous avons vu cependant apparaître à l'extérieur, au niveau de l'ombilic, une petite tumeur dure et douloureuse, grosse comme une bille, tumeur qui a été précédée, quinze jours auparavant, de l'apparition d'un petit ganglion situé à deux centimètres au dessus de la région ombilicale. Cette petite tumeur est certainement de même nature que celle que nous supposons devoir exister à l'estomac. Nous constatons encore des ganglions sus-claviculaires, surtout à gauche. Ce malade souffre de l'estomac depuis le mois de novembre 1893 : perte d'appétit, répugnance pour la viande, plusieurs vomissements noirâtres, amaigrissement assez considérable et teinte jaune paille presque caractéristique.

Cette teinte particulière de la peau, vous ne la retrouverez pas chez l'autre malade de la même salle, à ce point que nous avons pu avoir quelques doutes sur la nature de sa maladie. Il y a chez cet homme de cinquante-trois ans peu d'amaigrissement, une anorexie peu accusée, pas de ganglions sus-claviculaires, pas de tumeur appréciable ; mais, depuis le mois de septembre dernier, il aurait eu deux hématémèses assez abondantes ressemblant à du marc de café et à de la suie délayée.

Chez ces deux malades, comme pour les deux autres dont je vais vous parler, existe cependant un signe commun d'une grande importance : la disparition complète ou presque complète de l'acide chlorhydrique dans les sécrétions du suc gastrique.

Les deux autres malades sont des femmes âgées de 64 et 60 ans. La première aurait, paraît-il, eu un ictère il y a trente ans, mais jamais de coliques hépatiques. Elle nous est arrivée avec des vomissements alimentaires (mais elle n'a jamais eu le moindre vomissement marc de café), avec de la diarrhée que remplace souvent une constipation opiniâtre, avec un léger état fébrile (38 à 38°4) dû à une poussée de péritonite localisée autour de la tumeur. Celle-ci existe au niveau de la région pylorique ; elle est inégale, bosselée, dure, est assez douloureuse au toucher.

La maladie a commencé il y a sept mois par de l'anorexie, quelques vomissements alimentaires. Ici, l'amaigrissement n'est pas très accusé, ce qui s'explique par la conservation relative de l'appétit dans ces derniers jours, et nous avons été même étonnés d'entendre la malade nous demander parfois un supplément d'alimentation.

La seconde malade, qui souffre d'anorexie depuis dix-huit mois, n'a eu à aucune époque ni hématomèses, ni melaena, mais seulement des vomissements alimentaires depuis janvier 1893, vomissements qui s'accusent et se reproduisent presque toujours lorsqu'elle mange de la viande. Elle présente au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac une tumeur assez volumineuse, un peu douloureuse au toucher, inégale et irrégulière. L'amaigrissement n'est pas très considérable, quoiqu'il soit réel, et sous l'influence probable de la médication (laitage, régime végétarien, chlorate de soude à haute dose) on a pu voir s'élever le poids de la malade de 48 à 52 kilogrammes; mais cette amélioration a été de courte durée, et, dans ces derniers temps, l'amaigrissement a fait de nouveaux progrès.

Ce que je veux vous démontrer une fois de plus par l'histoire très sommaire de ces quatre malades, c'est qu'au point de vue clinique le cancer de l'estomac n'est pas identique à lui-même. On en a vu qui ont évolué jusqu'à la fin en l'absence de toute anorexie, et je vous rappelle à ce sujet un malade d'Arnozan (*Soc. anat* 1879) qui a conservé son appétit malgré la présence d'une tumeur assez volumineuse et d'une grande cachexie; celui de Dujardin Beaumetz qui jurait sans dommage et sans inconvénient ingérer les substances les plus indigestes. J'ai vu autrefois, en 1880, avec Peter, un malade qui présentait depuis plus d'un an presque tous les signes du cancer de l'estomac (sauf la tumeur) et qui avait conservé, jusque dans les derniers temps de sa maladie, presque tout son appétit, à ce point que, pour cette raison, le diagnostic fut longtemps douteux. S'agissait-il d'un de ces cas, signalés dans la science, de cancer stomacaux avec hyperchlorhydrie? Je ne saurais le dire, puisqu'à l'époque où ces faits ont été observés l'analyse clinique du suc gastrique n'était pas suffisamment connue. Toujours est-il qu'il est important d'appeler l'attention sur ces cas anormaux.

Il y a bon nombre de cancers de l'estomac où il est impossible, jusque dans les derniers jours de la vie, de sentir la moindre tumeur, et cela en raison soit de son siège (au cardia, à la petite courbure, à la paroi postérieure), soit de sa nature (cancer en nappe). Il y en a qui ne provoquent presque pas de douleur, qui ne présentent jamais d'hématomèses, ni de melaena, à peine quelques vomissements, et vous savez que cette teinte jaune paille des téguments sur laquelle on a tant insisté est loin de se rencontrer toujours. Cette maladie n'épargne pas le jeune âge puisqu'elle se

présenterait avant trente ans dans la proportion de 1 %, d'après la thèse de Marc Mathieu (Lyon 1884). Elle n'a pas toujours la durée classique de 20 à 36 mois ; chez les jeunes gens, elle est plus rapide dans son évolution, et Beaumetz a cité un cas où la durée s'est prolongée pendant cinq ans (*Soc. méd. des hôp.* 1885). Mais dans les cas de longue survie, il faut toujours se demander s'il ne s'agit pas de ces cancers qui succèdent parfois à l'ulcère de l'estomac.

Ajoutons encore que le cancer gastrique n'est pas fatalement progressif dans son évolution, qu'il peut présenter des rémissions d'une durée plus ou moins longue. Ces rémissions, souvent capables de faire douter du diagnostic le mieux établi, sont vraies ou fausses.

Dans le premier cas, elles résultent de la médication, et lorsque, dans une prochaine leçon, il sera question du traitement de cette affection, je vous citerai l'histoire de plusieurs malades et notamment d'une cancéreuse observée par Eichhorst (de Zurich) qui augmenta de neuf kilogrammes en moins d'un mois, sous l'influence de lavages gastriques prescrits dans le but de supprimer une source d'auto-intoxications.

Dans le second cas, ces rémissions sont fausses et trompeuses ; mais, dans le cancer presque infranchissable du pylore, les vomissements incoercibles et tardifs peuvent disparaître rapidement, et l'on croit à tort à une amélioration réelle, lorsque le ramollissement et l'ulcération de la tumeur ont rendu à l'orifice pylorique sa perméabilité au point de créer une véritable incontinence du pylore. La preuve qu'il s'agit d'une rémission fautive, et que la suppression d'un symptôme ne signifie pas toujours amélioration, c'est qu'à partir de cette époque, et après un temps d'arrêt variable, les symptômes prennent souvent une plus grande intensité et une gravité plus sévère.

Pour affirmer le diagnostic du cancer de l'estomac, appellerez-vous encore à votre secours l'influence de l'hérédité ? Or, celle-ci, heureusement du reste, ne doit être que rarement invoquée pour cette maladie. On cite bien, parmi les cas historiques, l'histoire de Napoléon Ier, qui succomba à cette affection ainsi que son père et une de ses sœurs. Mais il convient, dans cette question de distinguer deux choses : *l'hérédité dans les lésions* et *l'hérédité dans les organes*. Comme exemple de la première, il suffit de rappeler les faits si fréquents et si connus d'un père qui meurt de tuberculose et d'un fils atteint dans le jeune âge d'une tuberculose méningée, d'une mère qui succombe au cancer de l'utérus et dont l'un des enfants meurt plus tard d'un carcinome gastrique. Comme exemple de la seconde, vous avez le fait de cette dyspepsie tenace *sine materia* qui tourmente pendant presque toute son existence le fils d'un père qui a succombé au cancer de l'estomac. Vous auriez tort bien souvent de vous appuyer sur ces antécédents héréditaires

pour affirmer que cet état dyspeptique est d'origine cancéreuse. Les ascendants de ce malade lui ont transmis une certaine faiblesse d'un organe, vulnérabilité particulière du tube digestif, mais pas autre chose.

Ainsi, ces quelques exemples vous montrent que le diagnostic du cancer de l'estomac n'est pas toujours chose facile, et cela malgré la diminution ou la disparition de l'acide chlorhydrique dans la sécrétion gastrique—puisqu'il y a l'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie ont été observées dans d'autres maladies—malgré la diminution de l'urée ou des phosphates dans les urines—laquelle n'est pas autre chose qu'un signe de dénutrition spéciale à quantité d'états morbides—malgré l'état de leucocytose sanguine que quelques auteurs ont cru pouvoir attribuer à la présence de cancers viscéraux; enfin, malgré l'existence des "adénopathies à distance" que l'on peut rencontrer dans la syphilis et la tuberculose, et qui sont parfois absents dans le carcinome.

Vous pouvez donc méconnaître un cancer de l'estomac, mais vous pouvez aussi croire à un cancer qui n'existe pas, comme je veux maintenant essayer de vous le démontrer.

Voici deux exemples, presque historiques, de *faux cancers* de l'estomac :

À l'âge de quarante ans, Milne Edwards, le célèbre zoologiste, fut atteint de troubles dyspeptiques tels que l'on crut pendant longtemps à l'existence d'un cancer gastrique. Or, il mourut vers quatre-vingts ans, naturellement d'une autre maladie. Claude Bernard, lui, succomba, comme on le sait, à des accidents urémiques qui simulèrent pendant plusieurs mois un carcinome de l'estomac.

Sans doute le terme de *faux cancer* peut ne pas paraître absolument exact puisqu'il n'y a ou qu'il ne doit y avoir rien de faux en pathologie. Mais on dit bien : faux tabes, pseudo angine de poitrine, pseudo-épilepsie, etc; pourquoi n'y aurait-il pas des pseudo cancers? L'important, du reste, est de se bien faire comprendre et de donner une définition exacte de la chose; un faux cancer est une maladie *non cancéreuse le plus souvent*, qui, par un symptôme prédominant ou par la réunion de plusieurs symptômes fortuitement réunis, donne l'apparence d'un carcinome gastrique.

Il y a donc des faux cancers; 1^o avec tumeur seule ou encore avec tumeur, hématomésés et cachexie; 2^o sans tumeur, avec cachexie, ou encore sans tumeur et avec hématomésés.— (*A continuer*).

La pneumonie des vieillards.—Le Dr. J. PRIOR a remarqué que, à Buffalo, c'est de novembre à mai qu'on observe le plus souvent la pneumonie chez les vieillards. La maladie à son maximum de fréquence en mars, et elle éclate, à la suite des vents d'est ou de nord-est, aussi bien chez les individus qui ont gardé la chambre que chez les autres.

Chez les vieillards, le lobe supérieur du poumon est atteint plus fréquemment que chez les individus d'âge moyen, et la maladie a une tendance plus marquée à envahir la partie inférieure du poumon. Pendant la période de congestion, on constate moins de râles crépitants au niveau de la partie malade. L'exsudat est plus fluide et il est souvent difficile de savoir si le poumon est simplement congestionné ou bien hépatisé. Le poumon gauche est envahi presque aussi souvent que le droit.

Le plus souvent, la pneumonie est double. La pneumonie tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Chez les vieillards, la pneumonie ne s'accompagne pas des symptômes habituels ou, du moins, ceux-ci sont peu accentués. Très fréquemment, le malade ne donne aucun renseignement qui puisse conduire au diagnostic. Peu de maladies causent aussi peu de troubles chez les vieillards que la pneumonie.

Les symptômes prémonitoires attirent rarement l'attention. Quelquefois la maladie débute par du délire et une grande prostration. Le frisson initial est rarement très intense, quelquefois il fait absolument défaut. Le symptôme le plus constant et le plus caractéristique du début de la pneumonie est l'élévation de la température qui monte à 38°, et 39 degrés. Au bout de quelques jours, elle peut atteindre et dépasser 40 degrés.

Le pouls est fréquent, mais la respiration n'est pas aussi accélérée que chez l'adulte. La toux est parfois nulle ou peu fréquente. On constate rarement les crachats caractéristiques. En général, la pneumonie ne se complique pas de pleurésie et, dans la majorité des cas, le malade n'accuse aucune douleur. Les premières périodes de la pneumonie sont plus courtes chez les vieillards, mais la résolution est beaucoup plus longue à se faire.

Les maladies qui, chez les gens âgés, peuvent simuler la pneumonie sont la congestion hypostatique, la congestion simple, l'œdème pulmonaire, la bronchite capillaire et la pleurésie. Les signes physiques ne suffisent pas, quelquefois, pour faire le diagnostic. — (*Journal des praticiens*).

On croit vulgairement qu'il est plus difficile de diagnostiquer le mal des enfants que celui des adultes. La clinique est autre, mais non plus difficile. Souvent, c'est avec les gens qui se disent éclairés, qu'il importe le plus de faire ce qu'on a appelé irrévérencieusement, de la médecine vétérinaire.

On ne dit pas ; Ma maladie, mon infirmité sont l'effet de mon âge, de mes imprudences, de l'usure de mes organes. On dit : Un tel est de mon âge et un tel autre aussi ; tous les deux sont moins valides que moi. — Le mauvais sentiment qui se cache sous a deuxième façon de dire console mieux que la première et est une plus véridique constatation.

CHIRURGIE.

Complications et pronostic des contusions du genou.—Le genou est, par sa situation, prédisposé à des traumatismes incessants. Chutes, coups, faux mouvements, tous les accidents extérieurs atteignent le genou, plus que tout autre article. Il n'est personne, qui n'ait eu une ou plusieurs contusions plus ou moins violentes des genoux. Aussi cette question, quoiqu'un peu négligée dans les traités classiques, est-elle d'un indiscutable intérêt pour tout le monde. Heureusement il y a contusion et contusion et la plupart du temps, tout se borne à un léger épanchement sanguin sous-cutané, déterminant un *bleu*, et à une douleur, plus ou moins vive à la pression, qui disparaît peu à peu, au bout de 8 à 10 jours. Si la contusion légère n'est pas trop fréquemment renouvelée, et si le terrain du sujet atteint n'est pas tuberculeux, elle ne laisse aucune trace après elle ; mais il n'en est pas toujours ainsi et avant d'aborder l'étude des contusions violentes du genou, nous devons dire quelques mots du pronostic de ces légers coups, qui plus tard deviennent des tumeurs blanches ou des ostéites chroniques.

I—CONTUSIONS LÉGÈRES.—La grande étendue de la synoviale articulaire du genou et sa richesse vasculaire, rendent cette articulation particulièrement sensible aux moindres traumatismes. De plus, il est presque impossible, si on ne l'immobilise pas dans un appareil, de maintenir le genou au repos. C'est une des articulations qui fatiguent le plus, puisqu'elle supporte tout le poids de la moitié du corps dans la station debout et de la totalité de ce poids, alternativement avec l'autre genou, pendant la marche. Cette fatigue s'accompagne forcément de congestions fréquentes de la synoviale et des extrémités osseuses fémoro tibiales. C'est pour cette raison que le moindre petit traumatisme du genou demeure longtemps douloureux, la congestion étant maintenue permanente par le petit épanchement périarticulaire ou sous-cutané. Sur un sujet vigoureux, la résorption sanguine se fait relativement vite malgré cette entrave. Mais, chez un sujet faible, anémique, de souche tuberculeuse ou de souche arthritique, la résorption est lente, la congestion synoviale persiste et, la fatigue aidant des complications très sérieuses surviennent ; chez les hérédito-tuberculeux et à plus forte raison chez les tuberculeux avérés, une *tumeur blanche* peut se déclarer ; chez les arthritiques, il se fait une *hydarthrose aiguë*, qui guérit rarement tout à fait.

Si les traumatismes, mêmes légers, se répètent souvent, ces graves complications sont encore plus à redouter.

L'articulation reste toujours douloureuse autour du point contus ; un peu de gonflement survient et, comme on persiste à marcher pour faire *oublier* sa douleur, le gonflement augmente et insensiblement la maladie articulaire s'installe.

D'où il faut conclure que, tout traumatisme léger du genou a un pronostic variable suivant le terrain du sujet atteint. Un homme vigoureux pourra se traiter par le mépris ; mais un anémique, un arthritique et surtout un tuberculeux devront au moins garder un repos de quelques jours, pendant lequel on pratiquera, autour de l'article, un massage méthodique, destiné à empêcher la stase sanguine et à accélérer la résorption de l'épanchement. Si, par malheur, la complication survient par suite de premières négligences, il faut agir promptement et énergiquement. Une contusion du genou, dont on souffre encore un mois après l'accident, doit être traitée par une bonne application de pointes de feu, une couche de pommade mercurielle double mélangée de partie égale d'emplâtre de savon, et un appareil inamovible soit ouaté, soit plâtré.

