

## 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.

- |                          |   |                                     |   |
|--------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées  |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input type="checkbox"/> | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     |   |

65  
50

**LA**  
**REVUE MEDICALE**  
**DU CANADA**

# LA REVUE MÉDICALE DU CANADA

Année 1902-1903

REDACTEUR en CHEF : **M. T. BRENNAN**, Professeur de gynécologie à l'université Laval et Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, Montréal.  
Ass. rédacteurs : { **Wm. J. DEROME**, Secrétaire : **A. ETHIER**, Agrégé, Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame, Montréal.  
**HUGH LENNON**, Ass. Secrétaire : **Z. RHEAUMÉ**, Paris, France.

## COMITE DE REDACTION.

**J. P. POTTOT**, Doyen de la Faculté de Médecine de l'université Laval, Président du Conseil Médical de l'hôpital Notre-Dame, Professeur de Clinique interne à l'université Laval, à Montréal. — **E. P. LACHAPPELLE**, Chevalier de la Légion d'Honneur, Président du Conseil d'Hygiène Provincial, Président du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, Professeur d'Hygiène et de Déontologie à l'université Laval, à Montréal. — **COYTEUX PREVOST**, Gynécologue à l'hôpital Saint-Luc, à Ottawa. — **J. I. DESROCHES**, Montréal. — **J. C. S. GAUTHIER**, Professeur adjoint à l'université Laval (St-Ephrem d'Oron). — **A. LAUREN-DEAU**, St-Gabriel de Brandon. — **J. D. GAUTHIER**, Médecin de l'hôpital Notre-Dame à Montréal. — **E. CHOQUETTE**, St-Hilaire — **L. N. DELOWME**, professeur adjoint à l'université Laval, à Montréal. — **L. P. NORMAND**, Trois-Rivières. — **Frs. Jos. LANGLAIS**, Trois-Pistoles. — **L. J. O. SIROIS**, St-Ferdinand d'Halifax. — **J. E. LABERGE**, Surintendant médical de l'hôpital civique de Montréal. — **L. E. FORTIER**, Agrégé à l'université Laval, médecin de l'hôtel-Dieu à Montréal. — **R. CHEVRIER**, Ottawa. — **H. D. HAMEL**, Agrégé à l'université Laval, Médecin assistant à la Clinique d'Ophtalmologie, de Rhinologie, d'Otologie et de Laryngologie de l'hôpital Notre-Dame à Montréal. — **EUC. PAQUET**, St-Aubert (L'Isle). — **F. X. DOMARTIGNY**, Officier d'Académie, Montréal. — **GEO. E. BEAUCHAMP**, Montréal. — **HENRI LASNIER**, Montréal. — **A. ROUSSEAU**, Professeur agrégé à l'université Laval et chargé d'un cours de clinique à l'hôtel-Dieu de Québec. — **DAMIEN MASSON**, Médecin de l'Institut Ophtalmique, Docteur en Médecine de l'université de Paris.

Correspondant pharmaceutique : **J. E. W. LECOURS**, Professeur de matière médicale au Collège Pharmacie de Montréal.

Administrateur  
**P. P. BOULANGER**

---

## VOLUME SIXIEME

---

MONTREAL  
IMPRIMERIE DE LA REVUE MÉDICALE DU CANADA

62 — rue St-Jacques — 62

1903

## Travaux Originaux

### DE L'IMPORTANCE QU'IL Y A DE DONNER AUX ELEVES EN MEDECINE UN ENSEI- GNEMENT PRATIQUE SUR LES DIFFERENTES METHODES D'ANESTHESIE.

par le docteur M. T. BRENNAN,

*Professeur de gynécologie à l'université Laval,  
gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.*

Les récentes communications si intéressantes et si utiles faites à l'Académie de médecine de Paris, sur l'administration des anesthésiques chez les cardiaques, soulèvent encore la question si importante et si grave de l'anesthésie générale.

Cette circonstance nous semble favorable pour rappeler, en quelques mots, certaines idées, certaines suggestions, dont nous avons fait part à notre classe, il y a à peine encore quelques semaines. Plusieurs fois chaque année nous disons aux élèves quelques paroles sur ce sujet si grave — paroles propres à faire ressortir son importance et aussi, malgré cela, le peu d'attention qu'on lui accorde dans l'enseignement médical, tant au Canada qu'à l'étranger.

Est-il une question importante, c'est bien celle de l'anesthésie. Tout médecin est appelé, tôt ou tard dans sa carrière, à administrer un anesthésique ; et combien y en a-t-il qui savent le faire avec intelligence et sans faire courir des risques très sérieux aux patients ? Je réponds nettement : " Malheureusement peu, très peu. " Et pourquoi ? Parce que pendant le cours de leurs études médicales on ne les a pas obligés *pratiquement et individuellement*, à apprendre à le faire.

Je n'ai guère besoin, ce me semble, de démontrer l'importance de savoir bien donner un anesthésique, et l'absolue nécessité qu'il y a pour tout médecin de connaître pratiquement tout ce qui se rattache à cette opération entourée de tant de responsabilité. Notre regretté maître, feu le docteur Brosseau, avec son esprit si pratique et son dévouement pour les élèves, nous obligeait, nous internes, pendant que nous endormions un patient, à expliquer à la classe les phénomènes qui se passaient. Il disait aux élèves : " Ecoutez bien ; regardez bien ; ouvrez vos yeux. Voilà qui vous sera

sera si utile. Mieux vaut, pour vous, savoir bien endormir un malade que savoir scientifiquement couper une cuisse."

Il vaut mieux ne jamais laisser administrer l'anesthésique par le premier médecin venu ; il est du devoir du chirurgien envers son patient d'exiger qu'il soit endormi par une personne en tout compétente et cette personne devra être payée pour ses services une somme en rapport avec la grande responsabilité qu'elle assume. L'anesthésiste (!) ne doit s'occuper que de sa besogne et il ne se permettra jamais de quitter son patient, pour un instant, afin de voir ce qui ne passe ailleurs. Depuis le début de la chloroformisation jusqu'au moment du réveil du patient, celui-ci doit être l'objet d'une surveillance attentive et incessante. Combien n'ai-je pas vu survenir d'accidents — les uns plus graves que les autres — parce que le médecin avait laissé son chloroforme pour aller voir ce que l'opérateur faisait.

Malgré toutes les connaissances et l'expérience de celui qui administre le chloroforme, nous ne croyons pas qu'il y ait un seul médecin consciencieux, au fait de sa responsabilité, qui n'éprouve un soupir de soulagement et de satisfaction lorsqu'il voit sa besogne terminée et son malade bien revenu des effets du médicament.

Nous ne saurions trop insister sur la routine systématique qui contraint l'anesthésiste à être au courant de son malade — quand cela est le moins possible — plusieurs jours avant l'administration de l'anesthésie. Non seulement le cœur doit être interrogé, mais aussi tous les organes, surtout les reins, le foie et les intestins. Il est de la première importance de bien rechercher l'insuffisance rénale et hépatique. Il est urgent de dépister — tant chez la femme que chez l'homme — l'alcoolisme latent, cette alcoolisation de tous les jours, goutte à goutte, pourrais-je l'appeler, qui intoxique si profondément et d'une façon si sournoise, et qui est responsable de tant d'accidents inattendus post-opératoires, souvent réveillés par l'anesthésique. Et encore ce petit brightisme qui ne se révèle que par certains symptômes du mal de Bright sans albuminurie et sans cylindrurie. Comme lui et l'alcoolisme sont traîtres en ce qui regarde surtout les suites éloignées de l'anesthésie : choc, syncope, insuffisance rénale subite, prédisposition aux infections post-opératoires, diacétonurie, coma, mort subite !

Et ces cas où quelques jours après une inter-

vention, des sujets hépatiques développent subitement une jaunisse et de l'insuffisance hépatique et meurent sans que rien — souvent faute d'examen attentif pré-opératoire — fasse prévoir une issue fatale ou que l'on puisse rien faire pour éviter celle-ci.

Nous ne faisons que signaler, en passant, quelques-uns des points dont il faut tenir compte et que, la plupart du temps, l'on ne recherche pas. Une expérience d'au-delà de 4000 anesthésies personnelles et de plus de 2000 entre les mains de d'autres, depuis 20 ans, nous permet d'insister, avec connaissance de cause, sur l'importance de ce sujet, de désirer que l'on y porte plus d'attention dans l'avenir et que l'on étudie avec soin chaque personne avant de l'endormir.

L'anesthésie ne devra jamais être prolongée inutilement : tout devra être prévu, afin qu'il n'y ait aucune perte de temps. Le chirurgien, quoiqu'il doive prendre tout le temps nécessaire pour bien opérer, n'a pas le droit d'exposer la vie ou la santé de son patient en faisant prolonger l'anesthésie pour des futilités, pour des explications qui retardent l'opération ou pour des tâtonnements non justifiés.

Il n'y a guère que le bromure d'éthyle qui se donne à doses massives dès le début : on ne doit pas étouffer son malade avec aucun autre anesthésique. Il n'y a que la méthode progressive qui soit admissible aujourd'hui. Une fois le malade connu et ses susceptibilités notées — lorsque le médecin a remarqué le fonctionnement, sous l'effet de la drogue, de chaque organe qu'il interroge : pupilles, réflexes, respiration, circulation, etc., — alors, *et alors seulement*, il peut pousser le sommeil profond au degré voulu.

Il faut que le malade soit entouré de tranquillité, de personnes sympathiques, qu'il soit encouragé, qu'il ait confiance. On prescrit de la musique — des berceuses (!) ; on vient de signaler les frictions méthodiques sur la poitrine, etc., pour procurer rapidement un sommeil paisible. Nous nous sommes parfois bien trouvé d'un moyen analogue, dont nous nous servons pour susciter le sommeil chez des patients atteints d'insomnie : Nous suggérons au patient de respirer naturellement et de croire qu'il voit entrer et sortir l'air de ses narines pendant chaque respiration. Cette fixation de l'esprit amène dans quelques instants chez certains sujets, un sommeil calme.

Il faut que le patient soit endormi suffisamment pour éviter les réflexes intenses et subits qui peuvent déterminer une syncope respiratoire ou circulatoire, parfois mortelle. Cela semble se voir plus fréquemment dans les opérations sur la bouche, l'anus et le rectum. Nous avons été témoin de deux cas de morts qui sont survenues dans ces conditions : une chez une fille d'environ dix-huit ans, opérée pour un lupus de la gencive et une chez une femme d'une soixantaine d'années, sur laquelle on pratiquait un Whitehead pour des hémorroïdes.

Il importe que le médecin soit au fait de tous les moyens de résurrection. Dans notre service hospitalier, nous exigeons qu'un *fil — non pas une pince* — soit placé sur la langue, dès que le patient est un peu sous l'effet de l'anesthésique. La langue est traversée au milieu, sur le plat, par une aiguille courbe portant une soie ou un crin de Florence, dont on attache les chefs de manière à faire une anse qui nous rend absolument maître de l'organe, sans le blesser. Par cette précaution nous évitons la pince brutale et la course à la recherche de la langue, car le malade ne peut plus l'avalier. C'est un procédé que nous avons employé depuis plusieurs années, même avant que le professeur Poncet ne l'eût signalé. La traction de la langue devient ainsi très facile et est toujours sous l'entier contrôle du médecin.

Parmi les procédés de résurrection, celui qui nous à donné les meilleurs résultats, c'est l'aspersion avec de l'eau froide, combinée ou non à la position renversée — tête en bas. Nous faisons tomber, d'une bonne hauteur, un courant d'eau froide, sur toute la poitrine et surtout sur la région précordiale. Nous avons une telle confiance dans ce moyen, qui nous à réussi dans maintes circonstances — alertes bleues et alertes blanches — que c'est le premier auquel nous avons recours, le supplémentant — quand c'est possible, du renversement du malade et des tractions rythmées de la langue. Nous n'avons jamais vu mourir de patients où ce moyen avait été rigoureusement employé, et cela dans un grand nombre d'alertes.

Ayant exposé ces quelques notions personnelles, nous arrivons à la question de l'éducation que l'on doit donner à l'étudiant en médecine sur ce point vital. Tous les ans, nous déplorons le fait que nos jeunes médecins sont reçus et qu'ils demeurent dans une ignorance, nous dirons volon-

tiers, totale du côté pratique de ce sujet. La plupart d'entre eux n'ont vu l'anesthésie que de loin — des bancs de l'emphithéâtre; on ne leur a pas donné d'explications; enfin ils ont vu opérer, mais il n'ont pas vu endormir.

Nous croyons donc, qu'il est temps que cette question soit jugée à sa valeur. Il est d'urgence que les élèves, dès leur troisième année soient initiés pratiquement à l'emploi des anesthésiques. Et cela ne peut avoir lieu qu'à l'hôpital; ce n'est pas dans les livres, ni à la classe de matière médicale que l'étudiant peut acquérir ces connaissances, et il n'y a aucune excuse pour que cet enseignement ne se donne à l'hôpital. Quand nous parlons d'anesthésiques, il ne s'agit pas seulement d'éther et de chloroforme, il faut que le médecin sache se servir de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale, et qu'il soit dressé par un professeur ou un interne compétent à l'emploi de tous ces agents. Il lui faut connaître l'anesthésie simple par le chloroforme, l'éther, le bromure d'éthyle, le kélène; les anesthésies mixtes (bromure d'éthyle suivi de chloroforme ou d'éther, etc.). Il doit avoir des notions pratiques sur la ponction rachidienne et la rachicocainisation. On doit lui apprendre, *de visu*, et *de tactu*, l'anesthésie par la cocaïne, le chlorure d'éthyle, les réfrigérants. Il sera appelé lui, lui-même, sous la direction du professeur ou de l'interne, à pratiquer tous ces genres d'anesthésies. On devra lui désigner — et cela peut se faire très aisément la plupart du temps — plusieurs jours d'avance le patient qu'il sera appelé à endormir, et on exigera qu'il fasse un rapport, avant l'anesthésie, sur l'examen qu'il a fait du malade, en prévision de l'anesthésie (cœur, poumons, reins, urines, foie, sang, etc.).

A chaque anesthésie, deux ou trois élèves devraient être choisis pour suivre attentivement, et uniquement, la marche de l'anesthésie et les indications qui sont données par le professeur à celui qui endort. Ceci peut se faire à voix basse, sans déranger l'opérateur dans son opération ou dans ses explications au reste de la classe.

On devrait exiger que, pour l'examen final, tout élève fournisse sa *carte d'anesthésie*, constatant qu'il a personnellement administré au moins 4 fois du chloroforme, 2 fois de l'éther, 2 fois du bromure d'éthyle; qu'il a pratiqué 2 ou 3 anesthésies locales à la cocaïne et au chlorure d'éthyle, et tout cela sous la direction d'un professeur ou d'un interne reconnu.

Nous prétendons que non seulement on doit lui faire administrer l'anesthésique, mais que aussi on doit le renseigner sur tout ce qui a trait pratiquement à l'anesthésie: tractions rythmées de la langue, position de la mâchoire, renversement du malade, administration d'oxygène, douche thoracique, etc.; et aussi sur le traitement à suivre dans les quelques heures qui suivent l'anesthésie.

Si nous appuyons tant sur cette question et si nous demandons avec tant d'instance que l'on s'occupe d'elle, c'est que notre expérience d'interne, d'anesthésiste, de chirurgien, nous a fait voir journellement les tristes conséquences de cette grave lacune dans les études médicales, et que nous souhaiterions qu'elle soit comblée au plus tôt par une instruction pratique et solide. Nos services hospitaliers multiples s'y prêtent le plus facilement du monde et cependant on n'utilise pas cette manne — et il y en a assez pour double le nombre de nos étudiants. Peut-être est-ce parce que l'on n'y pense pas ou parce que l'on n'insiste pas.

Dans tous les cas, nous attirons sérieusement l'attention sur le point et nous espérons que l'année prochaine notre Faculté, si favorable au progrès scientifique et qui a tant à cœur l'avancement des élèves et de la médecine canadienne-française, sera la première à rendre cet enseignement pratique obligatoire.

200, rue Saint-Hubert.

## Revue Analytique

*Rupture de grossesse tubaire de moins de deux mois, Hémorragie considérable. Echec de l'injection de sérum sous cutanée. L'injection directe intraveineuse permet la laparotomie. Guérison.* — Les Drs RECAMIER, de Paris, et A. ETHIER, de Montréal, rapportent ce cas intéressant dans la *Semaine gynécologique*.

Une femme de trente ans, présente les signes de rupture de grossesse tubaire, avec hémorragie considérable; on lui injecte éther, caféine, strychnine et sérum artiéciel, ce dernier jusqu'à deux litres; ce traitement, combiné à la position siège élevé et chaleur est continué pendant trois heures, sans amélioration. Puis vu l'état moribond de la malade, on lui tente une injection intra-veineuse de 1500 grammes de sérum. Cette injection agit si bien que l'on peut pratiquer la laparotomie, qui permet de vider le bassin et l'abdomen d'une grande quantité de sang et d'enlever le

kyste tubaire rupturé. Les tissus sont friables, mais on peut ligaturer, et toute hémorragie semblant cessée; l'on ferme le ventre en ménageant un drainage à l'angle inférieur. Une nouvelle injection intra-veineuse de 200 grammes, dans chaque bras, est faite avant de remettre la malade dans son lit. La réaction semble bien se faire, mais voilà que quelques heures après on constate du suintement sanguin par le drain et les signes d'hémorragie lente, interne se manifestent. On reporte la malade de nouveau sur la table d'opération et l'on trouve le petit bassin rempli de sang clair qui semble provenir de déchirures superficielles du ligament large et des piqûres de l'aiguille de Reverdin. On supprime les deux ligatures à la grosse soie, mises lors de la première opération et on fait une longue ligature en chaîne à la soie fine suivant tout ligament large et empiétant sur la corne utérine. Comme, malgré tout, l'on ne peut tarir tout suintement, on remet le drain et on y ajoute un tamponnement de gaze à la mikulicz Intervention bien supportée. L'on continue par la suite les injections sous-cutanées de sérum et l'emploi des stimulants. Le mukulicz est enlevé vers le septième jour, la malade se lève à la fin de la cinquième semaine, et elle quitte l'hôpital complètement remise deux mois après son entrée.

Les auteurs font remarquer que l'injection intra-veineuse ne semble dangereuse que lorsque le myocarde est atteint et peut être vaincu par une augmentation de pression trop brusque.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue: 1° la friabilité des tissus, ayant causé un suintement abondant, malgré des ligatures bien placées et qui étranglaient bien les pédicules vasculaires. Il n'y eu aucune déchirure importante et les seules piqûres de l'aiguille Reverdin ont pu continuer à suinter. Que ce fait soit dû à l'état de congestion et de friabilité particulière des organes habituel dans les grossesses tubaires ou à la dilution du sang par le sérum injecté directement dans les veines, et en empêchant aussi la coagulation dans les petits vaisseaux, comme certains auteurs l'on affirmé, il n'en est pas moins évident et curieux. 2° gravité extrême de l'hémorragie, accompagnant la rupture d'une grossesse qui ne pouvait dater que de trois semaines à un mois, puisque les dernières règles étaient venues à cette époque et que l'examen fait, comme les constatations opératoires ont montré que le kyste foetal était de tout petit volume. 3° L'état syncopal déterminé par l'hémorragie à dû modérer celle-ci. 4° L'action bienfaisante de l'injection intra-veineuse, qui s'est manifestée là où d'autres moyens allaient échouer complètement.

M. T. B.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Traitement de la tuberculose par les Hypophosphites

Que la tuberculose soit localisée dans un autre organe que le poumon ou qu'elle se présente sous la plus commune (*phthisie pulmonaire*) elle dépend des mêmes causes et du même traitement général. Les idées se sont singulièrement modifiées depuis cinquante ans relativement à cette terrible maladie, et cependant l'opinion émise en 1857 par Churchill est conforme aux notions nouvellement acquises et que ne pouvait connaître cet auteur. Pour Churchill, en effet, le tuberculeux, le phthisique est un malade de la nutrition chez lequel le *terrain organique* est appauvri et manque de certaines substances nécessaires, de phosphore en particulier. C'est absolument la théorie du terrain admise aujourd'hui, et dans ce terrain, d'après Churchill, la vie ne pouvant plus évoluer dans des conditions physiologiques; c'est-à-dire des *tubercules*, dont les transformations successives amènent les différents degrés de la phthisie.

Or, que disent les auteurs modernes et entre autres MM. Albert Robin et Binet, qui communiquaient dernièrement une nouvelle théorie (la plus moderne) à l'Académie de médecine et au Congrès de Londres? Pour eux le tuberculeux est un malade à nutrition exaltée, chez lequel les réactions s'effectuent avec une intensité telle, que les cellules se détruisent avec rapidité, et chez lequel par conséquent la phosphore, cet élément principal du terrain organique, vient à se trouver en déficit. Dernièrement, à la Société de thérapeutique, un médecin de l'Ouest faisait une communication par laquelle il montrait que le tuberculeux, en bonne santé apparente, avant même l'apparition de phénomènes pathologiques, avait une température normale plus élevée qu'un individu réellement sain: donc toutes les opinions modernes s'accordent pour arriver à cette conception de la tuberculose, considérée comme la résultante d'une déchéance matérielle des tissus du malade.

Les notions nouvelles ont fait voir que la formation du tubercule était sous la dépendance de la contagion bacillaire, mais l'évolution même de la maladie n'a pas varié depuis Churchill, et, comme de son temps, on est d'accord pour constater qu'avant tout, pour guérir un tuberculeux, il est nécessaire de refaire le terrain du malade. On a seulement ajouté des prescriptions hygiéniques nécessitées par la notion nouvelle du bacille et de la contagion, mais en dehors de l'amélioration générale de l'organisme tout le monde est d'accord: point de salut.

La cure par le Sanatorium a-t-elle produit des ré-

sultats complets ? personne n'oserait le dire. Lisez la discussion très libérale qui a eu lieu en 1899 à la Société de thérapeutique sur le sanatorium, et vous contesterez que pas un médecin n'a pu prouver que la sanatorium était capable d'amener à lui seule la guérison tous reconnaissent qu'en plus des mesures d'hygiène, qu'en plus du régime, il faut médicamenter le malade et surtout reconstituer le terrain.

Il suffit de lire le chapitre des traités de thérapeutique consacré à l'énumération des remèdes employés pour combattre la tuberculose, pour constater que toute la droguerie y a successivement passé, à ce point qu'on est obligé maintenant de créer des corps chimiques pour trouver du nouveau. Ces insuccès perpétuels devraient ouvrir les yeux, car ils démontrent trop clairement qu'il est inutile de chercher à guérir un phtisie dont le terrain n'a pas été reconstitué. Or, c'est à cette reconstitution que Churchill a toujours visé et il a toujours eu soin de le dire très haut : la phtisie peut être guérie, mais à la condition que le malade ne sera pas pris trop tard,—si la lésion est au début, la guérison sera rapide—mais le jour où le sujet a attendu trop longtemps et présente déjà un envahissement considérable du poumon avec lésions en voie de ramollissement également étendues, ce jour-là il est trop tard pour guérir, on peut seulement espérer lutter.

C'est l'Hypophosphite de chaux qui rendra les plus grands services dans le traitement de la tuberculose.

**RÈGLES DU TRAITEMENT.** — Les Hypophosphites stimulent à la fois l'innervation; l'hématose et la nutrition, mais pour que les effets produits par cette action soient favorables au malade et amènent la guérison de son affection, il faut qu'elle ne dépasse pas une certaine limite et que les changements qu'elle produit dans l'économie soient amenés lentement et d'une manière en quelque sorte presque insensible. C'est faute de comprendre ce principe et les conséquences qui en découlent, que l'on voit quelquefois succomber les phtisiques qui réunissaient toutes les conditions pour guérir si la médication eût été employée d'une manière plus judicieuse.

Dans les maladies sans lésion organique, l'emploi des Hypophosphites, même à trop haute dose ou continué d'une manière trop prolongée, n'offre, en général, aucun inconvénient; le malade éprouve un certain malaise, cesse la médication et tout rentre dans l'ordre par la simple suspension du traitement. Il en est de même dans les maladies à lésion organique (telles par exemple que la phtisie) lorsque la médication n'est donnée qu'à titre de préervatif ou lorsque les lésions sont peu avancées. Si donc chez un malade soupçonné seulement de phtisie, il survient pendant le cours du traitement préventif des troubles qui n'existaient pas auparavant, il suffira, en général, de diminuer les doses du médicament ou de le suspendre pendant quelques jours. Ainsi, nous l'avons déjà dit, il faudra se garder

d'y renoncer entièrement, comme on le fait quelquefois, car les Hypophosphites offrent le seul moyen de guérison connu.

Mais lorsqu'il s'agit d'un cas de phtisie avancée ou déjà ancienne, les choses ne se passent pas toujours de la sorte. Dans ce cas, les troubles produits par l'emploi injudicieux des Hypophosphites, soit parce qu'ils ont été donnés à trop haute dose, soit parce qu'on les a administrés pendant une trop longue période sans interruption, ne cessent pas toujours par la suspension du traitement, mais demandent l'emploi de moyens particuliers. Dans ces cas avancés, l'issue de l'affection dépendra donc le plus souvent, comme nous l'avons déjà dit, de l'habileté du praticien à manier les Hypophosphites et de son habitude de saisir les indications ou les contre indications de leur emploi.

Voici quelques-uns des signes auxquels on reconnaît que les Hypophosphites ont été donnés à dose trop élevée et qu'il faut en suspendre momentanément l'emploi. Ces signes peuvent se présenter soit seuls, soit réunis en nombre plus ou moins grand :

Courbature ou lassitude, douleurs vagues, somnolence, mal de tête, bourdonnements d'oreilles, vertiges, perte subite de l'appétit ou des forces, et surtout saignement du nez, quand même celui-ci n'aurait été que de quelques gouttes.

Enfin il existe certaines conditions morbides qui fournissent au praticien des indications importantes. En voici les principales ;

1° On ne doit pas commencer l'emploi des Hypophosphites pendant un état inflammatoire aigu, mais attendre que celui-ci ait été combattu par des moyens appropriés ;

2° On doit, dans la plupart des cas, suspendre momentanément l'emploi des Hypophosphites si, pendant le cours du traitement, le malade vient à être atteint d'une complication inflammatoire, mais les reprendre aussitôt que les signes aigus de la complication auront disparu ;

3° On ne doit pas employer les Hypophosphites pendant une hémoptysie à forme dite active, mais les donner au contraire hardiment et sans crainte d'accidents contre les hémoptysies chroniques ou à forme passive :

4° On surveillera avec un soin tout particulier les effets produits par la médication chez les malades atteints d'une affection du cœur.

Il va sans dire que ces considérations, sur lesquelles il nous est impossible d'insister trop longuement s'appliquent non seulement au traitement de la tuberculose pulmonaire, mais aussi bien à toutes les manifestations de cette maladie, c'est-à-dire aux *tubercules osseuses, cutanées (lupus) ou viscérales* quelconques, à la *péritonite tuberculeuse* et à la tuberculose cérébrale ou *méningite tuberculeuse*, cette maladie si terrible de l'enfance.



La scrofule peut en réalité être considérée comme une *tuberculose glandulaire*, par conséquent ses manifestations sont éminemment justiciables du traitement par les Hypophosphites. On emploiera donc contre elle le sirop d'Hypophosphite de Chaux ou celui de Soude.

#### La tuberculose dans les établissements d'enseignement secondaire publics

Dr René MATTON (de Salies-de-Béarn). — Envisageant au point de vue de l'hygiène scolaire et de la prophylaxie individuelle des maîtres et des élèves la question de la tuberculose pulmonaire chronique dans les lycées et collèges, le Dr Matton appelle l'attention du Congrès sur les importants desiderata que présente encore l'organisation de ces établissements. Il montre la fréquence relative de la tuberculose dans le personnel enseignant si digne d'intérêt, et le danger permanent que présentent les professeurs et les maîtres répétiteurs malades pour les locaux qu'ils contaminent et pour les élèves qu'ils exposent.

Le Dr MATTON émet, en terminant, les vœux suivants :

1° Recrutement plus rigoureux au point de vue de la prédisposition à la tuberculose des futurs professeurs, dès leur entrée dans la carrière de l'enseignement ;

2° Initiation précoce de ceux-ci aux éléments de l'hygiène scolaire et de la prophylaxie antituberculeuse.

3° Surveillance plus stricte de la part de l'administration éclairée, par un personnel médical mieux recruté et plus important, on par des *Conseils d'hygiène universitaire*, — supérieur et académiques (Surmont, de Lille), — de tout ce qui concerne la santé des professeurs et en général des personnes qui vivent en contact direct et journalier avec les élèves externes ou internes dans les établissements d'enseignement secondaire public.

4° Enfin, mise en traitement des malades dans un sanatorium, autant que possible spécialement réservé et par suite accessible aux membres de l'enseignement secondaire, de façon que ceux-ci puissent, avant qu'il soit trop tard, enrayer le développement de leur mal et obtenir la guérison.

Bien entendu, envoi en congé, d'office et d'urgence, de tout malade atteint de tuberculose ouverte.

(Congrès Français de Médecine).

#### Anevrismes vrais et anevrismes faux

M. Destot présente des considérations relatives au diagnostic des anévrismes vrais et faux. On sait combien le diagnostic est difficile, car souvent l'anévrisme ne donne de signes qu'à une période très avancée de son évolution. En revanche, différentes affections peuvent imposer l'idée d'un anévrisme, alors qu'en réalité

on ne trouve rien qui la légitime. La radioscopie est dans ces cas d'un très grand secours.

Voici différents types de faux anévrismes :

Chez les névropathes, on voit souvent survenir à la suite d'un éréthisme cardiaque, se manifestant par des palpitations et des intermittences, l'obsession de l'anévrisme. Le malade sent son cœur, il a de l'angoisse précordiale, souvent même de la fausse angine de poitrine avec constriction des poignets et, chose curieuse, de la différence dans l'intensité des pulsations. Comme la notion de l'anévrisme est très populaire, le malade se croit atteint, cesse son travail, le notaire quitte son étude, l'avocat sa robe, le militaire son épée, malgré les conseils qui n'arrivent pas à le convaincre à l'inanité de ses craintes.

La radiographie lui donne seule la preuve écrite et sert souvent à supprimer la suggestion du malheureux.

À côté de ces anévrismes *sine materia*, on voit souvent des abcès de la paroi thoracique, abcès d'origine costale ou sternale, battants et fluctuants plus ou moins accompagnés de souffles vasculaires et recevant dans la région précordiale les impulsions du cœur qui sont pris pour des dilatations aortiques. Les cas en sont fréquents et des maîtres s'y sont trompés. La radioscopie démontre encore facilement l'erreur.

Il existe aussi des médiastinites, tenant à des infections ganglionnaires soit grippales, soit tuberculeuses qui, par l'augmentation de densité du tissu cellulaire du médiastin, arrivent à donner à la paroi des battements tellement nets qu'on peut les amplifier en appuyant le stéthoscope. Souvent aussi les vaisseaux comprimés donnent naissance à des souffles, et comme ce sont là les principaux signes de l'anévrisme le diagnostic est porté. Quelquefois même il arrive que ces médiastinites sont accompagnées de fièvre et de symptômes généraux et on pense à une endocardite ou à une aortie. Ici encore la radioscopie permet de rectifier le diagnostic. Les tumeurs malignes du poumon en refoulant l'aorte qui apparaît battant sur le bord droit du sternum peuvent donner naissance à des méprises.

## CHIRURGIE

Les différents procédés d'anesthésie chirurgicale  
(Ether, Chloroforme, Chloréthyle, Cocalne  
locale et lombaire)

par CHAPUT

Il y a peu d'années, vers 1890, à l'exception de M. Reclus qui venait d'inaugurer brillamment sa méthode d'anesthésie locale à la cocaïne, les chirurgiens de Paris employaient le chloroforme comme unique procédé d'anes-

thésie. Quelques années après, en 1894, à la suite de ma publication sur l'éther, cet anesthésique se posait parmi nous en rival redoutable du chloroforme. A la même époque, le chloréthyle employé localement restreignait le champ de l'anesthésie générale, mais dans une faible mesure. C'est également vers 1895 que la méthode de Reclus commença à entrer dans la pratique courante pour les petites interventions.

En 189, Taffier nous fit connaître la rachi-cocainisation, et la même année Soulier, Hacker nous apportaient le chloréthyle comme un anesthésique général de premier ordre.

Depuis quelques années, la cocaïnisation locale fait des progrès croissants, et se pose avec la cocaïne lombaire en rivale résolue de l'anesthésie générale, laquelle n'est plus exclusivement représentée par le chloroforme, mais aussi par l'éther et le chloréthyle.

Pour mesurer le terrain perdu par l'anesthésie générale, j'ai relevé toutes mes opérations depuis le 1er Avril 1901 jusqu'au 1er Mai 1902.

Sur 466 anesthésies chirurgicales, je compte 337 anesthésies locales ou lombaires et 129 anesthésies générales. C'est dire que je n'ai employé l'anesthésie générale que dans 27 pour 100 des cas ; je pourrais dire 25 pour 100 seulement, car beaucoup des anesthésies générales que j'ai faites auraient pu être avantageusement remplacées par la cocaïne locale ou lombaire.

Les 337 anesthésies locales se subdivisent en 238 anesthésies lombaires, et 89 cocaïnes locales.

Les 129 anesthésies générales sont composées de 103 anesthésies mixtes par l'éther ou le chloréthyle au début, suivis du chloroforme, et 25 anesthésies par l'éther. Ces chiffres ne donnent pas l'expression exacte de ma pratique, beaucoup d'opérations au chloroforme ayant été faites en mon absence par mes internes, par le chirurgien de garde ou par mon collègue Beurnier qui m'a remplacé.

J'ajouterai que pendant l'hiver mon service est très mal chauffé, les malades y contractent des congestions pulmonaires qui me forcent à employer le chloroforme plus souvent que je voudrais, car avec l'éther les congestions pulmonaires sont plus fréquentes qu'avec le chloroforme.

Enfin, je n'emploie le chloréthyle que depuis peu de temps, et je suis persuadé qu'il supprimera à l'avenir le chloroforme pour toutes les opérations courtes pour lesquelles le chloroforme ou l'éther étaient employés autrefois.

J'administre le chloréthyle de la façon suivante : une compresse pliée en quatre doubles carrés, de 10 à 12 centimètres de côté est épinglée sur un carré de taffetas gommé de mêmes dimensions. On la place dans le creux de la main gauche, tandis qu'avec la droite on projette un fort jet de chloréthyle avec un ou deux tubes de Kélène.

Quand il s'est formé sur la compresse une tache de

la largeur de la paume, on l'applique hermétiquement sur le nez et la bouche du patient ; après quelques inspirations, celui-ci s'endort en trente à quarante secondes. L'anesthésie ne persiste que quelques minutes, de telle sorte qu'il faut ou renouveler la dose de chloréthyle ou passer à l'éther, ou au chloroforme. Le chloréthyle est très bénin, mais il ne peut servir pour les opérations un peu longues, car le malade se réveille et se rendort sans cesse, de telle sorte que l'anesthésie prolongée serait par trop tumultueuse.

Le chloréthyle s'emploie donc soit pour commencer l'anesthésie générale, soit pour les opérations très courtes.

L'éther me paraît le meilleur agent pour l'anesthésie générale ; il reconnaît cependant plusieurs contre-indications : on ne peut l'utiliser chez les malades qui ont dépassé soixante ans, ni chez les obèses, les emphysemateux, les asthmatiques, les touseurs, les enrhumés, à cause des congestions pulmonaires très graves qu'il détermine. On ne peut l'employer dans les opérations sur la face, ni sur les malades trachéotomisés. Il est contre-indiqué pour la chirurgie cérébrale. Chez certains malades il provoque une agitation violente, une sorte de délire furieux qui peut rendre l'anesthésie impossible. D'autres deviennent bleuâtres, asphyxique d'autres ont des mucosités abondantes dans les bronches d'autres enfin présentent des syncopes d'intoxication. Je dirai aussi que le malade qui a déjà passé sous le masque à éther trouve le procédé si désagréable qu'il se refuse à récidiver.

A part ces exceptions, l'éther est un excellent anesthésique, et il me paraît bien préférable au chloroforme, quoiqu'il soit bien loin d'être aussi bénin que le disent nos collègues lyonnais.

J'ai remarqué qu'il y a entre l'éther et le chloroforme un antagonisme absolu : l'éther dilate la pupille, le chloroforme la rétrécit ; l'éther congestionne la face, augmente le nombre et la force des battements du cœur, le chloroforme pâlit la face, ralentit et affaiblit les pulsations cardiaques. Le premier fait sécréter les bronches, l'autre les sèche ; bien plus, les malades qui supportent mal l'éther supportent bien le chloroforme, et *vice versa*, de telle sorte qu'on peut dire que les deux produits sont l'antidote l'un de l'autre.

Dans ma pratique actuelle, le chloroforme n'est plus que la paria de l'anesthésie ; il bénéficie seulement des cas qui ne peuvent s'accommoder de la cocaïne locale ou lombaire du chloréthyle pulvérisé ou inhalé, ou enfin de l'éther. L'anesthésie générale est indiquée chez les malades qui redoutent d'assister à leur opération ; mais ceux-ci se raréfient de jour en jour à mesure qu'ils apprennent à mieux connaître les dangers de cette méthode.

L'anesthésie générale est indiquée actuellement pour les laparotomies profondes, et encore il n'est nullement prouvé que les perfectionnements de la cocaïne

lombar ne chasseront pas définitivement le chloroforme de la région abdominale. Il est indiqué aussi pour les grosses tumeurs du sein, du cou, pour les opérations sur les grosses branches du trijumeau et pour les grandes opérations sur le cerveau, en attendant le jour prochain où la cocaïne lombar attaquera résolument les tumeurs du sein, et la cocaïne locale, les larges trépanations.

C'est que, en effet, l'anesthésie générale, surtout celle par le chloroforme, est beaucoup plus grave que les statistiques ne l'indiquent. D'après mon expérience personnelle, qui vient confirmer la récente statistique de Terrier, la mortalité du chloroforme est d'environ 2 pour 1000. Elle augmente considérablement chez les malades âgés, cordiaques, athéromateux, infectés, cachectiques, épuisés, chez les grands nerveux qui ont une peur épouvantable du sommeil chloroformique. Si l'on ajoute à ces inconvénients les vomissements souvent tenaces, les congestions pulmonaires et rénales, les chances de paralysies, d'apoplexie, de lésion post-anesthésique, on admettra avec nous que l'anesthésie générale est extrêmement redoutable et que le mieux est de s'en passer le plus qu'on peut.

L'anesthésie locale remédie à merveille aux inconvénients de l'anesthésie générale. Je rappellerai seulement pour mémoire l'emploi du chloréthyle pulvérisé, qui n'est malheureusement applicable que pour des opérations insignifiantes.

La cocaïne locale, introduites en chirurgie générale par Reclus, en 1889, est susceptible d'applications extrêmement étendues.

Reclus ne l'appliqua d'abord qu'à des opérations très simples ; peu à peu, il agrandit le champ de ses recherches et arriva à faire des amputations des bras et même des laparotomies.

Je partage, et au delà, l'opinion de Reclus ; j'ai appliqué la cocaïne à toutes les interventions qu'il a osées, je l'ai même employée dans des cas où il ne s'en est jamais servi. Les chirurgiens français n'ont suivi qu'à regret la voie tracée par leur collègue, n'admettant la cocaïne locale que pour les petites opérations.

Je voudrais, en leur communiquant le résultat de ma pratique, les inviter à user plus largement d'une méthode précieuse entre toutes. C'est qu'en effet la cocaïne locale est d'une bénignité absolue, complète. Elle ne fait courir *aucun risque* dans le sens absolu du mot, si l'on s'en tient aux règles posées par Reclus.

Sur plusieurs milliers d'opérations, notre collègue n'a pas eu un cas de mort ; j'en dirai autant de ma pratique personnelle, bien qu'elle se limite à quelques centaines de cas.

J'ai pratiqué dans ces dernières années toute une série d'opérations importantes avec la cocaïne locale sans un succès.

Cette année même, j'ai exécuté une fois la suture périostique de la rotule et une autre fois la suture des seuls ailerons.

En 1900, à la Pitié, j'ai fait deux fois sur des femmes âgées l'ovariotomie pour des kystes de l'ovaire. Les opérations se sont passées très simplement et sans douleur ; j'ai constaté avec satisfaction que ces malades, loin de ressentir des phénomènes de shock, comme après le chloroforme, paraissaient absolument dans leur état normal, comme si elles n'avaient pas été opérées ; elles purent déjeuner presque aussitôt après l'opération.

J'ai opéré en 1898, à Tenon, une femme qui présentait une énorme tumeur abdominale ; elle était atteinte d'une congestion pulmonaire grave avec dyspnée effrayante, considérablement aggravée par le volume de la tumeur et qui contre-indiquait formellement l'anesthésie générale. Je fis à la cocaïne locale une incision de plus de 20 centimètres et j'arrivai sur un énorme fibrome utérin, kystique, suppuré, contenant 10 litres de liquide ; je réséquai une grande partie de kyste et marsupialisai le reste ; la malade guérit sans complications. Certainement, elle a dû la vie à la cocaïne locale.

(A suivre)

#### Diastasis des vertèbres

par M. PESTEMALZOGLU

L'écartement des vertèbres, consécutif à la rupture presque complète des ligaments qui les unissent, sans luxation, ni fracture, et accompagné d'accidents méningo-médullaires graves déterminant rapidement la mort, constitue la diastasis des vertèbres. M. PESTEMALZOGLU insiste sur ce fait, qu'il ne faut pas confondre la diastasis ainsi définie avec l'entorse qui est un arrachement partiel des ligaments qui ne permet aucun jeu entre les deux vertèbres, et par cela même ne détermine aucune lésion médullaire. L'historique de la question montre du reste la confusion qui existe sur cette question entre les auteurs. Au point de vue étiologique on note presque toujours une chute sur la tête fléchie, il semble que les ligaments interépineux, les ligaments jaunes, les ligaments articulaires, cèdent successivement déterminant ainsi l'inclinaison de la colonne vertébrale sus-jacente en avant. La diastasis a pour siège le plus fréquent la région cervicale inférieure entre les 5e et 6e vertèbres cervicales. La paraplégie complète des membres inférieurs, les supérieurs étant intacts ou légèrement parésés, l'anesthésie constante à ses trois modes et s'arrêtant à la partie supérieure du tronc, l'abolition des réflexes rotuliens, les troubles de rétention des réservoirs la diminution du nombre des mouvements respiratoires, sont des signes constants. L'attitude de la tête est normale, le malade peut la fléchir en avant, la tourner à droite et à gauche, à la palpation et à la vue on ne constate que de l'œdème avec ou sans infiltration sanguine, on provoque une douleur diffuse, mais on ne sent aucune saillie anormale ; le malade meurt rapidement avec

une température élevée, 41 à 42°. Cet ensemble de symptômes permettra donc le diagnostic avec les luxations (saillies anormales), les fractures (douleur localisée). La lésion macroscopique de la moëlle est son écrasement sur une étendue de 3 à 4 centimètres.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## OBSTÉTRIQUE

### De la dystocie par kyste hydatique du bassin

par M. DELACOURT.

2. Les kystes hydatiques du bassin sont en général arrondis et de consistance dure et élastique, rappelant celle de fibro-myomes de l'utérus. Ils siègent le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit en arrière de l'utérus (c'est le siège d'élection), dans la cloison recto-vaginale, ou dans le Douglas, soit en avant et sur les côtés; on en trouve parfois dans la paroi vaginale, près du cul-de-sac postérieur. Ils sont d'après M. Delacourt, très difficiles à reconnaître: la fluctuation, le frémissement hydatique font fréquemment défaut; aussi la nature du kyste n'a presque jamais été diagnostiquée avant l'accouchement. La nature du liquide obtenu par une ponction, et l'issue spontanée des vésicules hydatiques par le vagin ou le rectum ont seules permis, dans quelques cas rares, d'établir un diagnostic ferme.

Ordinairement et quel que soit leur volume, ces kystes ne gênent nullement l'évolution de la grossesse; il exercent une action purement mécanique et ne déterminent que des troubles de compression.

Mais ils sont une cause importante de dystocie. Leur siège n'a aucune influence, leur peu de mobilité ne leur permettant pas de se déplacer. De leur volume au contraire, dépend le pronostic de l'accouchement: les gros kystes s'opposent toujours à l'expulsion du fœtus, aussi la mortalité maternelle est-elle assez élevée, 25 pour 100. En outre la suppuration si fréquente du kyste hydatique devient le point de départ d'une infection généralisée. Le fœtus souffre aussi pendant le travail; il court les risques des opérations quelquefois intempestives; il succombe dans la proportion de 33 pour 100.

On ne doit pas essayer de refouler le kyste, qui est toujours peu mobile; si la tumeur est un peu volumineuse, avant toute intervention sur le fœtus, il faudra lever l'obstacle qui empêche la terminaison de l'accouchement, et pour cela, on fera une ponction qui réussira le plus souvent. Si elle ne suffisait pas, on pratiquerait l'incision simple, ou l'incision suivie

de marsupialisation et de drainage dans le cas de kyste suppuré.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

## MALADIES VÉNÉRIENNES

### Traitement de la blennorrhagie

(SEIDEL.)

Depuis la découverte du gonocoque de la blennorrhagie par Neisser, la question du traitement devient particulièrement intéressante.

Le nitrate d'argent et la créosote sont les plus forts antidotes de l'infection blennorrhagique, d'après les travaux de Neisser.

Ces agents tuent le microbe et coupent la maladie dans les premières 18 à 36 heures seulement qui suivent l'infection.

Si les microbes ont pénétré plus profondément dans le tissu, aucun agent n'est plus capable de s'opposer à leur action et de les détruire.

Dans la 1<sup>re</sup> période, on emploie les antiphlogistiques et la morphine pour calmer la douleur.

Dans la 2<sup>e</sup> période, on s'attaque au catarrhe urétral et à l'action bacillaire.

Selon que le siège de la blennorrhagie est dans l'urètre postérieur, on fait des injections avec une seringue ou au moyen d'un cathéter. On emploie actuellement les solutions suivantes :

Nitrate d'argent.....	0,02 à 0,05 %.
Salicylate de soude.....	5 %.
Résorcine pure.....	2 à 3 %.
Hydrate de chloral.....	2 %.
Sulfate de quinine.....	1 %.
Acide borique.....	3 %.
Créosote.....	0,2 %.
Sublimé.....	0.005 %.

On emploie pour l'action directe contre le développement du gonocoque les solutions suivantes :

Hypermanganate de potasse....	0,02 %.
Sulfate ou acétate de zinc.....	0,2 à 0,5 %.
Tannin.....	0,2 à 0,5 %.
Nitrate d'argent.....	0,02 à 0,05 %.

On associe au traitement local les balsamiques à l'intérieur.

M. Seidel conseille d'employer la même méthode de traitement dans l'endométrite blennorrhagique de la femme.

Il pratique des injections intra-utérines au moyen d'un petit tube élastique de 5 centimètres introduit dans la cavité utérine à l'aide d'une pince.

Le traitement de l'épididymite est le suivant : re-

pos au lit, compresses froides, vessie de glace, emplâtre de Friek.

Le traitement de la *blennorrhagie chronique* est exclusivement local.

Bien déterminer le siège de la blennorrhagie et appliquer les substances astringentes ou antiseptiques. Introduction progressive de sondes s'il y a lieu.

La blennorrhagie chronique utérine est traitée de la même manière : astringents et antiseptiques liquides ou incorporés dans des suppositoires.

*Finger* traite la *prostatorrhée* par l'iode et la chaleur.

Introduire dans le rectum, matin et soir, des suppositoires, selon la formule suivante :

Iodure de potassium.....	2
Iode pur.....	0,05
Extrait de belladone.....	0,02
Beurre de cacao.....	q. s.

pour 10 suppositoires.

Bains de siège.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

#### Mode d'emploi du salicylate de soude dans le rhumatisme blennorrhagique

(BOCKHART)

On admet généralement que le salicylate de soude est à peu près complètement inefficace dans le rhumatisme blennorrhagique.

Administré d'une façon intermittente, ce médicament donnerait cependant d'excellent résultats, d'après Bockhart. 60 cas de rhumatisme blennorrhagique, sur 65, ont été complètement guéris, dans l'espace d'une à trois semaines lorsqu'il s'agissait de simples épanchements articulaires, et au bout d'un à deux mois dans les cas d'arthrite grave.

L'auteur fait prendre aux malades, le premier jour, 8 à 10 grammes de salicylate ; le lendemain, 6 grammes ; après quoi on suspend la médication pendant deux jours. Les cinquième et sixième jours, la dose est encore de 6 grammes. Nouvelle interruption de trois jours, puis on donne 4 grammes au minimum mais par dose de 50 centigrammes au lieu de 1 gramme. On continue ainsi à alterner les périodes de traitement et celles de repos jusqu'à guérison complète ou, tout au moins, jusqu'à disparition des douleurs dans les jointures.

(*Semaine méd. — Ann. thérap.*)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Teinture d'iode dans l'érysipèle

par P. TANFILLER

Le traitement de l'érysipèle par la teinture d'iode a été recommandé encore par Pirogov et, quoique plusieurs auteurs en aient obtenu d'excellents résultats, les traités ne mentionnent ce traitement qu'en passant, sans s'y arrêter. Et cependant il le mérite. M. Tanfiller qui l'a expérimenté à côté d'autres médicaments, tant vantés ces derniers temps, notamment de l'ichtyol, est d'avis que dans bien des cas, la teinture d'iode est supérieure à nombre d'autres médicaments. Dans un grand nombre de cas, elle exerçait une action abortive remarquable ; dans les cas les plus graves, elle amenait en quelques jours la cessation du processus. Enfin les cas, très rares, où la teinture d'iode échouait, ne cédaient pas non plus aux autres médications.

La technique était la suivante : si la plaque était de petite étendue, on le badigeonnait tout entière ainsi qu'une zone périthérique de tissu sain ; si elle était très étendue, on ne badigeonnait que sa périthérie, ainsi qu'une petite zone voisine de tissu sain ; en tout dans une étendue environ de 4 centimètres ; les badigeonnages étaient répétés trois fois par jour, de façon à entretenir toujours la teinte foncée saturée de la peau badigeonnée.

Dans 13 cas sur 42 (dont 12 de la face et un au voisinage d'une eschare fessière) le processus s'est arrêté dès le premier jour, et la température revenait à la normale le soir ou le lendemain matin après le premier badigeonnage.

Dans 19 cas, la marche de la maladie a été arrêtée le second jour après les badigeonnages ; dans trois de ces cas, le processus local s'est arrêté deux jours après le début du traitement, mais la température n'est tombée qu'au quatrième jour.

Dans un cas, l'érysipèle avait tendance à devenir suppuratif ; la teinture d'iode en a arrêté net la marche en deux jours.

Dans 7 cas, l'érysipèle a duré de cinq à neuf jours.

Comme nous l'avons déjà dit, le traitement a échoué dans 2 cas, mais ici l'ichtyol, ni d'autres médications n'ont donné de meilleur résultat, jusqu'à ce que le processus s'arrêtât spontanément, d'après l'avis de l'auteur.

Jamais l'auteur n'a observé le moindre inconvénient à ce traitement, ni aucun phénomène secondaire pénible ou désagréable. Il peut être appliqué sur toute la surface du tégument externe, même sur les paupières.

(*Médecine scientifique, — Ann. thérap.*)

**Action physiologique et thérapeutique du Guaco**

par le Dr BUTTE.

M. le Dr Butte a étudié d'abord l'action physiologique d'une plante qu'on trouve dans les terrain hauts d'une province du Mexique (Guaco, *Aristolochia cymbifera*).

Il résulte de ses recherches que cette plante, entre autres propriétés, fait disparaître le pouvoir sensitif des nerfs de la vie de relation, et que cette disparition est due à la paralysie des centres nerveux sensitifs. Ces indications furent vérifiées par l'expérimentation physiologique ont amené le Dr Butte à l'essayer dans les affections où les centres nerveux sensitifs sont irrités : névralgies, eczéma prurigineux, prurigo d'Hebra, prurit généralisé, prurit sénile, prurit ano-vulvaire, prurit des parties génitales de l'homme, etc., etc.

La clinique a été d'accord avec la physiologie, et les malades atteints des affections ci-dessus ont été rapidement guéris à la suite de l'administration *intus* et *extra* du Guaco.

(Académie de méd.)

**Les incompatibilités de l'antipyrine**

La *Gazette des Hôpitaux* signale les différentes incompatibilités connues de l'antipyrine :

1° Les substances qui contiennent de l'acide azotique (nitrite d'amyle, nitrite d'éthyle, etc.) donnent, avec l'antipyrine un produit de couleur verte, l'isonitro-antipyrine ; que cette substance soit toxique par elle-même ou par ses produits de décomposition, il faut éviter de donner ensemble l'antipyrine et les substances qui contiennent de l'acide azotique ;

2° L'antipyrine donne avec le perchlorure de mercure une combinaison très toxique ;

3° Les solutions d'antipyrine précipitent par le phénol.

4° L'antipyrine et le salicylate de soude pulvérisés et mélangés donnent une masse gluante, mi-liquide ;

5° L'antipyrine et le chloral donnent ensemble un liquide huileux, qui ne présente plus la réaction des composants ;

6° L'antipyrine et le naphthol b mélangés donnent un produit qui ne tarde pas à se liquéfier ;

7° Les solutions d'antipyrine précipitent par le tannin (Quinquina, Iodo-tannique).

8° L'antipyrine élève le coefficient de solubilité de la caféine et des sels de quinine.

(Le concours médical.)

**HYGIÈNE****Nouveau procédé de désinfection**

M. le Dr Rappin, de Nantes, a fait de nombreuses

recherches sur un nouveau procédé de désinfection étudié par M. le Professeur A. Gauthier.

Ce nouveau procédé consiste dans la production de formaldéhyde à l'état de vapeurs, mises en liberté par la volatilisation du trioxyméthylène.

Pour produire ce résultat, cette substance est enfermée dans une sorte de cartouche plus ou moins volumineuse, composée de deux enveloppes, l'une extérieure formée d'une substance facile à enflammer, l'autre intérieure, métallique et contenant le trioxyméthylène.

Lorsque l'on enflamme l'enveloppe extérieure, celle-ci en brûlant élève la température de l'enveloppe métallique à un degré suffisant pour amener la volatilisation du composé qui doit donner naissance aux vapeurs du formol.

L'appareil qui sert à l'application de ce procédé s'appelle le fumigator.

M. Rappin affirme que cet appareil "s'est montré très efficace et que lorsqu'il a échoué, c'est qu'on s'adressait à des germes de vitalité peu ordinaire, et placés dans des conditions où l'on n'est guère susceptible de les rencontrer dans le cours ordinaire des choses (culture en bouillon, sur géloses, etc.).

Dans les poussières même tamisées et disposées sur une épaisseur relativement assez grande (3 millimètres) le seul germe qui ait résisté est le *bacillus subtilis* dont les spores, comme celles de quelques autres espèces, possèdent une résistance toute particulière.

"Enfin, l'un des résultats qui nous a le plus frappé, et que nous désirons voir se confirmer par de nouvelles expériences, est celui qui se rapporte à la destruction du bacille de la tuberculose dans les couches de crachats suffisamment épaisses pour se rapprocher de ce qu'on observe ordinairement.

"La démonstration de cette désinfection spéciale et si intéressante, nous a été fournie dans une seule observation, il est vrai, mais très nettement, par l'état de deux cobayes inoculés avec les crachats tuberculeux après traitement par les vapeurs : après deux mois de mise en expérience, ces deux cobayes étaient demeurés entièrement indemnes. C'est là un fait très important et qu'il convient de signaler.

"Pour ces raisons, nous estimons que le fumigator constitue un progrès très intéressant, puisqu'en conservant le bénéfice du principe de la désinfection par l'al-déhyde formique, il en augmente peut-être l'activité et dans tous les cas, présente son application sous une forme très ingénieuse et très pratique".

(Le concours médical.)

## FORMULAIRE

### FORMULE CONTRE LA COQUELUCHE

Si nous avons à choisir parmi les nombreuses médications de la coqueluche, nous donnerions la préférence à la terpine, surtout si la coqueluche s'accompagne d'une sécrétion catarrhale abondante avec excès de mucosités bronchiques. On peut l'associer à l'antipyrine ou à la belladone, quand les quintes sont intenses et répétées, par exemple sous la formule suivante :

Terpine.. . . . .	1 g. à 1 g. 50
Antipyrine.. . . . .	1 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.. . . . .	90 gr.
Eau de tilleul.. . . . .	60 gr.

### TRAITEMENT DES CANCROÏDES

Certaines diarrhées sont dues à une insuffisance de la digestion stomacale. Dans ces cas, on peut obtenir une amélioration rapide et même une guérison complète par l'usage de l'acide chlorhydrique.

On peut employer alors la formule suivante :

Acide chlorhydrique du Codex.. . . . .	6 à 8 gr.
Sirop de limon.. . . . .	130 gr.
Eau distillée, q. s. p.. . . . .	1 litre.

On prescrit un grand verre à pied de cette limonade, à boire dans le courant des repas. Les malades ont la faculté de la boire pure ou en la mélangeant avec parties égales d'eau. On peut d'ailleurs employer beaucoup d'autres formules. Mais il est nécessaire de donner des doses assez élevées d'acide chlorhydrique.

### CONTRE LA DIARRHÉE

Voici la formule de S. Cerny et Trunecek pour le traitement des cancroïdes :

Acide arsénieux.. . . . .	1 gramme.
Alcool éthylique.. . . . .	ââ 75 "
Eau distillée.. . . . .	

On badigeonne avec ce liquide la surface du cancroïde, au préalable abstergee et cruentée au besoin. Le lendemain et les jours suivants, on fait une nouvelle application et quand la croûte s'est épaissie, on se sert d'une solution plus concentrée (40 grammes d'alcool et d'eau). Lorsque la place ne présente plus d'induration ni sur ses bords ni dans sa cavité et qu'elle se transforme en une plaie bourgeonnante recouverte d'une fine pellicule blanchâtre, on la panse

avec une pommade boriquée au 1/10 et on évite les cicatrices.

Aujourd'hui, Trunecek pense qu'on peut supprimer l'alcool.

Ceci est une nouvelle preuve que les découvertes modernes ne sont souvent qu'apparentes, car c'est revenir à la formule ancienne, à la "pâte arsenicale du frère Côme :"

Arsenis blanc.. . . . .	1 gramme.
Cinabre.. . . . .	5 "
Eponge calcinée.. . . . .	2 "

Pulvérisez.

Au moment de s'en servir, dit Bouchardat, on délaye la poudre dans un peu d'eau jusqu'à consistance de bouillie et, avec un pinceau, on en étend légèrement une médiocre quantité. On recouvre d'agarc mouillé. L'eschare tombe 10 à 30 jours après.

M. Danlos a proposé une formule faite pour combattre la douleur que provoque le caustique :

Chlorhydrate de cocaïne.. . . . .	ââ 1 gramme.
Acide arsénieux.. . . . .	

### BIBLIOGRAPHIE

*Du pouvoir rotatoire des sérums et de ses relations avec leur minéralisation*, par M. GAUBE.

Leçon d'ouverture du cours de Minéralogie Biologique (In 4, 25 pages. A Maloine, éditeur, 25, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.)

*The Antirabic Vaccinations at the New York Pasteur Institute during 1900 and 1901*, by George Gibier Rambaud, M. D. of New York. (In 8 de 23 pages; tiré à part du *Médical News*).

*Intubation du larynx (Instruments, technique, avantages*, par le Dr Péren Arendano, ancien interne des hôpitaux de Duéno-Aires, membre correspondant de la Société de Pédiatrie de Paris. Avec une préface du Dr Marfan, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'Hôpital des Enfants Malades. Un vol. in-12 de 274 pages avec 67 figures dans le texte, 10 tableaux synoptiques et un tirage hors texte. Prix broché : 4 francs. C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.

*Conférence pour l'internat des hôpitaux de Paris*, par J. DUBOIS Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de

Paris, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 43 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 fr. (Librairie J.-B. Baillièrre et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris)

Ces "Conférences de médecine clinique" comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* ; I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plevre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Mœlle. — X, Mœlle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX, et XX, Reins, Urétères, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée termine l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui conçoit mal à la simple lecture ; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

## Coq-a-l'ane medicaux

*Syphilis héréditaire.* — Voici le traitement de Jacob : — Un enfant syphilitique sera toujours nourri par sa mère et jamais par une nourrice ; le traitement sera suivi pendant deux ans, avec des intervalles de repos. Le mercure n'affecte pas la bouche et les intestins comme chez l'adulte. Le mercure donné à la mère ne suffit pas. Le calomel, 1/8 de grain, trois fois par jour, pendant plusieurs semaines. Du fer, si l'enfant est anémique. On peut donner du mercure à la craie, 1/6 à 1/3 de grain. Les frictions avec de l'onguent gris peuvent être utiles, mais aussi sont aptes à causer des ennuis, vu la sensibilité de la peau chez l'enfant. Dans les cas urgents, on peut administrer hypodermiquement, tous les jours, 10 à 15 gouttes de la solution suivante : Bichlorure, 1 partie ; chlorure de sodium, 2 parties ; eau, 200 à 300 parties. On devra injecter profondément dans le tissu musculaire. Dans le cas de lésions cutanées étendues, le bain de sublimé, 1 pour 1000, agit bien. Dans la syphilis tardive, on emploie l'iodure de potassium. Si l'iodisme affecte une muqueuse, on utilise le chlorate de potasse et l'atropine. (*St. Louis Courier of Medecine.*)

*En consultation.* — Docteur, je ne vais pas bien, mon sommeil est troublé par des cauchemars, et surtout par des visions de femmes complètement nues.

— Très bien, mon cher ami. Vous prendrez tous les soirs, avant de vous coucher, une infusion de feuilles de vigne. (*Lyon méd.*)

*La maladie d'Isambert.* — C'est la tuberculose miliaire aiguë du pharynx et du larynx. Cette maladie est rare et, dit Escat, incontestablement au-dessus des ressources de l'art ; on ne pourra diriger contre cette forme implacable qu'une médication purement calmante : badigeonnages mentholés, pulvérisations à la cocaïne ou à l'holocaïne, glace et aliments froids. Elle s'observe généralement chez des sujets déjà entachés de tuberculose pulmonaire chronique ou même au cours d'une tuberculose aiguë ou d'une granulie. Elle débute comme une angine infectieuse aiguë, par une dysphagie intense et de la fièvre. Tout le pharynx est envahi par une rougeur généralisée ; le voile, les piliers, la luette, les amygdales se couvrent de granulations miliaires blanches, grisâtres ou jaunâtres. Des petites ulcérations se forment et se fusionnent, la déglutition devient très pénible, la salivation abondante. Il y a presque toujours de l'adénopathie sous-maxillaire. Les symptômes laryngés sont en rapport avec les lésions : douleur, dyspnée, aphonie plus ou moins complète et de durée variable.

Garrel vient de présenter à la Société des hôpitaux de Lyon un cas où le voile, les piliers et les amygdales étaient pris, mais où, contrairement à la règle, le larynx était indemne. Il rappelle que la durée varie de six semaines à deux mois au maximum, et que cette terminaison rapidement fatale est due à la fois à l' inanition et au développement concomitant de lésions pulmonaires très étendues, souvent aiguës.

Gougenheim aurait guéri par l'excision, un cas de tuberculose aiguë limitée à la luette.

*Vaccination inutile.* — Les policemen n'ont guère besoin d'être vaccinés, dans la ville de Montréal surtout. Ils n'attrapent jamais rien, pas même un simple filou.

*Le diagnostic différentiel de la variole.* — Le docteur J. C. Sullivan, de Cairo, III. (*Tri-State Med. Soc.*) insiste sur les points suivants : Lorsqu'un patient plaint d'une rachialgie intense et persistante, suivie d'une éruption pustuleuse envahissant la paume des mains et la plante des pieds, soulevant l'épiderme, il s'agit à coup sûr d'un cas de variole quelque léger qu'il soit et qui peut donner, par contagion, une variole confluente ou hémorrhagique. Il n'existe que deux maladies qui peuvent présenter ces symptômes : la variole et la syphilis ; l'histoire de l'évolution de cette dernière décide facilement du diagnostic.

Quant à la rougeole, le signe de Koplik, lorsqu'il



existe, peut aider (Petites granulations perlées, sur la surface interne des joues avant l'apparition de la rougeur pharyngienne). Le rash couleur de homard et la langue framboisée trahit la scarlatine; un rash multiforme, ponctiforme ou en croissant, le röheln; une poussée de vésicules à l'omoplate, la picote volante. La présence et les caractères de l'éruption plantaire et palmaire différencient de l'impétigo, de l'eczéma ou du lichen.

Nous avons bien des fois entendu feu notre regretté maître, le docteur Laramée, insister sur la sensation particulière que donne au doigt la papule variolique: celle d'un grain de plomb sous l'épiperme. Maintes fois lors de l'épidémie de 1885, nous avons reconnu l'utilité de ce signe pour établir un diagnostic précoce. Dans cette épidémie, nous avons remarqué aussi, dès le début de la maladie, avant l'éruption, une expression particulière de la figure: celle-ci semblait tombées et la peau d'une couleur plombée, quasi livide. Surtout autour des yeux et au-dessous des arcades zygomatiques. Avec ce facies nous avions, à coup sur, affaire à un cas de variole.

*Opération financière.* — Isaac Cohen est dans la jubilation: son fils Abraham a avalé, il y a deux ans, une pièce de cinq dollars. Le chirurgien vient de lui faire une laparotomie et il a trouvé dans le ventre du petit circoncis cinq dollars et trente-deux cents. (Capital et intérêts composés.)

*La bêtise humaine jusque dans la mort.* — Un jeune homme riche passe chez un entrepreneur de pompes funèbres, chez qui un cadavre avait déposé, pour identification. Il cru reconnaître la dépouille mortelle de son père et donna des ordres pour un superbe enterrement. Tout d'un coup, sur le point de partir, il s'aperçoit que la mâchoire du défunt est tombée, laissant voir un dentier. Ce n'est pas mon père, dit-il, en quittant la maison. Le croque-mort sortit le cadavre d'un superbe cercueil dans lequel, il l'avait placé, en lui disant: Sapré imbécile, si tu t'étais fermé la gueule tu aurais eu un enterrement de première classe; bêta, va!

NIRE.

---

**NOUVELLES.**


---

**MARIAGE :—**

A Sandy Bay, comté de Matane, le 23 courant, M. le docteur Joseph Gauvreau, de Rimouski, conduisait à l'autel, Mlle Augustine, fille unique de M. le notaire I. E. L'arrivée.

Nos félicitations.

---

**MORT DU DOYEN DES MEDECINS DU DISTRICT DE QUEBEC**

Une figure bien connue vient de disparaître de la paroisse de Deschambault, en la personne de F. X. Mayrand, médecin, âgé de 85 ans. Né en 1818, de Antoine Mayrand, cultivateur, et de Marie-Louise Germain. Il fit d'abord son cours élémentaire sous les soins de M. Dénéchaud, ancien curé de la paroisse. Il étudia ensuite la philosophie au Séminaire de Nicolet, puis sa cléricature à Québec. Reçu médecin en 1840, il se fixa à la Pointe aux Trembles où il demeura une année. Il épousa alors Flavie Beaudry, de la Pointe aux Trembles, qui l'a précédé au tombeau, il y a deux ans. Il vint se fixer ensuite à Deschambault, sa paroisse natale, où il a toujours demeuré depuis. Pendant cinquante ans il a pratiqué son art avec dévouement. Etant le doyen des médecins du district de Québec il fut en 1898 nommé président honoraire de la société médicale du comté de Portneuf. Il fut longtemps maire de la paroisse et préfet du comté de Portneuf. En 1890, étant appelé au chevet d'un malade, il fut frappé de paralysie, qui l'a conduit lentement au tombeau. M. F. X. Mayrand eut dix enfants, dont sept lui survivent. Le Révérend S. Mayrand, curé de St-Isidore de Dorchester; M. S. C. Mayrand, médecin de Deschambault; M. Th. Mayrand, médecin de St-Alphonse de Chicoutimi; M. P. Mayrand, cultivateur de Deschambault; Félicité, épouse de Tancrède Bouillé, pilote, et Delles Wilhelmine, Ernestine et Hectorine, épouse de M. Laurent Gauthier, pilote, décédée il y a douze ans.

Il est aussi premier président et un des fondateurs du Cercle Agricole.

Nos condoléances à la famille.

---

**LES NOUVEAUX OFFICIERS DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS CANADIENS-FRANÇAIS DE L'AMÉRIQUE DU NORD**
*La prochaine réunion aura lieu à Montréal*

Voici quel a été le résultat des élections au Congrès des médecins :

Président, M. le Dr Foucher, de Montréal;

1er vice-président, le Dr Ahern, Québec.

2e vice-président, le Dr Petit, de Nashua, N. H.

3e vice-président, le Dr Bouleau, Calgary, T. N. O.

Secrétaire-général, le Dr Lesage, Montréal.

Secrétaire général, division de Québec, le Dr Art. Simard, Québec.

Trésorier-général, le Dr Boucher, Montréal.

Trésorier général, division de Québec, le Dr Marois, Québec.

Le prochain congrès de l'Association aura lieu à Montréal, lors des noces d'argent de l'Université Laval de Montréal.

## Supplement Litteraire

### Conduite a tenir lorsque le client change de medecin

D'où naissent habituellement les querelles entre confrères, surtout à la campagne ? — De ce qu'une famille quitte un médecin pour recourir aux soins d'un autre, et cela sans que le premier ait aucunement démérité. Et cependant, la *liberté qu'a le malade de choisir son médecin, de le changer pour en prendre un autre, est absolue*, sous la réserve toutefois que cet autre médecin puisse accepter de donner ses soins sans manquer à certaines règles professionnelles ; ces règles, variables d'ailleurs suivant les régions, sont basées en partie sur les usages, en partie sur le bon sens et doivent toujours respecter les intérêts du malade.

Pour les établir distinguons plusieurs cas :

a) Un habitant du pays, depuis plusieurs semaines bien portant, se trouve pris de malaises ; soigné antérieurement par le Dr A., il a décidé de recourir au Dr B., c'est-à-dire à vous, et il vous informe franchement de cette résolution. Qu'allez-vous faire ? — Vous rendre à l'appel du malade, l'examiner, lui indiquer les soins nécessaires. Il faut en même temps vous enquérir discrètement des raisons pour lesquelles on n'a pas appelé le Dr A. ; on est décidé à le changer, tâchez de savoir si cette décision est irrévocable.

Certains médecins prétendent qu'en pareil cas, le Dr B. doit s'assurer auprès de son nouveau client qu'il a réglé les honoraires de son prédécesseur, le Dr A. Cette question est controversée ; les uns la résolvent par la négative en disant que le nouveau venu n'a point à s'occuper de ce détail, qu'il serait souvent délicat d'aborder cette question dans une famille que l'on connaît à peine, et qu'enfin cet apparent souci des intérêts du confrère évincé ne cache en réalité qu'un moyen de rendre la rupture définitive entre le client et lui. Malgré ces raisons, il nous semble que le nouveau médecin fera bien d'aborder cette question des honoraires du médecin précédent ; sinon à la première, du moins à la deuxième ou à la troisième visite, il rappellera au client qu'il est d'usage de se mettre en règle avec le médecin que l'on quitte en lui soldant ses honoraires.

Nous sommes en communauté d'idées, ici comme sur beaucoup d'autres points, avec Grasset, lorsqu'il dit : " Si le premier médecin est réglé, tout est facile ; on prend sa place en toute sécurité de conscience.

" S'il n'est pas réglé, on doit exiger que le client lui demande sa note et lui manifeste l'intention de la régler ; il faut même s'efforcer de la faire régler, mais si elle n'est pas réglée immédiatement, nous ne pouvons pas faire attendre nos soins au malade et on n'est pas obligé de s'assurer du règlement de cette note pour commencer à lui donner des soins.

" Seulement, plus tard, vous devrez veiller à ce que le premier médecin soit réglé avant vous, ou tout au moins en même temps. "

Devez vous prévenir votre confrère de cette substitution ? — D'une manière générale, il est préférable de l'en informer par lettre mais ce n'est point une obligation absolue. Cela dépend de vos relations antérieures avec lui ; cela dépend du milieu, des malades et surtout des règles confraternelles adoptées entre médecins de la même région. Il importe que ces règles ne soient pas trop rigoureuses et qu'elles ne soient pas trop restrictives de la liberté des malades : à cet égard, nous avons enregistré les plaintes quelque peu légitimes de plusieurs jeunes médecins qui, arrivant dans un pays avec les meilleures dessein d'entente confraternelle, ont été découragés par les exigences de leurs aînés : ceux ci avaient admis entre eux des règles tellement strictes qu'il était pour ainsi dire impossible à un client de changer de médecin. Il n'y avait plus pour les nouveau-venus qu'à renoncer à la pratique en attendant la disparition de leurs aînés..., ou bien à ne pas entrer dans des associations professionnelles si sévères. C'est à cette abstention qu'ils se résolurent. Il ne faut donc pas édicter de règles trop sévères en ce qui concerne les conditions dans lesquelles un médecin peut, sans cesser d'être très correct, prendre auprès d'un malade la place d'un confrère ; comme l'a fort judicieusement dit Juhel-Rényo : " L'esprit de corps ne peut aller jusqu'à l'oppression du client et il ne faut pas que, pour être plus confrères, nous soyons moins médecins. "

b) Vous êtes mandé auprès d'un malade en cours de traitement, par exemple auprès d'un malade atteint de fièvre typhoïde ; ici la situation change absolument 1° Tantôt c'est à cause d'un incident survenu brusquement — et en l'absence d'un confrère — que vous êtes appelé ; alors même que vous savez le malade en traitement, vous devez vous rendre immédiatement auprès de lui, conseiller ce qui vous semble utile et *prévenir par lettre* le confrère que vous avez *suppléé*. Généralement — surtout si le cas est grave — les deux médecins doivent s'arranger pour revoir au moins une fois le malade ensemble. — 2° Tantôt c'est la famille, inquiète de la marche de la maladie, qui commence à douter du médecin traitant ou qui tout au moins serait désireuse d'avoir votre avis ; elle n'a pas osé exprimer ce désir au médecin dont elle redoute la susceptibilité et elle vous fait demander à son insu. Si vous êtes au courant de cette situation, refusez nettement de vous rendre à cet appel direct ; si, mal informé, vous allez chez le malade, refusez de le voir ; si la famille insiste, examinez le discrètement ; à moins de nécessité, ne faites pas de prescription, dites que vous ne pouvez formuler d'avis qu'après en avoir conféré avec le médecin traitant ; en un mot exigez une consultation avec lui.

c) Enfin la famille a perdu confiance dans le médecin traitant ; elle trouve que la maladie, loin de s'amé-

liorer, prend un certain degré de gravité : tout naturellement, elle en rend le médecin responsable, elle désire, se conformant au vœu du malade, que ce soit un autre médecin qui prenne la direction du traitement. Appelé dans ces conditions, qu'allez-vous faire ? Vous devez accepter de continuer les soins, mais à la condition de vous assurer que le confrère a été prévenu de ce changement. Le mieux en pareil cas est, avec l'autorisation de la famille, de voir le confrère sous le prétexte de savoir quelle a été la marche antérieure de la maladie.

C'est une marque de bonne confraternité que le premier ne devra prendre qu'en bonne part ; de plus, vous pourrez ainsi recueillir sur le malade et sur son entourage des renseignements utiles au point de vue de la conduite à tenir.

Nombreuses sont les nuances qui doivent vous guider en pareille matière ; vous éviterez tout conflit en agissant avec franchise et loyauté, en vous abstenant de toute pratique que vous trouveriez incorrecte à votre égard de la part d'un autre, de toute pratique que vous ne vous sentiriez pas en mesure de légitimer devant une réunion composée de plusieurs praticiens.

#### DANGER DES QUERELLES PROFESSIONNELLES

Quels que soient les torts apparents que puissent avoir vos confrères vis-à-vis de vous, n'usez jamais de représailles : recherchez autant que possible une explication franche et loyale qui très souvent suffira à éviter un malentendu regrettable et définitif. Vous entendrez souvent des confrères, plus ou moins aigris, vous dire que la déontologie est un vain mot, qu'il faut d'abord vivre *per fas et nefas*, que la réussite est à celui qui lutte pour l'existence sans se soucier du voisin. N'en croyez rien ; et cependant n'est-il pas triste de constater que dans nombre d'affaires médico-légales, où le médecin est cité en justice à la requête du parquet ou sur la plainte d'un client, c'est souvent par suite d'une parole imprudente, d'une appréciation malveillante d'un confrère que la justice s'est mise en branle ?

Deux exemples vous montreront jusqu'à quel point peut aller cette méconnaissance des règles les plus élémentaires de la déontologie médicale. Dans le premier cas, un médecin, le Dr X. . . , est demandé en plein été pour un enfant atteint de diarrhée depuis quelques jours. C'est jour de marché dans la localité ; le médecin répond qu'il ne peut se rendre auprès petit malade et conseille une potion anti-diarrhéique en recommandant qu'on lui donne des nouvelles dès le lendemain matin. Les parents ne reviennent que le lendemain soir : le confrère a un nouvel empêchement absolument sérieux et conseille une autre potion. Dans la nuit, l'état de santé du bébé s'aggrave : on va chercher un autre médecin plus rapproché, le Dr Z. . . , qui prescrit un traitement pour le moins singulier. L'enfant succombe dans la nuit. En venant pour voir l'enfant dès le matin

le Dr X. . . apprend cette triste nouvelle. Vers dix heures revient le Dr Z... : il dit aux parents que l'enfant n'est pas mort d'une mort naturelle, qu'il faut avoir soin de garder le reste de la première potion parce, que dans quelques jours, on pourrait en avoir besoin pour l'analyser ; il demande au père s'il veut donner suite à cette affaire et *s'en va trouver le secrétaire de la mairie* pour faire une déclaration en ce sens. Le secrétaire de la mairie le renvoie au maire ; ce n'est que devant ce magistrat que le Dr Z... se refuse à préciser ses insinuations par écrit ! L'affaire n'eut pas de suite : le Dr X... demanda à ce que la potion saisie par le maire fût soumise à une analyse par un expert commis par le parquet ; cette analyse démontra que la potion ne contenait aucun toxique et qu'il n'y avait eu faute ni dans la prescription ni dans l'exécution de l'ordonnance par le pharmacien.

