

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
  
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## Huit observations de dysmnorrhée grave suivie de guérison après le traitement par le courant galvanique intra-utrin ;

par le docteur A. Laphorn SMITH,

gynécologue au *Montreal Dispensary*, professeur de Gynécologie au Collège *Bishop*, Montréal, chirurgien du *Women's Hospital*, Montréal.

---

En relisant les six cents derniers cas de maladies des femmes inscrits dans mes livres d'observations au *Montreal Dispensary*, et les quatre cents cas observés dans ma clientèle privée, et omettant les cas de femmes qui ont eu des enfants, je trouve que le symptôme principal pour lequel j'ai surtout été consulté par les femmes—mariées ou non-mariées—a été la dysménorrhée.

La dysménorrhée est un symptôme, bien entendu, et non pas une maladie. Les auteurs classiques en reconnaissaient autrefois cinq variétés selon la cause, c'est-à-dire : 1<sup>o</sup> Névralgique ou sympathique ; 2<sup>o</sup> Congestive ou inflammatoire ; 3<sup>o</sup> Mécanique ou obstructive ; 4<sup>o</sup> Membraneuse ; 5<sup>o</sup> Ovarienne.

Pourtant, dans le nouveau travail de Pozzi, l'auteur—très-sagement, je crois—réduit le nombre des causes à deux séries, suivant que les douleurs surviennent pendant la période ovarienne (quand les follicules de Graaf se mûrissent) ou pendant la période utérine (l'expulsion du sang menstruel), ou, pour s'exprimer autrement : la douleur a pour cause, ou l'utérus ou les annexes. Dans la première série, nous devons mentionner la congestion ovarienne de n'importe quelle origine, le varicocèle du plexus utéro-ovarien, qui est ordinairement accompagné de l'inflammation chronique des ovaires, suivie de l'atrophie des ovaires, (comme le varicocèle chez l'homme est suivi de l'atrophie des testicules), et aussi l'inflammation des trompes et du péritoine qui recouvre les annexes. Cette inflammation du péritoine est toujours suivie d'une exsudation plus ou moins abondante, laquelle peut se former en bandes de tissu organisé, reliant ensemble les trompes et les ovaires et les fixant en des positions anormales. Les trompes sont, par conséquent, obligées de faire des mouvements spasmodiques pour atteindre l'ovule mûri, ou pour pouvoir le transmettre à l'utérus. C'est-à-dire que le mouvement péristaltique des trompes est gêné

Sous le nom de dysménorrhée d'origine utérine est compris tout ce qui offre un obstacle mécanique à l'expulsion du sang ; soit une constriction organique ou fonctionnelle, soit une flexion antérieure ou postérieure, soit l'occlusion du canal par un polype, un fibro-myome, ou simplement par la muqueuse utérine épaissie par l'inflammation (endométrite). Un auteur qui a écrit récemment sur ce sujet, et dont j'oublie le nom, dit que sur mille cas de dysménorrhée qu'il a soignés, plus de neuf cents de ces malades présentaient une endométrite. Mon expérience personnelle—quoique beaucoup plus restreinte, me porte à croire entièrement à l'exactitude de ce rapport. Chez presque toutes mes clientes chez lesquelles il fut nécessaire de faire l'examen de l'utérus, j'ai trouvé cet organe sensible au toucher ; les malades se plaignaient de douleurs lombaires ; il existait souvent des troubles du côté de la vessie et du rectum ; de plus, une leucorrhée utérine qu'on a constatée au moyen d'un tampon d'ouate imbibée d'une solution de sublimé et qu'on laissait en contact avec l'os pendant vingt-quatre heures. Chez un grand nombre il y avait des troubles réflexes dans des organes aussi éloignés que l'estomac, le cœur et les yeux. Après avoir passé la sonde utérine, j'ai toujours constaté que, aussitôt que son extrémité atteignait l'os interne, il éveillait une douleur intense que ces malades décrivaient comme étant tout à fait analogue aux douleurs qu'elles ressentaient pendant chaque époque menstruelle. Pourtant j'ai observé tant de cas de flexions aiguës, accompagnées d'endométrite et de dysménorrhée, que je suis devenu graduellement convaincu que c'est seulement quand les causes mentionnées ci-dessus sont associées à l'endométrite qu'il survient de la dysménorrhée. Encore, mon expérience en ce qui concerne le traitement est que, chez la plupart des malades, les résultats les plus satisfaisants ont suivi le même traitement qui a réussi dans l'endométrite, c'est-à-dire : la guérison de la constipation habituelle, la disparition des obstacles à la circulation pelvienne, l'amélioration de la circulation générale et de la circulation pelvienne au moyen de douches très-chaudes, de tampons imbibés de glycérine et d'acide borique, le curettage de l'utérus, la dilatation rapide, avec ou sans tampon intra utérin, et avec ou sans pessaire intra-utérin, l'emploi du courant galvanique à l'extérieur, l'emploi du même courant avec un pôle dans le vagin, près de l'utérus, et l'autre sur l'abdomen ou sur la région sacrée, agissant comme tonique sur le plexus vaso-moteur du bassin, et, en dernier lieu, moyen le plus important, l'emploi du courant galvanique faible à l'intérieur de l'utérus par l'introduction d'une sonde intra-utérine dont la tige est isolée jusque à peu près six centimètres de son extrémité, et à laquelle on a fixé le fil négatif de la pile galvanique.

J'ai essayé avec grand soin, successivement, toutes ces méthodes, et cela avec beaucoup de cas de guérison et quelques-

nsuccès, et j'en suis venu à la conclusion que le galvanisme négatif guérira l'endométrite et la dysménorrhée, quand tous les moyens mentionnés ci-dessus ont fait défaut. On n'a guère besoin de discuter pour prouver que la dysménorrhée est un symptôme qui vaut la peine d'être guéri. Nous savons tous qu'un grand nombre des malheureuses internées dans les asiles d'aliénés sont des femmes qui sont devenues morphinomanes à la suite du traitement ordonné par le médecin pour la dysménorrhée, et, en conséquence, je ne fais mention de ce traitement que pour le condamner. D'autre part, ce symptôme est un des plus difficiles à guérir. Voici ce que dit Winkel dans son dernier ouvrage: "La dilatation de la cavité utérine, l'incision du canal cervical, la cautérisation de la membrane muqueuse de l'utérus avec le nitrate d'argent, le tannin, la teinture d'iode et l'acide phénique, le curettage de l'utérus, la scarification de la muqueuse utérine et l'application de sangsues à la muqueuse vaginale, furent tous préconisés et mis en usage par l'auteur. J'ai aussi soigné les clientes des confrères qui se servaient aussi de tous ces remèdes, mais sans succès. Je n'ai jamais vu une guérison résultant du seul emploi de ces moyens."

En somme, le traitement de la dysménorrhée a été jusqu'à présent si peu satisfaisant, que beaucoup de malades sont convaincues que leur affection est incurable, et qu'il leur faut supporter leurs douleurs. La plupart des malades n'envoient pas quérir le médecin pendant leur époque menstruelle, et même, si elles consultent un médecin, ce n'est qu'après cette époque. Il en résulte que le praticien ne peut pas avoir une idée juste de l'intensité de la douleur dans un cas grave de dysménorrhée. D'après ce que m'ont dit un grand nombre de femmes, j'imagine que la douleur dans la plupart de ces cas doit être terrible. Chez quelques malades que j'ai observées, la douleur me paraissait être plus aiguë que celle de la première période du travail, la jeune fille se tordant sur son lit et poussant des cris perçants. Je crois que, généralement, nous estimons les soi-disant douleurs physiologiques que subissent les femmes comme étant moins intenses qu'elles ne le sont en réalité; or, elles ne doivent pas être appelées physiologiques, mais pathologiques. Selon beaucoup de gynécologistes et bien d'autres médecins qui aiment à se servir du couteau, la dysménorrhée est un symptôme assez grave pour justifier une opération sanglante, qui n'est pas toujours sans risques. Quoique l'opération mette fin aux attaques périodiques de douleurs, elle ne guérit pas toujours l'endométrite, qui est une des causes de la dysménorrhée, et la malade se plaint toujours, par conséquent, de ses douleurs lombaires, de maux de tête et autres symptômes réflexes dont elle se plaignait déjà.

Le traitement que je préconise ne mutilé pas la malade; il est absolument sans danger, n'exige pas l'anesthésie, puisqu'il n'est

pas accompagné de douleur si on l'applique soigneusement, et non seulement il guérit les douleurs périodiques, mais il améliore en même temps l'état général, et il est suivi d'un sentiment de bien-être après une ou deux applications. Je trouve ce mode de traitement infiniment supérieur à toutes les autres méthodes. Comme je l'ai déjà dit, le traitement par les narcotiques ne mérite pas même d'être considéré; nous sommes presque tous d'accord qu'il n'existe qu'une maladie que nous sommes justifiés à traiter par l'opium, c'est le cancer. Le traitement par l'ablation des trompes de Fallope et des ovaires qui ne présentent pas de maladie organique est aussi inadmissible. La dilatation par les tentes et la dissection ne doit pas être adoptée non plus, car ces moyens sont plus dangereux, même entre les mains les plus expérimentées, que l'ablation des tubes et des ovaires. La seule méthode de traitement qu'on pourrait comparer avec le galvanisme, c'est la dilatation rapide, suivie de l'application d'un caustique à l'intérieur de l'utérus, et le drainage de celui-ci, ou par la gaze iodiformée, ou par une tige de verre ou de caoutchouc vulcanisé fixée dans l'utérus pour y rester quelque temps et pour en faciliter le drainage. Mais cette méthode, quoique comparativement sûre, ne réussit pas quelquefois, et on est en conséquence obligé de la répéter. Comme on le verra en lisant une de mes observations, je me suis servi de cette méthode deux fois sans produire autre chose qu'un soulagement temporaire, qui durait pendant une époque menstruelle chaque fois.

Quelques gynécologistes de New-York conseillent de répéter l'opération plusieurs fois. On pourrait le faire pour les malades qui ont beaucoup de temps et d'argent; mais cela est impossible ici, avec les malades en général, même si la crainte de l'opération ne présentait pas d'obstacle, après deux ou trois succès. Le traitement par la pile galvanique négative ne nécessite que les courants les plus faibles, qu'on ne peut guère ressentir et qui n'occasionnent pas de douleur. Ces courants diffèrent beaucoup de ceux dont on se sert pour arrêter l'augmentation de volume des fibromes, alors que le résultat est en rapport avec la force du courant, et que bien de médecins emploient des ponctions galvaniques.

Ce traitement est, au contraire, réellement moins douloureux que l'introduction de la sonde, comme on le verra par ma description de la méthode dont je me sers. Après un examen bimanuel minutieux pour s'assurer que la malade n'est pas enceinte, et pour reconnaître la position et la condition des organes du bassin, le vagin est désinfecté au moyen d'une douche, si on ne l'a pas déjà fait chez la malade. Puis on donne à une sonde de Simpson d'un grand calibre la courbure (déjà constatée) du canal utérin, on la passe à la flamme d'une lampe à alcool, on la refroidit et on l'isole au moyen d'un tube de caoutchouc bien

nettoyé, jusqu'à moins de six centimètres de son extrémité, si on a raison de croire que l'utérus est peu développé. Dans le manche de la sonde on a fait percer une ouverture assez grande pour laisser entrer le bout du fil conducteur du pôle négatif. La sonde est alors introduite dans le col sur le bout du doigt, jusqu'à ce qu'elle rencontre quelque obstacle, alors qu'un courant de la force de dix milliampères est dirigé sur l'utérus. Au bout de une ou deux minutes on ne trouvera plus d'obstacle et la sonde glissera dans la cavité utérine. La force du courant est graduellement augmentée jusqu'à ce que la malade le ressente; elle sera alors de vingt à cinquante milliampères. Il faudra diminuer la force du courant aussitôt que la malade se plaint de la moindre douleur. Au bout de cinq minutes, le courant est graduellement arrêté, et la sonde sortira presque sans qu'on fasse aucun effort, et beaucoup plus facilement qu'à son introduction. On pourrait alors faire terminer la séance, ou, comme adjuvant au traitement et moyen prophylactique, un tampon de glycérine et d'acide borique pourrait être introduit. La malade pourra revenir à pied chez elle, et reprendre ses occupations de suite, car des applications aussi légères ne demandent pas de précautions, telles que le repos, etc. Le pôle positif de la batterie galvanique est relié à un électrode abdominal ordinaire d'argile.

Après ces quelques mots d'introduction, je vais vous présenter maintenant plusieurs observations de dysménorrhée guérie par cette méthode.

*Observation I.*—Mlle W\*\* est venue me consulter le 3 juin 1888, recommandée par M. le docteur Reddy. Elle présentait un fibrôme utérin et une hypertrophie énorme du col. Ses souffrances chaque mois étaient intolérables. Elle avait été cuisinière dans une famille, mais elle était obligée de quitter sa place, puisque, pendant l'époque menstruelle, elle était tout à fait incapable de travailler. Elle me dit que ses douleurs étaient terribles, et qu'on pouvait entendre ses cris partout dans la maison. Je lui ai fait deux applications galvaniques, commençant la semaine suivante et terminant le 28 juillet de la même année, moins de deux mois, alors qu'elle m'a appris qu'elle avait eu une époque menstruelle absolument sans douleur. Je continuai le traitement pendant encore un mois, mais depuis, elle n'a jamais eu de douleur à l'époque menstruelle, et elle a eu ses règles régulièrement jusqu'à il y a quelques mois, alors que je l'ai vue pour la dernière fois. Elle avait alors une santé parfaite, faisait toute la cuisine, et achetait les provisions pour une grande maison de pension.

*Observation II.*—Madame D\*\*\*, nullipare, âgée de 46 ans, m'a été envoyée par M. le Dr Jeannotte. Ses règles étaient toujours douloureuses, mais surtout depuis son mariage, cela allait de pis en pis, tellement qu'elle a été obligée, depuis dix ans, d'être tenue sous l'influence des injections hypodermiques de morphine répé-

ées matin et soir pendant huit jours à chaque époque. Ce traitement avait complètement ruiné sa santé générale. Le canal cervical était tellement obstrué et tortueux que je n'ai pas pu, même après six séances, introduire la sonde plus loin qu'à un pouce et demi. Mais alors, en permettant au courant électrique de passer, à ma grande surprise, la sonde a glissé en dedans de l'utérus, à une distance de cinq pouces. C'était la première fois que j'observais cette particularité, bien connue déjà, du reste, que le pôle négatif exerce un effet dilataleur sur un canal contracté. Au bout d'une dizaine de séances, la malade était complètement guérie de sa dysménorrhée. Elle avait eu soixante et cinq applications en tout. Six mois plus tard, M. le Dr Jeannotte a bien voulu m'informer que la malade avait ses règles tout comme une jeune fille, et absolument sans souffrance, n'ayant jamais eu besoin d'une seule dose de morphine depuis le commencement du traitement électrique. Quatre ans après, j'ai su qu'elle était encore très bien.

*Observation III.*—Mlle B\*\*\*, ménorrhagie et dysménorrhée; guérie par huit applications du pôle positif, lequel j'ai employé, de préférence au négatif, à cause de l'hémorrhagie.

*Observation IV.*—*Succès répétés de la dilatation rapide; guérison par sept applications du pôle négatif dans l'utérus.* — Madame Z\*\*, âgée de 25 ans, a commencé sa menstruation à l'âge de douze ans; elle était réglée toutes les quatre semaines, et cela pendant trois jours, mais, dès le début, elle a toujours éprouvé des souffrances atroces. Mariée depuis deux ans, elle n'est jamais devenue enceinte. J'ai pratiqué la dilatation rapide par la méthode de Goodell, il y a un an, étendant les lames de l'instrument graduellement pendant vingt minutes, jusqu'à ce que l'index indiquât une distance d'un pouce et demi entre les lames dans la matrice. Les règles suivantes étant encore plus douloureuses, je me suis décidé à faire l'opération de nouveau avant le retour d'une autre époque menstruelle. Ayant dilaté jusqu'à l'extrême capacité de l'instrument, j'ai essayé d'introduire dans l'utérus un tube de verre en forme de pessaire, mais je n'ai pas réussi à cause de la contraction aussi énergique que rapide de l'os interne. Dans le mois de janvier de l'année suivante, cette malade est encore venue me voir, souffrant plus que jamais, et je lui ai fait une application du courant galvanique négatif, avec le résultat que les règles suivantes sont venues quelques jours plus tard, avec la moitié moins des souffrances habituelles; de fait, elle dit n'avoir jamais souffert aussi peu. Dans l'intervalle, avant le retour de ses règles, je lui ai fait encore six applications. Les règles sont survenues sans qu'elle s'en aperçut, et ont continué pendant trois jours, absolument sans souffrance.

*Observation V.*—Madame G\*\*\*, âgée de 27 ans, mariée depuis cinq ans sans avoir jamais été enceinte. La menstruation avait

commencé à l'âge de 13 ans et a toujours été très douloureuse, surtout depuis son mariage, à l'âge de 22. L'utérus est petit et présente une flexion antérieure très prononcée. Après cinq séances de galvanisme négatif d'environ 25 milliampères chacune, les règles suivantes sont survenues sans qu'elle les ait senties; la sensibilité utérine et péri-utérine est disparue, et la malade se trouve mieux portante qu'elle ne l'a été depuis bien des années.