II—CONTUSIONS VIOLENTES ET GRANDS TRAUMATISMES DU GENOU.—Si nous conseillons une aussi grande prudence dans le traitement de contusions légères, que ne dirons-nous à propos des graves contusions occasionnées par les chutes, les chocs violents ou les torsions ? En dehors des nombreuses professions, qui exposent fatalement à ces traumatismes, il existe une foule de circonstances où l'on est menacé de tels accidents. Courses, sauts, ascensions d'escaliers, de marchepieds, coups violents contre des obstacles, des meubles, coups de pied de toutes sortes, certes, c'est le genou qui est le plus souvent atteint. Or ces traumatismes peuvent produire un nombre considérable de désordres que nous allons énumérer : 1o *simple épanchement périarticulaire abondant* ; 2o épanchement intra-articulaire de sérosité (*hydarthrose*) ou de sang, ce qui est plus fréquent (*hémarthrose*) ; 3o *entorse du genou* ; 4o *fracture de la rotule et fracture épiphysaire* (fémorale ou tibiale) ou les deux ensemble. Enfin, dans les grands traumatismes du genou, il peut y avoir, à la fois, hémarthrose, épanchement périarticulaire, entorse et fracture des os. Pour être complet, il faut mentionner encore les luxations du genou (tibia et rotule), qui s'accompagnent quelquefois d'accidents de paralysie et de gangrène par compression nerveuse et vasculaire.

Voilà tous les degrés de l'échelle des contusions du genou. Nous ne décrirons pas les deux dernières (fractures et luxations) qui forment bien nettement deux chapitres spéciaux. Mais nous dirons quelques mots des hémarthroses, des hydarthroses et des entorses du genou qui sont vraiment des contusions, ou des résultats de contusions.

De même que, dans la plupart des fractures du membre inférieur, le déplacement des fragments est produit par les mouve-

ments forcés qu'exécute le blessé pour se relever, de même dans les contusions violentes du genou, l'épanchement est d'autant plus considérable que, comme on le dit vulgairement, le blessé est moins douillet et par conséquent, plus imprudent. Il ne faudrait plus faire fonctionner le genou le moins du monde, après une grave contusion. On y est d'autant plus porté que la douleur vive semble se calmer un peu en faisant quelques pas. Mais au bout de quelques instants, deux choses peuvent arriver : ou bien, une douleur violente, syncopale, déchirante, se fera sentir et annoncera la formation d'une *hémarthrose* qui ne tardera pas à gonfler démesurément le genou, ou bien la douleur restera modérée et le genou ne gonflera que le lendemain ou seulement quelques heures après l'accident, ce qui annonce une *hydarthrose aigüe*. Dans le 1er cas, le malade est dans l'impossibilité absolue de recommencer à marcher : dans le 2e cas, il se traîne suivant qu'il a plus ou moins de courage.

Enfin, quand la contusion a été accompagnée de faux mouvements, ou quand elle a été produite, à l'intérieur même de la jointure, par une torsion brusque ou un mouvement forcé, il se produit de même une *hémarthrose* ou une *hydarthrose*, mais cette fois accompagnée d'*entorse*.

Rappelons seulement, pour mémoire, que généralement, on fait le diagnostic de l'*hémarthrose* et de l'*hydarthrose*, surtout en se basant sur le fait de la brusque production de l'*hémarthrose*, au lieu que l'épanchement se fait plus lentement dans l'*hydarthrose*.

De plus, comme le fait remarquer M. E. Rolland, dans sa récente thèse (Paris 1894), ce qui frappe d'abord, quand on est en présence d'un malade atteint d'*hémarthrose*, c'est la déformation de l'article. Le genou est globuleux, arrondi ; les dépressions normales ont disparu, les saillies sont effacées. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, le membre repose sur le lit, par sa face externe dans une attitude spéciale intermédiaire à la flexion et à l'extension. C'est une sorte de demi flexion, qui répond au maximum de relâchement de tous les ligaments et au maximum de capacité de la cavité synoviale. Bonnet a démontré, au moyen d'expériences cadavériques, que dans les cas d'injection forcée, l'effort mécanique du liquide accumulé dans l'articulation, produisait toujours ce résultat.

"Nous n'insisterons pas sur l'élévation de température locale, le plus souvent difficile à constater, puisqu'elle est insignifiante, atteignant seulement quelques dixièmes de degré ; c'est du reste un signe plutôt tardif, qui trahit, surtout quand l'élévation thermique est de deux degrés, comme dans certains cas fort rares signalés par Terrillon, l'état inflammatoire de l'articulation traumatique.

"Quelques auteurs, Cloquet en tête, insistaient sur la crépitation que l'on pouvait percevoir au niveau du cul-de-sac rotulien, dans

certains cas d'hémarthrose du genou ; c'est là encore, croyons-nous, un signe infidèle et dont l'interprétation mérite d'être discutée. La sensation ainsi obtenue était comparée, suivant les cas, tantôt à celle de l'amidon écrasé entre les doigts, tantôt à celle de morceaux de glace pilée remués les uns contre les autres ; quel que fût son degré, cette crépitation était toujours rapportée à la même cause : la coagulation du sang dans l'articulation ; la main qui palpait le genou écrasait les caillots.

Quant à la prétendue *fluctuation pâteuse* des classiques, elle n'existe pas : " Jamais, dit M. Delbet, vous ne sentirez cette fluctuation pâteuse dont on a tant parlé." Ce qui est certain, comme le montre fort bien M. Delbet, c'est que, dans les hémarthroses, il ne faut pas s'attendre à trouver une fluctuation bien nette, il ne faut pas surtout employer pour la trouver le procédé qui la met si bien en évidence dans les hydarthroses. Nous voulons parler du choc rotulien. La rotule ne peut être déprimée pour venir au contact des condyles fémoraux, que si la tension de la synoviale n'est pas trop considérable ; or, dans l'hémarthrose, cette tension est en général extrême ; même en déprimant simplement la rotule, sans embrasser avec les mains les culs-de-sac, ce qui augmenterait la tension de la synoviale, on ne peut guère arriver à obtenir le choc rotulien.

Dans l'*hydarthrose*, au contraire, pas de brusque apparition, pas de violentes douleurs, pas de crépitations, et surtout une fluctuation bien nette ; du reste, avec les précautions antiseptiques modernes, il n'est plus permis de rester dans le doute, et une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz, lève promptement ce doute.

La *marche* des hémarthroses et des hydarthroses est généralement lente, quand elles sont abandonnées à elle-même ; cette lenteur d'évolution dépend bien, il est vrai, de la nature du traumatisme, de son degré de violence et par suite de la quantité de sang ou de sérosité épanchée et des lésions de l'articulation.

D'autre part, l'articulation ne reste pas toujours indifférente à son épanchement. Suivant le terrain, quelquefois même suivant les circonstances du traumatisme, il se fait une réaction violente ; le sang épanché se transforme en pus sous l'influence d'une infection venue du sang en circulation ou des lymphatiques par une petite plaie extérieure ; bref, il survient de l'arthrite, le plus souvent suraiguë et suppurée, qui naturellement compromet singulièrement la vie du malade, quand elle ne l'empêche pas avec des accidents d'infection purulente et de septicémie.

Dans de meilleures conditions, il ne se fait pas d'arthrite, mais l'épanchement ne se résorbe pas vite : il empêche le blessé de marcher, et, par suite, favorise son anémie, son émaciation ; celui-ci perd ses forces, et insensiblement, s'installe ainsi la tuberculose, surtout s'il y avait déjà prédisposition héréditaire. C'est ainsi que nombre de contusions graves du genou négligées sont devenues

des tumeurs blanches, des arthrites tuberculeuses, ce qui ne vaut guère mieux qu'une arthrite aiguë suppurée, puisqu'elle aboutit à la résection du genou, quelque-fois même à l'amputation.

Quelqu'exagéré que paraisse ce tableau de l'avenir des contusions du genou, nous ne saurions trop l'avoir devant les yeux quand nous avons à en soigner quelqu'une. Le traitement a une importance capitale, puisque, dans la plus grande partie des cas, il est suffisant pour conjurer toute complication.

Ici, ce n'est plus le massage qu'il faut appliquer, du moins au début. Il faut une prompte intervention chirurgicale, comme viennent de le démontrer le Dr Delbet et les Drs Rolland et Decuyper, dans leurs récentes thèses.

Qu'il s'agisse d'une hémarthrose ou d'une hydarthrose, c'est le même traitement que nous proposons et le plus hâtif possible, c'est la ponction évacuatrice, suivie de l'immobilisation et de la compression.

Pour cette ponction, on se servira du trocart moyen de l'appareil Potain, ou de l'aiguille n° 3 ou n° 4 de l'appareil Dieulafoy, après qu'on l'aura préalablement fait bouillir, ou simplement fait tremper dans de l'alcool, qui sera ensuite enflammé. La région antérieure du genou sera soigneusement savonnée, rasée, brossée, puis lavée à l'éther et ensuite au sublimé, de telle sorte que la surface des téguments soit dans le plus parfait état d'asepsie possible.

La ponction sera pratiquée à l'endroit que le chirurgien jugera le plus convenable : en général, il vaut mieux pénétrer à la partie externe du cul de sac, au niveau du bord supérieur de la rotule et environ à 2 centimètres en dehors. Il n'y a là d'ailleurs rien de mathématique : cela varie suivant les cas.

L'évacuation d'une hémarthrose doit être totale ; pour cela, pendant qu'il tient le trocart d'une main, le chirurgien doit presser avec l'autre sur tous les points de la synoviale, pour la débarrasser de tout le liquide sanguin qu'elle renferme.

Inutile d'injecter ensuite, selon la méthode de Schede, de l'eau phéniquée ou tout autre liquide antiseptique ; ces lavages articulaires, sans être nuisibles, n'offrent aucun avantage et ne hâtent pas la guérison.

La ponction terminée, on recouvre d'une petite couche d'ouate collodionée la plaie insignifiante produite par le trocart, et on applique immédiatement un pansement ouaté compressif, bien fait, autour du membre. Ce dernier est ensuite placé dans une longue gouttière en fil de fer, maintenue par des tours de bande de toile. Un coussin de balle d'avoine tiendra le pied élevé.

Cette soigneuse immobilisation est le complément obligé de la ponction, dont les avantages seraient, sans cette précaution, insuffisamment appréciables.

L'appareil compressif sera maintenu au minimum durant dix jours.

Passé ce délai, le malade pourra se lever et reprendre la marche, non sans avoir le genou enserré dans une genouillère élastique.

Dans les cas où, en dépit de la brièveté du traitement, se serait manifestée de l'atrophie du triceps, les douches sulfureuses et le massage auraient un rôle très efficace.

Dans les hydarthroses, il n'est pas nécessaire non plus de faire des lavages, à moins qu'elles ne soient déjà anciennes ; mais l'immobilisation et la compression sont aussi nécessaires que dans l'hémarthrose.

Quand, après une première ponction, le liquide s'est reproduit, il ne faut pas hésiter à recommencer jusqu'à ce qu'il ne se produise plus notablement,

Mais nous ne saurions trop insister sur la nécessité absolue d'une antiseptie parfaite dans ces opérations ; si l'on ne se sent pas capable de l'appliquer dans toute sa rigueur, mieux vaut s'abstenir, c'est plus prudent, quoique peu avantageux pour le patient.—Dr PAUL HUGUENIN, in *Concours médical*.

De l'intervention chirurgicale immédiate en cas de perforation des ulcères ronds de l'estomac, par M. P. MICHAUX (de Paris) —La question du traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac n'a pas encore été portée devant une assemblée de chirurgiens français ; je voudrais en envisager devant vous une des faces, en étudiant l'intervention chirurgicale immédiate dans les cas de perforation de ces ulcères.

L'observation personnelle que je vais vous résumer brièvement est je crois le premier cas de guérison obtenue en France dans les interventions de ce genre.

Le 23 septembre 1893, on apporte à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Léon Labbé, que je suppléais, un homme de trente et un ans, terrassier au service de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest. Dans la nuit précédente, vers deux heures du matin, en soulevant un rail, cet homme avait éprouvé dans la région épigastrique une douleur intense avec sensation de déchirement intérieur.

Une demi-heure après, la douleur ne diminuant pas, il avala un verre de vin. A peine avait-il ingéré ce liquide que la brûlure épigastrique augmenta et devint atroce. A cinq heures du matin, il eut un vomissement unique de liquide bilieux mélangé de vin.

Au moment de la visite, je le trouve dans un état qui, à part la douleur, ne dénote en rien la gravité des lésions internes. La figure, peu altérée, indique simplement la souffrance ; le pouls est plein, et bat 80 fois par minute ; la température, fait important, marque 32°2. La douleur épigastrique est toujours vive ; le ventre, nullement ballonné, est au contraire plutôt rétracté, dur, tendu, particulièrement dans la région du ventre supérieur des muscles droits de l'abdomen.

Ces signes me font supposer une déchirure de l'estomac, de la première portion de l'intestin grêle ou de la vésicule biliaire, et j'insiste vivement auprès du malade sur la nécessité et les avantages d'une intervention chirurgicale immédiate. Son consentement est obtenu non sans peine et l'opération pratiquée séance tenante, sous le chloroforme avec l'assistance des internes du service; toutes les précautions antiseptiques sont prises.

Je fais une incision exploratrice s'étendant de l'appendice xiphoïde au voisinage de l'ombilic. Le péritoine ouvert, nous voyons s'écouler une petite quantité de liquide visqueux et quelques débris alimentaires résidu du repas de la veille au soir.

L'incision agrandie, le foie largement relevé par la main d'un aide, j'aperçois très haut sous cet organe et le diaphragme, tout près de la colonne vertébrale, une petite perforation linéaire de 12 à 13 millimètres de long siégeant sur la face antérieure de l'estomac, à 1 ou 2 centimètres à peine du cardia. Cette perforation laisse échapper à chaque mouvement respiratoire de nouvelles quantités de liquide qui descendent vers l'ombilic en avant du grand épiploon, dont l'étalement garantit heureusement les anses intestinales. La partie inférieure de l'abdomen est soigneusement détergée et protégée par de grosses éponges aseptiques. On lave à l'eau bouillie la région gastro-hépatique.

J'essaie de suturer directement les bords de la perforation, mais les tissus sont trop friables; malgré toutes les précautions, les fils de soie déchirent la paroi stomacale. La situation extrêmement profonde de l'ulcère rend toute tentative d'excision impossible. Je me décide immédiatement à faire en avant de l'ulcère un pli à la face antérieure de l'estomac. La perforation se trouve cachée au fond de ce pli par un double rang de sutures de Lembert au fil de soie, le premier rang étant disposé au delà de l'ulcère, que l'on sent bien et qui mesure environ les dimensions d'une pièce de deux francs. Une mèche iodoformée protégeant la région suturée conduit les liquides à la partie inférieure de l'incision abdominale, laissée ouverte pour plus de sûreté.

Les jours suivants, la température reste bonne, le malade est nourri par des lavements nutritifs. Au huitième jour, en retirant la mèche de gaze, il s'écoule un demi verre de liquide. Je craignis un instant que ce ne fût du suc gastrique, mais l'analyse démontra qu'il ne renfermait pas de chlorures ni d'acides et qu'il était formé par une sérosité péritonéale inflammatoire renfermant de nombreuses leucocytes. En effet, bientôt ce liquide devint nettement purulent et une fistule purulente persista à la partie inférieure de l'incision.

Le malade, très amaigri pendant un mois malgré tous nos efforts (régime lacté, œufs, peptones), se mit ensuite à engraisser étonnamment. Mais la fistule persistait, et je me refusai pendant cinq mois à intervenir activement, craignant qu'une septicémie opérée-

toire ne vint compromettre une guérison si laborieusement acquise.

Enfin, le 5 mars, je nettoyai la fistule et le foyer gastro-sous-hépatique qui en était le point de départ.

Un mois après, le malade était complètement guéri.

Je l'ai revu il y a trois jours : il était en parfait état.

Les travaux de Cruveilhier, Rokitan-ky, Brinton, Debove et Renault, Bouveret, etc., nous ont donné sur la perforation des ulcères de l'estomac des renseignements statistiques intéressants que je désire rappeler brièvement :

La perforation est une complication fréquente de l'ulcère. 13 070 (Brinton) ; on l'observe plus souvent chez l'homme après trente ans, chez la femme avant cet âge et surtout de quinze à vingt cinq ans. L'influence occasionnelle du traumatisme, d'un effort a été souvent notée.

Fait curieux, si l'ulcère est plus fréquent à la paroi postérieure et dans la région pylorique, les perforations s'observent surtout à la face antérieure et près du cardia.