Voici un autre exemple plus grave encore : le Dr A., médecin d'une compagnie qui se charge des soins à donner à ses ouvriers, est appelé auprès d'un employé malade. Il se rend dans les délais d'usage aux différentes demandes de visite qui lui sont faites par le malade. Celui-ci succombe le lendemain de la dernière visite de ce médecin. Pendant la maladie, — à l'insu du Dr A. — l'employé avait été également vu et soigné par le Dr B. ; celui-ci accuse — devant témoins — son confrère de la mort du malade, fait porter par la veuve une plainte à la compagnie avec une demande importante de dommages et intérêts ; enfin, il écrit à cette veuve une lettre diffamatoire à l'égard de son confrère. Le Dr A. poursuit le Dr B. pour diffamation : en appel, il n'y eut pas condamnation pour diffamation parce que la publicité de la diffamation n'était pas suffisante ; mais le Dr B. fut condamné à une amende, à des dommages et intérêts et aux dépens du procès à cause des "imputations injurieuses avec intention certaine de nuire". Ce n'était pas d'ailleurs sa première condamnation pour d'autres faits non édifiants.

C'est avec regrets que nous citons de pareilles vilénies ; mais n'est-il pas utile de les connaître à notre époque où se pose à nouveau d'une façon assez pressante la question des chambres de discipline médicale ?

(J. de méd. de Paris).

Le médecin-major prescrit à Bridoux, récemment arrivé au régiment, un bain de pieds à la farine de moutarde.

Bridoux se met à rouler des yeux effarés.

— Ah ça ! clampin, as-tu peur que la moutarde ne te pique ?

— Pardon, major, c'est pas la moutarde qui m'effraye... c'est l'idée du bain de pieds qui me fait un drôle d'effet !...

## Travaux Originaux

### NOTE SUR LA TRANSMISSION DES MALADIES VENERIENNES PAR LES SIEGES DES LATRINES

par le docteur M. T. Brennan.

*Ancien professeur d'hygiène à l'école*

*normale Jacques-Cartier, etc*

Il y a quelques semaines, j'ai répété une expérience qui m'avait déjà réussi antérieurement, et qui prouve assez, je crois, que la transmission des maladies vénériennes peut bien se faire par les sièges des latrines.

Un monsieur se présente à mon cabinet de consultation pour une blennorrhagie aiguë datant de quatre jours, avec un écoulement très abondant. Souffrant de diarrhée depuis quelques jours, il avait quitté la salle d'attente une heure avant d'entrer à la consultation, et s'était servi d'une de mes garde-robes, à proximité. Lorsque je le vis il y avait encore du pus dans l'urètre ; j'en fis un frottis, et immédiatement après le départ du patient, par mesure de prudence et un peu par curiosité, scientifique, je m'en fus examiner le siège des latrines. Sur le bord antérieur et interne, je trouvai des taches de pus, déjà desséché. Je mouillai ces taches avec de l'eau distillée stérile et je fis un frottis avec les produits du grattage des taches.

Dans les deux frottis, je retrouvai des microbes répondant aux caractères microscopiques du gonocoque.


Mon malade avait donc la chaude-pisse et il avait évidemment contaminé le siège de mes latrines.

Si je n'eus immédiatement fait soigneusement désinfecter ce siège, un autre personne aurait pu certainement être infectée, malgré que les taches fussent sèches, soit parce que le pus aurait été humecté par une gouttelette d'urine sur les parties génitales de la personne, soit parce que quelque poussière de ces taches se serait détachée et se serait fixée sur ses organes, car le pénis est très exposé à toucher à cette partie du siège, et le poil chez la femme y vient souvent en contact et cela fréquemment sans que la personne en ait connaissance.

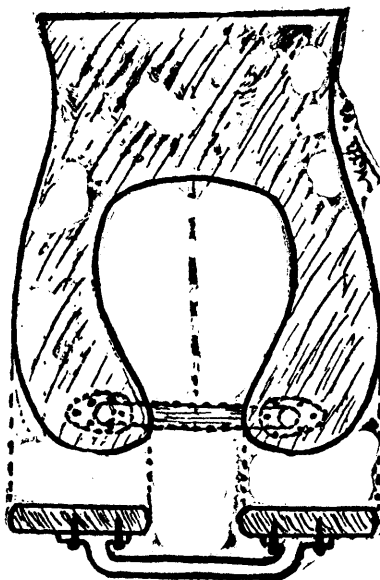
Antérieurement, dans un autre cas, j'avais trouvé des diplocoques répondant aux gonocoques, sur un siège de latrines.

Voici le récit d'un malade qui aiderait à supporter mes avancés sur cette source de danger.

Il y a deux ans, j'eus à traiter, pour une blennor-

ragie aiguë, un de mes amis intimes, jeune homme de dix neuf ans, qui, j'en suis moralement certain, n'avait jamais eu de rapports sexuels. Il arrivait d'un séjour de cinq jours dans une ville étrangère, et l'écoulement, très abondant d'emblée, avait débuté le lendemain de son retour. Il m'a affirmé et je ne doute nullement son affirmation, qu'il n'avait jamais touché sexuellement ni femme..... ni homme ! Il se rappelle, lorsque je le questionne minutieusement, qu'un jour à l'hôtel, son pénis avait touché, deux ou trois fois, le siège du cabinet d'aisance, et il se souvient que le siège était humide. Il s'était contenté de s'essuyer et avait oublié l'incident. 

La source de la contagion dans ce cas semble aussi évidente que la simple clinique peut la désirer.



La figure montre le plan avec l'espace libre sur le devant, puis l'élévation pour faire voir le ferrement de renfort.

Il y a donc un réel danger de ce côté, et peut-être en existe-t-il plus qu'on ne le croit, car ces sources d'infection sont des plus difficiles à dépister, vu qu'il y en a d'autres, qui étant plus fréquentes et plus usuelles, sont aussitôt mises en lumière et accusées, quelquefois à tort, tandis que la véritable cause reste dans l'obscurité.

La prophylaxie devient, par le fait même de la gravité du danger, d'un emploi urgent. Je conseille : — 1. que toute personne examine bien le siège avant de se servir des latrines; 2. qu'elle évite que le pénis ou la vulve ne vienne en contact avec ce siège; 3. qu'elle voie toujours à couvrir le siège avec du papier, une ou deux couches — c'est très important pour les femmes; 4. qu'elle ne fasse jamais partir la chasse d'eau qu'après s'être levée du siège ou s'être éloignée de l'urinoir, afin

d'éviter le rejaillissement de l'eau, qui peut entraîner des germes — ce fait est déjà prouvé ; 5. qu'elle s'essuie convenablement après s'être servie de latrines publiques — avec du papier propre ou un linge net et non pas avec la serviette des hôtels, qui a pu être déjà contaminé ; 6. d'employer un moyen plus radical : c'est de retourner des sièges en arrière, au sterquilinum de Pompéi, qui n'avait que peu ou pas de devant, et de l'imiter en faisant disparaître le devant du siège — qui d'ailleurs ne sert de rien si ce n'est du foyer d'infection — de toutes les latrines et d'adopter un modèle d'ailleurs déjà connus ; quelque chose comme la figure ci-haut.

Je ne crois donc pas exagérer en appuyant sur le fait que la blennorrhagie, les chancres, la syphilis, la tuberculose génitale, et peut-être d'autres maladies contagieuses peuvent avoir la source de leur transmission dans les sièges des latrines, surtout celles qui sont mal-entretenues et même celles où l'on use de propreté ordinaire.

En sus du changement dans le modèle des sièges, je crois qu'il serait utile de faire afficher dans les latrines publiques un avertissement de ce danger de contagion et la nécessité de couvrir avec du papier le devant ou les côtés du siège.

200, rue Saint-Hubert.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Les injections d'oxygène contre les furoncles et les anthrax

M. THIRIAR, de Bruxelles, en présence des beaux résultats fournis par l'eau oxygénée contre les gangrènes et les infections des plaies, a eu l'idée d'employer en injections hypodermiques l'oxygène lui-même ; la chose est facile avec les appareils qu'on trouve dans le commerce et qui contiennent l'oxygène sous une pression de 50 à 120 atmosphères. M. Thiriard a soigné ainsi avec succès un certain nombre de malades atteints de furoncles et d'anthrax. Il adapte un tube de caoutchouc très fort sur l'orifice de sortie du récipient, et, à l'extrémité de ce tube, il adapte l'aiguille d'une seringue de Pravaz. Il règle ensuite le débit, en observant les bulles que forme le gaz qu'on fait échapper dans un verre rempli d'eau ; il appuie l'aiguille sur le point saillant, ou à la base du furoncle ; après avoir injecté quelques c. cubes d'oxygène, on obtient la régression de la petite tumeur ; si le furoncle est volumineux, ou s'il

s'agit d'un anthrax, il pratique un plus grand nombre d'injections (4 à 6), de manière à circonscrire la base.

Les injections doivent toujours être faites très lentement ; elles sont quelquefois douloureuses, mais bientôt la douleur disparaît.

Si l'anthrax est volumineux, la médication est moins simple ; il faut toujours pénétrer profondément dans et sous la tumeur ; s'il y a des pertuis dans les parties sphacelées, il faut injecter l'oxygène dans les coins et recoins de l'anthrax.

Le plus souvent trois ou quatre injections, répétées à un ou deux jours d'intervalle, suffisent pour assurer la guérison.

(Le concours Médical)

#### L'oxycyanure de mercure dans les affections urethrales

M. le Dr Henri COMPAIN a consacré sa thèse à l'étude de la thérapeutique antiseptique uréthrale par l'oxycyanure de mercure et il déclare en avoir obtenu les meilleurs résultats.

« Ce puissant antiseptique, dit-il, est très stable et très peu irritant : il n'attaque ni les instruments métalliques, ni les sondes et bougies en gomme ou en caoutchouc, et les maintient à l'état aseptique d'une façon aussi parfaite que le sublimé, sans avoir les inconvénients de ce sel. Beaucoup moins toxique qu'on ne le pensait autrefois, il se combine cependant avec la plus grande facilité aux autres sels. Aussi, devra-t-on toujours l'employer seul. Employé en grands lavages dans le traitement des uréthrites à gonocoques, aux titres de 1/4000e à 1/1.000e, il donne d'aussi bons et d'aussi rapides résultats que les solutions de permanganate de même titre, sur lesquelles il a encore l'avantage d'être mieux toléré. Il peut être encore employé avec succès contre les uréthrites non gonococciennes, mais de préférence, à des doses plus faibles (1/4.000e, 1/3.000e). Cependant, nous pensons que le rôle principal est, dans ces affections, réservé au nitrate d'argent. Chez les rétrécis non infectés, l'oxycyanure de mercure procure au chirurgien qui pratique la dilatation une antiseptie infiniment plus rigoureuse que les solutions boriquées. Il sera employé de préférence au titre de 1/4000e. Chez les rétrécis infectés, son emploi ne sera indiqué qu'après avoir obtenu, par le nitrate d'argent, la limpidité des urines et la disparition de l'écoulement. »

(Le concours médical.)

#### Traitement des vertiges

De l'excellent livre tout récemment paru, de M. J. Vires, nous extrayons le traitement des vertiges.

La première indication thérapeutique consiste à supprimer la cause du vertige, que cette cause soit locale ou

générale. Chez les syphilitiques, chez les paludéens, la médication spécifique s'impose donc ; les vertiges infectieux relèveront du traitement de la maladie dont ils ne sont qu'un symptôme, les vertiges toxiques seront combattus par le traitement habituel des intoxications. En particulier, dans les auto-intoxications d'origine digestive, il convient d'instituer dès l'abord le régime lacté ; chez les constipés, chez les individus à fermentations gastro-intestinales nombreuses et à résorptions putrides, on y associera les antiseptiques intestinaux et les purgatifs ; dans les cas de vertige gastrique, on traitera la dilatation de l'estomac, l'hyper ou l'hypochlorhydrie, les résorptions anormales au niveau de la muqueuse de l'estomac. C'est seulement lorsqu'on est assuré que le vertige est bien d'origine gastrique que l'on pourra essayer la strychnine préconisée par Trousseau ; en effet, dans les autres cas, elle irrite le bulbe et les centres d'orientation et peut ainsi accroître les phénomènes vertigineux. Les malades atteints de vertiges sont-ils des goutteux, des artério scléreux, des urémiques latents ? on leur appliquera le traitement de ces diverses affections. Dans la recherche des causes, il faut encore attribuer une place importante aux lésions de l'oreille : on recherchera donc les lésions de l'oreille externe ou interne, de la trompe, et on leur opposera un traitement approprié.

Le traitement médical général comprend d'abord le traitement des états constitutionnels, arthritisme, goutte, syphilis, puis un traitement révulsif et résolutif par l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme pendant des mois, par périodes alternatives et égales de repos et de médication, par le massage, l'électrisation, les mouches de Milan ou les pointes de feu appliquées sur le mastoïde, et surtout par la médication quinquine mise en honneur par Charcot.

La médication quinine ne sera mise en pratique que tout autant que les autres méthodes moins dangereuses auront été inutilement essayées : elle sacrifie en effet l'audition et conduit, répétés, à la surdité absolue. Voici comment il convient de l'administrer. On administre, *pro die*, 60 à 80 centigrammes de quinine par pilules de 10 centigrammes. Pendant les huit premiers jours, il se produit une exaspération des bruissements et du vertige ; on cesse pendant le même temps, et une amélioration réelle se produit. A la deuxième reprise, l'exaspération est moins forte, et, au deuxième repos, l'amélioration est plus marquée. On continue ainsi en intercalant des repos de durée égale aux périodes d'administration jusqu'à ce qu'on arrive à la guérison. Celle-ci n'est durable qu'après un traitement prolongé.

Le salicylate de soude, surtout chez les arthritiques, donne des succès, il a été administré par Charcot à la dose de 2 à 3 grammes par jour, par périodes alternantes de repos et d'activité.

Les vertiges centraux, dus aux tumeurs cérébrales, ne comportent pas d'indication spéciale. Il n'en est pas

de même de ceux qui sont dus à des troubles circulatoires. Ceux-ci relèvent-ils d'une congestion active, ils comportent ce traitement de la congestion cérébrale ; sont-ils causés par la congestion passive, ils sont passibles de la médication habituelle de l'asytolie ; sont-ils fonction de l'anémie générale, le traitement de l'anémie cérébrale leur sera appliqué dans toute sa rigueur.

Le vertige des artério-scléreux ne diffère pas essentiellement du traitement général de l'artério-sclérose, on donnera l'iodure de sodium à la dose de vingt centigrammes par jour pendant des années avec des interruptions de huit jours par mois. Simultanément ou alternativement, on lui associe III à IV gouttes de la solution à 1/100 de trinitrine matin et soir. Il sera bon d'instituer au moins une fois par mois et pendant une semaine entière le régime lacté absolu et tous les vingt-cinq jours on administrera un purgatif. L'hygiène sera celle des artério-scléreux. On peut, à ce sujet, adopter les règles prescrites par M. Huchard.

Prendre matin, midi et soir, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Iodure de potassium..... 3 grammes.  
Eau distillée..... 300 —

L'usage de l'iodure, à dose ainsi fractionnée, ne doit être suspendu qu'à de rares intervalles.

S'il existe des tendances angineuses, donner trois cuillerées à soupe par jour de la solution suivante :

Solution de trinitrine.... XL à LX gouttes.  
Eau distillée ..... 300 grammes.

S'il y a des accès angineux, prescrire du nitrite d'amyle en inhalation.

Si c'est la tachycardie qui domine, donner chaque jour 2 à 3 des pilules suivantes :

Extrait de covallaria.... dix centigrammes.  
Sulfate de spartéine.... cinq —

pour une pilule.

Ou encore une à deux injections sous-cutanées de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Sulfate de spartéine.... cinquante centigr.  
Eau stérilisée..... Q. s. p. 10 cent. cubes.

Si les forces diminuent notablement, donner par jour, pendant une semaine, deux cuillerées à café de la mixture suivante dans un demi-verre d'eau de Vittel ou de Martigny sucrée.

Extrait fluide de kola..... 120 grammes  
Extrait fluide de coca ..... 80 —

Si le malade se plaint d'inappétence, administrer xv gouttes du mélange suivant au début de chaque repas :

Teinture de noix vomique }  
— de gentiane..... } 5 à 10 grammes  
— de colombo..... }

Ou encore un granule de quassine matin et soir.

Les insomnies sont améliorées par la chloraline à doses de 10 à 20 centigrammes ou par le trional à doses de 50 à 75 centigrammes.

L'œdème des membres inférieurs et l'oligurie seront combattus par la théobromine à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes. Si malgré ce traitement l'œdème augmente, reprendre le régime lacté absolu, puis le traitement suivant :

1° Eau-de-vie allemande 15 à 30 grammes, ou l'un des cachets suivants :

Scamonnée..... cinq centigrammes.

Jalap..... quinze —

Pour un cachet.

2° Pendant cinq jours, tous les matins, à jeun, prendre x gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000.

3° Pendant cinq jours, repos et théobromine.

4° Recommencer cinq jours de digitaline après un nouveau purgatif.

Les vertiges des névroses s'expliquent le plus souvent par des auto-intoxications. Chez le neurasthénique, on appliquera donc, en plus du traitement général, les eupéptiques et les antiseptiques intestinaux, on aura recours au besoin aux grands moyens : massage, électrisation, sangle hypogastrique de Glénard.

Au vertige des goutteux, on opposera la médication salicylée, les diurétiques, les eaux alcalines, l'hygiène alimentaire rigoureuse, le colchique à l'intérieur. Quand il sera installé, on essaiera de le dévier à l'aide de la médication perturbatrice (purgatifs, dérivation sur les jointures par la révulsion) et de le fixer sur une articulation.

Contre le vertige oculaire, Charcot préconisait l'extrait de belladone à la dose de 1 centigramme, en élevant progressivement la dose jusqu'à l'intolérance. A la belladone il associait l'hydrothérapie. On calmera la sensibilité par les bromures et les pratiques hydrothérapiques, bains tièdes, douches froides, enveloppement dans le drap mouillé.

(Gaz. des hôp.)

## CHIRURGIE

Les différents procédés d'anesthésie chirurgicale  
(Ether, Chloroforme, Chloréthyle, Cocaïne  
locale et lombaire)

par CHAPUT

En 1901, j'ai pratiqué deux fois avec facilité et succès la gastro-entérostomie à la cocaïne locale ; une fois chez un homme très affaibli (atteint de néoplasme pylorique) qui m'avait été adressé par mon collègue et

ami M. Ettinger. J'ai anesthésié séparément la peau, le tissu sous-cutané, la ligne blanche ; la recherche de l'anse grêle et les sutures ont été exécutées sans anesthésie, les viscères étant normalement insensibles aux piqûres et aux manipulations modérées. Dans le second cas, il s'agissait d'un malade de mon collègue et ami, M. Ménard, de Berck.

Le 30 Avril dernier, avec le concours de notre collègue Bœckel et du professeur Weiss (de Nancy), j'ai fait à la cocaïne locale une entéro-anastomose idéo-colique gauche avec isolement du gros intestin, pour un anus contre nature du cœcum ; l'opération a duré une heure et quart, le malade l'a merveilleusement supportée et est actuellement guéri de sa lésion.

J'ai fait aussi cette année (1901) l'ablation de tout le sein avec curage de l'aisselle pour un volumineux cancer. Je dus employer ici, comme l'a fait quelquefois Reclus, 20 seringues de solution. L'anesthésie fut satisfaisante, mais la malade présenta quelques vomissements pendant l'opération. La guérison eut lieu sans complications. Je dois dire que l'opération ainsi conduite est assez difficile, mais cependant encore très faisable ; pour les grosses tumeurs du sein, la cocaïne locale n'est pas la méthode de choix, elle n'est qu'un procédé d'urgence nécessité par les contre indications de l'anesthésie générale.

Ces jours derniers, j'ai reçu dans mon service un homme de soixante ans, atteint d'un volumineux cancer du maxillaire supérieur ; cet homme était obsède, artérioscléreux, diabétique et albuminurique. Mon premier mouvement fut de lui refuser l'opération en raison de la gravité que comportent en pareil cas le traumatisme et l'anesthésie générale. Je considère en effet que cette anesthésie provoque, chez de tels sujets, des congestions pulmonaires redoutables ; en outre, elle prédispose aux infections septiques en altérant les reins et le foie qui servent à l'élimination des toxines et des microbes.

Je réfléchis ensuite que je pourrais l'opérer avec moins de risques grâce à la cocaïne locale, et je pratiquai l'opération.

Je fis des injections sur le trajet de l'incision cutanée classique ; j'en fis d'autres sur le plancher de l'orbite ; d'autres entre la joue et le maxillaire, j'injectai encore une demi-seringue vers l'orifice inférieur du canal palatin postérieur.

Je pus alors exécuter l'opération avec une très grande facilité sans que le malade ait éprouvé de douleurs ; il est maintenant complètement guéri.

Comme on le voit par ces exemples, il est possible d'exécuter à la cocaïne locale des opérations même compliquées ; qu'on ne se méprenne pas sur mes intentions ; je n'entends pas dire qu'il vaut mieux exécuter ces opérations à la cocaïne que sous chloroforme ; je veux simplement faire remarquer que lorsque l'anesthésie générale est dangereuse ou contre-indiquée, certaines

opérations complexes sont encore possibles à la cocaïne locale.

Passons maintenant en revue les opérations justiciables de la cocaïne locale ; nous les diviserons en trois catégories : 1° opérations pour lesquelles la cocaïne locale est préférable à l'anesthésie générale ; 2° opérations pour lesquelles la cocaïne locale peut rivaliser avec l'anesthésie générale ; 3° opérations pour lesquelles la cocaïne n'est indiquée qu'à titre exceptionnel. Nous ajouterons dans une 4e catégorie les opérations où la cocaïne est contre-indiquée.

1° *La cocaïne locale est préférable à l'anesthésie générale* pour les petites opérations telles que ablations de petites tumeurs, amputations des doigts et des orteils sections tendineuses, sutures de rotule ou d'olécrane, phimosis, hydrocèle, castration, urérotomie interne ; chez la femme, curage, colporrhaphie ; à la région anale dilatation, fistules, hémorroïdes ; ajoutons l'opération de l'empyème et les opérations sur le nez.

2° *La cocaïne peut rivaliser avec l'anesthésie générale* pour les cures radicales de hernies, anus iliaques gastrostomies, incisions de kystes ou d'abcès du foie, colpotomies. Trépanation mastoïdienne et crânienne limitée, résection des maxillaires.

3° *La cocaïne peut être employée exceptionnellement* pour certaines laparotomies moyennement difficiles comme les kystes de l'ovaire, la gastro-entérostomie pour le cancer du sein, la résection des maxillaires, l'amputation de l'avant-bras et du bras, l'opération d'Estlander.

4° *La cocaïne locale est contre-indiquée* pour les laparotomies difficiles, pour les amputations et résections des membres inférieurs, pour les amputations de l'épaule pour les tumeurs qui dépassent le volume d'une orange, pour les opérations compliquées telles que les résections des grosses branches du trijumeau, l'ablation des grosses tumeurs de la langue, du corps thyroïde, etc.

La cocaïne reçoit des indications et contre-indications spéciales de l'état d'esprit des malades et de l'état général. Un malade qui redoute énormément l'anesthésie générale doit être opéré à la cocaïne quand c'est possible ; celui qui redoute d'assister à son opération est justiciable de la seule anesthésie générale. La cocaïne locale est naturellement contre-indiquée chez les enfants.

Les albuminuriques, cardiaques, rénaux, hépatiques cachectiques réclament l'anesthésie locale et contre-indiquent l'anesthésie générale.

Nous sommes conduits tout naturellement à nous demander quelles sont la valeur et les indications de la rachicocainisation.

Pour moi, la rachicocainisation est parfaite pour toutes les opérations sur les membres inférieurs, les organes, génito-urinaires de l'homme et de la femme, pour celles sur l'anus et le rectum et aussi pour les hernies. Je n'emploie plus jamais sur ces régions ni l'anesthésie locale, ni l'anesthésie générale.

Pour l'abdomen, ces avantages sont discutables ; les laparotomies superficielles (anus artificiel, gastrotomie, incisions de kystes et d'abcès du foie) sont pratiquées très aisément avec la rachicocainisation. J'ai pratiqué avec facilité par la méthode de Tuffier plusieurs gastro-entérostomies, une pylorotomie et une résection du cæcum ; mais je dois dire que les laparotomies profondes sont souvent difficiles avec la rachicocaine à cause de l'émotion des malades, de l'absence de résolution des muscles droits et aussi parce que l'anesthésie ne remonte pas toujours suffisamment haut. Pour toutes ces raisons, je pense que la cocaïne lombaire n'est applicable aux laparotomies profondes que lorsque l'anesthésie générale est impossible ou contre-indiquée.

L'anesthésie lombaire me paraît beaucoup moins dangereuse que l'anesthésie générale chez les diathésiques énumérées plus haut.

La méthode de Tuffier peut encore lorsqu'il y a contre-indication à l'anesthésie générale, nous permettre de nous attaquer aux opérations sur le thorax et sur le sein, qui échappent à la cocaïne locale, telles que l'Estlander et l'ablation des cancers du sein.

J'ai fait avec succès toutes ces opérations avec la rachicocainisation.

J'ai renoncé à la rachicocainisation pour les opérations sur le membre supérieur et la tête sans avoir eu d'accidents qui m'en aient détourné, mais simplement parce que les doses de cocaïne nécessaires en pareille circonstance sont assez élevées et aussi parce que l'anesthésie générale est beaucoup plus régulière et plus agréable pour l'opéré.

J'ai pratiqué, jusqu'à ce jour plus de 260 rachicocainisations sans aucun accident. Ces anesthésies sont devenues particulièrement bénignes depuis que j'emploie comme Guinard, la solution au 1/10 que je dilue dans le liquide céphalo-rachidien.

Les mauvaises anesthésies fournies par la rachicocainisation résultent d'une technique défectueuse : dose insuffisante, quantité de liquide anesthésique trop faible (il est indispensable de brasser la cocaïne avec le liquide céphalo-rachidien), aiguille trop volumineuse, injection n'ayant pas pénétré. Je suis arrivé peu à peu à éliminer ces causes d'erreur.

\*\*\*

EN RÉSUMÉ, la cocainisation locale paraît être avec le chloréthyle en inhalations, le procédé de choix pour les petites opérations.

Elle est indiquée, lorsqu'elle est possible, chez les malades qui redoutent l'anesthésie générale et chez les diathésiques.

Elle est applicable aux laparotomies superficielles et aux hernies et à un grand nombre d'opérations importantes. Elle est contre-indiquée chez les enfants, chez les émotifs, et pour les laparotomies compliquées.

La rachicocainisation est la méthode de choix pour



toutes les opérations sur les membres inférieurs, l'anus et le rectum, les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Elle est applicable aux laparotomies superficielles et aux hernies. Elle est indiquée pour les opérations sur le thorax et les laparotomies difficiles quand l'anesthésie générale est dangereuse.

L'anesthésie générale est seul possible pour les enfants, les émotifs, et pour les opérations compliquées (supra-pelviennes).

Elle est la méthode de choix pour les opérations moyennes et grosses de la zone supra-pelvienne, chez les individus bien portants.

Elle est contre-indiquée chez les peureux et dans les mauvais états généraux.

L'éther est le meilleur anesthésique général, il est malheureusement contre-indiqué chez les vieillards, les obèses, les tousseurs, pour la face et le crâne ; il est souvent mal supporté ; les malades qui en ont goûté n'en veulent plus.

Le chloroforme est la méthode d'exception ; il ne bénéficie que des cas qui échappent aux autres méthodes.

Le chloroforme est l'antidote de l'éther, et réciproquement.

(La Presse méd.)

#### Traitement de l'otite moyenne aigue suppuree

par le Dr E. J. MOURE (de Bordeaux).

M. Moure insiste au début de son rapport sur la nécessité de faire traiter les otites moyennes aiguës par des praticiens habitués à examiner les oreilles au point de vue fonctionnel et objectif ; eux seuls, en effet, ayant sous les yeux la lésion dont ils peuvent constater la nature et suivre l'évolution, sont à même de fournir et d'appliquer les indications thérapeutiques suivant la nature et la forme de la maladie.

Le traitement de l'otite moyenne aiguë comprend en effet, deux périodes importantes :

A. Celle qui précède la suppuration, alors que la caisse contient encore un exsudat séreux, séro-purulent ou hémorragique. — B. La période dite de suppuration.

1° Dans le premier cas, s'il n'existe pas de douleurs trop violentes et surtout si ces dernières tendent plutôt à diminuer, le praticien devra tout mettre en œuvre pour tâcher d'obtenir la résolution de l'exsudat et, par conséquent, éviter la perforation tympanique. Dans ce but, les bains d'oreille émollient, les révulsifs mastoïdiens (?) (vésicatoires volants, chlorure de méthyle), les fomentations chaudes, les instillations de glycérine phéniquée et cocaïne sont les moyens les plus recommandables.

2° Lorsque les douleurs persistents, à plus forte raison lorsqu'il existe des phénomènes généraux, de la fièvre, du délire, de l'agitation (enfants), si l'examen objectif démontre que la caisse est remplie de liquide

purulent, il ne faut pas hésiter à pratiquer la myringotomie plutôt que de laisser éclater le tympan.

La perforation artificielle sera faite, d'après M. Moure, dans le segment antéro-inférieur de la membrane ; elle sera curviligne et large, pour bien assurer le drainage de la caisse.

Une fois la suppuration établie, il sera bon de continuer pendant les premiers jours les bains d'oreille, les fomentations chaudes, de manière à favoriser l'écoulement du pus. On pratiquera également deux, trois ou même quatre fois par jour, des injections abondantes, qui seront faites de préférence avec l'injecteur Enema muni d'une canule aseptique ; le liquide employé sera de l'eau boricuée ayant bouilli, franchement tiède, ou bien encore une solution alcaline, bicarbonatée, boratée ou légèrement salée. On placera constamment de la ouate au-devant du méat, de manière à filtrer l'air venant de l'extérieur ; en même temps, on s'attachera à faire l'asepsie des fosses nasales et du naso-pharynx à l'aide d'inhalations chaudes, de vaseline boricuée légèrement mentholée, voire même des lavages, suivant l'état de la muqueuse pituitaire (coryza atrophique, purulent, etc.) Ces derniers ne seront faits que si les cavités du nez sont larges et si l'on n'a pas à craindre le reflux du liquide injecté vers les oreilles.

M. Moure repousse d'une façon absolue le traitement qui consiste à faire soit des insufflations par le Valsava, le Politzer ou même le cathéter, soit à plus forte raison des lavages par la trompe ; il considère ces moyens comme absolument dangereux, parce qu'ils peuvent favoriser ou entretenir l'infection de la caisse en apportant les germes septiques du naso-pharynx dans l'oreille moyenne et surtout en produisant un traumatisme, une sorte de dilacération de la muqueuse et de l'ouverture tympanique, toutes choses nuisibles à la cicatrisation de la lésion.

Lorsque l'écoulement diminue, les injections ne seront plus faites que deux fois par jour, puis une seule fois jusqu'au moment où tout est rentré dans l'ordre, c'est-à-dire après trois ou six semaines, suivant les formes et l'intensité de l'infection.

Chez quelques malades, il pourra être utile de terminer la cure à l'aide de pansements secs ; l'observation de chaque cas pourra seule fournir des indications à ce sujet.

Enfin, comme traitement accessoire de l'otite moyenne aiguë, M. Moure insiste sur la nécessité qu'il y a à surveiller de près la mastoïde et à avoir toujours l'esprit dirigé vers les complications si graves qui peuvent survenir au cours de cette affection. La persistance et l'abondance de la suppuration se faisant par décharges successives, constituent souvent l'indication formelle d'ouvrir l'antre mastoïdien, même à une époque rapprochée du début de la maladie.

Comme corollaire de ce traitement, il faudra veiller au retour de l'ouïe *ad integrum*.

(Journ. de méd. de Bordeaux)

**Traitement chirurgical du cancer du sein**

par M. OULIE

Après avoir exposé les principaux procédés chirurgicaux de traitement du cancer du sein. M. Oulie conclut que la méthode de Halsted Meyer, dite méthode américaine, plus ou moins modifiée, est la meilleure. Elle comprend :

1° Une large incision elliptique cutanée à la façon de Watson Cheyne, dissection des lèvres cutanées en bas jusqu'au delà du grand dorsal, en haut jusqu'à la clavicule ;

2° Section des deux pectoraux à leurs insertions humérocoracoïdiennes ;

3° Curage de l'aisselle en dépouillant d'abord la veine axillaire de bas en haut après hémostase préventive des vaisseaux. Cet évidement se poursuit sur les 4 parois axillaires et s'étend à la lame interscapulo-thoracique, il ménage les nerfs du grand rond, du grand dorsal, du sous-scapulaire, du grand dentelé ;

4° Section des insertions thoraciques des pectoraux et libération complète de la masse à enlever ;

5° Autoplastie à vaste lambeau pris sur le sein opposé ou sur l'abdomen. Par ce procédé la mortalité est tombée de 17 pour 100 à 4 pour 100, la fréquence des récidives locales s'est abaissée de 66 à 25 pour 100. Les cas de survie au delà de 3 ans ont passé de 10 pour 100 à 40 pour 100.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

**GYNECOLOGIE****L'opothérapie ovarienne.**

Au dernier Congrès français de médecine tenu à Toulouse, en avril dernier, M. le Dr *Bestion de Camboulas* a exposé brièvement les excellents résultats que lui a donnés l'opothérapie ovarienne. Citons ses propres paroles, d'après le *Bulletin Médical*.

« Dans la chlorose, l'anémie et l'aménorrhée qui les accompagne, j'ai obtenu de très bons résultats et souvent après que le malade eut employé tous les autres moyens thérapeutiques, quinquina, kola, ferrugineux, etc. Je n'ai d'ailleurs, sur quinze observations, qu'un seul cas d'insuccès à signaler.

« Plusieurs de ces malades ont vu revenir leurs règles au bout d'un ou deux mois de traitement avec une dose de 40 à 50 gr. d'extrait d'ovaire par jour des pilules étant dosées à 10 gr.) dans l'anémie simple.

« J'ai traité également avec succès par l'ovarine trois cas de dysménorrhée.

« L'extrait d'ovaire est aussi utile dans la ménopause qui rend si fréquemment les femmes malades. Avec lui on voit disparaître les céphalées et les ver-

tiges, les bouffées de chaleur diminuent, les fleurs blanches, qui fréquemment succèdent aux règles, se tarissent souvent et toujours l'état général est amélioré. La digestion est plus facile ; la constipation, si fréquente à l'âge critique et dans la plupart des affections utérines, disparaît. J'ai constaté également la diminution très sensible, et souvent même la disparition de la nervosité plus ou moins excessive des malades aux époques menstruelles ; sur douze observations, je n'ai eu que deux insuccès, bien qu'un mieux passager se fût manifesté dans les deux cas.

« Enfin, frappé par les succès de l'extrait ovarien dans les cas précédents, j'ai essayé son action dans la métrite aiguë et la métrite chronique. Je ne crois pas que ce traitement influe beaucoup sur les lésions utérines mêmes, mais j'ai constaté ses bons effets dans quatre cas, dont deux de métrite chronique. Le phénomène douleur a fortement diminué à la période menstruelle et a presque disparu après les règles. La digestion fut meilleure, l'appétit revint et la constipation a complètement disparu en quelques semaines.

« En résumé, la médication ovarienne est, je crois toujours indiquée quand il s'agit d'un mauvais fonctionnement de la glande ou mieux d'insuffisance ovarienne :

« 1° Insuffisance d'ordre congénital : femme mal réglée avec ou sans dysménorrhée ;

« 2° Insuffisance liée à la formation : aménorrhée et chlorose et souvent dysménorrhée ;

« 3° Insuffisance liée à la ménopause naturelle ou artificielle post-opératoire.

« En un mot, toutes les fois que la glande fonctionne mal, on doit employer l'opothérapie ou tout au moins en essayer avant de penser à une intervention chirurgicale».

(Le concours médical.)

**OBSTÉTRIQUE****La valeur clinique du signe de l'épaule**

par M. LASALLE

D'une série de 23 observations personnelles, M. Joseph LASALLE conclut que la recherche de l'épaule est en obstétrique un signe de grande valeur pour l'exploration interne, il est facile de le rechercher avant tout début de travail. Dans les positions gauches, avant tout début d'engagement, l'épaule antérieure du fœtus (épaule droite) se trouve placée dans la fosse iliaque gauche à une distance de la ligne médiane qui ne dépasse pas 8 centimètres et à une distance du pubis qui peut varier de 13 à 17 centimètres. Cette règle serait immuable en ce qui concerne la distance P (hauteur). En ce qui concerne la distance D, le chiffre de 8 centimètres

peut varier. L'épaule peut se rapprocher de la ligne médiane et même la franchir.

Lorsque la dilatation est complète, l'épaule est toujours à droite de la ligne médiane ou se rapproche tellement d'elle qu'on peut la considérer comme se confondant avec elle.

Lorsque la suture sagittale se trouve dans le diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire lorsque la tête a terminé sa rotation, l'épaule rase la ligne iléo-pectinée à 4 centimètres de la ligne xypho-pubienne. Dans les positions O I D P, l'épaule ne se trouve jamais à moins de 9 centimètres de la ligne médiane avant tout début de travail; d'une manière générale, qu'il s'agisse de position droite ou gauche, l'épaule s'engage en oblique.

Quoi qu'il en soit, le signe de l'épaule ne supplante jamais le toucher, mais en permettant de suivre les phases de l'accouchement il permettra de restreindre la fréquence de l'exploration interne et par suite les risques d'infection.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

#### La réaction iodophile dans le diagnostic de la nature des épanchements séreux

MM. J. SABRAZES et L. MURATET montrent que dans les méningites méningococciques et staphylococciques les cellules du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire donnent la réaction iodophile: ce sont pour la plupart des leucocytes polymuclées neutrophiles, surchargés ou non de granulations en très grand nombre dans le liquide céphalo-rachidien, ne sont pas iodophiles; les rares leucocytes polynuclées qui leur sont associés sont ou non iodophiles.

Même constatations dans les liquides séreux de pleurésie (iodophile et polynucléose. pneumococcie, lymphocytose sans iodophile; tuberculose). Dans l'ascite symptomatique de la cirrhose atrophique et dans les épanchements mécaniques un bon nombre de cellules endothéliales soudées — très facilement reconnaissables — sont iodophiles à divers degrés. Dans les kystes séreux à lymphocytes, pas d'iodophile.

Ainsi la recherche de l'iodophile peut, en quelques instants, donner de précieuses indications sur la nature d'un épanchement.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Le traitement de la furonculose.

par le Dr E. TOUSSAINT.

Il s'est élevé, à la dernière séance de la société de thérapeutique dosimétrique, une intéressante discussion au sujet du traitement de la furonculose.

Un de nos confrères de Paris, qui avait traité sans succès quelques furonculeux au moyen du remède à la mode, la *levure de bière*, demandait à la Société un traitement dosimétrique contre cette affection pénible et tenace.

Et chacun donnait son avis.

Un pur dosimètre, un convaincu, un fervent de la méthode, déclara qu'il soignait tous ses malades avec le *sulphydral* à hautes doses, et s'en trouvait bien.

Un autre affirmait que le *sulphydral* n'avait jamais pu guérir une furonculose, parce que l'ensemencement se faisait par la peau, et qu'aucun remède interne ne pouvait l'empêcher!

Un troisième prétend avoir guéri plusieurs cas de furonculose au moyen de la *levure de bière*, et ne comprenait pas qu'on osât dire du mal de ce remède si commode et si efficace...

Un quatrième disait avoir essayé la *levure* en même temps que le *sulphydral* et avait obtenu de très bons résultats.

Un cinquième qui était tombé sur un cas bénin, n'hésitait pas à dire que la furonculose guérissait avec des compresses de *sublimé* ou de *listérol*, sans aucun remède interne...

Un sixième répliquait que la furonculose était très difficile à guérir, et durait parfois plusieurs années, et qu'il fallait des dépuratifs très énergiques pour purger le sang des furonculeux.

Tous avaient raison, selon moi, et chacun pouvait se croire dans le vrai en défendant son opinion.

Le *sulphydral*, l'antiseptique interne des dosimètres administré seul, dans la furonculose, peut réussir sans aucun doute, et assurer la guérison, si on l'administre à doses intensives, et si le sujet est affecté de furoncles bien situés, à l'abri de tout frottement, et permettant des pansements à la fois antiseptiques...et isolants.

Le *sulphydral* agit comme parasiticide, et, certainement, il agit vite et bien. Mais les pansements ont, eux aussi, leur incontestable valeur, car, selon qu'ils sont faits intelligemment ou à la légère, ils arrêtent l'ensemencement...ou le favorisent!

Mais la *levure de bière*, tout comme le *sulphydral*, agit bien et agit vite. Cela est incontestable, avec de la bonne *levure*, de la *levure* véritable et naturelle, c'est-à-dire non épurée, non pophyrisée, non passée au tamis, comme son plusieurs de celles qu'on trouve dans le commerce.

La *levure* nous a donné de très bon résultats, soit fraîche, soit sèche, à la dose de trois cuillerées à café par jour.

Si on donne avec la *levure de bière* le *sulphydral*, l'effet est peut-être plus remarquable encore. Les clous cessent d'être douloureux. Ils pâlissent et se dessèchent. Ceux qui avant l'administration des remèdes était prêts à suppurer, se résorbent et guérissent.

Quand le pus est formé, nous sommes d'avis de l'évacuer par un coup de bistouri. Il se résorberait peut-être ; mais, il ne pourrait qu'empoisonner davantage l'organisme ; et le plus sage est de lui donner une issue ; la guérison est plutôt obtenue.

\* \* \*

Nous avons plusieurs fois, au début de notre carrière, vu administrer sans grand succès, contre la furonculose et aussi contre l'acné, des désinfectants internes. Nous avons nous mêmes donné assez souvent des cachets composés de *charbon de peuplier*, de *benzonnaphthol* et de *salicylate de magnésie* ou de *bismuth*, assurant la liberté du ventre par le *Sedlitz*.

Mais, le plus souvent, après un mieux relatif, les furoncles renaissent avec une désespérante ténacité.

Nous avons présent à l'esprit le cas d'une dame de notre famille chez laquelle nous n'avons pas ouvert, en deux ans, au bistouri, moins de 40 furoncles !

Du jour où nous avons administré le *sulphydral*, nous avons eu de réels succès, des guérisons définitives. Mais toujours nous avons fait l'antiseptie de la peau avec le plus grand soin, chez tous nos furonculoux.

A l'heure actuelle, on fait sur les anthrax, sur les furoncles des vaporisations avec des liquides antiseptiques, puis on fait soit des pansements secs avec l'*acide salicylique* pulvérisé (Le Grix), soit des pansements humides, au moyen de compresses de gaze ou de gâteaux de *coton hydrophile*, imbibés de solution de sublimé (sans alcool), d'eau boriquée bien stérilisée ou autres antiseptiques. Se servir de cataplasmes, ce serait presque se faire montrer au doigt ! Et cependant, quand un gros clou, arrivé à maturité, a besoin d'être ouvert et vidé, nous n'hésitons pas à appliquer quelques *ouataplasmés*, car, pour calmer la douleur et hâter l'évacuation du bourbillon, c'est cette pratique qui nous a toujours paru la plus efficace. Quand le bourbillon est sorti, nous bourrons l'excavation avec de l'*acide salicylique* et nous recouvrons d'un pansement sec bien clos.

\* \* \*

Pour nous résumer, il faut, dans la furonculose, considérer deux points :

1° La cause initiale de la maladie l'*infection*.

2° Les causes multiples qui entretiennent le mal, le font récidiver ; l'ensemencement par des modes divers ; pansements malpropres, attouchements, grattage, foulards, faux-cols, ciseaux des coiffeurs, rasoir, etc., etc.

Le traitement ne doit donc pas être une. Il faut qu'il soit interne et externe.

Interne, pour s'attaquer à l'infection causale (antiseptique de choix combiné avec un régime sévère, rafraichissant).

Externe, pour empêcher l'ensemencement ; faire

cesser sur place la pupulation des éléments pathogènes et la pénétration du virus dans l'épaisseur du derme, par les mille ouvertures béantes de la peau.

\* \* \*

Le *sulphydral* doit-il être préféré à la levure de bière comme médicament interne dans la furonculose ?

Nous le ne croyons pas. Mais, nous sommes d'avis de toujours l'administrer *concurrément*, parce que le microbe du furoncle (*le staphylocoque*), contre lequel la levure semble agir principalement, n'est certainement pas le seul élément de l'infection chez les furonculoux ; et connaissant la puissance antibacillaire du *sulphydral*, il nous paraît sage et prudent de l'administrer dans la maladie où de nombreux microbes pathogènes peuvent entrer en virulence.

Nous conseillons donc :

1° D'administrer, dans la furonculose, une cuiller à café de *Sedlitz Charles Chanteaud* tous les matins aux réveil, dans un demi-verre d'eau fraîche.

2° Et une cuiller à café de bonne levure de bière, délayée dans un demi-verre de bière, avant les trois repas.

3° En outre, d'avaler entre les repas deux granules de *sulphydral* toutes les heures.

4° Enfin, d'assurer aussi parfaitement que cela est possible l'antiseptie des parties malades, et l'asepsie des surfaces cutanées voisines. La Doséométrie.

#### Valeur de la cure dite de pomme de terre dans le diabète.

M. DELÈGE (de Vichy) expose des considérations sur la valeur de la cure dite "de pommes de terre" dans le diabète. D'après ce qu'il a pu observer par lui même et les faits que lui a communiqués M. le Dr Ehret, Privat-docent de l'Université de Strasbourg, les résultats seraient peu encourageants. Ces observations ont trait à des malades qui se sont soumis *proprio motu* à cette cure, à la suite des comptes rendus de la communication de M. Mossé à l'Académie de Médecine. On peut voir par là l'influence exercée sur le public par les articles médicaux et les comptes rendus des publications médicales ayant trait surtout aux questions de thérapeutique, et publiés par la grande presse politique, influence qui peut avoir des conséquences fâcheuses.

M. Delège a vu disparaître la glycosurie chez des malades de Vichy, qui n'avaient plus de sucre après leur saison, rien que par une première ingestion de pommes de terre. On supprima les pommes de terre, et la glycosurie se sa. M. Ehret a fait des observations identiques ; aussi ce dernier considère-t-il comme néfaste pour les diabétiques "la publicité faite par les journaux politiques pour la cure de pommes de terre." Aussi M. Mossé ne s'est pas trouvé, par un de ces ha-

sards si fréquents en clinique, en présence d'une série favorable, d'une série de diabétiques chez qui la pomme de terre n'influencerait pas notablement la glycogénèse.

De même pour le lait.

M. JULLIEN a pu constater plusieurs succès par cette médication : il est allé jusqu'à 1500gr. par jour de pommes de terre ; mais il considère cette dose comme étant un maximum. Il n'a jamais interdit le lait à ses malades, qui s'en sont toujours très bien trouvés.

M. TRISSIER fait observer que la glycosurie, en elle-même, n'est qu'un syndrome, et qu'il faut se garder de la confondre avec le diabète, maladie constitutionnelle. Il y a des diabètes qui tuent très rapidement, quoi qu'on fasse. A l'appui de ce que vient de dire M. Jullien, il cite son propre cas. Il a présenté plusieurs symptômes de diabète, entre autres, de la congestion pulmonaire avec expectoration sanguinolente ; or, il a vu tous ces symptômes disparaître en huit jours, rien qu'avec le régime la c

M. DELEAGE admet le lait dans certains cas de diabète, selon lui, ce sont surtout les diabétiques arthritiques qui se trouvent bien de ce régime.

#### BIBLIOGRAPHIE

*Le Médecin Chrétien, leçons pratiques de déontologie médicale*, par le Chanoine MOUREAU, doyen de la Faculté de Théologie de Lille, et le Docteur LAVRAND, professeur à la Faculté Catholique de médecine à Lille. Beau volume in-12, format carré, très soigneusement imprimé, broché..... Frs 3 00  
 Le même ouvrage, en élégante reliure souple, tranche jaspée..... Frs 4.25

Nous venons de parcourir attentivement le petit volume de 300 pages qui a pour titre "Le Médecin Chrétien. Leçons pratiques de déontologie médicale," écrit par le Chanoine Moureau et le professeur Lavrand tous deux de l'université catholique de Lille.

Nous avons lu cet ouvrage avec un extrême plaisir.

Nos lecteurs se rappellent, sans doute, avec quelle tenacité *La Revue Médicale du Canada* a insisté sur la nécessité qui existait de fonder dans notre Faculté de médecine, une chaire de théologie médicale. Nous avons appuyé sur l'ignorance de la profession en la matière. Notre clergé a voulu venir au secours en donnant quelques conférences, si bien goûtées de tous. Mais tout en est resté là. La preuve que nous avons raison, ce sont les discussions qui ont lieu si fréquemment aux réunions de nos sociétés médicales. Ces divergences d'opinion souvent entre hommes hauts placés dans la profession — comme tout dernièrement encore — n'existeraient pas s'ils connaissaient les décisions de l'Église sur ces points délicats — décisions dont le rapport fait le médecin vraiment catholique. N'avons nous pas en même temps sol-

licité la publication d'un ouvrage sur ce sujet si important par un théologien et un médecin de notre Faculté ?

C'est encore à faire. Il est peut-être même un tard pour y songer maintenant, car voilà que l'université catholique de Lille, qui a bien compris l'urgence de cet enseignement et la nécessité d'un livre, en tous points digne du sujet, vient de combler la lacune en dotant la science médicale du bel ouvrage dont nous avons donné le titre plus haut. C'est bien. C'est très bien !

Nous y trouvons traitées d'une façon précise et claire, chrétienne et catholique, ces sérieuses questions de déontologie et de théologie médicales.

Comme nous conseillons la lecture attentive de ces belles pages à tous et à chacun de nos médecins catholiques — jeunes et vieux. Tous y verront, expliquées et résolues, de ces questions dont plusieurs ne connaissent pas la portée et dont quelqu'uns ignorent l'existence — si on en juge par leur actes journaliers.

Nous espérons toujours, cependant, que notre Faculté canadienne catholique nous enrichira bientôt d'un traité canadien. Celui-là sera écrit tenant compte de nos lois civiles anglaises ; c'est la seule lacune, pour nous, qui soit dans l'excellent ouvrage de messieurs Moureau et Lavrand.

En attendant, nous formulons ce vœu, qui, nous l'espérons, trouvera écho et réalisation : c'est que "Le Médecin Chrétien" devienne un des livres de texte de notre Faculté de médecine et qu'aucun élève en médecine ne quitte les murs de notre université catholique sans avoir lu et relu et médité les honnêtes pages de ce livre, dont chacune des lignes fait ressortir la droiture et la foi qui doivent être le marche-pied du médecin consciencieux et catholique. De solides études médicales ne sauraient être complètes sans ces connaissances fondamentales qui font le médecin honnête et chrétien et dont l'ignorance engendre presque toujours le malhonnête, le charlatan, l'impie.

Voilà donc le livre qui nous manquait. Il recevra bon accueil chez nous tous, nous en sommes convaincu.

Lisons le bien, méditons et mettons en pratique son enseignement chrétien, et la belle œuvre qu'il est désireux d'opérer sera vite accomplie : c'est de "Rendre le médecin meilleur."

BRENNAN.

*Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule ; 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille. Paris).

Ces *Conférences de médecine clinique* comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* ; I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moëlle. — X, Moëlle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX, et XX, Reins, Urètres, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elle ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

## INTERETS PROFESSIONNELS

Le collège des Médecins et Chirurgiens P. Q., a tenu son assemblée semi-annuelle dans la salle de l'université Laval à Montréal le 1 et 2 juillet 1902.

Membres présents :

MM. les Drs. E. P. Lachapelle, président ; Dr. R. Craig, vice-président pour Montréal ; Dr A. Vallée, vice-président pour Québec ; Dr J. A. MacDonald, secrétaire pour Québec ; Dr R. Paquin, secrétaire pour Montréal ; Dr A. Jobin, trésorier ; Dr Marsolais, régis traire ; Dr G. A. Brown, Dr A. Demers, Dr A. Boulet, Dr H. Lafleur, Dr H. J. Chartier, Dr J. B. McConnell, Dr F. W. Campbell, Dr G. A. Baril, Dr T. Cypriot, Dr J. L. R. Alarie, Dr R. C. Laurier, de Montréal ; Dr L. J. A. Simard, Dr L. Catellier, Dr F. X. J. Dorion, Dr M. Brophy, Dr T. Brochu, Dr J. A. Marcoux, Dr Moreau, de Québec ; Dr Quirek, d'Ottawa ; Dr D. Paré, Waterloo ; Dr E. H. Provost, Sorel ; Dr Ernest Choquette, St-Hilaire ; Dr Jos. Pominville, St Vincent de Paul ; Dr S. Bolduc, Bellechasse ; Dr Beauchamp, Chicoutimi ; l'hon. Dr Fiset, Rimouski ; Dr J. Fortier, Beauce ; Dr S. O. Sirois, St-Ferdinand d'Halifax ; Dr S. P. Formand, Trois-Rivières ; Dr P. Pelletier, Sherbrooke ; Dr J. Langlois, Trois-Pistoles ; Dr J. O. Beaudry, St Jacques de l'Acadian ; Dr Jean Girouard, Longueuil ; Dr L. A. Plante, Louiseville ; Dr J. O. Camirand, Sherbrooke ; Dr J. A. McCabe, Windsor Mills ; Dr Chs. Marshal, Huntingdon.

La loi Roy et les bénéficiaires de cette loi concurremment avec les décisions judiciaires rendues contre le collège ont été vivement discutées. Pour remédier à la question, il a été convenu de faire une refonte des Statuts qui régissent les règlements du collège afin de résister aux empiètements toujours croissants de jeunes gens non qualifiés qui forcent la porte du collège.

L'admission à l'étude de la médecine qui a suscité une vive discussion de part et d'autre, a été une autre question. Le ton général de la discussion a été des plus courtois, mais assez vif par moment. Remarqués parmi ceux qui ont pris part M. le Dr E. P. Lachapelle, président, MM. les Drs Brophy, Paquin, Marsolais, Vallée, Ghouard, Simard, P. Pelletier, Brochu, Boulet. Tous ont parlé en faveur du relèvement du niveau des études, et par conséquent du relèvement du niveau de la profession. Plusieurs suggestions ont été faites entre autres : exiger de tout candidat à la médecine en cours d'étude complet, accorder le brevet sans autre examen, à tout élevé ayant subi les examens du baccalauréat et ayant conservé la moitié des preuves sur les lettres et sur les sciences. Cette question a été renvoyée au Comité d'éducation pour y être étudiée, et le comité fera rapport à sa prochaine assemblée.

La motion de M. le Dr Sirois portant la durée des études médicales, à cinq années de neuf mois au lieu de quatre années a été unanimement votées. Ce changement se fera en 1903. Les universités devront modifier leur curriculum en conséquence, ce qui sera fait sans difficulté, car les représentants des différentes universités sur le Bureau, ont tous votés pour cette mesure.

Le Bill Roddick a été renvoyé en Sept pour discussion — M. le Dr Chartier a prononcé une motion pour fermer l'entrée de la profession à tout porteur de diplôme étranger autre que celui de la Grande Bretagne. Il exigerait de ces diplômés étrangers les mêmes examens que ceux exigés de nos propres candidats à la licence — Cette motion a été renvoyée au comité de législation.

Le collège a accordé un permis d'exercer leur profession aux médecins dont les noms suivent :

A. Brosseau, J. E. A. Collette, W. Derome, A. Mercier, C. F. Ritchie, R. P. Ship, P. E. Rochon, J. L. D. Mason, T. W. Michaud, A. Fortin, L. Liebel, L. C. Chartrand, J. A. Pilon, N. Cloutier, A. Chouinard, A. C. Pelletier, C. Carter, L. S. Giroux, C. J. B. O'Brien, J. é, Jos. Lachance, A. Pelletier, F. Monod, J. B. J. Schmidt, F. Albano, R. F. Rorke, P. Burnett, J. Grimmer, J. McComb, Dawson, Ranquin, J. H. Gordon, C. K. P. Henry, J. C. Moore, W. Patterson, A. Belisle Newman, C. Ault, E. G. Gale, W. D. Lambly, James McGregor, W. LeM. Carter, V. Desrosiers, E. G. Mason, G. C. Patterson, J. C. Colby, R. Tassé, J. M. Leney, E. C. Cabana, J. Villandré, E. Gaboury, G. E. Learmonth, J. D. Dixon, W. C. Mills, Joseph Schiller.

Les bacheliers dont les noms suivent ont été admis

à l'étude de la médecine sur présentation de leurs diplômes :

MM. W. R. Geddes, W. J. Scott, P. Villard, A. Champagne, A. Maynard, G. Martin, U. Valiquette, G. E. Mignault, R. Leduc, E. Barrette, J. B. Prince, P. Desrosiers, A. Robichon, J. L. Faille, W. Carter, L. Rondeau, E. Ethier.

Le résultat des examens pour l'admission à l'étude de la médecine a été comme suit :

MM. R. Larose, A. Handfield, sur les lettres seulement : P. Delvechio, G. Fisher, V. Cléroux, L. Benoit, F. Delisle ; sur les Sciences seulement : W. A. L. Styles, H. A. Sims, J. Arpin, H. Deslauriers, M. LeMoine, J. A. Handfield, A. B. Chandler, G. J. Brown, P. Perrin.

## Coq-a-l'ane médicaux

*Stérilisation du catgut.* — Claudius recommande la méthode suivante comme absolument fiable : — Du catgut ordinaire cru est enroulé lâchement sur des bobines en verre ; la bobine est alors placée dans une solution de 1 p. d'iode, 1 p. d'iodure de potassium dans 100 p. d'eau. Dans huit jours le catgut est prêt, quoiqu'on le garde dans la solution jusqu'au moment de s'en servir ; alors on le met dans une solution carbonisée. Lorsqu'on a coupé la longueur voulue, on remet la bobine dans la solution iodée. Ce catgut est noir, absolument stérile, a une consistance ferme, élastique, est flexible et s'attache bien. Il n'irrite nullement les tissus. Un catgut laissé cinq mois dans cette solution n'a subi aucune détérioration. Si on le laisse vingt-quatre heures dans la solution phéniquée, il devient comme le catgut préparé par les méthodes ordinaires, l'iode étant dissout et extrait, (*Hospitalstidende. J. A. M. A.*).

*L'albumine dans les urines.* — Quand on ne peut obtenir qu'une très petite quantité d'urine, le docteur Z. Bychowski, de Varsovie, signale ce moyen bien simple et plus sensible que la méthode ordinaire : On laisse tomber l'urine, goutte à goutte, dans un tube à réactif contenant de l'eau très chaude : la coagulation devient très évidente. (*Merck's Arch.-Monat. Ohren.*)

*La constipation.* — C. S. Webster (*Med. Council*) insiste sur la régularité à se présenter à la garde-robe ; il ne faut jamais remettre lorsque la nature commande. Il conseille de finir chaque repas avec une bonne grosse pomme mûre. Le meilleur temps pour se présenter à la garde-robe est immédiatement après le déjeuner. Il fait injecter de la glycérine pure aussitôt après le repas et ces injections sont continuées jusqu'à ce que l'intestin évacue seul.

*Jambe perdue* — Le chemineau. — "Monsieur, ne

pouvez-vous pas aider un peu un pauvre diable ? J'ai perdu ma jambe."

L'homme d'affaires. — "Vous avez perdu votre jambe ? J'en suis fâché, mais je n'y puis rien. Je ne l'ai pas vue, votre jambe. Pourquoi ne l'annoncez-vous pas ?" (*Chicago Liar*).

*Nouvelle pathogénie du shock chirurgical.* — Dans le N. Y. Med. J., le docteur Eug. Boise, du Grand Rapids, Mich., s'élève contre l'idée généralement reçue que le choc est un profond relâchement — une détente. Se basant sur différents auteurs, il croit conclure que cet état est dû à du spasme cardiaque, avec abaissement de la tension artérielle. Par cette théorie, il expliquerait la mort subite, la transpiration froide, l'oligurie et l'anurie du choc. Comme traitement, s'appuyant sur sa théorie, il conseille le nitrite d'amyle et le nitro-glycérine, puis l'opium, la strychnine, le sérum artificiel, la chaleur externes. La strychnine doit se donner à fortes doses et l'injection intra-veineuse de sérum sera faite avec le liquide à une température de 115° Fahr., car son effet sur le muscle cardiaque serait dû à la chaleur. (Malgré que cette pathogénie tende vers une nouvelle donnée, nous ne voyons pas que le traitement y ait gagné, car il est essentiellement le même que l'on emploie journellement. (*Nire.*)

*Cause de découragement.* — Un de nos confrères qui bégaie affreusement vient de terminer un accouchement et le père lui dit en souriant : "Eh bien, docteur sont-ce des jumeaux ?"

"Tr.....tr.....tr....., commence le docteur.

"Trois", murmure le père ébahi, "Grand Dieu !"

"Ca.....ca.....ca....., bégaie le médecin.

"Quatre", vocifère le mari, "Jérusalem", et il se pâme.

"Calm.....calmez-vous, tr.....tranquillisez-vous", reprend l'accoucheur, ce n'est qu.....qu.....qu'une fi.....fi.....fille !" (*Cleveland Plaindealer*).

*Le traitement des trajets fistuleux calleux par les rayons X.* — Le docteur Berry Hart, d'Edimbourg, rapporte (*B. M. J.*) la guérison étonnante d'un trajet abdominal existant depuis plusieurs mois et ayant cinq ou six pouces de profondeur, après une seule exposition aux rayons X, et presque une guérison radicale, dans un second cas, après trois expositions. Ce serait intéressant et utile de poursuivre ces expériences.

*Une ville sans médecins.* — Le *Bri. Méd. J.* rapporte qu'un certain "doctor" Dowie, qui se donne comme un nouvel avatar du prophète Elie, est en train de fonder, à une quarantaine de milles de Chicago, une nouvelle ville qu'il appelle Sion. Personne ne devra y vendre de boissons éivrant, de tabac, d'huîtres ou de drogues ; et nulle personne qui y vit ne devra se livrer à la pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'art dentaire. Celui qui croit à la médecine pourra, cepen-

dant, appeler un médecin du dehors ou faire usage de drogues achetées hors de la terre du prophète.

*Nouveau traitement de la lèpre.* — Le docteur Camp, de Honolulu, a traité avec succès des cas de lèpre avec des extraits de *Tua tua*, arbuste du Vénézuéla. (*Ann. therap.*)

*La toilette du nouveau né.* — Riva Rocci (*Gaz. med. Ital.*) fait procéder comme suit : — 1. Introduire le petit doigt dans la bouche jusqu'au larynx et enlever tout mucus ou corps étranger. 2. Avec un tampon de ouate stérilisée, imbibé de sublimé au 1/5000, essuyer la partie extérieure des paupières et avec un second tampon humecter rapidement le sac conjonctival. Assécher. 3. Avec un troisième tampon nettoyer les narines ; l'infection gonococcique n'est pas rare ici et est difficile à traiter. Il ne conseille pas les douches nasales. 4. Le bain sera donné avec de l'eau pure ; les alcalins, les savons, les désinfectants irritent tous la peau. La température du bain sera de 95° Fahr., de façon à ne pas produire d'hyperémie et des symptômes nerveux subséquents. Chez un enfant asphyxié on pourra donner un bain à 100° ou 104° Fahr. Le bain peut durer de 10 à 15 minutes. 5. Assécher l'enfant avec des linges chauds — pas trop chauds. 6. Comme poudre de toilette, employer une poudre fine absorbante, dont la formule suivante en fournit une excellente : Talc vénitien et amidon pulvérisé, de chacun 1½ once ; acide carbolique-cristallisé, ⅓ de grain ; essence de citron, 10 minimes. On saupoudre toute la surface du corps, évitant la surcharge par endroits. (*B. M. J. — Arch. Ped.*)

*La raison.* — Deux petites filles de femmes de club causent :

“ Comment se fait-il, dit l'une, que tous les petits bébés naissent la nuit ?

Et l'autre de répondre : “ Quoi, tu ne le sais pas ? C'est parce que les bébés veulent être certains de trouver leurs mères à la maison ? (*Health Culture.*)

*Signes d'anévrismes.* — Nous extrayons quelques points d'un article très intéressant du docteur Osler, publié dans le *J. of the Amer. Med. Asso.* Il signale comme presque pathognomonique d'une communication anormale du cœur ou des gros vaisseaux de la base du cou ou d'une poche anévrismale avec la veine cave ou l'artère pulmonaire, la présence d'un murmure continu, rythmique, avec exacerbation ou renforcement prononcé pendant la systole ventriculaire. Il a rencontré ce bruit dans les maladies congénitales du cœur avec persistance du canal artériel, dans le cas de perforation de la cloison inter-ventriculaire, la communication d'un sac anévrismal avec l'artère pulmonaire, ou avec la veine cave supérieure. Il appelle ce bruit le bruit de toupie (*humming murmur.*)

Le fluoroscope rend des services surtout lorsque les signes physiques sont peu prononcés ou font défaut: les

pulsations, les mouvements d'expansion, le siège de la tumeur et la présence ailleurs de l'ombre du cœur.

Dans tous les cas, le docteur insiste, avec beaucoup de raison, sur l'importance des examens complets du thorax, en avant et surtout en arrière ; la poitrine à nu, une bonne lumière et de bons yeux sont essentiels. Il attire l'attention sur la grande valeur de la présence d'une tumeur pulsatile dans la région interscapulaire gauche.

*Endroit salubre.* — Le touriste : “ Ce me semble que votre pays est très salubre. Les gens ne meurent pas souvent ici, je suppose ?

L'aborigène, “ Non, monsieur, ils ne meurent jamais plus qu'une fois ! ” (*J. Méd. et Sc.*)

*Les trois Parques modernes.* — La Lèpre, l. Tuberculose, la Syphilis. (*Clin. Rev.*)

*Le chien comme cause de l'ozène.* — Nous savons que les animaux sont souvent cause de la propagation des maladies contagieuses : diphtérie, fièvre typhoïde, maladies éruptives, surtout la variole. Voilà que Perez (*Ann. Inst. Pasteur*) vient de décrire un bacille qu'il croit être la cause de l'ozène et comme il a trouvé ce même bacille habituellement dans les narines du chien, il est disposé à incriminer cet animal dans la production de cette maladie chez l'homme. Les indications hygiéniques qui découlent de cette découverte sont très simples à formuler.

NIRE.

---

## NOUVELLES.

---

### NAISSANCES :—

En cette ville, le 19 juin au No 751 rue Ste-Catherine, l'épouse de M. le Dr Frédéric Lefils, un fils.

En cette ville, le 14 courant, l'épouse de M. le Dr Henri Lantier, une fille.

A St Edouard de Frampton, Comté de Dorchester le 25 juin dernier, l'épouse de M. le Dr François Boutin, un fils.

A St-Philippe d'Argenteuil, le 20 courant, l'épouse du Dr W. L. Lewis, une fille.

A Montréal, le 2 courant, au No 445 rue Berri, l'épouse de M. le Dr J. W. Bonnier, du Bureau Provincial d'Hygiène, un fils.

A St Félix de Valois, le 1er courant, l'épouse de M. le Dr H. Ducharme, une fille.

---



**MARIAGE :—**

A Ste-Alne des Plaines, le 23 juin courant, M. le Dr Gauthier, M. D., fils de M. Alphonse Gauthier de St-Lin, conduisait à l'autel mademoiselle Marie-Louise-Reine Villeneuve, fille de F. Villeneuve, notaire, le Rév. Père G. E. Villeneuve, ptre, O. M. I., frère de la mariée.

A Quebec le 8 courant, M. le Dr Louis George Pinault, de Campbelton N. B. conduisait à l'autel mademoiselle Aline De la Bruère, fille cadette de l'hon M. P. Boucher de la Bruère, surintendant du département de l'Instruction Publique de la province. Melle de la Bruère était accompagnée de son père et le Dr Pinault par son oncle, le lieutenant colonel Pinault, député ministre de la milice du Canada.

Nos meilleurs souhaits.

**NÉCROLOGIE :—**

Nous avons la douleur d'annoncer la mort du Dr J. P. Boulet, un de nos distingués collaborateurs et ancien secrétaire du collège de M & C. P. Q. le docteur est décédé à Québec le 5 juin dernier.

A Montréal, est décédé le 20 juin, le Dr Wyatt Johnston médecin autopsite à l'hôpital général le docteur a succombé à l'embolie pulmonaire.

Il venait d'être nommé professeur d'hygiène à l'Université McGill.

Le docteur Wyatt Galt Johnston était né à Sherbrooks. Il fit ses études au collège Bishop, à Lennoxville, fut gradué au McGill, en 1885. Il pratiqua alors à l'Hôpital Général, où il se fit remarquer en pathologie et bactériologie.

Le Dr Joseph Alfred Gagnon a succombé à un cancer de la gorge, le 21 juin, à sa résidence 689 Muri-mark à l'âge de 46 ans quatre mois et deux jours. Ses funérailles ont eu lieu à l'église St Joseph. Il naquit à Ste-Ursule, P. Q. le 17 février 1856,

Il fit ses études au séminaire de Trois-Rivières et étudia ensuite la médecine à l'Université Victoria, de Montréal, où il pris ses diplômes en 1882. Une fois reçu médecin, le Dr Gagnon pratiqua à Berlin Falls, N. H. pendant six mois, puis il vint ensuite s'établir à Lowell où il s'acquittait vite une nombreuse clientèle.

L'hon. Dr A. Z. Falcon est décédé le 14 juin dernier à Pawtucket R. I. Il était le fondateur de la société St Jean-Baptiste de Central Falls.

Le défunt était né à Montréal il y a 44 ans. Venu à Central Falls en 1879, il y pratiqua la médecine, ayant en même temps une pharmacie dans la rue Broad.

Il fut élu trois fois député à la chambre des représentants, en 1890, 1891, et 1892. Après avoir vendu sa pharmacie, il alla se fixer à Pawtucket. Il était membre de la Rhode Island Medical Society.

Le Dr I. Forest est décédé le 18 juin dernier à Wotton de Sherbrooke à l'âge de 68 ans. Il était l'un des pionniers de cette importante paroisse, d'où il pratiquait sa profession depuis quarante ans.

M. le Dr Jos. Jacques, de Worcester, est arrivé à Montréal, ce matin. Le Dr Jacques est venu rejoindre sa femme qui doit subir une opération chirurgicale dans quelques jours.

M. le Dr Albert Paquet a été nommé médecin-interne à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le Dr Da-gneau.

M. le Dr L. A. Montpetit montait, hier soir, dans l'escalier de sa résidence, No 110 rue St Laurent, lorsqu'il a soudainement fait un faux pas et est tombé, se fracturant une jambe. Il a été transporté en voiture à l'hôpital Général.

Le bureau de direction de l'hôpital Victoria a fait quinze nominations hier, pour la composition du bureau médical. Ce sont : Dr A. G. McAuley, médecin préposé pour faire les admissions : les Drs Colin, Russell, Francis, Byers et Colby, pour la médecine général ; les Drs Penner, Mullally, Dixon et Mason, pour la chirurgie : le Dr Newbold C. Jones, pour l'ophtalmologie : le Dr Goodall, pour la gynécologie : le Dr Harris, pour l'anesthésie : les Drs Hermann, Stockwell et MacNaughton, pour le locum tenens.

Le Dr Cantlie a aussi été nommé médecin externe.

**LE CONGRES MEDICALE DE QUEBEC.**

Nous croyons pas qu'il soit à propos aujourd'hui de publier aucune remarque au sujet de ce Congrès.

Nous sommes heureux de constater qu'il a été un succès. Il fait honneur aux Canadiens français.

La presse journalière a publié des rapports ordinaires que tous ont lus. Quand à la partie scientifique les travaux seront publiés dans les Comptes-rendus du Congrès et nous croyons être sages en nous obtenant pour le moment de tout résumé ou de toute critique de ces travaux.

Nous sommes heureux de voir que Monsieur le professeur Foucher, de Montréal a été nommé président du Congrès, qui se tiendra à Montreal en 1904.

Nos sincères félicitations, The right man in the right place.

## Supplement Litteraire

### L'eunuchisme

par le Dr P. LASOURCE

L'Eunuchisme est né en Asie. Hérodote en attribue l'invention aux Assyriens et aux Perses, tandis que Claude en rapporte l'origine à Sémiramis : c'est l'expédition dont elle usa lorsqu'elle voulut, à la mort de Ninus, son mari, monter sur le trône, afin que ceux qui la devaient approcher n'eussent dans leur voix et leur extérieur rien qui pût déceler cette usurpation. Mais ce fait seul prouve une connaissance anticipée des effets de la castration ; d'ailleurs Sésostrius, qui vivait plus de deux cents ans avant Moïse, fut assassiné par un de ses eunuques (Manetho-apud Syncel. Ed. de l'Imprim. Royale).

Les eunuques furent, sans doute créés, si l'on peut dire, pour veiller à la chasteté des femmes (eunè, lit, échô je garde). Partout on en trouve dans l'antiquité ; mais bientôt ils devinrent l'instrument d'affreuses débauches. Hermotime, auprès de Xerxès, Bagoas, auprès de Ptolémée, Ménophile auprès de Mithridate et bien d'autres eurent une renommée tout à fait spéciale.

D'autre part, il y eut des eunuques effectifs qui remplirent les plus grands emplois et l'on garda le souvenir de ministres avisés et de conquérants illustres qui furent châtrés. On les croyait plus désintéressés que les hommes ordinaires et volontier on leur confiait la garde des trésors.

Les Ethiopiens furent célèbres dans l'art d'émasculer. Chaque année, ils payaient aux Perses un tribut de cent eunuques et c'est chez eux que des Israélites captifs apprirent cet art qu'ils devaient si bien exploiter par la suite. Les Grecs en firent le commerce et chez les dames Romaines, le luxe des eunuques fut si grand qu'Aurélien dû le réglementer ; ils étaient leurs jouets, ils leur tenaient compagnie dans leurs litières et ils leur servaient encore plus pratiquement (*ap securas libidinationes*, dit saint Jérôme). Il y eut une quantité d'émasculés qui fréquentèrent les orgies de Néron, et un jour même ce César tragi-comique voulut changer en femme un de ses favoris. Origène se châtra pour observer rigoureusement le précepte de la continence et la secte des Valériens poussa même cette superstition jusqu'à mutiler de force tous ceux qui tombaient entre leurs mains. D'après Diodore de Sicile, c'était aussi le châtement de ceux qui violaient les vierges et d'après Claude, les hommes mariés avaient le droit de châtrer l'amant de leur femme.

Cette barbare coutume subsista, avec de nombreuses variantes, jusqu'à des temps plus modernes. La loi salique infligeait ce supplice pour le vol et d'autres lois, pour l'adultère. Au Moyen-Age, où Pierre d'Abano déployait toutes les ressources de sa dialectique afin de décider si les testicules sont nécessaires ou non à la génération, c'était une opération courante, mais son do-

maine devenait plus médical ; on l'appliquait à la cure de la lèpre, de la folie, de l'épilepsie et de l'hydrocèle ; on émasculait un homme pour une harnie encore au 17<sup>e</sup> siècle, et cependant florissaient les Castrats de la chapelle Sixtine.

Parmi les peuplades sauvages, c'est un usage assez répandu. Les tribus nomades de l'Afrique Centrale châtrèrent leurs prisonniers ; les Cafres et les Hottentots coupent le testicule gauche à leurs fils pour les rendre plus légers à la course et le roi de Boutan fait faire et vendre — chaque année — plus de 20.000 eunuques (Tavernier). Dans la Haute-Egypte, les petits esclaves noirs sont mutilés par les moines de Gisgeh qui cautérisent la blessure avec de l'eau bouillante et les plongent ensuite dans le sable brûlant. En Océanie se pratique également le commerce des Eunuques et on ne peut parler que pour mémoire des innombrables gardiens de Sérail des pays orientaux.

L'histoire des Eunuques en Chine a été particulièrement bien faite par J. J. Matignon. Sous la dynastie des Chou, en 1100 avant J.-C., on parle pour la première fois de châtrés. L'empereur Chou Kouang fit figurer la castration au nombre des cinq modes graves de punition, le plus grave avant la peine capitale. Les eunuques furent tout de suite utilisés, mais bientôt ils ne suffirent plus et les pauvres émasculèrent leurs enfants pour le service des riches et surtout du palais :

Actuellement l'empereur seul et quelques membres de sa famille ont le privilège des eunuques. L'empereur en possède ou a le droit d'en posséder 3000, qui d'ordinaire lui sont fournis par les princes qui ont déjà éprouvé leur mérite. La plupart néanmoins se recrutent au dehors ; des pauvres vendent leurs enfants ; des insouciants ou des paresseux se font châtrer pour devenir riches.

J. J. Matignon raconte qu'un mendiant alla un jour engager dans quelque Mont-de-Piété les malheureuses hardes qui lui restaient, et comme ces hardes lui furent refusées, et qu'il était pressé d'argent, il s'assit devant la porte et pratiqua sur lui-même l'amputation de ses parties ; puis il rentra et engagea pour 30 tiao (9 francs) ses pièces anatomiques. Le directeur du Mont-de-Piété fut obligé d'ailleurs de le faire soigner à ses frais : plus tard ce singulier client entra au Palais Impérial.

D'un certain nombre d'eunuques du Palais servent de pédérés pour l'empereur. Un palais spécial, le Nan-Fou (palais du sud), situé en dehors de la ville impériale, est affecté à la résidence de ces concubins officiels. On les appelle des Sian-Kôn. Les pédérés de cette sorte sont d'ailleurs très recherchés en Chine où la pédérastie a ainsi une consécration officielle.

C'est toujours le même opérateur qui châtre ; sa fonction est héréditaire ; le coût de l'opération est de 6 taels (24 francs). Le patient est couché sur une sorte de lit de camp ; des bandes compriment les cuisses et le

ventre. Un assistant le tient à la taille ; deux autres assurent l'écartement des jambes.

L'opérateur, de la main gauche, saisit les parties, les comprime et les froisse pour en expulser le sang et de sa main droite, tient l'instrument. Au moment de couper, il demande au patient, s'il est adulte, ou à ses parents s'il est mineur : " Etes-vous consentant ? " Sur une réponse affirmative, il coupe d'un coup sec, le plus ras possible, les bourses et la verge. La section faite, il place dans l'urèthre une petite cheville de bois, lave trois fois la plaie à l'eau poivrée, applique sur la région des feuilles de papier mouillées d'eau très fraîche, puis bande soigneusement le tout.