*Observation VI.*—Madame O.\*\*\* Pendant que je relatais l'observation du cas précédent, une dame est entrée dans mon cabinet pour retenir mes services lors de son accouchement. Je l'ai reconnue pour être une ancienne malade à moi, et en cherchant son nom dans mes livres, j'ai trouvé la note suivante: Elle est venue me consulter dans le mois de mars 1888, étant alors âgée de 26 ans et ayant été mariée depuis six ans; n'a jamais été enceinte. Elle avait été, pendant quelque temps, sous les soins d'un chirurgien, qui l'avait traitée pour la dysménorrhée, mais sans aucun soulagement. Elle a laissé ce chirurgien parcequ'il insistait sur la nécessité de faire l'ablation des ovaires, chose à laquelle elle se refusait absolument, vu que la grande ambition de sa vie était d'avoir un enfant. Depuis l'apparition de ses règles, elle a toujours souffert de dysménorrhée, mais depuis son mariage, ses souffrances ont beaucoup augmenté, tandis que le coït et la marche lui causaient de grandes douleurs. Par l'examen bimanuel, j'ai constaté que l'ovaire gauche était gros et tombé dans le cul-de-sac de Douglas, et qu'il était très sensible à la pression; la matrice était grosse et douloureuse, et le canal cervical était étroit et obstrué de sécrétions catarrhales. La menstruation avait coutume de durer huit à dix jours. J'ai fait, le 19, le 22 et le 29 mars, des applications du courant faradique au fil fin, au moyen de l'électrode vaginale bipolaire. Les règles suivantes n'ont duré que deux jours, et la douleur seulement quelques heures au lieu de quelques jours. Le 16 avril, elle a eu sa première séance de courant galvanique, le pôle négatif dans la matrice; je n'ai pu introduire ce pôle qu'avec grande difficulté, mais il a sorti très facilement. Les règles suivantes étaient presque sans douleur, néanmoins je lui ai fait encore des applications négatives le 2 et le 9 de mai 1888, après quoi j'ai perdu la malade de vue pendant deux ou trois mois, après quoi je l'ai rencontrée par hasard au *Women's Hospital* où elle se rendait pour faire visite à une amie malade, alors qu'elle m'a informé qu'elle n'est pas revenue chez moi parceque ses règles avaient toujours, depuis sa dernière visite, été absolument sans douleur.

Je ne l'ai pas revue encore jusqu'à cet après-midi, 25 avril 1892, alors qu'elle est venue retenir mes services pour l'accoucher. Elle me dit qu'elle n'a éprouvé aucune douleur de menstruation depuis que je l'ai traitée il y a quatre ans. Elle est en pleine santé, et à cinq mois de grossesse. C'est là encore un cas à ajou-

ter à au moins une centaine d'autres qui prouvent, contrairement aux prétentions ridicules de Danion, que la méthode d'Apostoli ne condamne pas la femme à une stérilité perpétuelle.

*Observation VII.*—Mlle X\*\*\*, une fille charmante de 26 ans, est venue sous mes soins il y a un an, alors que, à la demande de son médecin, j'ai fait une dilatation rapide. La puberté s'est établie à l'âge de seize ans, mais la malade n'était pas bien réglée la première année. Au bout d'un an, il y avait de l'amélioration, mais les règles duraient toujours huit jours. Depuis quatre ans les souffrances ont été affreuses, à tel point qu'elle a été obligée de se mettre au lit pendant les quatre premiers jours de chaque période, et à peine avait-elle repris ses forces qu'une autre période survenait. A l'opération, j'ai trouvé l'utérus très long et fléchi en avant; j'ai pris une demi heure pour faire la dilatation à un pouce et un quart, après quoi j'ai badigeonné le canal cervical avec de l'iode phéniqué. Aux règles suivantes, la douleur a duré trois heures au lieu de quatre jours, mais aux deuxièmes règles la douleur a duré deux jours entiers. Les troisièmes étaient entièrement sans douleur, mais celles de novembre, décembre et janvier étaient tellement douloureuses que la malade fut obligée de prendre le lit pendant deux jours entiers. Avant les règles de février, j'ai donné pendant trois jours le dioviburnia à fortes doses fréquemment répétées, avec ce résultat qu'elle n'a eu qu'un jour entier de souffrance. Voyant qu'elle se décourageait, je me suis décidé à employer le courant galvanique négatif. D'une époque à l'autre, je lui ai fait quatre applications de 30 milliampères chacune, n'éveillant alors qu'une douleur assez légère pendant que la sonde franchissait l'os interne. Le résultat a été que au mois de mars elle n'a souffert qu'une heure. Depuis le mois de mars et le mois d'avril, elle a eu quatre autres applications. Les règles du mois d'avril sont survenues à l'insu de la malade, pendant qu'elle était à un bal. Aussi cette fois l'écoulement fut-il continu et non pas par jets comme auparavant, et le sang n'était ni coagulé ni noir.

*Observation VIII.*—Madame G\*\*\*, âgée de 27 ans, mariée depuis sept ans, mais jamais enceinte, m'a consulté le 3 février 1892. Elle a eu pour la première fois ses règles à l'âge de 13 ans, et elles étaient naturelles jusqu'à son mariage à l'âge de 20 ans. Depuis ce temps elles se sont prolongées à huit jours; sont très peu abondantes, très douloureuses et accompagnées de l'expulsion de morceaux de *peaux* après de fortes tranchées. J'ai commencé tout de suite le traitement par le galvanisme, lui donnant en tout huit applications depuis le 3 février jusqu'au 18 mars. Résultat: elle a eu très peu de douleur aux règles de février et absolument pas du tout à celles de mars. Elle n'a non plus expulsé aucune menbrance avec ces dernières.

*Observation IX.*—Madame B\*\*\*, âgée de 28 ans, mariée depuis

six ans, jamais enceinte, m'a consulté le 22 janvier de cette année pour de la dysménorrhée. Ses règles avaient presque toujours été normales avant son mariage, mais depuis, elles ont été toujours douloureuses et elle souffre de dyspareunie. L'examen a démontré que l'utérus était en flexion antérieure à angle très aigu et qu'il était douloureux au toucher. Avant d'attacher à la sonde le fil négatif de la batterie, cette sonde ne pouvait pas être introduite dans la matrice, et cela à cause de la douleur exquise et de la contraction spasmodique de l'os interne. Mais après avoir attaché le pôle négatif, la sonde a glissé facilement dans la matrice, à une distance de deux pouces et demi. Du 22 au 29 janvier inclusivement, la malade a eu quatre applications de 25 à 40 milliam-pères négatives. Résultat: Elle m'a dit le 29 janvier qu'elle pouvait à présent dormir toute la nuit et que, durant le jour, la douleur pelvienne avait diminué de moitié. Le 2 février, elle me dit qu'elle a eu ses règles avec bien moins de douleur. Dans le cours de février, elle a eu encore cinq applications, et les règles du mois de mars ont été absolument sans douleur. Dans le mois de mars elle a eu seulement deux applications et les règles du mois d'avril se sont accompagnées de si peu de douleurs, qu'elles sont survenues à l'improviste, alors qu'elle se préparait à faire une promenade dans la rue. Elle dit qu'elle n'a jamais été si bien de sa vie. Après encore deux applications, je l'ai déclarée guérie. (1)

Je pourrais rapporter encore ici plusieurs observations à l'appui de ma thèse, et dont plusieurs ont été suivies de grossesse; mais je crois que j'en ai dit assez pour convaincre le lecteur que c'est là la méthode la plus facile et la moins dangereuse et qui donne les meilleurs résultats de toutes les manières de soigner la dysménorrhée. Au moins, je pense que ce traitement doit être employé avant et non après les autres méthodes, car dans ce cas là, ces dernières seraient très rarement ou jamais employées. On remarquera que quelques unes de ces malades étaient traitées depuis plus de quatre ans et qu'elles sont restées guéries depuis.

---

—L'œdème de la paupière inférieure et la coloration grisâtre, blanchâtre ou cirreuse de la peau indiquent l'existence d'une dégénérescence granuleuse du rein.

—Sir Morell MACKENZIE était d'avis que dans le spasme de la glotte on peut obtenir la cessation de la contracture musculaire en provoquant un spasme analogue dans un autre endroit du système, par exemple en irritant la muqueuse nasale au moyen d'une plume, ou d'une pincée de tabac ou de poivre. L'éternuement qui se produit alors amène la disparition du spasme laryngé.

(1) Le 22 juillet j'ai eu des nouvelles d'elle. On me disait qu'elle était parfaitement bien.

## REVUE DES JOURNAUX

## THÉRAPEUTIQUE.

**Galactogènes.**—Nous lisons dans le *Bulletin médical* que dans sa thèse de doctorat, Mlle GRINIEWITCH s'est livrée à une étude des principaux moyens proposés pour rappeler et augmenter la sécrétion du lait. C'est là une question de pratique de chaque jour. Après avoir rappelé que la succion, le trayage, le massage sont de bons galactogènes, notre jeune confrère entre dans l'étude des agents qu'elle a elle-même étudiés et qui lui ont donné les résultats suivants :

L'électricité, le galega, l'ortie brûlante, l'anis, le cumin et le fenouil exercent certainement sur la sécrétion lactée, tant chez la femme que chez la vache, une action qu'il est permis de qualifier de galactogène. Chez les femmes, l'auteur a toujours constaté une augmentation de la sécrétion lactée, coïncidant avec l'administration de ces substances.

En augmentant la quantité de lait sécrété, les agents galactogènes ci dessus ne nuisent pas à sa qualité.

La densité de lait de femme obtenu dans ces circonstances est normale. La quantité de beurre a plutôt augmenté.

Une autre preuve que ces galactogènes ne nuisent pas à la qualité du lait, c'est l'état des enfants allaités par les femmes chez lesquelles on les employait. Parmi les douze enfants nourris dans ces conditions, il n'en est pas un seul qui ait paru souffrir du lait qu'il tétait ; bien plus, loin de constater le moindre trouble dans la santé de ces enfants, on a relevé chez tous ceux dont la santé était dérangée une sérieuse amélioration.

La santé des femmes soumises au traitement galactogène n'a pas été moins satisfaisante que celle des enfants. Aucune de ces femmes n'a paru éprouver de trouble ou d'affaiblissement par le fait du traitement.

Les galactogènes qui ont donné les meilleurs résultats à Mlle Griniewitch sont :

Le *galega*, l'*ortie brûlante*, le *cumin*, l'*anis* et le *fenouil*, employés sous la forme et à la dose suivante :

1<sup>o</sup> Galega.

a) teinture :

Extrait de galega.....	65 grm.
Alcool à 60°.....	1000 grm.

à faire prendre de 250 à 500 gouttes par jour ; diviser en doses de 50 à 100 gouttes.

b) sirop :

Extrait de galega .....	50 grm.
Sirop simple.....	1000 grm.

de quatre à cinq cuillerées à soupe par jour.

c) pilules :

Extrait de galega.....	0 gr. 25
Excipient .....	q. s.

pour une pilule ; de une à quatre pilules par jour.

2° Ortie.

a) teinture :

Extrait d'ortie .....	200 grm.
Alecol à 60°.....	1000 grm.

de 250 à 500 gouttes par jour.

b) sirop :

Extrait d'ortie .....	200 grm.
Sirop simple.....	1000 grm.

de quatre à cinq cuillerées par jour.

Poudre de cumin, d'anis ou de fenouil : de 1 à 5 grammes par jour, par dose de 1 gramme.—*Scalpel.*

**Le tannate de mercure dans la syphilis.**—Le Dr ALLEN, de New-York, préconise un nouveau traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de tannate d'hydrargyre. Il reproche au calomel de produire la salivation, ce qui est vrai ; au sublimé, les troubles stomacaux, ce qui arrive quelquefois ; et, au protoiodure, tous les désagréments ci-dessus avec la diarrhée séreuse en plus, sans compter l'inconvénient qu'il y a à administrer trop tôt une préparation *iodée*. Le Dr Allen s'en tient donc au tannate de mercure. Il l'administre en poudre, en pilules ou en injections hypodermiques, ces dernières d'après la formule de Kaposi :

Tannate d'hydrargyre.....	20 parties.
Paraffine liquide ou Huile de vaseline.....	10 parties.

Six ou huit seringues de Pravaz constituent une cure : l'opération cause une douleur insignifiante et, selon l'auteur, elle ne serait jamais suivie d'abcès.—Dans les cas où le tube digestif est par trop susceptible, ce mode de traitement peut constituer une précieuse ressource.

**Étude physiologique de l'essence de géranium**, par MM. CADÉAC et MEUNIER.—L'essence de géranium s'obtient par la distillation de plusieurs espèces de pelargonium, originaires de

Afrique australe et cultivées en Europe depuis un ou deux siècles. Employée en parfumerie, soit pure, soit associée à d'autres essences pour faire des bouquets artificiels, elle est peu utilisée en thérapeutique.

Sachant que les émanations odorantes agissent comme l'essence elle-même, MM. Cadéac et Meunier se sont préoccupés de savoir si le charme éprouvé en respirant l'air parfumé par le géranium est inoffensif, dangereux ou salutaire. Ils ont institué dans ce but un grand nombre d'expériences d'où il découle que l'essence du géranium est un antiseptique de valeur et un stupéfiant de premier ordre, qu'elle est analgésiante, enivrante et soporifique. Elle n'excite passagèrement qu'avec les doses massives sans jamais déterminer de convulsions. Cependant elle exerce une action dynamogénique marquée sur le cœur, elle augmente la puissance des ondes sanguines et en régularise le cours. Elle est assez toxique: un peu plus de 2 centigrammes suffisent pour faire mourir par la voie veineuse 1 kilogramme de chien en quelques minutes; elle tue par syncope respiratoire.

**Gurison du catarrhe de la vessie par le salol, dans un cas de myélite,** par le professeur P. DE RENZI.—Un berger de 25 ans excréta 540 cc. d'urine d'une densité de 1.016, très alcaline, d'une couleur jaune, rougeâtre, trouble, d'odeur ammoniacale.

Cette urine contient environ 2 grammes d'albumine par litre, due à la présence de muco-pus. L'examen microscopique décele la présence de nombreux cristaux de triphosphate, et de quelques cellules épithéliales du bas fond de la vessie.

Pendant six jours, on a administré à ce malade de 1 à 2 grammes par jour de salol en 2 à 4 paquets.

Les urines continuent à présenter une réaction notablement alcaline, et le muco-pus est très abondant. On augmente alors les doses de salol depuis 2 jusqu'à 4 grammes en 4 à 8 paquets. Au bout de cinq jours la réaction devient acide et le muco-pus disparaît complètement.

**Traitement de certaines cystites subaigues par le rtinol au salol,** par M. E. DESNOS, in *Revue génér. de cliniq. et de thérapeutique*.—Le rétinol est un liquide blanc oléagineux, obtenu par distillation de la colophane, et qui possède, entre autres, la propriété de dissoudre l'iодоforme et le salol. M. Desnos a adopté une solution de salol dans le rétinol, dans la proportion de 60%. Il n'y a la plupart du temps, quand on l'emploie ainsi en injections vésicales, qu'une sensation de cuisson légère avec envie d'uriner. Si celle-ci est incoercible et expulse le liquide, il faut y renoncer. La quantité à introduire ne doit pas dépasser 20 à 30 grammes, quelquefois moins. Le médicament séjourne longtemps dans la vessie, il faut cinq à six mictions pour que tout soit évacué.

La nature de la cystite n'a pas grande importance dans les indications de son emploi. Il n'en est pas de même de son intensité. Les cystites suraiguës ne sauraient bénéficier de ce traitement, mais il n'en est pas de même des formes subaiguës, dans lesquelles il donne de meilleurs résultats. Dans les cas chroniques, ceux-ci sont moins brillants même, quand on porte la dose de salol à 10 ou même à 12 0/0. Le rétinol au salol n'a aucune action dans les hémorrhagies vésicales.

**Les ruptions médicamenteuses** — M. le Dr THIBIERGE résume de la manière suivante l'histoire étiologique et clinique des éruptions médicamenteuses : Ces éruptions sont produites par action locale, ou par intoxication du sang, et elles revêtent toutes les formes depuis l'érythème jusqu'à la gangrène; elles sont tantôt généralisées, tantôt localisées.

Les substances qui donnent lieu à une éruption médicamenteuse agissent comme irritants externes ou internes. Parmi les substances agissant localement, il faut citer : les rubéfiants comme la moutarde, l'huile de croton, les thapsias, les substances fermentées ou altérées, toutes les huiles, les graisses, l'axonge non fraîche, la graine de lin altérée, la térébenthine, l'huile de cade, les goudrons, les emplâtres. Dans le traitement du psoriasis, on voit de l'érythème se produire à la suite de l'emploi de l'acide chrysophanique et de l'acide pyrogallique. L'acide phénique donne souvent de l'irritation aux mains, quand il est mal préparé, à froid, sans alcool ni glycérine; chez certains individus, le salol produit de l'irritation sur le bord des plaies. Citons encore d'autres substances, comme les acides minéraux, les acides organiques, l'iode, l'iodoforme, le tartre stibié; les pommades mercurielles et la solution de sublimé produisent sur le pubis des vésicules ou des pustules qui peuvent être le point de départ d'une éruption psoriasiforme ou scarlatiniforme.

Quant aux éruptions de causes internes, elles sont ordinairement généralisées; les principales sont celles causées par : la belladone, dont l'alcaloïde, l'atropine, produit un érythème scarlatiniforme; l'opium avec son alcaloïde, la morphine, qui donne des éruptions scarlatiniformes, rubéoliformes ou des vésicules d'apparence eczémateuse; la quinine qui donne lieu à une éruption, tantôt médicamenteuse, tantôt professionnelle, sous la forme de petites vésicules, ou d'érythème scarlatiniforme ou rubéoliforme, ou d'érythème mixte, voire même d'urticaire.

Le copahu donne une roséole papuleuse généralisée, portant sur le tronc et les membres, le thorax, l'abdomen, les avant-bras, les poignets et les genoux; elle dure peu et disparaît sans desquamation et sans revenir. Cette éruption est due au copahu ou à la blennorrhagie. Toujours est-il que, pour la faire cesser, on suspend l'emploi du copahu.

L'intoxication par l'acide salicylique est très rare ; le salicylate de soude peut donner de l'urticaire, rarement de l'érythème, des bulles ou des vésicules ; on a plus souvent du purpura.

L'intoxication par le chloral est bien plus fréquente ; elle donne lieu, le plus souvent, à de l'érythème siégeant à la face, aux joues et au front, avec congestion des muqueuses du pharynx et du voile du palais ; l'intoxication peut prendre aussi une apparence scarlatiniforme.

L'acide phénique, absorbé à l'intérieur ou appliqué à l'extérieur, produit de l'érythème ou de l'urticaire.

L'antipyrine donne une éruption à type fuyant, au bout de dix ou quinze jours d'emploi : il y a douleur dans la gorge et rougeur ponctué ; la surface du corps présente un aspect rouge, accompagné de prurit. On peut également observer de l'urticaire. Le sulfonal produit une poussée scarlatiniforme sur les parties supérieures du corps.

Parmi les intoxications par les substances inorganiques, citons l'éruption tantôt généralisée sous la forme d'érythème scarlatiniforme, tantôt localisée avec l'aspect bulloux qui se produit après absorption d'arsenic.