Condition moins avantageuse, l'ulcère est souvent multiple : Brinton en a relevé 97 cas sur 463 observations.

Quand la perforation se produit, il en résulte une péritonite localisée ou une fistule muqueuse.

Comment reconnaît-on cliniquement une perforation ? Au cours d'un ulcère nettement caractérisé ou brusquement en cas d'ulcère latent, on voit se dérouler un tableau presque toujours identique et dont voici les principaux traits : douleur épigastrique atroce, sensation de brûlure, de déchirure intérieure accrue par l'ingestion des aliments, rétraction du ventre, disparition de la matité hépatique, vomissements rares ou nuls, enfin signes de péritonite avec élévation de température ou bien collapsus, hypothermie, ballonnement du ventre.

De ces faits découle sans conteste la nécessité de l'intervention chirurgicale. Elle s'impose comme dans le cas de perforation de l'appendice, de plaie de l'intestin, de contusion abdominale. Cette intervention immédiate pour prévenir ou combattre la péritonite a été préconisée et pratiquée pour la première fois par Mikuleicz en 1884. Après lui Steinthal, Nissen, Korte, Czerny, Stelzner, Krieger l'ont pratiquée en Allemagne. En Angleterre, Hastings Gilford, Haward, Lee Dickinson, Morse, Maclaren, y ont eu recours. Notre savant collègue M. Roux (de Lausanne) l'a exécutée une fois avec plein succès. Les opérations de ce genre faites en France appartiennent à MM. Poncet, Walther, Le Dentu et à moi-même.

Cette intervention comprend les temps suivants : 1o laparotomie médiane exploratrice sus ombilicale large, afin de bien voir ; désinfection, nettoyage à l'éponge et à l'eau bouillie ; 2o recherche de la ou des perforations en avant et au besoin en arrière ; 3o si la

perforation est facilement accessible, excision ou avivement; si elle est profondément située, plicature de l'estomac et occlusion à distance par des points de suture de Lembert, disposés sur deux ou trois rangs.

L'opération a été pratiquée vingt cinq fois : les dix premiers cas ont été mortels, les quinze suivants ont donné cinq guérisons et dix morts. Le premier succès appartient à Kriege (de Berlin), les autres à Morse (de Norwich), à Maciaren (de Carlisle), à Roux (de Lausanne), et le dernier est celui que je viens de vous communiquer.

L'étude des observations démontre que la plupart des insuccès sont dus à une intervention trop tardive ou à une perforation oubliée. Intervention aussi rapide que possible, dans les quinze premières heures; intervention large : voilà les deux règles qu'il me semble important de poser et à l'aide desquelles on comptera bientôt, je l'espère, de nombreux succès dont chacun représentera un malade arraché à une mort certaine.—*Courrier médical.*

En cas de gastrostomie : les récentes modifications apportées à la technique opératoire. par le docteur ALBERT KRICKX, chirurgien-assistant des hôpitaux. — Depuis longtemps la gastrostomie était couramment pratiquée à l'étranger quand elle obtint la faveur de la chirurgie française. La technique primitivement employée était trop simple : aussi entraînait elle certains inconvénients dont le plus important était l'écoulement de suc gastrique par la fistule.

On avait essayé plusieurs fois de modifier le mode opératoire; c'est en Allemagne surtout, qu'on fit de nombreuses tentatives pour remédier à cette complication.

Sans s'exagérer l'importance de celle-ci, il faut avoir présent à l'esprit qu'elle peut donner lieu aux plus graves conséquences, entre autres, l'ouverture de la cavité péritonéale par auto-digestion des bords de la plaie : König eut l'occasion d'observer un cas de ce genre.

En France on a fait subir également dans ces derniers temps, certaines modifications au procédé primitif. Malgré les affirmations des chirurgiens qui prétendent rendre impossible l'écoulement de suc gastrique en faisant à l'estomac une boutonnière très petite, il est certain que cet accident s'est présenté.

Chez nous, c'est au procédé de Terrier que l'on a le plus souvent recours. J'ai eu, comme d'autres, l'occasion de remarquer l'écoulement du suc gastrique par la fistule, malgré tout le soin que je mis à suivre à la lettre les recommandations de Terrier. C'est ce qui m'a engagé à rechercher les modifications que l'opération a subies. Le chirurgien, avant d'entreprendre n'importe quelle opération, devrait pouvoir jeter un coup d'œil d'ensemble sur les différents procédés connus. Mais, le plus souvent, les meilleurs traités sont incomplets à cet égard.

Il en est surtout ainsi pour l'opération qui nous occupe. Dans l'exposé que je vais faire de la question, je prendrai comme point de départ l'opération de Terrier qui peut être considérée comme résumant la technique primitive. Je la rappellerai dans ses grands traits en rapportant l'observation suivante :

Le malade, conducteur typographe âgé de 48 ans, ne présentait aucun antécédent héréditaire d'aucune sorte.

L'affection avait débuté, il y a quatre mois, par de la raucité de la voix, de la céphalalgie accompagnée d'inappétence ; ni vomissements, ni constipation. Il y a deux mois apparurent des nausées assez fréquentes, puis des vomissements qui se produisaient immédiatement après le repas. Le malade fut mis au régime lacté mais sans résultat.

Examen actuel. Amaigrissement notable, pâleur du visage mais pas d'aspect cachectique.

La constitution est vigoureuse. Depuis le début de la maladie perte de poids de 22 kilos.

Les vomissements se manifestent aussitôt après l'absorption d'aliments ; céphalalgie, rachialgie, douleurs rétrosternales et épigastriques accompagnées de sensations constrictives s'irradiant vers les lombes. Jamais d'hématémèse ; soif vive, constipation. Pas de symptômes du côté des autres organes.

Le cathétérisme de l'œsophage fut pratiqué dans un hôpital de faubourg, mais amena une hémorragie. Je crus, en présence de cet accident, inutile de recourir à une exploration dont la nécessité diagnostique ne s'imposait pas absolument.

Je procède le 23 septembre à l'opération.

J'ai suivi complètement le procédé de Terrier, en ne pratiquant à l'estomac qu'une boutonnière très petite. L'opération a été effectuée en un temps, sans difficulté considérable, l'estomac ayant été facilement trouvé et attiré dans la plaie.

L'intervention fut parfaitement supportée par le malade qui accuse le lendemain une amélioration considérable dans son état. La plaie a très bonne apparence ; seulement un peu d'emphyème sous cutané autour d'elle, accompagné de rougeur due à l'action irritante du suc gastrique. Je fais répandre autour d'elle un mélange d'acide borique et de carbonate de magnésie.

Les sutures muco-cutanées sont enlevées le cinquième jour.

A cette époque à peu près, se manifesta une expectoration sans toux qui devint assez rapidement abondante. J'explorai la poitrine sans rien trouver d'anormal. La raucité de la voix du début de la maladie et cette expectoration sans symptômes pulmonaires me firent penser à une ulcération cancéreuse ayant corrodé la trachée. Le 5 octobre des symptômes pleuraux apparurent qui ne firent que confirmer cette manière de voir.

Depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine à droite, matité facile à constater. Au niveau de cette matité dimi-

nution de vibrations et souffle intense accompagné de pectoriloquie aphone.

Cette marche rapide de l'ulcération devait assombrir beaucoup le pronostic ; en effet, l'expectoration prit bientôt un caractère gangréneux, l'affaissement reprit, la température s'éleva et l'opéré mourut 16 jours après l'opération.

L'autopsie vérifia complètement le diagnostic : le cancer siégeait à la bifurcation des bronches et adhérait à l'aorte. Dans la cavité thoracique droite on constata sur la plèvre pariétale de la gouttière vertébrale une large plaque d'épaississement fibreux nacré, de forme triangulaire, à sommet supérieur correspondant à une ulcération faisant communiquer la plèvre avec l'œsophage. Les deux poumons présentent les endroits de cicatrisation et de ci de-là d'assez rares cavernules à contenu caséeux.

Malgré tout le soin avec lequel je suivis les recommandations de Terrier, malgré la petitesse de l'incision stomacale, malgré l'emplacement de la fistule sur la face antérieure, assez loin de la grande courbure, je n'ai pu éviter l'écoulement de suc gastrique par la fistule.

Toutes les modifications apportées à la technique opératoire visent cet écoulement.

La présence du muscle droit abdominal dans la plaie devait évidemment faire naître l'idée de s'en servir pour former un sphincter à l'estomac.

Le procédé le plus ingénieux est celui de Girard : cet auteur incise dans sa longueur le muscle droit abdominal gauche, pénètre jusqu'au péritoine et attire l'estomac dans la plaie. La base du cône plissé qui en résulte, est suturé au péritoine pariétal ; puis de chaque côté de l'incision faite au muscle droit, on déache un faisceau musculaire de la grosseur d'un doigt qu'on isole en forme de pont, sur une longueur de 10 centimètres. On fait alors glisser les deux ponts musculaires l'un à la rencontre de l'autre jusqu'à les entrecroiser. On a ainsi un sphincter musculaire par l'orifice duquel on fait passer le sommet du cône stomacal. Des sutures au catgut fixent les deux faisceaux musculaires et le cône gastrique dans la situation décrite. Pour terminer on ouvre l'estomac.

D'autres se contentent de se servir du muscle droit sans en entrecroiser les fibres. On peut dans ces conditions, soit conserver l'incision classique, soit faire une incision parallèle au muscle droit.

Quelle que soit l'incision adoptée, on pénètre entre les fibres musculaires qu'on écarte. Elles compriment latéralement le cône stomacal suffisamment attiré dans la plaie pour empêcher l'écoulement de suc gastrique.

Les résultats de cette simple modification, si l'on en croit leurs auteurs, seraient très suffisants.

Penières a proposé assez récemment une méthode qu'il dénomme

“Méthode de la valvule et du plissement de la muqueuse stomacale”. Elle consisterait à suturer l'estomac de façon à obtenir un adossement des deux surfaces du cône aplati engagé dans la plaie et de n'ouvrir que deux jours après le viscère au moyen d'un fin bistouri introduit de façon à pénétrer entre les deux surfaces.

Hahn et Hadra ont imaginé en 1890 un procédé nouveau.

Ils incisent à 1 centimètre du bord costal la paroi abdominale sur une étendue de 5 à 6 centimètres. La cavité péritonéale ouverte, on cherche le 5e espace intercostal en se rappelant que le dernier cartilage costal est celui de la 7e côte et que le 5e s'insère sur le 7e. A l'endroit de réunion de ces deux cartilages costaux, on fait une seconde boutonnière cutanée à travers peau et muscles, parallèlement à la première incision dont elle est séparée par un intervalle de 2 à 3 centimètres. Les tissus sont séparés du plan profond jusqu'à la première incision, de façon à former un pont musculo-cutané. On attire alors l'estomac jusqu'à la seconde incision en passant sous le pont cutané ; on fixe puis on incise l'estomac.

Ce procédé aurait plusieurs avantages : la fixation plus complète du viscère ne serait pas empêchée par l'atrophie fréquente qu'il subit dans les rétrécissements cancéreux ; l'alimentation serait plus facile ; enfin, les côtes formeraient un obturateur capable de s'opposer à tout écoulement du liquide au dehors.

Hadra a fait ainsi huit gastrostomies avec un résultat parfait.

Cependant quelle que soit l'excellence du procédé, il comporte avec lui un désavantage : c'est l'usure assez rapide de la paroi stomacale engagée sous le rebord costal. Cet inconvénient a été constaté plusieurs fois.

Lubkemuller prétend obtenir une rétraction suffisante de la fistule pour empêcher l'évacuation du suc gastrique en pratiquant l'incision de l'estomac au thermo cautère.

Witzel a décrit, l'année passée, dans le *Centralblatt für chirurgie* un procédé particulier dont le résultat serait certainement parfait.

Cette méthode consiste, après l'incision classique, à attirer la paroi antérieure de l'estomac et à y pratiquer une boutonnière dans laquelle on engage un drain de caoutchouc. On fait ensuite deux plis sur la paroi antérieure du viscère, plis parallèles au drain, qui sont rabattus sur celui-ci et maintenus au moyen de sutures de Lembert. Le drain est dirigé à gauche et en bas ; à son extrémité libre, on réunit le péritoine pariétal ou viscéral.

Plusieurs opérateurs ont essayé le procédé de Witzel et n'ont pu qu'à s'en lasser. Il est d'ailleurs très répandu actuellement en Allemagne.

Gersuny a imaginé d'effectuer la torsion de l'intestin pour remplacer le sphincter dans le cas d'anus iliaque. Ce procédé qui a donné à son auteur plusieurs succès pourrait être employé pour la fistule stomacale.

Il est assez difficile de faire un choix au milieu de toutes ces différentes méthodes. Mon but a été seulement de les faire connaître ; c'est au chirurgien à être éclectique et à appliquer au cas qu'il a sous les yeux le procédé que les circonstances et l'état de l'estomac l'engageront à adopter de préférence.—*La Clinique.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Fractures chez le fœtus pendant l'accouchement.—Tarnier décrit un cas de fracture de la clavicule pendant l'accouchement. La mère était délipare ; le bassin était légèrement rétréci et l'enfant se présentait en O. I. G. T. Quand la dilatation fut complète, la tête remonta et les pieds descendirent. En tirant sur ceux-ci, le cordon se trouva en prolapsus entre les jambes. Il le protégea contre toute compression et pour prévenir la sortie du fœtus à califourchon sur le cordon, le glissa pardessus un pied. Les jambes furent tirées, mais pendant la traction les bras s'élevèrent. Le bras postérieur fut ramené en bas sans difficulté, mais le bras antérieur fut plus difficile à dégager. L'accoucheur, après avoir introduit l'annulaire avec précaution jusque sur la face externe du bras, comprima de ce doigt l'épaule de manière à tenir le bras fortement et délicatement. Aussitôt il perçut la sensation d'un os qui se brisait. Après l'accouchement, il remarqua une fracture sous périostée du fémur ; un bandage fut appliqué jusqu'à la poitrine sur le bras correspondant et l'enfant s'en trouva très bien. D'après l'opinion de Tarnier, l'humérus est l'os qui se fracture le plus souvent pendant les manipulations obstétricales. Dans ces cas, l'humérus doit être saisi très délicatement entre le pouce, l'index et le majeur. La moindre compression latérale ou traction est suffisante pour casser cet os. Tarnier a remarqué chez des fœtus morts que l'os est aussi fragile qu'une allumette. Il rapporte qu'il n'a jamais fracturé un humérus fœtal involontairement, l'accident ne survenant, d'après son expérience, que quand il accouchait un fœtus mort ; dans ce cas il n'y avait aucune précaution à prendre pour sauver le bras. Après l'humérus, le fémur est l'os qui se fracture le plus souvent à la naissance. Les fractures du tibia et du péroné ne sont pas aussi fréquentes ; celles de la clavicule sont très rares. Dans sa pratique, Tarnier n'en a rencontré qu'une seule autre et dans ce cas la cause de la fracture qui ne fut constatée que quelques jours après la naissance est restée inconnue.—*Archives of Gynecology.*

Infection puerpérale d'origine intestinale.—M. SOREL.— On a cru pendant un certain temps, après les travaux de Vidal, que le streptocoque était l'agent spécifique de l'infection puerpérale; mais on n'a pas tardé à voir que cette conception était trop simple et que d'autres micro organismes pouvaient produire, après l'accouchement, des accidents analogues: tels le staphylocoque, le vibron septique, le bacterium coli, le pneumocoque, ainsi que l'ont démontré les travaux de Lesage, Demelin, Parmentier, Rendu, Budin, Bonnaire, Prioleau. De tous ces micro organismes, le plus important paraît être le bacterium coli. Les accidents qu'il détermine apparaissent d'habitude brusquement, aussitôt après l'accouchement, quelquefois même dans les derniers jours de la grossesse; on les constate plutôt chez les femmes constipées, ayant de la dilatation stomacale et de l'entéroptose. C'est qu'en effet la puerpéralité place ces malades en état de réceptivité; si alors les micro-organismes intestinaux sont virulents, les organes génitaux sont menacés.

L'infection puerpérale, produite par le bacterium coli revêt deux formes principales. Dans la première, il y a de la céphalée, du ballonnement du ventre, une élévation de la température—38° à 40°—la langue est sèche, l'appétit nul; des nausées, des vomissements apparaissent; la diarrhée fait suite à la constipation; la palpation est douloureuse au niveau du cœcum et de l'S iliaque; ces régions sont le siège d'un tympanisme et d'un empâtement marqués. Dans les cas légers, plusieurs de ces symptômes peuvent manquer; seule, la fièvre est constante; dans les cas plus sérieux, malgré les purgatifs, l'infection dure 15, 20 jours; il y a même des rechutes après la guérison. La seconde forme est caractérisée par l'apparition d'autres symptômes; peuvent se montrer alors la péritonite septique, la métrite, l'angioloécite et la phlébite utérines, la salpingite; les lochies deviennent fétides; l'appareil urinaire peut être attaqué lui aussi et la cystite apparaît, suivie de pyélo-néphrite ascendante.