Pendant deux heures ensuite, on promène l'opéré. On ne le touche plus pendant trois jours, on ne lui donne pas le moindre liquide à boire et il souffre horriblement de ne pouvoir uriner. Au bout des trois jours, le pansement est enlevé ; si le malade peut uriner, il est sauvé ; sinon, il meurt bientôt dans d'atroces souffrances.

L'eunuque n'est guéri que lorsque la large plaie est tout à fait cicatrisée : pour cela il faut au moins une centaine de jours. Il peut alors entrer en fonctions. Les opérés réclament toujours les parties qu'on leur a extirpées et qui portent le nom de précieuses ; elles leur sont nécessaires, lorsqu'ils passent la revue de l'inspecteur des précieuses ou lorsqu'ils veulent être promus à un rang supérieur ; enfin ils doivent les posséder pour se présenter devant le Pluton chinois qui transforme en mules les hommes incomplets ; aussi, quand meurt un Eunuque d'importance qui n'a plus ses précieuses, sa famille se hâte-t-elle d'en acheter chez l'opérateur qui en profite pour les faire payer jusqu'à 15.000 taëls ; on les met soigneusement dans le cercueil et on espère ainsi tromper le Dieu hostile.

Dr P. LASOURCQ.

(A suivre)

#### La terminologie médicale au seizième siècle.

##### *Les rapports de virginité.*

Un confrère chercheur et érudit nous transmet aujourd'hui deux documents du XVe siècle, qui montrent que le langage poétique de Bretonnayau ne s'était pas encore généralisé chez les matrones.

Il s'agit de deux *Rapports Médico-légaux* dressés par des sages-femmes chargées de renseigner la justice sur la *défloration*.

Nous appelons sur tout l'attention sur la terminologie employée dans ces curieux documents. C'est ainsi que le périnée est désigné sous le nom peu gracieux d'*entrepêt* ; le vagin est le *pouvant* ; les nymphes sont les *halerons*, etc.

Voici le premier de ces documents, intitulé :

*Rapport de défloration* tiré du "Traité des erreurs populaires" de Laurent Joubert, médecin de Montpellier, livre V Chap. IV, p. 497.

"Nous, Marion Teste Jeanne de Mans, Jeanne de la Guigans et Magdelaine de la Lippue, Matrones-Jurées de la Ville de Paris, certifions à tous qu'il appartiendra, que le 14e jour de juin 1532, par l'ordonnance de M. le Prévôt de Paris ou son Lieutenant en la dite Ville, nous sommes transportées en la rue de Frepant, où pend pour enseigne la Pantoufle, où nous avons vu et visité Henriette Pelicière, jeune fille âgée de 15 ans ou environ, sur la plainte faite par elle en justice contre Simon Le Bragard, duquel elle a dit avoir été forcée et déflorée. Et le tout vu et visité, au doigt et à l'œil, nous trouvons qu'elle a : le *barres* froissées, le *haleron* démis, la *dame du milieu* retirée, le *pouvant* debissé, les *toutons* devoyés, l'*entrenchenart* retourné, la *babole* abattue, l'*entrepêt* ridé, l'*arrière fosse* ouverte, le *gilboquet* fendu, le *lippion* recoquillé, le *barbidault* tout écorché et tout le *lipendis* pelé, le *guilhevard* élargi, les *balunaux* pendants. Et le tout vu et visité *feuillet par feuillet*, avons trouvé qu'il y avait trace de.....

Et ainsi, nous, dites Matrones certifions être vrai, à vous, Monsieur le Prévôt, au serment qu'avons à la dite Ville....."

Le deuxième *Rapport de virginité* a été rédigé en langue béarnaise et traduit en français dans : *L'Art de faire les rapports en chirurgie*, par Devaux [1743].

" Nous, Jeanne du Mon, Jeanne Vergnier et Béatrix Laurade de la Paroisse d'Espère en Béarn, Matrones et Sages-Femmes interrogées et éprouvées, certifions à tous ceux et à toute celles qu'il appartiendra que par Ordonnance de Justice et commandement de haut Magistrat, M. le Juge du dit Lieu d'Espère, le 15me jour du mois de may, l'an 1545, nous Matrones susdites, avons trouvé, visité et examiné Mariette de Garigues, de l'âge 15 ans ou environ ; sur ce que la dite Mariette disait avoir été forcée, déflorée et dépucelée. C'est pourquoi nous, sages femmes susdites, avons tout visité et regardé, avec trois bougies allumées, touché avec les mains, examiné avec les yeux et retourné avec les doigts Et nous avons trouvé qu'elle n'avait ni la *partie féminine* (*broquades*) débissée ni les *caroncules* (*halhom*) demises, ni les *nymphes* (*barbolo*) abbatués, ni le *périnée* (*entrepêt*) ridé, ni le *col de la matrice* (*reffiron*) fendu, ni le *poil* (*pepillon*) recoquillé, ni l'*hymen* (*la dame du milieu*) retiré, ni la *gorge* très flétrie, ni le bord des *grandes lèvres* (*vilependis*) pelé, ni le *vagin* (*guilhevard*) élargi, ni les *membranes* qui lient les *caroncules* les *unes aux autres* (*barrividau*) retournés, ni l'*os pubis* (*bertrand*) rompu, ni le *clitoris* (*bipendix*) aucunement écorché. Le tout, nous, Matrones et sages-femmes susdites disons être ainsi, par notre rapport et jugement direct".

Et dire que de tels documents figuraient dans *L'Art de faire les rapports en chirurgie* publié à la fin du dix-huitième siècle ; nous en recommandons la lecture aux médecins légistes d'aujourd'hui pour qu'il s'en inspirent pour la rédaction des rapports destinés aux parquets.

On ne s'embêterait pas à l'audience, lorsqu'on y lirait des documents ainsi conçus :

Nous avons visité la dame X...*feuillet par feuillet* ; avons constaté que sa partie féminine est *débissée*, la *babole* rabattue, l'*entrepêt* ridé, etc. . .

Nous renvoyons ces curieux documents à nos médecins légistes afin qu'ils puissent servir de formules, ainsi que le désirait Devaux, qui les connaît comme modèles en 1743. (Dr MINIME.—in *Rev. méd. pharm.*)

## Travaux Originaux

### LA MOUCHE COMME AGENT DE PROPAGATION DES MALADIES ET COMME MILIEU DE METAMORPHOSE MICROBIENNE

par M. T. BRENNAN, M. D.,

*Ancien professeur d'hygiène à l'École Normale Jacques-Cartier ; ancien professeur d'histologie, d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'université Laval, etc.*

La mise en cause de la moustique comme propagatrice de la malaria et de la fièvre jaune, a porté de nouveau l'attention sérieuse sur le rôle de tous les insectes comme agents de contagions ; la punaise, la puce et surtout la mouche ordinaire. Vu le rôle malpropre que ces derniers insectes en particulier, jouent et vu leur grand nombre, il n'y a nul doute qu'ils sont plus fréquemment qu'on ne le croit des éléments directs de la transmission de bien des maladies, et entre autres de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la variole, de l'anthrax, de la pustule maligne et peut-être du cancer.

Ces animaux sont des plus utiles, nous le savons, comme vidangeurs, mais c'est justement leur besogne qui les rend dangereux, car ils vivent au contact de la pourriture, de la charogne, des excréments. C'est dans ces substances qu'ils déposent leurs œufs et c'est là que comme larves ils se développent. Nous savons que les œufs de ces insectes avalés peuvent produire des désordres tant dans les intestins des animaux que dans ceux de l'homme ; mais ces perturbations sont encore mal connues et ce que nous savons moins ou ce sur lequel nous sommes absolument ignorants, c'est leur manière d'agir pour produire ces désordres. Est-ce par leur simple présence, par des principes morbides, toxiques qu'ils élaborent, ou par des germes qu'ils renferment à l'état de parasite et qu'ils mettent en liberté ? Nous ne le savons pas. D'ailleurs ; nous allons revenir sur ce point.

Depuis longtemps les mœurs des mouches ont été étudiées et les noms qu'on a donné à certaines espèces les caractérisent bien : le scatophage (mouche merdivore, m. stercoraire), la sarcophage (m. carnassière,) etc. La loi de Moïse met-

tait les mouches au rang des animaux impurs.

Les espèces les plus communes que nous rencontrons sont la mouche domestique (*Musca domestica*), la sarcophage ou mouche carnassière ou mouche à viande, noire (*Sarcophaga carnaria*), la mouche bleue (*Musca vomitoria*, *M. erythrocephala*, abdomen bleu, tête rouge. — bluebottle, beef-eater), la mouche à viande, verte (*M. ceasar*, *M. cornicina* — greenbottle), le stomoxe ou mouche piqueuse (*Stomoxys calcitrans*), etc.

De toutes les espèces ordinaires, il n'y a que cette dernière, le stomox, qui soit pourvu de lancettes et conséquemment qui puisse piquer véritablement. Elle perce la peau et suce le sang de l'homme et des animaux. "Elle est plus petite que la mouche domestique, et a des stries blanchâtres interrompues, sur le dos et elle se tient la tête droite ; la mouche ordinaire est plus grosse et se tient la tête de côté quand elle est au repos (d'Arcy Power.)" Il n'y a donc que celle-ci qui puisse inoculer par piqûre. Elle peut, en sus, contaminer comme les autres espèces, par action mécanique ; par le transport et le dépôt de matières infectes dont son corps est presque constamment couvert. On comprend facilement le danger pour l'homme et les animaux qui viennent en contact avec ces insectes ou avec des substances sur lesquelles ces derniers ont déposé des germes. Il en est de même des excréments des mouches, qui peuvent renfermer des microbes, des toxines, peut-être des parasites à l'état de transition. On a trouvé dans les chiures de mouches prises dans une salle de tuberculeux, des bacilles de Koch ; le produit des lavages des chiasses sur les murs et les châssis a fourni un résultat identique. Dans les mouches mêmes on aura signalé la présence du bacille.

La portée de pareilles constatations, aidées de la probabilité de la pénétration des larves par les voies alimentaires ou respiratoires ou par d'autres, devient considérable. Elle attire l'attention des chercheurs afin de protéger l'humanité et d'éclaircir des questions des plus vitales de pathogénie aujourd'hui fort obscures.

Il y a une huitaine d'années j'avais commencé une série de recherches que j'ai été malheureusement obligés de suspendre, mais que je me propose de reprendre. Ces études incomplètes, je n'ai les ai pas publiées, mais le peu de travail que j'avais alors fait m'a prouvé que la mouche transporte par l'extérieur de son corps les germes les plus divers et les virulents ; qu'elle en absorbe et

que son cadavre et ses excréments peuvent en contenir. Mais un autre point — quels changements certains germes peuvent-ils subir dans le corps de la mouche ? — n'a été que entrevu ; ce dernier point est pour moi, capital, il est d'un intérêt extrême et d'une portée hygiénique et scientifique plus étendue qu'on ne peut le voir à l'heure actuelle.

Ces recherches doivent porter sur : 1. Une étude plus intime des mœurs des mouches. 2. Un examen microscopique et bactériologique minutieux de la mouche libre, telle qu'on la trouve autour de nous. 3. L'examen des chiures telles que trouvées sur les objets qui nous environnent, et de celles de mouches prises dans certains endroits contaminés et que l'on a emprisonnées et mises sous observation. 4. L'étude méthodique et suivie de mouches que l'on aura nourries de cultures diverses.

Ces études sur les insectes ne doivent pas seulement se résumer à constater la présence en eux de microbes, de parasites, de toxines, mais doit viser à tâcher de faire ressortir un autre fait qui est pour moi de la plus haute importance et que les progrès de la science moderne finiront par trouver vrai : *c'est que les microbes sont des animaux à métamorphoses*. Notre collaborateur Nire a bien exposé mon idée quand il a dit dans ses *Coq-à-l'âne médicaux* (La Revue Médicale, vol. IV, p. 81) : "La morphologie complexe du microbe nous échappe presque *in toto* ; et une chose que nous ignorons surtout se sont les séries de *métamorphoses* par lesquelles certains microbes passent successivement. Un microbe à une période de sa vie, se présentera chez l'homme dans certaines conditions spéciales qui le font reconnaître ; se sera un bacille par exemple, avec ses particularités microscopiques et pathologiques ; ce sera son état adulte, larvé, de transition, qui le sait ? Ailleurs ce même microorganisme, à d'autres âges, dans l'air, dans l'eau, dans les aliments, chez l'animal, se retrouvera avec une histoire toute différente ; il sera absolument méconnaissable, étant à une autre phase de la vie et ce ne sera qu'un hasard, un accident, qui pourra quelquefois rétablir le rapport entre ces deux étapes d'une même existence. N'en sera-t-il pas peut-être ainsi du germe de la tuberculose, du cancer et d'autres maladies parasitaires ? Les larves ou les adultes, enfin des formes différentes de celles que nous connaissons, existent probablement autour de nous. Nous sommes familiers avec

elles sous un autre nom peut-être, mais le lien qui unit les deux phases nous échappe. Nous sommes désarmé et pour le reconnaître ce lien et pour nous défendre contre les ravages de ces êtres si petits."

L'étude attentive des insectes qui nous entourent fournira peut-être un excellent moyen d'élucider cette question si importante.

En attendant des données plus précises, il est de notre devoir de nous protéger contre les accidents que l'on pourrait rapporter à ces insectes. C'est l'hygiène qui fait les frais de cette défense. *Il faut empêcher les mouches de se contaminer*. Ceci est possible dans une juste mesure ; il faut de la propreté en-dedans et en-dehors de la maison, autour des habitations. Là où il y a de la malpropreté, on le sait, les mouches abondent ; aucune substance en putréfaction ne devra être exposée à l'air libre. Il faut à tout seau, toute boîte, tout réceptacle à déchets, tout vase à excréments, tout crachoir, etc, un couvert qui ferme assez bien pour empêcher l'arrivée des mouches. Tous ces objets devront contenir des désinfectants, être vidés le plus souvent possible et être désinfectés régulièrement. Tout cadavre d'animal devra être enterré le plus tôt possible.

Donc, il faut débarrasser son entourage de tout ce qui pourrait permettre aux mouches d'aborder ou de transporter des substances nuisibles.

*En deuxième lieu*, il faut empêcher ces mouches d'infecter des lieux ou des articles dont l'usage exposerait l'homme à se contaminer à son tour : aliments, plaies, vases à boire, etc. Moustiquaires, couvre-plats, etc. seront mis en usage. Nul besoin d'insister sur ces points.

*En troisième lieu*, nous désirons attirer une attention toute spéciale sur les soins dont on devrait entourer les malades, afin que les mouches ne s'infectent pas à cette source et ne transportent pas l'infection ailleurs. Tout malade, — et ses excréta ... et spécialement celui atteint de maladie contagieuse, de fièvre typhoïde, de diphtérie, de scarlatine, de rougeole, de tuberculose, de cancer ulcéré, de plaies, d'ulcérations, de charbon, etc. sera protégé soigneusement contre les approches des mouches. Ses linges, son expectoration, son urine, ses selles, etc., auront une surveillance attentive.

*En quatrième lieu*, nous ne saurions trop insister pour que les moindres piqûres d'insectes soient

traitées antiseptiquement et rigoureusement dès le début.

*En cinquième lieu*, un mot sur la destruction des mouches. Il faut considérer toute mouche comme suspecte et susceptible de contaminer. L'indication est donc de les détruire, cela veut dire non-seulement de les tuer mais de faire disparaître leurs cadavres. Le moyen qui consiste à les empoisonner et qui leur permet d'aller mourir partout n'est pas à conseiller, car le poison qui les tue ne désinfecte pas assez leurs cadavres pour que les germes qu'ils contiennent deviennent inoffensifs. Ces mouches, ainsi tuées, tombent et sont réduites en poussière—poussière qui contient des germes lorsque la mouche en contenait, et qui se soulève dans l'air et est un élément de propagation de maladie. Il semble préférable pour la destruction des mouches d'employer une attrape-mouche en fil de fer, stérilisable, qui les empoisonne ; après les avoir noyées on les brûle ; ou encore un papier enduit d'une glu qui les fixe et permet de brûler le papier et mouches.

D'Arcy Power aurait publié dernièrement dans la *Lancet*, un article sur ce sujet. Malheureusement nous n'avons pas pu mettre la main sur ce numéro et n'avons lu qu'un petit résumé publié dans *Médecine*. Il émet l'hypothèse que les mouches peuvent — quoique la chose ne soit pas encore démontrée — servir d'hôte à des parasites, peut-être celui du cancer.

C'est bien là une partie des idées que nous avons émises, il y a bien des années.

Ce sujet est donc gros d'importance et le champ est ouvert à nos jeunes travailleurs canadiens pour de nouvelles découvertes. Il y a des hommes — il y a des malades — il y a des laboratoires — il y a des mouches !

200, rue Saint-Hubert.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Le Diéchoscope.

PAR M. TROUSSAINT.

Le diéchoscope est un appareil d'auscultation destiné à utiliser l'audition binaurculaire pour la perception simultanée de deux sons différents.

Le principe de l'instrument est la transmission des vibrations à l'oreille, grâce à une lame très sensible, sertie sans contact immédiat, à la partie inférieure d'une masse métallique lourde en cuivre de trois centimètres et demi de diamètre sur quinze millimètres de hauteur.

Il existe une petite chambre à air de forme parabolique entre le plan de la lame vibrante et le centre du cylindre perforé pour donner passage aux ondes sonores qu'il renforce et transmet à l'oreille par l'entremise d'un tube en caoutchoc de cinq millimètres de diamètre et de quarante-cinq centimètres de longueur. Une armature mobile applique sous la lame vibrante une embouchure étroite de stéthoscope vissée au centre d'une plaque d'ébonite.

L'appareil est composé de deux cylindres exactement semblables.

L'idée de l'auscultation parallèle et simultanée appartient au professeur Bourget, de Lausanne, qui l'a surtout employée pour la poitrine à l'aide d'une instrumentation très simple (une embouchure de stéthoscope montée sur un tube de caoutchoc). Le diéchoscope réalise l'application instrumentale perfectionnée grâce à laquelle on peut tirer de la méthode du professeur suisse tout ce qu'elle peut donner.

Dans la pratique de l'auscultation les deux instruments semblables sont utilisés simultanément un par chaque oreille. On peut à volonté et suivant l'opportunité d'une localisation plus étroite laisser à demeure ou enlever l'armature stéthoscope, dans ce dernier cas par lequel il est toujours préférable de commencer, il n'est pas nécessaire de maintenir le cylindre avec la main, son propre poids suffit dans le décubitus dorsal, à l'appliquer à la surface des téguments : il transmet les bruits superficiels et profonds avec une grande netteté sans en modifier les caractères par l'exagération même de la transmission, comme cela se produit avec le phonendoscope.

Il suffit d'appuyer légèrement sur l'instrument pour augmenter l'intensité des sons, cela a son importance lorsqu'on se trouve en présence de lésion étagées en profondeur et traduites par des signes stéthoscopiques topographiquement superposés.

L'auscultation pulmonaire ainsi pratiquée est rendue plus facile grâce à la comparaison simultanée de deux points symétriques ; les moindres nuances de rythme de timbre, etc., sont immédiatement appréciables.

Dans l'examen du cœur, appliqué sur la région pexienne, dépourvu d'armature stéthoscopique, le diéchoscope soulevé par chaque systole ventriculaire indique, sans les secours du pouls, le temps de la révolution cardiaque où sont entendus les bruits anormaux. Il permet ainsi de voir et d'entendre simultanément. A l'aide des deux appareils placés l'un au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire, l'autre à hauteur de

l'orifice artériel, le clinicien se rend compte de la topographie et de la chronologie exacte des bruits dans chaque moitié du cœur.

L'auscultation simultanée soit des deux orifices auriculo-ventriculaires, soit des deux orifices artériels fournit également des notions précises sur la localisation des lésions valvulaires que l'on peut limiter plus étroitement en utilisant l'armature stéthoscopique. Cet avantage est inappréciable dans les cardiopathies compliquées où plusieurs orifices sont atteints et dans lesquelles la propagation en divers sens des bruits anormaux chevauchant les uns sur les autres rend le diagnostic particulièrement difficile. Même remarque pour les souffles extra-cardiaques qui prêtent fréquemment à confusion.

Le diéchroscope, en démontrant l'intégrité des orifices, permet de rapporter ces souffles à leur véritable origine.

Ces diverses considérations nous ont amené à croire que le diéchroscope était appelé à rendre assez de services pour prendre place parmi les instruments de diagnostic utilisés en clinique.

*Marseille-Médical.*

#### **Pneumonie aigue chez un Alcoolique.**

Je fus appelé, le 28 décembre au matin, auprès d'un cultivateur de 44 ans, M. X..., robuste, laborieux, mais alcoolique invétéré, dur à lui-même comme aux siens et d'une brutalité proverbiale.

Je le trouvai assis sur son lit, en chemise, les jambes pendantes, glacées, le visage congestionné, couvert de sueur, haletant. Il venait de s'emparer violemment contre sa femme et sa mère qui voulaient le faire entrer dans son lit et le couvrir. Il menaçait les pauvres femmes de les assommer, si elles ne lui laissaient pas la paix. Quand je m'approchai de lui, j'eus beaucoup de peine à le calmer et à obtenir qu'il se tût pendant qu'on me mettait au courant des événements.

" La veille, vers 4 heures du soir, après une longue et pénible corvée au cours de laquelle il avait bu, avec un charretier à son service, force rasades, il s'était refroidi, avait senti un point de côté très aigu et s'était vu forcé de s'arrêter. Mais, n'écoutant aucun avis, il n'avait pas voulu se mettre au lit et était resté au coin du feu, continuant à boire du vin chaud, jusqu'à 9 heures du soir. Au lit, il n'avait pu reposer un seul instant.

" Refusant qu'on vint me chercher, refusant qu'on lui appliquât un cataplasme sinapisé, il avait accru encore son ivresse en avalant plusieurs petits verres d'eau-de-vie de marc.

" En proie au délire alcoolique, il avait passé toute la nuit à tempêter, à crier, à chanter, à lutter contre des ennemis imaginaires, à violenter sa femme et deux autres personnes qui le gardaient, et à se plaindre de la

douleur aiguë comme un coup de couteaux qu'il ressentait au côté gauche du dos, sous l'omoplate. "

Après ce récit, dix fois interrompu par le malheureux délirant qui m'affirmait que sa femme mentait, qu'il n'était nullement malade et n'avait pas besoin de moi..., je m'efforçai d'apaiser le malade par de douces et je parvins à l'ausculter.

Je trouvais sous l'omoplate gauche les signes pré-cuseurs d'une pneumonie aiguë : matité, douleur, quelques râles crépitants, bronchophonie.

Comment faire suivre à un homme dans cet état un traitement sérieux et de longue haleine ? Comment tenir au lit un fou qui voulait descendre de son lit à toute minute, ouvrir sa fenêtre, descendre dans sa cour aller dans sa cave boire au tonneau, etc., etc. C'était impossible. Le mal qui dominait la scène, celui auquel il fallait s'attaquer au plus vite, c'était la crise aiguë d'alcoolisme, dont les symptômes effrayants allaient s'accroissant depuis douze heures.

C'est à quoi je pensai de suite, et je formulai aussitôt, pour apaiser l'excitation nerveuse :

*Arsénate de strychnine, digitaline, hyosciamine* (un granule de chaque), les trois ensemble, toutes les quinze minutes, pendant une heure, puis toutes les demi-heures jusqu'au retour du calme.

Le malade avait soif et réclamait à boire.

Il ne fallait pas songer à faire accepter à un individu de cette trempe une tisane quelconque. J'autorisai les grogs légers alternés avec du café noir étendu d'eau et corsé, lui aussi, d'un peu d'alcool.

Le lendemain quand je revins voir le malade, non seulement aucune amélioration ne s'était manifestée, mais encore il allait plus mal.

Il n'avait accepté, en douze heures, que quatre doses de granules, qu'il avait mâchés et rejetés avec fureur, criant qu'on voulait l'empoisonner.

Je fus forcé pour pouvoir l'ausculter de le prendre de très haut avec lui. Je le menaçai de le faire attacher s'il ne se tenait par tranquille, et de lui faire avaler les remèdes avec une sonde, s'il ne voulait pas se laisser soigner.

Il me laissa faire un nouvel examen de sa poitrine. La pneumonie suivait son cours. J'exigeai qu'on appliquât un cataplasme sinapisé toutes les quatre heures et que, de gré ou de force, on fit avaler les granules indiqués au malade.

Je fis venir deux voisins vigoureux, auxquels je donnai mes instructions d'un air si autoritaire, que le délirant, impressionné, avala devant moi une dose de granules et promit de se laisser faire tout ce qu'on voudrait.

Je formulai un double traitement qu'il fallait suivre parallèlement : celui du délire alcoolique et celui de la pneumonie envahissante.

Je revis, matin et soir, le malade, qu'on dut plusieurs fois maintenir de force pour lui faire prendre ses

médicaments, un peu de bouillon, un peu de lait et des grogs.

Le quatrième jour, dans la soirée, la crise d'alcoolisme fut enfin maîtrisée.

La nuit fut beaucoup plus calme. Le malade, sorti d'une sorte de cauchemar, parla sagement à son entourage, et, le cinquième jour, au matin, je pus enfin faire appliquer dans toute sa vigueur le traitement de la pneumonie. Celle-ci, retardée dans sa marche, heureusement, n'avait pas marché très vite. Les crachats, rouillés, fibrineux, venaient à grand-peine. L'exsudat encombra tout le lobe inférieur du poumon gauche. J'ordonnai :

*Trinité défervescente* antifebrile et *nitrate de pilocarpine* (un granule de chaque toutes les demi-heures), grogs chauds, bouillon de bœuf et lait, comme nourriture ; un lavement tous les matins ; cataplasmes sinapisés matin et soir.

Ce traitement fut ponctuellement suivi pendant douze jours, avant que la pneumonie semblât arrêtée.

Mais, alors que j'annonçais la guérison comme certaines et prochaine, le foyer vidé une première fois se rempli de nouveau de crachats purulents de vilain aspect, d'odeur repoussante, témoignant que, chez cet homme empoisonné par l'alcool, un véritable abcès s'était formé dans le lobe du poumon malade avec gangrène du tissu pulmonaire.

J'administrerai alors, à jet continu, le *sulphydral* et l'*iodoforme* (2 granules de chaque toutes les deux heures) et, en plus, un granule composé *antidiathésique*, également toutes les deux heures, en alternant.

Pendant trente jours, ce traitement fut suivi et son efficacité fut complète.

Aujourd'hui, mon malade est à peu près rétabli. Il mange bien, dort bien et travaille chez lui à aiguiser des échalas. Devenu très sobre après la dure leçon qu'il a reçue, il a perdu sa morgue hautaine et sa rudesse. Il a eu peur de mourir, et cette peur lui sera, j'espère, salutaire... *Initium sapientiae timor mortis*.

Il tousse encore un peu, mais ne crache plus. Le foyer purulent desséché donne à l'auscultation la sensation d'une caverne vide, mais rétrécie par des brides cicatricielles, qui tend à se rapetisser de semaine en semaine.

Je le considère comme tiré d'affaire.

(*La Dosimétrie*)

## CHIRURGIE

Du rein mobile et douloureux, dans ses rapports avec la colique néphrétique

par le Docteur GALLAND-GLEIZE (de Vittel)

Pour résumer notre communication nous dirons :

Si les auteurs n'ont méconnu ni les états douloureux du rein simulant la lithiase rénale, ni les crises d'hydronéphrose intermittente qui se montrent au cours du rein mobile et douloureux, et qui ressemblent à la colique néphrétique ; si le Dr Tuffier s'est, d'autre part, attaché particulièrement à démontrer qu'il existe des états pathologiques nombreux pouvant simuler, à s'y méprendre, les coliques symptomatiques de la lithiase rénale, bien qu'il en soient tout à fait indépendants, nous nous crovons cependant autorisé par les faits, assez nombreux déjà, que nous avons observés dans le cours de notre pratique, à affirmer que les auteurs :

1° N'ont pas encore assez insisté sur la fréquence, beaucoup plus grande suivant nous qu'on ne le croit en général, des crises douloureuses qui apparaissent au cours du rein prolabé et mobile, dont la physionomie, les allures et la marche ressemblent singulièrement à celles de la colique néphrétique calculeuse la plus franche, et qui sont cependant complètement indépendantes de la lithiase urinaire.

En d'autres termes, ils n'ont pas assez montré combien le sein prolabé était une cause fréquente de pseudo-colique néphrétique.

2° Ils ne nous paraissent pas avoir établi une distinction suffisamment précise entre les divers états douloureux qui traversent, comme un épisode aigu, le cours du rein prolabé et mobile. Ils ont eu surtout en vue l'hydronéphrose intermittente.

Or les faits que nous avons observés ont une physionomie qui les distingue assez nettement des accès douloureux dus à l'hydronéphrose.

Chez aucun de nos malades, en effet, nous n'avons pu constater, ainsi que nous l'avons dit, de trouble vraiment notable de la fonction urinaire au cours de l'accès. Quelquefois, les mictions ont été un peu plus fréquentes, mais il n'y a eu ni anurie, ni oligurie. A la palpation, le rein ne nous a jamais paru augmenté de volume. Si nous avons parfois, à la fin de l'accès, observé des urines un peu plus abondantes et un peu plus blanches que normalement, nous pouvons dire que cela s'observe très fréquemment à la suite d'une crise douloureuse plus ou moins violente, quelle qu'elle soit. Nous avons remarqué, du reste, que les crises observées par nous se sont montrées chez des sujets de tempérament très nerveux.

En tous cas, nous n'avons jamais vu ces « débâcles urinaires amenant la disparition de la tumeur et de la douleur » qui sont le fait de l'hydronéphrose aiguë intermittente.

Par tous ces caractères, les accidents douloureux que nous avons relatés ici se distinguent donc nettement des crises dues à l'hydronéphrose.

En somme, c'est par une étude approfondie des antécédents du malade, c'est par une enquête minutieuse sur l'état exact de la fonction urinaire, c'est par



un examen soigneux des qualités de l'urine au moment des accès douloureux, après ceux-ci et dans leur intervalle, c'est enfin par une exploration attentive et méthodique de la région rénale, que le médecin parviendra à établir le diagnostic exact et raisonné des accidents en présence desquels il se trouve, et à éliminer toutes les causes d'erreur ?

Quelle est maintenant l'explication à donner de ces crises douloureuses dans les faits que nous avons rapportés ?

Nous n'en avons pas de meilleure à proposer que celle qui a été indiquée par le Dr Tuffier, et c'est à cet auteur que nous renvoyons.

Quant au traitement enfin qui leur est applicable, il n'est autre, bien entendu, que celui du prolapsus rénal à l'occasion duquel elles ont fait leur apparition. (Gaz. de gyné.)

#### Les formes anatomo-cliniques circonscrites de la tuberculose du genou,

M. le Dr Lucien Camus, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude de la tuberculose circonscrite du genou ; voici en quelques mots les résultats de ses remarques personnelles :

La tuberculose du genou — ostéo-synovite fongueuse — avant d'être diffuse, présente parfois, soit au début, soit au cours de son évolution, des localisations topographiques intéressantes.

Ces localisations topographiques s'expliquent par l'existence, au niveau de l'articulation du genou, de départements anatomiques, qui créent pour l'affection autant de formes cliniques circonscrites. Ces départements anatomiques sont au nombre de trois principaux ; ils correspondent à la double articulation condylienne fémoro-tibiale et à l'articulation fémoro rotulienne. Les formes anatomo-cliniques correspondantes peuvent être désignées sous les noms de *fémoro-tibiales condyliennes interne et externe* et de *fémoro rotulienne sous tricipitale*.

Les deux formes *fémoro-tibiales condyliennes* sont les plus graves ; toutes deux coexistent souvent ; le début est insidieux ; les lésions, qui ont une grande tendance à la diffusion rapide, sont profondément situées à l'origine et difficiles à explorer et à traiter directement. De plus, elles intéressent la grande articulation fémoro-tibiale, la plus importante au point de vue fonctionnel. La variété *fémoro-rotulienne sous-tricipitale* est intéressante par sa topographie, son exploration et son traitement faciles. Cette variété peut être non suppurée ou suppurée. Dans le premier cas, le traitement applicable est le traitement classique. Dans le second cas, il y a avantage, pour l'avenir fonctionnel du membre, à pratiquer l'*ostéo-synovectomie partielle et précoce*, en se conformant à ces deux grands

principes : *respecter le cartilage antérieur de la rotule ou pratiquer la résection sous périostée*, pour ne pas interrompre la continuité du quadriceps ; — *rechercher la réunion par première intention* en vue de la mobilisation précoce de la jointure.

(Le concours médical.)

#### Le diviseur vésical gradué de M. Cathelin.

M. Guyon : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie au nom de M. Fernand Cathelin, l'un de mes internes, un instrument qui permet de faire la division des urines dans la vessie et de recueillir séparément l'urine des deux reins.

Très au courant des manœuvres intra-vésicales, et connaissant bien les difficultés créées par la sensibilité pathologique de la vessie, M. Cathelin a construit un instrument qui permet : 1° De repérer exactement le col ; 2° de ne mettre à aucun degré la vessie en tension, ce qu'elle ne supporte pas quand sa sensibilité est pathologique ; 3° de ne soumettre sa surface interne qu'au contact, que toujours elle tolère, surtout quand il est limité et mesuré. Il lui a donné le nom de *diviseur vésical gradué*.

Nous avons pu nous assurer que cet appareil est facilement supporté et que les malades peuvent le garder sans souffrir, aussi longtemps qu'il est nécessaire pour la récolte des urines.

Il faut de dix à vingt-cinq minutes pour obtenir la quantité suffisante pour les analyses histo-bactériologique et chimique. Cet appareil est basé sur un principe nouveau, à savoir l'introduction dans l'intérieur de la vessie d'une *cloison souple, extensible et développable à volonté*. Il se compose d'un tube répondant au n° 25 de la filière Charrière, et dont le bec cannelé a les dimensions et la forme d'un lithotriteur [n° 2. Trois tubes sont renfermés dans le corps de l'appareil : a) Un tube médian, aplati latéralement, dans lequel se meut à frottement doux un mandrin gradué, le *porte-membrane*, à l'extrémité vésicale duquel est fixé par un mécanisme automatique un *ressort métallique* recourbé sur lui-même et qui peut sortir du tube en se développant sous forme de large raquette. Ce ressort est entouré d'une membrane de caoutchouc simple, tendue dans son plan et fixée en position de détente maxima du ressort. Le mandrin attire la membrane de caoutchouc et aplatit le ressort ; le tout rentre dans le tube médian à la manière d'un éventail. b) Deux tubes latéraux laissant passer des sondes à index qui sortent par deux yeux obliques disposés latéralement à l'extrémité du tube commun et de chaque côté de la rainure destinée à maintenir la membrane dans la verticale. On peut faire aisément glisser la tige porte-membrane comme le piston d'une seringue : une vis de serrage permet d'arrêter le jeu du piston dont l'étanchéité est garantie en dehors

par un tambour. La graduation, calculée aussi exactement que possible, répond aux grands diamètres de sphéroïdes de 10 à 300 grammes de capacité. Pour en faire usage il faut : 1° Bien laver la vessie jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Prendre la capacité *exacte* et laisser 10 à 20 grammes d'eau dans la vessie pour amorcer les sondes et faire siphon. 2° Introduire l'instrument comme un explorateur ou un lithotriteur ; puis, une fois dans la vessie, pousser les deux sondes de 0,02 centimètres environ ; éprouve une résistance ; enfin le mettre en position. 3° L'instrument est maintenu horizontal ; on actionne la tige porte-membrane en lisant graduation et en s'arrêtant *exactement* au chiffre donné par la capacité vésicale. 4° Une tige fixatrice qui s'appuie sur le lit du malade maintenant l'instrument, l'urine coule goutte par les sondes ; et est reçu dans deux tubes éprouvettes. 5° Pour enlever l'instrument, retirer d'abord les sondes, puis la membrane.

L'instrument de M. Cathelin a été appliqué dans mon service dans quinze cas dont le détail sera donné. Chacune des explorations a permis de constater l'*étanchéité parfaite du cloisonnement* ; c'est ainsi, pour n'en donner qu'un exemple que lorsqu'il a été appliqué chez trois malades ayant subi la néphrectomie, la sonde du côté opéré n'a pas fourni une seule goutte d'urine, tandis que du côté opposé le débit était régulier.

La séparation des urines dans la vessie fera faire de nouveau progrès au diagnostic, en permettant d'étudier le fonctionnement des reins de savoir si les lésions sont uni ou bilatérales et de rechercher à quel degré les deux reins sont atteints quand elles sont bilatérales.

Elle ne peut remplir toutes les indications qui sont fournies par le cathétérisme urétéral, elle n'est pas destinée à y être substituée ; les renseignements qu'elle est appelée à nous fournir s'ajouteront à ceux que nous devons déjà à cette importante méthode.

(Bull. de l'Acad. de méd.)

## OBSTÉTRIQUE

### Œdème aigu du col de l'utérus grave

M. VARNIER a assisté, à trois reprises, à partir du sixième mois, à la production brusque et au retrait rapide de cet allongement du col ; il a pu en prendre des photographies ; faire, par des mouchetures, la preuve de la nature œdémateuse de cet allongement hypertrophique éphémère ; s'assurer que le corps grave de l'utérus ne s'abaissait pas pendant les crises de prolapsus cervicaux.

L'accouchement s'est fait normalement deux cent-soixante-seize jours après la fin des dernières règles ; fille de 3115 grammes.

Au point de vue de l'étiologie, très obscure, de cette lésion, M. Varnier remarque :

1° Que depuis la grossesse précédente (six ans) la patiente n'avait noté aucun signe ou symptôme de prolapsus.

2° Que l'extirpation des annexes gauches pour kyste ovarique (quatre ans) avait privé l'utérus d'une de ses voies de décharge sanguine.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

### Indication et jurisprudence concernant le droit de sacrifier le fœtus

La Société médicale de Berlin (*Berliner medicinische Gesellschaft*) vient de discuter sur un rapport de Kossmann la question de droit qui a trait aux interventions sur le fœtus vivant ; cette question est d'un intérêt assez général pour que nous ayons jugé utile de donner ici le résumé assez détaillé de ce rapport et de la discussion qui suivit, il pourra intéresser ceux qui ont eu connaissance des débats récents qui ont eu lieu sur le même sujet, à la dernière session de la Société obstétricale de France (avril 1902).

Dans son exposé, Kossmann a tout d'abord fait un historique de la question, rappelant que, dans l'antiquité, le droit de sacrifier le fœtus résultait de la "*patria potestas*" et, de fait, du temps d'Hippocrate, l'usage en existait ; le droit romain retira de droit sous l'influence du christianisme qui attribuait au fœtus une âme distincte de celle de la mère ; plus tard, les bulles des papes Sixte V et Grégoire XIV assimilèrent l'avortement à un véritable meurtre. La découverte de la version pratiquée par Ambroise Paré au XVII<sup>e</sup> siècle, l'opération césarienne (Roussel), la découverte du forceps, la pratique de l'accouchement provoqué (1796), de la symphyséotomie, la découverte des bruits du cœur de l'enfant dans le sein de sa mère (1821), rendirent les médecins de moins en moins disposés à sacrifier le fœtus.

En droit, l'Église catholique, dit Kossmann, défend formellement toute tentative de destruction chirurgicale du fœtus ainsi que l'avortement provoqué, même quand on le considère comme l'unique moyen de sauver la mère.

Le droit allemand (*comme le nôtre du reste*) défend, sous peine de travaux forcés ou de prison, l'avortement ou la mort de fœtus, sans faire mention de disposition particulière pour les médecins, si bien, dit Kossmann, que l'incertitude où ils sont de leur droit, subsiste pour eux, malgré l'avis des commentateurs qui seraient d'avis d'interpréter le silence du code en leur faveur.

Au point de vue moral, le rapporteur pose d'abord comme principe que l'avortement artificiel ne peut être pratiqué que si le médecin est persuadé que la vie

de l'enfant ne peut être sauvée, en prolongeant la grossesse et que la mère est condamnée à mourir, si on la prolonge ; c'est une question à se poser dans chaque cas particulier et pour la solution de laquelle Kossmann conseille de se joindre à deux collègues et de dresser procès-verbal en commun.

Plus délicate est la question de sacrifice de l'enfant pendant l'accouchement ; ici la question se pose de savoir si l'on doit sacrifier l'enfant pour sauver la mère ou diminuer les dangers quelle court. Doit-on pratiquer l'embryotomie ou l'opération césarienne ? Kossmann prenant comme bases d'appréciation les statistiques qui attribuent une mortalité pour la mère de 6 à 7 p. 100 dans l'embryotomie, de 10 p. 100 par l'opération césarienne (différence que la statistique de l'hôpital de Hopkin réduit à 0,12 p. 100, 2,88 au lieu de 3 p. 100) conclut en faveur de cette dernière.

Dans la discussion qui suivit, plusieurs membres de la Société, notamment Dührssen, Czempin, Bruno Wolff, firent remarquer que l'opération césarienne était beaucoup plus fréquemment suivie de mort, dans la pratique privée, que ne l'indiquait les chiffres invoqués par Kossmann. Celui-ci termine la discussion en déclarant que les chiffres cités par lui, mettant en relief les risques comparés de l'embryotomie (6 p. 100 de mortalité) et de l'opération césarienne (10 p. 100), sont fournis par une statistique de Zweifel ; il réclame, en terminant, et plusieurs membres de la Société s'associent à ce vœu, des modifications à la loi allemande touchant les devoirs et les droits particuliers du médecin dans les interventions obstétricales.

Il est bon de faire remarquer, à ce propos, que devant un tribunal, un médecin n'aurait pas de peine à faire la preuve de ses intentions thérapeutiques et, par conséquent, à se disculper, sans qu'il soit besoin de spécifier spécialement son cas dans la loi, surtout s'il avait eu soin de prendre l'avis de deux collègues, comme le conseille, à bon droit, Kossmann.

Quant aux lois de l'Eglise que rappelle Kossmann celle du xvii<sup>e</sup> siècle ne paraissent viser que l'infanticide ; quant aux décisions plus récentes, elles se bornent croyons-nous, à divers avis de la Congrégation du Saint-Office, qui ne sont pas des prohibitions catégoriques. C'est ainsi qu'en 1884, par exemple, consultée sur la question de savoir si l'on pouvait, en sûreté de doctrine, enseigner dans les écoles catholiques qu'il est permis de pratiquer la craniotomie lorsque, faute de cette opération, la mère et l'enfant périront tous deux, tandis qu'au contraire cette opération, en faisant périr l'enfant, sauverait la mère, la Congrégation, sans prohiber directement l'opération, se borna à dire que « la licéité de cette opération ne peut être enseignée avec certitude » [*tuto doceri non passe*].

(Gaz. des hôp.)

### De la ligne brune abdominale

D'après M. le Dr Raoul LEHMAN.

On donne le nom de " ligne brune " à un dépôt de pigment qui se forme sur la ligne médiane de l'abdomen, au niveau du revêtement cutané.

L'étude de cette pigmentation n'est pas aussi aisée qu'on serait tenté de le croire. Les auteurs contemporains et les maîtres les plus distingués la considèrent comme un signe tellement vague, inconstant qu'il n'est guère possible d'en tirer une conclusion, de quelque utilité qu'elle soit en clinique.

Du côté des malades, leur ignorance même, en ce qui concerne le début et le développement de leur ligne, l'incapacité où ils sont de dire s'ils en ont eu une antérieurement, soit qu'ils n'aient jamais remarqué ce signe, soit que, considérant son existence comme une chose anormale et sans conséquence, ils n'y aient guère prêté grande attention, rendent très laborieuses les investigations qu'on peut entreprendre à ce sujet. Seule, l'observation directe et personnelle était susceptible de fournir des documents sur lesquels M. Lehman a basé son intéressant travail si l'on ajoute que les observations ont porté sur plus de mille lignes brunes, et que l'auteur s'est aidé, pour apprécier exactement les modifications que peut subir la pigmentation avant, pendant et après, tel ou tel état physiologiste d'une échelle de teintes numérotées, obtenue par l'aquarelle et reproduisant des multiples colorations présentées par la ligne brune, depuis les plus pâles et les plus claires jusqu'aux plus foncées et aux plus sombres, en passant par tous les tons intermédiaires, on peut se rendre compte de la conscience et de la méthode avec lesquelles ont été entreprises les recherches de M. le Dr Lehman.

Or, voici, très rapidement résumé par l'auteur lui-même, le résultat de cette patiente étude :

La ligne brune abdominale est un signe clinique. Elle s'observe à toute âge et dans les deux sexes.

Chez les filles, jusqu'à la puberté, elle coïncide fréquemment avec la constipation chronique. Jaune pâle et peu marquée, dans des cas où parfois rien ne semble la justifier en clinique, elle revêt souvent une vigueur spéciale, une teinte jaune roussâtre ou fauve : 1° dans les cas d'inflammation intestinale (constipation chronique, fièvre typhoïde, etc.) ; 2° dans la tuberculose générale ou même localisée (carreau, mal de Pott, bacillose pleuro-péritonéale, coxalgie, etc.) ; 3° à l'époque de la puberté.

Chez les filles, elle est toujours ombilico-pubienne. Mais dans des cas extrêmement rares de constipation chronique longtemps prolongée, par exemple, la ligne sous-ombilicale se prolonge au-dessus de l'ombilic en un trait fin très pâle et peu marqué.

Après la puberté, la ligne brune coïncide presque toujours avec l'aménorrhée, la dysménorrhée, les coliques utérines, les règles profuses et en général avec un

trouble quelconque habituel de la menstruation.

La ligne brune disparaît chez les jeunes filles normalement réglées. Elle n'apparaît jamais au moment des époques pour disparaître sitôt après.

Dans l'état de puerpéralité, chez les primipares, c'est vers le 3e ou le 4e du mois de la gestation que la ligne blanche commence à se pigmenter.

La ligne peut apparaître plus tardivement chez les blondes.

Aux premiers mois de la gestation, la ligne brune ne se distingue pas de celle d'une nullipare aménorrhéique.

Dans le cours de la grossesse, la ligne brune passe par toute une gamme de teintes, dont les principales sont : jaunâtre, jaune roussâtre, fauve, sépia, brun foncé, marron, chocolat, couleur de la peau de nègre. Ces dernières teintes s'observent surtout chez les femmes brunes.

A mesure qu'elle brunit, la ligne s'accroît en largeur. Elle atteint généralement chez la primipare de 4 à 5 millimètres, quelquefois davantage.

Au commencement de 7e mois de la gestation, la ligne ombilico-pubienne ayant contourné la cicatrice ombilicale, s'élève au-dessus de l'ombilic en un trait pâle et toujours plus étroit que la ligne ombilico-pubienne ; elle s'effile, pâlit et se perd le plus souvent à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphôïde, auquel elle aboutit peu souvent.

Chez les multipares, le début de la ligne brune est plus tardif que chez les primipares.

On peut observer une ligne pubo-xiphôïdienne au début de la gestation, chez les multipares dont la nouvelle grossesse a surpris la précédente ligne brune, dès les premiers mois de sa régression.

La ligne brune des multipares atteint généralement de 6 à 8 millimètres de largeur, quelquefois davantage.

Les grandes multipares n'ont pas de ligne brune ; quelquefois elles en ont une extrêmement atténuée, dans les derniers mois de la gestation seulement. Quelquefois aussi elles n'ont qu'une trace imperceptible de leur ancienne pigmentation. Les grandes multipares dont la dernière grossesse est déjà ancienne (8 ou 10 ans par exemple, et plus) et qui redeviennent enceintes, ont une ligne brune analogue à celle des primipares.

Lorsqu'une multipare a toujours antérieurement avorté et que, pour la première fois, sa grossesse va jusqu'à terme, sa ligne brune se développe comme chez une primipare.

La ligne brune n'est quelquefois pas rectiligne : ses déviations coïncident avec les derniers mois de la gestation.

Les états pathologiques autres que la tuberculose, qui l'exagère souvent (albuminurie, syphilis, cardiopathies, auto-intoxication gravidique, etc.), n'ont aucune influence sur la ligne brune.

La présence d'une ligne abdominale très foncée, de

couleur brun sépis, marron, chocolat, etc., sur l'abdomen, est pathognomonique de grossesse, aucun état physiologique ou pathologique n'étant capable de provoquer une pigmentation aussi vigoureuse que l'état de puerpéralité.

Les femmes très grasses n'ont pas de ligne brune. Elle la dissolvent dans leur tissu adipeux.

La ligne brune se renforce encore après l'expulsion du fœtus. Ce renforcement est probablement dû à ce que la paroi abdominale, en revenant sur elle-même, rapproche les uns des autres les corpuscules pigmentaires que la distension tenait éloignée et rendait ainsi peu visibles.

La rapidité de la régression pigmentaire est en raison inverse de l'intensité de la ligne, du teint foncé de la femme, du nombre de grossesse et surtout de l'allaitement.

La régression de la ligne brune est rapide chez les femmes qui avortent, ainsi que chez les blondes.

Chez les primipares, malgré l'allaitement, la ligne sus-ombilicale disparaît généralement dans les 6 mois qui suivent l'expulsion du fœtus, et la ligne sous-ombilicale 8 ou 10 après l'accouchement. Mais cette dernière persiste quelquefois plus longtemps chez les femmes très brunes qui ont nourri leur enfant et dont le retour de la fonction ovarienne a été retardé.

Chez les multipares, la lenteur de la régression pigmentaire est principalement subordonnée et l'allaitement la ligne gardant une intensité relative tant que dure l'aménorrhée, qui elle-même persiste pendant toute la durée de l'allaitement.

La ligne brune des multipares qui ne nourrissent pas disparaît en général, en peu de temps.

Bien que la pigmentation ombilico-pubienne pâlisce toujours dans de notables proportions, les multipares en conservent le plus souvent la trace, ainsi qu'un tatouage jaunâtre et peu marqué, pendant le reste de leur vie, même après la ménopause. La ligne sus-ombilicale disparaît toujours : les exceptions à cette règle sont rares.

On peut activer la régression de la ligne brune par un savonnage à la brosse prolongé. L'élimination pigmentaire est ainsi favorisée par l'exagération de la circulation locale périphérique ainsi que par le décapage artificiel de l'épiderme.

La pigmentation de la ligne blanche n'a rien de commun avec celles des seins. Souvent celui-ci existe lorsque celle-là fait défaut, et *vice versa*. Le début, le développement, l'intensité la régression, etc., de la ligne brune ne coïncident presque jamais avec ceux de la pigmentation mammaire. Il y a indépendance absolue entre ces deux stigmates.

Les tumeurs des organes génitaux de la femme ne produisent, la pigmentation de la ligne blanche que lorsqu'elles provoquent l'aménorrhée ou la dysménorrhée.

La ligne brune existe chez l'homme. Elle a chez lui la même étendue entre l'ombilic et le pubis, ainsi que

le même aspect que chez les nullipares.

Comme chez les petites filles, la ligne ombilico-pubienne revêt, dans le sexe masculin, une intensité spéciale : 1° dans certain cas d'inflammation intestinale ; 2° dans la tuberculose générale ou localisée ; 3° à l'époque de la puberté.

La ligne sus-ombilicale ne s'observe chez l'homme que très rarement, et seulement dans des cas où la lésion qui en est la cause a une durée très prolongée.

Les sujets gras, ainsi que ceux qui ont de nombreux poils sur la ligne blanche, n'ont pas de ligne brune.

Les circonstances physiologiques ou pathologiques quelles qu'elles soient, qui ne produisent pas d'hyperhémie et de stase sanguine prolongée dans les capillaires de la peau.

La localisation du pigment sur la la ligne médiane s'opère comme dans les cicatrices opératoire, la ligne blanche étant une cicatrice embryonnaire où les capillaires, rares et très fins, favorisent la mise en liberté de la matière colorante dont les cellules cutanées s'emparent pour élaborer le pigment.

La régression de la ligne brune s'opère par deux voies :

1° Par la circulation, lorsque la stase dans les capillaires est supprimée ;

2° Par desquamation épithéliale, lorsque les différentes couches de cellules ont subi la transformation cornée.

Le travail de M. Lehman est appuyé sur 460 observations personnelles dont les détails sont consignés dans huit tableaux où l'auteur a étudié successivement la ligne brune des filles avant la puberté, des nullipares, des primipares enceintes, des multipares enceintes, des primipares non-enceintes, des multipares non-enceintes, des femmes ayant des tumeurs, et celle des hommes,

(*Jour. de méd. de Paris.*)

## GYNECOLOGIE

### Les lymphangiectasies vulvaires

par le Prof. DURANT.

Conclusions. Il existe des lymphangiectasies indigènes, qui ne sont pas causées par la filariose, comme celles des pays orientaux.

Elles sont le résultat d'un obstacle apporté à la circulation de la lymphe, par des adéno-lymphites oblitérantes, engendrées par d'autres agents parasitaires, en particulier, par les streptocoques.

Les dilatations observées peuvent occuper : les ganglions et leurs vaisseaux afférents, les gros troncs lymphatiques, et le réseau lymphatique du derme (adéno-lymphocèles, varices, lymphatiques, et varices dermiques).

Les varices des réseaux lymphatiques du derme fréquentes surtout aux membres inférieurs et à la surface des organes génitaux externes, accompagnées ordinairement d'un œdème ou d'un état éléphantiasique de la peau, sont les ectasies les plus fréquemment observées. Elles se présentent sous forme de petites vésicules, claires transparentes, s'affaissant sous le doigt, et laissant, par la piqûre, s'écouler de la sérosité lymphatique.

Leur ouverture spontanée ou artificielle donne lieu à des lymphorrhagies, souvent très abondantes, susceptibles de conduire, par leur persistance, à une cachexie grave et à anémie profonde.

Les lymphangiectasies vulvaires, ont été l'objet principal de cette étude. Elles affectent la forme d'une éruption de vésicules claires ou de végétations papilliformes (cas de Malherbe et le nôtre).

Chez notre malade, l'ectasie lymphatique avait été précédée d'une inflammation diffuse, œdémateuse, accompagnée de lymphorrhagie, et suivie d'une cachexie profonde et d'un état infectueux grave, comparable à ceux qu'on observe dans les pays chauds, quoique de moindre intensité. La guérison a cependant survenu, sous l'influence d'un traitement énergiquement reconstituant.

Nous avons étudié, en détails, et comparé entre eux, les quatre faits aujourd'hui connus, de varices vulvaires, observés en Europe,

(*J. des sciences méd. de Lille*)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Traitement interne du prurit par l'acide lactique.

On a essayé de bien des médications interne contre les prurits, sans en retirer d'avantages très sérieux. Parmi les substances employées, il en est une cependant préconisée par M. Du Castel depuis longtemps et qui donne parfois des résultats inattendus : c'est l'acide lactique. Voici dans quelles conditions il fut conduit à reconnaître ses propriétés antiprurigineuses.

Ayant à soigner un enfant atteint d'un prurit violent généralisé, chez lequel tous les moyens employés avaient, et de la diarrhée étant survenue, M. Du Castel lui administra de l'acide lactique pour combattre les troubles digestifs. Or, sous cette influence le prurit ne tarda pas à disparaître complètement. Depuis, il l'a donné à nombre d'enfants atteint de prurits plus ou moins violents, et dans bien des cas, il a obtenu un succès complet. Bien des cas de prurigo de Hebra ou de prurit séniles ont été ainsi considérablement améliorés. Chez une malade atteinte d'un prurit vulvaire datant de quatre ans, obèse, mais n'ayant pas de sucre dans l'urine, tout avait été fait

sans succès. L'acide lactique fut essayé et, quinze jours après, le prurit avait disparu ; deux ans après la guérison s'était maintenue. Le même résultat a été obtenu dans des cas de prurit anal.

L'explication de ces faits est assez difficile à donner ; mais c'est en tous cas une médication facile à employer, d'autant mieux qu'elle est bien supportée et peut être continuée longtemps sans inconvénients. La dose employée chez les petits enfants est de 10 à 16 gouttes de la solution au centième, dose qu'on peut élever quand le médicament est bien toléré ; chez les adultes on donne généralement 1 gramme d'acide lactique par jour dissous dans une assez grande quantité de véhicule lactique.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

### Diabète.

Le traitement antidiabétique se fait de suite sentir sur les dermatoses.

Bains de savon de sel trois ou quatre fois par semaine avec 5 à 6 kilogrammes de sel purifier et 1 kilogramme de savon vert. Incision des furoncles, qui seront pansés avec de la gaze iodoformée. A l'intérieur, arsenic et levure de bière : trois ou quatre fois par jour une cuillerée à soupe dans la bière, ou du thé. Suppression de la cause d'irritation. Contre l'intertrigo, bains, badigeonnages avec des solutions à 1 ou 2 grammes de nitrate d'argent ; pansements au bismuth. Si l'irritation persiste, applications de goudron.

Tout diabétique doit prendre des soins particuliers de la peau et éviter toutes causes d'irritation ou de malpropreté.

(*Ann. de thérap.*)

### Action du jus de raisin sur l'organisme cure de raisin

par M. H. MOREIGNE

Nous pouvons résumer les principales conclusions qui se dégagent de nos recherches en disant que, sous l'influence du jus de raisin (cure de raisin), il se produit :

- « Une augmentation de la diurèse ;
- « Une diminution du degré d'acidité des urines ;
- « Une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique ;
- « Une action dérivative sur l'intestin (action laxative) ;
- « Une diminution des fermentations intestinales ;
- « Une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée et cela sans que la perfection de cette désassimilation azotée soit diminuée ;

« Une fixation de graisse dans l'organisme ;

« Une suractivité de la fonction hépatique et en particulier de la sécrétion biliaire. Cette propriété est fort importante et explique les bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques :

« Par son pouvoir d'épargne des matières azotées et de fixation des graisses ajouté aux sels minéraux du raisin, la cure du raisin se trouve indiquée dans les maladies à dénutrition rapide et à échanges exagérés telles que la tuberculose. Elle fournit, en effet, grâce aux hydrates de carbone qui y sont contenus des principes combustibles qui protègent ceux de l'organisme ; etc., etc..... »

Tous ces faits sont d'une réelle importance. Ils montrent que le jus de raisin agit sur plusieurs grandes fonctions de l'organisme ; ils font ressortir ses multiples propriétés thérapeutiques et permettent d'expliquer — et même d'en prévoir de nouveaux — les nombreux et bons résultats relatés par les médecins des stations uvales dans les diverses affections ou états pathologiques que nous avons énumérés au début de ce travail et qu'il est inutile de rappeler.

La médication par le raisin a un grand avantage, c'est d'être acceptée avec plaisir par presque tous les malades et en particulier par les enfants, Elle est absolument inoffensive et peut être continuée pendant de nombreuses semaines sans inconvénients.

Comme le chasselas est abondamment répandu en France, qu'il est cultivé à peu près partout et qu'il atteint une maturité parfaite, nous pouvons, au sein de notre famille, sans faire de voyages dispendieux et sans même nous déplacer, utiliser cette médication naturelle trop peu connue chez nous, qui est aussi simple qu'elle est facile et agréable, et dont les effets salutaires sont constatés chaque année sur un grand nombre de personnes.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

### La photothérapie

par M. BIE (de Copenhague),

La photothérapie est basée sur deux propriétés de la lumière : son action calorifique, dévolue aux rayons rouges et ultra-rouges, et son action chimique, appartenant aux rayons bleus, violets et ultra-violets ; les rayons jaunes et verts ne jouent aucun rôle à ce point de vue. Mais il importe de bien établir préalablement que les rayons bleus ou violets isolés n'ont pas un effet plus énergique que la lumière blanche non décomposée ; c'est plutôt le contraire qui est la vérité.

Sur la peau, les radiations lumineuses ont une influence bien connue, se traduisant par ce qu'on a appelé l'érythème solaire. Cet érythème, dû à l'action chimique des rayons bleus et violets, consiste en une dilatation vasculaire avec exsudation, etc. : on peut même

observer des thromboses, quand l'effet est très énergique.

Jusqu'à présent on n'a pas constaté de modifications du sang sous l'influence du même agent physique. Il est possible que la lumière ait quelque effet sur les échanges nutritifs ; toutefois, le fait est encore hypothétique. Les expériences de M. Finsen ont prouvé qu'elle a une action excitante sur certains animaux, comme les vers, action exercée par les rayons chimiques. De même l'effet psychique de la lumière sur l'homme ne peut être nié, mais il est encore insuffisamment étudié ; les rayons rougent semblent produire plutôt de l'excitation, les bleus plutôt de la dépression. Au point de vue du pouvoir de pénétration de la lumière, les rayons caloriques pénètrent profondément, tandis que les rayons chimiques sont absorbés par les couches superficielles du corps, auxquelles se limite leur action.

Les effets bactéricides de la lumière sont indéniables ; malheureusement, comme il appartiennent presque exclusivement aux rayons chimiques, surtout aux ultra violets, peu pénétrants, ils ne se font sentir qu'à la surface de la peau ; aussi ne saurait-il être question de traiter des infections générales ou viscérales profondes (phtisie pulmonaire) par la photothérapie.

Au point de vue des applications thérapeutiques de la lumière, il convient de citer en première ligne l'action des radiations rouges sur la suppuration des *pustules varioliques* ; la lumière rouge agit en pareil cas en mettant le corps à l'abri de l'influence des rayons chimiques. Pour atteindre ce but, il faut donc que ces derniers soient absolument exclus : une plaque photothérapie, placée dans la chambre du varioleux, doit rester inaltérée. Quand ces conditions sont remplies, la suppuration et surtout la fièvre suppurative de la variole peuvent être évitées. La *rougeole* paraît être elle aussi, favorablement influencée par le traitement à la lumière rouge ; les expériences sur la *scarlatine* et sur l'*érysipèle* sont insuffisantes pour permettre une conclusion.

Les bains de lumière au moyen de lampes à incandescence n'ont qu'un effet calorique : ces lampes, ne produisant presque pas de radiations chimiques, n'agissent que par les rayons rouges. Ces bains de lumière constituent un bon moyen pour provoquer la transpiration ; mais ils n'activent ni ne ralentissent les échanges nutritifs ; aussi l'obésité n'est-elle pas influencée par eux.

Les autres bains de lumière (soleil, lampes à arc) ne paraissent pas davantage modifier les échanges nutritifs ; du moins, la preuve de leur efficacité à ce point de vue n'a pas été fournie. L'action locale à arc sur les névralgies ne diffère pas de celle des lampes à incandescence.

La seule application locale de la photothérapie qui ne puisse être constatée, c'est le traitement de Finsen pour les *affections cutanées*, en particulier le *lupus vulgaire*, au moyen des rayons chimiques concentrés. Elle

est basée sur l'action bactéricide et inflammatoire de la lumière, action que l'on renforce en produisant une ischémie artificielle au niveau des parties atteintes, par la compression de la région. La lumière détermine à son point d'application une vive réaction qui se dénote avant tout par de l'exsudation. Tous les jours on fait agir la lumière, pendant une heure environ, sur une surface de 2 centimètres carrés ; le traitement n'est suspendu que quand il n'existe plus de tissus lupiques.

Les effets de cette méthode sont remarquables au point de vue esthétique. La guérison du lupus a lieu sans que les tissus sains soient lésés ; la cicatrice est unie. Sur 640 malades traités de la sorte, les résultats ont été bons dans 85 pour 100 des cas ; les 15 pour 100 restants se sont montrés rebelles. Sur ces 640 cas, il y en a 456 pour lesquels le traitement est terminé et a amené la guérison. La méthode de Finsen a également paru efficace sous le rapport des récidives ; toutefois dans le lupus des muqueuses, peu accessible à la photothérapie. M. Bie a observé quelques récidives.

Dans les autres affections cutanées (eczéma, alopecie, etc.), les résultats, pour n'avoir pas été aussi brillants que dans le lupus, ont néanmoins été très satisfaisants.

M. VON JAKSCH (de Prague) a utilisé l'action calmante de la lumière bleue. Les bains de lumière au moyen de lampes à incandescence ne constituent qu'une simple modification du bain de vapeur ; la lumière n'est pour rien dans leur action.

M. QUINCKE (de Kiel) a constaté que le pus (par exemple d'un empyème) absorbe plus avidement à la lumière l'oxygène du sang ; de même, l'oxygène du sang leucémique disparaît bien plus rapidement à la lumière que dans l'obscurité ; un phénomène analogue peut être démontré pour des tissus réduits en bouillie.

M. RUMPF (de Bonn) partage l'opinion de MM. Bie et von Jaksch en ce qui concerne les bains de lumière au moyen de lampes à incandescence. Pour ce qui est des lampes à arc, les radiations qu'elles fournissent ne pénètrent pas dans le corps ; aussi les phtisiques ne sont-ils influencés ni en bien ni en mal par la photothérapie. Chez les érysipélateux traités par les rayons bleus, les parties malades supportaient cette lumière mieux que les régions saines ; la stase veineuse qui se produisit a paru accélérer la guérison. Dans les névralgies, les résultats ont été parfois bons.

M. HAHN (de Breslau) estime que la méthode de Finsen n'a de valeur que pour les affections de la peau, et particulièrement le lupus ; mais des récidives surviennent même après ce traitement. Les meilleurs résultats ont été fournis par l'association du traitement de Finsen avec l'emploi des rayons de Röntgen.

M. MAROUSE (de Mannheim) a eu plus d'échecs que de succès dans les maladies de la nutrition (obésité, etc.) de même que dans les névralgies, et cela aussi bien avec les lampes à incandescence qu'avec les lampes à arc. Les

bains de lumière ne sont pas sans danger chez les cardiaques.

M. HOFBAUER (de Vienne) a fait des expériences qui paraissent prouver que la force musculaire est plus grande à la lumière que dans l'obscurité.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

## SYPHILICGRAPHIE

Pathogénie des affections dites  
parasymphilitiques

par M. LEREDDE.

La question des affections dites parasymphilitiques est tout entière à revoir. Les unes sont des affections toxico-infectieuses, d'ordre banal, par exemple : l'hystérie, la neurasthénie, les troubles nerveux. On peut les rencontrer au cours de la plupart des infections : ou bien des troubles de développement n'ayant rien de spécifique, semblables également à ce que provoquent les infections et les intoxications prolongées. Les autres sont probablement des affections qui non seulement ont une origine syphilitique, mais encore une nature syphilitique, et constituent, à proprement parler, des syphilis atypiques. Par exemple, le tabes se rencontre, sur cent cas, quatre-vingt dix fois, au moins, chez des syphilitiques, et on peut se demander si les autres cas ne se rapportent pas à des syphilis conceptionnelles, héréditaires, ignorées, dissimulées.

L'absence de caractères spécifiques des lésions dans cette maladie ne prouve rien contre sa nature syphilitique, car il n'est pas démontré que, nécessairement, toutes les lésions syphilitiques aient les caractères établis d'après les lésions qui, seules, autrefois, étaient reconnues comme syphilitiques. Enfin l'incurabilité par le traitement ne suffit pas à prouver qu'une lésion déterminée n'est pas syphilitique. Mais là, justement, est le côté grave de la question des affections parasymphilitiques. Il est certain qu'un grand nombre de tabétiques sont améliorés, parfois guéris, par le mercure. Il est probable qu'un beaucoup plus grand nombre bénéficiera d'un traitement spécifique lorsqu'on le fera régulièrement et d'une manière continue. Des considérations analogues peuvent être développées pour la paralysie générale, la leucoplasie linguale, etc. Du reste, entre ces affections et les lésions syphilitiques typiques du cerveau, de la moëlle et de la langue, toutes les transitions existent.

(Rev. Crit. Méd. et Chir.)

## MALADIES NERVEUSES

Sensibilité et hypnotisme  
chez les hystéro-épileptiques

M. MAGNIN, à propos d'une malade léthargique du côté droit et cataleptique du côté gauche, montre que, dans l'hystéro-épilepsie, les troubles sensitifs suivent une marche parallèle à celle de la névrose elle-même ; leur intensité, étendue sont en rapport avec le degré de l'affection, qu'ils accompagnent pas à pas dans toutes ses phases, en rapport avec l'état des centres encéphaliques. Les divers procédés hypnogéniques sont efficaces s'ils portent sur des organes ou des régions sensibles ; ils sont sans effet sur les régions anesthésiques : c'est alors qu'on constate l'hypnose unilatérale. Si les procédés hypnogéniques parviennent à avoir une action du côté anesthésique, c'est que l'excitation a été d'abord anesthésiogène, avant d'être hypnogène. Dans les cas de transfert de la sensibilité, les phénomènes hypnotiques subissent un transfert en rapport avec celui de la sensibilité. Quand la sensibilité est différente pour chaque côté du corps, les phénomènes de l'hypnotisme offrent, pour chacun des côtés, un développement en rapport avec l'état de la sensibilité, la même excitation périphérique produits deux états différents et simultanés ; là où la sensibilité est plus marquée, l'hypnose est plus profonde. La facilité de production des différentes périodes de l'hypnotisme et l'intensité de ces phénomènes sont proportionnels aux troubles de la sensibilité générale et spéciale ; les phénomènes sont, pour chaque côté du corps, en rapport avec le degré d'activité de l'hémisphère cérébral qui commande de ce côté : l'asynergie des deux hémisphères cérébraux est la caractéristique psychique principale de l'hystérie. Le criterium de la guérison de l'hystérie réside dans le retour complet et durable de la sensibilité générale et spéciale dans tous ses modes. Déjà Burk, en 1851, avait montré que l'anesthésie était le symptôme cardinal de l'hystérie. L'apparition ou la disparition de l'anesthésie peut faire prévoir à coup sûr l'explosion et la cessation des phénomènes hystériques. L'anesthésie, disait-il métaphoriquement, est le véritable pouls de l'hystérie ; elle est à l'hystérie ce qu'est le pouls dans les inflammations. En montrant que tout le traitement consiste à trouver un agent ou un moyen capable de ramener la sensibilité à l'état normal, il a créé de toutes pièces l'æsthésiogénie.

(Rev. Crit. Méd. et Chir.)

## Coq-a-l'ane médicaux

Le pansement du cordon ombilical. — Le docteur Bacon (J. Am. Méd. A.) emploie l'alcool. Il ligature le



cordons à environ deux pouces de l'abdomen avec un cordon stérile ; les vaisseaux sont exprimés en allant vers le placenta et le cordon ombilical est alors coupé. L'abdomen du bébé est enveloppé d'un linge stérile, afin d'éviter toute contamination du nombril. Lors de la toilette, le cordon est ligaturé de nouveau, au moyen d'un fil de soie stérile, à sa base à la jonction de la peau avec l'enveloppe amniotique, puis il est soigneusement sectionné à 1/12 ou à 1/8 de pouce de la ligature ; au besoin, un second tour de fil est fait, la ligature coupée. On applique alors un gros tampon de ouate stérile imbibé d'alcool. La toilette terminée ; l'alcool est renouvelé et puis on applique un pansement sec stérile. Ce pansement est changé toutes les vingt-quatre heures.

*Rien de nouveau sous le ciel.* — Y. Miwa affirme que le célèbre San-Han-Ron, un traité de médecine écrit par le médecin chinois Chian-Chiyun-Kiyon vers l'an 204 A. D., contient une description des propriétés hémostatiques de la gélatine dans toutes les formes d'hémorragie, et que les écrits japonais plus récents rappellent souvent ce fait. (*Cen. f. Chir. — Med. Rec.*)

*La grammaire.* — Le professeur. — Dans cette phrase " Le petit garçon malade aime ses remèdes ", à quelle partie du discours appartient le mot " aime " ?

Baptiste. — C'est un mensonge, monsieur.

*A l'hôpital.* — Le visiteur. — Tiens, mon ami, je suis chagrin de te voir ici. Es-tu bien blessé ?

Le blessé. — Je crains beaucoup que oui, car j'ai entendu le docteur dire que c'était un beau cas. (*Puck*)

*La contagiosité de la période de desquamation de la scarlatine.* — On semble vouloir mettre en doute ce fait si longtemps admis que la scarlatine est très contagieuse pendant toute la période de la desquamation. Millard, dans le *Lancet*, combat cet avancé. Les faits qu'il a pu réunir sont en contradiction avec cette opinion ou du moins ne la supportent pas.

Qu'il serait donc important de lever ce doute.

*Le déciduome malin.* — Ladinski (*Amer. J. Obstet*) dit que c'est le plus malin de tous les néoplasmes et l'extirpation totale est le seul traitement à lui apposer. La tumeur est soit un sarcome, soit un carcinome, soit une combinaison des deux, qui dérive des tissus maternels, de ceux du fœtus ou des deux à la fois. Une grossesse antérieure ou actuelle est une condition essentielle à sa formation. Il y a donc une histoire de grossesse, d'avortement, de mole hydatique éliminée, de placenta retenu : il y a hémorragies profuses à intervalles irrégulières, sans cause apparente et qui ne cèdent pas aux moyens habituels ou un curetage, et dans l'intervalle des hémorragies, il y a un suintement sanguinolent ; l'utérus reste gros, ainsi que le col, qui demeure entrouvert ; il y a des douleurs pelviennes, de l'anémie, de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, de la cachexie ; à

l'intérieur de l'utérus, on trouve, au début, des nodules caractéristiques : ils débent par des petites élévations rouge-foncé, pédiculées ou sessiles, originant de la muqueuse, qui sont très friables et qui saignent facilement au toucher.

*Microphobie.* — A la séance solennelle de la Société médicale de Fribourg, M. Weck a lu un travail humoristique sur Prudent Capon, dont la peur des microbes empoisonna la vie et qui, à l'agonie, trouva encore la force de s'insurger contre le vicaire qui lui administrait les derniers sacrements. Le malheureux s'était servi pour les onctions d'ouate non phéniquée !... (*J. med. Bordeaux.*)

*Réduction des luxations postérieures du coude.* — Si le chirurgien peut avoir deux assistants, il vaut mieux employer la méthode de Tillaux modifiée : le second assistant doit maintenir le patient sur la chaire, le premier assistant tient l'avant-bras sur lequel il fait une traction continue, le chirurgien se place en arrière du blessé dont il saisit le coude avec les deux mains, les doigts au-devant de l'articulation et un pouce sur la tête du radius et l'autre sur l'olécrane ; il appuie fortement pendant deux ou trois minutes, puis augmentant la pression, il fait fléchir subitement l'avant-bras par l'assistant. Un seul assistant peut suffire. 2, S'il n'y a pas d'assistant du tout, il faut recourir à la méthode de Cooper — procédé du genou : Le blessé étant assis, le chirurgien place son genou dans le pli articulaire, saisit solidement le poignet, fléchit le membre, et appuie avec le genou sur les os de l'avant-bras de façon à éloigner la coromée de la fossette olécraniennne ; en même temps qu'on soutient la pression, on fléchit fortement mais lentement.

*Décollement de la rétine.* — Catresana, de Madrid, (*Rev. Méd. Argent.*) rapporte des guérisons par des injections d'une solution saturée de chlorure de sodium. Il injecte 2 gmms auxquels il ajoute un peu d'acéine (anesthésique dérivée de la guanine). Il se fait du chémosis qui dure quelques heures et il y a parfois de l'irrégularité du pouls et un peu de tendance aux vomissements. L'usage interne de l'iodure de potassium serait un adjuvant indispensable. (*J. A. M. A.*)

*Le diable sarcoophage.* —

Un jour le diable ayant trouvé  
Saint Pacôme sur un privé,  
Qui disait tout bas ses Matines :  
" Voici, dit-il, un sale lieu ;  
N'as-tu point peur d'offenser Dieu,  
De le prier sur des latrines ? "  
Lors le bon moine lui repart :  
" Que cela ne te mette en peine !  
Ce qui monte en haut, Dieu le prenne ;  
Ce qui tombe en bas, soit ta part ! "

NINA,

## Supplement Litteraire

## A quel mois de la vie Intrauterine naît-on

On entre, on crie,  
Et c'est la vie.  
On crie, on sort.  
Et c'est la mort.

On peut très bien, dit le *Figaro*, entrer, et vue ce ne soit ni la mort, ni la vie. Hamlet s'effarait de son alternative : *To be or not to be*. La question est bien plus complexe aujourd'hui, car, en droit, on peut naître et n'être pas.

C'est dans une affaire de succession que la question s'est posée. Au mois de janvier 1901, une dame Z... est morte après avoir mis au monde, avant terme, un enfant du sexe masculin. L'enfant était né à six mois et demi. On le plaça dans une couveuse. Il y resta vingt-cinq jours, puis mourut à son tour. Aujourd'hui, il s'agit de régler la succession de la mère. L'enfant a-t-il vécu ? Il a hérité de sa mère, et c'est au père que revient l'héritage. N'a-t-il pas vécu ? C'est au parent de la jeune femme que la succession léchoit. Voilà l'intérêt de la question. — " *Il n'a pas vécu*, disait l'avocat des héritiers de la mère, il n'a pas vécu, par la raison qu'il n'était pas né viable. Il pesait 1 kilogramme 250 grammes ; il était né à six mois et demi ; il avait 25 centimètres de taille ; il n'avait pas d'ongles, il n'ouvrait pas les paupières ; il ne criait pas. Votre prétendu héritier n'a jamais été qu'un fœtus "

Avec le bon sens, nous semble-t-il, Me X... répondait. " l'enfant a vécu. Pendant 25 jours, il a respiré, mangé, digéré, augmenté de poids. Direz-vous donc qu'il était mort-né ? Son état physiologique était celui de tous les enfants nés avant terme, et qui, placés dans des couveuses, sont presque tous sauvés. Selon le docteur Poirrier, l'enfant né même après 6 mois de gestation peut échapper à la mort. A 7 mois, la vie est la règle "

Le tribunal a estimé qu'il n'avait pas les éléments nécessaires pour dire si l'enfant réunissait, à l'époque de sa naissance, les conditions de vitabilité requise par la loi ! Il a ordonné une expertise sur ce cas.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

## Echelle de l'envie professionnelle

Un philosophe italien, signor Ferriani, s'est amusé à dresser une sorte d'échelle de l'envie suivant les professions.

Pas n'est besoin de dire que les médecins tiennent le haut de cette échelle. Ils ne sont dépassés que par les comédiens.

Les degrés étant comptés de 1 à 10, Ferriani place

au bas de l'échelle les architectes avec le chiffre 1 ; puis viennent les prêtres, les avocats et les militaires avec le numéro 2. Les professeurs de sciences et de littérature occupent l'échelon 4 ; les journalistes, le 5 ; les auteurs, le 8 ; les médecins, le 9 ; les comédiens, le 10.