En Angleterre, on a signalé des cas de zona à la suite d'intoxication arsenicale ; on admet généralement que ce médicament produit des névrites susceptibles elles-mêmes de donner lieu à du zona.

Le mercure est le médicament qui produit les éruptions les plus fréquentes et les plus variées ; nous ne parlerons ici que de l'usage interne. Les éruptions hydrargyriques se rencontrent à la suite d'absorption de pilules de proto-iodure, de sirop de Gibert, de liqueur de Van Swieten, après les lotions cutanées avec la liqueur de Van Swieten, après les injections vaginales à la même solution et au biiodure. Quels sont les caractères de cette éruption mercurielle ? Dans les formes légères, on a de la rougeur, des vésicules peu accusées et disséminées ; dans d'autres cas, des vésicules ou des vésiculo-pustules, des bulles et des phlyctènes. Dans les cas graves, il peut y avoir des phénomènes généraux intenses, de la fièvre, de la gingivite.

Le docteur Glaztein rapporte aussi quelques cas d'urticaire provoquée par l'administration du calomel à la dose de vingt-cinq milligrammes. Dès qu'on cessa le calomel, l'urticaire disparut pour reparaitre aussitôt qu'on l'utilisait à nouveau.

Les préparations iodées et iodurées donnent également lieu à des éruptions. Le plus souvent, cette éruption est caractérisée par la production sur la face de pustules d'acné, avec aspect de furoncle ou d'anthrax ; chez d'autres, ce sont des nodosités rappelant l'érythème noueux ou les gommages ; ce peuvent être aussi des vésicules ou des bulles.

A propos de ces éruptions, signalons celle qui succède à l'em-

ploi simultané de l'iodure et de mercure, et se caractérise par des lésions irritatives très prononcées; la pommade au calomel appliquée sur le gland d'un sujet syphilitique, traité par l'iodure de potassium, engendre de la balano-posthite.

Le bromure de potassium, de sodium, d'ammonium causent également, par leur emploi interne, des éruptions généralisées acnéiformes.

Le diagnostic repose sur l'ensemble des symptômes et surtout sur les antécédents. Il faut savoir quel est le médicament ingéré; le diagnostic sera confirmé si, à la suite de la cessation de la préparation, l'éruption disparaît; il le serait encore, si la poussée revenait après l'absorption d'une nouvelle dose, mais les malades se prêtent peu à cette dernière observation.

Le traitement de ces éruptions est tout d'abord la suppression immédiate du médicament provocateur. L'usage de purgatifs et de diurétiques légers est quelquefois nécessaire. M. Thibierge conseille, en ce qui concerne le bromure, de donner en même temps que ce médicament quelques gouttes de liqueur de Fowler pour combattre l'acné bromique.—*Concours médical.*

**Résultats obtenus avec la suspension à la clinique de médecine interne de Zurich,** par M. BONJOUR. — Les malades, au nombre de 16 (12 tabétiques, 3 scléroses en plaques, 1 polynévrite alcoolique) furent suspendus régulièrement trois fois par semaine. La première suspension durait une demi-minute, la seconde une minute, la troisième une minute et demie et ainsi de suite jusqu'à la durée de trois minutes qui n'a jamais été dépassée.

Si les symptômes empiraient, les séances étaient interrompues, selon le cas, pour toujours ou pour quelque temps seulement jusqu'à ce que l'état du malade permit de recommencer la suspension.

En résumé, dit M. Bonjour, la suspension a agi en diminuant l'ataxie, le signe de Romberg et les douleurs, si ce n'est pour toujours au moins pour quelques heures et quelques jours même; plusieurs malades ont pu mieux marcher après quelques suspensions. Mais jamais les symptômes oculaires ni vésicaux ne se sont améliorés.

Quelque précaires que soient les résultats obtenus, il faut conserver le traitement par la suspension qui les fournit, et cela jusqu'au jour où nous posséderons un meilleur traitement pour le tabes dorsalis et pour d'autres maladies des nerfs et de la moëlle.  
—*Revue méd. de la Suisse Romande.*

**La quinine et l'ergot comme utéro-moteurs,** par M. CORDES.  
—L'auteur lit un travail dont voici les conclusions :

1° L'ergot, excellent de l'avis de tous les médecins, pour arrêter

les hémorrhagies utérines et autres, doit être remplacé par la quinine, toutes les fois que l'utérus renferme un corps solide, sans exclure pour cela aucun des autres traitements.

2° Il serait utile d'employer la quinine dans les accouchements lents, préférablement à l'ergot qui peut asphyxier le fœtus, soit par la contraction tétanique qu'il cause, soit par son action élective sur le col.

3° A dose médicinale, non toxique, la quinine n'est pas à craindre chez les femmes enceintes atteintes de fièvres intermittentes; elles est au contraire utile dans ce cas.—*Revue méd. de la Suisse Romande.*

**Valeur thérapeutique de l'antinervine de Radlauer, (Salicylbromanilide), par G. LAURENTI.**—C'est, d'après l'inventeur un salicylate de bromanilide. Il le recommande comme un succédané de l'antipyrine et un spécifique contre les névralgies et le rhumatisme articulaire: il serait utile, en outre, dans toutes les maladies fébriles: typhoïde, tuberculose, pneumonie, etc.

Le médicament a été expérimenté par le prof. Bradfute (de Philadelphie) qui lui reconnaît les avantages de l'antifébrine, du brome et de l'acide salicylique, sans avoir leurs inconvénients, et l'a employé utilement comme antinévralgique, antipyrétique et antinervin.

Ce même auteur a étudié l'action physiologique du médicament sur les animaux et conclut que, outre les précédentes indications, il peut être utilement employé dans toutes les maladies caractérisées par des troubles fonctionnels du système circulatoire et dans les formes de névroses fonctionnelles du cœur comme, par exemple, l'angine de poitrine.

Les doses moyennes ont été de 1 gr. 50 à 4 gr. dans les vingt-quatre heures.

Un autre expérimentateur, M. Frank Woodbury, a constaté qu'il agit à peu près comme l'antipyrine dans les névralgies et la migraine. Il calme en outre le système nerveux et procure le sommeil. Il le conseille encore dans les diverses formes de rhumatisme et d'affections catarrhales. Il a en outre l'avantage de coûter beaucoup moins cher que l'antipyrine.

De Filippi a également étudié l'antinervine.

Ses conclusions sont à peu près identiques.

L'antinervine n'a pu être beaucoup expérimentée dans la dernière épidémie d'influenza. Cependant Kargler de Glogun en a éprouvé de bons effets pour calmer les phénomènes douloureux et obtenir une euphorie relative.

Enfin Laurenti rapporte les résultats qu'il a personnellement obtenus. Il l'a expérimentée dans 50 cas.

Dans le plus grand nombre des cas, il s'agissait d'individus atteints d'une affection catarrhale (influenza); dans d'autres, il s'agissait de polyarthrite rhumatismale, et dans un cas, de chorée.

Il a commencé aux doses initiales de 0.50 cent. par cachet répétées 4 fois dans le cours de la journée, mais plus tard il pousse jusqu'à 4 gr. dans les vingt-quatre heures, et enfin chez des sujets robustes, il alla jusqu'à 1 gr., 1 gr. 50 en une seule fois.

Après l'administration des deux premières doses, les malades accusaient un mieux sensible par rapport à la céphalalgie, aux douleurs lombaires, aux myalgies et aux arthralgies. On obtenait un abaissement de température de 10 à 10, 5.

Dans le rhumatisme articulaire, l'antinervine avait sur la douleur des résultats aussi bons que dans l'influenza.

Dans la chorée, le résultat a été nul.

L'auteur insiste à son tour sur le prix minime du médicament.

—L. GEEFFIER, in *France médicale*.

**Eucalyptus globulus dans l'influenza**, par Harry BENJAMIN FIELD, in *Lancet*.—L'auteur a employé l'eucalyptus globulus contre l'influenza et cela avec les plus grands succès. L'action a été surtout marquée dans les cas où l'on craignait l'apparition de bronchite grave ou de pneumonie. Il suffit de mettre dans une bouilloire pleine d'eau une cuillerée à café d'essence d'eucalyptus et de maintenir cette eau en ébullition dans la pièce où se trouve le malade. Les résultats en ont toujours été rapides et évidents. Quand la température était élevée, l'auteur faisait faire des lotions chaudes contenant de l'eucalyptus ou ordonnait un bain chaud chargé également d'eucalyptus, afin de faciliter la perspiration. L'eucalyptus globulus doit seul être employé, on doit éviter l'usage des autres espèces d'eucalyptus.

**De la créosote dans le traitement de la coqueluche**, par M. LEREFAIT.—La créosote est le médicament par excellence. Elle paraît agir comme certains produits pyrogénés existant dans le gaz d'éclairage non épuré, dont l'efficacité est généralement admise par le public, et comme la naphthaline, récemment préconisée par un médecin de Marseille qui en aurait obtenu d'excellents résultats. Mais à l'inverse de ces substances, la créosote a paru n'avoir aucune action quand elle est employée en inhalation.

La voie stomacale semble le mieux convenir à l'administration du médicament, la voie sous-cutanée ne pouvant être employée que très exceptionnellement chez les enfants. Le sirop créosoté à 0,50 0,10 représente la forme la plus simple et la plus commode pour administrer la créosote. Avec quelques correctifs on arrive à rendre le sirop acceptable même aux très jeunes enfants, et malgré son emploi prolongé on n'observe pas d'intolérance gastrique.

—*Normandie médicale*.

## MÉDECINE.

**Pleurésie latente. — Ictère catarrhal. — Ulcère simple du duodénum.** — Clinique de M. le professeur POTAIN. — C'est un fait banal et bien connu que la pleurésie, alors même qu'elle s'accompagne d'un épanchement abondant, peut passer absolument inaperçue, et cependant, comme c'est là une des erreurs de diagnostic les plus communes en même temps que des plus graves, il est bon de revenir souvent sur ce sujet.

Un homme est entré dans le service pour différents accidents pulmonaires certainement tuberculeux; il a eu des hémoptysies, et ses deux sommets présentent des altérations très évidentes; mais de plus il présente un épanchement considérable, qui, d'après certains commémoratifs, datent d'une époque déjà ancienne, probablement de plusieurs mois, qui ne paraît le gêner en aucune façon, qui n'a pas été reconnu jusqu'ici, et ne le serait probablement pas encore si on n'avait été amené à l'ausculter en raison de quelques symptômes d'origine pulmonaire survenus récemment.

La pleurésie, en effet, peut rester latente, et demeurer longtemps méconnue, ou bien par l'absence totale de symptômes ou parce que ceux-ci sont mal interprétés.

Le fait suivant est un exemple remarquable du premier cas. Lasègue racontait souvent avoir été appelé auprès d'un confrère tombé sans connaissance dans la rue. Lorsqu'il arriva, celui-ci était remis et en train de prendre son repas.

Il l'examina néanmoins, quoiqu'il ne se plaignit que de quelques douleurs vagues depuis un certain temps, et l'ayant fait asseoir pour l'ausculter, le malade tomba mort pendant l'auscultation. La mort avait été produite par un épanchement énorme qui n'avait déterminé presque aucun symptôme jusque-là.

Il existe des cas dans lesquels il y a seulement une petite toux sèche; quelquefois aussi un peu de dyspnée mais qui disparaît complètement. M. Potain a eu l'occasion d'examiner avec M. Bucquoy un malade présentant seulement quelques symptômes tout à fait en dehors de la pleurésie; il avait cependant un épanchement énorme qui l'exposait à une mort subite; on lui fit immédiatement une ponction qui donna cinq litres de liquide.

Dans certains cas aussi, il y a des erreurs qui ne tiennent qu'à un examen très incomplet du malade. M. Potain a vu à cet égard un fait bien curieux. Il s'agit d'un malade venant du Caire et envoyé en Allemagne pour faire une cure thermale au sujet de laquelle il devait consulter une haute autorité médicale; il fut de là, après consultation, envoyé à Carlsbad pour une affection du

foie; là il fit son traitement sans qu'on l'examinât, malgré les vives douleurs qu'il éprouvait; enfin lorsqu'il arriva à Paris, M. Potain lui reconnut un énorme épanchement déjà purulent pour lequel l'empyème fut fait, mais trop tardivement pour empêcher la mort.

Cet exemple montre surtout les inconvénients d'un examen incomplet et d'un conseil donné à la légère qui font assumer au médecin une bien grave responsabilité.

Mais il est d'autres cas où l'erreur est le fait d'un symptôme insolite qui porte l'attention dans une direction toute différente.

Une malade est entrée ainsi dans le service avec des accès de fièvre intermittente simulant absolument une fièvre tierce. On crut pendant quelque temps à une fièvre de cette nature, et ce n'est qu'après un examen complet qu'on découvrit une pleurésie. C'est là en effet un symptôme très rare sous cette forme, mais dont M. Potain a eu cependant quelques autres exemples.

L'association de la pleurésie avec d'autres affections est une grande cause de difficultés; c'est ce qui arrive par exemple dans les kystes du foie, l'anévrisme de l'aorte. Mais il faut se rappeler en outre qu'il n'est pas une maladie infectieuse qui ne puisse s'accompagner de pleurésie: la pneumonie, l'amygdalite, le furoncle, l'état puerpéral en particulier. Enfin, les affections des voies génito-urinaires, plus spécialement les ovarites et les salpingites, paraissent, dans certains cas, agir par action réflexe pour produire la pleurésie. Une femme récemment entrée dans le service pour une pleurésie légère, présentait un facies indiquant un état beaucoup plus sérieux que ne le comportait cette légère pleurésie, et de fait on pouvait constater que la maladie avait été précédée par des troubles utérins et qu'il existait une vive douleur dans la région ovarienne; c'était le point de départ de cette pleurésie qui, ici, fut sans importance, mais qui dans quelques cas peut prendre une gravité réelle, ainsi que M. Potain a pu l'observer chez une malade qui succomba à des accidents gangreneux.

L'enseignement qu'on peut tirer de ces faits si disparates, c'est que la pleurésie, maladie d'un diagnostic si facile, peut être l'objet de grossières erreurs, et que toutes les fois qu'on voit survenir une dyspnée même peu marquée ou quelque douleur insolite, il faut avoir l'attention éveillée de ce côté.

— Deux malades atteints d'ictère se sont présentés dans le service dans des conditions telles que leur parallèle présente un certain intérêt. Le premier, au milieu d'une santé en apparence très bonne, a été pris un jour de malaise et de courbature, et dès le lendemain a présenté la coloration caractéristique. A son entrée, on constate une apyrexie complète, avec le pouls ralenti, mou, avec pression exceptionnellement basse; l'ictère est généralisé et le foie augmenté de volume; il existe en outre un souffle cardiaque facile à percevoir.

Le second malade est à peu près dans les mêmes conditions, sauf que chez lui, l'ictère a mis un peu plus longtemps à apparaître, et que le foie a gardé son volume normal.

Ces symptômes, qui permettent de conclure ici à un ictère catarrhal, avec flux hépatique, ont été remarquables ici par leur simplicité et leur petit nombre : bien souvent, il n'en est pas ainsi.

Parmi les phénomènes les plus désagréables de l'ictère, est le prurit, qui n'a existé chez un de ces malades que très faiblement ; il est surtout pénible à la paume des mains et à la plante des pieds et chez quelques malades est une véritable cause d'épuisement. Mais il est fort remarquable que ce symptôme arrive souvent tardivement et n'est nullement en rapport avec l'intensité de l'ictère ; il peut même se présenter et persister alors que l'ictère a disparu ou même survenir dans les affections du foie où il n'y a pas d'ictère.

Les troubles digestifs sont très variables et portent souvent sur la digestion des matières grasses ; c'est là un point très facile à constater en examinant une parcelle des matières fécales.

Une autre conséquence de l'ictère est d'amener souvent le ralentissement du pouls. Frerichs a noté ce ralentissement jusqu'à 34 pulsations ; on l'attribuait autrefois à un excès de tension, mais des recherches plus récentes ont montré au contraire que la tension était abaissée chez les ictériques, comme c'est le cas chez ce malade.

Les bruits de souffle fréquents aussi dans l'ictère ont été différemment expliqués, notamment par une insuffisance volontaire fonctionnelle. M. Potain estime que dans ces deux cas, il s'agit de souffles extra-cardiaques que leur localisation comme leurs autres caractères permettent de reconnaître. C'est le cas de ces deux malades chez lesquels le souffle a des caractères exactement semblables.

En dehors de ces phénomènes habituels à l'ictère, il en est de beaucoup plus rares qui surviennent quelquefois : telle est par exemple l'albuminurie qui peut être symptomatique d'une néphrite concomitante ; cet état du rein a une grande importance puisqu'on voit de ces malades qui meurent urémiques.

Comment, maintenant, dans des cas de ce genre, expliquer la production de l'ictère. Pendant longtemps on a expliqué tous les cas par la production d'un bouchon muqueux obstruant les grosses voies biliaires. Mais il est évident qu'on ne peut expliquer tous les faits de la même manière, et que les capillaires eux-mêmes peuvent être atteints par le catarrhe. Dans les cas d'embarras gastrique très évident, le catarrhe peut gagner le duodénum et de là se propager aux voies biliaires. L'ictère est alors tardif ; mais il est des cas où l'ictère apparaît très rapidement, dans les vingt-quatre heures de l'invasion de la maladie ; il est probable qu'il s'agit alors d'une affection généralisée, qui

porte d'emblée sur le foie comme sur les autres parties du tube digestif; c'est ce que l'on voit en particulier dans certaines épidémies; le foie est alors augmenté de volume ainsi que cela existait chez l'un des malades du service.

Il y a donc là deux formes d'ictère catarrhal se distinguant par la tuméfaction du foie, dont l'un seulement doit être considéré comme infectieux, car cette qualification ne doit pas être donnée à tout ictère catarrhal. L'origine de cette infection ne nous est d'ailleurs encore que bien mal connue.