A milieu de tous ces symptômes, seul l'examen physique (ballonnement, sensibilité du ventre) permet, avec l'examen bactériologique des sécrétions, de porter le diagnostic. La véritable cause d'erreur consiste à prendre pour une diarrhée consécutive à une autre infection celle qui est la conséquence de la présence du colibacille virulent dans l'intestin.

Pour prévenir pareils accidents de la puerpéralité, il faut, dans les derniers temps de la grossesse surtout, surveiller les fonctions intestinales (purgations, etc.). Des que les accidents ont apparu, il faut protéger l'appareil génital, laver le vagin, l'utérus si besoin est, et faire soigneusement, après chaque évacuation, la toilette de la vulve.—*Gaz. méd de Paris.*

Sécrétion vaginale chez la femme en couche.—Konig, commentant les recherches de Doderlein, Winter, Steffek et autres qui prétendaient avoir trouvé les micrococques pathogènes, surtout le staphylococcus albus et aureus, ainsi que les autres microbes pyogènes dans les sécrétions vaginales des femmes après l'accouchement, rapporte le résultat de sa propre expérience sur 100 femmes aseptiques à la période de travail. Il prétend avoir trouvé dans les lochies le plus souvent le streptococque, rarement le staphylococcus aureus et jamais le staphylococque. Après observation minutieuse de la réaction des sécrétions vaginales qu'il trouva décidément acides sur 300 femmes enceintes, il conclut que, dans des conditions pathologiques, les sécrétions atteignent un degré d'acidité beaucoup plus grand, à tel point que le streptococque pyogène peut difficilement s'y développer; du moins il n'a pu en obtenir aucun culture. En outre l'auteur émet l'opinion que toute femme qui n'a pas été soumise au toucher, ne contient pas de germes pathogènes; ceux du gonococque exceptés. C'est une bactérie qui dans les milieux ordinaires de culture est aérobie à la température du corps. Il s'ensuit donc que le vagin de toute femme enceinte qui n'a pas été soumise au toucher est aseptique.

Il considère dangereuses les injections vaginales antiseptiques chez les parturientes ordinaires, parceque leur action chimique diminue la force de résistance des tissus contre les bactéries et qu'elles peuvent augmenter l'intensité de l'endométrite infectieuse en poussant les bactéries dans la cavité utérine.—*Archives of Gynecology.*

Sur les grossesses prolongées.—M. Noury (de Caen).—Peu d'auteurs admettent la réalité des grossesses *physiologiques* prolongées au delà du terme considéré comme normal. La plupart des accoucheurs se rangent à l'avis du professeur Tarnier qui soutient que la grossesse prolongée est toujours l'indice d'un des trois états suivants: 1^o rétention du fœtus mort *in utero*; 2^o tumeur utérine faisant obstacle à l'accouchement; 3^o grossesse extra-utérine.

L'auteur, après avoir défini la grossesse prolongée, et montré qu'elle peut présenter des degrés bien divers, passe en revue les objections des adversaires de sa théorie; il conclut que rien n'autorise à la rejeter *a priori*.

Après l'exposé des conditions qui constituent la grossesse prolongée au sens *physiologique* du mot, il cite cinq observations (dont trois personnelles) à l'appui de sa thèse. Puis il montre que les faits observés dans l'espèce humaine sont corroborés par l'observation des vétérinaires sur l'espèce bovine.

Il termine en appelant l'attention des accoucheurs sur cette question et formule les conclusions suivantes:

1^o La grossesse prolongée *physiologique*, c'est-à-dire existant en

dehors de tout état pathologique, de toute malformation maternelle ou fœtale, s'observe dans l'espèce humaine aussi bien que dans d'autres espèces animales ;

2^o Il y a des degrés divers dans la grossesse prolongée ; il est impossible de les évaluer rigoureusement ;

3^o En tout état de cause, les faits de cet ordre sont en concordance avec les dispositions du Code civil, justifiant la prudence du législateur, lorsqu'il dit que "la légitimité des enfants nés trois cents jours après la dissolution du mariage *pourra* être contestée."

L'ichthyol en gynécologie.—A la suite d'un usage prolongé de ce médicament, Storer, après avoir passé en revue les résultats obtenus par les autres observateurs, tire les conclusions suivantes :

1^o Il a surtout été satisfait de ses propriétés analgésiques et de sa prompte action curative, lorsqu'appliqué sur l'endomètreum dans les cas d'endométrite.

2^o Contrairement à l'opinion de certains observateurs, l'ichthyol n'est en aucune sorte la panacée gynécologique ; mais que son incontestable importance est suffisante pour lui assigner une des premières places sur la liste des médicaments.

3^o Outre sa principale action qui est de calmer la douleur, il possède encore certaines qualités résorbantes qui en certaines circonstances sont relativement puissantes.

4^o Son emploi est exempt de malaise et de danger.

5^o Employé pur, il donne des résultats plus satisfaisants et plus sûrs que les solutions.

6^o Il n'a pas encore été prouvé qu'il ait une valeur thérapeutique autre qu'en application locale.—*Archives of Gynecology.*

Les préjugés en médecine actuels sont faits de la science de nos prédécesseurs.—Qui peut dire que nos arrière petits neveux ne souriront pas de nos idées, passées, de leur temps, à l'état de préjugés fossiles ?

Ces merles blancs ou gris que sont les hommes de génie, les hommes de talent, les artistes, font leur purgatoire ici-bas, au milieu des merles vulgaires qui les entourent. Mais, en songeant quel enfer serait leur vie, s'ils n'étaient entourés que de merles et de merlettes de leur espèce, ils se peuvent consoler.

La ligne fermée, cercle ou ellipse, se retrouve partout dans notre univers. C'est aussi l'image des progrès réels de l'humanité. A peine peut-on dire que nous agrandissons le diamètre du cercle. On va devant soi, on découvre des pays nouveaux, on marche, on court, on croit avancer parce que les choses changent d'aspect, et voilà que tout à coup, au dernier détour, on se retrouve au point de départ. On a tourné et fermé le cercle.

PÉDIATRIE.

Traitement des maladies de cœur chez l'enfant, par MM. LEGENDRE ET BROCA.—1o *Endocardites aiguës*.—Au cours d'une des maladies primitives aiguës, réputées génératrices de complications cardiaques, comme la polyarthrite rhumatoïdale, les infections pneumococciques ou streptococciques, lorsqu'on a constaté les symptômes et signes attestant la localisation du principe infectieux sur l'endocarde, quelles sont les indications thérapeutiques qui découlent de cette constatation ?

Il y a lieu de se demander : d'une part, dans quelle mesure l'inflammation de l'endocarde peut influencer sur la marche de la maladie primitive, en affaiblissant à un moment donné l'impulsion cardiaque ; d'autre part, quels inconvénients pour l'avenir du malade peuvent dériver du passage de cette inflammation à l'état de lésion orificielle chronique.

À dire vrai, la vigueur de la fibre cardiaque chez l'enfant est telle qu'il est beaucoup plus rare chez lui que chez l'adulte de voir l'organisme en détresse au cours d'une maladie infectieuse, par suite de la défaillance du cœur. Cependant le fait se voit dans la scarlatine, la fièvre typhoïde, les broncho-pneumonies.

Il est certain que, si la contractilité cardiaque fléchit du fait de l'endocardite, les stases sanguines dans les viscères mettront obstacle au fonctionnement des grands appareils par lesquels l'organisme se sauve dans les maladies aiguës, reins, foie, système nerveux, appareil respiratoire. Dès l'apparition des premiers signes d'affaiblissement des contractions cardiaques, il faut donc stimuler l'activité du cœur, en prescrivant les médicaments qui ont la propriété de renforcer la contractilité du myocarde : digitale, caféine, strophanthus, spartéine, convallaria.

Le second problème soulevé par la constatation d'une endocardite aiguë, est celui de savoir si la thérapeutique ne peut réussir à prévenir la formation des lésions orificielles dans l'avenir. Si nous consultons les classiques, ils nous disent que nous disposons de deux ordres de moyens : les révulsifs appliqués sur la région précordiale, dont je rapproche les émissions sanguines locales, — la saignée générale, qui diminue du sang ; — l'usage de certains médicaments capables de modérer la fluxion des séreuses, de prévenir l'organisation des exsudats. Ces médicaments sont, les uns réputés fluidifiants du sang, comme les alcalins (bicarbonate de soude ou de potasse), les mercuriaux (calomel) ; les autres, dérivatifs, comme les purgatifs, les diurétiques.

Le mouvement universel de révision de la thérapeutique à la

lumière de la physiologie contemporaine et de la pathologie microbienne est venu, il faut l'avouer, battre rudement en brèche les idées classiques sur ces divers points. Quand on entreprend de raisonner le mode d'action possible de diverses médications traditionnellement opposées à l'endocardite aiguë, on ne peut se défendre d'un réel embarras.

L'inflammation de l'endocarde étant la conséquence d'une irritation produite sur la séreuse par le contact de microbes qui s'y déposent ou de produits chimiques fabriqués par les microbes et charriés par le sang, on pourrait être tenté de penser que la saignée, soustrayant en même temps qu'une certaine quantité de sang une certaine quantité de microbes et de poisons, peut diminuer les effets de ces poisons ou de ces microbes sur l'endocarde. Mais, en réfléchissant que la lésion est déjà effectuée quand nous la constatons par les signes stéthoscopiques et que, pour une petite quantité de poison retirée, nous privons en même temps l'organisme d'une part de ses défenses (leucocytes phagocytaires, hématies porte oxygène, sérum peut-être bactéricide), on arrive à se dire que la saignée ne peut être qu'inutile, sinon nuisible.

On peut appliquer le même raisonnement aux saignées et aux ventouses scarifiées : quel espoir y a-t-il que la soustraction du sang faite à quelques vaisseaux de la peau, puisse diminuer l'afflux excessif du sang dans les capillaires de l'endocarde ?

L'action des révulsifs, comme l'iode en badigeonnages, les ventouses sèches, le vésicatoire et les pointes de feu, me paraît douteuse au cours d'une endocardite aiguë. J'ai vu employer tous ces moyens et les ai employés moi-même, mais sans être convaincu qu'ils aient une influence réelle sur l'évolution du processus inflammatoire.

Je considère comme bien supérieur le procédé usité en Allemagne de l'application du froid sur la région précordiale au moyen de vessies de glace. Ce moyen fait d'abord disparaître la douleur et l'anxiété précordiale ; il diminue en outre d'une façon très nette, la violence et la fréquence des battements du cœur dans la période d'excitation qui caractérise le début de l'endocardite.

En même temps, il est naturel d'employer à l'intérieur, suivant la nature de la maladie, tel ou tel médicament antiseptique dont l'action paraît devoir être plus particulièrement efficace contre le microbe pathogène de la maladie primitive. Ainsi le salicylate de soude et l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu, le sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, s'il est vrai qu'ils agissent par le procédé de l'antisepsie du milieu intérieur, doivent continuer à être administrés au cours de ces maladies, quand il s'y produit de l'endocardite aiguë ; et si le calomel a paru réussir à modérer l'inflammation de l'endocarde au cours d'autres maladies fébriles aiguës, c'est peut-être à son action antiseptique sur les microbes circulant dans le sang qu'il faut en accorder le mérite,

plutôt qu'à la propriété de rendre les exsudats plus fluides à la surface des séreuses, ou de rendre moindre la tendance du sang à former des coagulations fibrineuses.

Mais il ne faut pas oublier en même temps de soutenir la contractilité du cœur par l'emploi de la *digitale*. Ce médicament, rendant les battements du cœur à la fois plus lents et plus énergiques, doit être administré dès que l'on saisit quelqu'indice d'arythmie ou que le pouls acquiert une fréquence supérieure à celle que comporte l'âge de l'enfant ou la température. On ne perdra pas de vue les règles suivantes : donner la digitale à dose suffisante pour obtenir un effet réel, mais à dose fractionnée dans les 24 heures ; — ne pas administrer la digitale plus de trois jours de suite, à cause de sa tendance à s'accumuler dans l'organisme, puisqu'elle met près de huit jours à s'éliminer. Nous ne saurions conseiller la digitaline à cause de sa trop grande toxicité.

Les préparations de digitale préférables chez l'enfant sont : la *teinture*, aux doses de V. à XX gouttes ; l'*infusion de poudre de feuilles*, à la dose d'une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe.

Poudre	{	0 gr. 05 à 0,20 au des. de 5 ans
de feuilles	{	0 gr. 28 à 0,30 de 5 à 10 ans.
de digitale	{	0 gr. 30 à 0,50 de 10 à 15 ans.
Faire infuser pendant 20 à 30 minutes dans :		
Eau bouillante..... 60 à 150 gr.		

Filtrez et ajoutez :

Sirop d'écorce d'orange... 20 à 30 gr.

À donner par cuillerées à café, à entremets ou à soupe d'heure en heure.

Lorsque le processus aigu de l'endocardite tend à passer à l'état chronique, c'est-à-dire lorsque, la fièvre étant tombée, le pouls régularisé, les phénomènes précordiaux pénibles disparus, on entend les murmures orificiels se transformer en bruits de souffle de plus en plus nets, intenses et constants, c'est alors qu'il m'a paru plus utile d'employer les moyens révulsifs du genre des pointes de feu et des vésicatoires volants, à la condition pour ces derniers qu'il n'existe pas d'albuminurie. C'est par une série de petits vésicatoires successifs, larges comme une pièce de 5 fr. en argent, laissés chaque fois deux à trois heures seulement en place, mais appliqués tous les 4 ou 5 jours, qu'on peut demander avec quelque chance de succès, la régression des altérations valvulaires que la poussée aiguë laisse après elle.

Simultanément on administrera l'iodure de potassium.

Iodure de potassium.....	3 gr.
Eau.....	150 —

Une cuillerée à café de cette solution contient 0,10 d'iodure.
On en donnera 1 à 5 par jour.

Quand plus tard, on n'a rien obtenu par ces moyens, on se trouve en présence de l'endocardite chronique à lésions orificielles immuables ; il n'y a plus alors à se préoccuper de traiter la lésion, mais il reste à retarder l'apparition de ses conséquences plus ou moins lointaines par l'hygiène et le traitement des maladies valvulaires.

2o Affections valvulaires chroniques.—Que l'endocardite aiguë initiale ait été causée par l'une ou l'autre des maladies infectieuses, qui frappent l'enfance, fièvre rhumatismale, scarlatine, chorée, fièvre typhoïde, si l'affection aiguë n'a pas subi une résolution complète, et si on constate les signes stéthoscopiques d'une lésion valvulaire définitive, il faut recommander aux parents d'organiser pour le petit malade une hygiène qui lui permette de franchir sans accidents les périodes dangereuses de la croissance et de la vie scolaire.

Nous ne pensons pas qu'il faille exagérer les précautions au point de transformer le pauvre enfant en un infirme auquel seraient interdits tous les actes de la vie commune. Il faut, au contraire, trouver pour lui une façon de vivre qui lui permette de se développer aussi complètement que possible, sans compromettre le travail de compensation que la nature accomplit soudement et lentement dans toute lésion valvulaire : éviter les inflammations et congestions broncho-pulmonaires, la fatigue physique excessive et les émotions trop vives, les troubles digestifs, voilà le programme à remplir.

C'est assez dire que l'éducation en commun dans les grands établissements scolaires et le sport athlétique, si en faveur depuis quelques années, ne conviennent pas au jeune cardiopathe. Pendant les premiers mois, pendant une ou deux années même, la course, le saut lui seront interdits ; seule la promenade en terrain plat lui conviendra comme exercice, avec des repos ménagés. Cependant on lui fera faire peu à peu certains exercices méthodiques, consistant en mouvements lents, plus particulièrement en mouvements passifs de flexion et d'extension des membres inférieurs, du tronc, des séances de chant courtes. Plus tard, on se trouvera bien d'appliquer la méthode d'œrtel, qui consiste à faire des promenades d'une durée graduellement plus longue, sur terrain progressivement de plus en plus incliné, mais toujours d'un pas lent et régulier, en ménageant sa respiration et en faisant des temps d'arrêt fréquents.

On exigera la régularité des heures des repas, on dispensera les liquides en quantité modérée ; on écartera tout ce qui peut produire de la dyspepsie flatulente, de la constipation, de la congestion hépatique.