Si l'envie est peu développée chez les architectes, cela tiendrait à la précision et à la sévérité de leurs études. De mêmes pour les avocats. Dans le clergé, l'envie ne s'observe guère que chez les prédicateurs. Chez les militaires, l'envie sommeille en temps de paix, mais elle peut devenir aiguë en temps de guerre. Elle rend les hommes de science ou les gens de lettres solitaires et défiants. Quant aux médecins, l'envie les porte à médire les uns des autres et à se traiter réciproquement de charlatans. Enfin, dans le monde des théâtres, l'envie, d'après le philosophe italien, atteint sa forme la plus aiguë, la vanité étant le principal facteur de cette acuité.

(*Gaz. méd. belge*)

## Les marques de la virginité d'après les anciens médecins

par M. le Dr DESFONANDRES

« Il y a trois choses qui sont très difficiles à connaître : le chemin d'un aigle dans l'air, le chemin d'une couleuvre sur la terre et le chemin d'un navire dans la mer ; mais il en est une quatrième que j'ignore entièrement : c'est la trace d'un homme dans une jeune fille. » Ainsi, dans les *Proverbes*, s'exprime le roi Salomon, qui nous montre que, s'il avait quelques notions de jurisprudence, plutôt expéditive, il était du moins assez nul en médecine légale.

Ce petit point de détail n'aurait pas un intérêt énorme si, pendant tout le moyen âge et encore longtemps après, il n'avait eu force de loi, non pas seulement auprès des théologiens, mais encore auprès des médecins et surtout des anatomistes. Cependant, les Hébreux semblaient plus avancés que le roi Salomon veut bien le dire, s'il faut en croire la Bible (*Deutéronome*, chap. xxii), en un passage que nous retrouverons plus loin et qui montre qu'ils faisaient assez de cas de la virginité de leurs épouses pour en exposer publiquement les marques. — Nous voulons, par quelques citations d'anatomistes et d'accoucheurs du xvii<sup>e</sup> et du xviii<sup>e</sup> siècle, essayer de rendre compte de l'idée qu'ils se faisaient des organes génitaux externes de la femme et plus spécialement de l'existence de l'hymen comme marque de la virginité.

Dans ses *Œuvres*, André du Laurens, sieur de Ferrières, conseiller et premier médecin du très chrétien roy de France et de Navarre Henry le Grand et son chancelier en l'Université de Montpellier, s'exprime ainsi :

" Ce fut jadis une grande question, que l'on débat encore aujourd'hui, à savoir s'il y a quelques marques

pour reconnaître le pucelage. La plupart des médecins estiment qu'il se trouve aux pucelles une certaine membrane déliée, qui est située de travers, et l'appellent *hymen*. Quelques uns estiment que cette membrane a un petit trou au milieu ; d'autres qu'elle est percée menu comme un crible, pour bailler issue aux purgations menstruelles. Or, ils veulent qu'elle se déchire et rompe par l'effort qui se fait au premier conflit vénérien, qui est la raison pourquoi ils la nomment la *closture virginale* et la *garde de la virginité*. Ils allèguent quelques témoignages de la sainte Bible : car les Hébreux avaient coutume de mettre la première nuit de noces un linge sous la fille, pour en recevoir le sang, et ce linge se donnait par après aux parents de la mariée pour témoigner comme elle aurait gardé sa virginité jusque-là. Fallope admet cette membrane, le Colomb dit qu'il l'a quelquefois veüe...

Quant à lui, il nie, malgré toutes ses investigations l'avoir jamais rencontrée, quoiqu'il ait diligemment considéré même des filles nées avant terme ; aussi conclut-il :

“ Ce sont des bourdes controuvées à plaisir ce que plusieurs ont écrit de cette membrane, car nature ne faisant rien en vain, quel (je vous pire) serait son usage. Aussi si Fallope et Colomb l'ont vue, c'est qu'ils s'agissait de cas anormaux. ”

Quant à l'hémorrhagie qui suit le premier coït, il l'attribue, avec ALMANZOR, “ à ce que les vierges ont le col de la matrice fort étroit et ridé, et que ces rides ou rugosités sont parsemées de force petites veines et artères, lesquelles se rompent en la première joute vénérienne. ”

Il est dit qu'un peu plus loin il décrit les caroncules, qui “ sont unies et assemblées de telle sorte, par le moyen de quelques petites membranes fort déliées, que par l'effort du congres les caroncules sont froissées les membranes déchirées non sans douleur et quelque perte de sang ”.

Et avec M. PINEAU, chirurgien du roy, il appelle l'union et l'assemblage de ces quatre caroncules, “ la fleur virginale, d'autant qu'elle ressemble fort bien au bouton d'un ceillet qui n'est point encore tout épanoui. Or ces caroncules étant disjointes, la fleur virginale dépérit. ”

C'est une description analogue que donne François MAURICEAU, dans son *Traité des maladies des femmes grosses* :

“ On voit à l'entrée du col quatre petites éminences charnues disposées en rond qu'on appelle ordinairement les caroncules mytiformes. Elles sont rougeâtres et relevées aux vierges et se joignent l'une à l'autre en leurs parties latérales par le moyen de quelques petites membranes qui, les tenant ainsi sujettes, les font ressembler en quelque sorte à un bouton de rose à demi épanoui. Une telle disposition de ces caroncules est la plus véritable marque de la virginité (car ce serait inutilement qu'on voudrait chercher plus loin, ou s'en informer

d'une autre manière), et c'est de là que, venant à être froissées ces petites membranes qui les joignent l'une à l'autre étant forcées et rompues dans le premier coït, il se fait parfois effusion de sang (ce qui n'arrive pas aussi toujours) après quoi elles restent séparées sans pouvoir plus jamais reprendre leur première figure, qui se perd ensuite d'autant plus que les femmes usent souvent du coït et s'aplatit et s'efface presque tout à fait en celles qui ont eu des enfants, à cause de la grande distention que ces parties reçoivent en l'accouchement. Elles servent à rendre l'entée du col de la matrice plus étroite, pour empêcher que l'air froid ne la puisse incommoder, comme aussi pour augmenter le plaisir mutuel dans l'action du coït. Car ces caroncules étant dans ce temps fort grosses et remplies de sang et d'esprit, serrent agréablement la verge l'homme, de laquelle la femme est aussi bien mieux chatouillée par ce moyen. — J'ai dit qu'il n'arriverait pas toujours que dans le premier coït il se fit un épanchement de sang qui procède ordinairement de l'effort que souffrent ces caroncules par l'introduction de la verge. — Cela dépend de la position et de la proportions des parties de l'homme et de la femme, ainsi que de la facilité ou de la difficulté de cette introduction. Dar il y a des gens si sots qu'ils ne croiraient pas avoir eu le pucelage de leur femme sans cette marque qu'ils estiment être certaine, fondée peut-être sur ce passage de l'Écriture (*Deutér.*, chap. xxii) qui fait mention d'une coutume que le père et la mère devaient avoir, qui était de montrer aux adoies de leur ville les vêtements de leur fille, où étaient (à ce qu'ils s'imaginaient) imprimées les marques de la virginité, pour la justifier contre la fausse accusation que son mari pouvait lui imposer, prétextant, pour pouvoir la répudier, qu'elle n'était pas vierge quand il l'avait épousée....

“ Mais ceux qui sont de ces sentiment méritent bien d'être trompés par ces femmes de la manière qu'on sait assez qu'elles peuvent faire. — C'est à peu près tout ce que j'ai à dire sur ce sujet. Si on désire en avoir plus particulière connaissance, les plus curieux jourront (si bon leur semble) conférer la copie que je leur en donne sur l'original vivant, puisque ce sont des parties qui peuvent aisément se voir sans dissection. ”

Il est fâcheux que l'illustre accoucheur n'ait pas voulu mettre en pratique le conseil qu'il donnait ainsi à ses lecteurs.

(A suivre)

Epitaphe de Civiale :

Dans le coin de ce cimetière  
Où la mort vient de l'envoyer,  
Son tombeau n'aura pas de pierre,  
Il sortirait pour la broyer !

## Travaux Originaux

### DU MEDECIN AFFILIE AUX LOGES ET AUX ASSOCIATIONS DE SECOURS MUTUEL, DE SES METHODES ET DE SON INFLUENCE SUR LA PRATIQUE DE LA MEDECINE

par le Dr J. C. S. GAUTHIER (d'Upton)

Depuis quelques années j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'attirer l'attention des membres de la profession médicale sur les dangers qui menacent les médecins praticiens en rapport avec les associations de secours mutuel, les loges et les abonnements.

La première fois c'était en 1895. Le Bureau de médecine de la province de Québec, dont je faisais partie, comme gouverneur représentant le district de Saint-Hyacinthe, permettait la formation d'un Comité qui était chargé d'étudier les règlements des différentes sociétés de secours mutuel faisant affaire dans la province de Québec.

Ce Comité s'est réuni à Montréal et après une étude sérieuse de la constitution et des règlements de plusieurs sociétés de secours mutuel, il a proposé l'adoption des résolutions suivantes sur lesquelles j'ai l'honneur d'attirer votre attention :

*Extrait des minutes de l'assemblée semi-annuelle du Collège de la Province de Québec qui a eu lieu dans les Salles de l'Université Laval, à Montréal, le 2 juillet 1896.*

Le docteur S. Gauthier, secrétaire du comité de législation, fait rapport comme suit :

" Rapport du comité de législation.

" Attendu que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec est de droit le protecteur des intérêts de la profession médicale il est instamment sollicité de prendre en sa sérieuse considération les résolutions de son comité de législation qui a siégé à Montréal, le 10 juin 1896. Ce comité a résolu qu'il était de nécessité absolue de protéger les membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec contre les empiètements des sociétés de bienfaisance faisant affaire dans la province de Québec.

" Les règlements de ces associations qui imposent aux médecins des prix fixés d'avance pour leurs services, sont d'un suprême ridicule, et doi-

vent être amendés. Le comité de législation demande aussi au Collège des Médecins et Chirurgiens de déclarer que la conduite des médecins qui acceptent les règlements de ces différentes sociétés de secours mutuel est dérogoire à l'honneur professionnel, et qu'ils deviennent par le fait même, justiciables du conseil de discipline.

" L'intérêt de la profession médicale en général exige que les membres de ces différentes associations restent libres quant au choix du médecin, et que les sociétés de bienfaisance se contentent du certificat de tout médecin qualifié dûment en règle avec le Collège des Médecins et Chirurgiens.

" Il est dérogoire à l'honneur, et à l'étiquette qu'un médecin fasse partie du bureau de direction de ces associations, et se permette de contrôler (soit en visitant les patients de ces confrères, soit en revisant leurs certificats) d'influencer la clientèle de tout un arrondissement.

" En effet, nous constatons que les certificats de médecins non affiliés, certificats qui exigent la spécification de la cause, de la nature de la maladie, passent entre les mains de médecins acceptant à vil prix de faire de la pratique des loges, et sont sujets à des commentaires plus ou moins malins.

" Cette position n'est plus tenable, et la partie respectable de la profession médicale n'est plus disposée à supporter de telles avanies. Si les sociétés de bienveillance qui sont certainement appelées à faire du bien, veulent comprendre leur intérêt, qu'elles fassent disparaître les clauses arbitraires de leurs règlements, sinon la profession médicale sera forcée de se protéger.

" Nous constatons un soulèvement général contre ces abus ; les médecins de toutes les parties du monde où existent ces associations souffrent de ces monopoles."

A.-P. CARTIER, M. D.

J.-M. BEAUSOLEIL, M. D.

J.-C.-S. GAUTHIER, M. D.

Ce rapport est adoptée sans discussion.

Vraie copie.

A.-G. BELLAU,

Secrétaire, C. M. & C. P. Q.

La deuxième fois je soulevais cette même question ici à Québec, au mois d'août 1898 lors de la réunion de la Dominion Medical Association.

Aujourd'hui je profite de cette nombreuse

assemblée des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, pour parler de nouveau *du médecin affilié aux loges et aux associations de secours mutuel, de ses méthodes et de son influence sur la pratique de la médecine.*

Les progrès de la science et les grandes découvertes médicales qui ont illustré la fin du dernier siècle, ne semblent pas avoir donné aux médecins en général une haute idée de la mission qu'ils remplissent vis-à-vis de la société et vis-à-vis d'eux-mêmes. De nos jours le respect à la science médicale est lettre morte pour le public, et les médecins paraissent avoir perdu le sens de leur dignité professionnelle.

Le médecin affilié aux loges et aux associations de secours mutuel est une menace; il ruine également le jeune médecin qui essaye de faire son chemin par des moyens honorables et le vieux praticien à qui il enlève traitreusement sa clientèle.

Quel est celui d'entre nous qui n'a pas eu à subir la compétition ruineuse de ces parasites de la profession qui s'engagent à vil prix à soigner tous les membres d'une cour de telle ou telle société.

Je connais bon nombre de médecins honorables qui soucieux de l'honneur et de la dignité professionnelle, ont refusé avec indignation de se soumettre à cette prostitution de la médecine. La tâche est rude et on a vu souvent la popularité d'un bon médecin sombrer devant cet abîme qu'on appelle la mutualité, et qui sert de marche-pied à une foule de médecins de second et de troisième ordre pour s'emparer d'une clientèle acquise au prix de mille sacrifices.

Cette influence est parfois insurmontable, dans notre pays, surtout où les préjugés forment la base de l'éducation d'un grand nombre.

Les promoteurs ou fondateurs de ces clubs, ou cours locales, savent bien faire jouer toutes les ficelles: ils commencent par obtenir l'autorisation ecclésiastique diocésaine, par fois même ils se servent du nom d'un Evêque sans y avoir été autorisé; le cas de l'Union Franco-Canadienne est encore frais à notre mémoire: on enrôle le curé de la paroisse comme chapelain, vous comprenez, Messieurs, qu'un Club qui compte le pasteur comme chapelain et membre actif est une société orthodoxe, et le médecin nouvellement arrivé dans la paroisse, qui a fondé cette cour, sous le vocable d'un saint de Paradis est bientôt l'égal de Monsieur le Curé, dans l'estime des gens.

Il ne reste plus maintenant à cette Esculape

qui a été bombardé médecin en chef de l'Alliance Nationale ou toute autre société de Secours mutuel, il y en a pour tous les goûts dans notre province; il ne lui reste plus, dis-je, qu'à laisser connaître à la population de sa localité qu'il est prêt à faire de la médecine au rabais.

Il s'engage par règlement ou autrement à soigner les affiliés de son club ou de sa cour pour une piastre par année et à donner gratuitement des certificats constatant la nature, la cause et la durée de la maladie. Tout comme certain médecin du district que j'habite, qui installe à sa porte une grande enseigne représentant une lunette sur laquelle est écrit. Ici on examine la vue gratuitement *Ce que l'on ne connaît pas on le donne facilement.* Un autre médecin du district voisin annonce dans un journal qu'il guérit le ver solitaire en trois jours par la méthode des "Kika-poo". Voilà où nous en sommes rendus !!

Messieurs, je pourrais citer une foule d'autres méthodes dégradantes au point de vue de la dignité et de l'étiquette professionnelles, mais ces quelques faits suffisent, j'en suis certain, pour vous donner une idée du degré d'abaissement d'une partie des membres de notre profession.

L'exemple vient souvent de très haut et comme l'exemple entraîne, je suis porté à excuser certains médecins qui n'ont d'autre moyen de gagner leur vie qu'en spéculant sur la crédulité du public car il faut l'avouer, le bagage scientifique d'un bon nombre est souvent léger.

Mais je n'ai jamais pu m'expliquer l'association de certaines sommités médicales, professeurs d'universités, gouverneur du bureau des médecins, etc., etc., avec ces médecins faisant la pratique des loges et des sociétés de bienveillance à titre de médecin en chef d'une société de secours mutuel. Ainsi si nous voulons des réformes, si nous voulons faire respecter l'étiquette professionnelle, il faut que l'exemple vienne de ceux qui ont l'autorité en main.

Cette classe de médecin des loges est généralement formée de jeunes médecins qui débutent dans la pratique ou de vieux médecins qui contribuent ou qui ont contribué à la banqueroute de la profession médicale et qui sont eux-mêmes en faillite avec la science. Le premier pas fait en adoptant la condition de faire de la médecine au rabais, au profit des directeurs et des membres des associations de secours mutuel, les entraînent facilement vers tous les sacrifices pour s'emparer par

n'importe quel moyen de la clientèle des familles. Ces confrères indignes de ce nom, pontifient dans les réunions des cours locales, se permettant de créer des difficultés aux autres médecins non affiliés, soit en interceptant les certificats des malades qui sont sous leurs soins, soit en discutant le diagnostic et le traitement, car la constitution et les règlements de la société exigent ordinairement que tous les membres malades soit visité par le médecin de la cour.

Je n'ai pas besoin d'insister sur ces faits. Tous les médecins les connaissent. N'ont-ils pas été obligés d'en subir les inconvénients ?

Evidemment le public n'est pas à blâmer; il en profite et c'est ce qui est la plus grande cause de la popularité des sociétés de secours mutuel.

Du même coup le membre sauve le prix des prescriptions, des consultations, des visites de jour et de nuit, des avis, le médecin du club s'étant engagé à donner ses soins pendant toute une année pour la modique somme d'une piastre.

Dans une circonstance aussi solennelle que celle qui nous réunit aujourd'hui, à l'occasion de la fondation de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, j'ai cru devoir soulever cette question importante d'intérêt professionnel.

Les médecins sont-ils les seuls à ne pas se protéger contre l'ambition de ces directeurs des loges et des associations de secours mutuel, officiers supérieurs ou autres employés qui se créent des salaires princiers au détriment du pauvre peuple et des médecins qui sacrifient leurs honoraires et leur dignité professionnelle pour la maigre pitance accordée et une popularité éphémère ?

Comparons, Messieurs, la position du médecin affilié à celle de l'aviseur légal d'une société d'assurance mutuelle. Celui-ci jouit ordinairement d'un fort salaire, il conserve le respect du public, tandis que le médecin est classé au même rang que le plus humble serviteur de la ligue.

Cette conduite du médecin des loges ne peut avoir d'autre conséquence que celle de diminuer la confiance publique en notre profession. Naturellement le prestige dont jouissait le médecin de famille n'existe plus, son influence est sapée dans sa base et son opinion est lettre morte. Qu'il lui arrive pour l'acquit de sa conscience, de refuser un certificat à un de ses clients, membre de plusieurs sociétés de secours mutuel, celui-ci, sans perdre de temps, ira consulter quelque médecin

affilié qui, lui, verra bien une cause de réclamation aux bénéfiques, ne serait-ce que pour avoir une occasion d'enlever un client et lui donner l'avantage de jouir d'une vacance tout en recevant des bénéfiques qui sont parfois partagés avec ce médecin obligeant. Vous touchez du doigt les conséquences de ce mercantilisme.

Les compagnies d'assurance régulières, constatant l'obligeance des médecins à faire des examens au rabais, en ont profité elles-mêmes pour diminuer les honoraires. Aujourd'hui au lieu de cinq dollars qu'on nous offrait pour la plupart des examens, on ne nous offre plus que deux ou trois dollars.

N'en soyons pas surpris.

Messieurs, je connais des médecins, qui examinent des enfants à domicile et font un rapport écrit pour la somme de vingt-cinq centins. D'autres qui revisent des examens médicaux pour la même somme.

Dans le district de St-Hyacinthe, l'Union St-Joseph de la cité de St-Hyacinthe, paye une piastre à son médecin examinateur, à la condition que le candidat soit accepté. Si l'opinion du médecin est défavorable, l'applicant réclame soixante-quinze centins sur la piastre qu'il a déposée, et le médecin doit se contenter de vingt-cinq centins pour avoir pris les intérêts de la Société. N'est-ce pas que ce mode d'examen ressemble à une prime que tout médecin soucieux de sa dignité et de son honneur doit repousser avec mépris.

Je dois dire ici à l'honneur des médecins du district de Sherbrooke, qu'ils ont sonné la note juste en donnant au pays tout entier l'exemple à suivre pour combattre ce fléau des associations de secours mutuel. Je suis informé que les médecins de ce district refusent de faire partie de l'organisation de ces loges et associations de bienveillance; Honneur à eux, Messieurs, et marchons sur leurs traces.

A l'exemple des médecins du monde entier, protestons de toutes espèces de manières contre les empiètements, les exigences des associations et des monopoleurs. Dans toutes les provinces du Dominion, en France, en Angleterre, partout, les sociétés médicales discutent cette grave question d'intérêt professionnel et cherchent les moyens de se protéger.

Je forme le vœu que tous les médecins brisent les liens qui les attachent aux loges et aux associations de secours mutuel.

Je suggère que l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord adopte la proposition suivante :

Le corps médical proteste contre les empiètements des associations de secours mutuel. Que tout en donnant son concours au but humanitaire poursuivi par les sociétés de bienveillance, il doit néanmoins sauvegarder les intérêts matériels et la dignité de la profession.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Traitement de la variole

par M. BARBARY

M. LANDOUZY : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un intéressant mémoire de M. le Dr Barbary (de Nice), sur la traitement de la variole par l'association à la photothérapie (lumière rouge) d'une méthode rigoureuse d'asepsie et d'antisepsie locales et générales.

M. Barbary a soigné ainsi chez six adultes et deux enfants huit cas de variole confluente par l'isolement à la chambre rouge et la cure aseptique et antiseptique suivante :

*Médication cutanée.* — Le matin, dans la journée et dans la soirée, grandes lotions de tout le corps avec une solution de sublimé en 1/2000.

Vaporisation d'une solution tiède au 1/4000 deux fois par jour à la face. Lavages des yeux, du nez, des oreilles. Gargarismes et soins de la bouche.

Matin et soir, longtemps après la vaporisation, baignage des parties envahies par l'éruption, la face comprise, avec le mélange suivant ;

Salicylate de soude.....	5 grammes
Eau de laurier-cerise.....	} à 10 grammes
Alcool.....	

Grand lavement d'eau boriquée bouillie chaque matin.

*Médication interne.* — Deux fois par jour une cuillerée à soupe de sirop phéniqué.

D'après les indications de la température, deux fois par jour un cachet de :

Salol.....	20 centigrammes.
Bromhydrate de quinine....	25 —

Lait toutes les deux heures, coupé alternativement de café ou d'eau de Vichy (Célestins).

Par cette thérapeutique M. Barbary a obtenu les

résultats suivants : 1° guérison de tous les malades ; 2° au cours de la maladie, disparition rapide de la température ; pas de suppuration ; pas de complications ; marche très rapide de la maladie ; 3° après la desquamation, visage indemne de stigmates.

(Bull. de l'Acad. de méd.)

#### Traitement de la pneumonie

La pneumonie franche aiguë est la maladie de la saison humide et froide que nous traversons, elle est particulièrement fréquente et grave en ce moment et quelques réflexions sur son traitement nous paraissent être d'un réel intérêt d'actualité.

Beaucoup de nos confrères vont nous objecter avec la jeune école : " Mais est-ce de la découverte d'un nouveau sérum abortif que vous voulez nous parler ? Si non, c'est inutile : il n'y a pas de traitement de la pneumonie. Le rôle du médecin doit se borner à empêcher une thérapeutique empirique inconsidérée qui nuirait à l'évolution naturelle. La pneumonie guérit toute seule ; ou bien, elle emporte le malade fatalement, quoi que l'on fasse."

Nous proclamons hautement que nous ne sommes pas de cette école fataliste et, tout en reconnaissant, que bien souvent, des maladresses thérapeutiques sont commises, et compliquent la situation, nous prétendons, que même contre ces maladies cycliques, s'abstenir c'est s'exposer à l'échec. Nous envisagerons donc la question sous le double point de vue suivant : *ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il faut faire.*

#### I

#### CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE.

Selon notre habitude, nous répéterons par la pneumonie ce que nous avons déjà tant de fois redit pour d'autres maladies : *Primum non nocere*. Une thérapeutique inconsidérée peut évidemment nuire beaucoup au malade. Il importe avant tout de poser le diagnostic de bonne heure ; le premier jour, s'il est possible, car le traitement est d'autant plus efficace qu'il est institué plus près du début. Or malgré l'apparente facilité du diagnostic, il est très rare que ce diagnostic soit posé de bonne heure : le grand frisson initial, les vomissements et le point de côté ne sont pas, en effet, d'une régularité mathématique ; quand ils existent, il est bien évident que la question est d'une lucidité qui s'impose. Mais, souvent, le malade ne ressent qu'un malaise vague, un refroidissement extraordinairement tenace, un état fébrile plus ou moins accentué : c'est à peine s'il tousse et s'il ressent un point de côté léger. Une chose cependant peut guider l'entourage, s'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant, c'est l'évolution brusque et énorme de la température (environ 40° ou 40°5) ; chez le vieillard, malheu-

reusement, ce signe fait souvent défaut. En présence de la température élevée, il faut faire deux investigations : 1° l'examen de la gorge (possibilité d'une angine) ; 2° l'auscultation de la poitrine, aux bases, aux sommets et dans les aisselles (possibilité d'une pneumonie).

Avec un peu d'attention, on évite ainsi de laisser passer une de ces grosses lésions, qui peuvent se compliquer, si on les néglige.

On ne fera pas prendre un bain de vapeur, ni un bain de fumigation à un malade chez lequel on soupçonnera l'existence d'une pneumonie.

On évitera les médicaments déprimants, comme le tartre stibie, l'oxyde d'antimoine, le kermès ; on défendra les boissons froides et on prescrira d'emblée la diète et le repos au lit.

Point de vésicatoires, point de thapsias ou autres emplâtres irritants particulièrement nuisibles. Mais, surtout, pas d'hésitations, ni de tergiversations stériles.

II

CE QU'IL FAUT FAIRE PROMPTEMENT

Pour obtenir de bons résultats dans le traitement de la pneumonie, il faut, dès le début, prendre une décision énergique.

1° Si l'on a le bonheur d'être appelé le 1<sup>er</sup> jour de la maladie ou le second au plus tard, il faut, selon le conseil de M. le Dr Talamon, injecter deux doses de 20 c. c. de sérum antidiphthérique de Roux avec les précautions rigoureuses que nous avons indiquées récemment. Le soir même, environ 12 heures après, on injecte encore 20 c. c. ou 30 c. c. ; le lendemain, autant, et ainsi de suite, pendant 3 ou 4 jours, selon l'état du malade. C'est là un traitement abortif qui ne peut agir qu'à la condition d'être appliqué le 1<sup>er</sup> ou le 2<sup>e</sup> jour au plus tard. Passé ce délai, il est plus nuisible qu'utile.

2° Si le malade est un enfant, le meilleur traitement consiste à appliquer les enveloppements mouillés froids (compresses imbibées d'eau froide essorées, puis enveloppées autour du thorax et recouvertes de caoutchouc gommé) et à administrer une petite potion tonique :

- Extr. de quinquina fluide..... 2 gr.
- Sirop d'écorces d'oranges..... 50 gr.
- Teinture de cannelle..... 2 gr.
- Potion de Todd du Codex..... 75 gr.

par cuillerées à café toutes les heures.

En cas d'agitation extrême, et de fièvre élevée, on peut recourir aux lotions générales avec le vinaigre aromatique et aux suppositoires de bromhydrate de quinine de 0,25 centigrammes. La règle est d'ailleurs que la pneumonie aboutisse à la guérison chez l'enfant à moins qu'elle ne soit double ; mais le pneumocoque, auteur principal de la maladie, abandonne difficilement sa proie ; des poumons, il vagabonde dans les oreilles moyennes ou dans les plèvres, ou même dans les ménin-

ges (otites, pleurésies purulentes, méningites, péritonite pneumococciques).

3° Si le malade est un adulte, il faut subordonner le traitement au tempérament et à la situation actuelle de ce malade.

A) Le malade est un pléthorique, un vigoureux sujet, habituellement gros mangeur, gros buveur et négligent de sa santé : pas d'hésitation, il faut immédiatement pratiquer une copieuse saignée de 300 à 600 grammes, et, en cas de dégression consécutive, injecter 1/2 litre de sérum salé à 70/00, chauffé à 37 degrés.

Comme médication, on prescrira la diète lactée, le repos au lit, les boissons chaudes (tisane diurétique, grogs, café noir) et le bon cognac à fortes doses (environ 150, 200 et même 300 gr. par 24 heures.)

On peut donner le cognac en potion avec les teintures de cannelle et d'écorces d'oranges amères, ou bien sous forme de grogs chauds sucrés.

A ce traitement, continué pendant 7 à 8 jours, on joindra les purges salines ou les lavements glycérines tous les deux jours, ainsi que la quinine à la dose de 0.50 à 0.75 centigrammes en deux prises, le soir.

La grande agitation et le délire seront combattus par les lotions vinaigrées aromatiques ou les enveloppements froids ; mais, nous ne sommes pas partisans des bains tièdes ou froids, parfois fort difficiles à bien exécuter.

Contre l'adynamie et l'affaiblissement du cœur (myocardite) on fera usage de l'éther ou de la caféine, en injections profondes, inter-musculaires (avec la seringue de Pravaz), ou mieux encore de l'huile stérilisée camphrée :

- Camphre..... 1 gramme.
- Huile stérilisée..... 10 grammes.

B) Le malade est habituellement robuste, mais de constitution moyenne, non pléthorique, non athéromateux ; son cœur est sain et ses urines très peu albumineuses : on peut alors recourir au traitement par la digitale à haute dose (méthode Petrescu). On administre la digitale sous forme d'infusion :

2 à 4 grammes de feuilles de digitale en infusion dans 200 grammes d'eau : on ajoute : sirop simple 40 grammes, à prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures.

Il est indispensable d'interrompre la digitale, lorsqu'au bout de 48 heures, on n'a pas observé de modification du pouls et de la température. Il faut alors attendre un jour ou deux, et reprendre ensuite aux mêmes doses, que l'on abandonnera, si l'on n'obtient encore aucun résultat. Cette médication n'abrège pas la durée du cycle pneumonique, elle produit seulement : l'abaissement de la température, la suppression de la dyspnée, la diminution de la fréquence du pouls, la diurèse rapide.

C) Le malade est un sujet de moyenne force, mais



dont le système circulatoire est plus ou moins fragile (cardiopathie artérielle, athérome) et dont le système nerveux est débilité par les excès de fatigue cérébrale ou autre ; on aura recours alors à une purgation drastique ;

Teinture de jalap composée..... 20 à 30 gr.  
Sirop de fleurs de pêcher..... 25 gr.

ainsi qu'à l'application immédiate de sept, huit ou dix ventouses scarifiées sur la région du thorax la plus douloureuse en respirant. Puis, cette double saignée achevée, on prescrit une potion toni-cardio-vasculaire :

Caféine..... 1 gr.  
Benzoate de soude..... 3 gr.  
Sirop d'éther..... 25 gr.  
Sirop de punch..... 50 gr.  
Eau de ville vieille..... 25 gr.  
Hydrolat de tilleul..... 50 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

On donne des grogs très forts (4 ou 5 en 24 heures) du champagne, du bouillon, du lait avec de l'eau légèrement gazeuse et un lavement glycériné tous les jours.

En cas d'insuccès et de persistance des phénomènes graves le 3e ou le 4e jour après le début de ce traitement, il faut recourir aux enveloppements froids du thorax renouvelés tous les quinze ou vingt minutes d'abord, au fur et à mesure que la dyspnée s'atténuera. L'eau qui sert à imbiber les compresses doit être froide à 15 ou 20 degrés et additionnée d'un quart d'alcool ou d'alcoolat parfumé (Cologne, lavande, camphre). Les compresses doivent être recouvertes d'un grand taffetas gommé souple, pour maintenir l'humidité.

D) Quand il s'agit d'un malade frêle, anémique, névropathe, comme la majorité des jeunes filles et des femmes ou comme les jeunes mondains de notre époque il faut se garder d'épuiser, dès le début, les ressources de l'organisme qui devra fournir la phagocytose nécessaire à la lutte contre le pneumocoque. Point de purgatifs violents, point de saignées, point de vésicatoires.

Dès la confirmation du diagnostic, on prescrit les toniques alcooliques ; champagne pur, café fort, grogs au cognac ou au kirsch, potion Todd Kina, Elixirs de Kola et coca, injections hypodermiques de caféine, cataplasmes sinapisés fréquemment renouvelés, laissés en place 1/2 heure et promenés sur différentes places ; enfin, contre le point de côté, on usera des siphonages au chlorure d'éthyle ou anesthésiques modernes (coryleur, anestile, etc.)

Si les évacuations alvines sont difficiles, on donnera tous les matins un verre d'eau purgative minérale et un lavement huileux quatre heures après.

Enfin, en cas d'agitation et de délire, il ne faut pas hésiter à recourir aux enveloppements de compresses froides alcoolisées autour du thorax.

M. le Dr Rochon a essayé, en 1896, l'administration *du formiale de soude* en potion à la dose de 3 grammes

par 24 heures chez les adultes et 0 gr. 50 centig. à 1 gramme chez les enfants. C'est une tentative à faire, en cas d'insuccès des autres méthodes.

4° La pneumonie chez les vieillards est malheureusement sournoise, la plupart du temps ; le diagnostic est fait trop tard et le malade reste souvent debout, quelquefois même, continue à sortir pendant les quatre ou cinq premiers jours ; la température est cependant élevée, surtout quand le malade continue à marcher, mais, au lit, l'élévation de température est à peine sensible (37°9 : 38°). Aussi, nombreux sont les vieillards enlevés par cette maladie au cours d'une autre affection chronique, sans que le diagnostic ait été posé pendant la vie.

L'important donc est de surveiller souvent la température et les poumons chez les vieillards : le diagnostic, fait d'une manière précoce, permet d'espérer le succès du traitement. Ce traitement consiste en purgatif drastique et en ventouses scarifiées si le malade est encore robuste, en sinapisations et piqûres d'éther et de caféine, si le malade est déjà déprimé. Le champagne et les grogs très forts sont toujours indiqués dans ces deux cas, et l'on ne doit pas craindre les fortes doses, surtout, pas de vésicatoires, ni d'enveloppements froids.

### III

#### PRONOSTIC

La durée de la pneumonie franche aiguë est toujours de 8 à 10 jours, en moyenne, pour la période fébrile dangereuse, et de 15 à 21 jours pour le séjour au lit. Toutefois, cette durée peut être augmentée d'un tiers, si la pneumonie gagne l'autre poumon et la convalescence sera aussi beaucoup plus longue.

La pneumonie guérit toujours chez l'enfant, à moins qu'on n'ait commis quelque grave imprudence ou quelque faute de traitement. Chez l'adulte, la mortalité varie entre 2 pour cent (Petrescu), 5,7 pour 100 (Talamon), 9 et 10 pour cent (statistique commune).

A partir de 30 ans, le pronostic s'accroît de plus en plus ; la mortalité est de 20 à 25 pour cent entre 30 et 40 ans ; elle est de 50 pour cent entre 50 et 60 ans enfin elle est de 83 pour 100 de 70 à 75 ans.

En fait, si le diagnostic était fait plus tôt, le taux de la mortalité s'abaisserait énormément.

La convalescence de la pneumonie est relativement courte ; elle dure environ un à deux mois et ne nécessite pas de régime spécial. Un séjour dans un climat doux et ensoleillé est certainement favorable, mais non absolument indispensable.

Chez les femmes, la pneumonie franche amène généralement un trouble menstruel et tous les efforts doivent tendre à ramener le flux ou à pallier les effets de sa suppression (purges, sinapismes, saignées légères). Chez les femmes enceintes, le pronostic est excessivement grave quoi qu'on fasse : le fœtus est habituellement tué

et la mère succombe à la fausse couche. En présence de ce grave pronostic, il ne faut pas hésiter à saigner dès le début et à recourir aux enveloppements froids. En cas de mort constatée du fœtus, il faut faire immédiatement l'accouchement et la délivrance artificielle avec le ballon de Champetier.

(Dr Paul HUGUENIN, in *Le Concours Méd.*)

### Diphthérie conjonctivale

M. STEPHENSON a étudié 43 cas de conjonctivite à bacille de Klebs-Löffler. Ces cas représentent 1,25 p. 100 de toutes les affections oculaires relevées dans deux hôpitaux d'enfants ; 83 cas ont été observés chez des enfants au-dessous de quatre ans ; l'âge moyen est de vingt-sept mois. Presque toujours, dans les antécédents on a retrouvé l'origine de la contagion ; 40 p. 100 des sujets préentaient des troubles généraux, bien que trois seulement aient présenté une forme vraiment grave de conjonctivite diphthérique. Cinq fois on a retrouvé de l'albume dans les urines ; deux fois le réflexe patellaire a fait défaut. Dans un cas, la diphthérie de la gorge et du nez a précédé celle de la conjonctive ; dans deux cas, il y avait concomitance ; dans un seul cas, la diphthérie conjonctivale a précédé l'angine et la rhinite. Chez sept enfants on a noté des lésions de diphthérie cutanée. D'une façon générale les ganglions préauriculaires ou autres étaient tuméfiés. Dans les trois quarts des cas l'affection était unilatérale ; une seule fois elle a été mortelle. L'infection était pure dans 13,93 p. 100 et associée dans 36,04 des cultures. Quant au traitement M. Stephenson a donné des doses suffisantes et précoces de sérum et fait sur la conjonctive des pulvérisations au sublimé à 1 p. 5000.

(*Brit. med. Journ. — Gaz. des hôp.*)

## CHIRURGIE

### Traitement des fractures par la suture osseuse immédiate

M. VÖLKER (de Heidelberg) a pratiqué la suture osseuse à l'aide de fils d'argent dans 6 cas de fracture compliquée des extrémités, dont 4 de jambe et 2 de l'avant-bras. Ces 6 malades ont guéris sans complications.

Cette intervention est d'une bénignité absolue tant qu'il s'agit d'un os superficiel, comme le tibia et les os de l'avant-bras ; il en est autrement de la suture des os profonds, tels que l'humérus et le fémur, ainsi que de la suture osseuse en cas de fracture intra-articulaire.

Quant à la rapidité de la consolidation, la suture osseuse ne paraît présenter aucun avantage vis-à-vis du traitement non-sanglant. Il semble même que la forma-

tion du cal est excessivement lente dans les cas où l'on fait la suture.

Pour ce qui est du résultat final, M. Völker a obtenu une coaptation parfaite des fragments dans 4 cas ; mais il a dû recourir 2 fois à l'application ultérieure d'appareils plâtrés, afin de corriger des déplacements secondaires.

M. LANE (de Londres) a recours à la suture osseuse, non-seulement pour les fractures compliquées, mais également dans les cas de fracture sous-cutanée, toutes les fois que la coaptation régulière n'a pu être obtenue par les moyens habituels. Il se sert, suivant les circonstances, soit de fils d'argent, soit de vis en acier. La plus stricte asepsie est indispensable afin d'éviter l'expulsion ultérieure de ces objets comme corps étrangers.

M. KÖNIG (d'Altona) pense qu'il n'y a pas de corrélation étroite entre le bon fonctionnement ultérieur d'un membre fracturé et la *restitutio ad integrum* de l'os, car l'on rencontre couramment des consolidations plus ou moins vicieuses avec fonctionnement parfait. Ce n'est donc point dans les fractures de la diaphyse que la suture osseuse paraît présenter son utilité principale, mais plutôt dans les fractures épiphysaires où la brièveté de l'un des fragments nous prive des moyens nécessaires pour obtenir une bonne coaptation.

C'est pour les faits de ce genre que M. König pratique depuis un an la suture osseuse immédiate, procédé qui présente l'avantage de diminuer le volume du cal et de permettre une reprise rapide des mouvements. Il est préférable de faire, en pareille occurrence, l'opération précoce toutes les fois que l'examen clinique et radiographique démontre l'impossibilité d'une bonne coaptation par les moyens habituels. L'intervention précoce est, en effet, plus facile à exécuter et elle abrège notablement la durée du traitement.

M. TRENDELENBURG (de Leipzig) insiste sur l'utilité de l'intervention sanglante dans la fracture intracapsulaire du col du fémur. Il se sert à cet effet d'une vis introduite à travers le grand trochanter et poussée jusque dans la tête fémorale. Il conseille de pratiquer une incision longitudinale en avant du trochanter afin de pouvoir s'assurer, à l'aide du doigt, que la vis atteint bien la tête fémorale.

M. PFELSCHNEIDER (de Berlin) a remplacé le fil d'argent, dont la résistance lui paraît insuffisante, par les vis en acier, mais ces dernières sont toujours expulsées comme corps étrangers.

M. KÖRTE (de Berlin) conseille de faire la suture osseuse toutes les fois que les moyens de traitement habituels sont insuffisants. Il a agi de la sorte dans une vingtaine de cas, se rapportant notamment à l'articulation du coude.

M. HENLE (de Breslau) dit que, d'après les observations faites à la clinique chirurgicale de Breslau, la suture osseuse amène une consolidation très lente dans les fractures diaphysaires, tandis qu'elle active la con-

solidation dans les fractures épiphysaires. Il estime en générale les méthodes non sanglantes, notamment l'extension permanente, sont suffisantes.

M. LAUENSTEIN (de Hambourg) s'est servi, dans un certain nombre de cas, du procédé de M. Hansmann, consistant dans l'application d'une plaque de métal allongée, portant sur les deux fragments osseux déviés, et fixée à l'aide de plusieurs vis. Ce moyen lui a fourni de bons résultats, mais il nécessite le traitement à ciel ouvert, ainsi que l'extraction ultérieurs des corps étrangers métalliques ; en outre, il détermine parfois la formation de séquestres.

M. SCHEDE (de Bonn) a essayé, comme M. Trendelenburg, de traiter la fracture intra-capsulaire du col du fémur à l'aide d'une tige introduite jusque dans la tête fémorale à travers le col du fémur. Il préfère employer une tige en ivoire plutôt qu'un corps métallique. Il est d'avis que ce traitement devait être appliqué non seulement dans les fractures invétérées mais d'emblée, à titre d'intervention précoce.

M. SCHLANGE (de Hanovre) estime que l'on ne devrait pas trop étendre les indications du traitement opératoire des fractures ; il est cependant des lésions — notamment la fracture du tibia à l'union des tiers moyen et inférieur — où la suture osseuse constitue le seul moyen de coaptation sûre.

M. BIER (de Griefswald) a pu constater, comme M. Pfeilschneider, que les vis métalliques sont généralement expulsées ; aussi les remplace-t-il, dans les rares cas où le traitement sanglant des fractures lui paraît indiqué, par un simple poinçon métallique, lequel reste dans la plaie jusqu'au moment de la consolidation et dont l'extraction ultérieure est très facile. Il réserve une large part au massage quand le déplacement est peu considérable ou lorsqu'il s'agit d'une fracture intra-articulaire.

M. M. BARDENHEUER (de Cologne) estime que l'on pourrait éviter la suture osseuse dans la grande majorité des cas si l'on savait tirer de l'extension permanente tout ce qu'elle peut donner. Il cite notamment le cas de la variété de fracture du tibia à laquelle M. Schlange vient de faire allusion, et pour laquelle il croit qu'on peut parfaitement obtenir une bonne coaptation en combinant l'extension permanente suivant l'axe de l'extrémité lésée avec des tractions transversales agissant en sens opposé, l'une sur le fragment supérieur, l'autre sur le fragment inférieur. Le seul inconvénient de ce traitement consiste dans la nécessité d'une surveillance très exacte et d'un renouvellement assez fréquent des lacs extenseurs, afin de pouvoir adapter à chaque moment la force de traction à l'étendue du déplacement. Il dit n'avoir eu recours au traitement sanglant dans aucun cas depuis nombre d'années ; quoique ayant à traiter dans son service un grand nombre de fractures ; il déclare également n'avoir jamais observé la formation d'une pseu-darthrose.

M. KOCHER (de Berne) estime qu'il convient de distinguer, à ce point de vue, entre les fractures apophysaires, les fractures épiphysaires et les diaphysaires. Pour ces dernières, il reconnaît que le traitement non sanglant permet d'obtenir le plus souvent le résultat désiré. Il en est autrement des fractures apophysaires, parmi lesquelles il range la fracture de l'olécrane, celle de l'épitrôchlée et celle de la rotule ; ici, le traitement non sanglant n'amène pour ainsi dire jamais la guérison au point de vue anatomique ; aussi faut-il ou bien pratiquer la suture osseuse immédiate, seule susceptible de donner une vraie guérison, ou bien abandonner d'emblée toute tentative de contention des fragments, et recourir, dès le début, à la mobilisation et au massage. Quant aux fractures épiphysaires, il est certain qu'il est des cas où tous les moyens non sanglants sont impuissants, et où le massage et la mobilisation eux mêmes ne permettent pas de garantir un bon fonctionnement. C'est ainsi que dans la fracture intra articulaire du condyle huméral, principalement chez l'enfant, ainsi que dans certaines fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, le traitement opératoire seul est susceptible de fournir un résultat satisfaisant.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

#### Traitement de l'otite moyenne aigue suppurée.

par M. MOURE (de Bordeaux)

Dans le traitement de l'otite moyenne suppurée aiguë, on doit considérer deux périodes : 1° avant la perforation du tympan ; 2° lorsque la caisse a vidé son contenu à l'extérieur.

Dans le premier cas, on doit 1° tendre à obtenir la résolution, en pratiquant d'abord l'asepsie des cavités nasales et naso-pharyngiennes : inhalation de vapeurs aromatiques, pommade légèrement mentholées et cocaïnées, lavages des fosses nasales, révulsion mastoïdienne avec le chlorure de méthyle, bains d'oreilles à l'aide de décoctions de racines de guimauve et de feuille de coca, instillations de glycérine phéniquée au 1/5 et cocaïnée ;

2° Si les douleurs persistent, ce qui est l'indice que l'infection continue à progresser, il ne faut pas hésiter à pratiquer la myringotomie, afin d'empêcher le tympan d'éclater seul, dans un point qui ne serait peut-être pas favorable à l'écoulement du pus et surtout à la conservation de l'ouïe, une fois l'otite guérie. La perforation du tympan doit être pratiquée de préférence dans le segment antéro-inférieur, tout près du cadre ; large incision semi-circulaire. Pendant les premiers jours qui suivront la myringotomie, on se bornera à faire des fomentations chaudes et des injections abondantes avec de l'eau bouillie tiède boriquée, ou légèrement alcaline ; ces injections seront faites doucement — de manière à ne pas provoquer de traumatisme sur la membrane tympanique inflammée — deux ou trois fois par jour

suivant l'abondance de l'écoulement. Un tampon de ouate hydrophile, simple ou boriquée, ou un tampon de gaze stérilisée, sera placée à l'entrée du conduit, de façon à protéger la cavité qui suppure. On surveillera l'otite pour s'assurer qu'il ne reste pas dans le conduit, surtout au-devant de la perforation, des pellicules épidermiques qui risqueraient de fermer l'orifice et par conséquent d'empêcher l'écoulement du pus vers l'extérieur. Dès que la suppuration diminuera, les injections devront être espacées de plus en plus et même supprimées complètement, au bout de quelques jours, pour être remplacées par des pansements secs qui seront toujours faits d'une manière aseptique.

On doit repousser d'une façon absolue, pendant le cours de la suppuration aiguë de la caisse, les insufflations faites par la trompe, soit par le Valsava, par le Politzer, ou même le cathéter. Ces moyens, en effet, ne peuvent avoir d'autre résultat que de propulser dans la caisse les produits septiques contenus dans le naso-pharynx et d'entretenir, par conséquent, la pullulation microbienne au lieu de l'enrayer. Bien plus, l'air passant toujours, dans ces cas, avec une certaine difficulté, l'insufflation est douloureuse, car elle écarte les bords de l'ouverture tympanique, produisant là une sorte de traumatisme plus préjudiciable qu'utile au malade.

A plus forte raison faut-il déconseiller l'emploi d'injections faites par la trompe d'Eustache ; ces dernières ont l'inconvénient, non seulement d'apporter des liquides septiques dans la caisse, mais encore de les chasser jusque dans l'apophyse mastoïde ; et, par conséquent, de déterminer des complications qui n'auraient peut-être jamais existé sans ce traitement intempestif.

3° Enfin, il faut surveiller de très près l'apophyse mastoïde et l'état général du malade, de manière à intervenir rapidement dès que les indications d'une mastoïdite deviennent manifestes, ou, à plus forte raison, dès que l'on redoute l'apparition de ces accidents graves contre lesquels la thérapeutique la plus énergique reste, le plus souvent, impuissante.

M. Luc fait remarquer que quand, par l'ouverture du tympan, on a donné issue au pus et soulagé le malade, la plaie devient rapidement trop étroite, et on ne peut assurer l'asepsie du champ suppurant. On peut se demander si, étant donnés les bons résultats qu'on en obtient dans d'autres cas, on ne devrait pas recourir de bonne heure à l'entronomie.

M. LUBET BARBON est partisan de la myringotomie large et hâtive, dès que le tympan bombe et qu'il y a douleur. Ce n'est pas la paracentèse qui produit la suppuration, c'est la maladie.

M. Lubet-Barbon partage les idées de M. Luc. L'oreille moyenne n'est pas seule affectée, les cellules mastoïdiennes le sont aussi, et si elles suppurent, si sur-

tout la caisse est un lieu de passage du pus, il faut aller plus loin et ouvrir la mastoïde.

M. CASTEX a eu l'impression que les malades ayant subi la myringotomie avaient, ultérieurement, de meilleurs résultats que les autres.

M. NOQUET a obtenu de bons résultats en insufflant dans la caisse de la vaseline iodoformée.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

## HYGIÈNE

### De la nécessité d'une réglementation de l'industrie des produits stérilisés

Les progrès réalisés dans ces vingt dernières années en matière d'asepsie ont créé l'industrie des produits stérilisés. Actuellement il n'existe pas moins de cinquante maisons, à débouchés importants, qui fabriquent en France des cotons, gazes et autres objets de pansement, ayant tous comme marque commune la qualification d'aseptique ou de stérilisé. Les grands magasins de nouveautés s'en sont mêlés et débitent en quantités énormes des paquets d'ouate illustrés d'une croix rouge, du nom de Pasteur et de Lister, et dont quelques uns portent même en grosses lettres, la température à laquelle ils ont été stérilisés. Bref, il semble que le praticien n'ait que l'embarras du choix pour trouver dans l'industrie et pour ainsi dire sous la main, les objets de pansement dont il peut avoir besoin pour la petite chirurgie courante. Seul le chirurgien de profession fait une sélection parmi les produits qui lui sont offerts, et bien que souvent encore il soit abusé par des étiquettes ou des apparences, il a déjà une garantie meilleure. Il faut croire cependant que sa confiance est loin d'être absolue puisqu'aujourd'hui — et à juste raison suivant nous — les chirurgiens de Paris, en grande majorité, n'emploient, pour leurs opérations, que des tampons, compresses ou fils dont ils font faire la stérilisation sous leurs yeux, dans leurs propres services.

Cette réserve et ces doutes des chirurgiens à l'égard des "meilleures marques" ! Or, il n'y a aucune espèce de comparaison à établir entre la vente des quelques maisons qui à Paris ou en province s'efforcent de fabriquer des produits sincères et celle des usines qui font le commerce en gros des objets de pansement dits stérilisés ou aseptiques. Si nous ajoutons que ces usines se trouvent, en raison de leurs capitaux, désignées pour soumissionner la fourniture des grandes administrations, notamment celle de l'armée, de la marine et des colonies, nous arrivons à cette constatation que la plus grande partie des pansements consommés en France provient de l'industrie. Nous avons par conséquent le droit et le devoir d'examiner les garanties qu'offrent ces pansements aux praticiens, à leurs clients, aux administrations.

Admettons, sur la foi de l'étiquette, que la stérilisation du tissu ait été régulièrement opérée à l'usine. La forme la plus courante sous laquelle il est livré à la consommation est un paquet fait d'une double enveloppe de papier. Le papier intérieur est un papier sans colle, un papier paraffiné ou parcheminé. Le papier extérieur, quelquefois cartonage léger, protège le premier et porte la marque commerciale. Il est facile de comprendre que les diverses manipulations qui ont nécessité cet emballage ont rendu illusoire la stérilisation. Il faudrait que la stérilisation eût été faite dans l'enveloppe même. Or, elle n'est pas possible dans le papier paraffiné ; le papier parcheminé traité par la chaleur sèche, brûle avant d'avoir laissé pénétrer la température utile à la stérilisation : le papier sans colle permet bien la désinfection du tissu par la vapeur d'eau sous pression, mais son pouvoir hydrophile l'expose aux mêmes causes de contamination résultant des manipulations nécessitées par le second emballage.

Donc, si, à l'origine, le tissu a été réellement stérilisé, la forme commerciale sous laquelle il est vendu lui a fait perdre cette qualité. C'est donc une véritable tromperie sur la qualité de la marchandise vendue que d'inscrire sur l'étiquette de tels produits la mention : *stérilisé* ou *aseptique*.

Mais ce n'est là qu'un des côtés de la question. En réalité la stérilisation, annoncée à l'extérieur, est rarement pratiquée. Un exemple entre mille va nous permettre de l'établir.

Extrayons d'une boîte métallique cette substance étiquetée : *ouate hydrophile stérilisée à 150°*. Bien blanche, plongeant immédiatement dans l'eau, elle apparaît superbe de qualité. Or si nous traitons une partie de cette ouate par la chaleur sèche à 150°, une autre portion par la vapeur d'eau saturée sous pression, en nous assurant de la pénétration parfaite de la chaleur au moyen d'un thermomètre à maxima placé au centre du tissu, nous obtenons dans les deux cas un produit très différent du témoin. L'aspect, tout d'abord, a changé. Du blanc il a passé au jaune clair : la teinte est uniforme pour le produit autoclavé, roussie latéralement pour le produit étuvé. Si nous examinons maintenant le pouvoir hydrophile des deux échantillons traités, nous constatons qu'il s'est intégralement conservé dans celui qui a été stérilisé par la vapeur : *il n'existe plus ou presque plus dans le coton soumis à l'action de la chaleur sèche*. De plus ce dernier est inutilisable, car il est profondément altéré dans sa constitution physique et sa constitution chimique. L'altération de la fibre végétale dans certaines ouates stérilisées peut être assez prononcée pour que le simple souffle les réduise en poussière. L'examen chimique a établi que d'autres de ces belles ouates sont constituées par des déchets agglomérés, par l'intermédiaire d'un savon alcalin. Sous l'action du calorique le savon fond et brûle la cellulose. Elles ne sont donc pas stérilisables au moins par la chaleur sèche.

Cette expérience facile à répéter, montre bien que ces produits, vendus comme stérilisés, ne l'ont jamais été, ou l'ont été insuffisamment, la pénétration de la n'ayant pas eu lieu.

Il est clair que la nécessité d'une réglementation s'impose. Le souci de la santé publique a dicté des mesures sévères pour le contrôle des conserves alimentaires. Elles doivent avoir un cachet d'origine, être hermétiquement fermées avant l'étuvage. Elles sont fréquemment essayées. Les chirurgiens, et d'une façon plus générale tous les praticiens, ne sont pas moins intéressés à la qualité et à la sincérité des produits qu'ils sont appelés à employer pour leurs pansements ou leurs opérations. L'Institut Pasteur a obtenu justement une loi de garantie pour les sérums. Son application n'est pas moins utile à la fabrication des produits stérilisés. Une surveillance étroite s'impose, et pour qu'elle soit efficace, il faut qu'elle évoque des responsabilités. S'il en était ainsi, on ne verrait pas figurer dans les docks de l'armée des approvisionnements de charpie stérilisée<sup>(1)</sup>, de cotons et de gaze hydrophile stérilisés, ayant pour toute protection contre la poussière et les rats l'épaisseur d'une feuille de papier.

(G. MAURANGE, in *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.)

#### La contagion par les instruments a vent

par le Dr DEGRAVE, à Lagrasse (Aude)

Un jeune écolier (13 ans) apprenait depuis peu à jouer du saxophone. Fort studieux, cet enfant passait la plus grande partie de ses récréations et de ses jours de congé à souffler dans son instrument. En un mot, il jouait trop, avec passion. Au sortir d'une répétition, en sueur peut-être, il courut boire de l'eau à la fontaine. Une anguine se déclara, phlegmoneuse et gangréneuse, dont la malignité fut telle que la mort s'ensuivit à bref délai.

— Trois faits se dégagent de l'analyse de cette observation.

Le froid a été ici la cause occasionnelle, jouant le rôle de l'étincelle qui met le feu aux poudres.

Les séances, trop souvent répétées, avaient fatigué cette gorge encore jeune et tendre, l'irritant et la congestionnant, préparant le terrain.

Enfin il n'est pas risqué de dire que l'instrument, reconnu fort malpropre, a peut-être fourni le germe fatal.

— Les cuivres de nos fanfares reluisent. Eilat extérieur le plus souvent. A l'intérieur, dans les tuyaux dans les coudures, dans les angles, gisent des amas de poussières, formant avec les salives desséchées des magmas, des culots où crouissent dans l'ombre des microorganismes pathogènes de toute espèce. Ces instruments passent de bouche en bouche. Pour toute précaution, les plus délicats se contentent d'avoir une em-

bouchure propre, personnelle. Dans tous les cas, il est bien rare qu'on achète un instrument neuf pour un commençant. Celui-ci débute toujours avec l'instrument qu'un aîné veut bien lui prêter. Sans doute, ces aînés qui font de la musique jouissent généralement d'une bonne santé. Il n'en est pas moins vrai que la tuberculose fauche aussi dans leurs rangs. D'ailleurs, cette hypothèse admise que tous les musiciens sont sains, il est avéré que leur bouche renferme une infinité de microbes. Joignez à de plus compétents, le soin d'énumérer toutes les bactéries, tous les bacilles, pneumocoques streptocoques, staphylocoques, que notre bouche renferme. Ils y rentrent du dehors avec les aliments et les poussières. Ils y viennent du dedans avec les excréments, crachats, caries dentaires, etc. Toute la flore microbienne y est représentée. Ce n'est pas sans raison que la bouche a été traitée de vraie boîte à Pandore. Or, tous ces microbes glissent avec la salive dans le corps des instruments à vent. Leur virulence y est peut-être accrue.

Le jeune écolier qui usera de ces instruments aspirera plus ou moins tous ces germes de mort. Comme il est plus jeune, *minoris resistentiae*, s'il est surmené, si une cause occasionnelle surgit, toute infection peut éclater.

— Loin de moi la pensée de vouloir décourager les jeunes recrues dont l'éducation musicale précoce assure la création ou le maintien prospère de nos joyeuses fanfares. La formation de jeunes musiciens est une œuvre trop louable. Nous ne saurions trop féliciter les maîtres dévoués qui prennent cette heureuse et belle initiative. La musique élève l'âme, l'invite à l'idéal. Elle est un agrément dont le plaisir est partageable. Pour ces motifs, elle constitue l'élément le plus noble de nos réjouissances publiques. C'est encore un passe-temps moral, bien digne de remplir les heures de loisir des jeunes gens qui n'ont que trop de tendances à perdre dans les cafés leurs longues veillées d'hiver. Liqueurs de l'antialcoolisme, encouragez les néophytes de la Musique ! Mais, prêtres de l'hygiène, veillez sur eux, enseignez et recommandez :

Aux maîtres et aux parents d'éviter le surmenage chez les écoliers, d'espacer les séances de musique, de les donner de courte durée ;

A tous les musiciens, de lessiver, écouvillonner, laver à l'eau salée bouillante l'intérieur des instruments à vent. On nettoie les ustensiles culinaires, on lave les verres, les cuillers, les fourchettes, tant d'objets qu'on porte à la bouche. Pourquoi négligerait-on d'entretenir la propreté intérieure des instruments de musique dans lesquels on souffle et on aspire ?

Enfin, mieux que tout autre, le musicien doit soigner sa bouche, sa gorge et nettoyer ses dents. Mieux, que tout autre, il doit obéir aux sages préceptes d'hygiène générale qu'il trouvera dans les traités spéciaux les plus élémentaires. (Le concours médical.)

## Therapeutique et Matiere Medicale

### Emploi de la capsule surrenale comme hemostatique

A mesure que se précise l'emploi de la capsule surrenale, son usage se répand chaque jour davantage, je crois donc utile de donner quelques renseignements nouveaux sur son mode d'emploi ou ses applications. C'est ainsi qu'il est bon de savoir qu'indépendamment de l'extrait soluble et du principe défini, l'adrénaline, que j'ai signalés dans un précédent article, la capsule surrenale se trouve actuellement dans le commerce parisien sous forme d'extrait sec, poudre jaunâtre, insoluble dans l'eau, d'une odeur particulière, qu'il suffit de faire bouillir en petite quantité, dans deux ou trois centimètres cubes d'eau, pour l'utiliser en badigeonnages, par exemple, quand on veut favoriser l'action de la cocaïne, ou dans tout autre but.

L'adrénaline, ou le chlorure d'adrénaline (chlorid of adreline) constitue le principe actif dont une solution aqueuse de capsule surrenale desséchée à 1/15.

Ce produit, comme du reste les solutions d'extrait, aurait l'inconvénient de s'altérer très rapidement, ne se conservant que difficilement au contact de l'air (flacon débouché ou exposé à la lumière).

Aussi Ingals, auteur d'un article où je puise ces renseignements, conseille-t-il de l'associer à divers agents conservateurs, combinés dans une formule de ce genre :

300 grammes d'eau contenant  
chlorure d'adrénaline..... 0.03 centigr.

Ajouter :

Acide borique.....	0.60	—
Eau camphrée.....	} à à	8 grammes
Eau de cannelle.....		
Eau distillée .....	16	—

Le même auteur conserve l'extrait sec en solution stable obtenue avec macération et filtration par adjonction des mêmes ingrédients associés de la façon suivante, en chiffres simplifiés :

Capsule surrenale desséchée....	4 grammes
Acide borique.....	1 —
Eau de cannelle.....	15 —
Eau camphrée.....	30 —
Glycerine.....	5 —
Eau distillée.....	q. s. p. f. 60 —

Comme il résulte de l'analyse que je fais plus loin des tentatives de Fløerheim et Adam, que l'extrait sec peut être administré à l'intérieur à des doses fractionnées formant un total de 1 à 3 grammes (maximum par vingt-quatre heures), il semble que l'on soit en droit de conclure de ce qui précède, que le chlorure d'adrénaline

puisse l'être à la dose de 0g01 à 0g06 centigrammes par vingt quatre heures, dose qui doit être fractionnée ; il serait prudent de débiter par des doses inférieures.

Ces chiffres de comparaison sont peut-être moins importants qu'on ne pourrait le supposer à première vue, car, à l'heure actuelle, je ne sais si les produits que l'on peut trouver dans le commerce sont d'une composition bien fixe et le plus sûr me paraît être de prendre l'extrait sec comme étalon et de s'en servir pour base de comparaison du titre à employer de toute solution ou produit dérivé des capsules surrénales quel qu'il soit.

Je termine en résumant les résultats obtenus avec ce produit administré à l'intérieur par quelques auteurs dans le cas d'hémorragies :

Floersheim (de New-York) publie une statistique de 45 cas d'hémorragie traités par l'administration interne de capsule surrénale pulvérisée. La dose ordinairement employée, au début, était de 0,3 décigrammes de médicament, administrée sans eau ; quelquefois cette administration provoquait des nausées ou des vomissements. La dose était renouvelée, si besoin était, à six heures d'intervalle. Des 21 cas d'hémoptysie, 23 cas d'hémorragie utérine et un cas d'hématémèse ainsi traités, tous auraient bénéficié de ce traitement. Dans un autre article sur le même sujet, Adam conseille l'emploi de capsules surrénale, dans le traitement de l'hématémèse, en lavement à la dose de 0,6 décigrammes renouvelée, si besoin est, toutes les deux, puis toutes les quatre heures. Il évite ainsi les vomissements que l'ingestion du médicament peut provoquer et qui doivent être particulièrement évités en pareil cas.

W. T. Thomas l'a employé avec succès chez deux blessés hémophiles dont un enfant de treize mois. Il eut l'idée de panser les plaies dont les hémorragies se répétaient avec de la gaze saupoudrée d'extrait sec de capsule surrénale, en même temps qu'il leur faisait prendre à l'intérieur une dose répétée tonées les quatre heures de 6 centigrammes d'extrait pour l'enfant, de 3 décigrammes pour l'autre malade adulte.

(P. VIOLLET in *Gaz. des Hop.*)

#### Traitement de la tuberculose laryngée

M, le docteur ELEMER passe en revue les différentes médications proposées pour la cure de la tuberculose du larynx ; des nombreux médicaments vantés, il ne retient que quatre dont il a eu personnellement l'occasion de vérifier à plusieurs reprises l'efficacité : c'est tout d'abord le phénol sulfuriciné expérimenté depuis longtemps par Berlioz et Ruault ; l'auteur le préconise surtout dans les cas d'infiltration étendue accompagnée de dysphagie ; il lui substitue l'acide lactique quand l'inflammation ayant disparu, on peut prétendre à des cautérisations limitées de lésions localisées. Le phénolsulfuriciné a l'avantage sur l'acide lactique de ne pas exiger

une cocaïnisation préalable ; l'auteur l'a employé en solutions à 30 p. 100. Dans les cas de graves pertes de substance ou lorsque le malade se cachectise, quand il s'agit surtout de calmer les douleurs qu'il éprouve, l'emploi de l'orthoforme pulvérisé en insufflations ou en solution dans l'huile (25 p. 150 d'huile d'olive) est particulièrement indiqué. Les solutions huileuses de menthol mêmes fortes (20 p. 100) ne semblent pas aussi efficaces que les médicaments précédents ; le menthol peut cependant être utilisé lors des périodes de repos qu'exigent souvent les médications plus énergiques ; on peut l'employer seul ou associé à l'orthoforme ainsi que le recommande Frendenthal.

En terminant, Elemer insiste sur l'utilité du curetage qu'il a vu pratiquer à maintes reprises par Krause avec succès : il est d'avis qu'il vaut mieux employer des solutions médicamenteuses fortes et substituer un médicament à un autre, dès que l'on ne constate plus d'amélioration par le premier ; si les médicaments n'ont plus d'action, il conseille au malade une cure d'air et, quand il le peut, un séjour l'hiver dans les climats chauds et tempérés.

Les conclusions de cette étude me paraissent irréprochables et conformes aux résultats que tous ceux qui sont appelés à traiter fréquemment des laryngites tuberculeuses ont été à même de constater à maintes reprises. (*Die Therapie der Gegenwart*).

(*Gaz. des hôp.*)

## SYPHILIGRAPHIE

#### Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires d'hermophényl (mercure, phénol, disulfonate de sodium)

M. Charles NICOLLE a étudié, dans son service de l'Hospice général de Rouen, le traitement de la syphilis par l'hermophényl pendant environ sept mois ; le nombre des malades soumis à ce traitement atteint le chiffre de 94 ; le nombre des injections qui leur ont été faites est supérieur à 900.

Voici la formule de la solution employée par M. Nicolle :

Hermophényl.....	0 10 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.

Stériliser à l'autoclave.

On injectait deux centimètres cubes à chaque séance correspondant à deux centigrammes du produit ou huit milligrammes de mercure métallique. Les injections étaient pratiquées d'une façon continue, sans intervalles de repos, à raison de deux par semaine.

Les inoculations ont toutes été faites dans la profondeur des muscles fessiers.

L'emploi systématique des injections d'hermophényl

n'a présenté aucun inconvénient sérieux : les rares et légers accidents observés paraissent relever moins du choix du médicament employé, que de fautes de détails commises dans la technique de l'inoculation.

M. Nicolle conclut que les injections intramusculaires d'hermophényl constituent un mode de traitement très efficace de la syphilis à toutes ses périodes et qu'elles ont une innocuité absolue. (*Revue méd. de Normandie.*)

(*Gaz. des hôp.*)

## Coq-a-l'ane médicaux

*Le traitement de la tuberculose articulaire et d'autres affections des jointures.* — Nous résumons d'un article de Phelps, de New-York, (*N. Y. Med. J.*) Le traitement mécanique doit être employé du commencement jusqu'à la fin de la maladie. Tout abcès doit être attaqué aussitôt reconnu. A la hanche, il faut de l'extension pour diminuer la pression intraarticulaire: elle doit être faite dans l'axe du col du fémur. Aucun cas de coxalgie ne guérit on (dans de deux ans, et quand elle est bien traitée, elle est rarement suivie d'ankylose. Au genou, l'attelle de Thomas est la meilleure; il en est ainsi pour la tibio-tarsienne, ajoutant un appareil plâtré. A l'épaule, il faut mettre dans l'aisselle, un tampon et passer autour du bras, appuyé sur le thorax, des bandes de diachylon. Ceci dégage la tête de l'humérus de la cavité glénoïde. Au coude, le bras fléchi un peu au-delà de l'angle droit, on applique un appareil plâtré qui comprend l'épaule et la main. Au poignet, à moins qu'il n'y ait trop de spasme, le plâtre convient bien; dans le cas contraire, il faut un appareil mécanique. Pour le traitement des affections de la colonne vertébrale, les corsets plâtrés ou en aluminium sont préférables à tous les autres.

Il faut immédiatement opérer toute articulation abcédée: curetter librement, enlevant tous les tissus malades; laver avec une solution d'acide carbolique à 2% ou de sublimé à 5%; assécher et injecter de l'acide carbolique pur, le laissant en contact pendant une à deux minutes et demie; iriguer de nouveau avec une solution phéniquée à 2%; puis, surtout dans les articulations profondes, placer comme un drain un tube en verre. Il faut abandonner le paquetage à la gaze qui agit comme bouchon, s'opposant au drainage facile et favorisant l'infection et les fusées. Chez les enfants et au-dessous de 14 ans, il ne faut faire autre chose au genou qu'un curettage.

*Myalgie.* — On peut se fier au cimicifuga pour combattre les douleurs musculaires, quelle qu'en soit la cause. (*Med. Sum.*)

*Les solides de l'urine.* — Le docteur D. Bulkley (in *J. of Cutan. et Genita. Urin. Dis.*) donne une méthode

(celle de Hasser modifiée par Haines) très simple pour calculer la quantité de ces solides: On multiplie les deux chiffres de la gravité spécifique par le nombre d'onces passées dans les vingt-quatre heures et on ajoute 10% au produit.

Ainsi s'il y a eu 36 onces d'éliminées et que la densité soit de 1021, nous aurons  $21 \times 36 = 756 + 10\% = 831$  le nombre de grains de solides dans toute la quantité.

*Le fond du sac.* — On causait somnambules et spirites devant le docteur X...

Ils se taisait.

— Et vous, docteur, qu'en pensez-vous?

— Je pense que tous ces farceurs parlent bien du fluide, mais ne pensent qu'au. (*Lyon Méd.*)

*Cancer du rein.* — J. L. Petit, Guyon et Legueu ont insisté sur la valeur du varicocèle symptomatique, qui serait dû, la plupart du temps, à la compression des veines spermatiques par les ganglions dégénérés. Son absence pourrait faire espérer une dégénérescence ganglionnaire peu avancée, mais il n'en est pas toujours ainsi comme le démontre un récent travail de M. A. Delobel (*J. des Sc. de Lille.*) dans lequel il rapporte un amas ganglionnaire considérable ayant contracté des adhérences intimes avec l'aorte, et qui n'avait donné qu'un varicocèle très peu développé. On pourrait donc conclure que la présence de tout varicocèle correspondant à un épithéliome rénal est une contre-indication formelle à toute intervention chirurgicale.

*Parésie intestinale post-opératoire.* — Administrer un lavement, haut, ainsi composé: sulfate de soude, sulfate de magnésie, fiel de bœuf de chacun 2 drachmes, térébentine 1 drachme, dans une chopine d'eau tiède. (*Intern. J. of Surg.*)

*Le cordon ombilical.* — Suivant Budberg (*Méd. Times.*) le meilleur pansement serait du coton hydrophile imbibé d'alcool.

*Ecchymose sous-conjonctive palpébrale dans les fractures du crâne.* — M. Rolletal (*Lyon Méd.*) conclut que cette ecchymose tardive est un signe de fracture de la base du crâne et plus exactement de l'orbite, même dans ce cas elle peut manquer. Quand elle existe avec les caractères de l'ecchymose dite tardive ou vraie (apparition de 48 heures à 3 jours — progresser de la paroi osseuse vers le tégumen — être nettement sous-conjonctivale avant d'être palpébrale inférieure) elle n'est pas, comme on l'enseigne, le signe de certitude d'une solution de continuité osseuse, car elle peut résulter d'une hémorragie orbitaire par contre-coup.

*Echo des examens.* — Le professeur de gynécologie se plaint au doyen de la faculté, de l'ignorance grossière d'un des candidats.

— Mais enfin, il est tellement ignorant qu'il n'a pas



pu me décrire d'une façon satisfaisante les parties génitales externes.

— Alors, répond le doyen, il faut lui donner le prix.

— Mais... le prix... comment...?

— Eh bien, oui,... le prix de... vertu !

*La présence des phosphates dans l'urine des nouveau-nés.* — Mordica (*Giorn. d. Acad. de Méd.*) rapporte 109 analyses, faites sur 25 enfants, où il n'a pu constater les phosphates avant deux jours révolu de vie extra-utérine et la présence ne devenait nette qu'au troisième ou au quatrième jour. Les chlorures n'indiquent ni l'âge ni la possibilité de la vie extra-utérine. (*J. Am. Méd. Asso.*)

*Preuve indubitable.* — Elle. — Pense donc, Clarice est allée chanter à une séance donnée à l'asile des aliénés.

Lui. — Les fous ont-ils manifesté des signes de folie pendant la séance ?

Elle. — Ah, oui, ils lui ont fait trois encores. (*Tit-Bits.*)

NIRE. I

## FORMULAIRE

### FETIDITE DE L'HALEINE

Infusion de sauge.....	250 gr.
Glycérine pure.....	30 gr.
Teinture de myrrhe.....	} àà 12 gr.
— de lavande.....	
Liqueur de Labarraque.....	30 gr.

M. S. A. pour lavages de la bouche.  
(*Journ. de méd. de Bordeaux*)

### GARGARISME DE JACCOUD

Chlorate de potasse.....	5 gr.
Teinture de cochléaria.....	25 gr.
Décoction de quinquina.....	200 gr.
Miel rosat.....	50 gr.

M. S. A.  
(*Ibid.*)

### CONTRE LES ACCIDENTS DE LA DENTITION

Teinture de vanille.....	} àà 5 gr.
Teinture de coca.....	
Teinture de myrrhe.....	10 gr.
Teinture de safran.....	} àà 20 gr.
Miel de mercuriale.....	
Miel Rosat.....	60 gr.

En frictions sur les gencives.  
(*Ibid.*)

### CONTRE LES PUSTULES DE VARIOLE

Sublimé.....	1 gramme.
Acide tartrique.....	1 —
Alcool à 90°.....	5 c.c.
Ether, q. s. pour faire 50 c.c.	

3 ou 4 pulvérisations de cette solution par jour sous les pustules.

(Talomon)

### CONTRE LE RHUMATISME.

Acide salicylique.....	10 grammes.
Lanoline.....	10 —
Essence de térébenthine.....	10 —
Axonge.....	80 —

(Bourget, in *Le progrès méd.*)

## NOUVELLES.

### NOUVEAUX CORONERS

Le docteur G. H. Fontaine vient d'être nommé coroner du district de Richelieu, conjointement avec le docteur Fleury, de Sorel, et le docteur Pierre Bergeron, de St-Michel d'Yamaska. Le coroner Fontaine aura une juridiction spéciale dans le comté de Verchères.

MM. les docteurs Auguste O. Cloutier, de Nicolet, Jos. E. Vanasse, de la paroisse de St-Maurice et O. E. Milot, de Louiseville, ont été nommés coroners conjoints pour le district des Trois-Rivières.

MM. les docteurs Jos. Z. Triganne, de Plessisville, et Henri P. Blondeau, de Victoriaville, ont été nommés coroners conjoints pour le district d'Arthabaska.

### L'INSTITUT MAREY

La Chambre des députés a voté une subvention de 25,000 francs à l'Institut Marey, pour lequel la Ville de Paris a concédé un terrain au Parc des Princes. Cet Institut sera un centre international de contrôle et de vérification des appareils enregistreurs appliqués aux études physiologiques.

### LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

Le Congrès de l'humanité offre un prix de 1,000 francs et une médaille d'or à quiconque aura trouvé le meilleur remède pour combattre et guérir la syphilis chez les sujets atteints et chez leur descendance.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés à M. Aug. Vodoz, 36, boulevard du Temple, avant le 20 décembre 1902.

## Supplement Litteraire

Les marques de la virginité d'après les anciens  
médecins

par M. le Dr DESFONANDBES

(Suite)

Son parent et confrère DIONIS partage son opinion sur ce point tout au moins ; à preuve le début emphatique de sa quatrième démonstration anatomique, faite au Jardin du Roy sur les parties naturelles de la femme qui servent à la génération. Écoutons-le :

« C'est avec juste raison que la journée d'aujourd'hui s'appelle la belle Démonstration, le nombre des spectateurs est toujours plus grand le jour que l'on démontre les parties de la génération de la femme, et leur curiosité s'augmente à la vue de ces parties ; cet empressement est excusable, tant à cause que les anatomies de femmes sont plus rares que celles des hommes, que parce qu'il n'y a rien de si naturel à l'homme que de vouloir savoir où et comment il a été formé... »

Puis, arrivant au point qui nous intéresse :

Ce que l'on appelle hymen. — « Quelques anatomistes prétendent qu'il y a une membrane qu'ils appellent hymen, située dans le vagin, proche les caroncules ; ils veulent qu'elle soit placée en travers, qu'elle soit percée en son milieu pour laisser couler les mois, qu'elle demeure ainsi tendue jusqu'à ce que par l'approche de l'homme ou autrement, elle soit rompue et déchirée, et qu'enfin c'est cet hymen qui est la marque du pucelage.