Quoiqu'il en soit, au point de vue thérapeutique, il y a une petite différence à observer entre ces deux formes. Lorsque le foie est tuméfié, il peut être utile en certain cas d'employer des révulsifs sur cette région. Il faut employer des purgatifs doux et d'ailleurs, d'une façon générale, être assez réservé sur l'emploi des purgatifs chez les ictériques. Les cholagogues, que l'on préconise beaucoup en pareils cas, peuvent être très irritants et augmenter encore le catarrhe que l'on cherche à diminuer. Il faut prescrire un régime doux et des boissons délayantes. Mais M. Potain insiste surtout sur l'utilité des lavements froids (2 litres à une température de 12° à 18° environ). On voit, très peu de temps après, le cours de la bile se rétablir normalement et la durée de la maladie est notablement abrégée.

—Une femme est entrée à l'hôpital avec des hématomèses et tous les signes d'un ulcère du tube digestif que l'on peut vraisemblablement localiser dans le duodénum. L'absence de douleurs très vives, leur apparition tardive après le repas, l'absence de douleurs dans le dos, l'existence du melæna sans gastrorrhagie doivent en effet faire penser plutôt à l'ulcération de cette partie du tube digestif. On doit dès lors se demander s'il y a quelque différence au point de vue du pronostic et quelque particularité dans l'évolution de cette lésion.

L'ulcère du duodénum, plus rare que l'ulcère de l'estomac, siège habituellement dans la première partie de cette portion de l'intestin, mais peut descendre jusqu'à l'ampoule de Water. Il est parfois très profond, les parties périphériques s'épaississent et il peut en résulter tout à fait l'apparence du cancer. Dans quelques cas surviennent des perforations pouvant amener une mort rapide, ou seulement des fistules cutanées. Mais ce sont là des faits tout à fait exceptionnels.

La symptomatologie, comparée à celle de l'ulcère de l'estomac, présente quelques différences. La douleur est moins vive, quelque fois soulagée par l'introduction des aliments, et se propage moins du côté de l'épaule. Les vomissements sont moins fréquents, et surtout, l'appétit est souvent conservé, ce qui est peut être ce qu'il a de plus caractéristique.

Il existe dans certains cas, une dyspnée paroxystique, pseudo-asthmatique et qui rentre dans la catégorie de ces dyspnées

réflexes que l'on voit se produire dans certaines affections de l'estomac. C'est d'ailleurs un fait assez rare, car pour que le réflexe se produise, il faut qu'il y ait une surface excitable et par conséquent peu altérée.

La gastrorrhagie est quelquefois aussi forte que celle de l'ulcère de l'estomac, mais plus rare cependant, elle est due aux mouvements antipéristaltiques qui ramènent le sang dans cette cavité, comme ils peuvent y ramener la bile. Le méléna est au contraire plus fréquent: il peut même constituer un phénomène précoce mais passant souvent inaperçu. La mort par hémorrhagie est du reste des plus rares, et il ne faut pas trop s'alarmer en présence d'hématémèses très abondantes.

En dehors de ces particularités, la symptomatologie est bien peu différente de celle de l'ulcère de l'estomac. Quant à l'étiologie, elle présente peu de points spéciaux à noter, en dehors de ce fait que l'ulcère du duodénum est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme, contrairement à ce que l'on observe dans l'ulcère de l'estomac.

L'alcoolisme, surtout l'ingestion continue d'alcool à jeun, le traumatisme lui-même sont des causes communes aux deux variétés d'ulcère; mais on a noté aussi la coïncidence de la tuberculose pulmonaire avec l'ulcère du duodénum. Trois des observations de M. Bucquoy sont de ce nombre.

A cet égard, il est bon de se rappeler que les troubles gastro-intestinaux dans la phtisie peuvent simuler très complètement les symptômes de l'ulcère simple, M. Potain a eu dans son service une malade atteinte de douleurs épigastriques avec irritation rachidienne et chez laquelle survint un jour un méléna avec tendance à la syncope, de telle sorte que tout permettait de croire à un ulcère gastro-duodéal. Bientôt cependant la fièvre survint, et une tuberculose aiguë évolua avec une grande rapidité. A l'autopsie, on trouva la tuberculose à laquelle on s'attendait, mais aucune lésion de gastro-duodénite.

Dans le cas particulier de la malade du service le pronostic est favorable, car cette malade ne vomit pas et supporte bien le lait. Or c'est cet aliment qui, à l'exclusion de toute autre médicament, constitue la base du traitement.

**Du traitement des fièvres,** par Graham STEEL, in *Medical Chronicle*.—Dans une note lue à la Société clinique de Manchester, sur le traitement des fièvres, l'auteur résume ainsi son opinion sur la méthode antipyrétique:

1o L'on doit porter toute son attention sur la température normale de la maladie et sur les modifications du pouls qui l'accompagnent. Ce n'est que quand cette fièvre et ce pouls prennent des caractères anormaux de gravité qu'il faut songer aux antipyrétiques;

20 De tous les moyens employés pour l'antipyrexie, le meilleur est incontestablement la balnéation; le malade sera d'abord placé dans l'eau tiède qui sera refroidie ensuite. L'enveloppement dans des draps mouillés est de beaucoup inférieur à la balnéation. Le traitement par les substances antipyrétiques est le pire de tous, et cependant il rend parfois des services, employé soit isolément soit comme adjuvant de la balnéation. Dans l'hyperpyrexie, les antipyrétiques sont sans effet; l'on ne peut se fier qu'au bain froid pour apporter quelques modifications;

30 Les lois générales qui gouvernent le traitement antipyrétique semblent être les mêmes pour toutes les méthodes employées. Il peut certainement s'élever quelque objection théorique sur cette dernière affirmation, mais elle est vraie au point de vue clinique;

40 Il n'y a pas de doute que la gravité de la fièvre, dans l'immense majorité des cas, peut être estimée selon la résistance qu'elle offre au traitement antipyrétique. D'une façon générale, une fièvre à plateau continu offre la plus grande résistance; la fièvre rémittente un peu moins et l'intermittente beaucoup moins. La plus grande efficacité du traitement antipyrétique, dans les derniers stades de la fièvre typhoïde, est expliquée par cette raison même. Le fait que le degré de résistance au traitement antipyrétique correspond au degré de gravité de l'attaque donne à penser que l'évolution des cas modérés peut être abrégée par l'application d'un traitement antipyrétique énergique.

50 Les difficultés d'appliquer la balnéation sont parfois si grandes que ce traitement doit être réservé, en pratique privée, aux cas où le danger est imminent par suite de l'élévation extrême de la température et de la gravité des symptômes généraux. Les médicaments antipyrétiques peuvent être joints avec avantage à la balnéation et parfois même être employés isolément. Néanmoins on doit éviter leur usage, autant que faire se peut. L'auteur déclare que l'on doit toujours tenir compte de l'état du pouls dans l'estimation de l'importance de la pyrexie. Il professe un fort éloignement contre l'emploi de la digitale. Au contraire il pense que l'alcool est le grand remède dans les défaillances du pouls; mais il ne saurait assez s'élever contre l'emploi de l'aconit.

**Traitement des vers intestinaux**, par Christopher HEATH, in *British Med. Journ.*—Dans ces dernières années, de nouvelles opinions se sont fait jour à propos des ascarides. L'on pensait, il y a quelque temps, qu'ils n'habitaient exclusivement que le rectum, et que le malade pouvaient en être débarrassé à l'aide de lavements copieux, d'eau salée surtout. Mais il vient d'être démontré qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que ces ascarides peuvent avoir leur habitat principalement dans le cœcum, et qu'il est possible de les retrouver, en plus ou moins grande quantité,

sur toute la longueur du gros intestin. En conséquence, on se rappellera qu'il n'est pas suffisant d'aller les attaquer dans le rectum par des lavements, mais qu'il faut administrer quelque substance purgative qui agira sur le cœcum et le débarrassera à la fois des vers qui y séjournent et du mucus dans lequel ils sont cachés. On peut alors souvent les voir expulsés en grosses masses en suite du purgatif, et tant qu'ils n'auront pas complètement disparu, on ne pourra penser avoir guéri le patient.

**Des grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde,** par M. BOUVERT.—Au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde peuvent se manifester un ou plusieurs grands accès fébriles annoncés par un fort frisson, suivis d'une chute brusque de la température. On dirait d'un accès de fièvre paludéenne intercalé dans le tracé d'une fièvre typhoïde et cet accès ne saurait en aucune façon être confondu avec ceux que Wunderlich a signalés et décrits au déclin de la dothinentérie.

Ces grands accès fébriles survenant toujours pendant la défervescence, parfois même au début de la convalescence, éclatent soudainement tantôt dans la matinée, tantôt dans la soirée, coïncidant alors avec l'exacerbation vespérale. Ils ne sont annoncés par aucun prodrome. Un frisson qui peut être extrêmement violent est le premier symptôme. La température monte rapidement même pendant le frisson. Le stade de chaleur est semblable au stade correspondant d'un accès paludéen. Il dure de huit à douze heures.

Après l'accès, le patient est abattu, mais au bout de quelques heures cet abattement a cessé et le facies n'est pas du tout celui d'un homme gravement atteint. Le tégument est indemne sans eschare, sans abcès; le foie n'est ni tuméfié, ni douloureux. L'abdomen n'est ni plus météorisé ni plus sensible qu'avant l'accès. Il n'existe aucun signe de perforation, de péritonite, d'hémorragie intestinale.

Un malade peut n'avoir qu'un accès; le plus souvent il en a plusieurs, se succédant sans aucune périodicité. Ces grands accès fébriles n'ont pas de réelle gravité. Les complications connues de la dothinentérie ne sauraient être mises en cause, d'abord parce que les signes d'une complication locale n'existent pas, ensuite parce qu'aucune complication locale n'imprime une semblable modification au tracé thermométrique, sans parler du rétablissement rapide des malades qui prouve bien encore l'absence d'une complication de ce genre.

Au point de vue de la séméiologie, un violent frisson indique très généralement qu'une substance toxique et pyrétogène a brusquement pénétré dans la circulation sanguine, et cette substance procède ici de l'infection dothiéntérique elle-même, non d'une infection septicémique secondaire. Les follicules lymphatiques de l'intestin, les ganglions mésentériques et la rate paraissent être

les principaux foyers où pullule l'agent virulent de la dothiériose. Là s'élaborent les principes toxiques et pyrétogènes dont la pénétration dans le sang produit les symptômes propres à l'infection typhique. Si dans la majorité des cas ces foyers se tarissent progressivement, déterminant une diminution graduelle de la fièvre et des autres symptômes, il n'est pas invraisemblable de supposer aussi que cette marche régulière de la défervescence pourra être troublée par l'irruption brusque, dans le sang, d'une dose massive de principes toxiques ou pyrétogènes destinés à une élimination plus lente et plus progressive.

De la pathogénie qui précède on peut, dit M. Bouverot, tirer quelques conclusions au point de vue de la prophylaxie des accès : condamner le patient au repos et même à l'immobilité au lit, supprimer toute cause d'excitation de l'intestin malade, retarder encore le moment de l'alimentation solide, éviter les purgatifs et même les lavements, car il est à craindre que les mouvements de l'intestin ainsi provoqués ne favorisent la pénétration dans le sang d'une dose massive de substance toxique et pyrétogène.—*Lyon médical.*

**Traitement du phthisique qui a une hémoptysie,** par G. DAREMBERG.—Silence; repos absolu; lait et bouillon froid par verre à madère, toutes les heures; toutes les demi-heures une cuillerée à soupe de limonade de citron; boire en 24 heures une potion contenant 10 centigrammes d'extrait thébaïque et 4 grammes d'eau de Rabel. Injection sous-cutanée d'un gramme d'ergotine, une ou deux fois dans 24 heures; *glace sur les testicules ou les grandes lèvres.*

Cette application de glace a été indiquée à M. Daremberg par le prof. Gros (d'Alger). On ressent une oppression subite très pénible mais très fugitive, et le sang s'arrête. Quand les crachements de sang se répètent, M. G. Daremberg prescrit l'application de glace aux parties génitales externes deux fois par jour, ou maintient la glace au contact de la peau pendant environ cinq minutes. M. Daremberg connaît un malade qui a une telle confiance dans cette pratique que jamais il ne voyage sans une boîte de fer blanc remplie de glace ou de sciure de bois. (Extrait du *Traité de la phthisie pulmonaire.*)

#### Verrues.—*Kaposi.*

P.—Sublimé ..... 15 grains.  
Collodion élastique..... 1 once.

Mélez et faites dissoudre.—Chaque jour, avec un pinceau trempé dans ce mélange, on badigeonne la verrue et les tissus adjacents à sa base.—*Union médicale.*

## CHIRURGIE.

**Du cathétérisme en général.**—Parmi les opérations qui se représentent, le plus fréquemment, dans la pratique médicale, le cathétérisme peut être considéré, à juste titre, comme tenant le premier rang avec les accouchements, et l'on est en droit d'appliquer à cette opération le même dicton qu'aux accouchements: "*Rien n'est aussi facile quand c'est facile, rien n'est aussi difficile quand c'est difficile.*"

Les livres classiques ont adopté, pour la description du cathétérisme, une méthode consistant à diviser l'opération en plusieurs temps; mais je crois qu'ils se sont arrêtés à moitié chemin, ce qui en rend l'exposition peu claire en général. Le Dr Caudmont, beaucoup plus logique, a poussé cette division dans ses moindres détails, et les résultats qu'il a obtenus prouvent qu'il avait parfaitement saisi les difficultés de l'enseignement d'une opération assez complexe. J'ai reproduit dans ma *Pratique de la chirurgie des voies urinaires* et dans les *Annales des mêmes organes*, les manœuvres par temps et mouvements préconisés par ce spécialiste éminent.

Aujourd'hui je ne puis que parler du cathétérisme dans ses parties essentielles et dans ce que le praticien doit absolument connaître, s'il ne veut pas se trouver quelquefois dans une position critique au lit du malade.

Un point qui domine tout le cathétérisme, c'est que la sonde doit être conduite avec des *sensations* et non en se basant sur des longueurs anatomiques. En effet, l'urèthre de l'homme n'a ni une longueur, ni une direction identiques chez deux individus, même à l'état normal. Ces variétés dans la direction et dans les dimensions ont été bien indiquées par les auteurs, et tous ont recommandé d'y avoir égard dans les manœuvres du cathétérisme. Mais il n'en est pas moins vrai qu'avant de sonder un urèthre, l'opérateur ne sait pas comment il va le trouver; s'il lui faudra modifier la manœuvre habituelle, ni dans quel sens il devra établir cette modification. C'est en faisant l'opération que toutes ces notions s'acquièrent. De là résultent l'embarras et les succès du débutant, qui ne peut étudier un urèthre qu'en le parcourant et qui ne sait pas le parcourir. S'il arrive dans la vessie, ce sera par hasard, ayant agi par instinct, et sans pouvoir se rendre compte de ce qu'il aura fait.

C'est donc absolument par les sensations que l'on doit se guider dans le cathétérisme.

D'un autre côté, il y a à établir une distinction très importante entre les différents instruments employés pour le cathétérisme; le cathétérisme n'est plus le même avec les instruments flexibles (bougies en gomme), qu'avec les instruments métalliques.

Quand on introduit une bougie en gomme élastique ou tout autre instrument flexible dans un canal normal, la facilité avec laquelle l'instrument avance fait que le mécanisme de l'introduction échappe à l'opérateur. L'instrument pénètre de lui-même, la flexibilité empêche la main du praticien de le diriger d'une manière efficace. L'instrument flexible comme l'instrument rigide descend assez facilement jusqu'au cul-de-sac du bulbe. Le bec, arrivé vers la terminaison du bulbe, rencontre perpendiculairement la paroi inférieure de l'urèthre, à l'endroit où celle-ci change de direction et se relève brusquement en haut et en arrière. Cet obstacle que rencontre le bec de l'instrument flexible, bien souvent le chirurgien n'en a pas connaissance, puisque la tige, continuant à être poussée par la main de l'opérateur, le bec se plie, prend la direction horizontale de la partie profonde du canal et s'engage dans cette nouvelle portion de l'urèthre. Une fois ce changement de direction opéré, l'instrument n'a plus d'obstacle à rencontrer jusque dans la cavité vésicale, puisque la direction du canal ne varie plus, et l'opération se termine sans difficulté possible, à moins qu'il n'existe un état pathologique au col vésical. L'appui que la contraction tonique des muscles bulbo-caverneux donne à la paroi inférieure du bulbe favorise singulièrement l'incurvation des instruments flexibles à un degré convenable pour retrouver l'orifice de la portion musculieuse.

Cependant il existe une condition anatomique qui, dans pas mal de cas, tend à apporter quelque obstacle à l'exécution du cathétérisme avec les tiges flexibles: c'est que, sous l'arcade du pubis, non seulement l'urèthre change de direction, mais la paroi postérieure du canal, vers la terminaison du bulbe, est sur un plan moins élevé que l'orifice de la portion musculieuse. De sorte que le bec de l'instrument non seulement doit changer de direction, mais doit aussi se relever pour pouvoir s'engager dans la portion musculieuse. Cette manœuvre s'accomplit facilement si, du point où touche le bec de la bougie au niveau du bulbe jusqu'à l'entrée de la portion musculieuse, la paroi postérieure du canal se relie par un plan légèrement incliné en haut et en arrière et si en même temps la différence de hauteur entre ces deux points n'est pas trop considérable.

Mais s'il en est autrement, si le bulbe s'unit à la portion musculieuse par une espèce de cul-de-sac, on comprend que le bec de l'instrument puisse éprouver des difficultés pour se dégager et arriver dans la portion musculieuse. Or la profondeur du bulbe varie chez les différents individus, et dans certains états pathologiques elle acquiert quelquefois une dimension considérable.

La pression que le bec de l'instrument exerce sur la paroi inférieure du canal pour se relever tend aussi à augmenter la profondeur de ce cul-de-sac, très mince, très flexible, à l'aide desquelles il est impossible de transmettre, pour ainsi dire, aucune force, pénètrent beaucoup mieux que celles qui sont rigides et qui peuvent mieux communiquer la pression exercée par la main du chirurgien, quelque légère que soit cette pression. Si l'on veut prendre un exemple, on n'a qu'à étudier comparative-ment la marche d'une bougie fine en gomme élastique et celle d'une sonde courbe en gomme de moyen ou de gros calibre. La première pénétrera sans qu'on perçoive la moindre sensation d'obstacle et elle arrivera dans la vessie en glissant, dans tout le canal, comme sur du velours. Il en sera de même pour la sonde courbe, plus grosse, depuis le méat jusqu'au bulbe; mais là, il y aura le plus souvent, un temps d'arrêt: l'opérateur sentira d'une manière plus ou moins nette, selon les circonstances, que quelque chose fait obstacle; puis, appuyant légèrement sur l'instrument, il percevra la sensation du bec qui se dégage pour franchir le restant du canal; le plus souvent cette entrée du bec dans la portion musculieuse s'exécutera en s'accompagnant d'un léger soubresaut, qui fera très bien comprendre le phénomène qui se produit.