On garantira l'enfant contre le froid et l'humidité ; c'est-à-dire que, si on le peut, on l'enverra passer les plus durs mois de l'hiver dans un climat sec et peu rigoureux, tout en lui évitant aussi

un climat chaud et humide, amollissant. Surtout on l'endurcira contre les causes accidentelles de refroidissement par les frictions quotidiennes et par les lotions à l'eau froide.

On veillera à ce que le sommeil soit suffisant.

Dès qu'une bronchite sera constatée, on le guérira vite et complètement.

Quand la compensation sera franchement établie, on pourra permettre certains jeux n'exigeant pas de mouvements trop désordonnés ; mais on ne permettra pas ceux qui, basés sur une émulation excessive, ont pour inévitable conséquence le surmenage : canotage, natation, rallye-paper, foot-ball ; l'escrime est possible, mais seulement avec le maître et sans assaut ; la leçon d'équitation, mais non le galop sans surveillance, etc.

Dans les périodes où le développement du thorax se ralentit proportionnellement à celui du cœur, on redoublera de précautions.

On surveillera d'assez près les relations de l'enfant avec ses camarades pour le défendre contre l'onanisme.

Pour la fille, l'établissement de la menstruation est une étape où la surveillance est plus que jamais nécessaire. On ne la conduira pas dans le monde de bonne heure, et au spectacle fort rarement, à cause de l'influence fâcheuse des atmosphères surchauffées et de la danse.

L'adolescent traversera la période de compensation exagérée, d'hypersystolie. C'est l'époque des céphalées, des épistaxis, des tintouins. Les bromures à doses modérées, les purgatifs de temps en temps, modéreront ces symptômes incommodes.

L'équilibre circulatoire une fois établi (eusystolie), l'hygiène seule doit être surveillée.

Puis, si la maladie cardiaque s'empire, on surveillera méthodiquement les divers organes sur lesquels retentit la fatigue du cœur, l'hyposystolie : le foie en première ligne, les reins, le poumon. La congestion hépatique est un des premiers indices de la rupture de la compensation : on y remédiera par la suppression des excitants du foie, vin, épices ; on appliquera des révulsifs sur l'hypochondre, on donnera quelques purgatifs, sels neutres. La congestion pulmonaire des bases sera la source d'indications analogues.

Les points de côté, indices de congestion splénique ou hépatique, sont combattus par les révulsifs.

S'il y a apparition de l'œdème malléolaire avec arythmie, après purgatif drastique (jalap, scammonée), et institution du régime lacté, la médication excito-motrice du myocarde doit entrer en scène avec la digitale ; après trois ou quatre jours de digitale, et quelques jours de repos, la caféine.

Caféine	0 20 à 0 50 gr.
Benzoate de soude.....	0 50
Sirop de menthe.....	20 à 30 gr.
Eau.....	80 à 100 gr.

Puis l'extrait de convallaria 0.50 à 2 gr. ; le sulfate de sparteine, 0,03 à 0,10 ; la teinture de strophanthus, II à V gouttes ; la strychnine, un milligramme à quatre milligrammes, peuvent être utilisés d'une manière plus prolongée.

Lorsque la gravité de la lésion orificielle, l'intercurrence de complications broncho-pulmonaires intenses ou répétées ont amené la marche progressive vers l'asystolie définitive et la cachexie cardiaque, on aura, chez l'enfant comme chez l'adulte, à utiliser les divers moyens de faire la déplétion périodique du système veineux (drastiques, diurétiques), l'évacuation des épanchements séreux dans les cavités splanchniques, à combattre l'anasarque excessive des membres inférieurs (mouchetures, acupuncture aseptiques, etc.).

30 *Myocardite aiguë*.—Le meilleur moyen de le prévenir au cours des maladies infectieuses hyperpyrétiques (fièvre typhoïde, fièvre rhumatismale aiguë, variole, scarlatine) est de combattre l'hyperthermie par les bains et l'élément infectieux par les antiseptiques, quinine, salicylate de soude.

Lorsqu'on constate les signes de la myocardite au cours d'une infection aiguë même peu pyrétique (diphthérie), on administre les stimulants : alcool, éther et huile camphrée en injections sous-cutanées ; café ; les toniques du cœur : caféine, strychnine surtout en injections sous-cutanées.

Sulfate de strychnine.....	1 centigr.
Eau de laurier cerise.....	q. s. pour 100 c. c.
Chaque cent. cube contient 1 mill. de strychnine.	
Caféine.....	1 gr.
Benzoate de soude.....	1 gr. 20
Eau distillée bouillie.....	q. s. pour 10 c. c.
Chaque cent. cube contient 0,10 de caféine.	

On applique des pointes de feu sur la région précordiale. On imprime à l'enfant le moins de mouvements possibles ; on lui évite surtout les mouvements brusques capables de provoquer la syncope.

La myocardite chronique, au cours des affections valvulaires requiert plus particulièrement l'emploi des iodures alcalins à doses moyennes (0 gr. 25 à 1 gr.) et le traitement de l'asystolie dont elle est le principal facteur.

Thérapeutique et prophylaxie de la diarrhée des enfants.—La diarrhée des nourrissons élevés au sein n'exige guère qu'un traitement hygiénique, car elle dépend souvent de l'abondance du lait, de la fréquence trop grande des tétés, de la qualité du lait.

Pour celle qui se présente chez les enfants soumis à l'alimentation artificielle, il faut distinguer la diarrhée simple de la diarrhée infectieuse. Cette dernière, de beaucoup la plus importante, est

caractérisée par des selles vertes, fétides, très fréquentes et dépend de la présence dans l'intestin d'un microbe spécial. Deux indications principales se présentent : changer l'alimentation de l'enfant, agir directement sur la diarrhée. Pour remplir la première de ces conditions, on coupe le lait d'eau de riz, d'eau de chaux, on donne la décoction blanche de Sydenham, l'eau albumineuse. Il faut de plus veiller avec le plus grand soin à la pureté des liquides employés.

L'acide lactique est considéré par M. Hayem comme un remède curatif ; on peut le prescrire ainsi :

Acide lactique.....	2 grammes
Sirop de framboises	30 —
Eau distillée.....	100 —

Par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures pour les enfants de 3 à 12 mois. En cas d'échec, on peut recourir à l'acide chlorhydrique, 0,25 par 130 gr. de véhicule, par cuillerées à café de deux heures en deux heures,—au salicylate de bismuth, 2 gr., donné en infusion dans 60 gr. d'eau de chaux édulcorée par 40 gr. de sirop de grande consoude. Voici une formule où entre l'élixir parégorique :

Extrait de ratanhia.....	1 grammes
Elixir parégorique.....	5 gouttes
Eau de riz.....	40 grammes
Sirop de coings.....	30 —

On trouvera dans l'ouvrage de M. Comby un grand nombre d'autres formules, dans lesquelles entrent le laudanum de Sydenham (1 goutte), l'antipyrine, le dermatol, le salol.

Il faut isoler les enfants atteints de diarrhée infectieuse, désinfecter leurs selles et exagérer les soins de propreté.

Le choléra infantile est causé soit par un bacille spécial, soit par le bactérium coli commune. Le tableau clinique est absolument celui du choléra asiatique et le traitement doit être énergique. Il est basé sur la diète hydrique ou lactée mitigée, l'emploi du cognac, du laudanum de Sydenham ; le bismuth doit être administré *larga manu*. En cas de vomissements persistants ou agira par les lavements :

Eau amidonnée.....	50 grammes
Laudanum.....	1 ou 2 gouttes

pour un lavement.

Les lavements d'ipéca ou de nitrate d'argent (5 cent. pour 100 d'eau) peuvent être très efficaces.

Quelquefois, le lavage de l'estomac, celui des intestins sauvent des situations désespérées. Contre l'algidité persistante, on recourra aux cataplasmes sinapisés sur le ventre, les cuisses, les mollets, on

frictionnera le corps avec des flanelles chaudes, on donnera des bains de vin chaud.

Les inhalations d'oxygène, les injections d'éther, répondent à la même médication. On a encore recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel pour remédier à la déshydratation des tissus.

On évitera la diarrhée du sevrage en effectuant ce dernier d'une façon progressive en dehors de la saison chaude; l'enfant doit avoir dépassé l'âge de 12 à 15 mois.

Dans la diarrhée chronique secondaire ou primitive, on surveillera activement l'alimentation et si on ne peut revenir au lait maternel ou stérilisé, au moins proscriera-t-on les légumes indigestes, les boissons irritantes. Le traitement emploie comme principaux agents le sous-nitrate de bismuth, les antiseptiques intestinaux, le calomel, etc. L'opium pourra être employé sous forme de sirop diacode, laudanum, élixir parégorique; au dessous d'un an on ne dépassera pas les doses de 1 à 2 gouttes de laudanum de Sydenham, 10 à 20 gouttes d'élixir parégorique, 2 à 4 gr. de sirop diacode. Encore faudra-t-il avoir soin de fractionner ces doses. De 1 à 2 ans, la dose de laudanum pourra être augmentée de 1 à 2 gouttes; après 2 ans et jusqu'à 10 ans, on peut augmenter d'une goutte par année.

En somme, il y a, en dehors du régime alimentaire, qui est capital, deux médicaments éprouvés: l'opium et le bismuth, et on devra toujours commencer par là avant d'avoir recours aux nouvelles médications.—*Union médicale.*

Il est d'indéfectibles antipathies intellectuelles qui ont commencé par des antipathies physiques et n'ont fait que les confirmer.

Prurit anal causé par les oxyures.—*Living.*

I. — Onguent gris.....	} aa
Vaseline.....	
M. Onguent pour badigeonner les parties lésées.	
II.—Calomel.....	3 grammes.
Lanoline.....	30 "
M.—Onguent pour frictionner le soir les parties atteintes.	
III.—Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.
Sous-nitrate de bismuth.....	2 grammes.
Lanoline très pure.....	20 "

M.—Pour frictionner le soir les parties atteintes.—*Annales de Gynécologie et de Pédiatrie.*

FORMULAIRE.

Psoriasis.

P.—Ichtyol.....	}	ââ
Acide salicylique.....		
Acide pyrogallique.....	}	2½ grammes.
Aristol.....		
Vaseline.....		
Axonge.....		
Lanoline.....	}	ââ
		30 grammes.

M.—Cette pommade, très énergique, ne doit être appliquée qu'en petite quantité.—*Medical and Surgical Reporter.*

Solution antiseptique.—Volksmann.

P.—Thymol.....	1 partie.
Alcool.....	10 parties.
Glycérine.....	20 “
Eau distillée.....	100 “

M.—Usage local.

Œdème pulmonaire.

P.—Acide benzoïque.....	3 grammes.
Camphre.....	
Sulfure d'antimoine.....	ââ 5 centigrammes
Oléo-accharate de fenouil.....	5 grammes.

M.—Pour faire dix paquets que l'on prendra dans un cachet.—*Medical Weekly.*

Ozène.—A. Muschold.

P.—Glycérine pure.....	70 grammes.
Borax.....	20 “
Eau distillée.....	30 “

M.—Pour faire, 2 à 3 fois par jour, le spray nasal. L'odeur fétide disparaît dans quelques jours, ainsi que les autres symptômes morbides.

Aménorrhée.

P.—Bichlorure de mercure.....	¾ grain.
Ar-éniate de soude.....	1 “
Sulfate de fer sec.....	30 grains.
Carbonate de potasse.....	15 “
Extrait de noix vomique.....	5 “

M.—Divisez en 30 pilules.—*Dose*: Une pilule au commencement de chaque repas.—*The Practitioner.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, DECEMBRE 1894.

BULLETIN.

Le onzième Congrès International des Sciences Médicales tenu à Rome, du 25 mars au 5 avril 1894.

M. WARFRINGE (de Stockholm) a essayé de traiter *l'anémie pernicieuse et la leucémie par l'arsenic* ; il a appliqué ce traitement dans 21 cas.

Dans aucun de ces cas l'effet ne fut nul, et s'il ne pouvait être question de guérison, l'amélioration était toujours des plus accusées. Ordinairement au bout de plusieurs mois de traitement, le nombre d'hématies remontait à 4 ou 5 millions par centimètre cube, la proportion d'hémoglobine à 80 ou 100 p. 100.

Dans dix cas, la guérison fut définitive, en ce sens qu'il n'y eut pas de récurrence après l'interruption du traitement ; huit autres furent perdus de vue, mais à un moment où rien ne faisait prévoir le retour de la maladie, deux ont succombé à une maladie intercurrente.

Dans onze autres cas on a eu à compter avec la récurrence qui s'est manifestée de deux mois à quatre ans après l'interruption du traitement ; cinq fois les malades ont définitivement guéri.

M. CARDARELLI (de Naples), par contre n'a obtenu aucun résultat des injections d'arsenic à hautes doses dans un cas de leucémie grave. Il a envoyé le malade à la campagne et l'état général s'est beaucoup amélioré. Il croit qu'il y a pu à attendre dans la leucémie et la pseudo-leucémie des mesures d'hygiène que des moyens thérapeutiques.

M. G di LORENZO (de Rome) fait une communication ayant pour titre: *De l'efficacité et de l'innocuité des injections hypodermiques de mercure (albuminate de mercure) dans le traitement de la syphilis chez les adultes et chez les enfants.*

Le traitement mercuriel par la voie hypodermique dans la syphilis est encore *sub judice* pour ses véritables indications.

“ J'ai été, dit l'orateur, un des promoteurs en Italie, et le premier à Naples, de cette méthode d'injections parenchymateuses que j'ai appris à connaître à Vienne, auprès d'Auspitz lui même. Je donne la préférence à l'albuminate de mercure ; mais d'autres sels de mercure solubles, dilués avec de la glycérine, peuvent être employés, à condition de procéder avec une asepsie parfaite.

Les récidives ou les complications sont des plus rares. J'ai traité par ce moyen des maladies en ville et à l'hôpital (aux Incu-rables, à l'Annonciation), des adultes et des enfants, et même des nouveaux nés atteints de syphilis héréditaire, et je me suis toujours loué du procédé.

Voici par quelles propositions je résumerai mon appréciation sur cette méthode :

Dans le traitement de la syphilis générale, surtout dans la forme grave et dans la forme héréditaire des enfants, le traitement mercuriel hypodermique ou parenchymateux mérite la préférence par la faculté de l'absorption et la rapidité de ses effets.

Pour ce traitement, les sels mercuriels solubles doivent être prescrits, mais d'après mon expérience, le meilleur serait l'albuminate qui me paraît supérieur à l'hydrochlorate et même au succinamide mercuriel.

L'asepsie parfaite, la petite dose de la préparation (1 à 2 milligrammes, chez les enfants, 2 à 5 milligrammes chez l'adulte), pour chaque seringue, avec l'addition de glycérine et d'un peu de chloral sont des précautions qui permettront d'éviter la douleur et les abcès au lieu de l'injection.

L'hydrargyrisme, le catarrhe des premières voies aériennes, et les autres complications, sont assez rares avec cette méthode. La cure est complète au bout de 40 à 50 injections en moyenne, sauf à en faire quelques autres s'il y a récidive, mais c'est là un fait exceptionnel.

L'usage interne des mercuriaux, les frictions, les bains, etc., indiqués plus particulièrement dans les formes chroniques et lentes de la syphilis, ne peuvent supplanter l'énergie et la rapidité d'action en certains cas de syphilis grave galopante, des injections hypodermiques et parenchymateuses de mercure.”

Dans la section d'obstétrique et de gynécologie, M. MGRISANI, de Naples, rapporteur, s'exprime comme suit sur la *symphyséotomie* :

“ La symphyséotomie est désormais une opération parfaitement justifiée par les raisons théoriques en même temps que par l'expérience clinique. C'est à l'aide de cette opération qu'un fœtus bien développé et vivant peut traverser un bassin rétréci dont le conjugué vrai a au moins de 68 à 86 millimètres. Je dis un fœtus vivant, car pour un fœtus mort, il faut bien se garder d'avoir recours à cette opération.

En général, je crois qu'il faut pratiquer la symphyséotomie

dans les cas suivants: 1o lorsque l'accouchement est à terme; 2o lorsque le travail est avancé; 3o lorsque la dilatation de l'orifice utérin est presque complète.

On a conseillé de réunir la symphyséotomie à l'accouchement prématuré, mais dans l'état actuel de nos connaissances cette méthode n'est pas admissible. Ce serait faire courir un danger de plus au fœtus (car à sept mois il y a déjà une très grande mortalité) sans nécessité absolue. Il n'est pas exact, du reste, que les articulations soient plus molles à sept mois qu'à la fin de la grossesse. Il n'en est pas de même pour l'embryotomie qu'on peut, quelquefois, adjoindre à la symphyséotomie lorsque l'on a à faire à un fœtus mort.