« Quelque diligence que j'aie faite pour chercher cette membrane, je ne l'ai point encore vue, quoique j'aie ouvert des filles de tous âges, c'est pourquoi je ne puis pas en convenir. On peut avoir trouvé le col de la matrice fermé à quelques-unes, comme on l'a trouvé à l'endroit des caroncules à quelques autres ; mais ce sont des faits particuliers et extraordinaires, d'où il ne faut pas conclure que cela doit être aussi à toutes les filles. »

Plus loin, tout en niant point qu'il n'y ait quelque marque de la virginité, « fermeté, rougeur des caroncules myrtiformes, jointes l'une à l'autre par leurs parties latérales, par le moyen de quelques petites membranes qui, les tenant ainsi sujettes, leur font avoir la figure d'un bouton de rose à demi épanouy », il prétend qu'il n'y a pas de preuves certaines et demande que les magistrats n'ordonnent point de visites par les médecins et les chirurgiens ou par les matrones : « car, outre que ces sortes d'examen ne peuvent point découvrir la vérité, ils choquent la pudeur et servent de risée au public comme une semblable visite qui fut faite il y a quatre ou cinq ans par les plus fameux médecins et chirurgiens de Paris et qui donna occasion de les peindre sur des éventails et sur des tabatières dans des postures tout à fait indescentes... »

C'est à l'opinion de Dionis que se range Dantel TAUVRY, qui, dans sa *Nouvelle Anatomie raisonnée* (Paris, 1720), nous donne la description suivante :

« Au-dessus du trou de l'urèthre il y en a un autre qui reçoit la partie du mâle : on prétend que c'est à l'entrée de ce conduit qu'est placé le pucelage. On y voit quatre petites rugosités qui ferment presque tout le passage. On les a appelées *caroncules myrtiformes*. Quelques anatomistes ont ajouté que, dans les vierges, on trouvait une membrane qu'on nomme *hymen*. Mais, comme dit RIOLAN, on ne la trouve pas dans toutes les filles qui n'ont pas habités avec des hommes ; car elles peuvent l'avoir rompue en se touchant. Il se peut même faire qu'elle ait été déchirée par le passage des sucres âcres... »

L'explication qu'il donne sur la coutume hébraïque touchant l'hémorragie du premier coït ne manque pas de saveur non plus :

« Je diray la raison pour laquelle il fallait chez les Juifs que les linges fussent teints de sang le premier jour de leurs noces. Ils mariaient leurs garçons dans un âge fort avancé et les filles fort jeunes. Il n'était pas permis au mary de voir sa femme sinon en un temps fort éloigné de ses purgations. Ainsi l'homme ayant la partie fort grosse, et la fille l'ayant fort étroite, et ses vaisseaux remplis de sang, il était quasi impossible que dans la collision les veines et les artères ne se remplissent et ne répandissent du sang ; ajoutez à cela que, le país étant fort sec, les filles doivent y être plus étroites.

Au contraire, en France, on marie les filles dans un âge un peu plus avancé et l'on ne regarde pas le plus souvent au temps de leurs ordinaires, et par conséquent l'hémorragie n'arrive pas toujours, quoique les filles soient vierges. »

Ces exemples sont typiques ; mais il faut également savoir que, dès longtemps, des anatomistes sérieux avaient donné de la région qui nous occupe une description plus conforme à la réalité : un grand nombre d'entre eux admettaient l'hymen ; il y a cependant encore des divergences, si nous en croyons MANGET qui, dans son *Theatrum anatomicum*, nous résume l'opinion des divers auteurs qui l'ont précédé et qui ont disputé sur ce sujet.

« Pour ce qui est de la substance, elle serait membraneuse pour Sorranus, veineuse et ligamentense pour Avicenne, ce serait un cercle charnu pour Riolan, ténue et semblable à une toile d'araignée pour Piccolomini, nerveuse plutôt que charnue pour Fallope, rétiforme pour Bérenger ; épaisse pour Colomb, ténue et subtile chez les jeunes, plus épaisse et plus forte chez les adultes, pour Spiegel.

« Pour ce qui regarde sa situation, les uns la posent immédiatement derrière l'urèthre, comme Fallope ; d'autres au milieu du vagin, comme Bérenger ; d'autres près de l'orifice interne, comme Piccolomini ; d'autres

immédiatement en arrière du méat urinaire comme Vesale.

“ Pour ce qui est de la forme, les uns décrivent un orifice arrondi ; pour d'autres, il serait oblong ; d'autres encore ont observé l'hymen crébriforme. ”

Il n'est pas difficile de voir qu'il y a confusion les uns décrivant purement et simplement la membrane hymen, les autres s'étant trouvés en présence soit d'hymens charnus ou fibreux, soit de cas anormaux, de brides ou de cloisons vaginales congénitales.

MOTGAGNI ne tombe pas dans cette erreur, lui qui dit, dans ses *Adversaria Anatomica*, à propos de cette célèbre controverse :

“ Je vois que certains décrivent que, l'orifice du vagin est fermé par un anneau spécial, l'hymen, qui pour d'autres ne serait que la réunion des caroncules myrtiformes. Je partage l'opinion des premiers ; on voit, en effet, un repli de la tunique interne du vagin affectant la forme d'un anneau. Je me range donc à l'avis de Val-salva, qui décrit cette membrane sous le nom de colonne de la virginité. C'est ce qui résulte de la dissection de vierges. D'autre part, ainsi que l'on décrit Riolan et Minnick, les caroncules ne se trouvent que chez les femmes déflorées, elles ne représentent donc pas l'hymen, mais ses débris. ”

HEISTER, dans son *Anatomie*, nous donne également une définition toute moderne :

“ L'hymen est une membrane tantôt circulaire, tantôt demi-circulaire et tantôt d'une autre forme ; elle est située à l'orifice du vagin ; resserre le vagin dans les filles qui ont leur virginité ; on la trouve toujours dans les petites filles ; il faut y remarquer :

“ 1° Une petite ouverture qui conduit dans le vagin : elle est ordinairement plus grande chez les adultes que dans celles qui sont dans l'enfance ; cette membrane au reste se déchire dans les premières approches, ce qui ne se fait pas sans qu'il y ait du sang versé.

“ 2° Les caroncules myrtiformes qui se forment de l'hymen déchiré ; il y en a deux, trois, quatre, etc. ; elles se trouvent précisément à la place de l'hymen ; il n'y a pas de ces caroncules dans les enfants. ”

PALFYN, le célèbre inventeur du forceps, dans son *Anatomie chirurgicale*, omet complètement de parler de l'hymen ; mais, dans l'édition française de 1753, nous trouvons une note de A. PETIT, remettant les choses au point et donnant de cette membrane une description conforme à celle de Riolan, de Minnick, de Swammerdam, de Heister et de Garengéot.

Il indique donc que la présence des caroncules myrtiformes, loin d'être une marque de virginité, est au contraire une marque de défloration. “ La seule marque de virginité, est, dit-il, la présence de l'hymen, et encore sans qu'on puisse l'affirmer, parce qu'il y a des exemples de femmes qui ont conçu, auxquelles on a trouvé cette membrane tout entière et fort épaisse (A. Paré. Ruysh), de sorte qu'on pourrait distinguer avec raison l'état de

virginité d'avec celui de pucelage, quoique pourtant tout le monde fasse ces deux mots synonymes. ”

C'est également à des faits de cet ordre que fait allusion M<sup>me</sup> LE BOURSIER DU COUDRAY, maîtresse sage-femme de Paris, et envoyée par le roi pour enseigner la pratique de l'art des accouchements dans tout le royaume, dans son *Abrégé de l'art des accouchements* (Paris, 1777) :

*Sur la membrane hymen.*

“ L'on a dit que, dans les filles qui n'avaient permis dans le vagin l'introduction d'aucun corps capable d'y faire violence, on trouvait pour l'ordinaire à son orifice un cercle charnu et membraneux parsemé de vaisseaux capillaires sanguins. Ce cercle a une ouverture pour l'écoulement des menstrues ; elle est si petite dans le premier âge, qu'à peine un petit pois pourrait la traverser ; elle se dilate dans la suite peu à peu en sorte que dans les adultes elle pourrait admettre l'extrémité d'un petit doigt. Les anciens l'ont dénommée *hymen* ; son intégrité a été regardée comme un témoignage certain de la virginité, et l'on a appelé *fleur de virginité* l'écoulement sanguin qui accompagne la dision de ce cercle, occasionnée par la partie du mâle dont on a cru l'intromission nécessaire pour la génération. Mais depuis que l'expérience a fait voir que la génération a lieu sans que l'on puisse soupçonner la moindre intromission, vu l'extrême rétrécissement du vagin, l'on a cessé de regarder l'intégrité de ce cercle comme une preuve absolue de la sagesse d'une fille, mais seulement comme une présomption avantageuse pour celle en qui elle se rencontre. ”

L'intérêt qui se dégage de ces citations est que, dans un point de détail comme celui qui nous occupe, détail pouvant cependant, dans certains cas, prendre une importance médico-légale assez grande, les anatomistes ont pu discuter pendant plusieurs siècles.

Il est facile de ranger ceux-ci en deux camps : dans le premier, l'étude de l'anatomie est surtout basée sur des textes plus ou moins scientifiques, voire sur des autorités religieuses ; dans le second, au contraire, les médecins se souviennent qu'ils sont des savants et se bornent à regarder sans idée préconçue et à décrire les faits comme ils les voient.

Cependant, la rareté des cadavres mis à leur disposition, ceux des femmes vierges surtout, et la difficulté de pratiquer un pareil examen sur le vivant : ou la délicatesse du sujet, à une époque où le public n'était que trop tenté de profiter de toutes les occasions pour dauber sur le corps médical, explique que quelques-uns d'entre eux, tombant sur un cas anormal, l'aient décrit comme étant la règle. Cela valait toujours mieux, en tout cas, que de s'en tenir aux aphorismes de Galien ou du roi Salomon, ou que de se torturer l'esprit pour arriver à concilier des textes dissemblables.

(*La Chronique méd. — Méd. orient*)

## Travaux Originaux

### UN CAS DE PROLAPSUS GÉNITAL, TOTAL IRRÉDUCTIBLE

par M. le Dr RHÉAUME.

Dans le prolapsus génital total l'utérus, recouvert du vagin totalement inversé, a complètement quitté le bassin et forme, hors de la vulve, une tumeur réductible ou non.

Le prolapsus peut-être dû : (a) soit à une défection primitive des moyens de suspension (ligaments larges, ligaments ronds, vésico-utérins, utéro-sacrés, etc) ; (b) soit à une défection primitive du plan de soutien (c'est-à-dire du périnée).

Le double mécanisme général du prolapsus peut se résumer ainsi : (a) Défection primitive du plan de soutien : agrandissement de l'orifice vulvaire et du calibre vaginal ; déviation en arrière de l'axe du conduit ; prolapsus de la paroi antérieure suivie de la vessie, puis de la paroi postérieure avec ou sans le rectum ; traction exercée par la colpocèle sur le col et abaissement secondaire de l'utérus ; processus de bas en haut.

(b) Défection primitive des éléments de suspension : relâchement des ligaments antérieur et postérieur ; orientation du corps utérin en arrière et du col en avant ; redressement de l'axe utéro-vaginal et abaissement de l'utérus. Secondairement, le vagin est entraîné et le processus s'étend de haut en bas.

La défection des moyens de fixité donc l'aptitude à la lésion et la pression abdominale fait le reste. (Pichevin et Bonnet, in Le Dentu et Delbet)

Les grossesses répétées constituent une cause éloignée importante. Elles ramollissent et distendent les tissus, augmentent le poids des organes, déplacent leurs rapports, allongent les ligaments et peuvent agir encore par l'influence qu'elles peuvent exercer plus tard sur la santé générale. (Pichevin).

L'accouchement dystocique, avec les déchirures du périnée qui l'accompagne, est certainement la cause la plus importante et la plus fréquente.

La patiente qui fait le sujet de notre correspondance est âgée de 59 ans. Accouchée à terme de 28 ans, elle n'a eu qu'une fausse couche à cinq mois, huit ans plus tard. Ainsi l'on peut invoquer

ici comme cause prédisposante une déchirure du périnée non restaurée. D'ailleurs quelque temps même après le premier accouchement, le prolapsus dépassait déjà les grandes lèvres de trois à quatre centimètres, et il a augmenté insensiblement jusqu'au mois de mai 1901. A cette époque la malade fait réduire son prolapsus, mais, à la sortie de l'hôpital, celui-ci réapparaît brusquement.

Voici dans quel état cette patiente se présente maintenant dans le service de Necker, où nous avons l'avantage de remplir les fonctions d'externe.



Le prolapsus, énorme, descend presque jusqu'à mi-cuisse ; ulcérations nombreuses et larges de la muqueuse. Le col utérin est situé à sa position normale : il correspond à la fente transversale que nous voyons sur la photographie, entre les deux ulcérations de la partie inférieure du prolapsus.

La vessie occupe toute la partie antérieure de la tumeur. Au toucher rectal, immédiatement au-dessus du sphincter, on sent un diverticule qui s'invagine dans le prolapsus. Quoique notre patiente souffre de cystite, la vessie a conservée, à peu près, sa capacité normale : on a pu injecter, sans trop de difficulté, 250<sup>cc</sup> de liquide. Cette injection distend la tumeur qui devient lisse et luisante.

L'introduction de la sonde nécessite une manœuvre spéciale : aussitôt le méat franchi, on est obligé de faire décrire une courbe à concavité antérieure, alors l'extrémité intra-vésicale de la sonde vient en contact avec le fond de la vessie, à

proximité du col utérin. La miction ne peut se faire que lorsque le prolapsus a été repoussé en arrière ; cette manœuvre découvre l'urètre qui ne laisserait pas, sans cela, passer l'urine. Pour compléter l'expulsion du contenu de la vessie, la malade fait des pressions sur son prolapsus comme on en ferait sur une poire en caoutchouc. Ainsi cette petite intervention toute mécanique supplée à la contraction physiologique de la fibre musculaire vésicale qui a complètement perdu son action.

Ce prolapsus est certainement un des plus gros dont la littérature médicale fasse mention. Cependant au point de vue du traitement curatif cette observation n'offre que peu d'intérêt, puisque les lésions sont tellement avancées que l'on ne peut songer à aucune intervention chirurgicale. La participation du rectum et les adhérences intimes de la vessie rendent tout traitement illusoire.

Nous ne pouvons pas laisser passer cette occasion sans insister, avec nos maîtres, sur la nécessité de bien examiner le périnée après l'accouchement et de le restaurer immédiatement au cas où il y aurait eu déchirure.

20, rue de l'Estrapade, Paris.

## Revue des journaux,

### MEDECINE

#### Moyen propre à prévenir la cachexie consécutive à l'évacuation d'épanchements abdominaux abondants

MM. LYONNET et DE TEYSSIER font remarquer combien chez les malades gravement atteints la ponction d'une ascite volumineuse peut être dangereuse dans la suite. La paracentèse abdominale est urgente, le malade est de suite considérablement soulagé, mais les jours suivants il tombe dans un état de cachexie progressive et peut succomber. Au bien-être immédiat, causé par la suppression d'une gêne mécanique plus ou moins considérable, fait suite un état de dépression extrême. Le malade fabrique à nouveau son ascite, et quand on sait la quantité énorme d'albumine que renferme ce liquide on comprend la spoliation qui est faite à l'organisme.

Pour éviter ces inconvénients MM. Lyonnet et de Teyssier ont employé dans un cas de cirrhose hépatique le moyen suivant :

La ponction abdominale a été faite avec un instrument bien stérilisé, une partie du liquide a été recueillie dans douze poudriers bien stérilisés de 500 grammes chaque. Puis tous les petits flacons bouchés avec un morceau de coton ont été placés dans une glacière.

Dès le jour de la ponction on a donné soir et matin au malade un lavement de 500 grammes de son liquide ascitique. On avait soin de donner avant un grand lavement d'eau qui était rendu, puis le lavement de liquide ascitique était, après l'adjonction de V à VI gouttes de laudanum, administré tiède (38° environ) et très lentement. Le malade a très bien supporté les lavements pendant une semaine.

Il a semblé évident que cette ponction l'avait bien moins affaibli que les ponctions faites antérieurement.

MM. Lyonnet et de Teyssier pensent donc que dans les cas de volumineux épanchements abdominaux on peut prévenir dans une certaine mesure la cachexie qui suit la ponction en injectant dans le rectum plusieurs jours de suite une certaine quantité du liquide évacué. Ce liquide est bien toléré par l'intestin, et la richesse en substance albuminoïde fait supposer que sa résorption doit être des plus utiles.

MM. Lyonnet et de Teyssier réservent ce moyen aux épanchements de quelque sorte mécaniques : cirrhose du foie, cardiopathie. Des expériences faites au laboratoire de M. Mérieux ont montré en effet que le liquide épanché dans ces cas là est très peu toxique.

Dans les cas d'épanchements chez les brigittiques, des tuberculeux, des néoplasiques, il ne serait peut-être pas prudent d'avoir recours à ce moyen.

Il est certain qu'on pourrait aussi injecter sous la peau chaque jour le liquide évacué par la ponction. Chez les malades non œdématisés cela pourrait se faire aisément. Les chances d'infections sont minimales, car les liquides d'épanchements sont peu sujets à s'ensemencer aisément.

MM. Lyonnet et de Teyssier avaient pensé faire passer directement le liquide du péritoine sous la peau en adaptant au trocart de la ponction un tube de caoutchouc, puis une aiguille qu'on introduirait sous la peau. Ils ont vu que la pression, quelque forte qu'elle puisse être dans l'abdomen, ne pouvait faire passer qu'une quantité insignifiante de liquide dans le tissu cellulaire sous cutané. Il aurait fallu interposer une poire en caoutchouc munie de soupapes appropriées, mais c'eût été là un dispositif bien compliqué.

Dans un cas d'épanchement pleural chez un cardiaque, MM. Lyonnet et de Teyssier ont pu administrer en lavement le liquide de la ponction qui a été bien toléré, mais dans ce cas, c'était pour se rendre compte de la tolérance de l'intestin et non pour éviter un état cachectique.

En somme, MM. Lyonnet et de Teyssier pensent qu'en présence d'un malade chez lequel une ponction abdominale urgente paraît pouvoir être dangereuse par

la dépression consécutive, on peut parer au danger immédiat en restituant chaque fois par l'intestin une partie du liquide retiré.

M. L. DOR. — Je voudrais demander à M. Lyonnet s'il considère le moyen qu'il préconise comme plus simple que l'opération de Talma. En somme ces lavements fréquemment renouvelés sont un grand ennui pour le malade ; ne vaudrait-il pas mieux le tourmenter une seule fois par une opération chirurgicale à peu près sans danger et dont les statistiques sont très favorables ?

M. LEPINE croit que l'opération de Talma ne réalise pas toutes les conditions que l'on doit exiger. On sait en effet que les animaux auxquels on a pratiqué la fistule d'Eck succombent finalement par une intoxication attribuable à un excès de carbonate d'ammoniaque dans le sang. Si réellement les albumoses injectées dans le rectum sont résorbées, le moyen que propose M. Lyonnet est supérieur à l'opération de Talma. Mais est-il bien certain que les albumoses soient résorbées par le rectum ?

M. LYONNET. — Les malades qui ont été traités par cette méthode étaient tellement déprimés qu'aucun chirurgien n'aurait consenti à leur faire une opération, en somme importante, telle que l'opération de Talma.

En ce qui concerne l'absorption rectale, les malades ont dû absorber quelque chose puisqu'ils ont été améliorés ; ils ont supporté leur lavement sans aucune difficulté, grâce à l'addition de quelques gouttes de laudanum.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

#### Variole épidémique

La variole sévit épidémiquement en France, sur plusieurs points, depuis de longs mois. Dans la banlieue de Paris, notamment, elle a fait, en janvier, février et mars, assez de victimes pour que l'égoïste inquiétude du gros public en soit quelque peu ébranlée.

Il est donc bon de revenir sur le traitement de cette cruelle affection, et de proclamer que l'école dosimétrique possède seul le remède héroïque capable de juguler la variole au début ; d'en enrayer l'évolution si elle est prise à temps ; ou du moins, d'en atténuer la gravité et de parer au danger de la fièvre toujours si redoutable, de suppuration des pustules, quand le médecin est appelé trop tard.

Ce remède, c'est le *sulphydral*.

\*\*\*

La variole est une fièvre éruptive.

Un germe pathogène pénètre dans l'organisme par les voies naturelles.

De quelle nature est ce germe ? végétale ou animale ? Nul ne le sait encore.

Pendant une période qui varie de dix à douze heures à huit ou dix jours, il incube, il pullule en sourdine, il

en vochi et empoisonne la masse sanguine, apportant chez le sujet atteint, des malaises caractéristiques : des douleurs lombaires, de la constipation, du mal de tête, des vomissements et une forte fièvre.

Puis, un jour paraît une opération discrète ou confluente, d'élevures vésiculeuses. La fièvre du début qui avait fait monter le thermomètre à 40 degrés, tombe quand l'éruption est faite. Une détente semble se produire alors dans l'état du malade. Mais, après trente-six ou quarante-huit heures passées, voilà que le liquide des vésicules se trouble... celles-ci se transforment en pustules. Elles se mettent toutes à suppurer... et la fièvre éteinte se rallume, intensée, violente, et dure tant que les pustules ne commencent pas à se dessécher. Le danger est pressant, car, avec la fièvre de suppuration reparait l'agitation, l'insomnie, souvent le délire, auxquelles il faut ajouter les atroces douleurs cruesées par les boutons varioliques sur le corps, et les désordres produits par l'éruption sur les diverses muqueuses.

Le patient peut succomber alors, soit à des troubles cérébraux, soit des phlegmasies viscérales, soit à la résorption purulente, soit à une *asphyxie spéciale* qui a pour cause la suppression de la perspiration cutanée.

La variole confluente, alors même qu'elle n'est pas mortelle, est toujours une maladie longue et pénible qui laisse souvent après elle des cicatrices indélébiles.

\*\*\*

Il importe donc au plus haut point, de ne point prendre la variole, selon l'expression consacrée ; et pour cela, il faut user comme remède prophylactique, de ce même produit si remarquable, dont je parlais au début, du *sulphydral*.

En temps d'épidémie, tout le monde devrait avaler chaque jour une vingtaine de granules de *sulphydral*, afin de maintenir l'organisme saturé de vapeurs *sulphydriques*. En cet état, enfants, adultes et vieillards peuvent vivre sans crainte, dans les milieux les plus méphytiques.

\*\*\*

#### TRAITEMENT DOSIMÉTRIQUE

a. L'indication primordiale devant un cas de variole confirmée, ou quand les symptômes observés sont assez accusés pour permettre de faire un diagnostic, est de saturer aussi rapidement que possible le sujet de *sulphydral*, afin de détruire les germes pathogènes déjà installés dans l'organisme, et de s'opposer à l'évolution de l'affection causés par leur présence, leur pullulation, et par les poisons qu'ils dégagent ou qu'ils sécrètent.

Il faut donc administrer le *sulphydral* comme dominante, d'une façon intensive, à la dose d'un ou deux granules tous les quarts d'heure d'abord, puis toutes les demi-heures (selon l'âge du sujet et la gravité de la situation), jusqu'à ce que se manifestent les signes de saturation bien connus ; sueurs profuses, diarrhée odorante ou nausées.

Une fois la saturation obtenue, on peut diminuer les doses ; mais, pour bien maintenir l'organisme saturé, il faut toujours administrer au moins douze à vingt granules par jour et cela jusqu'à la fin de la maladie dont l'allure se trouve d'ailleurs très modifiée, et la durée singulièrement écourtée.

b. A la période de frissons, il convient de stimuler l'organisme à l'aide de l'arséniate de strychnine et de la caféine, un granule de chaque toutes les demi-heures jusqu'à réaction.

c. Pendant les périodes de fièvre, on administre, concurremment avec le sulphydral, la trinité défervescente antifébrile que l'on continue, espace, interrompt ou reprend, selon les indications fournies par le thermomètre qui doit être, en de telles occurrences, constamment consulté par le médecin et la garde-malade qui exécute ses ordres.

d. Le sel de sedlitz Charles Chautaud doit être donné le matin tous les jours ou tous les deux jours, afin d'entretenir la liberté du ventre, sans cependant causer de la diarrhée.

e. S'il y a de la sécheresse de la peau, et si l'éruption déjà commencée semble ne pas pouvoir aboutir, on donnera toujours avec le sulphydral, le nitrate de pilocarpine ; un granule toutes les demi-heures, jusqu'à abondante diaphorèse.

f. S'il survient du délire, on continuera avec persistance la trinité dosimétrique à laquelle on adjoindra le camphre mono-bromé un ou deux granules toutes les demi-heures (selon l'âge) jusqu'au retour du calme.

g. L'antésepsie de la peau et des muqueuses doit être pratiquée avec le plus grand soin. Ainsi que je l'ai indiqué dans mon petit livre " la Thérapeutique simpliste " les yeux seront lavés avec de l'eau boricuée ou une solution de sulfo bore ; la bouche, les narines seront irriguées et nettoyées avec la même solution, toutes les trois à quatre heures et le plus souvent pendant la suppuration, alors que le visage est bouffi, les yeux gonflés, les mains et les pieds tuméfiés et douloureux.

La vaseline boricuée en onctions copieuses soulagera les patients.

Il faut recommander au malades de ne pas se gratter, et de ne pas arracher les croûtes des pustules desséchées : chaque croûte arrachée laisse après elle une cicatrice.

h. Les malades doivent être alimentés avec du lait, du bouillon de bœuf ou de poulet, de l'eau rougie ; de la limonade ou de la tisane de champagne et des oranges.

i. Il faut se montrer très sévère pour le régime, et ne permettre les aliments solides que quand la chute complète des croûtes varioliques du tégument externe permet de supposer que la muqueuse du canal digestif est redevenue normale.

Dr E. TOUSSAINT.

P. S. — Alors même qu'il est guéri, le varioleux peut être non seulement pour son entourage immédiat,

mais pour toutes les personnes qui habitent la même maison, le même quartier que lui, une source de contagion. Aussi le médecin doit-il faire désinfecter soigneusement tout appartement, tout maison habitée par un varioleux, avec la literie, la garde-robe, les tapis, etc., etc.

Le varioleux guéri devra, avant de reprendre la vie commune, prendre plusieurs bains savonneux. Les jouets, les livres et objets de toilette seront sacrifiés et jetés au feu. C'est le plus sage.

(Nouv. Rev. de Méd. et de Thérap.)

#### De l'anurie après les anesthésiques

A part d'un néphrite concomitante il y a trois raisons auxquelles est probablement due l'anurie ou du moins l'insuffisance rénale après l'usage de l'éther.

La première vient de ce que le médecin qui donne l'anesthésique, en voulant trop hâter la narcose saturer son patient, et lui donne une quantité excessive même avant l'opération. C'est ce degré de saturation qui sans doute cause un amoindrissement de l'activité rénale non pas nécessairement en irritant ou en inflammant l'épithélium sécréteur des rognons, mais en causant une telle dépression que la circulation du sang par ces organes est entravée. Car il faut se souvenir que l'activité d'une glande dépend de la circulation d'une quantité suffisante de sang, et que de la dépression cardiaque résultent souvent une congestion et une stase rénale avec trouble fonctionnel des rognons, sans qu'il y ait aucune lésion rénale réelle.

La seconde raison favorisant le développement de ce symptôme dangereux est l'exposition trop prolongée du malade au froid soit par les pansements humides soit par l'air de la salle d'opération. Cet agent provocateur de mauvais effets disparaît très rapidement d'année en année. Les chirurgiens reconnaissent la nécessité de maintenir la température de leurs malades, les font entourer de bouteilles d'eau chaude et se servent de salles d'opération chauffées. Néanmoins dans la pratique privée et même dans les hôpitaux on ne protège pas toujours suffisamment les malades contre les abaissements de température durant les opérations, et le refroidissement de la peau favorise la congestion et l'insuffisance rénales.

La troisième raison qui paraît quelquefois causer l'anurie, sont les opérations sur les organes du système génito-urinaire, quand, apparemment par quelque influence réflexe, le rognon est plus ou moins dérangé dans ses fonctions.

Pour obvier à ces conditions il faut prendre les précautions nécessaires, mais quand elle se présentent il faut commencer un traitement actif.

Nous avons pour cela 3 ressources :

1) D'abord l'usage des stimulants circulatoires sur-

tout la strychnine et la digitale à petite dose s'il y a dépression du cœur et des vaisseaux ;

2) En donnant des injections rectales abondantes de sérum artificiel ;

3) En se servant du glonôm par injection hypodermique ou par ingestion s'il y a dégénérescence artérielle. Souvent l'action du glonôm sur les vaisseaux est suivie d'une sécrétion urinaire abondante.

(The Therap. Gaz. Jan. 15, 1902)

### Fistules abdominales hémorragiques

par M. LEBASTEUR

M. LEBASTEUR décrit deux variétés principales de fistules hémorragiques, abdominales. La première comprend les faits d'ordre banal dans lesquels l'écoulement sanguin a son origine dans un ovaire ou dans un restant d'ovaire. Ce sont les fistules abdominales hémorragiques ovariennes. A côté de cette variété il en est une autre beaucoup plus rare où le point de départ de l'hémorragie a son siège dans l'épiploon chroniquement enflammé et adhérent à l'orifice profond du trajet fistuleux, l'auteur propose de les appeler : fistules hémorragiques épiploïdes.

L'une ou l'autre reconnaissent comme origine de leur organisation le drainage post-opératoire de la cavité abdominale. Le pronostic est différent comme la cause ; dans celles qui proviennent d'un fragment ovarien ou d'un ovaire entier la vie de la malade peut être compromise par l'abondance de l'hémorragie, les secondes sont graves pour les multiples opérations qu'elles peuvent nécessiter.

Le procédé opératoire de choix sera soit l'hystérectomie vaginale, ou la laparotomie : dans le premier cas, les fistules épiploïques réclameront l'excision elliptique de la fistule et la résection de la portion d'épiploon enflammée.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

### Sur la cause des réactions colorantes du bacille de la tuberculose

M. H. ARONSON (de Charlottenbourg) expose le résultat de ses recherches, d'après lesquelles la résistance qu'opposent à la décoloration par les acides les bacilles de Koch teints par la fuchsine phéniquée provient de la présence, dans ces micro-organismes, non pas de chitine, comme l'a naguère soutenu M. Helbing, mais bien de substance cirreuse, ou plus exactement des alcools supérieurs entrants dans la constitution de ces substances.

Ce fait a une certaine importance pratique, au point de vue mise en évidence des bacilles tuberculeux dans les coupes histologiques ; en effet, les méthodes usuelles d'inclusion des pièces destinées à l'examen microscopi-

que (celloïdine ou paraffine) exigent l'emploi de liquides comme l'éther, le xylol, le chloroforme, aptes à dissoudre la cire ; il en résulte que ces manipulations peuvent faire perdre aux bacilles de Koch leurs réactions colorantes caractéristiques ; aussi l'auteur conseille-t-il de recourir plutôt, en pareille occurrence, au procédé des coupes par congélation.

En terminant, M. Aronson fait observer qu'on n'a pu encore isoler chimiquement le poison du bacille tuberculeux, car on ne saurait considérer comme tel la tuberculine qui, sans effet sur l'organisme sain, agit seulement sur l'organisme tuberculisé. Cependant, ce poison existe incontestablement, puisque l'inoculation sous-cutanée, à cobayes sains, de faibles doses de bacilles de Koch tués, entraîne un marasme progressif aboutissant à la mort.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

## CHIRURGIE

### Anatomie du colon transverse

par M. J. BUY

L'anatomie du colon transverse fait l'objet de la thèse de M. Jean Buy, qui divise le colon en deux portions : l'une à droite du duodénum, l'autre à gauche ; il étudie ensuite ses nombreux ligaments ; ligament colique droit et gauche, hépato-colique, cystico-colique, duodéno-colique et la lame fixatrice des coudes surtout fréquente à droite, et qui gêne l'ouverture de l'angle colique droit en tendant à rapprocher le colon ascendant du colon transverse. Le ligament spléno-colique et le gastro-colique complètent ces moyens de fixité, le rôle du dernier étant minime. Le colon est en somme bien fixé à droite et à gauche. L'étude très complète de l'auteur est surtout intéressante au point de vue pratique en ce qui concerne les déplacements. Le colon gauche peut en effet présenter une forme d'arc parombilical, sous-ombilical ou pubien, une forme en U ou en V, une forme transversale sinuée et ressembler alors à une S italique, à un W ou à un accordéon. Ces déplacements sont la conséquence surtout d'une paroi abdominale distendue et affaiblie, laissant glisser le colon sous le poids des matières fécales. La sténose intestinale, la constriction thoracique, l'allongement du colon sont aussi des facteurs importants. Les deux derniers pourtant peuvent être retrouvés dans les déplacements en haut. Aussi l'auteur pense-t-il qu'ils sont sans influence sur le sens du déplacement, qui dépend de l'état gazeux de l'intestin mais surtout de la qualité de la paroi abdominale. Le relâchement ligamenteux est plutôt le résultat que la cause de l'abaissement du colon. La chute du colon droit est fréquemment le



fait de la poussée hépatique qui à son tour a pour agent la constriction thoracique. Le côlon droit abaissé peut rester rectiligne, son obliquité en haut et à gauche est alors accentuée, il peut par un processus particulier devenir sinueux. Dans quelques rares cas les inflexions sont le fait de son allongement, il subit parfois l'action du côlon gauche déplacé et celle du prolapsus duodénal. il se dévie encore sous l'influence de brides fibreuses (fascia d'accolement). Enfin la ptose accentuée du côlon droit donne lieu à une classification spéciale : les déplacements complexes, il faut alors ajouter aux facteurs signalés un état particulier de débilité ligamenteuse et musculaire, une sorte de déchéance héréditaire ou acquise des tissus.

Enfin le côlon serait aussi susceptible de se déplacer en haut. Ces déplacements ont pour cause la plupart des facteurs précédemment décrits, intervenant sur des sujets à gros intestin le plus souvent dilaté par des gaz mais surtout porteurs d'une sanglo musculo-aponévrotique normale. Les déplacements en haut du côlon droit sont dus surtout à l'existence d'un côlon gauche haut placé. La disposition du côlon gauche dévié en haut offre quelque analogie avec celle des déplacements en bas. On trouve, en effet, la forme convexe en haut, la forme en U renversé, la forme sinueuse en W renversé, ce dernier trajet se complique souvent du type sus ou préhépatique du côlon.

De cette étude il résulte que l'on aura quelque raison de penser chez un individu à thorax déformé à une situation basse du côlon quand la paroi abdominale est affaiblie, à une situation haute quand l'action pariétale est normale. Mais l'allongement du côlon, sa sténose ou sa distension, sont d'un diagnostic difficile et viennent souvent compliquer le rôle des facteurs précédents. Aussi la variabilité excessive du siège du côlon transverse doit commander une prudente réserve, dans tout acte clinique ou opératoire pratiqué au niveau de la région abdominale. L'étude de la forme, de la longueur, de la capacité, de la vascularisation du côlon transverse complète cette thèse particulièrement intéressante et complète.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

#### Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses.

MM. les Drs C. Martin et F. Marin, fils, de Lyon, ont obtenu de très remarquables résultats dans les cas de cicatrices vicieuses par l'application de manipulations et de pressions prolongées et répétées.

Les conclusions de leurs recherches sont très encourageantes :

1° Le tissu cicatriciel ne doit pas être considéré comme étant indéfiniment rétractile et inextensible. En outre, c'est un tissu qui garde toujours une certaine vitalité.

2° Des faits nombreux montrent que le tissu de

cicatrice, une fois devenu *inodulaire*, non seulement ne se rétracte plus, mais encore peut être modifié, dans ses qualités physiologiques, sous l'influence de divers agents et spécialement par pressions et tractions lentes et continues.

On peut, par ces moyens, amener on assouplissement et son allongement.

3° La méthode de Claude Martin (de Lyon) repose sur ce principe. Elle consiste à obtenir l'assouplissement et l'allongement des cicatrices en les soumettant par des appareils appropriés à des *pressions* et à des *tractions lentes et continues*.

4° Ces pressions et ces tractions doivent toujours être extrêmement légères, *de façon à en causer jamais la moindre douleur* ; on évitera ainsi l'ulcération et l'inflammation de la cicatrice.

5° Cette méthode est applicable au traitement de *toutes les cicatrices vicieuses*.

6° Elle avait donné déjà, entre les mains de Claude Martin, des résultats nombreux, anciens et définitifs, spécialement dans le traitement des atrésies cicatricielles de la cavité buccale et des cavités nasales.

7° Francisque Martin l'a appliquée plus récemment au traitement des brides cutanées et des rétrécissements cicatriciels des conduits organiques ; rectum, urèthre, etc. Il la croit appelée à rendre, dans des cas, de grands services, soit employée seule, soit combinée aux méthodes sanglantes.

(Le concours médical.)



#### L'étranglement vrai dans les hernies ombilicales.

par le Dr DOYEN.

L'étranglement vrai des hernies ombilicales a été très contesté. L'étranglement vrai ne peut guère se produire lorsqu'il existe un orifice très large, et lorsque le sac contient une série d'anses intestinales accompagnées de la presque totalité de l'épiploon. Il est même curieux de voir combien la circulation des matières peut se faire dans certaines omphalocèles énormes, cloisonnées par des brides intérieures en 4 ou 5 loges différentes, et compliquées d'adhérences épiploïques et intestinales. J'ai opéré un grand nombre de ces cas, soit pendant la période d'engouement, soit à froid. Lorsque l'opération est faite à froid, il est presque toujours nécessaire de réséquer la totalité de l'épiploon contenu dans le sac, ce qui est très facile, en faisant des ligatures séparées, après écrasement à l'aide de ma pince à levier. Les adhérences de l'intestin au sac sont parfois tellement intimes que la musculature se trouve mise à nu ; lorsqu'on les a détachées, il est nécessaire, pour éviter que ces surfaces dénudées viennent à adhérer au point de la paroi abdominale où l'intestin se trouvera réduit, de faire à leur niveau un fin surjet de soie. Très souvent il existe

aussi des adhérences sur une partie de pourtour du collet du sac.

Lorsque la hernie commence à présenter les signes de l'étranglement, il s'agit presque toujours d'un obstruction au cours des matières dans les anses sinueuses de l'omphalocèle, par suite de l'arrêt de fragments alimentaires volumineux et non digérés. J'ai trouvé dans ces hernies des morceaux énormes de navets, des côtes de choux mal cuits, etc., etc. Il se produit alors une véritable obstruction intestinale dans la cavité péritonéale accessoire qui constitue le sac de l'omphalocèle, et comme la réduction de la hernie est impossible en raison des adhérences, la guérison ne peut guère survenir que par la formation spontanée d'un anus contre nature.

La masse de la hernie peut se sphacéler en moins de quarante-huit heures avec production d'un phlegmon stercoral gazeux, d'une extrême fatidité. Cet accident se produit avec une rapidité plus grande chez les diabétiques.

La fréquence et la soudaineté de ces accidents, qui peuvent entraîner la mort en quelques jours, sont parmi les meilleurs arguments en faveur de l'intervention à froid dans tous les cas de hernie ombilicale irréductibles.

Nous allons voir par l'observation qui suit que l'étranglement véritable peut s'observer dans la hernie ombilicale comme dans les hernies inguinale et crurale, et que le terme d'étranglement doit être conservé pour les accidents de la hernie ombilicale, aussi bien que pour ceux de la hernie inguinale ou crurale, car cet accident n'est pas exceptionnel dans l'omphalocèle. J'ai observé un certain nombre de hernies ombilicales de moyen volume, où il existait, à côté d'une hernie épiploïque, une seule anse d'intestin grêle, étranglée nettement par le collet du sac, qui est en général mince et tranchant. L'intestin portait le sillon bien connu de l'étranglement herniaire, et l'anse étranglée présentait la teinte violacée caractéristique de la congestion passive qui se produit dans les premières heures de l'étranglement.

Le 9 avril 1902 fut amenée à la clinique de la rue Piccini une femme obèse de soixante-sept ans, atteinte de hernie ombilicale étranglée. Le poulx était encore satisfaisant et l'opération semblait pouvoir être faite dans les conditions les plus favorables. Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine, et d'après les commémoratifs, l'étranglement ne remontait qu'à vingt-quatre heures. La hernie avait le volume d'une orange, et la peau présentait un aspect violacé. La malade fut endormie au chlorure d'éthyle puis au chloroforme : quel ne fut pas mon étonnement, lorsqu'au premier coup de bistouri, je vis s'échapper du sac des gaz fétides et un liquide sonieux. Aucune trace d'épiploon : une seule anse d'intestin grêle, de couleur feuille morte, au milieu de laquelle existait un petit pertuis, où s'échappaient encore quelques bulles de gaz. La toilette de la cavité de la hernie fut pratiquée rapidement, en prenant soin de ti-

er l'anse herniée assez fort pour obturer complètement le collet du sac, et pour empêcher, "s'il en était temps encore, la contamination du péritoine. Une pinse courbe fut alors glissée, sur un pli du mésentère, dans la cavité abdominale, et je la saisis à pleines mains, de manière à soulever dans sa concavité la partie supérieure de l'anneau ombilical, jusqu'à ce qu'il fut suffisamment déchiré pour permettre d'attirer au dehors 15 à 20 centimètres d'intestin. L'anneau fut incisé plus largement et le péritoine, qui paraissait sain, bien qu'il contint déjà un peu de liquide séreux, fut protégé avec de grandes compresses marquées par autant de pièces à griffes. L'anse intestinale fut étalée sur une compresse stérilisée : je constatai que la partie herniée était complètement sphacélée et commençait à se couper au niveau du collet. Tout effort de réduction aussi bien qu'une temporisation de 12 à 24 heures auraient donc été suivis de la rupture de l'intestin au niveau du collet du sac et d'une péritonite foudroyante.

La résection de l'anse sphacélée fut pratiquée séance tenante : les bouts supérieur et inférieur furent écrasés à quelques centimètres du sillon de l'étranglement et liés en mèche, le mésentère fut traité de même et l'anse sphacélée fut réséquée. Les bouts supérieur et inférieur furent fermés, après cautérisation du moignon, par une double suture en cordon de bourse, et un surjet fut pratiqué sur chaque face du mésentère, de manière à exclure également du péritoine deux ligatures de soie qui en assure l'hémostase. Le circuit des matières fut alors rétabli suivant méthode habituelle, par une entéro-anastomose latérale. Le ventre fut couvert de glace. La guérison se fit sans incident.

Cette observation est très instructive, car elle démontre la possibilité, dans l'omphalocèle, non-seulement d'un étranglement vrai par le collet du sac, mais aussi du sphacèle rapide de l'intestin. Il est bien connu, dans l'histoire des hernies inguinales et crurales, que le sphacèle est particulièrement à craindre lorsque l'anse herniée est petite, et que le collet du sac est étroit et tranchant. J'ai opéré plusieurs cas de hernie crurale étranglée où l'intestin, après 24 heures seulement, était bien près de présenter la couleur feuille morte, mais jamais je n'ai vu une perforation spontanée aussi rapide de l'intestin. Il serait à croire que cette perforation a été produite par un corps étranger assez petit pour passer inaperçu pendant l'opération.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'intérêt exceptionnel que présente, au point de vue clinique, ce cas d'étranglement rapide de l'intestin grêle dans une hernie ombilicale, et je suis heureux de saisir cette occasion, Messieurs, pour vous recommander d'agir promptement toutes les fois que vous serez en présence d'un étranglement herniaire. Bien rares sont les cas où il y a intérêt pour le malade à tenter la réduction. On ne sait jamais, même au bout de 25 heures, dans quel état est l'intestin la kélotomie est aujourd'hui si simple : le sac, isolé jus-

qu'à l'anneau, est ouvert avec précaution, le liquide est évacué, l'intestin reconnu, et une longue pince courbe est introduite à 4 ou 5 centimètres de profondeur dans le péritoine, au-dessus du mésentère, qui se trouve plissé au niveau du collet du sac. Cette pince est saisie à pleines mains de manière à soulever le malade : en quelques secousses, ou fait céder l'anneau fibreux, et le débridement se trouve effectué sans aucun danger de produire une hémorragie ni de blesser l'intestin. Cette technique du débridement de la hernie étranglée, que j'ai imaginée il y a quatorze ans, est d'une simplicité et d'une sécurité remarquables.

Vous vous souvenez encore de l'arsenal extraordinaire de sondes cannelées à ailettes et de bistouris boutonés que les chirurgiens de mon âge ont bien connus. Ma technique du débridement herniaire a supprimé ces instruments surannés. Elle exige une simple tige résistante légèrement incurvée : vous pouvez employer à cet effet, parmi les instruments usuels, soit une longue pince courbe de 25 cent., soit de simples ciseaux courbes de dimensions moyennes, et que vous glissez fermés dans l'anneau.

Le bord des ciseaux courbes, qui présente en général une arête assez marquée, déchire l'anneau plus facilement que la pince, dont les branches fermées ont un contour arrondi. Dès que vous aurez employé cette méthode, vous serez frappés de ses avantages et vous l'adopterez.

Cette observation d'étranglement herniaire ombilical si rapide me conduit à vous rappeler un cas déjà ancien et dont la marche des accidents s'est montrée au contraire extraordinairement lente, bien qu'il se fut agit d'une petite hernie crurale. C'était lorsque j'étais chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Un jour on amène dans le service une vieille femme qui présentait des symptômes de l'étranglement herniaire et avait au niveau du fascia cribriformis une petite tumeur marronnée. Cette petite tumeur n'avait pu être réduite depuis dix-sept jours. Le chirurgien en chef et le médecin traitant, en raison de cette particularité, éliminèrent de parti pris l'hypothèse d'une hernie crurale. Le ventre ouvert, le chirurgien ne trouva rien : j'avais immédiatement plongé deux doigts de la main gauche vers l'anneau crural soupçonné, et j'avais reconnu la hernie. Je dis alors à mon chef de service : voici l'intestin étranglé, il est bien dans l'anneau crural. Nous avons alors qu'il était impossible de l'attirer au dehors sans danger, et le chirurgien en chef fut obligé de pratiquer au-dessous de l'arcade de Fallope la kélotomie crurale et le débridement du collet du sac, pour me permettre de faire rentrer l'anse herniée dans la cavité péritonéale, en l'attirant par en haut. L'intestin était violacé mais il n'y avait pas menace de gangrène. La guérison survint sans complication. Ce cas m'est resté présent à l'esprit, et je me souviens encore de l'ahurissement du médecin traitant lorsque j'ai retiré du sac en l'attirant,

en haut par l'incision sous-ombilicale médiane, cette anse d'intestin qu'on aurait pu libérer si facilement par une simple kélotomie crurale.

Je ne viens pas vous signaler ce cas, Messieurs, pour vous conseiller n'attendre dix-sept jours avant d'opérer les hernies crurales mais il est évident qu'à côté des cas de tolérance extraordinaire, en présence desquels les anciens cliniciens se trouvaient désemparés pour la détermination de l'indication opératoire.

(*Rev. Crit. de Méd. et de Chir.*)

#### Traitement du pied bot congénital, à la naissance.

Disons-le de suite, il n'y a aucune raison, à ce moment, de surseoir au traitement. Je suis stupéfait lorsque j'entends des parents me dire qu'ils ont attendu sur les conseils d'un médecin. Il faut commencer la médication dès la naissance. Je ne saurais cependant tomber dans une exagération excessive et dire dès le premier jour. Il convient d'attendre un peu, de voir comment l'enfant va se nourrir et se développer. Dès qu'on est certain que la nutrition est normale, après 2 à 3 semaines, il faut intervenir, sans plus tarder.

Je conseille la méthode en deux temps. Adams, dans son livre admirable sur le pied bot, qui est un chef-d'œuvre d'observation, s'en montre aussi partisan. Elle consiste aussi à ne pas vouloir corriger d'un seul coup les deux déformations, à s'adresser en premier lieu à l'enroulement du bord interne du pied, au varus, puis à l'équinisme.

La méthode par excellence est le massage fait par le médecin, car les parents, même les plus instruits, toujours craintifs lorsqu'ils entendent l'enfant pleurer, ne réussissent jamais. Vous prenez dans une main l'extrémité inférieure de la jambe, dans l'autre main la pointe du pied et, par une série de petites secousses, vous corrigez l'adduction en redressant l'angle du varus. Chaque séance durera 5 minutes environ. Le massage terminé, il s'agit de maintenir le résultat acquis, sinon ce serait un travail de Pénélope toujours à reprendre. Pour cela, j'ai l'habitude d'enrouler d'abord une bande de flanelle sur le pied, depuis la partie terminale jusqu'à la racine. Je préfère la flanelle à l'ouate, celle-ci restant plus humide protège moins bien la peau. Or il est une chose absolument capitale pour la continuation du traitement : la peau doit être intacte, sans excoriation. Toute irritation, toute solution de continuité du revêtement cutané, peut devenir une source de lymphangite et interrompre les manœuvres thérapeutiques. Je conseille les lotions alcoolisées et la poudre de riz pour fortifier et sécher l'épiderme.

Cette première bande étant roulée, j'applique une petite attelle, alternativement du côté externe, de façon à varier (toujours dans le même but) les points d'appui ; je fixe ensuite l'attelle avec une seconde bande. Le mas-

sage est renouvelé, matin et soir, et dans l'intervalle j'applique le petit appareil. Vous devez donc posséder un nombre assez considérable de bandes, d'attelles et de flanelles. Après 15 jours à 3 semaines de ce traitement, le pied se trouve ramené dans le plan de la jambe, l'adduction n'existe plus, le varus est corrigé.

Reste l'équinisme, second temps du traitement. Sur ce point je m'inspire des circonstances. Si le pied est assez souple je fais du massage suivant les mêmes principes ; une main sur la jambe, l'autre sur le pied, je redresse le talon.

Lorsque le massage me paraît insuffisant je m'adresse à la ténotomie. C'est une opération extrêmement simple ne demandant qu'une seule précaution, d'attaquer toujours sur le bord interne de la jambe, car à ce niveau, parallèlement au tendon d'Achille, se trouvant l'artère et le nerf tibial postérieurs. En enfonçant le bistouri sur le côté externe, l'opération étant faite sur un enfant non anesthésié, susceptible de se déplacer par un mouvement brusque, on peut blesser, en sortant, l'artère tibiale, d'où anévrisme ou lésion sérieuse de ce vaisseau. La pointe du ténotome sera donc enfoncée contre le bord interne du tendon d'Achille à deux centimètres de son insertion, à la hauteur des malléoles. Vous placez le pied en équinisme forcé pour relâcher les téguments, puis vous substituez le ténotome mousse au ténotome pointu. Il suffit alors de fléchir le pied pour que le tendon vienne de lui-même se présenter au tranchant et être sectionné.

Dans ces dernières années, sous prétexte de progrès, on a voulu substituer la ténotomie à ciel ouvert à la ténotomie sous-cutanée. Je ne vois aucun avantage à cette intervention soit-disant plus chirurgicale et j'y trouve, au contraire, des inconvénients. La plaie est plus longue et, d'autre part, j'ai observé 5 fois des cicatrices chéloïdiennes douloureuses consécutives à la ténotomie à ciel ouvert. Il convient d'abandonner une telle pratique.

Le tendon d'Achille coupé, il faut maintenir la réduction. J'emploie, pour cela, un moule de gutta-percha. Giraldès avait déjà vanté, il y a longtemps, les avantages de cette substance pour la chirurgie. D'autres praticiens l'avaient également proposée dans le traitement des fractures de la cuisse chez les nouveaux-nés. Pour ma part, j'apprécie beaucoup la gutta-percha en orthopédie. Elle fournit des appareils à la fois doux et résistants non gâtés par l'urine de l'enfant. Je l'emploie en lames en la ramollissant juste assez pour qu'elle prenne la forme du membre et je la fixe en la recouvrant de compresses d'eau froide qui lui donne la dureté suffisante.

J'apprécie d'autant plus la gutta-percha que, à la vérité, les fabricants d'appareils orthopédiques ne nous fournissent guère de bons appareils orthopédiques ne nous fournissent guère de bons appareils adaptés aux

petits enfants. En outre, vous constituez ainsi une sérieuse économie à vos clients. Vous voyez quels services vous pouvez rendre à votre clientèle et à vous-même par une étude suffisante de cette question. Au lieu d'adresser votre malade à un fabricant orthopédiste, vous le soignerez et le guérirez vous-même ; à quelle condition ? De continuer le massage et les appareils pendant des années. La gutta percha servira jusqu'à 7 ou 8 mois. A cet âge j'emploie des bottes en cuir moulé qui ont un étrier plantaire relevé sur le côté externe. Avec ces appareils simples, sans vis, sans plaques, vous viendrez à bout des pieds bots les plus forts. Je ne connais pas de varus-équin congénital, quel qu'en soit le degré, qui ne puisse ainsi guérir.

A quelle époque fera-t-on marcher les enfants ? J'ai dit souvent et écrit qu'il fallait les faire marcher le plus tard possible, à 20 mois, à 2 ans au besoin. A ce moment, on remplace les bottes de cuir par des souliers spéciaux toujours construits sur le même type. Reste un dernier élément, l'atrophie musculaire, contre lequel il convient de lutter par le massage et l'électrisation.

Je répète que les appareils orthopédiques dans la cure du pied-bot sont un leurre. Avec de la persévérance par le massage, la gutta, les bottes de cuir et enfin les souliers spéciaux, en suivant les enfants assez longtemps, jusqu'à 6 et 7 ans, au moins, vous arriverez toujours à un bon résultat.

(DR P. LACROIX, in *Le Concours Méd.*)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### La bronchite adénoïdienne

L'inflammation du naso-pharynx qui existe chez les adénoïdiens peut se répandre, descendre dans les bronches, donner lieu à des bronchites bruyantes, tenaces, s'accompagner de signes d'emphysème. Parfois de véritables crises d'asthme se produisent.

Le traitement curatif consiste dans l'ablation des végétations adénoïdes. M. Méry conseille en outre les médications suivantes :

Au début, une potion expectorante :

Sirop d'ipéca.....	10 grammes.
Benzoate de soude.....	1 —
Bicarbonate de soude.....	0,50 centigr.
Sirop de polygala.....	20 grammes.
Décoction de polygala.....	130 —

Une cuillerée toutes les heures.

On appliquera des cataplasmes sinapisés autour du thorax ; on administrera des infusions chaudes.

Dans les narines sera introduit, avec l'extrémité d'une cuiller, un petit tampon de la pommade suivante, matin et soir :

Acide borique impalpable... 4 grammes.  
 Résorcine..... 0g20 centigr.  
 Vaseline..... 30 grammes.

On ferme la bouche de l'enfant ; celui-ci en respirant par le nez aspire la pommade.

Au lieu de pommade on pourra encore utiliser l'huile mentholée à 1 p. 100, quelques gouttes étant injectées par une seringue.

Plus tard, au lieu d'expectorants, ce sera au tour des dessiccateurs bronchiques d'entrer en scène ; la terpine aux doses de 25 à 30 centigr. rendra des services. Dans la période de convalescence, on prescrira le miel soufré :

Miel..... 80 grammes.  
 Fleur de soufre..... 10 —

1 à 2 cuillerées à café le matin.

Les périodes intercalaires aux poussées bronchiques seront remplies par la prescription du sirop iodotannique. (*Revue gén. de clin. et de thérapeut.*, 14 juin 1902.) S. F.

#### La santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes et contre les névralgies.

En 1901, M. Negro faisait connaître devant l'Académie de médecine de Turin que l'alcaloïde du semen contra, la santonine, était un médicament précieux pour obtenir la sédation des douleurs fulgurantes chez les tabétiques.

Par analogie avec ce qui s'est passé pour le bleu de méthylène, dont les propriétés électives colorantes pour le cylindrace avaient suggéré à Ehrlich l'idée de l'employer contre les névralgies, on sait avec quel succès, M. Negro, considérant la xanthopsie transitoire due à la santonine et pensant qu'une modification sensitive analogue portait peut être sur les nerfs de la sensibilité générale, avait, par occasion d'abord, systématiquement ensuite, administré la santonine aux tabétiques en proie à des douleurs fulgurantes ; et il arrivait aux conclusions encourageantes que voici, sur 11 cas de tabes, huit fois les douleurs fulgurantes furent nettement enrayerées ; et deux des trois autres tabétiques retirèrent un bénéfice notable, mais non durable ; un seul se montra réfractaire.

MM. Combemale et de Chabert (de Lille) ont eu recours à la santonine pour quelques tabétiques. Devant les résultats satisfaisants obtenus, ils furent amenés à généraliser la médication à quelques cas de névralgie sciatique et intercostale.

Ils viennent de publier seize observations d'où il résulte que la santonine est sans valeur analgésique dans les névralgies vulgaires.

En revanche, la santonine à la dose unique de 15 centigrammes par jour est un moyen, efficace dans la moitié au moins des cas, pour calmer rapidement les

douleurs fulgurantes des tabétiques et enrayer l'évolution d'une série d'accès. L'atténuation de ces douleurs s'obtient aussi avec des doses moindres, de 5 à 10 centigrammes par jour ; mais elles doivent être répétées plusieurs jours, et alors des crises gastriques peuvent en être la conséquence si l'on prétend combattre la série des accès. La xanthopsie est le signal du début de l'intoxication ; il faut s'enquérir de ce symptôme pour suspendre l'emploi de la santonine. Peut-être la santonine a-t-elle une action préventive sur les douleurs fulgurantes.

(Gaz. des hôp.)

#### Traitement de l'hémoptysie.

1° Faire immédiatement et avant tout autre traitement, au niveau de la paroi abdominale, une injection de 20 centimètres cubes de solution de gélatine.

M. ROBIN emploie la formule suivante :

Gélatine..... 20 grammes  
 Chlorure de sodium..... 7 —  
 Eau..... Q. s. p. 1 litre.

Répéter l'injection tous les jours, et même deux fois par jour, s'il est nécessaire.

2° A côté de ce moyen d'hémostase, il faut corroborer l'action par une médication interne. Elle comprend quatre éléments : 1° l'ergotine 2° le chlorure de calcium ; 3° la médication acide ; 4° l'ipéca et la digitale.

M. Robin donne l'ergotin et le chlorure de calcium en alternant.

Il associe à l'ergotine le tanin, sous forme d'acide gallique :

Ergotine Bonjean.. ..... 4 grammes  
 Acide gallique..... 0g50 centigr.  
 Sirop de térébenthine..... 30 grammes  
 Hydrolat de tilleul..... 120 —

soit une potion de 150 grammes, représentant 10 cuillerées à soupe. Le malade en prendra une cuillerée toutes les deux heures.

Dans l'heure intercalaire, il administre le chlorure de calcium en l'associant aux opiacés :

Chlorure de calcium..... 4 grammes.  
 Sirop d'opium..... 30 —  
 Eau distillée de tilleul..... 120 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si l'hémoptysie résiste à ces moyens, avoir recours à la médication acide, sous forme d'eau de Rabel, qui est un mélange d'acide sulfurique et d'alcool :

Eau de Rabel..... 4 grammes.  
 Eau bouillie..... 1 litre.

A prendre par cuillerées à soupe, ou par petits ver-

res en quarante-huit heures.

M. Robin ne donne pas ce traitement, en même temps que les deux premiers ; il l'emploie seulement si les précédents n'ont pas réussi.

Enfin, en cas d'échec, il s'adresse à la digitale. Par-tisan des associations des médicaments qui renforcent mutuellement leur action, il donne en même temps l'ipéca :

Poudre d'ipéca.....	} àà	0g05 centigr.
Poudre de feuilles de digitale..		
Excipient.....		1 pilule.

Donner cinq à six pilules par jour, jusqu'à l'apparition d'un état nauséux, sans provoquer le vomissement.

Mais la digitale en poudre est un caustique ; elle est irritante pour l'estomac ; ne pas l'employer si le malade est un dyspeptique.

Remplacer alors la digitale par le perchlorure de fer, que l'on aura soin de ne pas prescrire en même temps que l'ergotine ou l'acide gallique, qui formeraient un précipité.

Le malade prendra toutes les deux heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Perchlorure de fer.....	2	grammes.
Eau bouillie.....	120	—
Sirup de sucre.....	30	—

Dans l'heure intercalaire, une cuillerée à soupe d'eau de Rabel, suivant la formule déjà indiquée.

En résumé : en présence d'une hémoptysie, M. Robin commence toujours par faire une injection de 20 centimètres cubes de la solution de gélatine ; en même temps, il donne l'ergotine et le chlorure de calcium à l'intérieur. En cas d'insuccès, il emploie d'abord la médication acide, puis la digitale associée à l'ipéca, ou le perchlorure de fer, suivant les indications que je viens de vous énumérer. Les divers éléments de ce traitement s'adressent non-seulement aux hémoptysies, mais ils sont applicables aussi aux hémorragies en général.

(Bull. gén. de thérapeut.)

## RHINOLOGIE

### La balnéation des fosses nasales.

La balnéation des fosses nasales est un procédé très simple, très efficace, qui réalise un mode de lavage de ces cavités.

M. Léon Derecq (de Paris) a obtenu, grâce à ce procédé, d'excellents résultats dans les affections aiguës et chroniques de la région rhino-pharyngienne, et il a pu ainsi réaliser dans certain cas une prophylaxie simple et supportable des affections des voies respiratoires.

Par ce procédé, on évite l'emploi des instruments

usités jusqu'ici, douches de Weber, poires en caoutchouc injecteurs, seringues, tous instruments qui, faute d'une stérilisation convenable, ne tardent pas à devenir eux-mêmes des agents d'infection.

On peut résumer ainsi la pratique de la balnéation :

1° Un verre à toilette d'une propreté absolue, lavé au dernier moment avec de l'eau bouillante, sera rempli d'une solution boriquée tiède, ou d'une autre solution répondant à des indications thérapeutiques spéciales :

2° Une cuvette d'eau sera déposée devant le sujet ;

3° D'une main, le verre sera placé et maintenu, en exerçant une légère pression à la base du nez ;

4° La tête observera la position verticale, et la respiration interrompue se fera par la bouche entr'ouverte ;

5° Le fond du verre sera élevé lentement, posément, et l'immersion de la pointe du nez se fera progressivement ;

6° Si la pénétration nasale du liquide n'a pas lieu, la tête sera imperceptiblement inclinée en arrière, un court espace de temps ;

7° Dès que le liquide aura atteint l'orifice postérieur des fosses nasales — ce que le sujet reconnaîtra aisément — le verre sera écarté, afin de laisser retomber dans la cuvette, l'eau évacuant le nez ;

8° Selon que la balnéation devra être plus ou moins prolongée, pour atteindre un but curatif ou purement prophylactique, il faudra un plus ou moins grand nombre de reprises, pour employer une quantité de liquide déterminé ;

9° Entre les reprises le sujet mouchera *très doucement*, expulsant dans une compresse les matières muqueuses ou les corps étrangers que la balnéation aura rendus mobiles.

(Gaz. des hôp.)

## DERMATOLOGIE

### Les Blépharites

Par le Dr TROUSSEAU.

La blépharite ou plutôt les blépharites, inflammation du bord libre des paupières sont très fréquentes et elles constituent une affection sérieuse tant au point de vue de la difficulté du traitement que des complications qu'elles peuvent amener.

On peut diviser leurs symptômes en communs à toutes les variétés et particuliers à chacune d'elles.

I. SYMPTÔMES COMMUNS.—a. Objectifs : les bords des paupières sont enflés, rouges couverts de croûtes. Les cils tombent, la conjonctive est enflammée, il existe du larmoiment.

b. Subjectifs ; le sujet se plaint de cuissons, de démangeaisons, de douleurs exaspérées par le vent, la

fumée, les poussières, la chaleur, un écart de régime chez les arthritiques, en un mot, toutes les causes irritantes.

Au moindre travail, se produisent des phénomènes d'asthénopie que l'on pourra considérer ou comme cause ou comme effet de la maladie, quand on aura examiné la réfraction du sujet.

II. SYMPTOMES PROPRES.—Les variétés de blépharites sont nombreuses et, comme les paupières font partie du tégument externe, leurs lésions et leur traitement présenteront une analogie complète avec les traitements et les lésions des affections cutanées :

La *blépharite érythémateuse*, caractérisée par de la rougeur, du gonflement léger, sans chute des cils ; pouvant devenir phlegmonneuse s'il survient des orgelets ou des chalazions comme complications :

III. La *blépharite exémateuse*, qui peut revêtir la forme *aigue*, dans laquelle les bords sont rouges, fissurés et suintants, et la forme *torpide* à symptômes réactionnels moins accusés où la peau est ratatinée, se desquame et est le siège de violentes démangeaisons ;

La *blépharite hypertrophique*, qui n'est guère qu'une conséquence des précédentes et dans laquelle les bords des paupières sont épaissis et durs ;

La *blépharite ulcéreuse*, complication des autres formes, caractérisée par des ulcérations croûteuses à la base des cils et la chute de ceux-ci à la moindre pression (c'est celle-là surtout que l'on devrait appeler la blépharite ciliaire) ;

Enfin, la *blépharite ptyriasiq*ue, produite par des lentes et des pediculi pubis qui se retrouvent à la base des poils.

*Conséquences.*—Si ces affections ne sont pas bien soignées il en résulte un état d'irritation chronique des paupières. Les yeux n'étant plus protégés par les cils, s'irritent, la conjonctive s'enflamme, il se produit de l'entropion et plus souvent de l'ectropion, des déviations lacrymales avec larmolement chronique.

Là, encore, il importe de vérifier si l'affection des voies lacrymales n'est pas la cause et non l'effet de la blépharite. Surviennent enfin fréquemment des orgelets et des chalazions.

Les *causes générales* se retrouvent dans l'arthritisme, la scrofule et toutes les diathèses qui peuvent engendrer les maladies cutanées.

Quant aux *causes locales*, ce sont pour la plupart du temps des frottements des mains du malade ou des contacts de poussière. Par conséquent, certains tics, qu'il ne sera pas inutile de rechercher, et certaines professions sont souvent la cause de la blépharite : les garçons de café, par leur séjour continuel dans un air confiné et rempli de fumée de tabac, les fourreurs exposés continuellement au duvet qui s'échappe du brossage des peaux, les individus porteurs d'un pince-nez mal placé y sont prédisposés. Signalons enfin la présence de poux, les vices de réfraction mal corrigés, les obstruc-

tions lacrymales. Le plus souvent, lorsque la blépharite est bilatérale, c'est qu'elle est d'origine générale.

TRAITEMENT.— A. *Traitement générale.*— Il faut avant tout combattre la diathèse : chez les scrofuleux ordonner l'huile de foie de morue, les bains salés, les stations maritimes salines, Salies de Béarn ; chez les arthritiques, une saison à Uriage, Challes, Luchon, et l'antiseptique intestinale chez les auto-intoxiqués.

Prescrire un régime d'où seront exclus tous les aliments excitants et les alcools. Au besoin, le régime lacté absolu pendant quelque temps, interdire les endroits où l'on fume et dont l'air est confiné, recommander une hygiène régulière.

(A suivre)

## PEDIATRIE

### Lenteur et arythmie du pouls chez l'enfant.

M. le Dr A. Jacquier, de Chapelle-Voland (Jura) a étudié, dans sa thèse inaugurale, les modifications de rythme transitoires du pouls chez l'enfant. Voici les résultats principaux de ses recherches :

1° Le pouls de l'enfant est fréquemment irrégulier et ralenti, même à l'état physiologique et en dehors des altérations organiques du cœur ou des centres nerveux.

2° On peut rencontrer le pouls lent et arythmique dans les conditions les plus diverses ; à la suite de l'administration de certains médicaments comme la digitale ; dans les intoxications accidentelles (chloroforme, oxyde de carbone) ; dans les affections des voies digestives (constipation, diarrhée, gastro-entérite, dyspepsie, vers intestinaux, ictère) ; dans les dyscrasies héréditaires (arthritisme, obésité), ou acquises (anémie, chlorose, poussées de croissance) ; dans les névroses (chorée, incontinence d'urine, hystérie) ; —ou bien encore, au moment de la défervescence, dans les maladies infectieuses (grippe, rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, diphtérie, etc.).

3° Mais quelque soit la cause invoquée, ce sont là des troubles fonctionnels passagers et sans importance, qu'il faut vraisemblablement rattacher à des modifications dans l'innervation cardiaque, et principalement à une action excitatrice sur les centres modérateurs bulbaires.

4° L'excitation est tantôt une excitation réflexe (arythmie physiologique, arythmie des névroses) : tantôt elle est due à la présence dans le milieu sanguin d'un élément toxique. La toxémie peut être d'origine externe (médicaments, empoisonnements accidentels) ou d'origine interne (auto-intoxications pathologiques, dans les troubles digestifs, les dyscrasies les infections).

5° Le ralentissement du pouls, au moment de la

déferescence est un phénomène normal. Presque toujours en même temps, il y a de l'arythmie. Ces caractères du pouls s'accroissent pendant la convalescence ; ils persistent parfois assez longtemps, un mois et même davantage.

## Coq-a-l'ane médicaux

*La sciatique.*—Le signe de Fajerzajtjn. " Lorsque la jambe est fléchie, on peut fléchir la cuisse sans douleur, dans la sciatique ; si l'on maintient la jambe étendue, la flexion de la cuisse devient très-douloureuse. Ce dernier mouvement opéré du côté sain, fait naître de la douleur du côté affecté. Baracz croit que certains cas de sciatique rebelle pourraient être guéris en s'attaquant aux adhérences au point d'émergence du nerf. (Centr. f. Chir.—J. Am. M. A.)

*Verdict correct.*—Le jury vient de rendre le verdict qu'un homme bien en vue est mort " d'alcoolisme. "

Votre verdict est absurde, dit quelqu'un au coroner. Pourquoi ?

Parce que cet homme ne prenait pas de boisson.

C'est un fait.

Il n'est jamais entré dans une auberge.

Vous avez raison.

Alors pourquoi dites-vous qu'il est mort des effets de l'alcoolisme quand vous savez qu'il a été tué par une arme à feu ?

Tout cela est bien vrai ce que vous dites là, répondit le coroner, mais l'homme qui l'a tiré était saoul. Ne jurez donc pas, s'il vous plaît ; je connais mon affaire. Il a été tué par le whiskey. (Texas Siftings).

*L'acné.*—Lavez la figure à l'eau très-chaude, jusqu'à ce que la peau rougisse. Videz chaque comédon et chaque pustule. Lavez soigneusement avec un savon alcalin. Epongez avec de l'eau chaude simple, puis appliquez une solution chaude de sublimé (1 pour 200) ou de formaline ( $\frac{1}{2}$  à 2 %) pendant cinq ou dix minutes. Oignez avec un onguent de soufre, que vous laissez agir toute la nuit. (Health.)

*L'anesthésine.*—C'est un éther de l'acide para-amidobenzoïque. Dunbar (Deutsche Med. Wochen.) dit que l'anesthésine surpasse de beaucoup la cocaïne comme effet, et qu'elle est absolument non-toxique. Il injecte le mélange suivant, avec un résultat parfait et une anesthésie qui dure plus de trente minutes :—Hydrochlorate d'anesthésine, 0,25 ; chlorate de soude, 0,15 ; hydrochlorate de morphine, 0,015 ; eau distillée, 100. Les solutions sont stables. Lengemann (Centrbl. f. Chir.) rapporte que l'anesthésine a été employée à la clinique de Mikulicz avec d'excellents résultats. On en saupou-

drait les surfaces à cautériser ou celles douloureuses. (J. Am. Med. Asso.)

*Les couches trop serrées.*—Cotton, de Chicago, s'élève contre les couches que l'on met trop serrées aux enfants ; elles retarderaient le développement du bassin et déformeraient les os. Il condamne tout habillement étroit.

*L'éjaculation prématurée.*—Watson formule ainsi :—

1° Sulfate d'hyosciamine.....1 grain.

Sulfate de strychnine..... $\frac{1}{2}$  gr.

Monobromure de camphre..... $\frac{1}{2}$  once.

Aloïne.....5 grains.

Sulfate de quinine..... $\frac{1}{2}$  drachme.

Pour faire 60 pilules.

Dose :—Une pilule, quatre fois par jour.

2° Bromure de sodium, 30 grains, au coucher.

(Med. Council.)

*Le cacodylate.*—Faidherbe (Soc. Sc. med. Lille) signale une intoxication par le cacodylate, à dose de 0 gr. 05. Au bout du troisième jour, il y eut des vomissements, de la diarrhée, du vertige, de la céphalée et une éruption carlatiforme. T. R. Fraser (Scott. Med. & Surg. J.) ne trouve aucun avantage à se servir du cacodylate de soude dans la chlorose et l'anémie. Il croit que l'arsenic dans l'acide cacodylique est presque inert et que ce ne sont que les bases des cacodylates qui sont actives : fer, soude.

*La thiosinamine.*—C'est une substance cristalline amère, inodore, obtenue en traitant l'essence de moutarde par l'ammoniaque. Elle est soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. On l'emploie dans le traitement du lupus, de la tuberculose et comme fondant du tissu cicatriciel. D'après les expériences de Hébra surtout, cette substance ramollirait le tissu cicatriciel en activant la circulation de la lymphe. Le tissu cicatriciel nouvellement formé se désagrège complètement sous son action. Il l'a employé dans des sténoses de l'œsophage et avec un certain succès dans les rétrécissements anciens ; dans les cas récents, il y a eut amélioration prompte, mais elle a été suivie de gonflement et d'aggravation des symptômes. Une fistule gastrique cicatrisée a été ouverte et le malade est mort. Hébra appuie fortement sur le danger d'employer cette substance sur des foyers de tuberculose ou autres partiellement cicatrisés. Son action sur la circulation de la lymphe, qu'elle active, favorise la dissémination et la métastase des tumeurs malignes. Son action est par ce fait défavorable dans les inflammations, surtout celles de l'œil. Elle a rendu des services en agissant sur de vieilles cicatrices oculaires ; aussi dans des brides cicatricielles articulaires et dans les rétrécissements de l'œsophage. (J. A. M. A.)

*Guérison de la cécité.*—Docteur, ma fille devient aveugle, je crains, et elle est sur le point de se marier. —Laissez la faire ; s'il y a quelque chose qui ouvre



les yeux, qui fait voir clair, c'est le mariage. (*Funny Bone.*)

*A propos.*—Mais, docteur, je ne dors pas la nuit. Qu'est-ce que je vais faire ?

—Cherchez-vous une position comme gardien de nuit. (*Judge.*)

NIRE.

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE L'ALOPÉCIE EN CLAIRIÈRE.

(Alopécie Syphilitique.)

M. Gaston préconise, outre le traitement spécifique, des lotions avec :

Eau distillée.....	300 grammes
Carbonate de soude.....	} <i>aa</i> 1 grammes
Borax.....	

Ou

Abeolat de romarin.....	200 grammes
Teinture de Baumi.....	} <i>aa</i> 10 grammes
Teinture de Cantharides	
Liquueur de Fowler.....	

Appliqueur ensuite :

Melle de bœuf .....	30 grammes
Sulfate de quinine.....	} <i>aa</i> 0 g.50 centig.
Turbith minérale .....	

(Mouriac).

Couper les cheveux ras, savonner à l'eau chaude.

Frictions :

Absolut de romarin.....	100 grammes
Teinture de cantharides....	10 grammes

Pomade :

Acide salicyliques.....	1 grammes
Soufre précipité.....	10 grammes
Lanoline.....	} <i>aa</i> 50 grammes
Vaseline pure.....	

(Besnier).

(*Gaz. des hôp.*)

### CONTRE LES ACCIDENTS DE LA DENTITION

Teinture de vanille.....	} <i>aa</i> 5 gr.
Teinture de coca.....	
Teinture de myrrhe .....	10 gr.
Teinture de safran.....	} <i>aa</i> 20 gr.
Miel de mercuriale.....	

Miel Rosat.....	60 gr.
-----------------	--------

En frictions sur les gencives.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

### FETIDITE DE L'HALEINE

Infusion de sauge.....	250 gr.
Glycérine pure.....	30 gr.
Teinture de myrrhe .....	} <i>aa</i> 12 gr.
— de lavande.....	
Liquueur de Labarraque.....	30 gr.

M. S. A. pour lavages de la bouche.

(*Journ. de méd. de Bordeaux*)

### NOUVELLES.

#### NAISSANCES :—

A Québec le 9 courant l'épouse de Monsieur le Dr Joseph Gosselin, une fille.

A Lachine, le 13 courant, l'épouse de M. le docteur A. B. Champagne, un fils.

#### NÉCROLOGIE :—

A Diven Sound Ont., le 24 du courant est décédé le Dr E. H. Horsey, député fédéral à la suite de l'explosion d'un volant aux nouvelles usines de la Sun Portland Cement Co.

A Québec, le 21 juillet dernier, est décédé à l'âge de 1 ans, Louis-François-Xavier, enfant bien-aimé du Dr E. Laberge.

Les funérailles ont eu lieu mercredi après midi, le 23 du courant à 4 hrs.

A Saint-Henri de Mascouche, est décédée le 16 juillet, à l'âge de 25 ans et 4 mois. Marie Eva Vigeant, épouse du Dr L. A. Lamarche.

Le service funèbre a eu lieu à Saint-Henri de Mascouche le 19 courant.

La sépulture a eu lieu en cette ville, après l'arrivée du train de 2 heures p. m. au cimetière de la Côte-des-Neiges.

# Supplement Litteraire

## Les premieres theories medicales

Par le DR FELIX REGNAULT.

La première période de la médecine, comme celles de toutes les sciences, fut fétichiste, c'est-à-dire qu'on rapportait à des êtres surnaturels la production des maladies : c'était si l'on préfère du mysticisme médical.

Vint ensuite la période métaphysique basée sur les raisonnements et les théories, mais sans le contrôle de l'expérience.

Nous trouvons, en Egypte, le début de cette seconde période avec la théorie vitaliste qui fut en honneur jusqu'en ces derniers temps à l'école de Montpellier.

La force vitale est pour eux l'air, le pneuma absorbé par les poumons.

On retrouve le pneuma sur les papyrus Egyptiens du XXII<sup>e</sup> au XXIV<sup>e</sup> siècle. Bien qu'il semble que la pratique de l'embaumement ait dû leur donner quelques notions d'anatomie, ils l'ignoraient en réalité et avaient imaginé une anatomie fantaisiste conforme à leurs théories.

L'air venait du nez et des oreilles (l'antiquité ignora le tympan) et était conduit au cœur par des canaux ou metus. Cet air vital ou pneuma était pour eux le principe de la vie. En effet, sur le cadavre, le cœur gauche et les artères sont vides, c'est-à-dire remplis d'air.

Mélangé au sang, l'air lui donne la vie, lui permet de s'écouler en jets impétueux quand on ouvre une artère ; il donne enfin les mouvements au cœur.

Pour justifier son titre de principe vital, l'air doit se répandre par tout le corps.

Aussi, les Egyptiens imaginèrent-ils d'autres canaux qui partaient du cœur pour porter l'air et le liquide à tout le corps. Le cœur communiquait même avec l'estomac. Cet air vital après avoir circulé, s'en allait par la bouche ; quand il était usé, corrompu, il était expulsé par les deux extrémités du tube digestif sous formes d'éruptions et de vents.

A l'époque de la guerre de Troie, les Grecs avaient eux aussi adopté l'idée d'une force vitale. Sans doute, Homère n'emploie pas le mot pneuma mais il exprime la vie par trois mots " phrenes, psuchés et thumos. " Psuchés est un principe spirituel, qui s'exhale et s'envole, ne peut être ressaisi quand il a franchi la barrière des dents et descend aux enfers. Mais thumos est un principe vital impersonnel qui appartient au foyer commun de la vie ; il quitte les os, abandonne les membres, est arraché des entrailles, s'échappe à travers la bles sure, suit la lampe que Patrocle arrache de la poitrine de Tarpédon.