La pression exercée sur la paroi postérieure du canal et le refoulement qu'éprouve cette dernière sont démontrés par ce qui arrive lorsque le bec de la sonde ne réussit pas à sortir du cul-de-sac du bulbe; si l'opérateur continue à pousser, dans un premier temps, l'instrument s'avancera plus avant, comme s'il était placé dans la bonne direction, et ce n'est qu'ensuite que la sensation de résistance se laisse percevoir d'une manière bien nette. Si alors on lâche la sonde, en même temps qu'elle se redresse, on la voit revenir en avant, chassée par le reflux de la paroi urétrale, qui, en vertu de son élasticité, revient à la situation primitive. Ce refoulement de la paroi de l'urèthre au niveau du bulbe peut avoir lieu quelquefois à un degré assez considérable pour faire croire que l'obstacle siège au delà du collet du bulbe que l'opérateur pense avoir franchi.

Aussi, dans une semblable circonstance, faut-il imprimer une grande courbure au bec de l'instrument et effacer autant que possible le cul-de-sac par une traction, même assez forte, de la verge. Le fait que je viens d'analyser a été cause de plus d'une erreur et a fait croire, dans bien des cas, à des rétrécissements organiques qui n'existaient pas.

Le cathétérisme est une opération qui consiste à conduire à travers le canal de l'urèthre des instruments constitués par des tiges de nature, de forme, de volume et de longueur variables, dans le but d'arriver soit à un point déterminé du canal, soit à la cavité vésicale elle-même.

Le cathétérisme doit être modifié suivant la forme de l'instrument: donc, je citerai les deux plus pratiques, le cathétérisme curviligne (rigide ou flexible), le cathétérisme coudé (rigide ou flexible).

J'exposerai d'abord différentes conditions qui sont pour ainsi dire générales pour toutes sortes de cathétérisme.

#### 1o *Position du malade.*

En thèse générale, quoique, dans certains cas, le cathétérisme avec les instruments flexibles soit plus facile, le malade étant debout, que dans la position horizontale, il est préférable que le patient soit couché.

Le malade sera placé sur le bord de son lit de manière à rapprocher son corps le plus possible de l'opérateur; sa tête sera légèrement fléchie sur le thorax, les épaules basses, les mains jointes sur la poitrine (ce qui lui évite les mouvements involontaires vers l'instrument), le bassin soulevé par un coussin, les jambes reposant sur le lit, non pas par les talons, mais par la face externe des jambes; les membres inférieurs seront écartés et les talons placés de manière à ne pouvoir rendre de points d'appui. Obtenir, en un mot, le relâchement le plus complet des muscles et pour cela éviter toute position des membres qui permettrait de prendre un point d'appui.

On a dit qu'il était suffisant de mettre un coussin quand le malade présentait de l'embonpoint: c'est une exclusion qu'il ne faut pas adopter; cette précaution est nécessaire même chez les sujets jeunes; ce coussin joue un rôle important, il faut qu'il soit dur; sa grosseur dépend soit de la mollesse du lit, soit de l'âge de l'opéré; si le lit est mou, il y aura un creux à l'endroit où repose le bassin, creux qui doit être effacé, car il rend difficile le placement d'une cuvette destinée à recueillir l'urine; si le malade est âgé, il faut craindre un engorgement sénile de la prostate, engorgement qui exigera un abaissement considérable du pavillon de la sonde entre les jambes du malade; il est donc nécessaire de calculer la grosseur du coussin, de manière que le bassin soit assez élevé pour permettre l'abaissement suffisant du pavillon, et qu'on ait la place d'une cuvette entre les jambes du malade, sans gêner ce mouvement. Ce coussin peut se faire très facilement: on la place dans le creux obtenu en pliant un oreiller en deux et l'on maintient le tout avec une serviette pliée en cravate et placée de telle sorte que le nœud corresponde à la jonction des deux bords de l'oreiller.

Le chirurgien doit avoir soin d'établir ce coussin de telle sorte que, le malade une fois placé, ce dernier soit bien à la hauteur voulue par rapport à la main de l'opérateur. En effet, si le bassin est trop élevé, le chirurgien est obligé d'opérer sur la pointe des pieds; si le bassin est trop bas, l'opérateur se trouve forcé de baisser la tête et de courber le corps, position qui devient vite fatigante.

Le chirurgien doit bien se rappeler que, dans cette position, la partie extra-pubienne du canal du malade est horizontale et la partie intra-pubienne verticale.

Il y a encore une autre position, qui consiste à placer le malade sur le bord du lit, les jambes écartées, les pieds sur les chaises, le chirurgien entre les jambes du malade. Cette position doit être rejetée de la pratique ordinaire et regardée comme exceptionnelle.

### 2o Position du chirurgien.

Le chirurgien doit-il être placé à la droite ou à la gauche du malade couché? Des auteurs engagent l'opérateur à se placer à gauche du malade pour le cathétérisme ordinaire: il est évident qu'un praticien exercé introduira l'instrument dans le but vider la vessie ou d'explorer le canal, aussi bien étant à droite qu'à gauche du malade; mais la place, par rapport au malade, ne sera pas indifférente, s'il s'agit de lithotritie, d'uréthrotomie interne (avec l'instrument de Civiale). Il vaut donc mieux que le chirurgien ait la position qui convient à tous les cas. L'opérateur se placera donc à la droite du malade, un peu plus haut que les organes génitaux de ce dernier, de manière à ce que sa main droite, placée horizontalement, puisse tomber vers ces organes perpendiculairement à l'axe du corps de l'opéré; il s'effacera légèrement au début du cathétérisme, de manière à regarder les pieds du malade. Cette position qui, au premier abord, peut paraître décrite d'une façon prétentieuse, rend cependant de grands services pour les premiers temps de l'introduction de la sonde.

### 3o Manière de saisir la verge.

La préhension de la verge pour exécuter la manœuvre du cathétérisme paraît être de la plus grande simplicité. Souvent le chirurgien ne songe à prendre cette organe, qu'ayant déjà la sonde dans la main droite et il saisit la verge comme il peut, sans principe, ni méthode. Cependant, pour exécuter cette préhension, on doit tenir compte de certaines conditions anatomiques très importantes. La verge est entourée superficiellement d'une gaine appelée fourreau, qui se meut avec la plus grande facilité sur la portion pénienne, de sorte que si l'on se contente, pour saisir la verge, de prendre seulement la peau qui recouvre le membre viril, on ne tirera que cette peau quand on voudra allonger la verge pour faciliter le passage du bulbe: il est donc de toute nécessité que ce soient les corps caverneux qui soient saisis et très solidement par la main.

D'un autre côté, on ne peut pas saisir indifféremment la verge dans tous les points de la circonférence; il y a le canal de l'urèthre à éviter, et cependant quand on examine la manière dont la plupart des praticiens saisissent le pénis, on remarque que presque toujours ils le saisissent dans le sens antéro-postérieur; il en est ainsi pour les malades qui se sondent eux-mêmes.

Ces conditions, basées sur l'anatomie, c'est-à-dire la préhension so-

lide de la verge et soin d'éviter toute pression directe sur le canal m'engagent à décrire la méthode préconisée par Caudmont : Appliquer la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de la main gauche sur la symphyse pubienne, écarter le médus et l'annulaire de cette main ; avec la main droite prendre la verge et l'amener dans cet espace interdigital, puis serrer fortement le corps caverneux et maintenir la verge dans une direction faisant un angle de 20 à 25° avec la paroi abdominale : enfin, avec le pouce et l'index de la main gauche, abaisser le prépuce et presser la base du gland pour entr'ouvrir les lèvres du méat urinaire.

Par ce procédé, le méat est bien dégagé du prépuce, les corps caverneux sont saisis solidement, la verge est comprise dans l'angle formé par les doigts médus et annulaire ; le canal situé à l'opposé de l'angle de ce triangle ne peut être serré et plus, au contraire, on presse sur la verge, plus on laisse libre la face inférieure de cette dernière. Quant à la pression de la base du gland pour ouvrir le méat, c'est une méthode familière à tous les chirurgiens qui sont appelés à examiner souvent l'urèthre. Comme le placement de la verge dans l'espace digital exige d'avoir la main droite libre, il est évident que tout cathétérisme doit commencer par la prise de la verge avant de toucher au cathéter.

J'insiste d'une façon spéciale sur ce procédé de préhension, quelque fastidieux qu'il paraisse au premier abord. Quelquefois, pendant une longue séance de cathétérisme, les doigts sont fatigués ou teints de sang, la verge est humectée d'un corps gras et de sang ; il devient difficile, avec les moyens ordinaires préconisés, de tirer sur la verge : la position indiquée plus haut n'a pas ces inconvénients. Ce point est même plus important à observer, le malade étant opéré debout, car il est bien souvent nécessaire, dans ce cas, de ramener la verge sur le ventre en tirant fortement sur elle pour éviter le cul-de-sac du bulbe.

Je donne ici prochainement les règles des cathétérismes spéciaux.—DR DELEFOSSE.

#### Traitement de Pérysipèle suivant la méthode de Lucke.—

Cette méthode consiste à badigeonner quatre à cinq fois par jour les parties malades avec de l'essence de térébenthine rectifiée et à les recouvrir ensuite d'ouate que l'on renouvelle à chaque badigeonnage. La cuisson, d'abord assez vive, s'atténue ensuite. Ce traitement abrège la maladie de deux ou trois jours. Bien qu'il ne cause pas d'albuminurie, il est contre-indiqué chez les albuminuriques.—*Revue des sc. méd.*

Traitement abortif de Pérysipèle de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé.—M. Ch. TALAMON croit, contrairement à l'assertion émise par M. Guyot, qu'il est possible dans certains cas de s'opposer à la marche envahissante de l'érysipèle. Les pulvérisations éthérées de sublimé ont donné d'excellents

résultats chez plusieurs malades et on doit les considérer, quand elles sont bien faites, comme un excellent traitement abortif de l'érysipèle.

On peut résumer ainsi les règles à suivre et les précautions à prendre :

1o Employer une solution de sublimé dans l'éther à 1 0/0 ;  
2o Se servir d'un pulvérisateur à main, de petit modèle, mais possédant une pression suffisante ;

3o Tenir compte, au point de vue de la durée de chaque pulvérisation, de la force du jet pulvérisé ; la durée doit être moindre, avec l'appareil de Richardson, qu'avec un petit pulvérisateur ordinaire ;

4o Tenir compte aussi de la finesse de la peau du sujet, et tâcher d'apprécier la profondeur de l'infiltration dermique, d'après la résistance de la plaque, sa saillie au-dessus du niveau de la peau saine, l'existence ou l'absence de bulles ;

5o Ne pas craindre la vésication de la peau, la provoquer hardiment en prolongeant la pulvérisation si la plaque est encore peu étendue ;

6o Arroser simplement le centre de la plaque, pulvériser toujours plus longuement et plus largement sur la périphérie et en particulier sur le bourrelet saillant ;

7o Pulvériser systématiquement tout le pourtour de la plaque en empiétant d'un centimètre ou deux sur la peau saine ; à ce niveau, il faut tracer comme une ligne vésicante pour arrêter l'extension de l'érysipèle ;

8o Arroser seulement les paupières supérieures tuméfiées, mais pulvériser plus largement dans l'espace intersourcilier et sur le rebord orbitaire supérieur et externe pour barrer le passage vers le cuir chevelu ;

9o Recouvrir ensuite le visage de compresses boriquées maintenues humides par un renouvellement fréquent ;

10o Une ou deux pulvérisations énergiques suffisent quand elles sont bien faites. Les autres doivent être courtes. On doit en tous cas se contenter d'arroser les parties déjà pulvérisées, et insister seulement sur les points de la périphérie où l'érysipèle paraît vouloir franchir la limite tracée ;

11o Sur la nuque, sur le dos, sur le tronc et les membres, les pulvérisations doivent être beaucoup plus longues que sur la face ;

12o Avertir les malades avant de commencer le traitement que les pulvérisations vont produire une cuisson assez douloureuse, mais pas plus douloureuse que la tension du derme par l'infiltration érysipélateuse ; que le visage se gonflera ; qu'il se formera des cloches et des croûtes, toutes conséquences d'ailleurs que l'érysipèle peut déterminer et détermine souvent par lui-même ;

13o Ne pas chercher à détacher les croûtes avec les doigts ; les laisser se détacher et tomber d'elles-mêmes sous des applications de compresses boriquées.

**Traitement de la blennorrhagie par les lavages de l'urèthre avec une solution de nitrate d'argent ou de permanganate de potasse.**—Les injections intra-uréthrales au moyen de la seringue, jadis presque exclusivement employées dans le traitement de la blennorrhagie, présentent, comme on sait, des inconvénients sérieux. Pratiquées par le malade lui-même, elles sont généralement mal faites; tantôt le liquide médicamenteux ne pénètre pas assez profondément dans le canal, et le traitement reste sans effet, tantôt l'injection étant poussée trop brusquement, le canal se trouve par trop distendu, et il se produit alors une irritation pouvant provoquer une recrudescence du processus inflammatoire avec épидидymite, cystite et prostatite consécutives.

Aussi doit-on considérer comme un réel progrès une pratique qui actuellement se généralise de plus en plus parmi les médecins, et qui consiste à remplacer les injections intra-uréthrales par des lavages de l'urèthre au moyen d'une sonde ordinaire, lavages pratiqués par le médecin lui-même, bien entendu. Ce traitement n'a pas les inconvénients des injections et présente, en outre, sur celles-ci, deux grands avantages: il permet un contact prolongé à volonté, du liquide avec la muqueuse uréthrale (le lavage pouvant être continué indéfiniment); il agit sûrement sur toute l'étendue de la muqueuse malade, qu'il s'agisse de l'urèthre antérieur ou de l'urèthre postérieur. Dans ce dernier cas, c'est-à-dire lorsque le mal a son siège dans l'urèthre postérieur, on pratique une injection *intra-vésicale* et, après avoir retiré la sonde, on invite le malade à vider sa vessie par la miction naturelle. C'est là un procédé excellent, indiqué pour la première fois par un confrère hambourgeois, M. le docteur A. Philippson (Voir *Semaine médicale*, 1892, annexes, p. XLVI), et qui depuis a été employé avec succès par M. le docteur de Holstein (de Paris).

Le manuel opératoire est si simple qu'il n'est même pas besoin de le décrire en détail. Il n'exige pour tout instrument qu'une sonde en gomme (pas trop molle, à cause du spasme du canal qu'on rencontre parfois, dont le calibre variera suivant les dimensions de l'urèthre du malade, et un appareil pour injecter le liquide à travers la sonde. Cet appareil peut consister, soit en une seringue (instrument dont se sert M. Philippson) soit plus simplement en un entonnoir de verre, muni d'un tube en caoutchouc se terminant par une petite canule en bois dont le bout effilé, percé d'un trou, entre hermétiquement dans l'ouverture de la sonde. Le liquide coule du récipient dans la sonde et revient entre les parois de la sonde et de l'urèthre, lavant ainsi le canal d'arrière en avant.

Quel est le liquide dont on se servira pour les lavages de l'urèthre? Nous croyons qu'il est bien démontré aujourd'hui que de toutes les substances capables de tuer les gonocoques, c'est le nitrate d'argent qui est la plus active, qui est le véritable spécifique de la blennorrhagie.

C'est donc le nitrate d'argent qui sera le médicament de choix pour le traitement de la blennorrhagie par les lavages de l'urèthre. Nous ne reviendrons pas ici sur le titre des solutions à employer; nos lecteurs n'auront qu'à se reporter à l'article que nous avons déjà publié relativement au procédé de M. Philippon.

Mais n'y a-t-il pas, en dehors du nitrate d'argent, d'autres substances médicamenteuses pouvant être employées efficacement, contre la blennorrhagie, pour les lavages de l'urèthre? Cette question a son importance pratique. En effet, bien que le nitrate d'argent soit généralement bien supporté par l'urèthre et même par la vessie, il se peut que dans certains cas on soit obligé d'y renoncer, soit qu'il s'agisse d'une idiosyncrasie particulière du malade, soit qu'on ait affaire à un sujet timoré, plein d'appréhensions, qui se refuse à l'emploi de ce médicament.

Dans ces cas, on pourra s'adresser à un médicament anti-blennorrhagique connu depuis longtemps et fréquemment employé pour les injections pratiquées avec la seringue, au permanganate de potasse, qui, employé en lavages de l'urèthre, a donné à M. le docteur A. Reverdin, professeur extraordinaire de bandages et appareils à la Faculté de médecine de Genève, d'excellents résultats, aussi bien dans les chaudépissés récentes que dans les blennorrhagies invétérées.

Le titre de la solution dont se sert notre confrère varie suivant la tolérance du canal; mais il est généralement de 1/5000<sup>e</sup>. On injecte ordinairement un litre et demi de ce liquide à la température de 45°. Les instruments employés consistent en une sonde anglaise souple, et en un récipient de verre, avec tube de caoutchouc terminé par une lance s'adaptant à la sonde par l'intermédiaire d'un morceau de drain; un robinet règle le débit (on pourrait au besoin se passer du robinet, le débit étant réglé, d'une part, par le calibre de la sonde et, d'autre part, par la hauteur à laquelle se trouve le récipient et qu'on peut faire varier à volonté).

Après avoir invité le malade à uriner, M. A. Reverdin commence par laver l'urèthre avec quelques pleines seringues de solution de permanganate. Puis, lorsque le canal est propre, il introduit la sonde. Le malade se tient debout devant une cuvette dans laquelle se trouve un morceau de makintosh percé d'un trou. Il passe la verge au travers de ce trou, mettant ainsi son linge à l'abri des taches. Pour faciliter le glissement de la sonde, notre confrère fait couler le liquide avant l'introduction de l'instrument. La sonde ne doit pas être graissée.