Pour ce qui concerne la technique opératoire, j'estime que la méthode que j'ai employée jusqu'ici et qui consiste à inciser les parties molles et la symphyse avec un bistouri quelconque à pointe mousse, est la plus simple et la plus facile; si la symphyse est très ossifiée, j'emploie une scie à chaîne.

Il n'y a pas non plus d'importance à sectionner de haut en bas ou de bas en haut. Mais je crois qu'on doit toujours diviser le ligament sous pubien en même temps que la symphyse, contrairement à l'opinion de Leopold; il faut bien s'assurer que les pubis sont écartés.

Les précautions antiseptiques prises, il n'y a pas d'autre danger à craindre que l'hémorragie, mais on peut toujours très facilement l'arrêter à l'aide d'un tamponnement avec de la gaze. Je crois aussi qu'on peut facilement éviter les déchirures de la vessie et du vagin. Si le diamètre conjugué vrai est de 81 millimètres ou plus, il est prudent de commencer par appliquer le forceps avant de se décider à la symphyséotomie.

Après cette dernière opération, dans la majeure partie des cas l'accouchement se fait de lui-même, mais si les contractions utérines sont trop faibles, il faut recourir au forceps.

Pour le traitement post-opératoire, Zweifel conseille la suture osseuse, mais je la crois inutile, ainsi que les appareils p'âtrés. Il suffit d'appliquer un simple pansement contentif et de maintenir les jambes de la malade rapprochées. Il ne faut jamais interposer de corps étrangers entre les lèvres de la plaie.

En général, si le fœtus est vivant, la symphyséotomie doit être préférée à l'embryotomie et je crois qu'elle doit aussi remplacer l'opération césarienne, dans les cas où cette dernière est considéré aujourd'hui comme méthode d'élection.

On ne sait pas encore au juste s'il est préférable, dans les cas de rétrécissement du bassin, de pratiquer l'accouchement prématuré ou d'attendre la fin de la grossesse pour sectionner la symphyse.

L'ischio-pubiotomie est tout-à-fait différente de la pubiotomie de Aitken et de Galbiati et elle mérite de prendre le nom d'opé-

ration de Farabeuf, qui l'a inventée. Elle constitue une ressource précieuse dans les rétrécissements déterminés par l'ankylose d'une des symphyses iliaques (bassin de Naegele).

Ma statistique est très encourageante. Sur 241 femmes ayant subi la symphyséotomie, j'ai eu une mortalité, pour la mère, de 11.6 p. 100 (et encore prélever sur ce total 6 cas de mort par maladies intercurrentes), et j'ai perdu 48 enfants.

Les résultats malheureux sont dus aux causes suivantes : ou la symphyséotomie a été pratiquée pour des rétrécissements dépassant la limite que j'ai établie plus haut, ou l'époque de l'intervention n'a pas été bien choisie, ou la technique n'était pas parfaite, ou enfin l'état de la femme était trop grave. La mort de l'enfant est due, ou à l'intervention trop tardive, ou à une cause accidentelle, ou aux moyens d'extraction."

M. LEOPOLD, de Dresde, *co rapporteur*, s'exprime comme suit :

"La symphyséotomie est désormais acceptée par les accoucheurs de notre époque. Elle ne peut pas être généralisée dans la pratique, mais je suis d'avis qu'elle doit être réservée à la clinique. Les dangers qu'elle entraîne sont trop grands pour qu'elle puisse se substituer dans la pratique à l'embryotomie et à la version. Il suffit de rappeler les hémorragies et les lésions vaginales et même les difficultés du traitement post opératoire.

Pour ce qui concerne les indications de la symphyséotomie, je crois qu'on peut la pratiquer avec un conjugué vrai de 7 centim. $\frac{1}{2}$ à 6 centim. $\frac{1}{2}$ et même de 6 centimètres. Dans ce dernier cas cependant, je préfère encore la craniotomie, opération que je conseille toujours au praticien lorsqu'il a fait inutilement toutes les tentatives possibles pour extraire l'enfant vivant.

Si la grossesse n'est pas à terme, et si le diamètre conjugué est inférieur à 7 centimètres, il faut faire l'accouchement prématuré. Si la femme est à la fin de sa grossesse ou en travail, il faut attendre la dilatation complète et ne pas rompre la poche des eaux, puis tenter la version suivie de l'extraction. Si l'on ne réussit pas ainsi, alors on pratiquera la symphyséotomie."

M. SANGER, de Leipzig, dit qu'il ne croit pas que l'opération césarienne puisse être remplacée par la symphyséotomie. Sur 12 cas d'opération césarienne, il n'a pas eu un seul succès. Au point de vue opératoire la section césarienne est plus vite faite et le traitement post-opératoire presque nul. Pour la symphyséotomie, on doit quelquefois attendre une journée le moment opportun, et la guérison est très longue. Il croit cependant avec M. Morisani que la symphyséotomie est indiquée lorsqu'on se trouve en présence d'un rétrécissement de 6 à 7 centimètres.

D'une manière générale, voici quel est son avis : on devrait pratiquer plus d'opérations césariennes et moins de symphyséotomies.

M. ZWEIFEL, de Leipzig, dit que s'il était vrai, ainsi que vient de le déclarer M. Leopold, que la symphyséotomie n'est pas à la

portée de tous les médecins, cette opération n'aurait pas d'avenir. Il croit au contraire que cette opération est destinée à se généraliser et il condamne absolument l'embryotomie quand la symphyséotomie est possible.

Il accepte la limite, donnée par M. Morisani, de 6 centimètres $\frac{1}{2}$. Il conseille l'incision transversale au-dessus du pubis pour les parties molles et la section des os avec un bistouri mousse. Il faut éviter d'écarter les jambes de l'opéré; on appliquera un pansement d'Esmarch. Sur 23 symphyséotomies, il n'a pas eu un seul décès et n'a perdu que deux enfants.

M. VARNIER, de Paris, s'exprime comme suit :

« Nous ne pouvons pas admettre l'opinion émise par M. Leopold. Les statistiques démontrent déjà que, même dans la pratique privée, beaucoup de symphyséotomies ont été pratiquées avec succès. L'accouchement provoqué nous donne une mortalité de 30 p. 100, tandis que la symphyséotomie cause environ 9 décès p. 100. Cette dernière opération doit être aussi préférée à la version.

M. MANGIAGALLI, de Milan, rapporteur, après avoir fait l'historique de l'hystéromyomectomie et critiqué les divers procédés opératoires employés, étudie la statistique de cette opération et formule les conclusions suivantes :

« Les statistiques comprenant la pratique de plusieurs chirurgiens ne peuvent pas fournir de résultats bien concluants, soit en raison des causes d'erreur résultant nécessairement de la réunion des cas appartenant à des opérateurs qui n'ont que rarement l'occasion d'intervenir et de ceux qui proviennent au contraire de chirurgiens ayant une très grande expérience.

Il en est de même pour nombre de cas suivis de mort et non compris dans les statistiques, car les opérateurs ne les ont pas publiés.

Les statistiques individuelles ont une plus grande valeur, mais presque toujours l'analyse de chaque cas est trop incomplète pour être probante.

L'étude des statistiques démontre que la mortalité est allée chaque année en diminuant, quels que soient les méthodes et les procédés employés.

L'importance du traitement du pédicule dans l'hystéromyomectomie a été exagérée, car le pédicule ne constitue pas le seul danger, ni peut être le plus grand. D'autres conditions générales et locales méritent la plus grande attention. Parmi celles-ci, on peut placer au premier rang le développement intraligamentaire de la tumeur, car ce fait rend le pronostic d'autant plus grave que la tumeur est plus volumineuse.

En étudiant les résultats de chaque méthode, il est donc nécessaire de considérer à part les fibromes à développement intraligamentaire, car le pronostic est bien plus grave dans ces cas que lorsqu'il s'agit de fibromes sous-séreux, sous-muqueux ou intersti-

tiels. Pour ces dernières variétés la mortalité donne une moyenne de 5 p. 100, qu'on emploie la méthode externe ou le traitement intra-abdominal.

La méthode de traitement externe, sauf dans quelques cas exceptionnels, ne doit pas être préférée au traitement intrapéritonéal. Celui-ci, en effet, fournit une moyenne de mortalité très faible et il n'a pas les défauts de la méthode extrapéritonéale.

Le procédé de Zweifel mérite en général d'être préféré à tous les autres, car il a l'avantage d'être le plus simple et le plus rapide; cependant la ligature élastique permanente présente aussi des avantages, pourvu que l'on ait soin de recouvrir le pédicule avec des lambeaux de péritoine.

Les fibromes à développement intraligamentaire donnent une mortalité très grande. Pour ces néoplasmes, il est difficile de dire dès maintenant quel est le meilleur mode d'extirpation; toutefois l'extirpation par la voie abdominale paraît la plus avantageuse.

L'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins constitue certainement une conquête précieuse de la gynécologie, et le morcellement et la forcipresseure ont considérablement élargi les limites de ses indications. Cependant, comme elle ne peut pas être employée dans tous les cas, on ne saurait la comparer aux opérations auxquelles on a généralement recours et qui offrent moins de dangers.

Cette opération peut cependant remplacer avec avantage la castration dans les cas où on la pratique actuellement, d'une manière générale, elle peut donner de très bons résultats lorsque le volume de l'utérus fibromateux ne dépasse pas celui d'un utérus au quatrième mois de la grossesse.

M. MARTIN, de Berlin, *co-rapporteur*, dit que c'est à la méthode de Péan que revient le mérite d'avoir fait avancer l'étude de la myomectomie en Allemagne. C'est Hégar, de Fribourg, qui, le premier, dans notre pays, a pratiqué cette opération en employant le traitement *extra péritonéal* du pédicule. A l'heure actuelle, il n'a plus recours à ce procédé opératoire, et il préfère la castration qui présente moins de dangers et donne d'aussi bons résultats. Une deuxième méthode est celle de Schröder, qui pratiquait le traitement *intra péritonéal* du pédicule. Après lui, plusieurs modifications ont été apportées à ce procédé, en ce qui concerne le traitement du moignon cervical. C'est ainsi que l'on a proposé de faire la ligature élastique seule ou combinée avec la suture des bords du moignon, de recouvrir ce moignon avec la séreuse péritonéale, ou enfin d'appliquer des ligatures et des sutures à la soie.

On a recommandé aussi le drainage prophylactique de la cavité abdominale, mais en Allemagne cette pratique n'a rencontré que peu de partisans.

ZWEIFEL, de Leipzig, a renoncé aussi à la suture de la surface du moignon; il applique seulement une ligature circulaire, et il

entoure le moignon de lambeaux de péritoine. Il fait cependant une double série de ligatures en soie sur une ligne transversale, le plus bas possible, comprenant les ligaments larges et l'utérus, et il sectionne la tumeur au-dessus. Il touche ensuite le canal cervical avec le thermocautère. En opérant ainsi, sur 51 cas il a eu 4 morts.

CHROBAK, de Vienne, recommande la méthode rétro-péritonéale. Il a eu un décès sur 21 opérations.

La méthode de DOYEN, de Reims, se rapproche de ce procédé.

Les soins que l'on a de tout temps apporté au traitement du moignon nous prouvent qu'on l'a toujours considéré comme une source de dangers pour l'opérée.

Parmi ces dangers, il faut signaler l'hémorragie et l'infection. Les études de Vite ont démontré qu'il existe, dans la cavité de l'utérus enlevé, une quantité de cocci et de streptococci. Ce fait nous explique les résultats défavorables que l'on obtient quelques fois après le curettage et les injections intra-utérines.

Outre le danger de l'hémorragie, il faut ajouter que le moignon est toujours une cause de profond malaise durant la convalescence.

C'est pour toutes ces raisons que M. Martin s'est décidé, dès 1888, à substituer à l'amputation supravaginale l'extirpation totale de la matrice.

Il a commencé par la pratiquer par la voie abdominale, en laissant un drain dans la cavité abdominale, qu'il refermait ensuite; ultérieurement, il a même abandonné le drainage et a fini par faire l'occlusion complète de la cavité péritonéale. La mortalité est descendue de 30.23 à 9.25 p. 100.

Après les expériences de Vite, il a fait encore un pas en avant en fermant le col avant de commencer l'opération, et en ayant soin de faire le curettage et l'antisepsie de la cavité.

Aujourd'hui, voici comment on procède : a) curettage et antisepsie de la cavité utérine et du vagin ; b) cœliotomie ; c) soulèvement de la tumeur avec l'utérus et les annexes ; d) ligature et section des ligaments larges et des ligaments ronds jusqu'au col ; e) ouverture du cul-de-sac postérieur ; f) suture du bord vagino-péritonéal ; g) excision tout autour du col et achèvement de la suture ; h) passage des fils de suture dans le vagin et occlusion du péritoine.

Il ne distend plus la vessie par du liquide pendant l'opération.

Il a appliqué son procédé 26 fois et a obtenu 25 guérisons.

Sans vouloir formuler des conclusions définitives, M. Martin fait remarquer que :

1o Dans une première série de 43 opérations avec drainage, j'ai eu 30 guérisons, soit une mortalité de 30.23 p. 100.

2o Dans une deuxième série, j'ai eu 49 guérisons sur 54 cas, soit une moyenne de décès de 9.25 p. 100.

3o. Enfin, dans une dernière série, où j'avais eu recours à la

fermeture préventive du col et à l'occlusion du péritoine, 26 cas m'ont donné 25 guérisons, soit une mortalité de 3.84 p. 100."

M. L. LANDAN, de Berlin, s'exprime comme suit : " Les résultats que j'ai obtenus par la méthode intra-péritonéale ont été si favorables (1 mort sur 30 cas) que longtemps j'ai cru de ne pas devoir l'abandonner.

Cependant, je dois reconnaître que le moignon qui reste dans l'abdomen est très fréquemment la cause de la mort dans les cas malheureux. En effet, avec la méthode de Schroeder, on est exposé soit à la nécrose du moignon si on le lie trop étroitement, soit à l'hémorragie si on ne l'étreint pas suffisamment, soit à l'infection.

C'est pour ces motifs que j'ai adopté la méthode de Péan, même pour des myomes qui arrivent jusqu'à l'ombilic, ou bien la méthode combiné de Martin. D'une manière générale, voici quelle est ma ligne de conduite lorsque j'ai à traiter un utérus myomateux :

1o Dans les cas de tumeurs remontant jusqu'à l'ombilic, je pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement ;

2o Si la tumeur dépasse l'ombilic, j'en fais l'énucléation rapide par la voie abdominale, puis je pratique l'hystérectomie et enfin j'extirpe le moignon par la voie vaginale ;

3o Il est très important de ne pas former complètement la cavité péritonéale.—(A suivre).

La sérothérapie.

Le traitement antitoxique de la diphtérie soulève un intérêt général. Le résumé que nous avons publié en tête du numéro de novembre embrasse tous les principaux faits jusqu'à la date. Depuis, il ne se passe pas de semaine sans que de nouveaux détails nous arrivent. Plusieurs journaux de Montréal ont publié des articles sur le sujet, accompagnés de croquis. Un des derniers numéros de l' "Illustration" de Paris contient des gravures intéressantes, dont le *Monde Illustré* de cette semaine reproduit une partie. L'une d'elles représente l'inoculation de l'enfant. On remarquera les dimensions de la seringue employée. Il ne faut pas oublier que 20 c. c. de liquide constitue une injection considérable, puisque 20 centimètres, en longueur, représentent 8 pouces anglais. C'est pour cela que l'on choisit le flanc comme lieu d'élection : le tissu adipeux, généralement abondant à cet endroit, facilite la diffusion du liquide. L'aiguille est reliée à la seringue par un tube de caoutchouc afin que les mouvements de l'enfant ne nuisent pas à l'opérateur. La préparation allemande est de beaucoup plus forte ; vous remarquerez que des injections de 8 et de 11 gouttes ont donné de bons résultats. Les tubes allemands, suivant la force du sérum, se vendent 5 et 15 marcs : le marc

égale 23 centins et une fraction de notre monnaie. A Paris, tout le sérum fabriqué a été donné gratuitement; les médecins de la ville seuls en ont eu. Il est maintenant épuisé, et il faudra attendre quelque temps, puisque la préparation exige quatre mois. A l'heure actuelle il n'y a en cette ville que l'Hôpital Général qui possède un tube, rapporté de New York par le surintendant. Espérons qu'on publiera l'observation des cas traités, et qu'on n'oubliera pas l'examen bactériologique, afin d'être scientifiquement sûr qu'on a affaire à la diphtérie, c'est-à-dire au bacille de Klebs-Lœffler. A New-York, le laboratoire public a trouvé un excellent moyen de faciliter le diagnostic aux médecins: il leur fournit, sur demande, des tubes de bouillon de culture, que ceux-ciensemencent et renvoient au laboratoire où l'on fait les examens voulus; puis on écrit le résultat à l'expéditeur. C'est on ne peut plus pratique. Si le succès du traitement antitoxique de la diphtérie continu à s'affirmer, il sera bientôt employé dans tous les pays civilisés du monde, et tous les grands centres auront leurs laboratoires et leurs écuries. Cheval et diphtérie: qui aurait jamais cru qu'un pareil rapprochement fut possible!