Le principe vital se retrouve dans toutes les écoles médicales grecques.

Les Grecs n'inventèrent point ces théories, bien que nos historiens veuillent leur en faire honneur ; ils prirent certainement aux Egyptiens.

Pour les pneumatismes, ce principe est identique à celui admis par les Egyptiens. C'est le pneuma ou air introduit dans les poumons qui, de là, circule dans l'économie par les vaisseaux (Erasistrate). L'altération de pneuma est la cause des maladies (Athénée).

Pour Thalès et Démocrite, le principe vital est un fluide subtil, une sorte d'éther, un cinquième élément. Pour Galien, la force vitale est produite par la matière séminale mêlée au sang de la mère.

Avec Hippocrate, la nature dirige l'organisme ; elle lutte contre la maladie et en triomphe... natura medicatrix : mais le médecin peut aider au travail de la nature ; il peut aussi parfois s'opposer à ses tendances, si elle se trompe.

Mais les Grecs ne s'en tenaient pas à cette abstraction ; ils avaient leur théorie des quatre humeurs : " le sang, la bile, la pituite et l'atrabile ", par analogie aux quatre éléments, la terre, l'eau, l'air et le feu.

Les maladies sont causées par la surabondance d'une humeur qui se porte dans un organe où elle cause la fluxion. Le médecin provoque la dérivation des humeurs au moyen des évacuants : purgatifs, saignée, diurétiques, sudorifiques.

Mais pour que les humeurs puissent se porter ainsi de la tête vers un organe, il fallait admettre un système de vaisseaux qui, partant de la tête, se rend dans tout le corps : tout le système musculaire forme un seul réseau et les veines s'écoulaient les unes dans les autres.

Dans un traité de la collection hippocratique, ayant pour titre le " Cœur ", la chaleur vitale anime le corps et le liquide du péricarde est destiné à éteindre le feu inné de cet organe ; de plus, l'air passant des poumons ru cœur rafraîchît ce dernier organe. De là, il circule avec le sang dans les vaisseaux.

L'air aurait passé des poumons au ventricule droit par les veines pulmonaires pour lui permettre d'aller dans les artères. Galien perça la cloison interventriculaire et imagina un trou de Botal permanent ; on l'admit jusqu'à Vésale.

↳ Pourtant les Grecs, respectueux des morts, auraient disséqué des singes ; comment ont-ils pu y voir pareille disposition ?

La théorie des quatre humeurs fut universellement adoptée jusqu'après Louis XIV. Les maladies étaient causées par les humeurs peccantes.

La théorie de Galien sur le passage de l'air dans le sang était également article de foi.

La première contradiction vint des anatomistes. Pourtant cette croyance était si bien établie que Jac-Dubois ou Sylvius, maître de Vésale, ne trouvant pas

dans ses dissections certaines parties conformes aux descriptions de Galien, regarda ce qu'il voyait comme une aberration de l'état naturel et l'attribua à la dégénérescence de l'espèce humaine.

Béranger trouva la cloison interventriculaire si solide et les porosites de Galien tellement imperceptibles, qu'il déclara presque impossible le passage du sang à travers cette cloison.

Harvey commença par combattre l'opinion que l'esprit aérien parvenu dans le ventricule postérieur du cœur passe de là dans tout le corps par l'aorte.

En découvrant la circulation, il eut non seulement la gloire de faire une grande découverte physiologique, mais il porta un grand coup aux doctrines métaphisiques qui, avant lui, régnaient sans conteste.

### La Furoncle et l'Acné.

*Fantaisie rimée sur un fait divers dermatologie, Lue au Banquet du Syndicat Médical de Nice le 7 mai 1902*

Vous avez tous appris le Chêne et le Roseau,  
Chers Collègues, veuillez m'excuser si j'ose, au  
Jour de notre banquet, conter, d'après nature,  
Une pathologie et pareille aventure,  
Dont un récent Congrès  
Vient de faire les frais.

Donc, c'était un Congrès dit de "Dermatologues",  
Fort savants médecins que les bons pédagogues  
Ont ainsi baptisés, mais que, plus familiers,  
Carabins et docteurs entre eux disent "Peauciers",  
Gens spécialisés qui tendent l'impossible  
Pour guérir les clients d'épiderme sensible.  
La salle était parée ainsi qu'aux plus beaux jours :  
Des sièges du bureau flamboyait le velours,  
Tandis que des fauteuils, en molesquine verte,  
En bon ordre attendaient de graves assistants.  
Déjà l'on arrivait ; encor quelques instants,  
La séance serait ouverte.

Dans le fond du local, comme un groupe égaré,  
De profanes un lot douteux s'était garé,  
Profanes qu'en argot médical on appelle  
"Sujets", soit porteurs d'une infirmité nouvelle,  
Soit mis à neuf par des soins quintessenciés,  
Tous, célèbrent bien haut la gloire des Peauciers.—  
Au premier rang, drapé dans sa pourpre vivante,  
Tel qu'un phare dardant ses feux sur l'horizon,  
Ou qu'un volcan hautain, rutilante prison  
Du flot dense et doré de sa lave mouvante,  
Le Furoncle exultait.

En propos fanfarons sa jactance éclatait.  
Il était, disait-il, éruptif de mérite,  
Ayant, depuis jadis, aux membres des Congrès,  
Prouvé par *a plus b*, la nature inédite  
De sa genèse, due à des ferments secrets

Du colon ; voire même un docteur émérite,  
Le sien propre, fervent adepte du progrès,  
Pour la première fois, en discutant sa glose,  
Avait lancé le grand mot de "Furonculose".  
Tandis que, pérorant comme un savant en us,  
Notre orateur suivait sur sa pente glissante  
L'autosuggestion, près d'un vieux Pemphigus  
Il remarqua l'Acné, timide et rougissante,  
Comme l'on sait.

Elle ornait de rubis le nez d'une mat rone,  
Que son pinceau subtil savamment rosait.  
Tout autour rayonnaient, fantaisiste couronne,  
Les points, d'un noir bleuté, des comédons fluets :  
Tel un coquelicot en triomphateur trône,  
Quand Messidor lui fait une cour de bluets.  
Le Furoncle, aussitôt l'apostropha : "Ma chère,  
"A vous voir en ces lieux on ne s'attendait guère ;  
"Dans ces réunions *di primo cartello*  
"Aux augures il faut un séduisant tableau  
"De cas rares par leur beauté pathologique.  
"La prétention n'est, après tout, que logique.  
"Or si nous remontons aux jours du temps passé  
"Où, du même terrain, dit "pilo-sébacé",  
"La nature nous fit éclore, en son mystère  
"Qui de germes féconds ensemence la terre,  
"Dans la peau des humains, qu'imprègnent des bouill-  
[lons  
"De culture ignorés, pères des bourbillons,  
"Cousine, nos destins — souffrez que je le dise,  
"Parce que c'est un fait et non pas vantardise —  
"Furent peu ressemblants, sinon très divergents,  
"Perdue aux chemins creux, où les petites gens  
"S'enlisent dans l'ornière, et vraiment pauvre en sève,  
"Vous n'avez pas osé le présomptueux rêve  
"D'être un astre nouveau dans le ciel médical,  
"Même quand votre pinceau pique  
"Un pauvre appendice nasal  
"De carmin, sur sa ronde bosse hypertrophique  
"Que vous soyez aimplex, cornée, indurata,  
"Vous ne pouvez prétendre être inscrite au Gotha  
"Des reines de la peau : j'ai, d'ailleurs oui cette  
"Parole de Besnier — qui n'est pas une bête —  
"Qu'à votre sujet tout travail original  
"Ne saurait que porter l'empreinte du banal.  
"Encore si, malgré votre allure un peu lourde,  
"Vous couviez comme moi, des hôtes d'un virus  
"Select, tel que l'albus, et surtout l'aureus,  
"Au lieu de vos cocci, de vos spores en gourde,  
"Et du bacille obscur et discuté qui n'a  
"Point d'histoire et de nom, quoiqu'ait pu faire Unna  
"Peut être pourrait on garder quelque espérance  
"Pour vous dans les progrès futurs de la science.  
"Je regrette...

" — Mon cher, point de regrets pour moi, —  
Riposta, sur un ton trahissant son émoi,

(à suivre)

# Travaux Originaux

## INTERVENTION SECONDAIRE PRECOCE DANS LES DECHIRURES DU PERINEE

par le Dr Wm. Jas. DEROME

Il est inutile, d'insister aujourd'hui, sur l'importance qu'il y a, de réparer le plus tôt possible après l'accouchement, les lacérations vaginales et périnéales. Les dangers d'infection, les inconvénients multiples qui attendent la femme à son lever, si elle a été laissée sans intervention, sont trop bien connus et ont été, avec beaucoup d'autres points se rapportant à la question, traités à fond dans nos classiques, pour s'y attarder.

Aussi, si nous abordons de nouveau ce chapitre, c'est pour présenter quelques observations, d'opérations secondaires précoces, pour la restauration de lacérations périnéales.

Il est incontestable que les opérations immédiates, dans ce genre de lésion, sont d'ordinaire suivies de réunion par première intention. Nous disons d'ordinaire, car il se peut, que, malgré toutes les précautions antiseptiques et aseptiques, une contusion profonde des parties génitales au cours de l'accouchement, une infection de la plaie par la fusion des lochies entre les points de suture, et dans les déchirures complètes, la présence de matières fécales qui viennent souiller la plaie périnéale, même au cours de l'opération, fassent manquer tout à fait la réunion primitive. Faut-il alors confier à la nature, la réparation, qui se fera par granulation, en un laps de temps plus ou moins long, et sera suivie pour la femme, d'inconvénients, en rapport avec l'étendue de la lésion—ou bien, faut-il tenter une suture immédiate secondaire, avant la cicatrisation de la plaie ?

Passons aux observations suivantes avant de conclure.

I. Le 13 fév. 1902. — Mad. H... âgée de 29 ans, primipare, assistée par une sage-femme, accouche d'un enfant pesant 12 lbs. Sur la constatation d'une déchirure périnéale considérable, la sage-femme demanda l'assistance d'un médecin. *Examen* : La déchirure intéresse le sphincter et la lésion vaginale, atteint presque le cul-de-sac prostatérial. Un surjet au catgut referme celle-ci jusqu'à l'orifice vulvaire, et une triple suture su-

perposée, termine la coaptation du plan périnéal. La malade progresse bien jusqu'au troisième jour, lorsqu'une légère élévation de température donne l'éveil. Pas de sensibilité du côté de l'utérus et des annexes, par contre la patiente accuse une sensibilité assez vive dans la région périnéale ; l'introduction de la canule, au moment des irrigations, la fait souffrir ; les tissus sont tendus. Des compresses humides, au bicarbonate, de soude, sont immédiatement appliquées et maintenues en permanence jusqu'au lendemain, alors que les lèvres de la plaie entrebaillant à certains endroits, laissent écouler un liquide sero-purulent. L'état général ne tarde pas à s'améliorer ; plus de température ni de douleur, au sixième jour ; mais les points ont lâché et le plancher périnéal est ouvert dans toute l'étendue du triple plan de suture. Les applications humides et les irrigations antiseptiques sont continuées jusqu'au neuvième jour, quand la malade est de nouveau endormie. Après une toilette minutieuse du champ opératoire, suivie d'un curetage rapide des granulations, une nouvelle suture au catgut, renforcée par trois points au crin de Florence, est pratiquée séance tenante. La malade se rétablit sans contretemps. Six jours après cette nouvelle intervention les crins sont enlevés et 2 jours plus tard la malade peut se lever, parfaitement guérie.

II. 18 avril 1902. — (Woman's Hospital, rue Lamontagne.)

Melle S... âgée de 27 ans, ne se décide à faire connaître son état que quelques heures avant son départ pour l'hôpital. Rupture prématurée des eaux vers les 4 hrs. du matin. Vers les neuf heures de l'avant-midi, souffrant beaucoup et dans le but de dépister les gens de la maison où elle demeure, elle absorbe une forte dose d'huile de ricin. A 9 hrs. du soir, moment où nous voyons la parturiente pour la première fois, l'huile n'avait pas encore fait effet. La tête repose sur le plancher périnéal et est visible à l'écartement de la vulve ; le toucher permet de reconnaître la présence d'une énorme bosse séro-sanguine siégeant sur le pariétal gauche, indiquant par conséquent une position droite. Un cocher de place est appelé et montant à côté de la parturiente, nous nous rendons immédiatement sur la rue Lamontagne, distance qui fut parcourue en 35 minutes.

Les contractions utérines réveillées par ce déplacement forcé, n'ajoutèrent aucun charme à la situation. Un liquide teinté, de méconium, ne

tarde pas à faire son apparition peu de temps après l'entrée à l'hôpital. La vie de l'enfant paraissant en danger, la mère est aussitôt chloroformisée, et une application de forceps assez laborieuse, vu l'étroitesse du conduit génital, termine l'accouchement par l'extraction d'un enfant mâle, asphyxié, (ranimé par la respiration artificielle pratiquée pendant près de 30 minutes).

La rigidité périnéale ne céda pas sous l'influence de l'anesthésie et l'extraction forcée de l'enfant, fut suivie d'une déchirure complète. La suture immédiate fut tentée, mais au cours de l'opération, l'huile de ricin fit effet, la plaie fut inondée. Cet accident fut suivi d'un second éclaboussement avant la fin de l'opération. Un tel prélude augurait mal. Aussi, bien que l'état général fut bon, qu'il n'y eut pas de fièvre appréciable et que la malade, à part un peu d'agitation et un pouls rapide, paraissait s'orienter vers une convalescence sans accident, les points cédèrent et la plaie resta béante dans toute son étendue, tant vaginale que périnéale. Un pus saucieux assez abondant, s'écoulait, mélangé aux lochies et une couche membraneuse grisâtre recouvrait des granulations facilement saignantes.

Un traitement antiseptique rigoureux est immédiatement institué ; au dixième jour la malade est chloroformisée et nous avons recours à la manœuvre opératoire, relatée dans l'observation ci-dessus. Nous devons des remerciements bien mérités à MM. les Drs Reddy et McGregor pour l'assistance intelligente qu'ils nous ont prêtée, ainsi qu'aux gardes-malades de l'Hôpital pour le devouement avec lequel elles ont suivi la malade. Six jours après cette intervention, l'union étant parfaite, l'accouchée est reconduite chez elle et le surlendemain, c'est-à-dire dix-huit jours après l'accouchement, les crins sont enlevés. La malade se lève parfaitement guérie, deux jours plus tard.

Si nous parcourons les différents auteurs que nous avons sous la main, nous trouvons, que dans son traité de gynécologie, M. Pozzi parle de la *réunion immédiate secondaire*, pratiquée dès le premier mois, mais l'auteur conclut qu'il vaut mieux remettre l'intervention à plus tard, alors que la patiente est plus en état de la supporter.

L'*American Text Book of Obstetrics* ne mentionne que l'opération immédiate faite dans les 24 hrs après l'accouchement ; on lit la même chose dans le *Précis d'obstétrique* de MM. Ribemont, Dessaigne et Lepage.

Peu d'observations analogues ont été publiées, et nous ne réclamons pas la priorité pour cette périnéorrhaphie immédiate secondaire précoce, seulement nous voudrions par ces nouvelles observations pouvoir établir :

I Qu'elle est d'exécution très simple, et moins douloureuse que la périnéorrhaphie secondaire tardive.

II Qu'elle est suivie d'excellents résultats.

III Qu'il y a avantage pour l'accouchée de subir le plus tôt possible cette intervention, qui prévient les prolapsus et les autres inconvénients, si fréquents à la suite de lacérations périnéales, abandonnées à elles-mêmes.

IV Qu'elle ne prolonge que de quelques jours seulement. le séjour au lit.

372, rue Sherbrooke.

#### Traitement de la métrite hémorragique par les badigeonnages intra-utérins de teinture d'iode

D'après M. le Dr F. LANDRY

Les métrites hémorragiques sont généralement consécutives à une fausse couche constatée ou méconnue. Mais elles accompagnent également ou compliquent certaines inflammations annexielles (Bouilly), les petits fibromes sous-muqueux ou interstitiels. Les métrorragies par lesquelles elles se manifestent constituent un symptôme pénible, dont les malades sont impressionnés à juste titre et pour lequel le praticien est fréquemment appelé à donner ses soins.

D'une manière générale, le curettage est l'opération héroïque et à laquelle il convient d'avoir recours dans presque tous les cas. Même lorsque l'on soupçonne que les hémorragies de la métrite post-abortive sont sous la dépendance d'une rétention placentaire et qu'un repos suffisamment prolongé au lit, les injections vaginales chaudes n'ont pas réussi à les arrêter ; lorsqu'il s'agit de métrorragies provenant de fongosités cancéreuses, c'est au seul curettage qu'il faut s'adresser, c'est le curettage seul qui mettra un terme à la perte de sang. Dans les autres cas, — à l'exception toutefois de la métrite aiguë qui s'accompagne quelquefois d'hémorragies fluxionnaires, — on pourra employer avec quelques chances de succès, la méthode proposée, après son maître M. Pozzi, par le Dr Landry dans son travail inaugural, c'est-à-dire les badigeonnages intra utérins à la teinture d'iode. Pour notre part, les badigeonnages seuls nous paraissent en général insuffisants, et nous avons l'habitude de les faire suivre de l'injection intra-utérine de teinture d'iode avec la seringue de Braun. Dans plusieurs cas de notre pratique, nous avons ainsi obtenu de remarquables résultats que le simple badi-

geonnage de M. Landry ne nous aurait pas assurés.

Ces réserves faites, voici le manuel opératoire proposé par l'auteur.

Le traitement a pour objet d'introduire dans la cavité utérine un tampon d'ouate, monté sur une tige spéciale et imbibé de teinture d'iode. Mais auparavant, il est nécessaire de faire une antiseptie rigoureuse des organes génitaux de la femme et de nettoyer à fond le vagin et le col de l'utérus. Si la propreté est indispensable dans toutes les opérations, elle ne l'est jamais plus, peut-être, que dans les opérations sur la cavité utérine; il faudra donc débarrasser le vagin et le col de ces germes qui, "domestiqués" à l'état sain, ne demandent, à l'état pathologique, qu'à devenir plus nocifs encore. A cet effet, l'opération sera précédée d'injections vaginales au sublimé au 1/2000<sup>e</sup>, en dirigeant le liquide dans les culs-de-sac du vagin et sur le col utérin, dont la toilette complète sera faite à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé de la même solution.

Ces précautions nous semblent insuffisantes. Aucun antiseptique n'assure la désinfection du vagin, si l'injection n'est précédée d'un savonnage minutieux du conduit et des culs-de-sac. Ce savonnage n'est nullement douloureux et il doit être suffisamment prolongé pour donner au doigt cette sensation *rêche* que M. Pozzi réclame comme temps prémonitoire du curettage. Les insuccès, la continuation de la leucorrhée, tiennent à l'inobservation de ces préceptes d'asepsie élémentaire.

L'instrument qui va servir à introduire la teinture d'iode dans la cavité utérine est le porte-coton porte-caustique du professeur Budin : il consiste en une tige terminée à une de ses extrémités par un anneau et à l'autre par un pas de vis très fin, ayant environ 2 centimètres et demi de longueur.

Cette tige peut être en acier ou en métal plus malléable; M. Bruyère ne se sert que de tiges en cuivre rouge et nickelé, qui sont beaucoup plus souples, beaucoup plus flexibles et malléables que celles d'acier dont nous rejetterons l'emploi. Cette souplesse leur permettra mieux, par conséquent, de s'adapter aux diverses formes du trajet qu'elles devront parcourir dans la cavité utérine; la moindre résistance les fait se plier, ce qui rend leur introduction beaucoup plus facile et moins dange-reuse.

On enroule autour du pas de vis un peu d'ouate hydrophile de manière à faire un tampon, le plus petit possible, et de façon que l'extrémité de la tige soit totalement recouverte par l'ouate.

La malade a été mise dans la position obstétricale; le toucher a été préalablement pratiqué pour connaître la position du corps de l'utérus et la situation du col dans le vagin. La position du col est indispensable à connaître pour introduire le spéculum dans la direction et à la profondeur voulues, de façon que le col utérin soit "chargé" sans tâtonnement et sans douleur pour la femme.

Le spéculum étant en place, le tampon est plongé dans un récipient contenant de la teinture, d'iode, de façon qu'il soit bien imbibé; puis il est introduit dans la cavité utérine; on imprime alors à la tige un mouvement de va-et-vient, de manière à badigeonner complètement la muqueuse utérine et à ne laisser aucun point de cette muqueuse qui n'ait été touché par la teinture d'iode.

Le col peut être plus ou moins large et béant, ou plus ou moins étroit. Dans le premier cas, il s'agira, la plupart du temps, de femmes qui ont déjà accouché ou avorté: l'introduction de la tige et du tampon est ici très facile et on pourra même employer des tampons plus volumineux.

Si le col est étroit, il faudra faire un tampon le plus petit possible, mais il n'est jamais nécessaire de faire une dilatation antérieure.

Lorsque le tampon, arrivé au niveau de l'isthme, a de trop grandes difficultés pour le franchir et pénétrer dans la cavité utérine, lorsque la femme ressent la moindre douleur, il ne faut pas insister: il est préférable d'attendre les jours suivants pour tenter de nouveau l'introduction. Bien des fois, en effet, il est arrivé de constater que des tampons de volumes égaux qui trouvaient un jour de très grandes difficultés pour pénétrer dans une cavité utérine étroite étaient introduits le lendemain et les autres jours avec toute la facilité et sans la moindre douleur.

Si d'une façon générale les assertions de M. Landry sont exactes et s'il est toujours possible, lorsqu'il s'agit d'un simple badigeonnage, de se passer de dilatation préalable, nous estimons que la dilatation à la laminaire constitue un temps préliminaire important quelque soit le mode de traitement que l'on applique à la métrite hémorragique et surtout à celle qui est consécutive à l'avortement incomplet, ou à une infection post-abortive; cette métrite paraissant bien être celle à laquelle M. Landry a surtout appliqué sa méthode (7 observations sur 12). Pour notre part nous la pratiquons toujours avec une tige de laminaire creuse et flexible appliquée la veille. Que l'on emploie la glycérine créosotée, la teinture d'iode ou tout autre topique on assure le succès par cette dilatation: car ainsi seulement on nettoie d'une manière exacte toute la surface de la muqueuse.

Lorsque la cavité utérine a été badigeonnée sur toute son étendue, on place dans le vagin, sur l'orifice du col, un tampon imbibé de glycérine et la malade peut se retirer et continuer à marcher comme avant l'opération. Nous préférons la gaz iodoformée comme pansement et nous ne faisons jamais lever nos malades avant le surlendemain.

Généralement, le lendemain de chaque badigeonnage, la malade a une perte de sang un peu plus abondante que les jours précédents et dans les jours qui suivent elle expulse une certaine quantité de membranes qui sont des débris de muqueuse. La teinture d'iode agit

en effet sur la muqueuse utérine comme sur les autres muqueuses, comme sur la peau ; elle produit de la desquamation. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'après chaque badigeonnage un certain nombre de petits vaisseaux soient mis à nu ; c'est ce qui explique l'hémorragie du lendemain.

Les observations recueillies par M. le Dr Landry que beaucoup de malades se sont bien trouvées de ce traitement et on vu leurs métrorragies s'arrêter sous son influence d'une façon définitive.

Néanmoins, il résulte de la lecture attentive des observations qu'il a fallu, dans chaque cas, plusieurs badigeonnages pour obtenir la cessation de l'hémorragie. qu'ils ont dû être pratiqués deux fois par semaine en moyenne et quelquefois pendant plusieurs mois. Et si nous admettons avec l'auteur que son traitement est sans danger ni sur le moment, ni pour l'avenir, nous pensons qu'il n'est applicable qu'à un petit nombre de cas, ceux où la métrorragie n'est pas assez importante pour n'être pas aisément tolérée par les malades et compromettre leur santé générale. Dans tous les autres cas, si le curettage est repoussé par les malades, l'injection intra-utérine de teinture d'iode, après dilatation préalable et nettoyage antiseptique de la cavité avec un tampon de coton imbibé de teinture d'iode ou de tout autre topique, — la malade gardant le lit absolu pendant un minimum de 5 jours, — nous paraît pouvoir répondre à un plus grand nombre d'indications que le badigeonnage simple proposé par M. Landry.

#### Syndrome oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet du poulmon

M. A. Souques a observé chez trois malades des troubles oculo-pupillaires consistant en myosis, diminution de la fente palpébrale et petitesse avec rétraction du globe oculaire. Ces trois malades ne présentaient aucune des causes habituelles de ces troubles oculo pupillaires. Ils étaient, par contre atteints de tuberculose pulmonaire.

La co-existence de la tuberculose pulmonaire et du syndrome oculo-pupillaire précédent n'est pas due à une coïncidence fortuite. Il y a là une relation de causalité : la tuberculose pulmonaire est la cause première des troubles de l'œil et de la pupille.

Pour interpréter le mécanisme de ces troubles, il convient d'envisager les rapports anatomiques que le cul-de-sac supérieur de la plèvre présente avec le premier ganglion thoracique et avec son ou ses rameaux communicants. Ces rapports sont immédiats. Or, c'est par les rameaux communicant du premier nerf dorsal que passent les filets iridodilatateurs du sympathique. L'expérimentation et l'observation clinique ont démontré que la destruction de ces filets est nécessaire et suffisante pour produire des trouble oculo-pupillaires ci-

dessus mentionnés. Les filets vaso moteurs du sympathique cervical naissent des troisième, quatrième, cinquième et sixième nerfs dorsaux. On conçoit que les filets irido-dilatateurs sont seuls détruits et où les troubles vaso-moteurs de la face doivent faire, et font, en réalité, défaut.

Les rapports étroits du dôme pleural avec le ou les rameaux communicants du premier ganglion thoracite permettent de comprendre que, dans certains cas, ces rameaux peuvent être atteints et détruits par lésions de pachypleurite et les adhérences qui accompagnent habituellement la tuberculose du sommet du poulmon. Dans les cas de ce genre, qui ne doivent pas être exceptionnels, la tuberculose pulmonaire, s'accompagnera du syndrome oculo-pupillaire en question, sur lequel l'attention méritait d'être appelée.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

#### L'hypertrophie de la vesicule dans le cancer du choledoque

M. MOUISSET rapporte une observation du cancer du cholédoque avec vésicule biliaire atrophiée et deux observations d'obstruction calculeuse du cholédoque où la vésicule était dilatée.

En étudiant ces trois faits qui sont en opposition avec la loi Courvoisier-Terrier, M. Mouisset arrive aux conclusions suivantes :

*En général*, un cancer de la tête du pancréas produit l'oblitération du canal cholédoque et l'ictère qui en résulte s'accompagne de la dilatation de la vésicule. Un calcul arrêté dans le cholédoque peut produire une obstruction aussi complète, mais dans ce cas l'ictère se complique d'engiocholite et la vésicule n'est pas grosse.

*Dans certains cas* une plaque de péritonite peut gêner l'exploration, et on ne sent pas la tumeur biliaire qui accompagne le cancer du pancréas.

En l'absence d'inflammation des conduits biliaires, un calcul enclavé dans le cholédoque peut produire l'augmentation de volume de la vésicule.

La tumeur biliaire peut exister en dehors de la lithiase et du cancer, dans certaines cirrhoses par exemple.

M. CLEMENT croit en effet qu'il doit y avoir des exceptions à la loi de Courvoisier. Il se rappelle avoir vu, en 1874, un malade qui présentait une vésicule énorme et chez lequel, sous l'influence des idées régnantes alors, il avait fait le diagnostic de rétention biliaire par un bouchon muqueux, déterminé par ce que l'on appelait l'ictère émotif. Le malade mourut avant que sa vésicule n'eût été ouverte et à l'autopsie on trouva un calcul enchatonné dans le cholédoque et la vésicule renfermait un liquide clair, filant et pas de bile.

M. JABOULAY fait remarquer que la loi de Courvoisier : atrophie de la vésicule biliaire dans les calculs du

cholédoque, distension de cette vésicule dans le cancer de la tête du pancréas, conserve toute sa valeur. Mais il faut se méfier des coïncidences avant de la juger. Par exemple, dans le cas de M. Mouisset, il y a coexistence de calculs vésiculaires qui font gonfler la vésicule et de calculs du cholédoque. Personne ne met en doute que d'autres causes que le cancer de la tête du pancréas ne puissent faire distendre la vésicule biliaire.

Quant au mécanisme par lequel se fait l'atrophie vésiculaire dans la calculose du cholédoque, et la distension dans la tumeur pancréatique, il est inconnu.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

### Injections expérimentales d'oxygène dans les veines

M. GARTNER a communiqué le résultat d'expériences relative à l'injection d'oxygène dans les veines jugulaires de chiens morphinisés. Ces injections sont très bien supportées ; une partie de l'oxygène est résorbée par les parois veineuses, l'autre pénètre jusqu'au cœur, où sa présence se traduit par des bruits de glouglou. Le pouls, la respiration et la pression sanguine ne sont presque pas modifiés à la suite de ces injections ; toutefois, si la quantité d'oxygène introduite est trop considérable, il peut se produire des embolies gazeuses dans le poumon. L'innocuité de l'injection d'oxygène dans les veines est due à la facilité avec laquelle ce gaz se résorbe, l'air, au contraire, est difficilement résorbable, et c'est ce qui rend son introduction dans le système veineux si dangereuse.

Les animaux intoxiqués avec l'oxyde de carbone se rétablissant rapidement lorsqu'on les traite par ces injections intra-veineuses d'oxygène, M. Gärtner estime que ce moyen pourrait être utilisé chez l'homme dans les cas d'asphyxie dus à des gaz toxiques ou à l'introduction de corps étrangers dans les voies aériennes. L'injection devrait être faite de préférence dans une veine du pied, de façon que le gaz, ayant un long chemin à parcourir avant d'arriver au cœur, pût être facilement résorbé ; il faudrait enfin n'avoir recours qu'à de l'oxygène chimiquement pur, et non à celui du commerce, qui contient toujours 20 pour 100 d'azote. Chez les nouveaux-nés en état de mort apparente, on pourrait également tenter l'injection d'oxygène dans les veines ombilicales.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## CHIRURGIE

### Traitement des ulcères chroniques de la jambe

D'après M. le Dr S. Jessner, dans la *Rev. Intern. de Méd. et de Chir.*, le traitement des ulcères chroniques de la jambe varie quelquefois d'après la cause qui les

produit. En effet, ces ulcères peuvent être occasionnés par un traumatisme, portant ordinairement sur des veines varicosées, ou bien, par la syphilis à sa dernière période, par le diabète, l'artério-sclérose, et la scrofule. La grosseesse, les affections cardiaques et l'emphysème pulmonaire sont des causes prédisposantes qui favorisent la congestion veineuse.

En général des règles communes devront être suivies dans le mode du pansement de tous les ulcères, de quelque origine qu'ils soient.

1) Tout d'abord, la jambe doit être très soigneusement lavée à l'eau chaude et au savon, puis à l'alcool (à 58 ou 60 °/o), ou au lysol (1/2 à 1°/o). La solution de Burrow à l'acétate d'aluminium, employée avec précaution, peut être utile.

2) En second lieu, le médicament doit recouvrir, non-seulement l'ulcère, mais encore tout le tissu environnant. L'iodoforme tient le premier rang parmi tous les médicaments employés, qui favorisent la granulation. Suivant l'auteur, l'iodoformogène, à cause de son manque d'odeur, serait préférable. De bons résultats ont été obtenus avec l'ichthyoforme, qui est un composé d'ichthyol et de formaldéhyde. La teinture d'iode, enfin, est aussi beaucoup en usage.

Quand la granulation de la plaie devient trop abondante, M. Jessner recommande l'emploi des astringents et des caustiques, tels que le sous-nitrate de bismuth ou l'acide borique pur, mélangé à de l'air, à du xéroforme ou à du sous-gallate de bismuth (dermatol).

Enfin, dans certains cas, il est nécessaire de gratter la plaie à la curette tranchante et de cautériser la surface avec le nitrate d'argent à 10 o/o.

Pour certaines variétés d'ulcères, telles que les ulcères gangreneux, il faudra employer de préférence une solution chaude de créoline, à 2 o/o et permanganate de potasse à 1 o/o, puis après avoir fait l'ablation des tissus mortifiés, continuer le pansement à l'iodoforme ou même quelquefois au calomel.

Pour les ulcères diphtériques, la solution concentrée d'acide phénique est la plus recommandable.

Enfin, dans les cas d'ulcères douloureux, on utilisera une solution de cocaïne, à 5 ou à 10 o/o et on pensera la plaie, de préférence, avec la poudre d'orthoforme. Dans cette forme l'enveloppement avec l'ouate rend les plus grands services et est préférable souvent aux pansements secs.

M. Jessner rappelle que l'eczéma est très fréquemment lié aux ulcères de la jambe et conseille les formules suivantes :

Ichtyol.....	2 grammes.
Oxyde de zinc.....	15 —
Amydon.....	15 —
Huile de pétrole.....	60 —

ou bien :



Oxyde de zinc.....	10 grammes.
Talc.....	10 —
Amidon .....	10 —
Acide borique.....	4 —

On pourra employer encore le sous nitrate de bismuth pur ou mélangé au talc, ou bien la poudre de tannoforme, unie à l'oxyde de zinc.

Dans les cas d'eczéma sec, squameux, infiltré, l'auteur indique la préparation suivante :

Huile de cade.....	} à 10 grammes.
Huile de pétrole.....	
Alcool.....	
Ether.....	

3) En troisième lieu, l'ulcère devra être recouvert, suivant la méthode Unna, d'un pansement à la gélatine et au zinc, qui enveloppera toute la jambe, depuis le genou jusqu'au pied.

(4 En dernier lieu, on appliquera un bandage de gaze amidonnée qui, lui-même, sera recouvert par un simple bandage ordinaire.

En principe, on ne devra toucher au pansement qu'au bout d'une semaine ; cependant s'il y avait de la douleur et de la sécrétion, on pourrait, dès les premiers jours, renouveler ce pansement.

Enfin le malade, après avoir cessé tout traitement, devra porter un bas élastique.

Ce mode de traitement des ulcères de la jambe sera contre-indiqué dans certaines conditions, qui rendent la méthode que l'auteur a détaillée absolument inapplicable, c'est-à-dire dans les cas d'érysipèle, de phlébite, de lymphangite, ou de furonculose de la jambe, dont la thérapeutique est toute spéciale.

(Le Concours Médical.)

## GYNECOLOGIE

### La bartholin et son traitement

par M. JULLIEN.

Nous allons vous entretenir aujourd'hui de l'inflammation de la glande vulvo-vaginale ou bartholinite.

C'est vers 1676 que Duverney décrivit chez la vache ces petites glandes, que Bartholin découvrait à son tour chez la femme quelque temps après, et auxquelles son nom devait rester attaché. Depuis, leur histoire pathologique a été l'objet d'un grand nombre de travaux dont les plus importants sont dus à Huguier.

Ces glandes, qui ont à l'état normal les dimensions d'une fève ou d'une amande, sont situées de chaque côté de l'orifice vulvo-vaginal, à 1 centimètre au dessous de l'hymen, à 2 ou 3 centimètre du bord libre des grandes lèvres ; leur poids est de 4 à 5 grammes. Elles sont en rapport par leur partie inférieure avec la grande lèvre et par leur partie inférieure avec le bulbe du vagin,

organe éminemment vasculaire dont il est bon de se rappeler le voisinage dans les opérations que l'on pratique dans cette région, à cause des hémorragies rebelles auxquelles sa blessure peut donner lieu. Il faut également signaler leur rapport avec les veines hémorroïdales moyennes.

Leur canal excréteur, long de 15 à 18 millimètres, large de 2 millimètres, s'ouvre à la vulve au niveau du pli nympho-hyménal, c'est-à-dire à la partie interne de la petite lèvre au niveau de son union avec l'hymen. Ce point n'est du reste pas absolument fixe ; il peut être situé plus ou moins haut. Parfois on trouve deux canaux au lieu d'un.

Regardée pendant longtemps comme un type de glande en grappe, la glande de Bartholin est aujourd'hui considérée comme une glande tubuleuse ramifiée. Sa partie sécrétante est pourvue d'un épithélium cylindrique et caliciforme. Ces lymphatiques aboutissent aux ganglions inguinaux.

L'inflammation de ces glandes peut avoir des origines multiples ; elle peut être simple ou blennorragique. La bartholinite simple est causée par des traumatisme de tout ordre, les chocs, les violences exercées au cours du coït, l'excès de coït, la masturbation ; les pensées lascives persistantes peuvent aussi amener leur congestion et leur inflammation ou réveiller une inflammation ancienne. Nous verrons en effet qu'une particularité de la bartholinite est précisément d'être sujette à des récidives presque incessantes. Une infection quelconque peut également déterminer le plegmon et l'abcès des glandes vulvo-vaginales, mais la plus générale est certainement la blennorragie.

Huguier a dit que la bartholinite vraie reconnaît toujours pour cause une blennorragie, et il a ajouté qu'elle revêtait la forme aiguë ou chronique, suivant que la blennorragie qui l'avait déterminée était elle-même aiguë ou chronique.

Les découvertes modernes ont confirmé pleinement les idées de cet anatomiste et chirurgien distingué. Arning a le premier retrouvé le gonocoque dans la bartholinite. Les travaux successifs ont montré que le gonocoque y est le plus souvent associé aux staphylocoques (blanc et aureus), au streptocoque et parfois au coli commune ; on a même trouvé dans certain cas uniquement ce dernier microbe (Dujon, Colombini, d'Amato).

Dans les formes très aiguës, aboutissant à l'abcès chaud de la glande, il est illusoire de chercher le gonocoque ; on ne rencontrera que les pyogènes habituels (staphylocoques) ; ceux-ci peuvent avoir été apportés par le pus blennorragique au niveau de l'orifice du canal excréteur de la glande de Bartholin. Le gonocoque paraît donner lieu plutôt à une inflammation subaiguë.

La contagion peut être directe ou indirecte. Elle est indirecte si le germe provient des sécrétions vaginales ou urétrales de la femme. Elle est directe quand la

glande est infestée par le contact de l'organe viril ; ce mode de transmission est incontestable, car on a vu des bartholinites à gonocoque chez des femmes ne présentant ni urétrite, ni vaginité, ni cervicite concomitante. J'ai même actuellement dans mes salles une fille vierge portant un abcès de la glade vulvo-vaginale gauche, dont le contenu est une pure culture de gonocoques.

Inversement, une femme atteinte de bartholinite, quoique n'ayant ni urétrite, ni pertes blanches, peut contaminer le mâle lors du coït, par le contact d'une certaine quantité de pus expulsé par l'orifice glandulaire sous l'influence de l'orgasme vénérien ou de la compression mécanique exercée par le pénis.

Nous étudierons successivement les symptômes de la bartholinite aiguë et chronique.

La *bartholinique aiguë* évolue comme les abcès en général. Elle est le plus souvent unilatérale et on dit qu'elle siège surtout à gauche, mais ceci n'est pas constant, car je vous montrerai une série de femmes chez qui on la rencontre à droite. Il se forme dans la grande lèvre une tumeur allongée ayant l'aspect d'une sangsue gorgée de sang. La muqueuse peu à peu devient rouge et s'amincit. Au toucher, on constate une petite tumeur rénitente et douloureuse, mobile, de la grosseur d'une amande. Bientôt la région s'empâte et en même temps l'état général devient mauvais, la fièvre s'allume et on ne tarde pas à noter de la fluctuation. Si l'on n'intervient pas, le foyer s'ouvre spontanément, non par l'orifice de la glande, qui se trouve précisément obturé par la tuméfaction même des parties qui l'entourent, mais par une perforation siégeant en un point plus ou moins voisin de celui-ci. Il s'écoule un pus séreux, jaunâtre participant parfois de l'extrême fétidité propre aux abcès péri-rectaux. On observe presque toujours en même temps un phlegmon du tissu cellulaire, et la tuméfaction peut obturer l'orifice vulvaire.

La maladie dure huit à dix ou même quinze jours.

L'ouverture spontanée est toujours accompagnée d'un sphacèle plus ou moins étendu, qui donne lieu à une cicatrice persistante.

Dans des cas plus rares, le pus se fait jour dans le rectum ou dans le vagin. Dans un cas, j'ai trouvé l'orifice très haut, placé au voisinage de l'urètre.

Je n'ai jamais pu établir une distinction entre les lésions de la glande elle-même et des canicules qui sont absolument rendus méconnaissables par le processus inflammatoire.

(A suivre)

## DERMATOLOGIE

### Les Blépharites

Par le Dr TROUSSEAU.

(Suite)

B. *Traitement local.* — Quelques précautions à

prendre seront communes à toutes les variétés ; il faudra par exemple :

Rechercher le plus exactement possible et traiter la cause de la blépharite ;

Recommander une propreté méticuleuse des mains et des instruments servant au traitement, faire l'asepsie des bords ciliaires au moyen d'un lavage journalier.

Les traitements particuliers aux différentes variétés seront les plus difficiles et demandent le plus de tact : nous allons les passer en revue, en indiquant ce qui convient à chacune d'elles.

1° *Blépharite érythémateuse.* — Les causes recherchées et éliminées, si la blépharite ne s'accompagne pas de trop d'irritation, on ordonnera des compresses chaudes imbibées d'eau boriquée ou de boricine (une cuillerée à dessert dans grand bol d'eau tiède). Le soir on appliquera des pommades en commençant par la moins irritante, la vaseline neutre ou un mélange à parties égales de vaseline et lanoline d'abord, puis lorsque le malade ira mieux la pommade au précipité blanc dont la formule est indiquée plus loin. Le traitement sera poursuivi tant qu'il existera de la rougeur et continue au moins trois semaines après sa disparition. A la moindre rechute il sera repris. Il peut arriver que la forme érythémateuse soit le début orgelet ou d'un chalazion ; dans ce cas, les pommades ne conviennent pas, mais l'antisepsie et les applications chaudes. Le cataplasme Langlebert remplit bien ce but, il s'applique le soir et s'enlève le lendemain matin.

L'orgelet augmente-t-il et commence-t-il à pointer ? on ne le laissera pas percer tout seul de peur de l'auto-inoculation. Dès qu'il commencera à présenter un point blanc on le crèvera après avoir soigneusement protégé les bords des paupières avec un corps gras. On fera ensuite un nettoyage antiseptique énergique (sublimé).

2° *Blépharite eczémateuse.* — Ici le traitement hygiénique est essentiel, il faut donc éviter les excès, la fatigue, les écarts de régime, la constipation, et empêcher à tout prix les malades de se gratter en leur attachant les mains au besoin.

Cette variété peut revêtir trois formes bien distinctes au point de vue du traitement local :

La blépharite de moyenne intensité ;

La blépharite aiguë irritable ;

La blépharite chronique ou torpide.

Le secret du traitement consiste à ramener les deux dernières formes à la première que l'on traitera comme il suit :

a. *Blépharite de moyenne intensité.* — Simples nettoyages à l'eau bouillie tiède et compresses au cyanure d'hydrargyre au 10000e pas trop chaudes. Cela suffit et aucun autre traitement n'est nécessaire à condition que le catarrhe conjonctival soit guéri aussi ; mais si la maladie n'est pas complètement terminée, il faut employer les pommades suivantes classées d'après le degré

de réaction qu'elles déterminent et dont voici les formules :

*Axonge fraîche seule.*  
*Vaseline neutre.*

Vaseline neutre.....	5 grammes
Oxyde de zinc.....	0 <sup>g</sup> 10 centig
Vaseline neutre.....	5 grammes
Précipité blanc.....	0 <sup>g</sup> 10 centig
Vaseline neutre.....	5 grammes
Oxyde jaune d'hydrargyre finement porphyrisé.....	0 <sup>g</sup> 10 centig
Vaseline neutre.....	5 grammes
Précipité rouge.....	0 <sup>g</sup> 03 centig
Vaseline neutre.....	5 grammes
Acide phénique.....	0 <sup>g</sup> 05 centig
Vaseline.....	} <sup>aa</sup> 5 grammes
Lanoline.....	
Huile de cade.....	0 <sup>g</sup> 10 centig
Huile d'olive.....	} <sup>aa</sup>
Huile de bouleau.....	
Vaseline neutre.....	5 grammes
Ichtyol.....	0 <sup>g</sup> 05 centig

On commencera donc au premier échelon et l'on essayera successivement les autres jusqu'à la guérison. Il ne faut pas s'effrayer s'il existe un peu de réaction, et l'on persévéra un ou deux jours ; mais si, dès le début, il se produit une violente irritation, c'est qu'il s'agit de la deuxième forme ou :

*b. Blépharite aiguë irritable.*

Le but sera de revenir au type moyen :

Trois choses s'imposent ; il faut :

1. *Calmer l'irritation*, par des lavages à l'eau bouillie ou avec une solution salée, appliquant en même temps des ouataplâmes. Quelquefois ce dernier traitement détermine une poussée aiguë, il faut alors se contenter des lavages, à l'eau bouillie, puis avec de l'eau additionnée de 10 p. 1000 de bicarbonate de soude. Quand le malade ne réagit plus, des antiseptiques. C'est quelquefois le seul moyen de venir à bout d'un eczéma des paupières rebelle à tout traitement.

2. *Guérir les ulcérations* qui sont la cause de la chute des cils ; il faudra arracher tous ceux qui sont malades pour permettre à d'autres de repousser, désinfecter soigneusement les ulcérations, puis appliquer des antiseptiques en compresses. Il est quelquefois bon de toucher les bords des paupières avec une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100.

3. *Atténuer les symptômes douloureux.* — Pour cela on pourra poudrer le bord des paupières avec de la poudre d'amidon, du talc ou un mélange de 10 parties de craie préparée et de 1 de bicarbonate de soude. Les lavages à l'eau très légèrement alcoolisée ou mentholée

sont assez bien supportés. A l'intérieur du sulfate de quinine.

L'irritation calmée, il faut revenir au type précédent de moyenne intensité et traiter comme il est indiqué plus haut.

*c. Forme chronique ou torpide.* — D'emblée on emploiera les antiseptiques et les pommades, même un peu fortes. L'irritation se produit-elle ? On reviendra au traitement de la forme moyenne ou même de la forme aiguë. La guérison obtenue on surveillera les récidives.

3° *Blépharite pityriasique ou séborrhéique.* — Cette forme est facile à guérir au moyen de simples lavages à la boricine et des pommades à l'oxyde de zinc ou à l'oxyde jaune. Les démangeaisons pourront être calmées par des lotions avec

Eau.....	500 grammes.
Acide phénique.....	2 —

4° *Blépharite hypertrophique.* — Doit être traitée comme la précédente. Si l'hypertrophie est trop prononcée, on peut scarifier les bords des paupières, ou même les perforer complètement avec le thermo ou le galvano-cautère.

5° *Blépharite ulcéreuse.* — Il faudra faire tomber les croûtes pendant la nuit au moyen de cataplasmes aseptiques, qu'on remplacera par des compresses, au sublimé ou à l'eau phéniquée le matin ; épiler ensuite soigneusement tous les cils malades. Les savonnages au protargol peuvent être essayés, de même que les cautérisations légères à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent.

Quand l'épiderme sera refait, la blépharite pourra être traitée comme les autres variétés avec les pommades.

6° *Blépharite ptyriasique.* — On enlèvera les pédiculi ou les lentes, et on prescrira des lavages au sublimé à 1 p. 5000. Au besoin en appliquera l'onguent mercuriel.

De tout ceci, il résulte qu'il n'existe pas un traitement mais des traitements pour les blépharites et que cette maladie nécessitera, plus qu'aucune autre, du talc, des tâtonnements et de l'expérience.

(Gaz. des hôp.)

## PEDIATRIE

### L'eczéma des nourrissons

La *Gaz. méd.* de Toulouse publie un résumé très complet du traitement de l'eczéma chez les nourrissons.

A. *Traitement prophylactique.* — La femme qui allaite doit surveiller son alimentation. Les aliments doivent être d'une digestion et d'une absorption faciles. Quant

aux boissons, il ne faut pas permettre plus d'une demi-bouteille de vin par jour. Dans l'intervalle des repas, si la nourrice a soif, elle peut prendre un peu de limonade ou de tisane de réglisse, ou mieux de l'eau. Ni café, ni alcool. Les exercices quotidiens, mais modérés, sont recommandés. Bien entendu, ces règles d'hygiène sont applicables aux nourrices mercenaires aussi bien qu'aux mères nourrices.

L'enfant sera tenu proprement et l'on empêchera la formation sur la tête des croûtes de lait. Enfin, point très important, l'enfant sera mis au sein régulièrement toutes les deux heures et dans les premières semaines, pesé tous les jours.

B. *Traitement général.*—1° Lorsque l'eczéma est déclaré, il faut surveiller l'alimentation de la nourrice et de l'enfant.

D'une part, suppression de la viande, du vin, de la bière; la nourrice prendra du lait coupé d'eau de Vichy, mangera beaucoup de légumes et sortira tous les jours. Dans certains cas, malgré les modifications apportées au régime alimentaire de la nourrice, l'eczéma de l'enfant persiste indéfiniment: il suffit alors de changer la nourrice pour voir très souvent l'eczéma guéri en quelques jours.

D'autre part, le nombre, la durée et les intervalles des tétées seront réglés plus strictement que de coutume.

2° Faut-il donner des médicaments aux nourrissons eczémateux?

L'on a recommandé un grand nombre de médicaments et de sirops. L'arsenic a la réputation d'être, à tort ou à raison, antidartreux; aussi a-t-il été recommandé sous forme de liqueur de Fowler, à la dose de 4 gouttes, suivant l'âge de l'enfant. Mais il semble actuellement admis que la plupart des médicaments sont nuisibles. Tout au plus est on autorisé à faire un usage modéré des alcalins, des laxatifs et des antiseptiques tel que le calomel, le benzo-naphtol et le bicarbonate de soude.

3° Enfin il ne faut pas négliger la cure d'air, qui est un précieux adjuvant.

C. *Traitement local.*—Quant au traitement local, il doit être des plus simples.

1° Tout d'abord débarrasser complètement la peau de tout exsudat desséché, et cela au moyen de cataplasmes.

2° Le décapage une fois obtenu, on applique une pommade. Les plus simples sont ici les meilleures. Vaseline à laquelle on peut associer un peu d'oxyde de zinc et soufre dans les proportions suivantes:

Vaseline.....	} à 15 gr.
Lanoline.....	
Oxyde de zinc.....	5 gr.
Soufre précipité pur, tamisé....	1 gr.

Mais souvent les poudres inertes, talc, sous nitrate

de bismuth, dans les eczémas suintants, donnent de très bons résultats.

Enfin, lors des poussées aiguës, il faudra recourir aux pansements humides à l'eau bouillie.

En résumé, surveiller tout d'abord l'hygiène alimentaire de la femme qui allaite: nourriture mixte, pas trop de boissons, pas de bière. Ensuite régler l'alimentation du nourrisson. A côté du traitement prophylactique et du traitement général qui occupent le premier plan, instituer le traitement local qui n'est qu'un adjuvant.

(Le concours Médical)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### La digitale dans les affections non valvulaires du cœur.

M. le Dr *Barié* a consacré un article très intéressant de la *Médecine interne* à l'étude des contre-indications de la digitale dans les affections non valvulaires du cœur.

1° *Palpitations.* La digitale est contre-indiquée chez les malades atteints de palpitations nerveuses (cardiopathes névropathes), dyspeptiques, tabagiques, tuberculeux.

2° *Tachycardie.* La digitale est également contre-indiquée dans les cas de tachycardie dus au goître exophtalmique, à l'adénopathie trachéo-bronchique, à la myocardite infectieuse typhique ou diphtérique.

Tout au plus, peut-on la prescrire avec quelque utilité dans les cas de tachycardie dus à des affections valvulaires à la dose de vingt à trente gouttes pendant plusieurs semaines.

3° *Hypertrophies fonctionnelles.* On ne doit pas donner la digitale aux jeunes gens atteints de dilatation cardiaque de croissance (hypertrophie de croissance G. Séé), pas plus qu'aux adultes athéromateux atteints de dilatation cardiaque par l'hypertension artérielle.

L'arythmie et la tachycardie dans les cas d'*anévrisme* de l'aorte seront justiciables de la médication par la digitale, mais avec une surveillance spéciale.

4° *Mal de Bright.* Au début de la néphrite interstitielle, l'emploi de la digitale, est parfaitement inutile; mais, à une période plus avancée, où le cœur est affaibli et hyposystolique, la digitale est indiquée comme tonique du cœur, malgré l'existence de l'albuminurie.

5° *Cœur forcé.* Un surmenage excessif peut amener, chez les jeunes sujets, ayant eu une atteinte antérieure de rhumatisme, de scarlatine ou de fièvre typhoïde, une dilatation aiguë du cœur est la conséquence des *affections broncho-pulmonaires*, comme cela s'observe chez les emphysémateux, les asthmatiques, les tuberculeux (dilatation du cœur droit), et que les malades présentent des symptômes d'asystolie, notamment de l'œdème des

membres inférieurs, M. croit que *la digitale est indiquée, surtout chez les jeunes sujets. Chez les malades âgés, au contraire, la constitution du muscle cardiaque "change : le tissu fibreux l'emporte de plus en plus sur les fibres musculaires, et par suite, l'action de la digitale sur les contractions cardiaques devient de plus en plus douteuse.*

Dans les dilatations du cœur droit survenant sous l'influence de certaines affections gastriques ou hépatiques, *la digitale est absolument contre-indiquée, parce que ce médicament trouble les fonctions digestives, et que d'autres part, la cardiopathie est le plus souvent curable, en même temps que l'affection gastrique qui lui a donné naissance, par un régime approprié.*

Dans la *myocardite scléreuse* ou cardio-sclérose, le myocarde est affaibli, le pouls est petit et arythmique, et les crises asystoliques sont suscitées par la moindre fatigue ou sous l'influence des émotions. Dans ces cas d'asthénie cardiaque, l'emploi de la digitale se justifie dans les premiers temps de la maladie, tant que l'intégrité de la fibre musculaire cardiaque est relativement conservée ; mais, à une période plus avancée, il faut suspendre ce médicament devenu insuffisant. On pourra alors s'adresser au strophanthus et à la spartéine qui donneront quelques succès, d'ailleurs précaires.

Enfin, il faut dire deux mots sur l'emploi de la digitale dans la dégénérescence et dans la surcharge graisseuse du cœur. Ce sont là deux affections bien distinctes, surtout au point de vue que nous envisageons ici.

Dans la *surcharge graisseuse*, ou cœur gras, adipôme, polysarcie du cœur, qui se rencontre chez certains obèses, le myocarde en lui-même est peu altéré, dans les premiers temps tout au moins, et le cœur est surtout gêné dans ses mouvements physiologiques par le coussinet adipeux qui l'enveloppe ; par conséquent, *la digitale peut être utile aux malades et les aider à traverser, sans encombre, les crises d'hyposystolie.*

Mais, à une période plus avancée, il y a de la *dégénérescence graisseuse* du myocarde, et celle-ci, qu'elle soit la conséquence de la surcharge ou qu'elle soit primitive, *contre-indique l'usage de la digitale*, dont l'effet, en pareille circonstance, serait, pour employer une comparaison vulgaire, celui d'un cautère appliqué sur une jambe de bois.

(Le concours médical.)

#### La phototherapie et l'antisepsie locale et generale contre la variole

M. le Dr Barbary, de Nice, a communiqué à l'Académie l'observation de huit cas de variole confirmée traités par l'isolement à la chambre rouge et la cure septique et antiseptique suivante :

Médication cutanée.— Le matin, dans la journée et dans la soirée, grandes lotions de tout le corps avec une solution de sublimé à 1/200.

Vaporisation de la même solution tiède à 1/4000

deux fois par jour à la face. Lavage des yeux, du nez, des oreilles. Gargarismes et soins de la bouche.

Matin et soir, longtemps après la vaporisation, badigeonnage des parties envahies par l'éruption, la face comprise, avec le mélange suivant :

Salicylate de soude.....	5 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	} aa 10 —
Alcool.....	

Grand lavement d'eau boriquée bouillie chaque matin.

Médication interne : Deux fois par jour une cuillerée à soupe de sirop phéniqué.

D'après les indications de la température, deux fois par jour, un cachet de :

Salol.....	0 gr. 20 centigr.
Bromhydrate de quinine.....	0 gr. 25 —

Lait toutes les deux heures, coupé alternativement de café ou d'eau alcaline.

Par cette thérapeutique, M. Barbary a obtenu les résultats suivants : 1° guérison rapide ; 2° au cours de la maladie, disparition rapide de la température ; pas de suppuration ; pas de complications ; marche très rapide de la maladie ; 3° après la desquamation, visage idem de stigmates.

(Le Concours Médical.)

#### Hyperhydrose des pieds

La *Correspondance médicale* résume en quelques lignes les principaux moyens de traitement à opposer à cette si gênante infirmité des arthritiques nerveux, qu'on appelle l'hyperhydrose des pieds :

Comme traitement médicamenteux interne, il y a peu de substances recommandables. On a essayé sans succès : atropine, belladone, tannin, phosphate de chaux, agaric, strychnine, ergot, pilocarpine, tisane de sauge, etc., etc.

Le traitement local est préférable.

On a préconisé l'emploi de l'acide borique appliqué sur la peau, en solution concentrée dans la glycéline. On saupoudre également les pieds et les chaussettes avec de l'acide borique mélangé au cinquième avec de la poudre d'amidon. Les applications topiques d'acide tartrique de sous-nitrate de bismuth ont été conseillées. Le saupoudrage avec le mélange suivant est recommandable :

Talc pulvérisé.....	40
Sous-nitrate de bismuth.....	45
Permanganate de potasse .....	12
Salicylate de soude.....	2

Les lotions chloralées avec la solution suivante :

Chloral.....	2 grammes
Eau.....	200 —

sont indiquées pour combattre la fétidité des transpirations locales.

Unna a conseillé de prendre le soir des bains tièdes simples, puis de faire des onctions avec :

Ichtyol ... ..	} 50 grammes
Eau.....	
Lanoline .....	20 grammes

Hebra a proposé un traitement qu'il considère comme héroïque. Il enveloppe le pied séché avec soin d'un emplâtre étendu sur un linge et composé de parties égales de diachylon simple et d'huile de lin ; on en met entre les doigts des pieds pour les isoler les uns des autres. Il faut que tout le pied soit complètement recouvert et que la peau soit directement en rapport avec l'emplâtre. On met ensuite un bandage ou un bas ordinaire. Après douze heures, on enlève le pansement on frotte simplement les parties malades avec un linge sec, puis on refait le pansement et cela deux fois par jour pendant dix à douze jours. On n'emploie ensuite que des poudres inertes.

Kaposi a préconisé le naphtol : matin et soir lotions avec :

Naphtol b.....	5 parties
Glycérine.....	10 —
Alcool.....	100 —

puis on saupoudre, soit avec de l'amidon pur, soit avec :

Naphtol pulvérisé.....	2 parties
Amidon.....	100 —

Une excellente pratique consiste à employer localement l'acide salicylique et les composés salicylés. C'est ainsi que M. Brocq recommande de faire prendre un bain de pieds simple ou astringent à l'eau de feuilles de noyer, de laver ensuite avec de l'alcool ou avec un des mélanges suivants ;

Sulfate de quinine.....	5 parties
Alcool à 60° .....	500 —

ou :

Tannin.....	1à3 parties
Alcool à 60° ou eau.....	250 —

puis poudrer avec un des mélanges suivants :

Acide salicylique.....	3 parties
Amidon.....	10 —
Talc pulvérisé.....	87 —

ou bien :

Alun pulvérisé.....	45 parties
Acide salicylique.....	5 —

On se sert également de perchlorure de fer, de la manière suivante :

Pendant deux jours on prend des bains froids avec de l'eau de feuilles de noyer, le troisième jour on badigeonne les pieds matin et soir avec le mélange suivant :

Glycérine .....	10 grammes
Perchlorure de fer liquide.....	30 —
Essence de bergamote.....	XX gouttes

Voici une formule complexe que Tshappe donne comme très efficace contre les sueurs fétides :

Sulfate de zinc.....	} àà 450 grammes
Sulfate de fer.....	
Naphtol.....	1à5 —
Essence de thym.....	3à5 —
Acide hypophosphoreux.....	7à5 —
Eau distillée.....	2,500 —

Lotionner matin et soir les parties atteintes.

Dans l'armée allemande, l'emploi topique de l'acide chronique pour remédier à l'hyperidrose des pieds, est d'un usage courant. La guérison de cette véritable infirmité a été obtenue dans 42 % des cas, une amélioration franche dans 50 % des cas, 8 fois sur 100 l'insuccès a été complet. L'acide chronique est employé en solution à 5 ou 10 % et sous forme de badigeonnages des plantes des pieds et des espaces interdigitaux avec un tamponnet d'ouate imbibé de la solution médicamenteuse. Le badigeonnage est pratiqué sous la surveillance du médecin avant le coucher des hommes et après un lavage en règle des pieds, qui devront ensuite être soigneusement desséchés. On fait deux séances de badigeonnages à 8 ou 15 jours d'intervalle.

(Le concours médical.)



**Les injections mercurielles et le traitement de la syphilis**

Dans un travail, résultat de 18 mois d'observations prises à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. du Dastel, j'ai étudié quelle injection mercurielle meublait la plus efficace, la moins dangereuse, la mieux tolérée par l'organisme.

A cette époque, je publiais les résultats thérapeutiques de 651 injections, dont 423 de sérum bichloruré de Chéron. C'est la première fois qu'en dehors de Saint-Lazare et qu'à l'hôpital Saint-Louis cette préparation fut employée et c'est la première étude faite sur elle avec un aussi grand nombre d'injections. Actuellement, j'ai fait plus de 1200 injections, qui se décomposent ainsi : 350 de calomel, 150 de salicylate de mercure, 700 de sérum bichloruré de Chéron ; j'ai noté les effets de près de 500 injections d'huile grise faites à Saint-Lazare par M. Le Pieur. Je ne puis jusqu'ici qu'affirmer mes conclusions précédemment formulées, que je vais résumer.

Je suis persuadé, étant donné le très peu d'accidents

causés par elles et leur activité thérapeutique généralement remarquable, que l'avenir du traitement de la syphilis appartient aux injections, et que leur code se résumera un jour en ces seuls mots : injecter tous les syphilitiques. Est-on assuré que les nombreux clients de Saint-Louis, Ricard et Broca prennent régulièrement leurs pilules ou leur sirop de Gibert ? Avec les injections, on aurait la certitude absolue qu'il se soignent et ce serait, à mon avis, un excellent mode de prophylaxie contre les accidents ultérieurs, sérieux toujours chez des syphilitiques qui ont eu un traitement insuffisant.

Quelques mots de technique : on doit faire toujours l'injection intra-musculaire, région rétrotrochantérienne, ensellure lombaire ; c'est une faute opératoire de faire une injection mercurielle sous-cutanée. — Ne jamais se servir d'une aiguille en acier ; avoir nue aiguille en platine iridé, flambée avant et après l'injection, longue de 4 à 5 centimètres. — Il me semble inutile, ainsi que je l'ai vu faire souvent, de se livrer à une antiseptie rigoureuse chirurgicale de l'endroit où se fera la piqûre, lavage au savon, brossage trop énergique, car j'ai vu quelquefois la peau toute rouge, excorié même ; lavage au sublimé, puis à l'alcool, puis à l'éther, tout cela est du superflu, on ne ferait pas davantage pour une opération grave. Un frottage avec un tampon d'ouate hydrophole imbibée de sublimé ou d'éther est suffisant. Depuis 12 ans, M. Le Pileur n'a jamais fait d'autre antiseptie que le frottage au sublimé, depuis trois ans, je me sers d'éther : il n'y a jamais eu ainsi d'accidents dus au défaut d'antiseptie. L'éther présente un avantage : il anesthésie légèrement la peau.

Il existe deux méthodes d'injections : l'insoluble, qui consiste à injecter un sel de mercure insoluble qui mis en réserve dans les tissus, sera solubilisé lentement et utilisé par l'organisme. Par la méthode soluble, on introduit une très faible quantité d'un sel soluble qui, immédiatement utilisée, sera forcément renouvelée souvent, tous les jours.

On a utilisé de nombreux sels en injections insolubles : oxyde jaune, phénate de mercure, thymolacétate, etc., le mercure métallique également.

Pour mes 159 injections de salicylate de mercure, j'ai employé la formule suivante :

Salicylate de mercure.....	2 gr. 80
Huile de vaseline.....	20 gram.

Une injection de 1 cent. cube était faite tous les samedis. Cela faisait 14 centigrammes de sel injecté chaque fois. Bien que cette dose puisse paraître exagérée, elle est fort bien tolérée ; elle n'expose ni aux abcès, ni aux intoxications. La douleur (26 fois sur 150) est très légère et n'empêcha jamais un injecté de vaquer à ses occupations. Quatre fois seulement elle fut intense et comparable à celles du calomel, sans pourtant forcer le malade au repos absolu. 8 nodi ont été constatés. Un seul cas de stomatite, encore très

légère. Son activité thérapeutique n'est guère plus rapide que celle du traitement stomacal : ce n'est guère que vers la 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> injection qu'elle commence à se manifester. Dans un cas de syphilis grave viscérale, le salicylate n'est pas employé. Lorsqu'un malade ne veut pas s'astreindre à prendre chaque jour ses pilules, on peut utiliser cette injection.

L'huile grise est, comme le salicylate, une préparation fort bien supportée. Elle nécessite l'emploi d'une seringue spéciale construite de telle sorte qu'il ne puisse y avoir d'erreur dans le nombre de gouttes injectées (Seringue à tige micrométrique de M. Le Pileur). L'huile grise employée ordinairement est à 40 pour 100 en poids de mercure ; elle est injectée à la dose de 2 gouttes et demie. Elle ne donne que très rarement de la réaction locale. Sur les 500 injections d'huile grise que j'ai vu faire je n'ai constaté la douleur, très légère du reste, inférieure même à celle du salicylate, que 15 fois. Les nodi sont peu fréquents. Le seul accident sérieux qu'on puisse craindre, c'est la stomatite dans la proportion de 2.5 pour 100 : elle est fréquemment tardive : ainsi je l'ai vue survenir un mois après une injection, la dernière de la série de 4, chiffre jamais dépassé.

Il est bien rare qu'on soit forcé de recourir à une seconde série de quatre injections. Une seule série suffit le plus souvent à faire disparaître les lésions dont sont atteintes les syphilitiques que j'ai vues à Saint-Lazare. L'huile grise remplace avantageusement les pilules, est bien tolérée et agit efficacement.

Le calomel est de toutes les injections la plus douloureuse, la moins bien tolérée, c'est l'avis unanime de tous les syphiligraphes. La douleur qu'il cause est souvent telle que le patient est forcé de s'aliter. Je l'ai trouvé en bloc 27,5 fois 100 ; c'est la plus forte proportion que j'ai rencontrée dans les diverses injections que j'ai employées. Le nodus est très fréquent : je l'ai trouvé 30 sur 100. Il arrive quelquefois que ce nodus dégénère en abcès.

Sur les 78 injections de calomel que j'avais faites tout d'abord j'ai eu trois abcès, peu graves, comparables à un furoncle sauf en ce qui concerne la couleur du pus, qui est chocolat. Ces abcès ne sont pas dus à une faute opératoire, ni à la mauvaise qualité de la préparation calomélique, et la preuve que j'en donnerai est celle-ci : le même jour je fais sept injections de calomel, six injectés n'ont rien, le septième a un abcès, et cependant ce fut la même préparation, ce furent les mêmes précautions pour tous. Cet abcès est aseptique et est le résultat d'un foyer de nécrose liquéfiée.

Il est, comme la douleur d'ailleurs, produit grâce à une susceptibilité particulière du sujet. Quoi qu'il en soit, sur mes 1700 injections diverses, ce n'est qu'avec le calomel est ordinairement employé à la dose de 5 centigrammes pour 1 gramme d'huile de vaseline.

Il n'a pas toujours l'activité thérapeutique qu'on s'est plu à lui accorder. Je soigne en ce moment un

malade qui a une syphilose labiale, lèvre inférieure volumineuse, dure, ulcérée: 14 injections de calomel n'ont presque pas modifié la lésion; 8 injections de calomel font cicatriser une gomme à grand'peine, encore chez le même malade, à la 8<sup>e</sup> injection s'ouvrent d'autres gommes; il faut 10 injections pour amener une légère amélioration chez un ictérique syphilitique. Je pourrais multiplier les exemples cliniques. Une plus longue pratique du calomel ne peut que me faire confirmer ce que j'ai dit à son sujet: il est extrêmement et très souvent douloureux, il cause fréquemment des nodi qui dégèrent en abcès, il est infidèle dans sa thérapeutique, il n'en devra, à mon avis, n'être employé qu'avec la plus extrême réserve.

Les injections insolubles, malgré leurs avantages incontestables présentent un inconvénient capital: elles constituent un mode d'hydrargyrisation absolument incertain.

(A suivre.)

## Coq-a-l'ane médicaux

*L'erysipèle et la lumière rouge.*—Krukenberg a obtenu d'excellents résultats en n'exposant ses malades qu'à la lumière rouge. Il croit que cette lumière agit seulement en excluant les rayons chimiques de la lumière solaire. On aurait obtenu aussi des bons effets, en tenant les malades à l'obscurité et en ne se servant de lumière rouge qu'au besoin. (*Mun. Med. Woch. N. Y. Med. Rec.*)

*La surdité dans la fièvre typhoïde.*—Doane (*N. J. Mid. J.*) vient de rappeler ce que Trousseau a dit il y a vingt-cinq ans. Il est entièrement de l'avis du grand clinicien français. Trousseau dit: "Lorsque la surdité se prononce d'un seul côté, le pronostic doit être réservé.....mais lorsque la surdité se manifeste des deux côtés, le pronostic m'a paru généralement favorable;.... je n'ai presque jamais vu mourir les individus qui m'avaient présenté ces phénomènes. Je ne dis pas que ces malades guérissent à cause de leur surdité, mais que j'ai vu rarement succomber ceux qui en avaient été atteints...Sans pouvoir l'interpréter, je constate ce fait clinique que d'autres avaient constaté avant moi, en vous engageant à y regarder lorsque vous le rencontrerez." (*Cliniques*, 6<sup>e</sup> édit., vol. 1, p. 336.)

*La parotidite et la fièvre typhoïde.*—Cette complication relativement rare avait sa valeur pour Trousseau: "Ce que les anciens auraient appelé une crise ou une métastase, je l'appelle une très funeste complication...Pour les uns l'apparition des parotides est une complication toujours sérieuse; pour d'autres leur développement

annonce une heureuse terminaison de la maladie. Pour moi, je regarde les parotides comme un accident très-grave, et presque jamais, soit dans la dothiéntérie, soit dans d'autres maladies fébriles, je n'ai vu guérir les individus qui en étaient affectés." Osler signale quatre guérisons. Il dit que l'affection est le plus souvent unilatérale et suppure ordinairement. Lorsqu'elle est due à la simple propagation par le canal de Sténon, elle est moins à craindre que si elle survient par infection métastatique.

*Pour prévenir les cicatrices dans la variole.*—T. C. Gibsen (*Amer. Med.*) donne la formule suivante comme très efficace. Avant de s'en servir, il faut éponger la peau avec de l'eau tiède et du savon:—Ichtyol, gaiacol, de chacun deux drachmes; glycérine, un demi-once. Appliquer au moyen d'une plume trois fois par jour.

*Fausse rumeur.*—Tiens, je suis bien content de te voir, mon vieux. J'avais lu dans les journaux que tu étais mort.

—Oui, j'ai vu ça, moi aussi; mais j'ai compris, en le lisant, que ce n'était pas vrai! (*Funny Bone.*)

*Comment les princes de la science pronostiquent.*—Le spirituel collaborateur de la Cincinnati Lancet-Clinic, T. C. M., rapporte les deux faits suivants, de nature à encourager les jeunes à faire... mieux, si possible (???) :—Un monsieur se présente à Virchow, qui, malgré qu'il ne fût pas de médecine ordinaire, l'examina attentivement, puis lui dit:—Mon cher ami, vous n'avez aucune affaire d'être vivant. Vous avez trois maladies dont chacune est arrivée à une période qui aurait dû causer votre mort. C'est un cas intéressant qui nous montre que l'on ne doit pas toujours se fixer à la théorie. Voulez-vous passer dans la pièce voisine, je voudrais vous faire voir à quelques messieurs qui sont là? Et Virchow d'entretenir longuement sa classe sur la nature et la marche des trois maladies dont le monsieur était atteint. Le malade pratiquement mort, s'esquiva. L'homme vit encore; et tout dernièrement, lorsque Virchow célébra son quatre-vingtième anniversaire, celui qui aurait dû être mort, était parmi ceux qui envoyèrent leur félicitations au savant.

Un vieux chirurgien de l'armée des Indes raconte que le célèbre Bright étant à l'apogée de sa gloire, il était allé le consulter. Bright lui ordonna de résigner sa position ou il mourrait en moins d'un an; et, qu'au mieux, il ne survivrait pas plus de deux ans. Le vieux brave s'en retourna à son brandy et à son soda, et mena son ancien train de vie. Il y a longtemps que Bright est mort et le vieux militaire vient de s'éteindre à l'âge de quatre-vingt-douze ans.

Le docteur O. D. Norton, de Cincinnati, dit bien spirituellement: Ne donnez jamais la main au diable avant de le rencontrer.



*L'ichthargan.*—Voilà le plus nouveau et le plus puissant gonococde. Il s'appelle en chimie le thio-hydrocarbo-sulfonate d'argent ou argentum thio-ichthocarburo-sulfonicum soluble ! C'est le plus fort de tous les composés d'argent. On doit le conserver dans des flacons colorés. Il est soluble dans l'eau, la glycérine et l'alcool dilué, mais insoluble dans l'alcool absolu, l'éther et le chloroforme. Il est relativement peu toxique. Le gonococque est tué par une solution à 1 % dans une minute, une solution à 1 pour 1000, annihile le streptococque en vingt minutes, le bacille d'Eberth, en cinq et celui de Loëffler, en trente minutes. Dans le traitement de la blennorrhagie, on se sert de solutions à 1 pour 2000 ou pour 3000. Aufrecht et Douglas l'ont expérimenté. Pour le naso-pharynx, on emploie des solutions de 1 pour 10, 20, 50. C'est un antiseptique, un anesthésique faible, un antiphlogistique, un stimulant et un modificateur des sécrétions. On l'a employé avec avantage dans la rhinite atrophique et catarrhale, l'amygdalite, la laryngite et la trachéite (*J. Am. Med. A.-Cot. Med. J.*)

*Une césarienne à la cocaïne, par rachicocainisation.*—S. R. Hopkins, de Springfield, Ill., vient de pratiquer une opération césarienne avec succès, en se servant de ce mode d'anesthésie, qui éviterait le grand relâchement musculaire causé par l'anesthésie ordinaire, et qui utilise les propriétés ocytociques de la cocaïne. (*J. Am. Med. A.*)

*Pas l'homme qui faut.*—Le mari anxieux :— Je crains, docteur, que ma femme ne soit bien malade. Elle n'a pas dit une parole de la journée.

—Le médecin :— Alors vous n'avez pas besoin de moi. Envoyez quérir l'entrepreneur de pompes funèbres. (*Funny Bone.*)

NIRE.

## BIBLIOGRAPHIE

*Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Ces *Conférences de médecine clinique* comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moëlle. — X, Moëlle et Rachis. — XI,

Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX, et XX, Reins, Urètres, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture ; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

*Dysentérie aiguë et chronique. Étiologie, Bactériologie, Anatomie pathologique.* Petit in-8 avec 1 fig. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Memoire.*) GALLIOT (A.), Médecin en chef de 1<sup>re</sup> classe de la Marine, ancien Professeur de Clinique médicale à l'École des Médecins stagiaires de la Marine, Médecin en chef résident à l'hôpital maritime Saint-Madrier de Toulon.

## NOUVELLES.

NÉUROLOGIE :—

A Ottawa le 4 du courant, est décédé, à l'âge de 41 ans le docteur W. H. Klock. Le défunt était bien connu à Montréal. Il a été gradné à l'Université McGill en 1885.

A Lachute, le 5 d'août dernier est décédé, le Dr Christie, député au comté d'Argenteuil, aux Communes est mort, à dix heures du matin, à sa demeure.

Il défunt était âgé de 78 ans.

Il fut élu député pour la première fois en 1875.

Feu le Dr Christie était le troisième fils de feu John Christie, qui, en 1827, émigra d'Écosse au Canada, et se fixa à Lachute.

Il fit ses études médicales à l'Université McGill et obtint ses degrés en 1848.

Comme nous le disons plus haut, sa carrière politique commença le 31 décembre 1875, alors qu'il fut élu par acclamation député de son comté aux Communes. En 1878 il défut Sir John Abbott, mais son élection fut annulée. Il fut élu de nouveau en 1901, et représentant le comté d'Argenteuil aux Communes, depuis cette époque.

## Supplement Litteraire

## La Furoncle et l'Acne.

(Suite)

L'Acné, prenant ses airs pointus de circonstance, —

" Je vous le dit en vérité,

" Gardez votre pitié pour des gens plus minables,

" Vous qui sondez si bien les âges insondables,

" Et veuillez m'épargner cet excès de bonté

" Qui protège de haut ma modeste entité.

" Apprenez, beau cousin, que jamais je n'eus cure

" D'occuper des Congrès la scène à grands fracas ;

" En faisant mon chemin ainsi, sans embarras,

" Peut-être ai-je évité quelque mésaventure

" Si je n'ai, comme vous, un relief imposant

" Que, seul, notre oncle Anthrax dépasse en envergure,

" Et si je tente moins le couteau reluisant

" Des chirurgiens, pourtant, — je puis bien vous le dire,

" Au risque de vous voir répondre d'un sourire

" Et prétendre que ce sont là piètres exploits, —

" Remémorez-vous qu'à l'ordre du jour parfois

" On m'a mise en vedette,

" Sans que je fusse un trouble-fête,

" Quand l'unanimité des Peauciers proclama

" Qu'il est bien fils d'Acné, le grand Rhinophyma,

" Qui du nez tubéreux jusques à la glabelle,

" Infiltre les rondeurs de sa grappe rebelle.

" Quand à votre aureus, ce microbe galbeux

" Qui cultive, aux aguets au fond des chemins creux

" Du derme humain, en sa fringale anthropophage,

" Qui sait si, quelque jour, un vaillant microphage ?....—

A ce langage qu'il jugeait impertinent,

Maître Furoncle allait répliquer vertement,

En rompant le cachet de l'aigle cousinette

D'un de ces mots cinglants que plus tard on regrette,

Quand le clairon d'un jeune coq

Plein de maestria, de chaleur et de vie,

La voix d'un consultant que chacun nous envie,

Se fit entendre : c'était Brocq.