Au moyen de ces lavages, pratiqués une ou deux fois par jour, M. A. Reverdin guérit ordinairement les chaudépissés en une quinzaine de jours, presque sans douleur et sans médication interne. Il n'a jamais observé d'orchite avec ce traitement.

Trois fois notre confrère a vu le liquide pénétrer dans la vessie et la rompre sans autre inconvénient que de provoquer un peu de douleur vésicale pendant une heure ou deux.

Il est presque inutile de dire que le traitement de la blennorrhagie par le lavage de l'urèthre exige une propreté absolue de tous les instruments, surtout de la sonde qui sera rigoureusement lavée dans une solution de sublimé chaque fois qu'elle aura servi.

**Traitement des chancres sous-phimosisques.**—M. CORDIER, chirurgien-major de l'Antiquaille, rend compte à la Société des sciences médicales de Lyon des succès qu'il a obtenus dans le traitement des chancres simples *sous-phimosisques*.

Il a tout employé, depuis l'expectation jusqu'aux caustiques les plus énergiques, en passant par les antiseptiques faibles et les solutions faibles de nitrate d'argent.

Le moyen qui lui a le mieux réussi et d'une façon surprenante, c'est la solution saturée de chlorure de zinc, c'est-à-dire de 50 grammes de chlorure de zinc, dans 40 grammes d'eau distillée. La guérison s'obtient par ce moyen en dix jours.

Les chancres sous-phimosisques peuvent guérir très simplement en vingt ou vingt-cinq jours. Mais ordinairement, et c'est dans ces cas surtout que le chlorure de zinc fait merveille, il existe des chancres sur le limbe du phimosis. Ces chancres, par la cicatrisation, augmentent la malformation et rendent la circoncision nécessaire; mais alors cette dernière peut favoriser l'éclosion de bubons secondaires chancreux, alors même que l'antiseptie a été bien faite et que les chancres paraissent guéris.

D'autres fois, des accidents inflammatoires plus ou moins graves se produisent accompagnés d'ulcérations profondes du gland et du prépuce. Ces ulcérations du gland sont très douloureuses. On conseille encore dans ces cas les cautérisations au fer rouge; mais alors on peut voir les bubons chancreux naître secondairement.

Le procédé de M. Cordier se résume en deux temps:

1<sup>o</sup> Lavage de la cavité préputiale avec de l'acide borique.

2<sup>o</sup> Injection dans cette cavité bien lavée d'un gramme ou deux d'une solution saturée de chlorure de zinc. La durée de l'action caustique est d'une minute au moins et de deux minutes au plus.

Nouveau lavage boriqué et circoncision immédiate.

La cautérisation au chlorure de zinc est énergique, elle détermine une sensation particulière de chaleur perçue par la main de l'opérateur.

Après l'incision du prépuce, le gland mis à nu apparaît blanchâtre, mais un lavage boriqué enlève ce dépôt superficiel et cette coloration ne persiste que sur les points ulcérés.

L'action du chlorure ne s'accompagne que d'une douleur très supportable, et au réveil après l'opération la douleur est insignifiante. Il n'en est pas ainsi avec la cautérisation au fer rouge.

Le chlorure de zinc a l'inconvénient de causer des hémorrhagies assez abondantes pendant la circoncision, mais cet accident est en somme peu grave.

Quand on pratique la suture, il ne faut pas s'inquiéter des chancres qui viennent d'être baignés par la solution caustique. La réunion se fait par première intention même à leur niveau.

Dans les cas de chancres simples, accompagnés de balanite ulcéreuse simple, non encore chancrelleuse, on peut par ce moyen causer une cautérisation un peu trop étendue, mais cela n'a pas d'inconvénient bien marqué.—*Concours médical.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

**De la conduite à tenir dans l'avortement multiple et en particulier dans l'avortement gemellaire.** — MM. MAYGRIER, accoucheur de la Pitié, et DÉMELIN ont consacré dans les *Archives de tocologie*, à l'avortement multiple et spécialement à l'avortement gemellaire, une longue étude dont nous extrayons les préceptes qui peuvent guider l'accoucheur dans ces circonstances souvent difficiles.

*Traitement prophylactique.* — En présence de toute menace d'avortement, la règle est de rechercher d'abord s'il est possible d'arrêter la fausse couche. Quand les membranes sont intactes, et surtout lorsqu'on a la certitude de la vie de l'enfant, un traitement prophylactique s'impose (repos au lit, lavements laudanisés, chloral, etc.) On devra donc suivre cette pratique, que la multiplicité des fœtus soit ou non soupçonnée. Malheureusement, la présence fréquente de l'hydramnios rendra le plus souvent ce traitement inefficace, et d'une façon générale, on peut dire que l'avortement dans le cours d'une grossesse multiple est beaucoup plus difficile à enrayer que dans une grossesse simple.

*Traitement de l'avortement inévitable.* — L'avortement est inévitable : un fœtus a été expulsé, suivi ou non de son placenta. Si l'on constate l'existence d'un autre œuf intact et non hydropique, et à plus forte raison si l'on a des signes certains de la vie du second fœtus, on doit tenter d'arrêter le travail ; la grossesse peut en effet continuer son cours. Il faudra donc se garder de toute intervention qui pourrait compromettre l'intégrité de l'œuf resté dans l'utérus ; on n'ira pas à la recherche du délivre d'un premier fœtus, d'autant plus qu'il peut n'y avoir qu'un placenta unique pour les deux enfants. Par conséquent, ici encore, le traitement prophylactique est de rigueur.

Quant à l'expulsion des fœtus eux-mêmes, elle ne réclame aucune intervention, et le mieux est de l'abandonner à la nature. Il n'y a qu'un cas où on serait autorisé à faire l'extraction manuelle des jumeaux : celui où une hémorrhagie grave menacerait les jours de la femme.

*Traitement de la délivrance.* — Beaucoup plus importante est la question de la conduite à tenir pendant la délivrance. Ici encore on doit considérer deux cas bien différents, suivant que l'avortement a lieu au 3e et 4e mois ou au 5e et 6e.

*Traitement au 3e et 4e mois.*—On sait à combien de discussions et de débats contradictoires a donné lieu le traitement de la délivrance après l'avortement, les uns voulant intervenir pour extraire le placenta, les autres prêchant l'abstention.

Cette question nous paraît aujourd'hui tranchée. Dans la séance de l'Académie du 23 novembre 1886, M. Budin a résumé d'une façon qui nous semble péremptoire les raisons de l'abstention en montrant d'une part que la rétention du placenta dans l'avortement n'est que très rarement une source d'accidents quand on a recours à l'expectation et à une antiseptie bien faite; d'autre part, que les manœuvres digitales et instrumentales tentées pour extraire l'arrière-faix sont loin d'être inoffensives. Dans leur *Traité classique*, Tarnier et Budin expriment la même opinion avec beaucoup d'autorité. "Avec l'expectation et l'antiseptie rigoureusement faite, disent-ils, sans aucune tentative d'extraction manuelle ou instrumentale, les cas de mort seront extrêmement rares. Nous ne craignons pas de l'affirmer avec force, tant est grande notre expérience personnelle sur ce sujet, l'expérience de l'hôpital et de la pratique civile."

Nous nous rangeons absolument à cet avis en ce qui concerne la délivrance dans les avortements simples.

Mais en présence d'un avortement multiple de 3 à 4 mois, il nous semble que les conditions ne sont plus les mêmes, et que la conduite à tenir doit être envisagée d'une autre façon. On se trouve, en effet, en présence d'une situation analogue à celle d'un avortement simple qui aurait lieu à 5 ou 6 mois de grossesse, ou même d'un accouchement prématuré : l'utérus est très développé, sa cavité, fréquemment distendue par un excès de liquide amniotique, est assez grande pour qu'on puisse y évoluer facilement. Or, à 5 ou 6 mois, en présence d'une rétention du délivre, l'hésitation n'est pas permise, et il faut intervenir sous peine de voir survenir les complications les plus graves par suite de la putréfaction d'un placenta volumineux. La conduite à tenir doit donc être la même dans le cas d'avortement multiple.

Toutefois, le principe général de l'intervention étant posé, il y a lieu d'examiner diverses éventualités et de bien préciser les indications de cette intervention.

A. *Conduite à tenir au moment même de l'avortement.*— Le médecin est présent à la fausse couche, et il assiste à l'expulsion des fœtus. Il doit aussitôt se rendre compte de l'état du col.

Deux cas alors peuvent se présenter :

1<sup>o</sup> Le col est resté largement perméable, très dilatable, et peut laisser un passage facile au placenta. Dans ces conditions, la

délivrance peut se faire spontanément, ainsi que nous l'avons notée trois fois sur six, après un intervalle de 4 à 13 heures. On pourra donc attendre, surtout si l'on constate que le placenta se décolle, qu'il est sur le col ou qu'il s'y engage en partie, si aucune hémorrhagie ne survient. On se gardera surtout de l'administration du seigle ergoté qui ne pourrait être que dangereuse en provoquant la rétraction du col. Mais cette attente devra être faite avec une vigilance extrême, et bien entendu sous le couvert de l'antisepsie. Il importe de ne pas laisser le col revenir sur lui même. Tant qu'on est sûr de pouvoir, en abaissant l'utérus à l'aide de pressions exercées sur l'hypogastre, faire pénétrer facilement plusieurs doigts ou la main jusqu'au fond de l'organe, on est maître de la situation.

Si, cette expectation se prolongeant, le placenta ne paraît avoir aucune tendance à se détacher, si le col semble devenir moins perméable, on n'hésitera pas à pratiquer la délivrance artificielle, qui ne présentera alors d'autres difficultés que le plus ou moins d'adhérence de l'arrière-faix.

Il est un cas où l'on pourrait être autorisé à attendre davantage. C'est lorsque les placentas étant séparés l'un d'eux est expulsé peu après les jumeaux, et que l'autre reste seul retenu. On se trouverait alors dans les conditions de la rétention du placenta après un avortement simple, et l'expectation et l'antisepsie seraient tout indiquées.

2<sup>o</sup> Après la naissance des jumeaux, le col est trop étroit pour qu'on puisse pénétrer avec les doigts dans la cavité utérine; cela s'observera surtout si la grossesse étant peu avancée, les petites dimensions des fœtus ont été insuffisantes pour produire une large dilatation. Que faire, en pareil cas? Faut-il attendre et compter sur une élimination spontanée du délivre à la rigueur possible? Nous ne le pensons pas, car nous avons vu que le col peut rester ainsi ou se fermer davantage, et que la rétention peut se prolonger et donner lieu à des accidents formidables. Nous admettons donc qu'on doit intervenir, mais il serait téméraire de le faire d'emblée, avec un ou deux doigts, ou avec des instruments (pinces, curette, etc.) On agirait ainsi à l'aveugle, et on ne réussirait qu'à extraire des lambeaux de cotylédons, opération incomplète qui exposerait la femme à tous les accidents ultérieurs possibles. Il faut dilater préalablement l'orifice cervical, soit à l'aide d'un ballon de Barnes, soit, mieux encore, avec celui de M. Champetier de Ribes, qui amène plus rapidement une large dilatation; aussitôt après l'expulsion du ballon, et sans perdre une minute, on introduira la main dans l'utérus, pour ne pas laisser au col le temps de se rétracter, et on extraira le délivre.

B. *Conduite à tenir lorsque la rétention existe depuis un certain temps.* — Dans une autre catégorie de faits, le médecin peut être appelé lorsque la rétention dure depuis un certain temps, quelque-

fois depuis plusieurs jours. D'après ce que nous venons de dire, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'accidents (portées sanguines, symptômes de septicémie, etc.), l'intervention reste toujours indiquée. Or, à ce moment, le col peut être encore assez perméable pour qu'on puisse pénétrer dans l'utérus et faire la délivrance sans difficulté.

Mais si le col, revenu sur lui-même, est infranchissable, il faut, comme précédemment, commencer par le dilater; et ici l'emploi du ballon excitateur de M. Tarnier pourrait être indiqué pour amener d'abord un commencement de dilatation; puis on fera suivre son application de celle de l'appareil de Champetier de Ribes.

Dans tous les cas qui précèdent, l'emploi du chloroforme sera le plus souvent nécessaire pour faciliter l'opération à tous les points de vue.

Aux raisons que nous avons données en faveur de l'intervention nous pourrions en ajouter deux autres. Ce sont, d'une part, la difficulté de faire une antiseptie suffisante pour désinfecter une masse placentaire considérable, si elle vient à se putréfier; d'autre part, la nécessité de renoncer au sublimé, l'antiseptique le plus puissant, à cause des dangers d'intoxication qui pourraient survenir. MM. Porak et Legrand ont rapporté deux faits d'avortement gémellaire avec rétention du délivre, dans lesquels les femmes ont succombé à l'intoxication hydrargyrique. On avait pratiqué d'abondantes injections intra-utérines au sublimé; dans ces conditions, le placenta se laisse imbiber à l'instar d'une éponge, et il emmagasine et retient une quantité plus ou moins considérable de substance toxique. Ce danger existe d'ailleurs pour tous les cas de rétention placentaire, même lorsqu'il s'agit de débris beaucoup moins gros, et c'est pourquoi le professeur Tarnier, prescrivant le sublimé en pareille circonstance, donne la préférence à d'autres antiseptiques, notamment au permanganate de potasse en solution à 1 p. 2,000. Mais dans les cas de délivre volumineux qui nous occupent, si le sublimé est dangereux et doit être abandonné, nous considérons les autres antiseptiques comme absolument insuffisants.

Nous venons d'exposer la conduite qui nous semble la plus rationnelle dans le traitement de la délivrance d'un avortement multiple au 3<sup>e</sup> et au 4<sup>e</sup> mois.

*Traitement au 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois.* — La délivrance naturelle étant la règle à cette époque de la gestation, et la rétention l'exception, on se comportera comme s'il s'agissait d'un accouchement véritable. On attendra donc que le délivre soit descendu dans le vagin pour l'extraire, soit par des tractions légères sur les cordons pris isolément, soit, si les cordons sont fragiles, en saisissant le bord même du placenta avec la main.

Les indications de la délivrance artificielle sont ici les mêmes que pour l'accouchement; on pratiquera donc d'urgence cette opération dans les cas d'adhérences normales du placenta, d'hémorrhagie, etc.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

**De l'inertie apparente pendant la période d'expulsion; moyens d'y remédier,** par le docteur S. REMY, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.—Dans la pratique obstétricale on est souvent appelé pour terminer des accouchements qui traînent en longueur. Dans un certain nombre de cas, il est indiqué de faire l'extraction de l'enfant avec le forceps, parce que l'utérus est tombé dans un état d'inertie et que la mère n'a rien à gagner à cette prolongation du travail.

Mais il y a aussi des cas où les progrès sont nuls depuis plusieurs heures en raison de conditions spéciales qui ralentissent l'expulsion et qui font penser à une inertie qui n'existe pas en réalité. Il faut savoir les reconnaître parce que dans ces conditions le forceps n'est point nécessaire si l'on a soin de faire disparaître les causes qui entraînent ces retards dans l'expulsion du fœtus. Dans l'intérêt de la mère, il sera toujours préférable de lui procurer un accouchement spontané, toute intervention instrumentale pouvant ouvrir la porte à l'infection.

La première chose à faire quand on est appelé près d'une parturiente dont le travail n'avance pas est de rechercher la cause de cet arrêt. Si l'état de la mère est satisfaisant, si les battements fœtaux sont normaux, il faut savoir attendre un temps suffisant, quel uefois une heure, pour se faire une conviction et n'opérer qu'à bon escient. La sage-femme qui a appelé le médecin a mis sa responsabilité à couvert, l'accoucheur reste alors seul juge de la situation; c'est à lui seul que revient le devoir de se prononcer sur la nécessité ou l'inutilité de l'intervention opératoire.

Il doit donc faire un inventaire sérieux des conditions existantes: établir le diagnostic de la présentation et de la position, constater le degré d'engagement de la partie fœtale, rechercher du côté du bassin, des parties molles s'il existe une cause d'arrêt dans la progression de l'enfant quand celui-ci n'est pas arrivé sur le plancher pelvien; quand, d'autre part, la tête repose sur le périnée, il doit rechercher si son arrêt est lié à l'insuffisance des forces expulsatrices ou à la résistance des parties molles. Le traitement variera donc avec la nature de la cause qui intervient pour entraver la marche du travail. Ce n'est pas le cas de passer ici en revue les différents modes de traitement à opposer aux obstacles de nature variée.

Je voudrais m'occuper spécialement de ces cas où il n'y a aucun obstacle venant des parties dures et des parties molles, et dans lesquels on observe cependant un état stationnaire dans la marche de l'accouchement et que l'on rattache souvent à tort à un effet de l'inertie utérine. Il suffit en effet, de lever l'obstacle pour voir la contraction utérine unie aux efforts volontaires achever l'expulsion fœtale dans un temps parfois très court.

Deux cas peuvent se présenter: la tête est descendue dans l'excavation mais n'a pu se poser sur le périnée, on glisse facile-

ment le doigt explorateur entre la tête et le périnée; le mouvement de descente n'est pas encore terminé et cependant on trouve le bassin spacieux, il n'y a pas de lèvres antérieures du col ni tuméfiées, ni rigide pour arrêter cette tête. Dans ce cas, c'est à l'absence de déplétion utérine, à l'absence d'écoulement de liquide amniotique que se rattache l'arrêt de progression de l'enfant, quand toutefois la contraction utérine est régulière.

Dans le second cas, la tête est arrivée sur le plancher du bassin, la rotation faite ou en train de se faire, et cependant l'expulsion ne s'achève pas, bien qu'on constate la régularité des contractions; c'est à la mauvaise position donnée à la parturiente que l'on doit attribuer cet arrêt de la tête.

Nous allons montrer comment nous nous expliquons l'action de ces causes et comment il faut s'y prendre pour éviter une intervention opératoire.