A travers la thérapeutique.

Le Dr A. P. Skowozow rapporte trois observations d'alcoolisme intermittent traités par la teinture de strophantus à dose de sept gouttes trois fois par jour. Avant l'ingestion du médicament le malade éprouva des fortes nausées, des envies de vomir qui n'allèrent pas aux vomissements. Deux ou trois minutes après avoir ingéré la dose il éprouva une sensation de chaleur accompagnée de transpirations profuses, les nausées disparurent et il ressentit un grand soulagement. Après la deuxième dose, le désir ardent de l'alcool cessa.

La fin de l'accès alcoolique ne fut compliqué ni de délire ni d'hallucinations. Les accès précédents ont toujours amené des troubles mentaux dans leur cours. Le Dr Skowozow termine en disant que l'action du strophantus est très remarquable chez les alcooliques invétérés. La réaction que le strophantus produit chez les alcooliques est toute particulière et ne se trouve chez d'autres personnes ni saines ni malades, elle est absolument limitée à l'ivrogne.

M. POEHL préconise l'emploi des injections de spermine dans le choléra asiatique. D'excellents résultats ont été obtenus à l'hôpital Semenovsky à Petersbourg. Ces bons effets sont attribués:

1° A l'influence directe de la spermine sur les vibrions du choléra;

2° A l'augmentation de l'oxydation intra organique produite par la spermine (respiration des ti-sus) qui favorise la destruction et l'élimination des leucomaines absorbés de l'intestin. L'emploi de la spermine est indiqué au début de la maladie. M. Poehl rapporte des expériences cliniques faites dans le choléra avec cette substance et l'offre gratuitement à toutes les personnes désireuses de l'essayer.

* * *

SNÉGUIREW, de Moscou, recommande l'application de la vapeur d'eau chaude au traitement des hémorragies parenchymateuses rebelles et spécialement contre certaines hémorragies utérines. Voici comment il procède :

Après avoir dilaté le col, il introduit dans l'utérus une canule reliée à une petite chaudière dans laquelle de l'eau est maintenue en ébullition, puis il laisse agir pendant quelques instants sur la muqueuse utérine les vapeurs qui se dégagent. La douleur serait nulle. L'effet hémostatique s'accompagnerait d'une action antiseptique qui se manifeste, entre autres, par la désodorisation complète d'écoulements auparavant fétides.

Dans ces derniers temps, des opérations importantes, telles que des résections des genoux et des extirpations de tumeurs du sein et d'autres organes, ont pu être pratiquées dans plusieurs hôpitaux de Moscou, sans avoir recours aux ligatures, aux pinces hémostatiques ni à la compression élastique, grâce au procédé d'hémostase de M. Snéguirew par la vapeur d'eau chaude. L'application de ce procédé ne provoque aucuns troubles généraux ni locaux. Les plaies qui y ont été soumises guérissent par première intention.

* * *

A. MICHAELIS attire l'attention sur l'action stomachique de l'extrait de jurubeba obtenu de la racine du *solanum paniculatum*. Il agit surtout bien contre la dyspepsie chez les sujets atteints de lithiase biliaire ou d'autres affections du foie. On le prescrira soit en extrait fluide, à prendre d'abord à la dose de 1 gramme et ensuite jusqu'à 3 grammes trois fois par jour, soit en pilules, 200 pilules dans un mois (la masse pilulaire est faite avec l'extrait épais venu directement de Pernambuco).

L'extrait de jurubeba relève l'appétit, soulage les douleurs et parfois fait disparaître ou diminuer la tuméfaction de la vésicule biliaire sans que les malades aient présenté des accès de colique hépatique. L'extrait n'influence en rien la diurèse; il ne combat pas la constipation. L'auteur ne se croit pas en droit de se prononcer sur l'action cholagogue de l'extrait de jurubeba, du moins dans les cas observés par lui, il n'a pas noté de changement dans la coloration des fèces et de l'urine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

GRÉHANT N.—**Les Gaz du sang**, par N. GRÉHANT, professeur de Physiologie générale au Muséum d'Histoire naturelle, membre de la Société de Biologie. Petit in 8. (*Encyclopédie scientifique des Aide Mémoire*), broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 fr.

Dans ce livre, orné de belles gravures, M. Gréhant décrit les procédés qu'il emploie pour doser avec exactitude les gaz du sang, pour reconnaître une trace de gaz combustible qu'il a trouvée dans le sang, pour extraire l'oxyde de carbone que le sang a pu fixer dans l'air confiné.

Le dosage à l'aide d'un animal et du grisoumètre permet de déceler un dix millième d'oxyde de carbone.

Une seconde partie renferme des applications intéressantes à l'hygiène du chauffage et de l'éclairage de quelques données relatives à la recherche du grisou dans les mines.

APOSTOLI.—**Travaux d'électrothérapie gynécologique, Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique**, par le Dr G. APOSTOLI, vice président de la Société française d'électrothérapie, etc., 1894.—Société d'éditions scientifiques, 4 rue Antoine-Dubois, Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Roux vient d'être nommé Commandeur de la Légion d'honneur.

La maison Wm R. Warner & Co., de Philadelphie, a obtenu, à l'Exposition universelle d'Anvers, le Grand Prix, pour la pureté et l'excellence de ses produits.

Le *Lyon médical* nous informe que les éthéromanes deviennent, en France, de plus en plus nombreux, et les rapports de police signalent de nombreux cas d'ivrognerie arrêtés sur la voie publique et dont l'ivresse était due à l'éther. L'origine nous vient d'Angleterre et ne remonte guère chez nous qu'à cinq ou six ans.

Nos remerciements à M. le Dr J. M. BEAUSOLEIL, registrateur du Comité des Médecins et Chirurgiens de la Province de Qué-

bec pour l'envoi du "Bulletin du Bureau Médical du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, séance du 4 juillet 1894."

Les premières phrases de l'avant propos de ce Bulletin en expliquent clairement la nature et le but: Pour répondre à un désir évident exprimé par la profession médicale, nous commençons la publication régulière du Bulletin des séances du Collège des Médecins de cette province. Cette conduite n'est que de toute justice; les mandants n'ont-ils le droit de connaître les faits et gestes de leurs mandataires?"

Cette publication est on ne peut plus opportune, ne peut qu'intéresser la profession aux travaux du Bureau et provoquer une unité d'action qui nous a manqué jusqu'à présent et nous a souvent prouvé que les récriminations individuelles ne servent de rien.

Les élèves de la Faculté de médecine de l'Université Laval réunis en comité spécial ont résolu de fonder une nouvelle Association dont le but sera 1o d'exciter une légitime émulation entre les étudiants, en stimulant l'ardeur de chacun à la recherche de la science médicale; 2o de procurer à ses membres l'occasion de former ou de développer leurs talents oratoires; 3o de fournir un motif de réunion afin de cimenter sur le terrain d'une discussion courtoise, l'union qui doit exister entre les membres d'une même famille; 4o de promouvoir par tous les voies les intérêts médicaux et scientifiques de la classe étudiante.

Les élèves sachant que les professeurs les ont toujours favorisés et secondés généreusement leurs efforts dans les entreprises qu'ils ont faites, ayant un but semblable à celui qu'ils ont exposé plus haut, et il nous demandent de vouloir bien encore une fois leur prêter leur généreux concours et de les encourager par l'approbation des professeurs.

Les élèves demandent aussi de leur indiquer un moyen d'avoir accès auprès de quelque bibliothèque pour la préparation de leurs travaux

Les étudiants ont informé la Faculté qu'il a été résolu dans leur comité spécial que les professeurs auront le droit d'assister à leurs séances régulières, lesquelles auront lieu deux fois par mois, les lundis de chaque quinzaine à 5 heures p.m. et ils espèrent en leur concours pour continuer l'œuvre de l'organisation de l'Association, et feront tout ce qui sera possible de faire pour les professeurs afin de rendre les séances agréables par leurs travaux.

Les professeurs sont cordialement invités à donner aux élèves, de temps à autre, des conférences ou des cliniques qui ne seront de nature qu'à les amuser tout en les instruisant et les encourageant dans leurs études et dans leur entreprise.

À notre avis, cette organisation est parfaite, et nous ne doutons

pas que les professeurs seront heureux d'accorder aux élèves tout ce qu'ils demandent. Des leçons didactiques ou cliniques devront être données par les professeurs assistant aux séances régulières, en même temps qu'ils encourageront les élèves dans leurs études et dans leur entreprise.

Hopitaux de Paris—Mutations.—Par suite du décès de MM. Quinquaud, Juhel-Rénoy, Olivier et Legroux; de la retraite de MM. Bacquoy et Lancereaux; de la nomination au professorat de M. F. Raymond; de la démission de M. Brouardel et Lécorché, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux de Paris: M. Audhoui passe de la Pitié à l'Hôtel Dieu; M. Strauss de la Charité à l'Hôtel-Dieu; M. Labadie Lagrave, de la Maternité à la Charité; M. Moutard Martin, de la Pitié à la Charité; M. Danlos de la maison de santé à Saint Louis; M. Moizard, de l'hôpital Trousseau aux Enfants-Malades; M. Déjérine, de Bicêtre à la Salpêtrière; M. Chauffard, de Laënnec à Cochin; M. Muselier, de Broussais à la Pitié; M. Merkle, de Saint-Antoine à Laënnec; M. Comby, de Tenon à Trousseau; M. Marie, de Debrousse à Bicêtre; M. Netter, de Tenon à la Pitié; M. Petit de Sainte-Périne à la Pitié; M. Babinski d'Aubervilliers à Saint-Antoine; M. Charrin, du Bureau central à Tenon; M. Richardière, du Bureau central à Tenon; M. Siredey, d'Aubervilliers à Saint-Antoine; M. Thibierge, du Bureau central à Debrousse; M. Gaillard, du Bureau central à Tenon; M. Mathieu, du Bureau central à Sainte-Périne; M. Delpeuch aux Ménages; M. Leroy du Bureau central à Aubervilliers.

Les amitiés robustes sont de l'âge robuste. Plus encore que les années, la maladie hâte leur déclin.

S'il est vrai qu'au physique comme au moral, on a l'âge de son cœur, il est constant aussi qu'on a l'humeur de son estomac.

Il est des vérités qui ne se révèlent qu'aux gens battus de l'oiseau ou aux malades. Il est vain d'essayer de les faire entrevoir à d'autres.

On confond communément le caractère avec l'humeur. Le caractère est le tempérament de l'âme: il est permanent. L'humeur est un accident; elle est instinctive et se modifie suivant l'état de santé. Il n'est pas rare de rencontrer un beau caractère allié à une méchante humeur. C'est le mariage d'une belle âme à un corps souffreteux.

VARIETES.

La Routine.

Vous avez probablement lu, comme moi, le rapport adressé au ministre par le professeur Potain, au nom de la faculté, à propos du nouveau baccalauréat et des études médicales. Sans m'écarter de la déférence qui est dû aux hommes éminents qui ont été appelés à se prononcer sur les changements projetés, je serais assez porté à croire qu'ils ont été le jouet d'une illusion, qu'ils ont été victimes de leurs habitudes, des façons de voir et de penser, avec lesquelles ils ont été élevés. — A un certain âge on s'immobilise à peu près inévitablement dans un cercle restreint d'idées : on a son siège fait sur toutes choses ; on devient un *laudator temporis acti* et on ne saurait admettre les innovations.

Comment les mandarins cumulards, les *beati possidentes*, trouveraient-ils à redire au passé, qui leur a été si favorable, qui leur a valu fortune et distinctions ? — Mais tout était parfait et on ne saurait faire mieux.

— C'est comme les titulaires d'une chaire quelconque d'enseignement, ceux de grec et de latin, comment voulez vous qu'ils ne poussent pas des cris d'indignation et de rage, lorsqu'on parle de mettre au rancart les vieux auteurs qui ont bercé leurs heures de spleen et de désespérance ?

— Comment on renoncerait à traduire le soporifique et chevillard Virgile ? — On ferait des cornets avec le sceptique et sensuel Horace, qui a délecté tant de gens égrillards, se piquant d'humanités ?

Mais, ce serait l'abomination de la désolation.

Je comprends le désespoir de ces braves gens, sempiternels rabâcheurs, qui ont été gorgés de racines grecques, de vers latins et qui seraient incapables de digérer autre chose.

On ne recommande pas sa vie, à leur âge ; on ne brûle pas les dieux qu'on a adorés.

Mettez-les à la retraite et ne les consultez pas. — Le monde a marché, depuis l'époque antédiluvienne où les programmes actuels ont vu le jour. — Il s'agit de se demander, dans ce siècle de la vapeur, de l'électricité, où les communications sont devenues si faciles, où on va à Saint-Petersbourg en moins de temps qu'on n'arrivait jadis à Marseille, s'il n'y a pas un réel avantage à s'imprégner du génie des peuples voisins, à connaître les chefs d'œuvre de leur langue, au lieu de s'éterniser dans l'étude à peu près inutile des langues mortes ?

Poser la question, c'est la résoudre. — En somme, les génies de tous les temps, de toutes les nations, se sont assimilés les chefs-d'œuvre de leurs prédécesseurs, et comme l'humanité va toujours en progressant, on peut dire qu'ils les ont surpassés. — Il y a encore plus à gagner dans le commerce des grands philosophes et des écrivains consacrés de l'Allemagne et de la Grande-Bretagne, pour ne parler que de ceux-là, que dans celui des premiers rhéteurs et des poètes de l'antiquité. — C'était parfait pour leur époque, on fait mieux depuis et il est facile, avec leurs successeurs de se livrer à cette gymnastique intellectuelle, représentée par le thème et la version, à laquelle les universitaires tiennent tant.

En ce qui concerne plus particulièrement les médecins, c'est presque enfantin de prétendre que l'étude du grec est indispensable pour comprendre un grand nombre de termes, qui en dérivent ou pourraient en dériver encore. — Mais toutes les professions ont leur argot, leurs expressions techniques, et les initiés se familiarisent vite avec leur signification et leur désinence. — Est-ce que les Américains, par exemple, consacrent autant d'années que nous, à l'étude des langues mortes. Cela les empêche-t-il d'avoir des savants de premier ordre, parmi leurs médecins et leurs chirurgiens ?

Si on nous avait appris de préférence l'allemand et l'anglais, notre instruction médicale pourrait être beaucoup plus complète, en raison de la facilité qui en résulterait pour nous d'aller perfectionner notre instruction à Berlin, à Vienne, à Londres, partout où un grand nom surgirait, où une chaire retentissante appellerait les auditeurs. — C'est ce que font les étrangers, qui ont beaucoup plus de don des langues que nous et sont moins routiniers ; ils séjournent au moins quelques mois dans chaque université importante, auprès des spécialistes en vogue et peuvent aborder la clientèle avec un bagage scientifique, beaucoup plus complet, beaucoup plus pratique surtout que celui qu'on peut emporter du boulevard Saint-Germain.

Vous les connaissez, comme moi, la plupart de ces cours ridicules, faits pour ce je ne sais qui, et tellement vastes, tellement prolixes, que la vie d'un homme ne suffirait pas à se les assimiler. — Mais ce n'est pas le baccalauréat qu'il faut seulement transformer, c'est l'université tout entière, avec sa hiérarchie outrancière et son népotisme si funeste aux véritables personnalités. Il faut mettre son vieux bric-à-brac de côté, jeter à bas de leur piédestal tous les pontifes maussades et prétentieux de ce culte démodé, usé, inutile, presque nuisible. L'édifice est vermoulu et il ne devrait plus être nécessaire de se mettre à quatre pattes pour penser ; on devrait être libre de ses opinions, et pouvoir faire prévaloir celles qui représentent un progrès, sans se heurter à l'opposition des petites chapelles, des cénacles d'admiration mutuelle, sans être excommunié par les vieux bonzes rétrogrades, hors desquels

il n'y a point de salut, hiboux rentés que la lumière effraie et dérange. Les plus généreuses ambitions viennent se briser sur les rochers dogmatiques, dont ils sont les défenseurs largement salariés.