" Elite des Peauciers, très éminents confrères,

" Vous qui nous apportez des cités étrangères

" L'esprit scientifique, au vol ambitieux,

" De tout progrès clinique ayant tout curieux,

" Regardez, — disait-il, — sous sa chaude enveloppe,

" Ce cône, casqué d'or, habillé de vermeil,

" Ce furoncle, sur terre à nul autre pareil,

" Qui rappelle à nos yeux étonnés le Cyclope.

" Au nombre des héros par Homère chanté :

" Quelle prestance ! Et que de majesté !

" Admirez-le, Seigneurs : saluons-le, vous dis je ;

" Car s'il a le brio du Furoncle prodige,

" Si du Staphylocoque il prouve hautement

" La virulence, en riche épanouissement,

" Et vient en célébrer la plus belle victoire,

" Il va mourir ! Il meurt, tombant en pleine gloire.

" Furoncle ! Honneur à toi, pour la dernière fois !...—

" Je ne vous apprends pas, messieurs, qu'entre les lois

" Régissant les destins cachés de la matière.

" Le *struggle for life* est de toutes la première,

" Inéluctable en sa rigueur.

" *Vae Victis* ! Au vaincu féroce est le vainqueur.

" Partant, si pour l'amour de l'art mon œil admire

" Ce conquérant superbe à sa proie attaché,

" Depuis longtemps tous mes efforts avaient cherché

" A trouver les moyens de saper son empire.

" Je pense avoir atteint mon but, mais ce n'est qu'à

" Vous que je réservais ce nouvel *Eureka* !

" C'est encore à Pasteur que nous devons la cure

" Radicale du fier géant suppuratif,

" Au savant qui surprit l'âme de la levure

" Dans l'invisible grain du germe évolutif

" De la bière, où la vie en bulles d'or crépite.

" De cas bien observés, dont l'un m'est personnel,

" Je viens vous résumer sobrement une suite

" Qui, dans l'espèce, attend un vote solennel

" De votre aréopage, aux arrêts sans appel.

" Avant de commencer, permettez que j'ajoute

" — Les résultats pour moi ne laissant aucun doute —

" Qu'avec l'anthrax si le Furoncle est condamné,

" La levure émoussa sa dent contre l'Acné. "

De son discours l'écho, dans la salle attentive,

Du Furoncle altéré sembla sonner le glas :

Le Cyclope vaincu, comme la sensitive

Touchée au cœur, déjà s'affaissait, flasque et las

D'une lassitude mortelle,

Tandis que fière, ainsi que la rose nouvelle

Qui s'ouvre aux chauds baisers du soleil de midi.

L'Acné se rengorgeait. — Et moi, des Congressites

*Parva pars*, je redis, avec les humanistes,

Avec Littré, Pasteur, Nicolas, Bermondy,

Le mot toujours si vrai, l'historique parole,

Que le roc Tarpéien est près du Capitole

*Sic transit gloria mundi* !...(Dr SENEY, in *Le Concours méd.*)

## Une farce d'étudiant

Qui dort dîne

Il y a de cela pas mal d'années, j'étais étudiant en médecine à Tours et j'avais vingt ans ! Je demeurais dans une jolie rue, large comme un boulevard, plantée d'acacias, reliant perpendiculairement, du nord au sud, le quai de la Loire au mail de la ville. *Olim meminisse juvat*...

Certain jour, dans un après-midi ensoleillé du mois de juillet, par une température lourde et orageuse, trois de mes camarades, accablés par la chaleur, étaient réu-

nis chez moi. L'un d'eux Paul L..., s'étend sur le lit et biontôt la pièce retentit de ses ronflements sonores.

Nous, pendant ce temps-là, nous cherchions en vain à charmer nos loisirs par une conversation plutôt languissante et nous commencions à nous ennuyer ferme quand, heureusement, arriva le moment d'aller dîner. Déjà, je m'avancais vers le lit pour réveiller mon ami, qui, dormant avec une figure souriante, semblait plongé dans un rêve agréable, quand il me vint à l'idée de lui faire une farce, idée aussitôt communiquée aux deux autres jeunes gens et acceptée avec enthousiasme.

—Oui, oui, s'écrièrent-ils, ce que nous allons rire à son réveil, ça va être tordant !

J'ouvre la fenêtre et ferme les contrevents sans bruit. Les doubles rideaux sont tirés doucement. L'obscurité est complète. Une bougie allumée vient éclairer la situation.

L'aiguille de la pendule est mise sur neuf heures. Chacun des assistants en fait autant pour sa montre. Il s'agissait ensuite de régler de la même façon la montre du dormeur. Ce n'était pas le plus facile. Avec d'innombrables précautions, la petite opération de réglage fut effectuée.

Il était donc neuf heures partout... dans ma chambre.

Sept heures sonnaient aux horloges du dehors, il était temps de réveiller L... qui dormait toujours comme un bienheureux, plongé dans son rêve agréable et murmurant de tendres paroles... C'était vraiment dommage de le rendre à la prosaïque réalité des choses terrestres !

Je dus l'appeler plusieurs fois et le secouer fortement. Il finit par ouvrir les yeux et se dressant brusquement sur son séant, regarde avec un ahurissement comique tout ce qui l'entoure, ayant de la peine à se rendre compte de la situation.

—J'ai donc dormi bien longtemps, dit-il. Il fait nuit. Quelle heure est-il ?

—Neuf heures, au moins, répondîmes nous, tout à la fois.

—Neuf heures ! C'est impossible. Vous n'avez donc pas dîné, vous autres ?

—Nous en revenons l'instant, répondis je.

—Sacré tonnerre ! Et vous m'avez laissé, moi qui ai si grand faim.

—Tu dormais si bien. Tu étais plongé dans un rêve agréable. Tes lèvres murmuraient de tendres paroles... C'eût été dommage. Laissons-le, avons-nous dit. *Qui dort, dîne.*

Le dormeur, complètement réveillé par notre raisonnement dont il ne sembla pas goûter l'à-propos, se fâcha tout rouge et nous lança à la tête les épithètes les moins parlementaires.

Nous nous tordions dans un rire inextinguible.

Ah ! mes pauvres amis, je ne vous croyais pas si bêtes que ça ! nous dit-il ironiquement.

On lui fit voir la pendule. Chacun montra sa mon-

tre Il regarda la sienne. Le doute n'était plus permis. Il faut se rendre à l'évidence.

—Oui, c'est vrai... alors pour le bon plaisir de ces messieurs, il faut que je me passe de dîner. Le restaurant va être fermé. Je me sens une faim...

—Ecoute-moi, répliquai je, tu connais le proverbe : La plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a. Eh bien ! j'ai ici quelques menues provisions, un peu vieilles peut-être. De grand cœur, je te les offre.

—Ma foi, j'accepte, dit-il, un peu radouci. J'ai si faim !

Et l'affamé installé devant une table, le dos tourné à la fenêtre, entama son frugal repas.

Instantanément, rideaux, fenêtre et contrevents sont ouverts avec fracas. Un soleil éblouissant inonde la chambre de ses flots de lumière.

L... se leva d'un bond, aveuglé, le regard fou, se demandant avec angoisse s'il était éveillé, s'il rêvait ou s'il avait perdu la raison.

Nos bruyants éclats de rire lui prouvèrent vite que le mauvais rêve était évanoui pour faire place à l'agréable réalité de ces mots de la fin :

—Messieurs, allons dîner !

(Dr GEORGES BOURGOUNOU in *La cons. méd.*)

#### Un remède contre la diphtérie

Un médecin viennois, le Dr Kürt, aurait découvert contre la diphtérie un remède d'une simplicité qui déconcerte. " Dès que surgit dans l'arrière-bouche le picotement de fâcheux présage, lit on dans le *Gaulois*, il suffit de sucer un sucre d'orge, un brin de bois, un caillou, tout objet propre à entretenir une salivation abondante, et de la diriger ensuite sur les points attaqués. La salive, en effet, est douée, paraît-il, de propriétés bactéricides qui détruisent les microbes beaucoup plus rapidement que la formule la plus compliquée du Codex, et en une demi heure le mal est enrayé. La diphtérie guérie avec un sucre d'orge, c'est le cas ou jamais de dire : la joie des enfants... et la tranquillité des parents."

Qu'on ne partage pas les illusions du *Gaulois*, le rôle phagocytaire de la salive ne saurait suffire, et pour une foule de raisons, qu'il n'est pas le moment de faire connaître, il ne supplantera pas le sérum antidiphtérique.

(*Bull thérap.*)

Un financier archivéroux arrive en retard à un rendez vous d'affaires.

—Je vous prie de m'excuser, dit-il. Figurez-vous que ma montre est arrêtée...

—Je commençais à être inquiet... Heureusement, ce n'est que votre montre !

## Travaux Originaux

### UN CAS D'UTERUS BICORNE

par le Dr Wm. Jas. DEROME

Nous devons à notre confrère et ami, M. le docteur Oswald Létourneau, de Saint-Henri, de pouvoir vous faire le rapport d'une malformation utéro-vaginale.

Le sujet de la présente observation, Madame P... est âgée de 26 ans, mariée depuis un peu plus de neuf mois et grosse d'un enfant à terme.

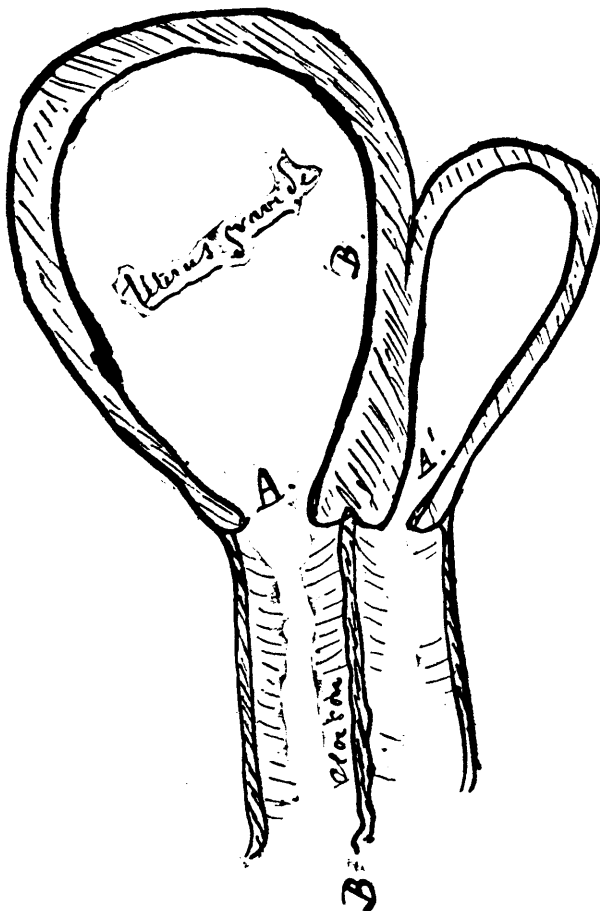
Son histoire antérieure, n'offre rien de spécial. Régulée à 14 ans; depuis ce moment, elle n'a jamais eu de ce côté, aucun trouble notable. Son père et sa mère vivent encore; ils comptent une famille de 15 enfants, tous bien portants. Elle n'aurait jamais rien entendu raconter, qui aurait pu faire soupçonner une malformation utérine, soit chez sa mère ou ses sœurs, soit chez ses collatéraux.

Le 31 mai, se sentant prise de douleurs, Mad. P... fait appeler le Dr Létourneau. La poche des eaux se rompt avant l'arrivée du médecin. A l'examen, le Docteur constate un col petit, fermé, légèrement ramolli, ne présentant aucun indice de travail commencé, et retourne chez lui, persuadé, que l'accouchement ne se ferait pas avant plusieurs heures. En effet, ce n'est qu'après trente heures, que les tranchées réapparaissent, très fortes. Rappelé auprès de la parturiente, le docteur Létourneau pratique un nouvel examen, (dans la position debout) et constate le même état de choses que la veille; un peu plus tard un second examen, change toute l'histoire, il trouve un col entr'ouvert, effacé mais rigide. Au bout d'une heure à peu près, il tente un autre examen, toujours avec deux doigts, de la main droite, et il enfourche cette fois une bandelette, épaisse, charnue. Au bout de l'index, il perçoit, un col fermé, dur et au bout du médius un col entr'ouvert, rigide. Un comble!

De l'ouverture du vagin, la bandelette s'étend jusqu'aux cols de l'utérus, faisant cloison et divisant le vagin en deux parties sensiblement égales (fig. I. B.B.). Le col du côté droit était suffisamment dilaté pour permettre de constater que la cloison vaginale s'étendait au-delà et qu'elle existait aussi du côté de l'utérus.

Le fœtus occupe la portion droite de l'utérus et la tête se présente en O. I. D. A. Le palpée, et l'inspection de l'abdomen révèlent un développement beaucoup plus considérable de la corne utérine droite, qui va en décroissant à mesure qu'on atteint la corne gauche.

L'utérus gravide présentait à peu près la forme représentée par fig. I, forme qui resta sensiblement la même après la délivrance, moins le volume.



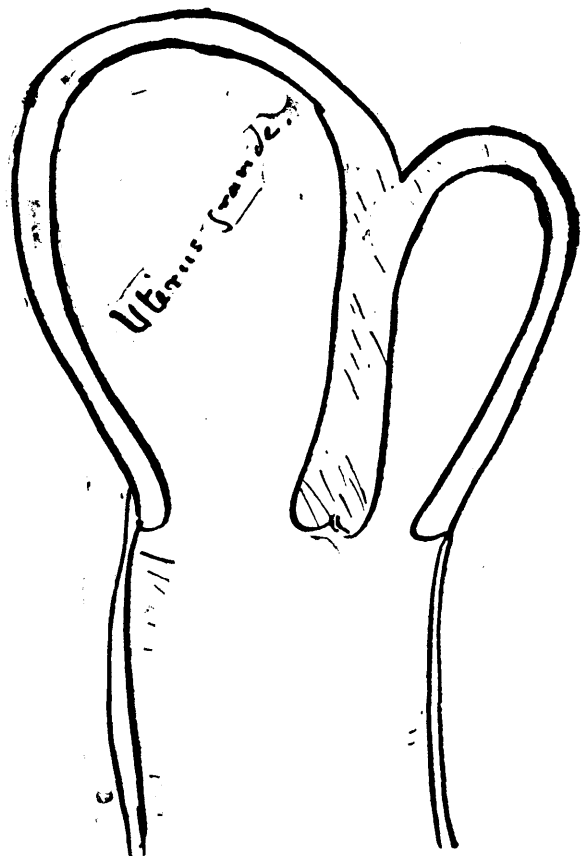
(Fig. I) — A. A. Cols utérins; B. B. Septum vaginal se prolongeant jusqu'au fond de l'utérus.

En présence d'une telle malformation, le Dr Létourneau posa un diagnostic d'utérus bicorne avec double vagin et fit mander un confrère. Il fut facile de confirmer l'exactitude du diagnostic en tous points. Après consultation, le parti, de hâter la dilatation du col et de terminer l'accouchement fut pris. Nous surveillons l'anesthésie, tandis que le Dr Létourneau procède à la dilatation digitale; le septum vaginal cède bientôt, sous la force de la dilatation, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux ciseaux. Cette lacération forcée du vagin ne donna que peu de sang.

Sous l'influence du chloroforme, le col, de rigide qu'il était, ne tarde pas à s'assouplir et la dilatation se fait assez rapidement. Le peu d'élasticité du septum utérin et l'occlusion du col congénère sont un autre obstacle à la dilatation.

Sitôt la dilatation suffisante, une application de forceps au détroit supérieur, termine l'accouchement par l'extraction d'un enfant mâle, vivant, parfaitement conformé, pesant 8½ livres. La délivrance bien complète, n'est suivie d'aucun accident.

Tandis que la patiente est encore sous l'influence du chloroforme, un examen attentif nous permet de constater, que durant le travail, le col gauche, ne se dilatât pas plus grand qu'une pièce de 25 centins.



(Fig. II) — Fragment du septum vaginal.

Poussant plus loin notre reconnaissance, la main gauche introduit, dans la matrice, nous avons pu suivre la cloison de division utérine, jusqu'au fond de l'organe, et nous rendre compte, avec la main droite qui retient le globe utérin, que cette cloison charnue, épaisse, divise l'organe en deux parties à peu près égales.

Pour compléter l'examen nous avons introduit

deux doigts dans le col gauche et parcouru toute la cavité utérine gauche, pendant que la main droite suivait les mouvements internes et confirmait par le palpée l'existence de la corne utérine gauche, moins hypertrophiée, plus dense, que sa congénère et ne présentant pas les changements que l'on constate dans les utérus gravides. Une nouvelle preuve de l'étanchéité de cette cavité et de sa complète séparation d'avec sa cavité sœur c'est que durant l'irrigation intra-utérine qu'à suivi ces manipulations, l'eau introduite à droite ne s'écoulait pas à gauche et vice-versa.

Après la délivrance, l'utérus avait sensiblement la forme représentée par fig. II.

Quoique rangé, à juste titre, dans le chapitre des dystocies pouvant compliquer gravement l'issue de l'accouchement, ce cas a ceci d'intéressant, c'est qu'il a pu être mené à bonne fin, sans complication.

Les complications à craindre, étaient la rupture utérine au cours du travail, par suite du développement inégal des parois utérines ; une gêne dans la descente du fœtus, causée par la présence de la cloison, modifiant la forme de l'utérus ; un défaut d'engagement de la partie fœtale, par la présence de la corne vide, mais hypertrophiée obliquant une partie du bassin ; une adhérence plus ou moins complète des membranes et leur rétention, suivie ordinairement d'infection ; une hémorragie dangereuse, si le placenta est implanté sur le septum, par suite de la contraction imparfaite des rares fibres musculaires qui entrent dans sa structure. Tels sont brièvement résumés, les dangers nombreux, signalés par les auteurs et pouvant se présenter au cours de l'état puerpéral.

Un dernier détail, intéressant à signaler, c'est que le coit était aussi facile d'un côté que de l'autre; la seule différence, nous dit le mari, "c'est que " je ne pouvais jamais aller droit devant moi, il " me fallait toujours obliquer soit à gauche, soit à " droite."

Quant à la femme, le coit n'était pas plus désagréable à gauche qu'à droite !

372, rue Sherbrooke.

## Revue des journaux

## MEDECINE

## Diagnostic de la coqueluche

Tous les praticiens, et en particulier les spécialistes en clinique infantile, savent combien il est difficile parfois d'établir sûrement le diagnostic de la coqueluche, en l'absence des quintes : l'œdème facial, les ecchymoses sous-cutanées, l'ulcération sous-linguale sont des signes inconstants et infidèles ; la quinte seule est caractéristique. " Voici, dit M. Variot, un moyen de provoquer la quinte qui m'a toujours réussi. Il faut faire ouvrir largement la bouche à l'enfant et lui plonger brusquement l'index jusque dans le fond de la gorge, soulever l'épiglotte et faire pénétrer la pulpe du doigt dans le vestibule du larynx, comme pour le premier temps du tubage. Si l'enfant n'a pas la coqueluche, il se cyanose et tousse, mais sans quinte ; s'il l'a, une quinte des plus intenses et des plus caractéristiques se produit à coup sûr, exception faite parfois du cas où une quinte s'est déjà produite quelques minutes auparavant.

Il n'y a pas à craindre de morsure de la part de l'enfant ; la surprise qu'il ressent d'abord puis la toux qui le secoue l'empêchent de mordre.

(*Le Concours Médical.*)

## Dosage approximatif des chlorures urinaux

MM. Ch. Achard et L. Thomas cherchent un moyen d'arriver au dosage approximatif des chlorures urinaux. Pour interpréter en clinique les courbes des chlorures urinaux, il n'est pas besoin de dosages précis. On peut réaliser un dosage commode et suffisamment approximatif avec une technique comparable à celle du dosage de l'albumine par le tube d'Esbach.

Le procédé usuel pour le dosage des chlorures consiste à faire agir sur une quantité variable de solution titrée de nitrate d'argent. Le procédé approximatif, au contraire, fait agir une quantité variable d'urine sur une quantité fixe de nitrate, additionnée d'un peu de chromate de potasse : la teinte brune du chromate d'argent ainsi formé vire au jaune quand il y a assez d'urine pour décomposer tout ce chromate. La teneur de cette quantité d'urine en chlorure est indiquée par la graduation du tube, qui va de 15 grammes à 2<sup>gr</sup>50.

Pour faire le dosage, verser dans le tube, jusqu'à une marque correspondant à 5 centimètres cubes, la solution du nitrate d'argent (à 29,075 p. 1000) et ajouter trois ou quatre gouttes de solution de chromate de potasse (à 1 p. 5). Puis verser l'urine par petites portions en s'arrêtant à chaque trait de la graduation, pour agiter et observer si la teinte rouge brun vire au jaune.

Lorsque ce virage s'est produit, lire le degré atteint sur l'échelle : le taux des chlorures lui est au moins égal.

Comme la graduation est d'autant plus exacte qu'il y a moins de chlorures, si le chiffre de ces chlorures est supérieur à 5, il est bon de recommencer un second essai avec de l'urine diluée. Au dessus de 15 grammes, faire la dilution à 1 p. 6, au-dessus de 10 à 1 p. 4, au-dessus de 5 à 1 p. 2.

(*Gaz. des hôp.*)

## La température dans l'apoplexie

A l'une des dernières séances de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, M. le professeur Lépine a fait une communication sur la température dans l'apoplexie.

" On sait, a-t-il dit, que chez un apoplectique les températures graduellement et rapidement croissantes passent pour être un signe de mort prochaine. Lorsque la température du malade s'élève progressivement à 38° 39° et atteint 40°, la mort n'est plus qu'une question d'heures.

J'ai réuni 41 observations d'apoplectiques chez lesquels la température avait été prise de 3 heures en 3 heures. Dans deux cas j'ai vu, au troisième jour, la température monter à 40° 8 et pourtant le malade survécut encore quelque temps.

En prévoyant une issue rapidement fatale, lorsqu'on voit monter rapidement la température chez un apoplectique, on a dix chances contre une d'être dans le vrai, mais il y a des exceptions. La loi n'est donc pas aussi absolue qu'on pourrait le croire.

(*Le concours Médical*)

## Diagnostic et traitement de l'anévrysme de l'aorte abdominale

M. GAUREVITSCH pense que l'immobilité de la tumeur pendant les mouvements respiratoires, ne peut pas suffire pour exclure l'hypothèse d'une tumeur d'un autre organe. La situation de la tumeur sur la ligne médiane, au niveau de l'épigastre, peut faire songer à un cancer de l'estomac, d'autant plus que ce dernier est loin de s'accompagner toujours de troubles gastriques et que, d'autre part la douleur et les insomnies peuvent amener un amaigrissement très prononcé. On se guidera, dans ce diagnostic, sur l'absence de symptômes de rétrécissement du pylore et sur la constance de la situation de la tumeur pendant la distension artificielle de l'estomac par l'acide carbonique et son évacuation.

Quant au traitement, l'auteur défend l'alcool et prescrit le repos, l'application locale de glace et l'iode la gélatine ne lui a pas donné des résultats satisfaisants, son effet étant très passager.

(*Wratch Gazet — Gaz. des hôp.*)

### Des protozoaires dans le tube digestif de l'homme

M. COHNHEIM expose les résultats de ses recherches relatives aux protozoaires que l'on peut trouver dans le tube digestif de l'homme. Ces protozoaires appartiennent au groupe des infusoires flagellés, notamment aux trois espèces suivantes : *Trichomonas hominis*, *Megas toma entricum* et *Plugiomonas hominis*.

La question a été depuis longtemps discutée, de savoir si ces organismes inférieurs jouent dans l'économie le rôle de véritables parasites ou celui de simple commensaux inoffensifs. C'est à cette dernière opinion que se range M. Cohnheim, qui considère cette question au point de vue suivant :

Les protozoaires ne peuvent vivre dans le tractus gastro-intestinal que si le milieu est alcalin, et s'il existe, en outre, un processus de destruction putride. En ce qui concerne l'estomac, ces conditions ne sauraient être réalisées que par une seule affection, le cancer ulcéré sans sténose pylorique : en effet, l'atrophie de la muqueuse qui accompagnent les tumeurs gastriques malignes rend alcaline la réaction du contenu stomacal ; mais, si le néoplasme intéresse le pylore, il survient des phénomènes de rétention avec fermentation lactique et, par suite, réaction acide. Dans la gastrite atrophique, la disparition des éléments glandulaires de la muqueuse a bien pour conséquence l'alcalinité de la bouillie gastrique, mais il manque les surfaces ulcérées et putrides nécessaire à la colonisation des protozoaires. Le cancer ulcéré de l'œsophage permet également aux infusoires de se multiplier dans ce conduit.

Pour ce qui est des affections de l'intestin attribuées aux mêmes organismes (diarrhées dites à protozoaires), l'orateur fait observer que rien, ni dans leur symptomatologie, ni dans leur évolution, ni dans les effets du traitement, ne permet de les distinguer d'avec les entérites catarrhales banales. Il en a observé 6 cas ; dans tous, il a noté la coexistence d'une gastrite primitive. Aussi estime-t-il que c'est à la faveur de cette lésion de l'estomac — et de l'alcalinité de suc gastrique qui en résulte — que les protozoaires peuvent passer des voies supérieures dans l'intestin, où la réaction alcaline du suc intestinal leur permet de vivre ; qu'il survienne maintenant, au niveau de l'intestin, un processus inflammatoire quelconque, et les organismes en question seront éliminés par les fèces devenues liquides, muqueuses, fortement alcalines, au lieu que chez l'individu normal ils sont tués dans le côlon par les effets de la dessiccation et par la réaction acide des matières fécales.

En somme, M. Cohnheim est d'avis qu'on ne peut attribuer aux protozoaires aucun rôle pathogénique, mais que ces organismes inférieurs ont une valeur diagnostique incontestable : leur présence dans l'œsophage ou l'estomac révèle l'existence d'un cancer ulcéré (sans participation du pylore quand il s'agit de l'estomac) ; dans les selles, elle témoigne de lésions ulcéro-catarrhales, ayant le plus souvent comme base une gastrite atrophique.

M. VON LEYDEN attire l'attention sur les infusoires que l'on trouve parfois dans la cavité buccale ; il a fait une constatation de ce genre dans un cas de cancer de la langue ; après la mort du patient, il ne fut plus possible de décoller un seul protozoaire.

M. COHNHEIM déclare qu'à son avis les protozoaires de l'œsophage et de l'estomac proviennent de la bouche, où les dents cariées leurs fournissent un excellent milieu de culture.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

### Valeur du serum de Trunczek

M. HUCHARD estime que l'emploi du sérum de Trunczek est une erreur thérapeutique et rapporte les résultats de ses expériences personnelles. Il croit que la meilleure critique qu'on puisse faire des résultats vraiment trop merveilleux pour être vrais rapportés par divers médecins repose sur ce fait que la mesure de la tension artérielle, que ce sérum prétend abaisser, est généralement faite par des méthodes sans valeur. M. Huchard a en effet dit, écrit et répété que de tous les sphygmomanomètres le meilleur ne vaut rien (et spécialement celui de Potain) et qu'on est en droit de dire qu'il y a hypertension artérielle que lorsqu'on constate : 1° le retentissement diastolique du sternum, 2° le phénomène du pouls stable. Chez un individu normal il y a 6 ou 7 pulsations cardiaques de moins lorsqu'il est couché que lorsqu'il est debout, l'hypotension et [marquée par l'écart qui existe entre le nombre des pulsations constaté dans ces deux situations. Si cet écart est nul il y a hypertension, de même, si le rapport des chiffres trouvés est inverse de celui de la formule normale.

C'est dans ces conditions scientifiques que M. Huchard s'est placé pour faire à quarante malades des injections de sérum de Trunczek, jamais il n'a constaté la moindre modification de la tension, et il ne comprend du reste nullement pourquoi le sérum de Trunczek échapperait à cette loi qui veut que les sérums soient hypertenseurs ; il conclut de la façon la plus formelle que le sérum de Trunczek est une illusion thérapeutique.

M. MATHIEU rappelle que les expériences de M. Lévi auxquelles M. Huchard fait allusion ont été pratiquées dans son service ; or il est incontestable que les malades ainsi traités ont accusé une amélioration considérable de certains troubles, vertiges, bourdonnements d'oreille, oppression, et M. Mathieu affirme avoir, chez ces malades, constaté de la façon la plus évidente la disparition même de ces troubles. Il ne se cache pas que ce sont là des résultats subjectifs, mais il ne sont pas sans valeur.

D'autre part, M. Bonnier, qui est un otologiste en qui l'on peut avoir toute confiance, a vu, chez des malades atteints d'otite scléreuse, les troubles de l'ouïe s'améliorer et même disparaître pendant des semaines.

MM. Hallion et Tissier ont enfin constaté une diminution notable de la pression artérielle. M. Mathieu a pu constater également la diminution des battements et peut-être du volume d'un anévrisme de la carotide. Il sait bien qu'il faut faire part de la suggestion possible, et il croit qu'il serait utile en pareil cas que l'expérimentateur employât plusieurs sérums différents en ignorant la composition, en se servant d'ampoules numérotées dont le pharmacien seul saurait la teneur, et constatât uniquement les résultats obtenus avant de conclure à la valeur de tel ou tel sérum, mais il estime que les faits rapportés méritent un examen sérieux et qu'il ne faut pas condamner d'emblée le sérum de Trunczek.

M. HUCHARD répond que les livres classiques disent, et cela est écrit dans celui de M. Landouzy sur la sérothérapie, que tous les sérums augmentent la tension artérielle, aujourd'hui il y aurait des sérums qui la diminueraient ! Ces faits inexplicables physiologiquement sont incompréhensibles. Et puis, comment ont été faites les mesures de M. Lévi, les malades étaient-ils soumis ou non à un régime lacto-végétariens dont l'importance est capitale en pareil cas ? M. Huchard ne peut admettre la rétrocession d'un processus scléreux, ou la guérison d'un anévrisme par 4 injections de sérum.

M. MATHIEU fait remarquer à M. Huchard qu'il n'a jamais été le promoteur du nouveau sérum, il a été un simple témoin d'expériences, à ce titre a constaté des améliorations d'ordre subjectif peut-être, mais évidentes néanmoins ; jamais M. Lévi n'a parlé de guérison d'anévrisme mais seulement de diminution du nombre des battements d'une tumeur, ce qui est du régime des malades, certains étaient soumis au régime lacto-végétarien, mais n'en n'avaient pas tiré de bénéfice au moment de l'emploi du sérum.

M. HUCHARD déclare qu'il reprendra ses expériences et présente une thèse du Dr Bergouignan sur le traitement rénal des cardiopathies artérielles. Dans cette étude de l'auteur insiste sur la nécessité de traiter le rein dans les cardiopathies artérielles avant qu'il ne soit lésé dans la phase préscléreuse.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

#### Procédé nouveau d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle

MM. A. Malherbe et J. Roubinovitch soumettent à l'Académie de médecine un *procédé nouveau d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle*. Après avoir rappelé les résultats très favorables de leurs expériences antérieures sur onze chiens, ils rapportent le résumé de 700 observations de narcose par ce procédé pratiqué sur des malades dont l'âge a varié de deux mois à soixante ans. Rejetant l'emploi de masques, ils administrent le chlorure d'éthyle à l'aide d'une simple compresse pliée en quatre épaisseurs et placée dans l'intérieur de la main fortement creusée. On projette ensuite 2 à 3 centimètres

de liquide sur la compresse qu'on applique rapidement sur le nez et la bouche du patient, en l'invitant à faire des inspirations profondes. La narcose s'obtient, dans ces conditions, en dix à quinze secondes. On peut la continuer au chloroforme, en cas d'opérations devant durer un certain temps.

Les signes de la narcose par le chlorure d'éthyle sont : la résolution musculaire, le rythme respiratoire régulier, la sensation d'une évaporation froide éprouvée par la main qui recouvre la compresse. La *tension artérielle* diminuée nettement et rapidement par le chlorure d'éthyle, reste affaiblie pendant toute la durée du sommeil et revient au réveil très rapidement à son degré primitif. Le nombre de pulsations artérielles suit très exactement les modifications de la tension artérielle : diminue pendant la narcose, revient au chiffre primitif au réveil. Malgré la durée extrêmement courte de l'anesthésie, les cellules du foie et les cellules du rein semblent participer dans certains cas, à l'intoxication éphémère par le chlorure d'éthyle : dans les urines prise après le réveil et traitées par l'acide azotique, les auteurs ont constaté la formation, dans deux cas, d'un cercle très intense de pigment biliaire, et dans trois cas, des traces non douteuses d'albumine, alors que les urines des mêmes sujets, examinées avant l'administration anesthésique, n'ont présenté rien d'anormal ; de même, les analyses pratiquées dans ces divers cas les jours suivants ont donné des résultats négatifs aussi bien pour le pigment biliaire que pour l'albumine. Au point de vue mental, la narcose par le chlorure d'éthyle constitue une sorte d'*ivresse comateuse éphémère* comparable à la dernière phase de l'ivresse alcoolique. Cette ivresse, qui dure le temps qu'on veut pour les besoins opératoires, disparaît sans laisser la moindre trace ni au point de vue intellectuel, ni au point de vue moteur ou sensitif. Le sujet retrouve sa mémoire, sauf pour tout ce qui s'est passé pendant la narcose.

Les auteurs résument ainsi leur communication :

« Ce que nous venons de dire démontre que, grâce aux précieux avantages du chlorure d'éthyle, cet anesthésique sera d'un grand secours pour le praticien dans la plupart des petites interventions douloureuses. Son emploi est indiqué lorsqu'il s'agit d'un examen difficile chez des individus très sensibles ou chez les enfants indociles, dont la réduction des luxations, des fractures, dans les accouchements.

Le chlorure d'éthyle, dans l'anesthésie mixte, supprime les dangers toujours grands d'une syncope mortelle au début de la chloroformisation.

De plus il fait gagner un temps considérable, en évitant cette période parfois si longue qui précède l'anesthésie chloroformique.

Enfin, la quantité de chloroforme absorbée par le patient est réduite dans de fortes proportions, d'où choc moins considérable et troubles gastriques moins prononcés à la suite de ce genre d'anesthésie.



Encore mieux que le bromure d'éthyle, il remplit ce rôle précieux, car il ne présente pas les inconvénients de ce dernier anesthésique.

Contrairement au bromure, il n'occasionne pas de congestion de la face et encore moins de cyanose.

De même, il ne détermine pas, chez les patients, cette odeur particulière alliée de l'haleine que provoque l'élimination du bromure pendant quarante huit heures.

Bien que possédant de grandes analogies avec le bromure d'éthyle, le chlorure nous a paru présenter une supériorité assez manifeste pour que, dans notre pratique, nous n'ayons pas à hésiter à remplacer le bromure par le chlorure.

Cette opinion est d'autant plus fondée, qu'après avoir utilisé, pendant de longues années le bromure d'éthyle (environ 4000 anesthésies), nous n'avons pas tardé à renoncer à son emploi devant les avantages indiscutables du chlorure d'éthyle.

Pour terminer et pour conclure, nous disons que ce qui caractérise l'anesthésie au chlorure d'éthyle, par ce procédé c'est :

La *simplicité*, puisque, sans appareils spéciaux, plus ou moins encombrants et malpropres, il suffit d'une simple sompresse et de quelques tubes de chlorure d'éthyle pour provoquer une narcose suffisante pour mener à bien un grand nombre d'interventions de courte durée.

L'*innocuité absolue*, par suite de la quantité vraiment minime, de liquide nécessaire à cette anesthésie, puisque 2 à 3 centimètres cubes suffisent.

Enfin, la *rapidité* avec laquelle on obtient une narcose permettant de faire les opérations les plus douloureuses. "

(Gaz. des hôp.)

#### Etude sur les phlébites dans les infections vésicales

par M. VIAN

L'infection urinaire peut avoir pour corollaire la phlébite qui est susceptible de se localiser soit au voisinage de la vessie, soit à distance. Les premières sont celles des plexus vésico-prostatiques (phlébites juxta-urinaires), les secondes affectent le plus souvent les trajets veineux du membre inférieur, les phlébites juxta-urinaires sont dues à la propagation par continuité de l'infection vésicale et c'est dans l'anatomie des plexus vésicaux et péri-vésicaux qui montre la richesse du tissu veineux et ses relations étroites avec la muqueuse vésicale qu'il faut rechercher la cause de ces propagations ; les phlébites à distances relèvent du mécanisme général des phlébites commun à toutes les infections du système veineux.

On rencontre, comme le montre M. VIAN, plus par-

ticulièrement ces dernières après l'extirpation des néoplasmes de la vessie ; cet accident n'est observé que dans les cas où il existe de l'infection vésicale et peut trouver sa raison d'être dans la pénétration directe des éléments infectueux au niveau des plexus vésicaux intéressés par l'intervention.

Les phlébites à distance ont leur pronostic habituel, c'est-à-dire toujours sérieux et revêtent le plus généralement, au point de vue clinique, la forme de la phlegmatia alba dolens post-puerpérale, avec des symptômes pyohémiques dans les cas graves.

La phlébite juxta-urinaire se traduira par des symptômes d'oblitération mécanique, qui seront le point de phénomènes congestifs de tout l'appareil urinaire et par des symptômes d'infection, grandes oscillations thermiques, pouls rapide, visage pâle, sueurs abondantes, le pronostic est toujours grave.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## CHIRURGIE

### L'eau oxygène contre les engelures

M. le Dr *Courtin* a signalé à la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux une nouvelle application de l'eau oxygénée.

Cet auteur emploie depuis trois années, dans son service, des bains locaux d'eau oxygénée pour le traitement des engelures des extrémités. Il a eu l'occasion de faire suivre ce traitement par des enfants porteurs d'engelures à sous les degrés, ulcérées ou non, et, dans tous les cas, il a obtenu des résultats satisfaisants.

Voici la technique employée par l'auteur.

Chez les petits enfants, il fait réduire l'eau oxygénée du commerce, qui est de 12 volumes, à 3 volumes, en mélangeant cette eau oxygénée à de l'eau bouillie chaude. Il fait prendre un bain des extrémités atteintes, dans ce mélange, pendant une demi-heure chaque jour. Chez l'enfant au-dessus de trois ans et chez l'adulte, il fait réduire la solution d'eau oxygénée du commerce à 6 volumes, toujours avec de l'eau bouillie chaude et il fait prendre un bain de même durée.

Dans tous les cas, si les malades présentent des engelures ulcérées, l'auteur fait mélanger à l'eau à l'eau oxygénée une solution saturée de borate de soude pour en réduire l'acidité et diminuer la douleur de l'application.

Les pieds et les mains bleuis par les engelures deviennent rouges après quelques instants d'immersion. Les plaies à fond grisâtre et blafard, recouvertes d'un pus sanieux ou sanguinolent, reposant sur des doigts et des orteils tuméfiés œdémateux, se détergent vite. Après un ou deux bains, on voit des bourgeons charnus rasés apparaître au fond des plaies, leur étendue et leurs profondeurs.

Après le bain, les plaies sont simplement pansées avec de la gaze et de la vaseline aseptiques.

Trois bains d'une demi-heure de durée suffisent en général pour guérir les engelures non ulcérées. Un plus grand nombre est nécessaire dans les autres cas, suivant la plus ou moins grande infection des plaies, leur étendue et leur profondeur.

(Le Concours Médical.)

#### De la péritonisation dans les laparotomies

par M. JUDET

La péritonisation constitue un temps spécial de l'acte opératoire ayant pour but de recouvrir de séreuse toutes les surfaces cruentées. M. Judet expose comment avant de refermer l'abdomen on procède à une refection du péritoine telle que l'intestin, en tous les points de la cavité abdominale, s'adosse comme chez le sujet sain à une surface lisse et recouverte d'endothélium. Les conditions physiologiques normales se trouvent ainsi rétablies. La péritonisation constitue, en outre, une méthode préventive, s'opposant aux hémorragies en nappe, à l'infection péritonéale et aux adhérences intestinales post-opératoires.

Appliquée aux opérations pelviennes, elle remplace avec avantage les anciennes méthodes de tamponnement et constitue un perfectionnement notable dans la technique des hystérectomies abdominales, en général, et de l'hystérectomie subtotale pour suppurations pelviennes en particulier. Enfin, elle permet d'étendre le champ des indications de la voie abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes. La description détaillée des divers procédés de péritonisation est exposée dans la thèse de M. Judet et suivie de nombreuses observations.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

#### Le bicarbonate de soude en chirurgie

par M. MALLET.

Le bicarbonate de soude saponifie les matières grasses de la peau, ramolit l'épiderme et en amène la chute, il excite ainsi les fonctions cutanées et favorise les sécrétions. M. Mallet montre que ce sel n'est pas antiseptique, la flore bactérienne des eaux de Vichy est très riche, les expériences d'Augé et Casteret montrent qu'il n'a même en solution concentrée aucune action sur le staphylocoque, on ne saurait donc admettre son action antiseptique sur les plaies; il résulte, au contraire, d'un certain nombre d'expériences, que le bicarbonate de soude donne aux éléments cellulaires une suractivité fonctionnelle qui les met en demeure de lutter avec avantage contre les germes infectieux.

L'auteur préconise le pansement alcalin humide, qui est peu coûteux, d'un maniement facile, n'expose à

aucune intoxication, et semble particulièrement indiqué dans les cas de plaies atones, les brûlures, les ulcères variqueux, par exemple. On peut employer le bicarbonate de soude en poudre, en pommade, en solution et particulièrement en solution à 5 pour 100.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## GYNECOLOGIE

### La bartholinite et son traitement

par M. JULLIEN

(Suite)

Je passe à la *bartholinite chronique*.

En parlant de la blennorrhagie chez la femme, j'ai dit que dans la plupart des cas elle devient chronique ou l'est d'emblée. Il en est de même de la bartholinite qui, dans l'immense majorité des cas, se développe sans aucun phénomène d'accuité. Elle demande à être recherchée. Lorsqu'on a introduit le doigt délicatement derrière la fourchette, en remontant un peu, on arrive sur la glande et on peut la saisir entre le pouce resté en dehors et l'index introduit dans la vulve, de façon à juger de sa consistance et de son volume. Elle est plus dure et plus grosse qu'à l'état normal. C'est une tumeur arrondie, marronnée, du volume d'une petite noix, roulant sous le doigt. En exerçant une certaine pression, on peut faire sourdre par l'orifice de la glande, lorsqu'il n'est pas oblitéré par un processus quelconque, ce qui est fréquent, un liquide louche, muco-puulent, et parfois un pus jaune offrant les caractères du "pus louable" des anciens auteurs. L'orifice est rouge vif, entouré d'une sorte de collerette rouge constituant la macule de Sängér, et qui est due à l'amincissement de la couche épithéliale de la muqueuse et à la prolifération de sa couche papillaire. Il se propage souvent des végétations et des ulcérations à ce niveau. Ces ulcérations peuvent même devenir l'origine de contagions multiples.

J'ai démontré, en effet, que la blennorrhagie est susceptible de déterminer des ulcérations par suite de l'infiltration du gonocoque dans l'épithélium des muqueuses. Or, cette plaie va devenir un *foramen contagiosum* et du contact d'un *corpus contagiosum* résulteront des lésions mixtes: ainsi un chancre mou, un chancre syphilitique pourront se greffer sur cette ulcération blennorrhagique, et on aura un chancre *blenno-chancreloux* ou *blenno-syphilitique*.

Les symptômes subjectifs sont nuls. A peine la femme éprouve-t-elle une certaine tension en marchant, et un peu de fatigue. Mais il survient des poussées subaiguës intermittentes sous l'influence de toutes les causes qui favorisent la congestion de la glande et que nous avons citées précédemment; il faut y ajouter la grossesse. La turgescence des veines comprime les canaux

excréteurs et transforme la glande en cavité close ; d'où son inflammation facile.

En un mot, la femme qui est atteinte de bartholinite chronique porte une continuelle menace ; elle reste exposée à sécréter un écoulement contagieux analogue à la goutte militaire. Cet écoulement peut se réveiller sans cesse, sous l'action d'un spasme intense, d'un coït prolonger, et contaminer le membre viril. Cet état de virulence latente peut durer un temps extraordinaire. Il n'est pas rare de voir des malheureuses qui en sont tourmentées depuis viugt ans, constamment exposées aux inflammations douloureuses et aux abcès ; la partholinite est en vérité une des maladies les plus tenaces et les plus récidivantes qui soient.

Quelquefois, la poche se transforme en kyste ; les parois prennent la consistance scléreuse. Au bout d'un certain temps, il se forme une carapace albuginée excessivement épaisse, très facile à reconnaître au toucher.

La bartholinite chronique se termine quelquefois spontanément par la production d'une fistule, aboutissant à un orifice situé au voisinage de l'embouchure de la glande.

Enfin, l'inflammation peut rester cantonnée au canal excréteur, et le pus se faire jour par un orifice unique ou double figurant la forme d'un Y ; ou bien il se produit une vaste perte de substance avec cicatrice. Quant aux abcès glandulaires eux-mêmes, nous avons vu que ceux de la forme aiguë viendront s'ouvrir dans l'interstice nympho-hyménéal, soit dans le pli nympho-labial, soit sur la grande lèvre ; mais dans certains cas ils s'acheminent du côté du périnée et du rectum. Les fistules vulvo-rectales ne sont pas rares et sont toujours dues à la bartholinite chronique : ces fistules s'ouvrent immédiatement au-dessus du sphincter, à 4 centimètres au-dessus de l'orifice anal. Elles offrent une saillie rouge et un canal capillaire s'opposant au passage des matières liquides, mais laissant passer les gaz, et il en résulte une grande incommodité pour les femmes. D'autres fois, c'est au périnée que viennent s'ouvrir ces fistulettes, et souvent par plusieurs orifices.

Ainsi que je l'ai dit, la bartholinite chronique est une affection qui demande à être recherchée, parce que le plus souvent les malades n'éprouvent que des symptômes très vagues. Il faudra donc introduire le doigt dans la vulve et saisir la glande comme je l'ai indiquée plus haut.

La bartholinite est-elle blennorragique ?

Le plus ordinairement, elle a été de nature blennorragique à son début, mais généralement elle a cessé de l'être au bout d'un certain temps, et dans la bartholinite chronique, le gonocoque est plus rare. Pour pouvoir affirmer son origine blennorragique, il faudra rechercher la coexistence d'une uagrite, d'une vaginite ou d'une cervicite. On a signalé l'acidité de l'écoulement comme une raison de penser à la blennorragie ; c'est un signe auquel vous devrez accorder peu de créance.

Abordons maintenant le *traitement*. Dans la bartholinite aiguë au début, on se contente d'appliquer des compresses boriquées et de maintenir la région en état d'aseptie pour rendre l'ouverture de l'abcès aussi innocente que possible. On peut y adjoindre l'usage des laxatifs et des antiseptiques intestinaux.

Plus tard, quand la fluctuation est manifeste, quelques-uns attendent l'ouverture spontanée, notamment Cordier (de Lyon), qui pense éviter ainsi les fistules. Pour ma part, je suis d'avis opposé et je crois l'ouverture au bistouri préférable. La pointe sera portée au voisinage du canal excréteur.

Après l'évacuation du contenu purulent de la glande, tout n'est pas fini. Il faut empêcher que la cicatrisation ne marche plus vite sur les bords du trajet que sur le fond de la glande et ne transforme celle-ci en une poche kystique, ce qui est fréquent. Gosselin recommandait de faire une contre-ouverture avec le trocart et de drainer. Ce vieux procédé ne doit pas être complètement abandonné. Il peut être utiles dans certains cas.

On a proposé d'ouvrir largement et de détruire la paroi interne du kyste avec la teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'alcool pur, l'eau oxygénée. Je préfère employer la solution concentrée de résorcine, et j'imitai la pratique d'Horteloup pour la fistule anale, consistant à introduire chaque jour l'index enduit de vaseline dans la fistule pour rompre les adhérences, ou je laisse à demeure un gros tampon d'ouate imbibé de solution de résorcine.

Le traitement des chronicites peut être pratiqué en cathétérissant le canal excréteur et faisant tous les jours des *injections* dans le kyste avec le permanganate de potasse, l'eau oxygénée ou les solutions de nitrate d'argent. Par ce procédé, on peut obtenir la guérison sans intervention sanglante. Consultez sur ce point la très intéressante thèse de G. Bertrand.

Je ne fais que mentionner la *cautérisation* qui consiste à ouvrir largement la poche et à détruire sa paroi interne avec la potasse caustique ou le cautère.

On a aussi proposé la résection partielle de la glande qui peut donner de bons résultats.

L'ablation totale doit être réservée à un certain nombre de cas. La malade devra être chloroformisée ou rachicocaïnisée, l'insensibilité qu'on peut obtenir par les injections de cocaïne étant insuffisante.

Il faut savoir que cette opération expose à des hémorragies sérieuses et parfois inquiétantes, du fait de la blessure du bulbe. On a proposé d'inciser la grande lèvre et même de tracer un lambeau à concavité supérieure pour extraire la glande sans atteindre le bulbe. Le meilleur procédé me paraît être de faire une incision le long de la gouttière nympho-hyménéale. Mais bien souvent le lieu de l'incision est indiqué par le maximum de saillie de la tumeur. Pour faciliter l'énucléation, Rille injecte de l'eau, et Pozzi du blanc de baleine dans la

glande, qui, devenue solide et plus résistante, est extirpée plus commodément.

L'ablation est une opération qui donne de bons résultats et aboutit à une cicatrice régulière ; mais, je le répète, c'est un moyen qui ne doit pas être considéré comme une méthode générale du traitement des bartholinites. Nous pouvons obtenir autant d'une intervention beaucoup plus simple.

Il me reste à parlé d'un dernier procédé auquel j'accorde toutes mes préférences : c'est la *méthode sclérojène*. Inaugurée par Lanaclongue dans le traitement des lésions tuberculeuses, où elle a fourni d'excellents résultats, cette méthode consiste à injecter quelques gouttes (un cinquième à un sixième de seringue de Pravaz) d'une solution aqueuse de chlorure de zinc au dixième, en piquant directement sur le corps de la glande à une profondeur d'un centimètre environ. Il se produit une atrophie rapide du tissu glandulaire, et au bout de quelques semaines il ne reste qu'une petite masse dure de tissu sclérosé qui diminue de volume de plus en plus et finit par disparaître en ne laissant qu'une trace faible. Ces heureux résultats sont consignés dans la thèse de mon élève, M. Migot.

Quelques auteurs se sont adressés à d'autres substances sclérogènes. Cordier injecte un demi à un centimètre cube d'une solution alcoolique saturée d'acide picrique. Les résultats obtenus par eux ont été également très satisfaisants.

J'ai à cœur, par ces moyens, de vous mettre à même d'éviter très souvent l'extirpation et de mesurer l'importance de votre intervention à la gravité des désordres locaux et généraux que vous aurez à combattre.

(Gaz. des hôp.)

## Therapeutique et Matière Médicale

### Traitement de l'hémoptysie

1° Faire immédiatement et avant tout autre traitement, au niveau de la paroi abdominale, une injection de 20 centimètres cubes de solution de gélatine.

M. Robin emploie la formule suivante :

Gélatine.....	20 grammes.
Chlorure de sodium.....	7 —
Eau.....	Q. s. p. 1 litre.

Répéter l'injection tous les jours, et même deux fois par jour, s'il est nécessaire.

2° A côté de ce moyen d'hémostase, il faut corroborer l'action par une médication interne. Elle comprend quatre éléments : 1° l'ergotine ; 2° le chlorure de calcium ; 3° la médication acide ; 4° l'ipéca et la digitale.

M. Robin donne l'ergotine et le chlorure de calcium en alternant,

Il associe à l'ergotine le tanin, sous forme d'acide gallique :

Ergotine Bonjean.....	4 grammes.
Acide gallique.....	0g50 centigr.
Sirop de térébentine.....	30 grammes.
Hydrolat de tilleul.....	120 —

soit une potion de 150 grammes, représentant 10 cuillerées à soupe. Le malade en prendra une cuillerée toutes les deux heures.

Dans l'heure intercalaire, il administre le chlorure de calcium en l'associant aux opiacés :

Chlorure de calcium.....	4 grammes.
Sirop d'opium.....	30 —
Eau distillée de tilleul.....	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si l'hémoptysie résiste à ces moyens, avoir recours à la médication acide, sous forme d'eau de Rabel, qui est un mélange d'acide sulfurique et d'alcool :

Eau de Rabel.....	4 grammes.
Eau bouillie.....	Q. s. p. 1 litre.

A prendre par cuillerées à soupe, ou par petits verres en quarante-huit heures.

M. Robin ne donne pas ce traitement, en même temps que les deux premiers ; il l'emploie seulement si les précédents n'ont pas réussi.

Enfin, en cas d'échec, il s'adresse à la digitale. Partisan des associations des médicaments qui renforcent mutuellement leur action, il donne en même temps l'ipéca :

Poudre d'ipéca.....	} à 0g05 centig.
Poudre de feuilles de digitale.....	
Excipient.....	Q. s. p. 1 pilule.

Donner cinq à six pilules par jour, jusqu'à l'apparition d'un état nauséux, sans provoquer le vomissement.

Mais la digitale en poudre est un caustique ; elle est irritante pour l'estomac ; ne pas l'employer si le malade est un dyspeptique.

Remplacer alors la digitale par le perchlorure de fer, que l'on aura soin de ne pas prescrire en même temps que l'ergotine ou l'acide gallique, qui formeraient un précipité.

Le malade prendra toutes les deux heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Perchlorure de fer.....	2 grammes.
Eau bouillie.....	120 —
Sirop de sucre.....	30 —

Dans l'heure intercalaire, une cuillerée à soupe d'eau de Rabel, suivant la formule déjà indiquée.

En résumé : en présence d'une hémoptysie, M. Robin commence toujours par faire une injection de 20 centimètres cubes de la solution de gélatine ; en même

temps, il donne l'ergotine et le chlorure de calcium à l'intérieur. En cas d'insuccès, il emploie d'abord la médication acide, puis la digitale associée à l'ipéca, ou le perchlorure de fer, suivant les indications que je viens de vous énumérer. Les divers éléments de ce traitement s'adressent non seulement aux hémoptysies, mais ils sont applicables aussi aux hémorragies en général.

(Bull. gén. de thérap.)

### Les injections mercurielles et le traitement de la syphilis

(Suite)

Avec la méthode des injections solubles ce fâcheux événement n'est jamais à redouter. On sera toujours maître de la médication, on ne craindra ni embolies, ni stomatite, ni accumulation mercurielle dangereuse. Les incidents inhérents aux injections, à savoir : douleur, nodi, abcès, existent, mais en très faible proportion, et sont toujours de peu d'importance.

Les sels solubles employés sont nombreux : cyanure, benzoate, biiodure, etc. L'huile biiodurée, préconisée d'abord par Panas, puis par Dieulafoy et De Lavarrenne est une injection qui, faite à la dose de 4 milligrammes de biiodure de mercure par jour, est bien tolérée et donnera d'excellents résultats thérapeutiques.

Quel que soit le sel employé, l'injection soluble est généralement fort supportable pour le patient. Mais à toutes on peut faire le même reproche : elles sont quotidiennes ; le formamide, expérimenté pendant quelque temps, était même bi ou triquotidien.

"Une cure complète de la syphilis par les injections solubles est entourée dans la pratique de tant d'obstacles, de tant de difficultés matérielles et morales, pécuniaires ou autres, que cette méthode, loin de gagner, deviendra de plus en plus un traitement exceptionnel et transitoire." (Maurice). Le professeur Fournier s'exprime tout aussi catégoriquement à leur sujet.

Le *sérum bichloruré de Chéron ; injection soluble hebdomadaire*, que j'étudie depuis trois ans et dont j'ai fait actuellement plus de 700 injections, ne présente pas les inconvénients des insolubles, car il n'expose ni embolies, ni aux intoxications inattendues ; d'autre part, il a le grand avantage d'être rare, comme les injections insolubles.

Voici la formule de sérum :

Bichlorure d'hydrargyre.....	0,50 centigr.
Acide phéniqué neigeux.....	2 gr.
Chlorure de sodium.....	2 gr.
Eau distillée.....	200 gr.

Il est un point important de technique dans sa préparation : il ne faut ajouter d'acide phénique que lorsque la solution est complètement refroidie, sinon il se forme un précipité blanc insoluble de sel mercurieux.

On ne doit employer un sérum qu'ayant au plus trois semaines de préparation, car lentement, à froid, sous l'influence de l'acide phénique, ce même précipité blanc insoluble, fort douloureux, se produit.

L'injection est faite tous les huit jours en pleine masse musculaire (région fessière) à la dose de 20 grammes de sérum, soit 5 centigrammes de sublimé chaque fois. Après l'injection, poussée très lentement, pas de massage local.

Quoi qu'en puisse penser la théorie, qui n'est pas toujours confirmée, par la pratique, cette dose de cinq centigrammes de sublimé, dangereuse disent les uns, devant inspirer aux praticiens une certaine crainte, disent les autres, est fort bien tolérée et je puis affirmer qu'elle l'est toujours mieux qu'une même dose de calomel, j'en suis convaincu : les assertions faites à priori contre cette injection n'ont pas été vérifiées par l'expérience. On a craint aussi que le sublimé soit trop vite éliminé. Voici ce que répond l'analyse chimique des urines : chez les sujets vierges de tout traitement hydrargyrique antérieur, huit jours après une seule injection bichlorurée à 20 grammes, il a toujours été retrouvé du mercure dans les urines

Du reste, le très peu d'accidents que j'ai eu avec cette préparation prouve, incontestablement, je pense, la grande tolérance de l'organisme pour cette préparation. Dans mes 423 injections je trouvais 13 fois de la douleur, n'ayant jamais alité le malade, soit 4 pour 100. Portalier, dans une étude sur 400 injections de calomel trouva de la douleur 94 fois pour 100. J'ai eu quatre stomatites peu graves, encore chez des gens dont les dents étaient dans un état déplorable. Accidents gastro-intestinaux, c'est-à-dire diarrhée, à peu près 0,75 pour 100. Tout récemment, je viens de constater une entérite qui dura 4 jours, je dirai qu'on peut parfaitement avoir des accidents du côté de l'intestin aussi bien avec le traitement stomacal qu'avec tout autre traitement. J'ai eu sur 423 injections 4 nobi. Jamais d'abcès, jamais d'intoxication sérieuse.

Quant à la valeur thérapeutique du sérum bichloruré, elle est fort remarquable et serait digne de l'attention de tous les syphiligraphes. Elle emploie en effet le plus actif de tous les sels de mercure employés en injections bichlorurées suffisante pour blanchir un syphilitique des accidents pour lesquels il était entré à l'hôpital est de 3,5. Comme antisiphilitique le sérum m'a paru très souvent supérieur au calomel : témoin un certain nombre de malades qui, n'ayant retiré aucun bénéfice de 7, 8, 10 même injections de calomel, voyaient leurs lésions rétrocéder rapidement après 3 ou 4 injections de sérum bichloruré de Chéron.

De plus, ici encore, je ne suis pas d'accord avec les théoriciens le sérum, bien qu'infecté à faible dose, 20 gr. par semaine, possède une action stimulante réelle. Théoriquement, on ne s'explique guère comment une si faible dose de sérum peut remonter un organisme débi-

lité. Pratiquement, je rappellerai les expériences de Feuillard à ce sujet : 2 centimètres cubes de sérum de chien injectés chaque jour suffisaient à relever la tonicité du malade. Celles de M. Augagneur, où deux syphilitiques très sérieusement atteints, non améliorés par le mercure, furent guéris par du sérum seul.

Il existe pour le sérum bichloruré, comme pour toute autre injection mercurielle du reste, quelques contre-indications : jamais d'injection chez un sujet atteint de néphrite,—artério-scléreux.

Voici les conclusions que je formulerai pour le sérum bichloruré :

Il y a dans cette injection avantage de l'injection insoluble, c'est-à-dire rareté de l'injection, avantage de la soluble, c'est-à-dire pas d'intoxication mercurielle soudaine à redouter.

Elle est, à 20 grammes par semaine, soit 5 centigrammes de sublimé, fort bien tolérée. Le cas échéant, elle peut sans danger être répétée deux fois par semaine.

Elle n'expose ni à la douleur, ni aux abcès, ni aux nodi ni aux intoxications.

Elle agit plus rapidement que le calomel et me semble devoir lui être préférée.

Elle convient chez les syphilitiques où domine l'anémie, dans des cas de syphilis cérébrale entraînant l'incapacité d'une des fonctions de la vie de relation.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

#### Hamamelis et Hydrastis

On emploie couramment aujourd'hui l'hamamelis virginica et l'hydrastis canadensis dans les cas de varices, d'hémorroïdes et d'hémorragies fréquentes.

Malheureusement le mélange des teintures de ces deux plantes détermine un précipité abondant qui entrave beaucoup l'administration des gouttes.

M. Hamdi Effendi, pharmacien, conseille d'ajouter au mélange quelques gouttes d'acide chlorhydrique qui sans rien changer à l'action du médicament, rendent la préparation absolument limpide et plus agréable à l'œil.

Toutefois cette addition ne pouvant être faite par le pharmacien que sur prescription du médecin, il sera bon de formuler ainsi :

Teinture d'hamamelis virginica..... 10 gr.  
Teinture d'hydrastis canadensis..... 10 gr.  
Acide chlorhydrique pur..... FV gouttes  
(*Le concours médical.*)

#### Traitement quino arsenical du cancer

M. le Dr *Le Roy* a fait à la société médicale du VII<sup>e</sup> arrondissement de Paris une très intéressante

communication sur le traitement médical des cancers récidivés.

Retenons en surtout, la technique telle qu'il l'indique en détail :

" 1<sup>o</sup> Je donne chaque jour, pendant 1, 2 et même 3 mois, 0 gr. 25 centigr. de chlorhydrate neutre de quinine en 1 cachet, au milieu de chacun des deux principaux repas, c'est-à-dire 0 gr. 50 centigrammes de quinine par 24 heures. Cette dose est généralement suffisante, bien tolérée pendant longtemps sans aucun malaise. Si cependant l'estomac se révoltait, je le remplace par l'injection, dans les muscles de la fesse ou de la face externe de la cuisse, de 2 centimètres cubes chaque jour de la solution suivante :

Chlorhydrate neutre de quinine 2 gr. 50 centigr.  
Antipyrine..... 0 gr. 25 centigr.  
Eau distillée stérilisée..... Q. S. pour 10 centimètres cubes.

(formule de Jaboulay et Launois).

" 2<sup>o</sup> J'injecte également chaque jour dans les muscles de la fesse ou de la face externe de la cuisse 1 centimètre cube de la solution suivante :

Cacodylate de soude..... 0 gr. 50 centigr.  
Eau distillée stérilisée..... 10 gr.

" D'ordinaire, suivant la tolérance du malade, à condition qu'il ne se produise aucune odeur d'ail de l'haleine, aucun trouble digestif, nausée, inappétence, vomissements bilieux, coliques ou diarrhée bilieuse, j'augmente tous les 3 ou 4 jours d'un centimètre cube.

" Souvent, je ne dépasse pas 4 centimètres cubes par jour de la solution suivante :

" Je suis arrivé plusieurs fois, avec parfaite tolérance et de très bons résultats, à 10 centimètres cubes par jour, c'est-à-dire 0 gr. 50 centigr. de cacodylate de soude. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

" Il faut avoir soin d'analyser les urines au moins tous les 8 jours.

" D'ordinaire, j'interromps le traitement arsenical pendant 8 ou 10 jours, au bout de 3 semaines à 1 mois, pour le reprendre ensuite de la même façon.

D'abord, j'ai remarqué qu'au bout de ce temps les progrès thérapeutiques se ralentissent et s'arrêtent ; la médication semble avoir épuisé ses effets bienfaisants qu'elle ne retrouve qu'après une interruption plus ou moins longue, grâce à laquelle elle peut récupérer son action.

" Les effets du traitement sont généralement favorables ; ils varient naturellement suivant le siège et la forme du cancer.

" Ceux que j'ai observés le plus fréquemment sont : un relèvement remarquable des forces, de l'appétit, de l'embonpoint, de la coloration du teint, etc.

" Très souvent, diminution ou disparition des douleurs. Souvent, cessation des hémorragies, qui sont

cependant quelquefois quelque peu augmentées pendant la première quinzaine du traitement. Diminution ou disparition de la mauvaise odeur des sécrétions cancéreuses. Tendance à la cicatrisation, et même parfois cicatrisation des plaies cancéreuses. Diminution considérable des adénopathies cancéreuses et de la zone indurée péricancéreuses.

“ Souvent, atrophie et disparition de quelques nodosités cutanées de généralisation cancéreuse. Assez souvent, les tumeurs se rétractent, durcissent, et semblent se transformer en tissu scléreux qui peut être facilement enlevé par le chirurgien.

“ Ces résultats me paraissent très encourageants, et il est permis d'espérer qu'avec quelques perfectionnements de détails, nous pourrons, un jour, aider et compléter encore plus utilement la tâche du chirurgien dans son œuvre destructive de la tumeur cancéreuse et conservatrice de la vie et de la santé de l'opéré.

“ La véritable indication de ce traitement médical est la suivante

“ Prenons, par exemple, un cancer du sein encore opérable. Je suis naturellement, partisan de l'opération, qui débarrasse l'organisme d'une tumeur contre laquelle la quinine et l'arsenic devraient être employés longtemps et à haute dose, sans peut être en entraver d'une façon certaine la marche envahissante. Si l'opération réussit, la récidive peut n'apparaître qu'après quelques mois, ou même quelques années. Dès les premiers signes d'apparition de la récidive, dès le moindre indice de généralisation viscérale, il faut, je crois, appliquer énergiquement le traitement quino-arsenical. C'est de cette façon que l'on aura le plus de chances de s'opposer à la réapparition du cancer et à son extension progressive.

“ Si la récidive s'est déjà produite depuis quelque temps, et si une nouvelle intervention n'est plus possible ou est refusée par le malade, il faut également entreprendre le traitement médical, en élevant souvent les doses d'arsenic, graduellement et suivant la tolérance individuelle.

“ On fera sage ment de s'abstenir, si le cancer est trop volumineux, si le tube digestif fonctionne mal, s'il y a de graves lésions du côté du foie ou des reins, si la généralisation viscérale ou la cachexie sont trop avancées.”

(*Le concours médical.*)

#### A quelle dose doit-on donner les purgatifs ?

M. Soulier a fait à la Société des sciences médicales de Lyon une communication sur les doses auxquelles doivent être administrés les purgatifs. On les donne souvent à dose trop élevée. Ainsi l'huile de ricin est suffisamment purgative à la dose de 10 grammes, si elle est administrée à peu près pure ou additionnée seulement d'un égal volume de bouillon ou de thé. Il ne faut admi-

nistrer d'autres liquides qu'après la première selle. Les purgatifs salins purgent à la dose de 10 grammes en général s'ils sont délayés seulement dans 40 grammes d'eau. L'eau-de-vie allemande peut se donner à la dose de 5 grammes dans 15 grammes de sirop de nerprun ; les doses de 10 à 20 grammes ne sont pas nécessaires.

Dans l'entérite muco-membraneuse, M. Soulier emploie de préférence à l'huile de ricin l'eau de Châtel-Guyon ; il ne donne pas de l'huile de ricin dans la constipation habituelle.

(*Lyon méd.*)

#### NOUVELLES.

##### NÉCROLOGIE :—

A Montain View, N. Y., est décédé presque subitement le docteur J. A. S. Brunelle. Le docteur Brunelle était allé dans cette dernière, dans l'intérêt de sa santé.

Dans l'après-midi vers trois heures et demie il s'éteignait sans que rien n'eût fait prévoir une fin si soudaine.

Depuis longtemps déjà, le docteur Brunelle souffrait de péricardite, et avec la connaissance qu'il avait de sa maladie, il avait prévenu sa famille qu'il s'éteindrait comme il l'a fait. Ses restes mortels sont arrivés le soir à 10 heures par le convoi du New-York Central, et les funérailles ont eu lieu samedi matin à 8.45 a. m. Le service a été chanté à la chapelle de l'Hôtel-Dieu.

Le docteur J. A. S. Brunelle était né à St-Hyacinthe le 20 août 1852 et était dans la force de l'âge et du talent. Le docteur Brunelle fit de brillantes études au collège de St-Hyacinthe, puis vint à Montréal étudier la médecine à l'école Victoria, avec les maîtres qui avaient nom Bibaud, Trudel, Munro, Peltier, d'Orsennens, Beau-bien, Rottot, Ricard, Brosseau, etc.

Il se fit remarquer par son talent incontestable et ses études sérieuses et se créa bientôt une clientèle des plus enviées. Il devint professeur à l'Hotel-Dieu et à l'université Victoria, et sous sa direction ses élèves sont devenus ce que Montréal compte de plus savants en fait de médecin. Sa mort est une perte énorme pour la science médicale et l'art chirurgical, car avec feu le Dr Brosseau, il avait la réputation d'être le premier chirurgien du pays.

Le docteur Jean Charles Prieur, qui était à l'agonie depuis plusieurs jours, est décédé à Coteau Station, samedi matin, à 9 heures. Il était malade depuis au-delà d'un an. Le docteur Prieur a succombé à la consommation de l'intestin, à la fleur de l'âge.

Le défunt naquit à St-Vincent de Paul en 1869, il

était fils de M. F. X, Prieur, un ancien patriote de 1837-38. Après un brillant cours d'étude au collège Ste-Marie. Il suivit les cours de médecine à l'Université Laval, où il décrochait son diplôme de docteur en médecine en 1890, à l'âge de 21 ans.



Feu le Dr J. C. PRIEUR.

Après avoir exercé sa profession l'espace de deux ans à Montréal, il alla s'établir à Coteau Station en 1892 où il pratiqua la médecine avec succès jusqu'en 1901, alors qu'il revint à Montréal. Le défunt avait épousé, en 1894, Mlle Amanda Doucet, fille de M. Pierre Doucet, riche marchand de Coteau Station. Il laisse cinq jeunes enfants en bas âge dont le dernier est encore au berceau.

Les funérailles ont eu lieu à Coteau Station le 12 courant.

#### PROFESSEUR DE PATHOLOGIE

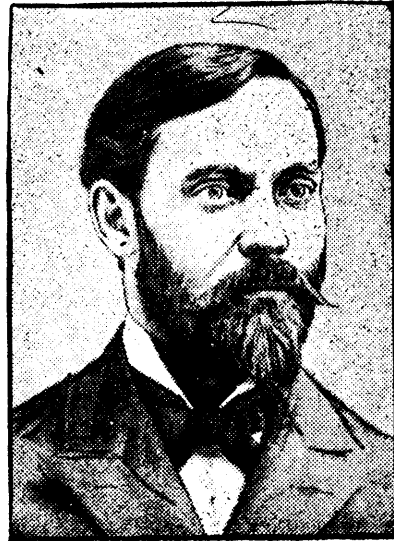
*Le Dr Parizeau succède au Dr Brunelle à l'Université Laval*

Le Dr Téléphore Parizeau, le chirurgien distingué qui s'est créé une si belle réputation à Montréal, vient d'être nommé professeur de pathologie externe à l'Université Laval, en remplacement du regretté Dr Brunelle.

Le Dr Parizeau exerce sa profession à Montréal depuis six ans. Après de très brillantes études au Collège Ste-Marie, il alla faire sa cléricature à Paris où il a passé six ans. Il y a obtenu tous ses degrés et tous ses diplômes, après avoir suivi les cours des plus grands maîtres de la médecine.

A son retour à Montréal, il y a six ans, il fut nommé successivement professeur d'anatomie pathologique à l'Université Laval, chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame

et il a occupé cette charge avec grande distinction jusqu'à ce jour.

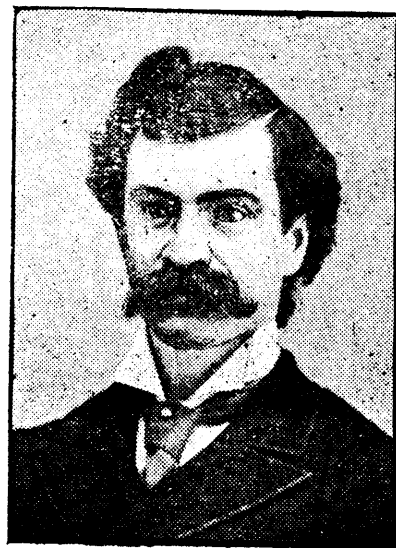


M. le Dr T. PARIZEAU.

Nous prions M. le Dr Parizeau de bien vouloir accepter nos plus sincères félicitations.

#### DEPART POUR L'EUROPE

Notre rédacteur en chef, M. le Dr M. T. Brennan, professeur de gynécologie à l'Université Laval et gynécologue à l'Hôpital Notre-Dame et M. le Dr L. N. Delorme, professeur d'anatomie pratique à la même institution s'embarqueront jeudi matin à bord du Lac



M. le Dr M. T. BRENNAN



Mégantic pour un voyage de quelques mois à travers l'Europe. Ils se rendront directement à Rome afin de prendre part au 4ième Congrès International de gynécologie qui doit avoir lieu le 15 du mois prochain.



M. le Dr L. N. DELORME

Après un séjour de quelques semaines en Italie, nos deux distingués confrères, se proposent de visiter les principaux hôpitaux de France, d'Allemagne, et d'Angleterre.

A nos deux amis, nous leur souhaitons un bon et heureux voyage.

M. le docteur C. A. Dugas fut nommé médecin légiste de la cour du Coroner en remplaçant feu le docteur Johnston, et M. le docteur MacTaggart, comme assistant.

**Lettre de M. J. H. Faudon**

Paris, le 24 Juin 1902.

"MONSIEUR LE DR KOTERE

Rédacteur à la Revue Médicale du Canada  
1818, rue Ste-Catherine, Montréal.

"MONSIEUR,

"Dans votre article du 16 avril 1902, inséré dans la "Revue Médicale du Canada à la même date, vous me "prenez personnellement à partie, permettez-moi de vous "répondre à vous deux mots seulement.

"Vous ne me connaissez pas, il vous est donc difficile "de parler de moi en parfaite connaissance de cause, en "conséquence je vous envoie le démenti le plus formel "sur tout ce que vous avez écrit me concernant.

"Pour plus de renseignements, je vous adresse au "prochain "Bulletin de Pharmacie" qui publiera mes "démentis.

"Personnellement je ne vous connais pas davantage, "mais à en juger par votre attitude, j'ai tout lieu de croire ce que l'on dit jusqu'à preuve du contraire, que vous "êtes un vulgaire salarié avec lequel je me refuse à discuter.

Pour en finir avec toutes ces vilénies, priez donc un "de vos commanditaires parisiens qui se cachent derrière "vous, d'avoir le courage de se découvrir il me trouvera "tout et bien disposé à lui répondre ici c'est à dire sur un "terrain commun.

"Moi aussi j'ai des petits aquets de linge sale qu'il "serait piquant de laver devant la galerie.

"A bon entendeur.....

J. H. FAUDON.

Le 16 avril dernier, j'ai publié en effet, quelques lignes intitulées "*Joyusetés de M. Faudon*" au cours desquelles je railai la prétention de mon correspondant, de stériliser ses pilules de pancréatine. M. Faudon vient de me donner raison en admettant par le fait qu'il a changé dans la deuxième édition de sa brochure, la littérature descriptive de ses pilules de pancréatine. Voir l'article intitulé: "*Notes Bibliographiques*", publié dans une autre colonne.

Maintenant, que je sois salarié ou non page de la Revue Médicale du Canada, ne change en rien que je sache, la valeur des commentaires de la Revue ou des miens.

DR KOTERE.

**Chronique judiciaire du dernier semestre**

Gaston de Werthemer, *Demandeur*

—vs—

Dr P. P. Boulanger, *Défendeur*

Avocats du Demandeur MM. Archer et Perron.

Avocat du Défendeur: Hon. H. S. Carroll.

Nos lecteurs se rappellent sans doute d'une action en dommages de \$5000.00, intentée contre nous, le 23 janvier dernier, au sujet d'un article publié dans *La Revue Médicale* du 1er janvier 1902 (voir no 27, vol. V). Cet article les est intitulé *Contre-spécialités*.

Voici le résultat de cette action, prise par un individu disant venir de France, où il prétend avoir occupé un grade dans l'infanterie de marine et s'appelant Gaston de Werthemer ou Wertheimer.

Le 17 juin à la requisition du Dr P. P. Boulanger, défendeur, une requête ait été signifiée pour injonctions au demandeur d'avoir à signifier le bref. Le 23 du même mois, le Demandeur déclare ne pas être prêt à signifier son action et demande délai jusqu'au 30 juin à midi précis. Le 30 juin aucune signification n'étant faite, et vu la vacance judiciaire, la requête se trouve continuée au 1er septembre pour adjudication quant aux frais de cette requête. Gaston paiera les frais. *E finita la comedia.*

Charles Warrin, *Demandeur*

—vs—

Gaston de Werthemer, *Défendeur*

Avocat du Demandeur : Mtre Pierre Beullac.

Avocat du Défendeur : Mtre G. Desaulniers.

Voici ce que nous trouvons dans le jugement de l'Honorable Juge Davidson.

Le Demandeur emprunte \$30.00 au Défendeur. En retour, le demandeur donne comme garantie 800 boîtes de "Thermogène", que le défendeur doit vendre au compte du Demandeur à raison de 27 centins la boîte pour les premières 680 boîtes et 25 centins la boîte pour la balance, c'est à-dire 120 boîtes.

Le Défendeur s'engage à rendre compte des ventes tous les 15 de chaque mois au Demandeur, mais ne s'étant pas rendu à ses engagements, le Demandeur le poursuit en reddition de compte ou à défaut de lui payer \$170.00.

Le 11 Avril dernier, l'Honorable Juge Davidson condamne le Défendeur, M. de Werthemer, à rendre compte au Demandeur, M. Warrin, de cette quantité de produits pharmaceutiques ou à lui payer la somme de \$140.00 et les frais.

—  
Léon Joseph Jacquemaire, pharmacien de Villefranche, dans le département du Rhône, en France, l'un des pays d'Europe.

*Demandeur*

—vs—

Gaston de Werthemer, marchand et fabricant, de la ville de Westmount, dans le district de Montréal, faisant affaires à Montréal, comme tel, seul, sous la raison sociale de "Compagnie des Médecines patentées françaises".

*Défendeur*

Avocats du Demandeur : MM. Demers & de Lorimier.

Avocats du Défendeur : Mtre Perron.