1<sup>o</sup> *Absence d'écoulement du liquide amniotique.* — Il se présente des cas où la tête étant en grande partie descendue dans l'excavation il ne s'écoule plus de liquide amniotique parce que vraisemblablement la tête obture trop exactement l'orifice utérin, contrairement à ce qui se voit dans la généralité des cas où il s'échappe un filet de liquide au début de la contraction. Or, on remarque que malgré des contractions de durée normale, de fréquence normale, malgré les efforts de la parturiente, la tête n'avance plus et n'arrive pas jusqu'au plancher pelvien, l'état reste stationnaire, cela tient bien souvent à l'absence de déplétion utérine. L'utérus se contracte sur son contenu, mais comme il ne s'échappe plus de liquide, il ne se fait *aucun retrait* de l'organe, aucune diminution de longueur des fibres longitudinales, aucune diminution dans la hauteur du sac utérin, et par conséquent aucun progrès dans la descente de l'enfant, tandis que dans les cas où il se produit un écoulement partiel de liquide amniotique, le sac utérin diminue de capacité, de longueur aussi bien que de largeur. et le fœtus retrouve dans l'excavation pelvienne (supposée large) ce qu'il perd dans l'organe utérin; il arrive ainsi jusque sur le plancher et presse à chaque douleur sur le sphincter anal et éveille ainsi chez la parturiente, par action réflexe, un besoin pressant de pousser; cet effort volontaire, ajouté à la contraction utérine, engage de plus en plus l'enfant dans la filière, il refoule devant lui le périnée qui bombe jusqu'au moment où la partie occipitale de la tête peut venir se dégager sous l'arcade pelvienne et sortir à travers l'anneau vulvaire.

Il est donc rationnel, dans ces cas, d'imiter ce que fait la nature, c'est-à-dire de donner lieu à un écoulement modéré de liquide amniotique; mais auparavant il est bon de s'assurer de l'état des battements du cœur fœtal, de la coloration normale du liquide amniotique. En cas de souffrance de l'enfant, une application de forceps serait préférable.

Dans les cas normaux, on obtiendrait le résultat désiré en glissant dans l'intervalle de repos qui sépare deux contractions un doigt derrière la symphyse pubienne, entre la tête et la lèvre antérieure; cette petite manœuvre donne issue à une certaine quantité de liquide. On remarque déjà du progrès à la contraction suivante; on peut répéter deux ou trois fois la même opération pour éliminer la valeur d'un verre, 100 à 100cc de liquide, et l'on verra bientôt la tête reposer sur le plancher pelvien et l'accouchement se terminer spontanément.

L'élimination d'une certaine quantité de liquide pendant l'introduction des cuillers du forceps peut rendre en partie compte du réveil des contractions que l'on observe pendant les applications de cet instrument.

On voit, d'autre part, le travail reprendre son activité après le départ spontané d'une certaine quantité de liquide, quand il était resté stationnaire jusque-là.

2<sup>o</sup> *Position défavorable donnée aux parturientes.*—La position qu'on donne aux parturientes a un effet bien marqué sur l'arrêt de la tête arrivée sur le plancher périnéal. Dans notre pays la femme en travail est maintenue le plus souvent couchée sur le dos, le siège enfoncé dans le matelas, les jambes étendues ou peu fléchies. Or, cette position est des plus défavorables quand il s'agit de faire des efforts d'expulsion. C'est à peine si les malades peuvent faire les efforts nécessaires dans les actes de la miction et de la défécation lorsqu'ils sont obligés de garder cette position étendue. A plus forte raison, les femmes en travail, privées de points d'appui, se trouvent dans l'impossibilité de faire les efforts soutenus que demande l'expulsion d'un corps volumineux comme le fœtus à travers un canal musculo-aponévrotique résistant de primipare. Aussi voit-on souvent se produire une sorte d'inertie qui est plus apparente que réelle et qu'il est nécessaire de distinguer parce qu'elle réclame un traitement différent de celui de l'inertie vraie.

Ces femmes, en effet, ont d'abord concouru pendant une heure ou deux à l'acte de l'accouchement par des efforts bien soutenus, mais fatiguées par ces efforts infructueux, qui n'avaient pas d'action parce qu'ils étaient mal dirigés, elles se laissent aller au découragement et ne poussent plus que d'une façon sommaire au début de la douleur, et abandonnent la lutte parce qu'elles sentent l'inutilité de leur coopération. A ce moment, si l'on n'y regarde de près, on prononce le mot d'inertie utérine. Et cependant les contractions utérines peuvent avoir leur durée, leur intensité et leur fréquence normale. Ce n'est donc pas de l'inertie utérine, mais bien une inertie portant sur les contractions volontaires.

A ce moment le médecin est appelé et cédant souvent aux sollicitations de la femme et de son entourage applique le forceps. Dans l'inertie utérine l'application du forceps est le remède

efficace, mais dans le cas qui nous occupe elle peut être évitée si l'on a reconnu la cause de l'absence de progrès et si l'on y apporte un traitement approprié.

Mais avant tout il faut poser un diagnostic exact, et celui-ci repose tout entier sur les caractères de la contraction utérine qu'on envisage au point de vue de la durée, de l'intensité et de la fréquence.

Cette distinction étant faite, il nous reste à déterminer les causes de cette inertie apparente.

Nous avons déjà dit que le décubitus dorsal était pour beaucoup dans cette absence d'efficacité des efforts maternels; nous l'avons montré par l'analogie avec ce qui se passe pendant les actes de la miction et de la défécation et par le tableau clinique que nous avons tracé et que tout médecin peut vérifier à l'occasion.

Mais encore, par rapport à l'expulsion même du produit de conception, cette position sur le dos ne me paraît pas naturelle. Ce n'est pas celle que prennent les parturientes abandonnées à elles-mêmes sans aucune direction. Au moment où la tête appuie sur le périnée, stimulées par un besoin de pousser, trompées par une fausse envie d'aller à la selle, elles prennent une position accroupie sur un vase ou sur le siège des cabinets, posture physiologiquement plus commode pour les actes d'excrétion.

Si l'on veut bien rechercher ce qui se passe du côté du bassin, dans ces conditions on verra qu'il se produit une antéversion du bassin, c'est-à-dire que l'arc antérieur du bassin se relève, tend à se rapprocher de l'appendice xyphoïde, que le plan du détroit supérieur est moins incliné et regarde plus directement du côté du diaphragme, de sorte que la direction de l'effort déterminé par la contraction de celui-ci s'exerce plus directement dans le sens de l'axe pelvien, et partant devient plus efficace.

Dans le décubitus dorsal, avec le siège enfoncé dans le lit, une inclinaison en sens inverse du bassin tend plutôt à se produire, il peut se faire un certain degré de retroversion, donc moins bonne direction dans le phénomène de l'effort.—(A suivre.)

#### Taenia.—Laborde.

1.—P.—Lactate de strontium.....	5 drachmes.
Eau distillée .....	30 "
Glycérine .....	q.s.

M.—Dose: Deux cuillerées à soupe tous les matins, pendant cinq jours.

2.—P.—Oléorésine de fougère mâle. ... ..	2 drachmes.
Calomel .....	5 grains.

M.—Divisez en 16 capsules. Dose: Prendre, à bonne heure le matin, une capsule, et répéter toutes les cinq minutes jusqu'à ce que les 6 capsules aient été ingérées.—Dr Créquy, in *Union médicale*.

## FORMULAIRE.

**Poux du pubis.**—*Brocq.*

P.—Sublimé.....	1 partie.
Vinaigre .....	500 parties.
M.—En lotions.	

**Sueurs fétides des pieds.**

P.—Alun pulvérisé.....	2 parties.
Talc en poudre.....	10 “
M.—Usage local.	

**Prurit.**

P.—Salicylate de soude.....	2 drachmes.
Glycérine.....	6 “
Listérine.....	6 “
M.—Usage local.— <i>Pacific Record of Med. and Surg.</i>	

**Crevasses des mains.**—*Steffen.*

P.—Menthol.....	23 grains.
Salol.....	30 “
Huile d'olive .....	25 minimes.
• Lanoline .....	10 drachmes.

M.—Faire une pommade, pour onctions, deux fois par jour. Les douleurs cessent, la peau s'adoucit et les crevasses disparaissent promptement.—*Union médicale.*

**Constipation.**—*Porter.*

P.—Fiel de bœuf.....	1 once.
Glycérine.....	4 onces.
Huile de ricin.....	2 “
Eau.....	q. s. pour f. 8 “

M.—Ajouter ceci à 1 chopine ou mieux encore à 1 pinte d'eau de savon chaude, et injecter lentement dans le rectum. Porter préconise ce lavement dans les cas de rétention de gaz dans le colon.—*Dietetic Gazette.*

**Choléra infantile.**—*Grancher.*

P.—Acide lactique.....	20 minimes.
Eau distillée.....	10 drachmes.
Sirop .....	10 “

M.—*Dose* : Une cuillerée à café toutes les cinq, dix ou trente minutes, suivant la gravité des cas.—*Union médicale.*

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef: 1<sup>er</sup> H. E. DESROSIERS.

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

MONTRÉAL, AOUT 1892.

## BULLETIN.

### Le Bureau provincial de médecine

vs.

### Pavlidès.

M. le docteur Démosthènes Pavlidès a obtenu gain de cause, en première instance, contre le Bureau provincial de médecine.

Comme nous l'avons établi dans notre bulletin de juillet, M. Pavlidès n'avait aucun droit à l'octroi de la licence sans examen. Comme tous les gradués étrangers, il était tenu: 1<sup>o</sup> de subir l'examen préliminaire; 2<sup>o</sup> de suivre six mois de cours; et enfin, 3<sup>o</sup> de subir l'examen professionnel (article 3981 de l'Acte médical).

Mais il est aussi, dans la loi médicale, une clause que nous avons involontairement omis de reproduire et qui se lit comme suit:

" Art. 3977.—Toute personne qui a obtenu un degré ou diplôme de médecine dans une des universités ou écoles mentionnées en l'article 3972 (1), a droit à telle licence, sans subir d'examen sur ses connaissances et ses aptitudes médicales.

" Pourvu que ce diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'étude médicale depuis la date de l'admission à l'étude, et suivant les exigences de la présente section, et aussi que le Bureau provincial de médecine ait le pouvoir d'accorder le même privilège aux porteurs de degrés ou de diplômes de médecine et de chirurgie, d'autres universités et collèges britanniques, des colonies ou de la France."

Cet article n'est nullement contradictoire avec l'article 3981. Il autorise simplement le Bureau à donner la licence à quelques gradués et diplômés étrangers, il lui en donne le pouvoir, mais il ne l'y oblige pas, et nous ne pouvons comprendre comment il se

(1) Laval, McGill, Bishop et Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

fait que l'honorable magistrat qui présidait la cour n'ait pas tenu compte de cette distinction et ait émis un jugement ordonnant au Bureau d'accorder une licence à M. Pavlidès, sans examens, chose à laquelle le Bureau n'est pas du tout obligé d'après le texte de la loi.

Et l'article 3981? L'honorable juge se garde bien d'en souffler mot. Et cependant cet article dit formellement que "Toute personne venant d'un Collège reconnu en dehors des possessions de Sa Majesté et désirant obtenir la licence du Collège, doit au préalable subir l'examen préliminaire,..... suivre dans l'une des écoles de médecine de cette province un cours complet (six mois) de lectures, ..... et aussi subir l'examen professionnel devant le Bureau provincial de médecine" (Stat. Refondus de la Prov. de Québec, chap. IV, sect. II, article 3981).

Mais si l'honorable juge a jugé à propos de négliger le côté *légal* de la question, il lui a plu, en revanche, de se livrer à des considérations extra légales dont l'opportunité, en la circonstance, était peut-être discutable, et qu'il a résumées en disant que *la science n'a pas de patrie*. En conséquence un homme diplômé comme l'est le docteur Démosthènes Pavlidès peut exercer *impunè per totam terram*, en dépit des lois qui protègent la profession médicale dans tous les pays. C'est probablement pour confirmer le principe que la science n'a pas de patrie, que les chambres françaises viennent d'adopter un projet de loi relatif à l'exercice de la médecine en France et dans lequel se lit l'article suivant :

"Les médecins diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents." Or, d'après ces articles, le diplôme de docteur en médecine n'est délivré par le gouvernement français qu'à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

Et la loi française ajoute :

"Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le ministre ; en aucun cas les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves."

Si donc la profession médicale en France est ainsi protégée contre l'invasion étrangère, est-ce que nous n'avons pas, dans notre province de Québec, le droit de nous protéger également? Le Bureau provincial de médecine est tellement fort de ses droits, et décidé de défendre les privilèges du corps médical, qu'il en appellera de ce jugement.

Un argument assez singulier, sur lequel s'est appuyé l'honorable juge, a été que le Bureau de médecine avait déjà, dans le passé, accordé des licences, sans examens, à des diplômés étrangers et cela à maintes reprises.

Il est évident que si le Bureau a le *pouvoir* d'accorder la licence dans ces cas, on ne saurait lui reprocher d'avoir exercé ce pouvoir. Mais du moment qu'il juge à propos de ne plus l'exercer, ce à quoi la loi ne s'oppose pas, il doit être absolument libre de le faire.

### Suggestions utiles.

Lors de la dernière assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens, quelques suggestions pleines d'apropos ont été faites dont nous n'avons pas parlé dans notre compte rendu. C'est ainsi qu'il a été proposé que les rapports et procès verbaux des assemblées semi-annuelles soient publiés de façon à ce que tous les médecins sachent ce qui se passe dans le Bureau. Rien de plus juste en effet. L'UNION MÉDICALE a toujours été à la disposition du Bureau, et a régulièrement publié tous les rapports officiels que l'on a bien voulu lui communiquer. Il est vrai qu'il n'y avait guère que le compte rendu de l'assemblée de septembre tenue à Québec, qui fut ainsi publié avec régularité, attendu que le secrétaire pour Québec, M. le Dr Belleau, prenait soin de nous le faire tenir immédiatement après l'assemblée.

Il a donc été résolu qu'une copie du rapport des assemblées semi-annuelles sera désormais régulièrement adressée, par les deux secrétaires, à chacun des membres. En outre, chaque membre recevra une copie des statuts et règlements du Collège. De cette façon personne ne pourra plaider ignorance.

On a parlé en outre du *Régistre médical*, et l'on s'est plaint avec raison qu'il ne fut pas entre les mains de tous les membres. Or voici ce que dit la loi médicale à ce sujet :

" 3990. Sous la direction du Bureau des Gouverneurs, le registra-  
teur du Collège fait imprimer, publier et distribuer aux membres  
du Collège, de temps à autre, une copie du registre des noms des  
médecins et chirurgiens enrégistrés, qu'il coordonne alphabéti-  
quement, en y insérant leurs noms et prénoms, leur résidence  
respective, leurs titres médicaux, leurs diplômes et les qualités  
conférées par le Collège ou autre corps médical avec les dates  
d'iceux.

" Une copie imprimée d'icelui, certifiée sous la signature offi-  
cielle du registra-  
teur, fait *prima facie* preuve devant tous les  
tribunaux, que les personnes y nommées et entrées ont été enrégis-  
trées, selon les dispositions de la présente section.

" L'absence du nom de toute personne dans cette copie, fait  
*prima facie* preuve que cette personne n'a pas été enrégistrée  
suivant les exigences de cette section ; pourvu toujours que,  
dans le cas où le nom d'une personne n'apparaît pas dans une  
telle copie imprimée, une copie ou un extrait du registre certifié  
par le registra-  
teur du Collège, de l'entrée du nom de cette  
personne sur le registre fasse preuve que la personne a été  
dûment enrégistrée."

Pour la curiosité du fait, constatons que ce *Régistre médical de Québec*, qui, d'après la loi, doit être imprimé, publié et distribué, *de temps à autre* aux membres du Collège, ne l'a pas été depuis 1883!..... Il est facile de calculer alors combien ce document doit renfermer d'inexactitudes. Nombre de médecins sont morts depuis 1883, d'autres sont venus les remplacer, plusieurs ont changé de résidence. Ne pourrait-on pas publier ce registre tous les deux ou trois ans? Cette dernière façon d'interpréter les mots *de temps à autre* serait peut être plus conforme au bon sens et plus utile à la profession médicale.

---

### Le choléra.

Décidément, on a beaucoup exagéré les ravages produits par le choléra en Europe. C'est dans l'empire russe, et notamment dans la Russie d'Asie, de même qu'en Perse, que l'épidémie s'est le plus répandue. Quelques cas se sont même manifestés dans la région nord de l'Empire du Czar, mais aux dernières nouvelles, il y avait une notable diminution dans le nombre des cas et dans le chiffre de la mortalité.

En France, surtout à Paris et dans ses environs, ce qu'on avait cru d'abord être le véritable choléra d'Asie n'aurait été, à tout prendre, qu'une simple diarrhée cholériforme. Cependant des mesures sanitaires ont été immédiatement prises: isolement des malades, désinfection, etc., ce qui a eu pour effet de limiter la contagion. La plupart des bactériologistes qui ont examiné les selles des malades déclarent n'y avoir pas trouvé de traces du bacille virgule. Cependant, d'après M. Netter, l'examen bactériologique montrerait que le bacille trouvé dans l'intestin des malades qui succombent à ces accidents cholériformes présente de grandes analogies avec le bacille cholérique indien récent.

A la date du 30 juillet, le *Concours médical* résumait comme suit la situation :

“ Le choléra est à Paris et dans la banlieue, comme tous les ans, sous forme de cas isolés, bien et dûment constatés comme choléras sporadiques anatomopathologiquement et bactériologiquement. Il y en a des cas dans plusieurs hôpitaux de Paris, et l'administration va les réunir incessamment dans un hôpital spécial aux fortifications. Actuellement, ce ne sont que des cas isolés, absolument comme il arrive chaque jour pour la variole, la diphtérie, la fièvre typhoïde. On peut même dire qu'il y a quelques petites épidémies de maisons, comme pour toutes les maladies infectieuses. Mais il n'y a pas encore d'épidémies du choléra générales. L'épidémie peut être évitée, conjurée à force de précautions; il faut donc y penser et s'en préserver, tout comme si elle existait. Pour le moment, le foyer est en Russie, dans les provinces du Caucase et du Volga. A Bakou les victimes sont nombreuses; et si l'on

n'y prend pas garde, dès maintenant, la propagation se fera vite par les chemins de fer vers l'ouest de l'Europe.

“Le choléra qui sévit actuellement à Paris provient de germes toujours en circulation à cette époque dans la capitale; détruisons-le au fur et à mesure de son apparition, pour rester sur la défensive et ne laisser aucun point faible à l'invasion menaçante d'une grande épidémie. Rappelons à ce propos que l'eau potable d'une part et les déjections des individus malades d'autre part sont les deux questions primordiales de la prophylaxie du choléra.”