Il y a longtemps que Taine a dénoncé ce régime anti naturel et anti social. intervat, retard excessif de l'apprentissage pratique, entraînement artificiel et remplissage mécanique de l'esprit, surménage, négligence absolue de préparer le jeune homme aux offices de l'âge mur, tel est le réquisitoire qui se dresse contre ce système d'éducation. Dans les dernières lignes qu'il écrivit, le philosophe des *Origines de la France contemporaine* entendait la jeunesse dire aux dirigeants : "Par votre éducation, vous nous avez induits à croire ou vous nous avez laissé croire que le monde est fait d'une certaine façon, vous nous avez trompés ; il est bien plus laid, plus plat, plus sale, plus triste et plus dur, au moins pour notre sensibilité et notre imagination ; vous les jugez excitées et détraquées mais si elles sont telles, c'est par votre faute. C'est pourquoi nous maudissons et bafouons votre monde tout entier, et nous rejetons vos prétendues vérités, qui, pour nous, sont des mensonges, y compris ces vérités élémentaires primordiales que vous déclarez évidentes pour le sens commun, et sur lesquelles vous fondez vos lois, vos institutions, votre société, votre philosophie, vos sciences et vos arts."

C'est le cri des indépendants vers la liberté, vers l'expansion. Quelque chose de nouveau se prépare dans le monde ; mettons-y le plus d'intellectualisme possible, afin que ce soit l'apogée et non l'effondrement de la civilisation.—Dr GRELLETY (de Vichy).

Mariages.

BOURNIVAL BELLEMARE. - A St-Barnabé (St-Maurice., M. le Dr L. O. Bournival, à Melle Marie Léda Bellemare.

HÉTU-ARCHAMBAULT. A Montréal, le 27 novembre, M. le Dr J. E. Héту, ex-maire de la cité de Trois-Rivières, conduisait à l'autel Melle Hermine Archambault, fille de feu Camille Archambault, Ecr., M.P., de l'Assomption.

Décès.

ST-ARNAUD. - A Montréal, le 26 novembre, madame Irène Lacoursière, épouse de M. L. N. St-Arnaud. Madame St-Arnaud était la sœur de M. le docteur Emile Lacoursière, de St-Tite.

DAVID. - A St-Henri, le 25 novembre, à l'âge de 23 mois, Marie-Henriette-Florestine, enfant du Dr P. A. David.

MOQUIN.—A Laprairie, le 12 novembre, à l'âge de 23 ans et 6 mois, Louis Ephrem Moquin, étudiant en médecine.

HUDON.—A St-Polycarpe, le 23 novembre, à l'âge de 76 ans, monsieur le docteur F. Hudon.

TABLE DES MATIÈRES.

- Abcès du foie, opération de Stromeyer Little, 249.
- Abcès péri-urétraux de la région périnéale, traitement des, 251.
- Accouchement par le siège, tête hydrocéphale retenue dans l'utérus après arrachement du tronc, 146.
- Accouchement et symphyséotomie, mécanisme de l', 309, 366, 414; provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique, 462.
- Accouchement forcé, 467.
- Accouchement par le siège, tête hydrocéphale retenue dans l'utérus après arrachement du tronc, 593.
- Accouchement, fractures chez le fœtus pendant l', 638.
- Agents reconstituants, les, 386.
- Altérations de la face dans la myopathie progressive, 531.
- Altérations spontanées, stérilisation et falsifications du lait, 373.
- Application du forceps au détroit supérieur dans les bassins viciés par rachitisme, 461.
- Arthritisme et diathèse nerveuse, 80.
- Asepsie en obstétrique, 315.
- Association Américaine pour la santé publique, 385, 497.
- Association médicale Canadienne, 446.
- Asystolie et grossesse, 198.
- À travers la thérapeutique, 42, 109, 162, 212, 327, 442, 494, 554, 605, 661.
- Bassin Justo-Minor aplati avec diamètre minimum de 8½, insuccès du forceps, symphyséotomie, enfant vivant, guérison de la mère, 29.
- BENOIT, Dr E. P.—Appendicite subaiguë, traitement médical, guérison, 121. Le nouveau traitement de la diphtérie, 561.
- Bleu de méthylène contre le cancer, 364.
- Blennorragie chez l'homme, son traitement et ses conséquences, 21.
- BRENNAN, Dr. M. T.—De la vaginotomie postérieure; de la vaccination faite antiseptiquement, 337.
- Bulletins bibliographiques, 46, 47, 48, 112, 167, 216, 276, 330, 338, 447, 498, 557, 609, 663.
- Cancers de l'estomac, les faux, 621.
- Causes de la mort du fœtus pendant le travail, le tétanisme utérin, 148.
- Chronique et nouvelles scientifiques, 49, 167, 218, 277, 333, 390, 447, 499, 559, 611, 663.
- Cimetières, les, 425.
- Cirrhose hypertrophique du foie, traitement de la, 129.
- Congestion pulmonaire dans la pleurésie, œdème de la paroi thoracique dans les épanchements pleuraux, 404.
- Congrès d'hygiène, le, 553.
- Contusion violente du rein droit, hématuries, coliques néphrétiques, guérison, 183.
- Contusions du genou, complications et pronostic des, 626.
- Col du fémur, fractures du, 81.
- Coqueluche, traitement de la, 420.
- Crises gastriques du tabes, 75.
- Curage et perforation utérine, 591.
- Cure radicale des hernies inguinales, 246.

- DAIGLE, Dr. C. A.—Entéroccèle vaginale, 398.
- Décès, 224, 279, 448, 504, 560, 606, 668.
- Dentition, des accidents de la, 541.
- Désarticulation du genou, un nouveau procédé de la, 304.
- Désarticulation du genou à lambeau postérieur, 584.
- DESROSIERS, Dr. H. E.—Notes sur un cas d'accouchement chez une femme albuminurique, 526.
- Diabète chez les enfants, diabète sucré, traitement, 151.
- Diagnostic et pronostic de l'albuminurie indépendante d'une néphrite, 80.
- Diagnostic différentiel d'une douleur abdominale chez la femme; différentiel de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire, 451.
- Déchirures obstétricales du col, 93.
- DUHOURCAU, Dr.—Une nouvelle formule tœnifuge, 7; correspondance du Dr. Duhourcau, sur les liquides organiques, sur le traitement des angines pseudo-membraneuses, sur l'enveloppement hydropathique du thorax; du traitement alcalin du prurit; sur l'emploi du diiodoforme contre le chancre simple, du traitement de la tuberculose par des substances succinogènes de la stérilisation de l'eau, de l'influence des dissolvants sur les antiseptiques et de l'embélate d'ammoniaque, 273.
- Dyspepsie gastro-intestinale des nouveau-nés, traitement de la, 317.
- Endopéricardite chronique chez les enfants, 205.
- Enfants, traitement des maladies du cœur chez les, 644; thérapeutique et prophylaxie de la diarrhée des, 650.
- Epiciers et pharmaciens, 45.
- Examens en médecine dans l'Etat de New-Jersey, 329.
- Exercice de la médecine aux Etats-Unis, 268.
- Fatigue et courbature, 15.
- Fausse paralysie et troubles musculaires d'origine hystérique chez les jeunes garçons, 97.
- Fécondation pendant la période puerpérale, 127.
- Fièvre éphémère des enfants, 477.
- Fièvre typhoïde, diagnostic de la, 242.
- Fièvre typhoïde chez les enfants, traitement de la, 316.
- Fièvre typhoïde, traitement par l'eau ingérée en boissons abondantes, 530.
- Fièvre chez les phthisiques, traitement de la, 17.
- Folie puerpérale, 430, 481.
- Formes typhoïdes des maladies infectieuses, traitement par les bains froids des, 342.
- FOUCHER, Dr. A. A.—Epithélioma du pavillon de l'oreille et guérison par le traitement au chlorate de potasse, 1.—Leçon clinique sur les traumatismes de l'œil, 169, 227.
- FORMULAIRE.—Goutte aigue, influenza, diarrhée tuberculeuse, névralgie, ozène, 41; coryza, ulcère gastrique, urétrite aigüe, chancroïdes, colique chez les enfants, 105; coqueluche, asthme nerveux, névralgie rebelle, cancer du rectum, prostatite, pigmentation de la grossesse, toux de la rougeole, calculs biliaires, vin tonique, 161., amygdalite, vomissements de la gastralgie, angine diphtérique, prurit vulvaire, prurit vulgaire, poux du pubis, 211., brûlures, acné, 232., palpitations du cœur des neurasthéniques, tonique du cœur, toux irritabile, pharyngite douloureuse, 267, myalgie, 272; psoriasis, 321, solution de morphine, cancer de l'utérus, vomissements de la grossesse, fièvre tuberculeuse des enfants, pilule antibilieuse,

- 322, le météorisme et coliques dans la fièvre typhoïde, impétigo, mixture contre la toux des phtisiques, pharyngite rhumatismale, 380 ; prurit vulvaire, acné, 387 ; pilules contre la sciatique, pommade contre les brûlures, engelures, asthme, constipation chronique, 436 ; suppositoires contre la dysenterie chez les enfants, mixture contre le catarrhe de l'estomac, stimulant cardiaque, laryngismus stridulus, cancer du col utérin, 489 ; eczéma, aménorrhée, phtisie laryngée, urticaire, diarrhée chez les enfants, coqueluche, 547 ; Dyspepsie douloureuse, 598 ; Fissures du mamelon, cystite tuberculeuse, ostéomalacie, eczéma infantile, hyperémie de la conjonctive, conjonctivite, 599 ; Psoriasis, solution antiseptique, œdème pulmonaire, ozène, aménorrhée, 652.
- Gastrotomie, un cas de, 634.
- Goître traité par les injections interstitielles d'iodoforme, 470.
- Grossesses prolongées, sur les, 640.
- Hydronéphrose intermittente 83.
- Hygiène dans les maladies du cœur chez les enfants, 202 : Questions d', 377.
- Hypersthénie gastrique, formes aiguës, 10.
- Hystérie infantile, 595.
- Ictère émotif, de l', 574.
- Incontinence d'urine chez la femme, traitement de l', 534.
- Infection puerpérale d'origine intestinale, 639.
- Injections intra-utérines de glycérine, 28 ; mort à la suite d'injections intra-utérines, 28.
- Ichtyol en gynécologie, l', 641.
- JEHIN-PRUME, Dr Jules. — De l'arthrite tuberculeuse, 281. —
- Mélanose et Leucocythémie, 617.
- JOHNSTON, Dr Wyatt et Dr George Villeneuve. — Revue statistique des enquêtes tenues par la cour du Coroner du district de Montréal pendant l'année 1893, 57.
- Lait cru et lait bouilli, 429.
- LAMARCHE, Dr J. B. A. — Hydrocéphale avec présentation du siège. Quel procédé de craniotomie doit-on employer ? 119.
- LAPTHORN SMITH, Dr A. — Des principaux éléments de succès en cœliotomie, 113, 175.
- Le traitement des maladies des trompes de Fallope et des ovaires, 567.
- LEMOYNE DE MARTIGNY, Dr Adelstan. — Traitement de la blennorrhagie par les lavages au permanganate de potasse. Thèse de Paris, 505.
- Lésion traumatique du diaphragme, 26.
- L'œil dans les maladies nerveuses, 233.
- Luxations anciennes des épaules, traitement des, 88.
- Luxations récidivantes de l'épaule par la suture de la capsule articulaire ou arthrorraphie, traitement des, 297.
- Luxations sous-astragaliennes en avant et en dehors, étude sur les, 351.
- Manuel opératoire de l'injection intra-utérine, 193.
- Mariages, 336, 448, 504, 560, 616, 668.
- Méningite chez l'enfant, quelques formes de, 32.
- Ménopause, traitement des troubles de la, 196.
- MERCIER, Dr O. F. — Rein flottant et néphropexie, 393.
- Mérite hémorragique, 362.
- Métrorragies, leur traitement d'eau salée, 364.
- Miction chez les femmes en couche, 365.
- Modifications faites aux règlements du Collège des Méde-

- cins et Chirurgiens de la Province de Québec à l'assemblée du Bureau des Gouverneurs, en septembre 1893, et sanctionnées par le Lieutenant Gouverneur en conseil, le 4 janvier 1894, 106.
- Naissances, 224, 279, 448, 560, 616.
- Nécrologies, 49, 112, 168, 278, 389, 499, 559.
- Néphrites syphilitiques précoces, 127.
- Neurasthéniques urinaires, 24.
- Névrite du plexus cardiaque et angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique, 581.
- Névroses chez l'enfant, traitement, 153.
- Nouveau procédé de respiration artificielle à employer dans les cas d'asphyxie chez les nouveau-nés, 264.
- Occlusion intestinale aiguë, traitement, 137.
- Omphalorrhagie grave chez un enfant de douze jours, arrêtée par la ligature en masse du tubercule ombilical, 468.
- Onzième Congrès International des Sciences Médicales tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894, le, 323, 381, 437, 490, 548, 600, 653.
- Orchite blennorrhagique, 139.
- Ozène, traitement de l', 341.
- Paralysie générale chez un enfant de 13 ans, 104.
- Perforation des parois utérines par la curette, de la, 536.
- Péricardite, un nouveau signe de la, 185.
- Permanganate de potasse en gynécologie, note sur l'emploi du, 314.
- Pieds-bots, traitement, 133.
- Pleurésie de l'enfance, une suite éloignée de la, 473.
- Pleurésies purulentes chez les enfants, le traitement des, 318.
- Pleurésies syphilitiques, des, 318.
- Pneumonie des vieillards, 624.
- Procédé de mensuration externe permettant de reconnaître la viciation du bassin chez la femme, 466.
- Récit authentique de la blessure, de l'opération et de la mort du Président de la République française, 408.
- Réflexes utérins, les, 255.
- Résection de l'intestin, 26.
- Saccharine, dangers de la, 296.
- Salipyrine contre les menstruations profuses, 196.
- Scarlatine et ses complications, traitement de la, 260.
- Sécrétion vaginale chez la femme en couche, 640.
- Sérothérapie, la, 660.
- Symptôme prémonitoire de la phthisie pulmonaire : la parasthésie du pharynx et du larynx, 79.
- SIROIS, Dr L. J. O.—Monstruosité par défaut, 449.
- Symphiséotomie, les dangers de la, 540.
- Syphilis, effet du traitement mercuriel intense et précoce sur l'évolution de la, 484.
- Tachycardie essentielle paroxystique, un cas de, 455.
- Tænia, les, 527.
- Technique du traitement de la syphilis par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, 37.
- Tubage dans le croup ; procédé opératoire, 186.
- Tuberculose pulmonaire chronique, 12. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début, 398.
- Tuberculose pulmonaire des vieillards, 578.
- Typhlite et pertyphlite infantiles, traitement de la, 476.
- Ulcérations de la langue, diagnostic des, 355.
- Ulcères ronds de l'estomac, de l'intervention chirurgicale immédiate en cas de perforation des, 631.

- | | |
|--|--|
| <p>Vapeur d'eau comme hémostatique dans la production de la fièvre, du rôle de la, 287.</p> <p>Varices, traitement des, 27.</p> <p>Variétés, 9, 40, 45, 50, 51, 92, 126, 145, 161, 168, 210, 254, 279, 315, 334, 350, 372, 379, 390, 391, 397, 406, 435, 445, 450, 460, 472, 480, 488, 498, 501, 525, 546, 553, 558, 566, 583, 590, 594, 598, 613, 620, 625, 641, 649, 651, 665.</p> | <p>VERGE, Dr. Charles. — De la valeur pathogénomique du vomissement et de son traitement comme symptôme, 67.— Observation d'une métrorragie grave de corps fibreux arrêtée d'une manière permanente par une application du crayon de chlorure de zinc, 225.</p> <p>Vulvo-vaginite des enfants, 28.</p> |
|--|--|

COLLABORATEURS

AU XXIII^e VOLUME DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

- | | |
|---|---|
| <p>BENOIT, Dr E. P.—Montréal.</p> <p>BRENNAN, Dr M. T.—Montréal.</p> <p>DAIGLE, Dr C. A.—Montréal.</p> <p>DESROSIERS, Dr H. E.—Montréal.</p> <p>DUHOURCAU, Dr — Cauterets, France.</p> <p>FOUCHER, Dr A. A.—Montréal.</p> <p>JEHIN-PRUME, Dr J.—Paris, France.</p> <p>JOHNSTON, Dr W.—Montréal.</p> | <p>LAMARCHE, Dr J. B. A.—Montréal.</p> <p>LAPTHORN-SMITH, Dr A.—Montréal.</p> <p>LEMOYNE DE MARTIGNY, Dr A.—Paris, France.</p> <p>MERCIER, Dr O. F.—Montréal.</p> <p>SIROIS, Dr L. J. O.—St. Ferdinand d'Halifax.</p> <p>VERGE, Dr C.—Québec.</p> |
|---|---|