\*\*\*

A la Société de thérapeutique de Paris, M. Dubousquet LABORDERIE a, le 9 avril dernier, donné lecture d'un rapport sur les nouveaux traitements de la diphtérie. En résumé, les applications antiseptiques sur la muqueuse atteinte de diphtérie tendent à être généralement adoptées. Presque partout on donne la préférence à l'acide phénique. Les uns enlèvent, les autres respectent la fausse membrane. On est aussi d'avis, généralement, de continuer les soins nuit et jour. Enfin la médication interne tend de plus en plus à être abandonnée, les toniques seuls gardant leur indication bien nette.

On peut ajouter à ce qui précède que la méthode des cautérisations a fait son temps, qu'elle est la plupart du temps inutile, et que souvent, par la dénudation de la muqueuse qu'elle produit au pourtour des plaques diphtéritiques, elle ouvre de nouvelles portes d'entrée aux toxines et à l'infection générale consécutive.

\*\*\*

BROWN-SEQUARD a déjà signalé, il y a longtemps, un fait sur lequel il revient encore: il s'agit du café comme cause du prurit anal. Dans les cas qu'il cite, l'éminent professeur du Collège de France constate que chaque fois que le café était la cause véritable du prurit, celui-ci disparaissait absolument avec le breuvage stimulant pour revenir rapidement quand on en reprenait.

Il y a là une question d'étiologie assez importante, et le praticien doit en faire son profit en s'informant de l'existence de cette cause possible dans les cas de prurit anal qu'il est appelé à combattre.

\*\*\*

Nous recevons la première livraison (juillet 1892) d'une nouvelle revue médicale publiée à New-York par M. le Dr JOHN AULDE, de Philadelphie, et intitulée: *The American Therapist*. Comme son nom l'indique assez, cette publication est consacrée spécialement à la thérapeutique, mais à la thérapeutique pratique, à celle qui s'occupe moins des théories que des résultats cliniques obtenus par l'emploi des médicaments dans le traitement des maladies.

D'autres revues du même genre nous mettaient déjà au courant des progrès de la thérapeutique en général. Celle de M. Aulsebrook se borne aux constatations pratiques faites au lit des malades, et devient ainsi un complément nécessaire des publications plus volumineuses. Le modique prix d'abonnement: un dollar par année, met le *American Therapist* à la portée de toutes les bourses. Succès au confrère!

\* \* \*

De Paris nous arrive, avec juillet, la première livraison de la *Revue médicale*, journal bi-mensuel dont le rédacteur en chef est M. le docteur Paul ARCHAMBAUD. Dans la pensée de son fondateur, ce journal sera une *Revue des Revues*, et reproduira tout ce qui aura été publié d'intéressant dans la presse médicale française et étrangère. Dans chaque numéro paraîtra un article original différent, sur une spécialité différente, le compte rendu des diverses Sociétés savantes et une revue bibliographique. Nous comptons que la *Revue médicale* saura romplir, à la satisfaction de tous ses lecteurs, un programme aussi étendu, et lui souhaitons longue vie.

\* \* \*

Les journaux de médecine ont beaucoup parlé, dans ces temps derniers, d'un abus de confiance dont se rendent coupables certains pharmaciens peu scrupuleux, en substituant à un médicament demandé, une autre substance équivalente mais moins dispendieuse, ou la même substance mais de qualité inférieure.

Il paraîtrait qu'en certaines officines on ne se gênerait pas d'ériger la substitution en pratique courante. Souvent, par exemple, on donnerait un sel de cinchonine ou même un simple amer pour de la quinine, de la poudre de rhubarbe impure au lieu de l'article de premier choix. On falsifie tout, de nos jours, et le pharmacien est à coup sûr celui qui est le plus exposé à mettre à profit ces falsifications. L'antipyrine, le cascara sagrada, les extraits fluides en général, la salicylate de soude et tant d'autres encore ont été l'objet de sophistications nombreuses dont le prix de revient est peu élevé, ce qui engage le pharmacien à les substituer à l'article chimiquement pur et, partant, plus dispendieux.

Un médicament au sujet duquel, depuis quelque temps, on fait souvent de la substitution est le *Peroxyde d'hydrogène* ou *Eau oxygénée*. Une seule forme de ce produit peut être employée avec sécurité en médecine. C'est celui dit "de Marchand." Son absolue pureté et son efficacité ont été attestées par des hommes tels que Squibb, Robert T. Morris, Gibier, etc., etc. Or, il ne manque pas de pharmaciens qui ne se gênent guère de substituer au peroxyde

pur de Marchand un peroxyde impur, dit commercial, bon tout au plus à l'usage des buanderies, et qui se vend au prix de cinq centins la livre. Le peroxyde d'hydrogène de Marchand, et cela seul suffirait à en établir l'excellence, vient d'être adopté officiellement dans les hôpitaux de l'armée des États-Unis, et cela à l'exclusion de toute autre préparation du même genre.

Quel remède apporter au mal que nous signalons ?

Nous n'en voyons qu'un seul et c'est aux médecins à s'en servir. Dès qu'un praticien constate qu'une substitution a été faite et qu'on n'a pas vendu au client l'article demandé, il n'a qu'à livrer à la publicité le nom du coupable. Le moyen est radical, mais pour notre part, nous n'hésiterions pas à l'employer.

---

### Petite correspondance.

---

Montréal, 25 juillet 1892.

M. le Rédacteur,

Veillez donc me dire, si vous le pouvez, la composition du "Cherry pectoral" de Ayer.

MEDICUS.

R.—L'analyse du *Cherry pectoral* a donné le résultat suivant :  
Acétate de morphine, 3 grains ; teinture de sanguinaire, 2 drachmes ; vin d'antimoine, 3 drachmes ; vin d'ipéacac, 3 drachmes ; sirop de cerisier, 3 onces.—M.

Québec, 10 août 1892.

M. le Rédacteur,

Veillez donc me dire par l'entremise de l'UNION MÉDICALE, quel est l'ouvrage le plus pratique, le plus court, etc., sur les accidents journaliers, les fractures, luxations et entorses.

UN ÉTUDIANT.

R.—Vous avez à faire un choix entre les trois auteurs suivants :  
John ASHHURST : *The Principles and Practice of Surgery*, 1 vol.  
Edw. MARTIN : *Essentials of Surgery*, 1 vol.  
Stephen SMITH : *Manual of the Principles and Practice of Surgery*, 1 vol.  
Ces deux derniers sont les plus concis, tout en étant complets.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

---

The Willis Eye Hospital. Report for the year ended December, 31, 1890. Philadelphia 1891.

BERGONIE et MOURE.—Du traitement par l'électrolyse des déviations et épérons de la cloison du nez, par J. BERGONIE et E. J. MOURE.—1 brochure in-8 de 68 pages.—Paris et Bordeaux, 1892.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE—Cure radicale des hernies, avec une étude statistique de deux cent soixante-quinze opérations, et cinquante figures intercalées dans le texte, par le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital St. Louis; Ruoff & Cie., éditeurs, 106 Boulevard St. Germain, Paris, 1892. 1 vol. in-octavo de 724 pages. Prix: 12 francs.

POTTER.—Asepsis and Antisepsis as applied in the Lying-in Chamber, by W. Warren POTTER, M. D., of Buffalo, N. Y. Reprinted from the "Medical News," July 23, 1892.

—Pelvic Inflammation in Women: a Pathological Study, by W. Warren POTTER, M. D., of Buffalo, N. Y. Reprinted from the "American Gynecological Journal", December 1891.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

On a construit, à Munich, pour l'exposition de Chicago, un microscope dont le coût est de \$8,800.

La *Gazette médicale de Strasbourg* vient d'entrer dans sa cinquantième année d'existence. Souhaits et félicitations!

M. le Dr J. M. DAcOSTA s'est démis de ses fonctions de professeur de clinique médicale au *Jefferson Medical College*.

Les derniers examens des Facultés de médecine aux Etats-Unis viennent d'ajouter cinq mille médecins aux cent mille Esculapes que possédait déjà la république américaine.

La *Revue médico-pharmaceutique* de Constantinople nous apprend que le gouvernement turc vient de rendre un édit établissant la vaccination compulsive dans toute l'étendue de l'empire Ottoman.

Le conseil municipal de Paris, dans sa séance du 12 juin 1892, a décidé que l'hôpital de Lourcine s'appellera désormais "Hôpital Broca" et recevra des malades de toute sorte et non plus exclusivement des femmes syphilitiques.

M. le professeur GUYON, de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être élu membre de l'*Académie des Sciences*. A cette occasion, les élèves et amis de l'illustre chirurgien de Necker lui ont offert, le 15 juin dernier, un banquet à l'hôtel Continental.

M. le Docteur Chs. E. SAJOUS, consul de Belgique à Philadelphie, et éditeur du *Medical Annual* et du *Satellite*, vient d'être fait Chevalier de la Légion d'Honneur par M. le Président de la République française, et cela en reconnaissance des services qu'il a rendus à la colonie française des États-Unis et à la science en général.

La Drevet Manufacturing Co. de New-York, sous fabricants du "Peroxyde d'Hydrogène de Marchand" (médicinal) se plaint de la substitution, ruineuse pour elle, que l'on fait au Canada, du peroxyde d'hydrogène commercial à l'article médicinal qu'elle produit.

Or les deux articles sont essentiellement différents sous le rapport médical. Il est parfaitement reconnu que le Peroxyde d'Hydrogène de Chs. Marchand (médicinal) est le seul qu'il soit permis d'employer en médecine. Que les médecins ne s'y laissent pas tromper.

**Ecole de médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal.**—Les cours de la Faculté s'ouvriront Mardi, le 4 octobre prochain. Dans notre prochaine livraison nous donnerons le programme des leçons du premier terme.

**Bureau provincial de médecine.**— Les examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine auront lieu à l'Université Laval, à Québec, jeudi, le 22 septembre. L'assemblée semi-annuelle du Bureau provincial de médecine aura lieu au même endroit, mercredi, le 28 septembre, à 10 hrs. A. M.

**La prostitution à Paris en 1891.**—Parmi les 2941 filles soumises, arrêtées pour infractions aux ordonnances ou à la suite de raffles, 251 seulement étaient dans un état maladif, alors que sur 2637 filles insoumises, arrêtées dans les mêmes conditions, il y en avait 1155 qui étaient contaminées.

Soit donc une proportion d'environ 8 1/2 p. 100 de malades parmi les filles soumises et 43 p. 100 parmi les prostituées clandestines.

À Bruxelles, où la prostitution réglementée est très sévère, on observe une proportion un peu moindre. Par contre, le nombre des malades parmi les prostituées clandestines ne fait qu'augmenter, au point que l'on a dû ouvrir une nouvelle salle à l'hôpital Saint-Pierre, pour ces dernières. Ajoutons que la police ferme systématiquement l'œil sur la prostitution clandestine des brasseries à femmes et des cafés-concerts.

## VARIETES.

## La tenue médicale.

La beauté, a-t-on dit, est le plus radieux diadème dont le hasard puisse couronner un front. Cela s'applique surtout aux femmes; pourtant, il y a des hommes qui s'imposent par leur allure extérieure, par leur belle prestance, la régularité de leurs traits, etc.

Ils n'abondent peut-être pas dans le monde médical; mais enfin, il y a parmi nos confrères pas mal d'hommes favorisés qui séduisent au premier abord et commandent une sympathie spontanée. C'est un grand avantage, certainement, pour les propriétaires de ces avantages réputés à tort comme futiles, si surtout le dedans répond au dehors, si le *mens sana in corpore sano* des anciens a reçu une nouvelle justification.

En général, on ne nous demande pas de descendre plus ou moins directement d'Adonis, ce qui est fort heureux, et on nous permet une certaine dose de laideur, pourvu qu'elle soit compensée par n'importe quoi, par un reflet intelligent, par la bonté du sourire, par le moindre rien avenant qui détourne l'attention.—Il y a un autre correctif, que je recommande aux plus disgraciés d'entre nous, et même à ceux qui n'ont pas une physionomie déplorable, c'est la correction de leur tenue, le soin de leur personne.

Ce n'est pas seulement à la campagne qu'on se néglige; même à la ville, même à Paris, on voit des fils d'Hippocrate revêtus de houppelandes sordides, de chapeaux antediluviens. Ils n'ont rien respecté, ni l'elbeuf de leur redingote, ni le castor de leur couvre-chef, ni les dimensions de leurs ongles en deuil, et ils voudraient qu'on les respectât; c'est trop demander à l'espèce humaine qui a l'habitude de juger d'un tableau d'après son cadre.

Or, le public, lorsqu'il voit quelqu'un de râpé, de maculé, est facilement porté à conclure que son cerveau est également lézardé, que son intelligence doit avoir des vides et montre une trame grossière.

Même dans le sanctuaire de la justice (et nous en avons eu récemment la preuve dans le procès de Mme de Jonquières, de Toulon, magistrats, jurés, journalistes, avocats et curieux subissent l'impression du premier coup d'œil, lancé vers le monsieur ou la dame que les gardes poussent au banc d'infamie. On entend des oh! d'étonnement sympathique ou des *peuh!* de mépris décourageant.—Le verdict sera proportionnel à cette première

impression; les circonstances atténuantes sont d'avance acquises à l'accusé, mâle ou femelle, dont l'attitude sera correcte et la figure agréable à contempler.

C'est le jugement des yeux qui atténue singulièrement parfois les périls de la comparaison.

Je ne nomme pas Phryné, qui, dans l'antiquité, eut à bénéficier d'autres avantages que ceux que peut nous procurer un vêtement de coupe irréprochable; mais il n'y a pas d'exemple qu'une femme bien mise et passablement jolie ne se soit tirée à bon compte du plus accablant réquisitoire.

La faute diminue, racontée par une jolie bouche; la salle devient indulgente spontanément et éprouve le besoin d'innocenter la coupable. Depuis le greffier jusqu'au municipal, les voix s'adoucent; jusque dans les questions les plus banales du président, on sent frissonner un respect.

C'est qu'au fond, notre caractère national n'a jamais pu s'habituer complètement au désaccord profond qui existe parfois entre l'aspect d'un individu et son caractère moral.

Il faut que cet enseignement ne soit pas perdu pour les médecins et qu'ils s'efforcent de conquérir d'avance la bienveillance de leur jury pathologique, je veux dire de leur clientèle, par leurs dehors, par leur façon de se présenter, par leur propreté, par leur entourage et même par leur attelage, par la correction de leur installation et de tout ce qui les accompagne.

Dans les livres hippocratiques, traduits par M. Egger, on trouve déjà des instructions sur le sujet qui nous intéresse: "C'est une recommandation pour le médecin d'avoir bon visage et juste embonpoint, selon son tempérament. Car d'un médecin mal portant on pense d'ordinaire qu'il ne saura pas non plus soigner bien les autres. Il faut ensuite qu'il soit net sur sa personne, bien vêtu, et qu'il use de parfums agréables et dont l'odeur n'ait rien de suspect. Car tout cela dispose le malade en sa faveur."

—Dans le livre *De la bienséance* se rencontrent des conseils analogues: "Point d'affectation dans les vêtements, une tenue grave, de l'urbanité, une parole sobre, aucune ostentation."

—Dans les *Préceptes*, certains passages sont encore relatifs au vêtement, aux abus de la parole.

Transportons nous tout de suite au dix-huitième siècle et voyons Hufeland et Frank: Pour eux aussi, le médecin doit avoir une tenue convenable, la finesse du sens, la probité, etc., etc.

Bien d'autres, après eux, ont parlé contre les excentricités ou les négligences extérieures, contre les hardiesses de ton, les crudités de langage, contractées dans le quartier latin, et dont trop de médecins ne cherchent pas à se défaire à leur entrée dans la carrière.

—Sourions, si vous le voulez, des médecins trop pommatés, trop parfumés, trop modernes, pour lesquels le soin efféminé de

leur petite personne semble être l'unique préoccupation ; mais n'oublions pas que le vrai bon ton est celui de la simplicité sans abandon, de l'urbanité sans affectation et de la gravité sans excès.

Les mouvements et les attitudes du corps, la bienséance des gestes ont leur importance et vont parfois de pair avec le *décent habitus* de l'âme. On a dit que l'âge blanchissait à la fois les idées et les cheveux ; malgré cette menace et cet arrêt d'autant plus justifié, qu'il faut aujourd'hui plus de vigueur intellectuelle pour se tenir au courant des fréquentes évolutions de la science moderne, j'engage nos aînés à laisser la neige tomber simplement sur leur tête, au lieu de chercher à réparer l'irréparable par des teintures ou des cosmétiques, qui contribuent à jeter un certain discrédit, un ridicule réel, sur ceux qui s'en servent. J'ai vu plaisanter d'une façon assez amère, dans les réunions médicales, les confrères qui portaient perruque et ne savaient pas prendre bravement leur parti de la caducité inévitable. En somme, une couronne de cheveux blancs reste une couronne et elle en impose toujours, même à notre époque de démocratie à outrance.

Un dernier mot. Malgré ce qu'on a écrit sur la simplicité des demeures de Dupuytren, Marjolin, Lisfranc, Chomel, Andral, Louis, etc., j'estime que, sans viser au luxe, sans tomber dans l'exagération, les médecins font bien d'avoir un intérieur confortable, surtout lorsque leurs ressources les y autorisent. Les habitudes de bien-être, d'élégance, la recherche artistique, ont pénétré partout et le public a le tort, comme je l'ai déjà fait entendre, de proportionner la valeur d'un médecin à son train de vie. Il est devenu nécessaire de traiter le public superficiel et impressionnable comme il veut être traité. Qu'on en gémisses ou non, la simplicité n'est plus de mode : soyons donc fin de siècle !

Dr GRELLETY (de Vichy).

—Il suffit qu'une chose soit incroyable pour qu'une femme en soit sûre.—UN SOLITAIRE.

—L'esprit est tout le contraire de l'argent : moins on en a plus on en est satisfait.—Paul MASSON.

—Une femme meurt deux fois : le jour où elle quitte la vie et celui où elle cesse de plaire.—J. J. WEISS.

—Le mariage rappelle quelquefois l'ancien supplice du vivant lié à un cadavre, avec cette particularité que chacun des deux conjoints croit être le supplicié.