Dans cette cause, le Demandeur réclamait du Défendeur la somme de \$522.75, prix et valeur d'un certain nombre de flacons de "Phosphate Vital Composé & Granulé".

Le Défendeur plaida à cette action qu'il ne devait rien au Demandeur ; que les marchandises expédiées par le Demandeur, lui avaient ainsi été expédiées en consignation et non autrement et qu'il était prêt à en rendre compte.

Après une enquête passablement longue, le tribunal en est venu à une conclusion différente de celle du Défendeur et, par un jugement en date du 30 juin 1902, le Défendeur a été condamné à payer au Demandeur le montant entier de sa réclamation, savoir \$522.75, avec intérêts à compter du 5 Février 1901 et les dépens.

—  
M. Lecours, pharmacien, réclame à M. G. de Werthemer la somme de 950 dollars pour injures verbales, assauts répétés, dénonciations fausses, lettres de menaces, etc. La cause est inscrite et se plaidera sous peu.

Alfred Lefebvre, *Demandeur*

—vs—

l'Hôpital Victoria, *Défenderesse*

Avocat du Demandeur : Mtre J. A. Robillard.

Avocat de la Défenderesse : Mtre Allan.

L'hon. Juge Doherty a rendu jugement dans une cause de Alfred Lefebvre contre l'hôpital Victoria, pour dommages au montant de \$1,999.99.

Voici quels sont les faits de la cause.

Lefebvre avait eu un pied écrasé, à Westmount, par une locomotive, en novembre 1899. Il fut recueilli par l'ambulance de l'hôpital Royal Victoria. Le lendemain on lui demanda de lui amputer la partie écrasée. Après de vives instances de la part de sa femme et du Rév. James Callahan, il consentit. Après quelques semaines on voulut lui amputer le pied ; il refusa. Alors, sous de fausses représentations, on lui coupa le pied au-dessus de la cheville. Le demandeur a pris au delà d'un an à se rétablir.

La question à décider est de savoir si les médecins ont le droit de pratiquer une opération malgré la volonté du patient.

C'est le Dr Bell qui a pratiqué l'opération.

Le savant juge dit que la question se résout à une question de fait et à une question de droit.

L'opération était-elle nécessaire ? Il paraît que oui. Le demandeur n'a pas souffert de dommages d'après la preuve.

La preuve n'est pas claire s'il a, oui ou non, donné son consentement ; cependant, la cour en est venu à la conclusion que le demandeur s'était objecté à ce qu'on lui coupât le pied. Il consentit seulement qu'on ajustât la peau. Il peut se faire que le médecin ait mal compris et ait agi de bonne foi.

Au point de vue du droit strict, un médecin n'a pas le droit de pratiquer une opération sans le consentement du patient. Tout homme a le contrôle de sa propre personne. On ne peut lui enlever aucune partie de son corps sans son consentement, même s'il s'agit de lui sauver la vie.

L'hôpital Victoria et les Drs Bell et O'Brien sont responsables des dommages. Les médecins sont les agents des œuvres de l'hôpital. Mais ils sont responsables des dommages seulement. Il n'est pas prouvé que le demandeur ait souffert des dommages ; il n'est pas prouvé qu'il soit plus incommodé maintenant qu'il aurait pu l'être si la deuxième opération n'avait pas eu lieu.

Donc, en tenant compte de la bonne foi des médecins et du fait que l'hôpital a agi dans un but de charité, il renvoie l'action avec dépens.

—  
Bureau du Revenu Provincial, *Demandeur*

—vs—

M. S. Lachance, pharmacien et Président de l'Ass. Pharmaceutique de Québec. *Défendeur*

Avocat du Demandeur : M<sup>re</sup> Drouin.  
 Avocat du Défendeur : M<sup>re</sup> Brosseau

En février dernier, le Bureau du Revenu a pris une action contre monsieur S. Lachance, Président de l'Ass. Pharm., pour vente de liqueurs (soi-disant) enivrantes, telles que le Vin St-Michel et Extrait de Malt de Pabst. Comme un grand nombre de causes semblables étaient prêtes, ce qui était facile, attendu que les Pharmaciens vendaient de bonne foi ces articles comme préparations médicinales, il a été décidé que celle-ci servirait de "Test-Case".

La prétention du Défendeur était que l'"Acte de Pharmacie" donne droit à tout pharmacien licencié de vendre toutes drogues simples ou composées, conséquemment toutes préparations médicinales, quelque quantité d'alcool qu'elles puissent contenir. Il s'agissait donc de savoir si le vin St-Michel et l'Extrait de Malt de Pabst appartenaient à cette catégorie.

L'instruction de la cause qui s'est faite devant son Honneur le Juge Desnoyers, a démontré à la satisfaction de la cour que le vin St Michel et l'extrait de Malt de Pabst sont des préparations médicinales et sont vendues et employées comme telles seulement. Mais, dit le savant magistrat, le vin St-Michel et l'extrait de Malt contiennent, le premier 5½% et le second 12½% d'alcool, et je suis en conséquence obligé de condamner le Défendeur en vertu de la clause 105 de la loi des licences, qui défend de vendre sans licence des liqueurs enivrantes, c'est-à-dire toute liqueur, qui contient un principe enivrant.

Il y a ici évidemment confusion dans l'interprétation des mots, car l'expression liqueur énivrante implique une liqueur à base d'alcool, tandis que dans une préparation médicinale, l'alcool n'est là que comme auxiliaire ou véhicule, donnant au remède qui en est la base véritable, toutes ses propriétés thérapeutiques.

L'Association Pharmaceutique chargée de protéger les intérêts de ses membres, nomma une députation qui rencontra les membres du Gouvernement Provincial. Durant cette entrevue, il fut décidé que le défendeur M. S. Lachance, ferait une demande d'un bref de certiorari afin d'avoir une nouvelle interprétation de la loi par un juge de la Cour Supérieure. Cette demande ayant été rejetée par l'Hon. juge Mathieu, il ne restait plus au défendeur que de s'adresser de nouveau au Gouvernement, le priant de bien vouloir empêcher la consommation d'une telle injustice.

Nous sommes heureux d'avoir à constater l'empressement avec lequel celui-ci s'est rendu à ce désir, en ordonnant immédiatement la suspension de toute procédure dans cette cause et autres semblables avec de plus l'assurance de l'adoption d'un amendement durant la prochaine session à l'effet de prévenir toute interprétation de la loi des licences contraire à l'intention du législateur.

## NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

Monsieur Faudon le savant directeur du "Laboratoire Spécial de Pharmacie Pratique" de Paris vient de publier une deuxième édition de sa fameuse brochure, revue et considérablement corrigée (gratuitement) par la Revue Médicale du Canada.

La lecture de cette nouvelle brochure convaincra le lecteur le plus sceptique que nous avons grandement raison d'en critiquer la première édition, et que notre argumentation ne repose pas sur des mots mal placés et des parenthèses négligées, etc, comme l'a prétendu M. Faudon dans une lettre ouverte publiée par le Bulletin de Pharmacie. Le fait d'avoir absolument tout corrigé tel que nous l'indiquions le prouve amplement.

En lisant la brochure corrigée de M. Faudon on constate qu'il est maintenant convaincu que le peptonate de fer n'est pas préparé en distillant dans le vide du sang de bœuf privé de sérum, en présence de l'oxyde de fer, comme il l'affirme dans sa première édition.

M. Faudon a aussi cru prudent de ne plus indiquer la proportion de fer dans ses "Gouttes Concentrées de Peptonate de Fer du Dr Guérin"; comme cela l'acheteur n'a plus rien à dire si on lui vend une préparation à 2% de fer quand il croit en acheter à 14%, car en somme on ne lui promet rien. Aussi M. Faudon n'a plus le toupet de prétendre que son produit est créé dans un but humanitaire, comme il l'affirmait dans ses prospectus précédents, il devient prudent et moins philanthrope. Nous constatons aussi avec plaisir que M. Faudon sait maintenant que la pancréatine n'est pas un produit physiologique. Tant mieux ! et nous souhaitons que son antigastralgique de Weber gagne en qualité par le dégrassement intellectuel de son créateur.

Nous avons hâte d'arriver au chapitre sur l'huile de chaulmoogra et nous avons poussé un soupir de satisfaction en constatant que le directeur du "Laboratoire Spécial de Pharmacie Pratique" sait maintenant que l'huile de chaulmoogra est une huile fixe, par conséquent impossible à distiller. Ce cher monsieur Faudon devient, il nous semble, quelque peu imprudent; en effet, non seulement il ne stérilise plus ses pilules de pancréatine Roure, mais il pousse l'imprudence au point de ne pas stériliser même les flacons qui les contiennent. Pour les pilules nous comprenons, c'est qu'il a probablement appris depuis peu qu'une température relativement peu élevée suffit pour détruire la pancréatine. Mais pour les flacons, pourquoi négliger de les stériliser ?

Cette deuxième édition de la brochure en question nous démontre que M. Faudon est un élève apte à apprendre. Nous ne désespérons nullement de lui; avec quelques bonnes leçons et un travail opiniâtre de sa part, il finira certainement par savoir quelque chose; alors les médecins canadiens seront justifiables, peut-être, de prescrire les produits qu'il crée spécialement à leur intention pour le plus grand bien de leurs malades.

# Travaux Originaux

## DISSECTION DE L'ABDOMEN

par M. le Dr L. E. FORTIER,

*Professeur agrégé à l'université Laval, médecin  
de l'Hôtel-Dieu (Montréal)*

Dans la plupart des salles de dissection, l'abdomen comprend cette partie du corps située entre le bord inférieur des côtes et le bord supérieur des os du bassin ; l'on y ajoute le périnée.

Les muscles profonds du dos sont généralement disséqués avec la tête et le cou.

### *Jalons superficiels*

- 1° Pointe du sternum.
- 2° Bords des côtes.
- 3° Crête iliaque.
- 4° Epine iliaque antéro-supérieure.
- 5° Symphyse du pubis.
- 6° Epine du pubis.
- 7° Crête du pubis.
- 8° Ligament de Poupart.
- 9° Ligne blanche.
- 10° Anneau inguinal externe.
- 11° Position de l'ombilic.

Avant de commencer la dissection l'on doit s'être bien rendu maître des jalons superficiels. Le cadavre est maintenant sur le dos avec un ou deux blocs au-dessous de la région lombaire, de manière à faire proéminer l'abdomen.

L'étudiant doit toucher avec ses doigts le bord des côtes et la pointe du sternum à la partie inférieure de l'abdomen, il touchera la crête iliaque, qui se termine en avant, à l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette crête est très reconnaissable, même chez les sujets les plus gras et forme une éminence bien marquée sur le côté externe de l'extrémité supérieure de la cuisse.

Sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pénis ou du vagin, l'on détermine facilement la symphyse du pubis, et si le cadavre n'est pas trop gras, à une distance de trois quarts de pouce en dehors, l'on a l'épine du pubis. L'espace compris entre ces deux points s'appelle crête pubienne.

Il est très important de bien se rappeler la position exacte de la crête, de l'épine et de la symphyse.

De la symphyse au sternum, la ligne mé-

diane de l'abdomen qui est en général bien marquée, porte le nom de ligne blanche ; — de la symphyse à l'épine iliaque antéro-supérieure, la dépression que l'on constate indique le trajet du ligament de Poupart.

Si l'étudiant saisit la partie supérieure du scrotum et la relève vers la crête du pubis, il sentira que son doigt entre dans une étroite ouverture dont les bords sont durs, et qui est située au-dessus de la crête pubienne : c'est l'orifice externe de l'anneau inguinal.

Il placera ensuite une ficelle autour de l'abdomen au niveau de l'ombilic ; ce qui lui fera constater que l'ombilic est situé sur le même niveau que la crête iliaque.

Avant de commencer la dissection, l'élève doit encore se familiariser avec certaines lignes fictives qui divisent l'abdomen en plusieurs régions et qui ont pour but de préciser la situation des différents organes : Ces régions sont au nombre de neuf.

Si l'on tire horizontalement deux lignes, la première au-dessous des fausses côtes, la deuxième au niveau des épines iliaques antérieures, l'on se trouve à avoir divisé la paroi abdominale en trois zones, une supérieure, une moyenne et une inférieure. Si maintenant l'on tire verticalement de chaque côté une ligne qui s'étendrait de l'union des cartilages costaux avec les côtes, jusqu'au milieu du ligament de Poupart, l'on se trouve à avoir divisé chaque zone en trois régions. Dans la zone supérieure, nous avons au milieu la région épigastrique et sur les côtés, les hypocondres droit et gauche,

Dans la zone moyenne nous avons au milieu la région ombilicale et sur les côtés, les régions lombaires ou les flancs.

Enfin dans la zone inférieure, nous avons au milieu, la région hypogastrique et latéralement, les régions inguinales.

Comme les parois abdominales sont généralement flasques, il est préférable de les distendre avant de commencer la dissection.

Prenez un soufflet et après avoir pratiqué une petite ouverture à l'ombilic, introduisez le dans la cavité abdominale ; fixez le bien avec une ficelle et soufflez les parois jusqu'à ce qu'elles soient aussi distendues que possible. Après que le soufflet a été enlevé et que l'ouverture a été bien fermée, l'on fait les incisions suivantes sur la peau ; la première s'étendra de l'extrémité inférieure du sternum jusqu'à la symphyse du pubis ; la deux-

ème partira de l'extrémité supérieure de la première ligne et sera tracée horizontalement des deux côtés ; — enfin la troisième sera aussi horizontale, et passera au niveau de l'ombilic. L'on doit poursuivre ces incisions aussi loin que la position du sujet le permet.

Disséquez aussi loin que possible le lambeau de peau qu'elles circonscrivent, mais n'enlevez rien autre chose que la peau. Le lambeau inférieur doit être renversé en bas et en dehors.

A moins que le sujet ne soit bien émacié, l'on rencontrera sous la peau une quantité considérable de graisse.

Ensevelis dans ce tissu cellulaire sont les vaisseaux et nerfs cutanés suivants :

1° Nerfs et vaisseaux cutanés latéraux (perforants latéraux).

2° Nerfs et vaisseaux cutanés antérieurs (perforants antérieurs).

3° Vaisseaux inguinaux.

4° Ganglions lymphatiques inguinaux.

Il y a un nerf et une artère au niveau de chaque vertèbre. Ils deviennent superficiels surtout sur deux lignes : l'une, à environ un pouce ou deux en dehors de la ligne médiane ; ce sont les vaisseaux et nerfs perforants antérieurs ; l'autre tout à fait sur le côté : vaisseaux et nerfs perforants latéraux.

Pour trouver ces vaisseaux et nerfs, l'étudiant doit gratter soigneusement avec un scalpel dans le tissu graisseux ; si les artères sont injectées, elles ne seront pas difficiles à découvrir.

*Artères.*— La peau de la paroi abdominale est nourrie par les perforantes.

Les perforantes latérales proviennent des intercostales et des lombaires.

Après avoir fourni, au niveau du creux de l'aisselle, les perforantes latérales, ces artères continuent leur trajet jusqu'à la gaine du droit antérieur, où elles s'anastomosent avec les perforantes antérieures.

Les perforantes antérieures sont fournies par la mammaire interne et l'épigastrique. L'épigastrique monte dans la paroi postérieure de la gaine du droit et de distance en distance, donne naissance à une branche qui perce ce muscle et va nourrir la peau ; puis l'épigastrique va s'anastomoser avec la mammaire interne qui donne des branches semblables au thorax.

Outre ces artères, l'on rencontre encore dans le tissu graisseux de la région inguinale, trois

petites artères qui ont aussi leur importance et qui proviennent de la fémorale, ce sont :

1° La honteuse externe supérieure, qui se dirige en dedans, devient superficielle au niveau de l'ouverture de la veine saphène, et va nourrir la peau de la partie inférieure de l'abdomen, ainsi que le penis, chez l'homme et les grandes lèvres chez la femme.

2° La tégumentouse abdominale, que les anglais nomment épigastrique superficielle, qui naît à peu près, un travers de doigt au-dessous du ligament de Poupart, sort par l'ouverture saphène et va se terminer près de l'ombilic.

3° La circonflexe iliaque, qui prend naissance tout près de la sous-cutanée abdominale, passe le long du ligament de Poupart jusqu'au niveau de la crête iliaque où elle se termine dans la peau de l'aîne.

(A suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Diphthérie conjonctivale

M. STEPHENSON a étudié 43 cas de conjonctivite à bacille de Klebs-Löffler. Ces cas représentent 1,25 p. 100 de toutes les affections oculaires relevées dans deux hôpitaux d'enfants ; 88 cas ont été observés chez des enfants au-dessous de quatre ans ; l'âge moyen est de vingt-sept mois. Presque toujours, dans les antécédents on a retrouvé l'origine de la contagion ; 40 p. 100 des sujets présentaient des troubles généraux, bien que trois seulement aient présenté une forme vraiment grave de conjonctivite diphthérique. Cinq fois on a retrouvé de l'albumine dans les urines ; deux fois le réflexe patellaire a fait défaut. Dans un cas, il y avait concomitance ; dans un seul cas, la diphthérie conjonctivale a précédé l'angine et la rhinite. Chez sept enfants on a noté des lésions de diphthérie cutanée. D'une façon générale les ganglions préauriculaires ou autres étaient tuméfiés. Dans les trois quarts des cas l'affection était unilatérale ; une seule fois elle a été mortelle. L'infection était pure dans 13,93 p. 100 et associée dans 36,04 des cultures. Quant au traitement M. Stephenson a donné des doses suffisantes et précoces de sérum et fait sur la conjonctive des pulvérisations au sublimé à 1 p. 5000.

(Brit. med. Journ.—Gaz des hôp.)

**Coxalgie par suggestion**

M. le Dr *Paul Farez* rapporte le curieux cas suivant :

Un enfant de quatre ans va faire une longue promenade avec son père : il revient un peu fatigué, en traînant la jambe gauche. Son père et sa mère, affolés, se lamentent, craignant qu'il s'agisse d'une coxalgie. La nuit se passe. Le lendemain l'enfant est incapable de faire aucun mouvement dans son lit ; le moindre attouchement lui fait pousser des cris perçants. Intoxiqué, pour ainsi dire, par la croyance qu'il a une coxalgie, il en réalise inconsciemment la symptomalogie, en l'exagérant, du moins en ce qui concerne la sensibilité et la motricité. Il me suffit de distraire l'enfant, de capter son attention, de lui raconter une histoire amusante ; pendant ce temps j'arrive à palper tout son membre inférieur gauche sans qu'il s'en aperçoive, puis à provoquer toutes sortes de mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, sans provoquer la moindre douleur. Je le fais lever, je l'habille et il m'accompagne par la main jusqu'à la porte de l'appartement, puis semet à jouer avec ses frères et sœurs. Cet enfant a une suggestionnabilité exagérée : ses parents lui demandent-ils s'il n'éprouve pas une douleur à tel endroit déterminé, aussitôt il l'éprouve réellement. Plusieurs fois il a donné à sa famille de sérieuses inquiétudes. Quand j'arrive, il me suffit de palper et de masser légèrement la région soi-disant malade, en affirmant que la douleur a disparu, et celle-ci, en effet, est supprimée. La suggestion est une arme à deux tranchants. Les parents exercent souvent au point de vue suggestif une influence néfaste sur leurs enfants ils manquent de calme et d'empire sur eux-mêmes. D'une manière générale et surtout en pathologie nerveuse, il est souvent indispensable de soigner d'abord la névropathie du milieu familial, en particulier celle du père et de la mère ; à cette condition seulement, l'enfant peut être amélioré ou guéri.

(*Le concours médical.*)

**Un cas de toux coqueluchoïde**

par le Dr H. KORTZ.

Le 17 avril dernier j'étais appelé auprès d'un petit garçon de 3 ans, d'aspect délicat, assez grand et maigre, présentant de plus quelques signes de rachitisme. L'enfant, depuis quelques jours, me dit la mère avait des quintes de toux, surtout la nuit, et l'on craignait la coqueluche ; du reste il n'avait pas d'accès de fièvre, mangeait presque autant qu'à l'ordinaire ; mais plutôt peu. Dans la journée il jouait avec une certaine vivacité sans paraître fatigué, mais la nuit du 5 à 6 quintes de toux le réveillaient. Des sirops pectoraux avaient été administrés sans succès.

L'enfant ne paraissant pas bien malade, je pensai

de suite qu'il ne s'agissait pas là d'une coqueluche vraie. L'examen de la gorge ne me révéla rien qui put expliquer les quintes de toux ; mais il y avait dans la région sous-maxillaire gauche deux ganglions lymphatique de la grosseur d'une amande.

A l'auscultation je trouvai la poitrine remplie de gros râles humides de bronchite ; l'enfant, étant donné son âge, ne crachait pas, et cependant je ne voulais pas l'affaiblir davantage en le faisant vomir, d'autant plus qu'il rendait assez souvent après avoir mangé. La percussion ne fournissait aucun renseignement, pas même de matité dans la région du médiastin ; bientôt une quinte de toux qui ressemblait au début absolument à une quinte de coqueluche appela mon attention, mais au bout de dix à quinze secondes elle tourna court, elle avorta en un mot.

A mes interrogations précises la mère répondit que toutes les quintes se ressemblaient et étaient de cette nature, mais quelquefois plus fortes et plus prolongées.

Je pensai dès lors qu'il ne s'agissait pas de coqueluche vraie, mais de toux coqueluchoïde, à l'occasion d'un gros rhume chez un enfant lymphatique à développement ganglionnaire exagéré et j'instituai le traitement suivant :

Application de cataplasmes sinapisés matin et soir dans le dos et sur la poitrine

Granules de *sulphydral*, un toutes les heures, avec le véhicule que l'enfant prendrait le plus volontiers : confiture, miel, etc.

Toutes les deux heures, un granule de *camphre monobromé* pour agir sur l'élément nerveux qui paraît être en jeu.

Enfin, pour combattre le lymphatisme, une solution d'*arséniate de soude* contenant un demi-milligramme par cuillerée à café ; deux cuillerées à café par jour avant les repas.

Au bout de 4 jours il y avait déjà une amélioration sensible, la poitrine était débarrassée des râles et les quintes de toux étaient moins fréquentes et surtout moins longues ; de plus l'enfant ne vomissait plus aussi souvent ; il avait aussi plus d'entrain. Cependant le traitement fut continué comme précédemment avec cette différence cependant que les cataplasmes sinapisés ne furent plus administrés que le soir et que l'*arséniate de soude* fut donné 3 fois par jour de façon à ce que le petit malade en absorbât un milligramme par 24 heures.

Quatre jours après, nouvelle amélioration : les bronches sont absolument libres ; les quintes, tout en conservant leur caractère initial, sont plus espacées et ne durent que cinq à dix secondes, aussi l'enfant ne rend plus et n'a plus les apparences que d'un enfant délicat. Le *sulphydral* est continué à la dose de six granules par jour ainsi que le *bromure de camphre*, et l'on poursuit la médication arsenicale.

Puis quelques jours plus tard l'enfant peut être considéré comme guéri de sa toux ; cependant, par précaution, le même traitement est continué en y adjoignant du *phosphate de chaux* pour combattre le rachitisme.

Je viens de voir hier une famille où les quatre enfants sont atteints de coqueluche vraie au début : il y a parmi eux deux jumeaux âgés de 22 mois : je demanderai à mes confrères quel est, à leur avis, le meilleur traitement à instituer dans ce cas, me réservant de leur apporter les résultats de la médication.

(*La Dosimétrie*)

#### Un cas d'infection par la tuberculose bovine chez l'homme

Presque au moment où M. le docteur Garnault essayait à Paris sur lui-même l'inoculation de la tuberculose bovine, M. P. KRAUSE publiait, en Allemagne (*Muenchener med. Woch.*, 24 juin 1902), un cas très probant qui infirme nettement la théorie proclamée au dernier Congrès de la tuberculose à Londres, par le professeur R. Koch.

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, de constitution robuste, sans antécédents familiaux tuberculeux, ayant toujours joui d'une santé parfaite et travaillant dans un abattoir. Il y a trois ans, s'étant enfoncé un éclat de bois dans le pouce droit, cet homme fut obligé, aussitôt après l'accident, d'enlever la peau d'une vache pommelière. Au bout de quelques jours, le bras droit commença à se tuméfier, l'enflure progressant lentement jusqu'à la fosse axillaire. Puis des abcès se formèrent qui s'ouvrirent spontanément. Par la suite, le malade fut traité par plusieurs médecins qui, tous, admirèrent chez lui l'existence de lymphangite et d'adénites tuberculeuses ; on dut inciser une série d'abcès froids au bras droit. L'examen microscopique d'un ganglion et d'un fragment de peau ulcérée, pris sur le malade dans le service de M. Mathner, à l'hôpital Béthanie, à Breslau, confirma le diagnostic de la nature tuberculeuse des lésions.

Enfin, le malade fut examiné à la clinique médicale de M. le professeur Kast, à Breslau. Les poumons et tous les autres viscères furent trouvés indemnes. Dans le creux axillaire droit, la palpation révélait l'existence d'une petite induration en forme de bride mince ; au-dessous se trouvaient quelques ganglions indolents, du volume d'un haricot. Au bord interne du muscle biceps siégeait un ganglion, gros comme une amande, qui fut extirpé et soumis à l'examen microscopique : il contenait des bacilles tuberculeux et des cellules géantes. Le bras droit présentait plusieurs cicatrices opératoires, longues de 8 à 17 centimètres, mobiles, non adhérentes aux tissus sous-jacents.

On ne saurait vraiment mettre en doute, dans ce cas, une contamination par la tuberculose bovine. (*Bull. med.*)  
(*Gaz. des hôp.*)

#### Gélo-diagnostic de la fièvre typhoïde et des eaux typhogènes

M. CHANTEMESSE a fait connaître en juin 1901 une méthode de recherche et de diagnostic rapide du microbe de la fièvre typhoïde contenu dans les eaux suspectes ou dans les garde-robes des malades. Les éléments essentiels de cette méthode étaient d'obtenir sur gélose phéniquée des colonies de surface, de les cultiver dans un milieu lactosé, tournesolé, et de les caractériser par l'agglutination avec le sérum. Il a simplifié ce procédé par abréviation en incorporant la lactose et le tournesol à la gélose phéniquée.

La méthode donne des résultats en douze heures, même entre les mains de personnes peu expertes en bactériologie. Il ne faut que les milieux ordinaires dont on se sert tous les jours dans les laboratoires.

A 10 centimètres cubes de gélose ordinaire — eau, peptone Defresne 3 pour 100 et gélose 2 pour 100 — on ajoute 4 gouttes d'eau phéniquée à 5 pour 100, 20 centigrammes de lactose et 1 centimètre cube de teinture de tournesol sensible. On fait fondre au bain-marie et on verse sur une plaque de Petri une mince couche de ce mélange pour avoir une épaisseur de 1 millimètre ou 2. Sur cinq ou six plaques ainsi préparées et solidifiées, on promène sans le recharger et successivement un pinceau de blaireau très fin, trempé préalablement dans une dilution étendue de matières fécales suspectes. Au bout de douze heures à l'étuve, la légère teinte violette de la plaque est parsemée de colonies, les unes roses (colibacilles), les autres bleues (bacilles typhiques). On fait la preuve immédiate de la présence de ces derniers bacilles par l'agglutination.

Par cette méthode, M. Chantemesse a pu isoler des bacilles d'Eberth dans les garde-robes de tous les typhiques avérés qu'il a examinés. De plus, dans les cas où la fièvre typhoïde était soupçonnée cliniquement et où le séro-diagnostic était négatif, il a constaté la présence de bacilles typhiques dans les garde robes. Ces microbes reparaissent en grand nombre à la veille d'une rechute et leur présence, si facile à reconnaître, est un renseignement précieux pour le traitement.

Quant à l'eau suspecte, elle est filtrée en grande masse à travers une bougie et la vase qu'elle dépose sert aux ensemencements.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*)

#### Technique de l'épreuve du bleu de méthylène

par MM. CH. ACHARD et CH. LAUBRY

On donne le bleu de méthylène à la dose de 5 centigrammes, soit en pilule ou en cachet, à jeun, soit, ce qui est préférable, en injections sous cutanée (2 centimètres cubes d'une solution aqueuse à 1 pour 40, stérilisée). Le malade doit vider sa vessie aussitôt avant l'injection ; puis il urine dans des verres séparés au bout d'une demi-

heure, 1 heure, 2 heures et ensuite à des intervalles plus éloignés.

La matière colorante s'élimine partie en nature, donnant à l'urine une teinte bleue ou verte, partie à l'état de dérivé incolore ou chromogène, que l'on transforme en bleu en faisant bouillir l'urine avec de l'acide acétique. Il faut toujours opérer cette transformation pour apprécier les résultats de l'épreuve.

Chez un sujet normal, l'élimination a déjà commencé au bout d'une demi-heure et cesse au bout de 35 à 60 heures. Lorsque la dépuration urinaire est imparfaite, elle peut être retardée d'une ou de plusieurs heures et se prolonger plusieurs jours, même plus d'une semaine.

L'élément le plus important de l'épreuve est le dosage du bleu dans l'urine : en 24 heures un sujet normal doit éliminer au moins la moitié de la dose injectée, soit 25 milligrammes. Ce dosage se fait par la comparaison chromométrique de l'urine émise après l'injection avec l'urine émise avant l'épreuve et teinté artificiellement par une solution titrée de bleu. Mais dans la pratique il suffit de faire un dosage approximatif en procédant comme il suit.

I. *Avant l'injection.* — Recueillir la totalité de l'urine émise pendant les 24 heures qui précèdent l'injection.

II. *Au moment de l'injection.* — Verser dans l'urine précédente la moitié de la dose de bleu injectée, et y ajouter, en outre, deux cuillerées de vinaigre. Verser également deux cuillerées de vinaigre dans le vase destiné à recueillir l'urine qu'émettra le malade pendant 24 heures à partir du moment de l'injection.

*Remarques :* 1° La présence du vinaigre dans les deux urines empêche leur fermentation et dispense de les acidifier plus tard avec l'acide acétique pour transformer le chromogène en bleu au moment du dosage.

2° Il est bon, avant de verser le bleu dans l'urine d'avant l'épreuve, de prélever de celle-ci quelques cuillerées qui serviront, comme on le verra plus loin, à jaunir, s'il y a lieu, la dilution du dosage.

III. *24 heures après l'injection.* — Ramener les deux urines d'avant et d'après l'injection au même volume, en y ajoutant de l'eau, et de telle sorte que ce volume atteigne au moins 2 ou 3 litres.

Prélever de chaque urine une cuillerée, la faire bouillir sur une flamme et la verser dans un grand verre d'eau. Les deux verres doivent être exactement pareils et contenir la même quantité d'eau, pour que les deux urines soient également diluées.

Il ne reste plus alors qu'à comparer les deux teintes.

*Remarques.* — 1° Au lieu de prendre une grande cuillerée de chaque urine, il est avantageux d'en verser seulement deux cuillerées à café dans une grande cuillère, car celle-ci n'étant pas tout à fait remplie, on risquera moins de perdre du liquide par l'ébullition.

2° Les dilutions faites, si leurs teintes diffèrent trop

de ton; l'une étant bleue et l'autre verte, on verra légèrement la plus bleue, en y ajoutant un peu de l'urine mise à part avant l'injection.

3° Il est avantageux pour la précision du dosage, d'avoir à comparer des teintes pâles; aussi faudra-t-il, si les teintes sont un peu foncées, faire, dans d'autres verres pareils, de nouvelles dilutions avec les premières.

IV. *Interprétation des résultats.* — Par la comparaison des deux teintes, on peut soit se borner à constater que la dose de bleu éliminée en 24 heures est égale, inférieure ou supérieure à la dose normale, soit préciser davantage le taux d'élimination en cherchant à obtenir l'égalité des teintes. On essaiera, par exemple, si pour équivaloir à une cuillerée de l'urine d'avant l'injection il en faut 1 et demie, 2 ou 3 de l'urine d'après, ce qui indiquera pour le taux d'élimination du bleu les valeurs de deux tiers, la moitié un tiers de 25 milligrammes. (L'emploi de la cuillère à café, indiqué plus haut, facilite cette détermination.)

*Remarque :* Le chauffage à la cuillère n'étant ni aussi régulier ni aussi prolongé que le chauffage dans un ballon, la transformation du chromogène en bleu est généralement imparfaite. Aussi le taux d'élimination ainsi obtenu est-il au-dessous de la réalité et doit-on prendre pour limite de l'état normal non la moitié de la dose injectée, mais seulement le tiers. Par conséquent, l'élimination est suffisante, si 3 cuillerées de l'urine d'après l'injection ne donnent pas une teinte plus faible que 2 dd l'urine d'avant.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

#### Action hypnotique de l'apomorphine chez les alcooliques

L'attention des praticiens a été appelée récemment sur la valeur de l'apomorphine comme hypnotique chez les alcooliques. MM. COLEMAN et POLK ont pu expérimenter l'action de ce remède sur 300 sujets admis dans un même hôpital et ils ont publié l'observation analytique de 87 cas.

Pour agir comme sédatif et hypnotique, l'apomorphine doit être administrée par la voie hypodermique. Sur 13 cas où on administra par la voie buccale on n'obtint le sommeil que deux fois. Sur 74 cas, traités par la voie hypodermique, l'action hypnotique fut obtenue 50 fois. Naturellement, la moitié environ des malades ont des vomissements. Il est difficile d'établir exactement la posologie : il est prudent de commencer par un centigramme et de tâter ensuite progressivement le terrain. En cas de vomissement, attendre plusieurs heures avant de continuer le traitement. L'action hypnotique ne dure que quelques heures. Le chloral, le bromure, administrés un peu de temps après l'apomorphine, prolongent efficacement son action.

(Gaz. des hôp.)



## GYNECOLOGIE

### Étapes de la théorie enteroptosique du rein mobile

par le Dr FRANTZ GLÉNARD.

Permettez-moi, Messieurs, puisque vous me faites l'honneur de croire que je pourrai vous intéresser en vous exposant ma théorie pathogénique de la maladie du rein mobile, permettez-moi de franchir rapidement avec vous, et dans leur ordre de succession, les étapes de la voie par laquelle on aboutit à cette théorie. La théorie enteroptosique de la maladie du rein mobile n'a pas surgi de toutes pièces d'un travail livresque, mais s'est dégagée peu à peu de l'analyse clinique la plus minutieuse et la plus persévérante, dans le groupe des maladies classées parmi les dyspepsies nerveuses ou les névropathies indéterminées.

De ces maladies, les unes guérissaient sous l'influence du traitement qui leur était opposé ; les autres, en apparence identiques aux premières, ne guérissaient pas, quoique le traitement fût le même ; en vain cherchait-on la base de cette contradiction, soit dans une différence de localisation théorique, soit dans les nuances variées des symptômes tirés du système nerveux, de l'estomac ou de l'intestin. Il était évident que quelque caractère fondamental de différenciation était omis ou méconnu. Il fallait donc refaire à nouveau l'inventaire de tous les signes et symptômes, et peser la valeur de chacun pour établir, sur de nouvelles bases, leur subordination hiérarchique, suivant les principes de la méthode naturelle de classification.

#### *Première étape : Dyspepsie mésogastrique.*

En agissant ainsi, je remarquai tout d'abord que les caractères alors employés, c'était en 1885, pour classer les dyspepsies, les caractères tirés par Chomel des symptômes : douleur, aigreur, flatulence, clapotage, étaient d'une telle banalité, se rencontraient si souvent réunis chez un même malade, qu'ils devaient être rejetés comme caractères de différenciation.

En revanche, je vis qu'à côté de ces caractères "choméliens", on peut distinguer parmi les symptômes (délabrement, faiblesse, barrement, creux, vide, etc.), que les malades rapportent obstinément à une région située "entre l'estomac et le ventre", et, sous le nom de "vapoureux", un autre ordre de sensations "étouffement, angoisse, suffocation, etc.", paraissant bien spécifier une forme particulière de maladie.

Poursuivant l'analyse, je ne tardai pas à dégager l'importance des caractères tirés de la relation des malaises avec l'heure des repas, comme les symptômes vapoureux, ou, comme les symptômes mésogastriques, longtemps après le repas ; et, enfin la valeur des caractères

établie suivant la relation des malaises avec tel ou tel mode d'alimentation. L'importance de tels caractères devait être bientôt démontrée par l'étude du chimisme gastrique qui allait être inaugurée.

Or, il est des malades chez lesquels je notai la coïncidence suivante : symptômes mésogastriques, — maximum des malaises deux ou trois heures après le repas de midi — aggravation des malaises par les graisses, les féculents, les crudités, le vin, le lait ; et ces malades étaient précisément ceux qu'on ne réussissait pas à guérir. Chez ces malades, trois symptômes étaient également constants ; la faiblesse, l'insomnie la constipation ; les toniques, les calmants, les évacuants étaient en vain administrés. Étudions donc de près cette maladie et enregistrons à mesure les caractères que nous allons déceler.

#### *Deuxième étape : Maladie du rein mobile.*

Le ventre est flasque, et c'est là un caractère non encore classé ; l'étude du mésogastre laisse percevoir un abattement isochrone au pouls : c'est l'aorte qui est accessible au doigt ; sur la face antérieure de l'aorte se trouve une sorte de ganglion, mobile verticalement : ce ganglion est la portion préaortique d'une corde transversale dont la direction croise celle de l'aorte ; cette corde est formée par le côlon transverse rétréci et abaissé ; il existe une corde semblable, formée par l'Silliaque, dans le flanc gauche ; dans le flanc droit, le cœcum se laisse délimiter sous forme d'un boudin étroit, tendu et sensible à la pression.

La coïncidence d'un colon transverse rétréci et d'un cœcum tendu et sensible semble impliquer l'existence d'un obstacle intermédiaire à ces deux portions du gros intestin et siégeant dans le coude droit du côlon. Pour atteindre avec les doigts ce coude droit du côlon qui est profondément situé dans l'hypochondre, la palpation classique ne peut-être d'aucun secours, au contraire, car la pression refoule plus profondément les organes contre les plans souples du diaphragme et de la fosse lombaire.

Pour donner de la rigidité à ces plans et, en même temps, pour augmenter l'accessibilité des organes à la palpation par la paroi antérieure, il faut soulever fortement la région lombaire et ordonner un mouvement de profonde inspiration. Si, les quatre derniers doigts de la main gauche soulevant la région droite, le pouce gauche et la main droite plongeant sous l'hypochondre droit pour exercer la palpation, on engage le malade à pousser un profond soupir, les doigts qui sont placés en opposition perçoivent un organe qui descend entre eux, ce n'est pas le coude droit du côlon : c'est le rein. C'est le rein mobile ; c'est une espèce encore inconnue du rein mobile ; le rein mobile de l'hypochondre, dix fois plus fréquent que le rein mobile classique, le rein mobile du flanc, et le procédé de palpation, une fois réglé sous le nom de procédé néphroleptique, met désormais à l'abri

des erreurs de diagnostic, par omission ou confusion, qui fourmillent dans l'histoire du rein mobile. La maladie névropathique à symptômes mésogastriques, cette maladie qui était rebelle à toute médication, est donc la maladie du rein mobile.

L'application d'un sangle élastique, indiquée dès lors pour immobiliser le rein de notre malade a de suite un effet salutaire contre le symptôme faiblesse ; le malade se dit soulagé, se sent plus fort, respire mieux (épreuve de la sangle) : si l'on vient à enlever la sangle (contre-épreuve), il sent revenir de suite sa faiblesse, son creux, son vide, son tiraillement au mésogastre et éprouve la sensation de "chute du ventre". La faiblesse, ce symptôme dont l'interprétation a fait commettre tant d'erreurs thérapeutiques, est donc ici manifestement d'origine mécanique et doit être distinguée de la faiblesse anémique, de la faiblesse hépatique, etc.

(à suivre)

#### A propos de l'interrogatoire gynécologique

par le Dr Paul PETIT

Les femmes, interrogées sur leur santé, donnent rarement des renseignements "exacts."

Elles me sauront gré d'adopter cette formule et de ne pas aller jusqu'à prétendre, qu'elles ne disent jamais la vérité ; car elles ont souvent l'intention de la dire et, n'étaient les circonstances et l'entourage, sans doute la diraient-elles toujours.

Quand l'une d'elles se soumet à l'examen gynécologique, il arrive souvent qu'elle se présente accompagnée d'une parente, d'une amie fidèle, voire même du mari, et que ce soit le chaperon, homme ou femme, qui s'offre tout d'abord à instruire le médecin. S'il s'agit de la mère ou de la belle-mère, attendez-vous à un discours aussi long qu'inutile et, pourtant, mon cher collègue, gardez vous de l'interrompre trop tôt, sous peine de vous faire juger, de prime abord, d'une façon plutôt défavorable !

Parfois, semble-t-il, d'ailleurs, que, de tout ce vocabulaire, il y ait quelques mots à retenir, quand la principale intéressée, prenant à son tour la parole, les contredit hélas ! et se contredit elle-même, l'émotion aidant, autant de fois que vous lui en donnez l'occasion.

Si le mari est en tiers, ce peut être bien pis !

Suivant la mère d'ordinaire, la patiente souffre beaucoup ; suivant celle-ci, sa mère exagère et les douleurs n'ont ni l'acuité, ni les caractères, ni la localisation qu'elle leur assigne. Vient enfin le mari : s'il est médusé par la belle-maman, il ne dira rien, tout en n'en pensant pas moins ; mais, s'il est moins résigné, peut-être affirmera-t-il "que sa femme n'a rien"... et souvent aura-t-il raison.

Ce premier orage passé, prenez en main le gouver-

naul de la conversation (comme dit M. de la Harpe dans sa "Maison flottante") et avec le calme d'un bon navigateur, cherchez à la diriger dans le sens voulu ; autrement dit, procédez à l'interrogatoire méthodique. Celui-ci terminé, ne vous étonnez pas qu'il ne reste plus rien des renseignements spontanés que l'on vous aura donnés et c'est dans ces conditions que vous aller passer à l'examen physique.

Vos questions ont été si précises, la famille y a répondu, en chœur, avec un accord si parfait, que déjà, avant même de pratiquer le toucher, vous avez votre présomption diagnostique ; vous pensez, par exemple : "à un beau prolapsus" et le doigt vous répond "constipation" ; ou bien encore vous vous dites "c'est du cancer" et il ne s'agit que de *flueurblanchophobie* ou d'une *topoalgie* quelconque, c'est-à-dire d'un de ces délires partiels, à localisation génitale, qui sont si communs chez les femmes et font la joie et la fortune de tous les parasites de notre profession, pharmaciens, sages femmes et autres.

A ce moment précis de la consultation, il ne tient qu'à vous, si vous en avez le temps, qu'elle prenne une tournure vraiment épique.

Faites-moi le plaisir de renouveler vos questions, dans le sens des indications que vous donne le toucher : voici maintenant des réponses toute nouvelles et en complet accord avec votre examen. Mais, pour Dieu ! pas trop de zèle, n'insistez pas, n'articulez point, par exemple : "Ce n'est pas moi qui vous le fais dire ?" ou encore "En êtes-vous bien sûrs ?", sans quoi le cycle va se rouvrir et avec cette aggravation, cette fois, que gendre et belle-mère vont se prendre aux cheveux et si vous avez, en ville, rendez vous avec un confrère, voilà votre belle réputation d'exactitude à jamais perdue !

Que mes lecteurs me confondent, si j'exagère en quoi que ce soit !

Il n'est rien d'aussi difficile, selon moi, que d'obtenir d'une femme ou de son entourage, un "oui" ou un "non" tout nets, ou la même réponse pour une question identique posée, à deux reprises, à quelques minutes d'intervalle. Encore une fois je n'invente rien : voici des clichés pris au vol :

"Souffrez vous en urinant, Madame ?" — Peut-être bien. — Mais il n'y a que vous qui puissiez le savoir. — C'est que, voyez-vous, M. le docteur, on est dure au mal..." ; et la conversation peut continuer longtemps, sur ce pied, avec le même profit.

Une autre : "Vous m'avez donc dit, Madame, que vous perdiez beaucoup de sang ? — Monsieur, j'ai beaucoup d'inflammation, mais je ne sais pas si ça vient de la vessie ou du fondement ; il me semble seulement, quand j'écarte les jambes, qu'il me vient comme un gaz, et ça me soulage". Je ne dis pas qu'une réponse pareille ne puisse mettre, à l'occasion, sur la voie d'une

déchirure périnéale ; il ne faut pourtant pas s'y fier ; en tout cas, elle ne saurait vous édifier sur l'existence ou non de métrorrhagies, et attendez-vous parfois, pour en arriver à vos fins, à dépenser toutes les réserves de votre ténacité.

Ce n'est pas que je veuille nier l'efficacité de l'interrogatoire gynécologique : il est indispensable : mais si habilement, si patiemment qu'on le dirige, il faut s'en défier, le considérer comme un adjuvant précaire de l'examen physique et ne pas hésiter, au besoin, à la reprendre de bout en bout, quand celui-ci est terminé et laisse subsister des doutes. Dans les cas difficiles, c'est ce second interrogatoire, éclairé et dirigé par les signes objectifs, qui seul doit faire foi, le premier ne comptant qu'à titre de simple entrée en matière.

On aurait tort cependant de ne pas y apporter tous ses soins, malgré les difficultés vécues dont je viens de donner l'image. On aurait tort aussi de ne pas accepter, avec philosophie, cette période confuse et mouvementée " *des renseignements spontanés* " qui suit le traditionnel " *donnez-vous donc la peine de vous asseoir* ". Il ne faut pas y voir seulement une soupape ouverte aux épanchements de la famille ; je rougis, pour nos maîtres, de tout ce que j'ai appris en y prêtant une oreille attentive.

Voici une jeune femme que l'on me présente pour une affection postpuerpérale. " Je suis bien sûre ", me dit la maman " que ma fille n'a point gardé de délivre, car elle a soufflé dans la bouteille " et, comme j'ai probablement l'air un peu ahuri " Monsieur sait bien : une fois le délivre, on dit à la femme de se lever et on le fait souffler dans une bouteille ". Je dois avouer que je l'ignorais et que ce mode d'expression indirecte peut fort bien réussir ; dans la famille de cette dame on n'en avait jamais employé d'autre et avec une entière satisfaction. Prenez donc tant de précautions pour éviter le prolapsus !

En dehors de l'émotion bien compréhensible de la patiente (surtout quand il s'agit d'un premier début) et de l'esprit de contradiction qui règne parfois entre ses protecteurs naturels, il faut aussi tenir grand compte, dans l'interrogatoire et l'examen, de l'intérêt que l'on peut ou croit avoir à tromper le médecin. A ce point de vue, l'aplomb d'une femme, si frêle soit-elle, devant l'évidence même, dépasse parfois ce qu'on peut imaginer.

Une mère se présente, en larmes, avec sa fille toute souriante : " Croyez-vous, Monsieur, que nous avons du malheur ! Une tumeur ! A son âge ! Prenez bien garde en l'examinant ! C'est une jeune fille ". Or il s'agit d'une grossesse à terme et le travail est commencé ; mais impossible d'obtenir un acquiescement, même déguisé, à mon diagnostic. L'accouchement faillit se faire en fiacre.

Tout médecin a une collection de faits semblables par devers lui.

M. Tout médecin doit savoir se garer des hystérométries escomptées, et apprendre à dépister, par ses propres moyens, les fauses couches provoquées.

Tout médecin a pu constater dans le vagin des corps étrangers qui n'avaient rien à y faire et sur la présence desquels on lui a donné des explications peu vraisemblables.

La femme est bavarde : soit. Mais quand elle est résolue à se taire, elle n'avoue jamais.

(Le Concours Médical.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### L'entéroclyse

M. le Dr *Hérard de Bessé*, de Pougues, recommande l'emploi de l'entéroclyse du gros intestin qui, dit-il, est un moyen thérapeutique puissant, généralement inoffensif et facile à pratiquer. Les indications, nombreuses, s'adressent à la plupart des affections intestinales qu'elles résultent de la présence de microorganismes ou qu'elles soient produites par des substances toxiques, de parasites... etc. Les effets cholagogues de l'entéroclyse joints à l'antisepsie intestinale qu'il réalise, en font la base du traitement des ictères et de la lithiase biliaire ; de même son action diurétique, ajoutée aux avantages précédents est une ressource précieuse dans les infections des voies urinaires, dans les néphrites et l'urémie particulier.

*Technique.* — La technique de l'entéroclyse est la même, qu'on veuille ou non franchir la valvule de Bauhin.

*Attitude.* — L'attitude à donner au malade a une grande importance. Il devra être couché et avoir son cæcum en situation déclive, ce qu'on réalisera en soulevant légèrement sa hanche gauche ou en le frisant coucher un peu sur le côté droit. Cette situation empêche les gaz de s'accumuler dans le cæcum, de le distendre, ce qui est capital si on veut franchir la valvule, car la distension faisant affronter ses deux lèvres, constitue un obstacle insurmontable au lavage complet.

*Canule.* — Comme instrument, le plus commode et le plus employé est une canule molle en caoutchouc, bien que de *Genersich* se serve d'une sonde rigide. Il y a avantage à ce que cette canule soit longue (50 centimètres environ) et enfoncée aussi loin que possible. L'introduction est facile surtout si l'on attend que le liquide s'écoulant ouvre l'intestin au devant du bec de la sonde ; on peut la faire pénétrer ainsi au moins jusqu'à l'angle gauche du côlon et même généralement jusqu'au milieu du côlon transverse où on peut la sentir par la palpation à travers une paroi abdominale mince.

M. *Hérard* se sert d'une canule en caoutchouc rouge de 0.50 de longueur, d'environ 1 m. de diamètre.

Le seul orifice d'écoulement est une fente qui ne peut se boucher en butant contre la paroi intestinale (ce qui est fréquent avec les sondes ordinaires portant un trou circulaire à leur extrémité) et dont les lèvres, formant valvule, empêchent tout reflux vers le récipient.

Chez l'enfant, on se trouvera bien d'une sonde uréthrale de Nélaton (n° 25 environ de la filière Charrière) qu'on enfoncera de 15 à 20 centimètres chez des enfants âgés de quelques mois.

La sonde introduites avec des précautions voulues, on la relie au récipient contenant le liquide par un tube en caoutchouc muni d'une pince ou d'un robinet pouvant arrêter le courant ou le modérer.

*Récipient.* — Le récipient peut être un bock (celui de la douche d'Esmark, par exemple), contenant 1 litre de liquide au moins, ou un simple entenoir.

Nous nous servons d'un appareil ainsi disposé : un récipient en verre de forme cylindrique, gradué, d'une contenance de trois litres, est disposé de façon à être mobile, dans une glissière fixée au mur ; à l'aide d'un contrepoids, on peut modifier facilement et rapidement sa hauteur qui s'apprécie par rapport au malade, grâce à l'échelle placée sur les côtés de la glissière.

*Obtuteur.* — Parfois au cours de l'opération, surtout lorsque le sphincter manque de tonicité, le liquide s'échappe par l'anus ; on peut éviter cet accident en entourant le tube avec des tampons d'ouate non hydrophile et en maintenant l'orifice anal comprimé. Le mieux est d'employer un obtuteur. Celui d'Oser est un cône tronqué en caoutchouc mou percé à son centre d'une ouverture, par où passe la sonde. Dauriac a imaginé une sorte de valvule en caoutchouc qu'on introduit dans le rectum en même temps que le tube irrigateur et qui, s'appliquant sur les parois de cet intestin, l'obture hermétiquement ; il a fait ultérieurement un autre obtuteur qui m'a paru très commode. C'est une sorte de petite cuvette ovale, à rebords arrondis, montée sur un tube métallique de 15 à 20 centimètres. Cette cuvette est percée à son centre d'un orifice qui fait suite au tube et par où passe la canule ; un coussinet pneumatique contenu dans la concavité de la cuvette, lui-même traversé par la sonde, permet, en s'appliquant hermétiquement sur la région avec une pression modérée, d'empêcher tout reflux. Il est parfois bon, si la sonde est d'un calibre inférieur à celui du tube métallique, d'avoir une feuille de caoutchouc percée d'un trou suffisamment petit pour serrer autour de la canule ; appuyée sur la peau par le coussinet, elle empêchera toute fuite de liquide par l'interstice entre la canule et le tube métallique.

Lorsque l'anus est bien fermé, le liquide, au lieu de s'échapper au dehors, peut refluer par la sonde jusque dans le bocal et le souiller. Cet accident est impossible avec la sonde, son orifice étant constitué par une fente dont les lèvres font valvule.

*Pression.* — La pression à employer varie entre 0,20 et 0,60 centimètres ; il est rarement nécessaire d'at-

teindre 0,80 et on ne doit généralement pas dépasser 1 mètre.

Bien entendu, on réglera la pression d'après la rapidité d'écoulement du liquide : il faut, en général, compter 10 minutes, au moins, pour un litre.

(*Le Concours Médical.*)

### L'iodure d'éthyle dans la coqueluche

par M. le docteur Ch. AMAT

S'il est une affection à l'occasion de laquelle on peut dire que la multiplicité des médications employées pour la combattre indique l'insuffisance de chacune d'elles, c'est bien la coqueluche. Parce qu'on sait que rien n'est d'une efficacité certaine, chaque médecin adopte une ligne de conduite à lui spéciale, s'en remettant au temps d'avoir raison d'une maladie d'une si désespérante ténacité. Tel claustré les enfants qu'il soumet à des évaporations antiseptiques et auxquels il administre du bromoforme ; tel autre, escomptant au contraire la cure d'air, recommande les sorties fréquentes et prolongées et reste fidèle à la médication belladonnée. Inutile de dire que les variantes thérapeutiques sont nombreuses, et que si elles peuvent réussir dans une certaine mesure à mettre à l'abri des complications, elles sont sans action réellement bien marquée sur la marche de la coqueluche elle-même. Les accès ne paraissent pas diminuer sous l'action des médicaments, et les quintes restent toujours aussi nombreuses. C'est parce que la thérapeutique la mieux raisonnée fait faillite, que l'empirisme se donne ici large jeu et que les remèdes de bonne femme, la suggestion aidant, sont en réelle faveur.

Dans deux cas récents de coqueluche observés en même temps et dans la même famille sur un petit garçon de deux ans et demi et sur un nourrisson de six mois, les accès étaient fréquents et les quintes des plus fatigantes. Les enfants dépérissaient. Vraiment les pulvérisations thymolo-phéniquées avaient été utilisées ; la belladone, le bromoforme s'étaient montrés sans action. Les évaporations d'eau oxygénée autour de la couchette et du berceau n'avaient pas paru plus efficaces. Et chez le nourrisson qui s'était jusqu'à ce moment montré réfractaire à trois tentatives d'inoculations jennériennes, une vaccination parfaitement réussie n'avait apporté aucun soulagement.

Rien n'y faisait, comme disaient les parents et comme le médecin avait le regret de le constater. Les petits coquelucheux continuaient à être secoués tous les quarts d'heure par des quintes qui ne variaient ni en nombre ni en intensité. C'est dans ces conditions que M. Bardet, me rappelant l'efficacité de l'iodure d'éthyle dans l'asthme et la comparabilité de la coqueluche avec cette dernière affection, m'engagea à recourir aux inhalations de ce médicament.

Son conseil fut immédiatement suivi. Dès qu'un accès se produisait, un petit flacon à large ouverture, contenant quelques grammes d'iodure d'éthyle, était placé sous le nez du patient afin qu'au moment de la reprise, des vapeurs du médicament fussent inhalées.

L'effet de cette médication ne tarda pas à se produire. On put constater dès le deuxième accès une diminution dans la fréquence et l'intensité des quintes les accès eux-mêmes devinrent moins nombreux et les sécrétions bronchiques rendues plus fluides, furent facilement projetées hors de la bouche du nourrisson.

Le résultat immédiat se montre des plus saisissants : il sembla, il est vrai, s'atténuer dans la suite ; néanmoins la maladie en fut si favorablement influencée qu'elle tourna court au point que huit jours après on ne comptait plus que six accès bénins dans les vingt-quatre heures au lieu des 36 et 40 constatés au début du traitement.

L'emploi de l'iodure d'éthyle dans la coqueluche était d'autant plus précieux qu'on ne pouvait ici faire absorder par le petit enfant de deux ans et demi le moindre médicament. A insister on ne parvenait qu'à provoquer de nouveaux accès.

L'efficacité de l'iodure d'éthyle, dans les cas dont il vient d'être question, a été si manifeste que les parents eux-mêmes, en raison de l'intérêt qu'ils portent aux petits coquelucheux, ont manifesté le vif désir de la voir signalée.

(Gaz. des hôp.)

#### Des vomissements incoercibles de la grossesse (hyperemesis gravidarum)

Ludwig Pick (de Vienne)

Sous le nom de "hyperemesis gravidarum" on désigne, non pas les vomissements presque physiologiques qui se montrent habituellement au début de la grossesse et qui cessent d'eux-mêmes au quatrième mois, mais les vomissements incoercibles qui se prolongent jusque dans la deuxième moitié de la grossesse, voire même jusqu'à son terme. C'est alors une complication sérieuse qui altère plus ou moins l'état général de la femme enceinte.

M. L. Pick en rapproche 22 observations, qu'il groupe en trois catégories, selon la gravité médiocre, moyenne ou grande des cas. Toutes les malades ont été traitées à la clinique universitaire (M. le professeur Schanta) ; elles ont dû y être hospitalisées et soumises au repos au lit, à la diète lactée, etc.

Dans quelques-uns des cas légers, on a, suivant les conseils de M. le professeur Frommel, prescrit l'orexine à la dose quotidienne de trois cachets de 30 centigrammes. Quelle que soit l'interprétation que l'on donne au mode d'action de ce médicament, de

l'avis de M. L. Pick, les résultats en ont été très satisfaisants. Dans un cas grave, rebelle, l'orexine fut administrée en lavements ; au bout de trois jours, les vomissements s'arrêtèrent ; quatre jours plus tard, malgré la suspension du traitement, la malade put prendre de nouveau des aliments solides, et enfin huit jours après, elle quitta l'hôpital guérie.

(Sammi. klin. Vertr. — Gaz. des hop.)

#### Emploi de l'adrénaline comme hémostatique

L'adrénaline est un extrait de capsules surrénales récemment importé d'Amérique et qui, appliqué sur muqueuse, à la propriété de suspendre presque immédiatement la circulation. D'après Takamine, de New-York, qui l'a isolé le premier, sa formule chimique serait  $C_{10}H_{15}NO_3$ , d'après Aldrich  $C_9H_{13}NO_2$  ; très stable sous la forme solide, ce produit, de réaction légèrement alcaline, serait facilement soluble dans l'eau froide, plus facilement dans l'eau chaude et serait en outre susceptible de se combiner avec différentes bases ou acides pour former des sels.

Au point de vue physiologique, l'adrénaline est avant tout un vaso-constricteur d'une puissance considérable : il suffit de badigeonner la pituitaire d'un sujet pour voir la muqueuse pâlir presque immédiatement et à tel point qu'elle semble avoir disparu en laissant à nu la surface osseuse sous-jacente ; une solution faible à 2 ou 5 pour 100 permet d'arriver à ce résultat en quelques secondes. Elle aurait enfin une action marquée sur la pression sanguine, qu'elle élèverait même employée à la dose infinitésimale de 0,000,001 gramme par kilogramme d'animal, sur les échanges circulatoires, et sur la température du corps enfin.

Au point de vue pratique, ces dernières propriétés permettraient de l'employer avec avantage dans les intoxications par la morphine, l'opium et les différents narcotiques. Mais à l'heure actuelle l'adrénaline a trouvé deux applications principales : 1° en laryngologie et en ophtalmologie comme vaso-constricteur et hémostatique ; 2° en thérapeutique générale comme hémostatique.

C'est ainsi qu'un des premiers en France, Lermoyez a pu avec le secours de la cocaïne et de l'adrénaline, pratiquer à loisir sur un patient insensible sans qu'une goutte de sang vint jaillir sur le champ opératoire des redressements de la cloison du nez, des résections de cornets, des grattages de lupus de la pituitaire. Les lésions inflammatoires des cavités nasales ont été traitées avec avantage par Fletschertugal au moyen de pulvérisations à 1 pour 1000 ou des poudres à 1 pour 2500 ou 5000.

Le coryza, la fièvre des foins, les épistaxis, les laryngites et pharyngites aiguës ont rétrogradé par son emploi,

L'ophtalmologie elle aussi a bénéficié du nouveau produit : une demi-minute après l'introduction d'une solution d'adrénaline au dixième dans l'œil. Vignes a vu se produire une ischémie complète de la conjonctive qui durait encore une heure et demie après l'insufflation d'adrénaline. L'adrénaline offre en pareil cas l'avantage de ne produire aucun trouble du côté de la cornée et d'être sans action sur la pupille et l'accommodation ; elle diminue la sécrétion lacrymale.

L'iritis et le glaucome sont traités avec bénéfice par ce produit. Son association à la cocaïne a permis de pratiquer deux fois des énucléations de l'œil, et une iridectomie secondaire à une ablation de cataracte, sans douleur et sans hémorragie.

L'emploi de l'adrénaline s'est enfin étendu à la thérapeutique générale : les hémorragies des cirrhoses hépatiques, les hématomés de l'ulcère de l'estomac, les hémoptysies, qu'elle qu'en soit l'origine, les hémorragies des fibromes utérins ont cessé par l'administration de l'adrénaline à l'intérieur. Récemment celles des maladies infectieuses ont été combattues par ce produit et Waren Coleman, dans un article du *Medical News*, rapporte plusieurs observations d'hémorragies intestinales au cours de la fièvre typhoïde dans lesquelles il a administré en une fois jusqu'à 0 gr. 97 d'adrénaline par heure pendant une nuit à des typhiques sans le moindre inconvénient. A la suite de cette ingestion les hémorragies ont cessé définitivement ; une dose égale 4 fois par jour pendant 6 jours a fait complètement disparaître les hémorragies rebelles dans un cas de purpura. Enfin les hémorragies des néoplasmes du rectum et du pylore ont cédé à cette même médication ; l'auteur insiste sur la nécessité d'administrer l'adrénaline dès le début des accidents et de répéter les doses à courts intervalles.

Au point de vue pratique la seule objection qu'on puisse faire au nouveau produit est son prix de revient puisqu'il coûte 200,000 francs le kilogramme, mais les très faibles solutions qu'on emploie suppriment ce gros inconvénient.

En résumé, par sa rapidité d'action, son innocuité jusqu'ici incontestée lorsqu'on se tient dans les limites de faibles doses, l'adrénaline semble mériter un rang honorable parmi les divers hémostatiques et appeler de nouveaux essais.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## OPHTHALMOLOGIE

### Indications de l'enucléation oculaire

D'après M. le Dr Terrien, de l'Hôtel-Dieu, l'enucléation du globe de l'œil doit être réservée aujourd'hui à un petit nombre de cas bien limités ; on peut réduire à trois ses indications.

a) Dans les tumeurs malignes intra oculaires elle s'impose et sera faite de bonne heure si on veut éviter la généralisation du néoplasme. Mais, lorsque la tumeur est petite et la vue en partie conservée, l'énucléation est difficilement acceptée par le sujet. D'autant plus que le diagnostic ne peut toujours être fait avec certitude, car il peut n'y avoir qu'un seul symptôme appréciable, le *décollement de la rétine*. Aussi, en présence de tout décollement, une triple question se pose : l'affection est-elle d'origine myopique, traumatique, ou due à une tumeur ?

Le décollement myopique apparaît d'ordinaire brusquement et il est facile de constater en même temps des lésions de myopie choroïdienne dans l'œil atteint ou dans l'œil congénère. Le décollement traumatique aura pour lui les commémoratifs. Enfin, le décollement déterminé par une tumeur apparaît peu à peu sur un œil jusque là normal et augmente avec les progrès du néoplasme. Mais on n'oubliera pas qu'il existe des décollements spontanés survenant sur des yeux emmétropes et que rien ne peut expliquer.

Toutefois l'âge du malade (les néoplasmes intra-oculaires, exception faite pour le gliome, n'apparaissent que chez les sujets ayant dépassé l'âge moyen de la vie), la fixité du décollement, l'absence d'hypotonie, ou même la présence d'un certain degré d'hypertonie sont des signes importants de présomption en faveur de la tumeur. On s'aidera, en cas de doute, pour faire le diagnostic, de l'éclairage de contact et, enfin, de la ponction exploratrice.

b) *Ophthalmie sympathique déclarée ou menaçante*.— Cette affection, beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois, s'observe surtout avec les yeux devenus atrophiques et phthisiques à la suite d'une irido-cyclite ancienne. Des moignons résultant d'un traumatisme remontant à vingt ou trente ans peuvent aussi la déterminer ; il n'est pas rare de voir certains de ces moignons, qui n'avaient jamais été le siège d'aucune douleur et fait éprouver aucune gêne au sujet, devenir tout à coup rouges, douloureux à la pression et menacer l'œil congénère. Cette douleur à la pression est caractéristique ; si elle est accompagnée de phénomènes sympathiques de l'autre œil, l'énucléation doit être pratiquée sur-le-champ.

Il y a lieu toutefois de distinguer entre l'irritation sympathique, qui peut être calmée par le repos absolu de l'œil combiné à un traitement antiphlogistique et la véritable inflammation sympathique. Celle-ci nécessite l'énucléation immédiate de l'œil sympathisant, mais le plus souvent l'opération est impuissante à enrayer la marche de l'affection. Aussi l'ablation de cet œil ne sera-t-elle faite que si la vision est entièrement abolie ; elle sera rigoureusement rejetée dans le cas contraire, et la tenter serait folie, quelque minime que soit le degré de vision conservé par cet œil.

c) Si l'un des yeux doit être opéré de cataracte, l'autre étant réduit à l'état de *moignon atrophique*, l'énucléation préalable de ce moignon sera une mesure de prudence, car le fait seul d'opérer l'œil cataracté peut suffire à réveiller le processus inflammatoire dans l'œil atrophie, lequel réagit à son tour sur l'œil opéré (Panas).

d) Enfin, dans les tumeurs malignes de l'orbite l'énucléation du globe oculaire constitue le premier terme de l'intervention.

Dans tous les autres cas, ectasies du globe, staphylomes de la cornée, glaucome absolu même, etc., l'énucléation doit céder la place aux opérations conservatrices qui remplissent le même but et laissent à l'opéré le bénéfice d'un excellent moignon.

(Le concours médical.)

## MALADIES NERVEUSES

### Traitement de la chorée

M. Comby a eu l'occasion de traiter, en huit ans, dans les hôpitaux d'enfant, 240 cas de chorée. Parmi ces cas, 90 étaient d'intensité faible ou moyenne, et il les a soumis simplement à la cure de repos, avec régime lacto-végétarien et *drap mouillé*. Le drap mouillé est un excellent sédatif nerveux quand il est bien employé. On trempe un drap dans l'eau froide, on le tord, on l'étale sur une couverture de laine et on enroule le tout autour du corps. L'enfant reste, tous les matins, une demi-heure à une heure dans ce drap. Si le cas l'exige, on peut renouveler l'application une ou deux fois dans la journée.

Les cas graves ne guérissent pas par ce procédé. Il faut avoir recours à l'antipyrine ou à l'arsenic.

Sur 150 cas de cette catégorie, M. Comby en a traité 70 par l'antipyrine, 54 par l'arsenic, 26 par divers agents (cacodyle, salophène, chloral, etc.).

L'antipyrine doit être prescrite à doses massives, non fractionnées : 50 centigrammes par jour et par année d'âge. Un enfant de 10 ans prendra ainsi 5 grammes d'antipyrine par jour en cinq fois (1 gramme à la fois) pendant une dizaine de jours. Il est rare que la chorée résiste à cette attaque vigoureuse. Les inconvénients sont : l'obligation et même l'anurie, les érythèmes, les vomissements, etc. Si l'enfant est au régime lacté, si le rein fonctionne bien, les accidents sont exceptionnels. Il semble que les chaleurs estivales exagérées, en augmentant la sudation et diminuant l'excrétion urinaire, rendent la tolérance du médicament plus difficile.

De même pour l'arsenic, dont l'efficacité paraît supérieure à celle de l'antipyrine.

M. Comby prescrit la liqueur de Boudin (solution d'arsenic au millième), en donnant d'emblée des doses

très fortes, mais très fractionnées et très diluées. Le premier jour, l'enfant prend, dans un julep gommeux de 120 grammes, 10 grammes de liqueur de Boudin, par cuillerées, de deux en deux heures, avec ingestion ultérieure d'une tasse de lait. On augmente tous les jours de 5 grammes jusqu'à 50 grammes, et on redescend de même jusqu'à 10 grammes. Cela fait, en neuf jours, 170 grammes de liqueur de Boudin ou 170 milligrammes d'acide arsénieux. Si l'enfant a moins de 8 ans, on commence par 5 grammes de liqueur de Boudin et on ne dépasse pas 20 ou 25 grammes, s'il n'a que 4 ou 5 ans, on commence encore par 5 grammes, et on augmente tous les jours de 2 gr. 50 jusqu'à 15 grammes, puis on redescend.

Le traitement est très efficace et les chorées les plus intenses sont jugulées en une semaine.

Si le médicament est mal toléré (vomissements, état gastrique, fièvre), on écarte les doses ou l'on suspend un jour pour reprendre ensuite. La présence d'une chorée grave, voici la prescription que M. Comby recommande.

1° Repos absolu au lit pendant au moins quinze jours.

2° Isolement relatif, pas de jeux en commun, pas de travail intellectuel, repos cérébral autant que physique.

3° Diète particulière pas de vin ni autre boisson alcoolique ou excitante ; régime lacté s'il est bien toléré, ou pour le moins, boissons aqueuses et régime végétarien. En cas de traitement intensif par l'antipyrine ou par l'arsenic, le régime lacté est de rigueur.

4° Pendant neuf jours consécutifs, l'enfant prendra des doses croissantes et décroissantes de liqueur de Boudin dans un julep gommeux, par cuillerées toutes les deux heures, avec ingestion immédiate d'une tasse de lait. Pour les enfants grandets (8 à 15 ans), on partira de 10 grammes de liqueur de Boudin, en augmentant chaque jour de 5 grammes jusqu'à 30 et en revenant au point de départ de la même façon. Pour les enfants plus jeunes, on débutera par 5 grammes et on ne dépassera pas 20 à 25 grammes par jour.

Si, au lieu d'arsenic, on s'adresse à l'antipyrine le n° 4 de la prescription sera ainsi formulé : prendre par jour autant de fois 50 centigrammes d'antipyrine que l'enfant a d'années, sans fractionnement (1 gramme chaque fois toutes les deux ou trois heures). Durée également courte du traitement (neuf à douze jours).

M. MERY dit qu'il n'a eu que des insuccès avec le cacodylate de soude dans la chorée ; mais il est d'accord avec M. Comby pour penser que, quel que soit le médicament employé, il faut arriver aux limites de l'intolérance pour obtenir de bons résultats. C'est en procédant de la sorte qu'il a eu de beaux succès, dans des cas de chorée grave, avec le tartre stibié (0,40 à 0,60 centigrammes *pro die*, pendant trois jours).

M. MOIZARD emploie l'acide arsénieux dans le trai-

tement de la chorée. En le donnant avec précaution et progressivement, il n'a jamais eu d'accidents, mais il ne faut pas prolonger la médication plus de quinze jours.

Il faut traiter d'emblée les chorées, même légères, des recrudescences se produisant souvent dans cette maladie sans qu'on puisse en prédire la cause.

Le cacodylate n'a rien donné à M. Moizard, et il a renoncé complètement à l'antipyrine. Il considère le repos absolu au lit comme nécessaire.

M. TRIBOULET cite les observations récentes de médecins de Lyon et de Saint-Etienne, observations dans lesquelles le cacodylate de soude à faible dose (0 gr. 05) a donné des succès. Mais peut-être est-il arrivé qu'on a employé ce médicament à un moment où la maladie était parvenue, par évolution normale, à la période de décroissance.

M. Triboulet rappelle que son père a rapporté un grand nombre de cas de chorée dans lesquels il obtint des résultats vraiment extraordinaires en employant le tartre stibié à des doses qu'on pourrait qualifier de formidables, et seulement avec ces doses là.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

## RHINOLOGIE

### Accidents pouvant résulter de l'emploi de la paraffine comme moyen de prothèse

Il n'est pas sans intérêt de signaler les accidents possibles qui peuvent résulter d'une méthode aujourd'hui très répandue, que nous avons signalée en temps voulu dans ce journal.

Leiser vient de communiquer à la réunion des médecins de Hambourg un cas d'amaurose d'un œil survenue à la suite d'une injection de paraffine pratiquée dans un but de prothèse nasale chez un homme de trente-cinq ans. Il s'agissait d'une déformation en selle provoquée par une chute sur le visage à l'âge de deux ans; la base du nez atteignait le niveau du rebord orbitaire inférieur.

Les 16, 21 et 24 janvier 1902, l'auteur injecte sous la peau du nez environ 4 grammes et demi de paraffine; lors de la troisième injection, survient un violent collapsus qui nécessite la respiration artificielle et les injections d'éther; il est suivi de vomissements qui durent plusieurs heures et au réveil le patient s'aperçoit qu'il est complètement aveugle de l'œil droit, atteint seulement d'astigmatisme prononcé auparavant.

Le docteur Rischmüller (d'Harburg), qui examina à plusieurs reprises l'œil de ce malade pendant un mois, ne put que constater l'intégrité à peu près complète de la papille et des milieux de l'œil; l'amaurose persista entière.

Leiser pense que l'injection de paraffine a provoqué une thrombose de la veine ophtalmique, à laquelle se rend la veine dorsale du nez; il fait remarquer que le processus de thrombose aurait pu s'étendre à l'autre œil; une cécité complète aurait pu être ainsi le résultat d'une injection dont le danger réside dans le fait que, pour lui, la pénétration dans une veine ne peut pas être à coup sûr évitée.

Kümmel rappelle à ce propos que des cas de mort ont déjà été signalés à la suite d'injections de paraffine, causés par des embolies pulmonaires.

Ajoutons que, dans un article récent de Brindel ayant trait au traitement de l'ozène par les injections interstitielles de paraffine, l'auteur dit avoir observé deux fois une phlébite de la veine faciale, sans conséquence d'ailleurs, ajoute-t-il, sur un total de dix malades ainsi traités.

En résumé, la méthode prothétique des injections de paraffine, simple et pratique, n'est cependant pas exempte de danger, ainsi que le lecteur a pu s'en rendre compte par les quelques faits que nous venons d'exposer. Il semble donc prudent d'avertir les personnes qui ont recours à ce procédé dans un but de pure esthétique des quelques risques auxquels elles sont exposées; peut-être ainsi l'abus que seraient, paraît-il, tentées d'en faire quelques femmes du monde, aurait-il quelque chance d'être amoindri. Nous ne pensons pas cependant que les quelques accidents signalés jusqu'ici doivent faire rejeter complètement une méthode qui, réservée aux cas purement médicaux (c'est-à-dire les cas de prothèse utiles ou nécessaires), est appelée à rendre des services vraiment importants; nous avons eu nous-même l'occasion de l'employer dans un cas de prothèse nasale, pour remédier à une déformation causée par un lapsus, et nous nous en sommes bien trouvé.

En prenant la précaution d'introduire l'aiguille seule à l'endroit voulu avant de pousser l'injection, il semble qu'on puisse éviter la pénétration dans une veine, comme le fait s'est vraisemblablement produit dans le cas de Leiser.

M. le docteur Baratoux (*loc. cit.*) attribue la cause de l'embolie pulmonaire observée par Pfannenstiel à ce que ce dernier avait pratiqué l'injection immédiatement après une opération, en plein tissu musculaire, d'où diffusion possible, dans le système circulatoire, de la vaseline non maintenue au point injecté jusqu'à son complet refroidissement.

M. le docteur Baratoux attribue à la paraffine pure l'avantage sur la vaseline de se refroidir rapidement à cause de son point de fusion relativement élevé et par conséquent de rester en place là où on l'a injectée, si on a eu soin de l'y maintenir par une pression exercée sur la région ou en évitant la contraction des muscles; aussi employa-t-il, au lieu du mélange de Gersuny, l'auteur de la méthode, une paraffine fusible à 92 ou 97 degrés, r ilisée.

(Gaz. des hôp.)



PEDIATRIE

Menstruation et allaitement

M. le Dr Ch. Roche a consacré sa thèse à l'étude de l'influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite :

Tout d'abord, le nombre des nourrices menstruées est considérable, puisque, d'après diverses statistiques, il dépasse 41 p. 100. Les observations montrent ensuite que la plupart du temps l'enfant reçoit le contre-coup de la période menstruelle, mais qu'il réagit de façons très différentes. La plupart du temps, il présente une diminution de poids qui ne s'accompagne d'aucun autre phénomène. Quelquefois, il y a augmentation de poids et cela dans des proportions considérables : mais, cette augmentation est souvent le prélude d'une diminution et cela grâce à des troubles digestifs, qui peuvent se produire.

Ces troubles digestifs sont un des modes de réaction de l'enfant. Au moment d'une période menstruelle, un enfant est pris de vomissements, un autre a des selles grumeleuses, mal liées, quelques-uns enfin des selles verdâtres, liquides, une véritable diarrhée capable d'irriter les téguments et de déterminer de l'érythème fessier. Ce sont ces faits qui, par leur brusquerie et leur ressemblance avec une intoxication, ont mis dans l'esprit du public la croyance que les règles viciaient le lait de la mère, et que continuer l'allaitement dans ces conditions équivalaient à empoisonner l'enfant. Mais, l'on a fait justice de ces erreurs, et la majorité des auteurs ne croit plus aux dangers graves du lait des nourrices menstruées.

— Dans d'autres cas, la menstruation semble retentir, non plus sur la santé, mais sur l'humeur du nourrisson, et l'on voit des enfants, habituellement doux et paisibles, devenir grognons et agités au moment du retour de la menstruation chez leur mère, sans qu'un examen attentif puisse expliquer d'une autre manière le changement de leur caractère.

— Quelques-uns présentent des lésions eczémateuses : peut-être surtout ceux qui sont prédisposés et ont souffert d'une atteinte antérieure.

Il est à noter aussi que la diminution du poids qui se produit alors est permanente, en ce sens qu'à partir de la première menstruation, le lait diminue de quantité d'une façon définitive et il faut alors ajouter à l'alimentation un peu de lait stérilisé qui permet à la courbe de se rétablir régulièrement. Bien souvent, d'ailleurs, ce n'est pas à la première menstruation que se font ces modifications, mais à la seconde ou à la troisième. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de Championnière).

Dans ces conditions, quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de la nourrice dont la menstruation est rétablie?

Les accidents étant presque toujours passagers, il est inutile d'instituer une médication quelconque. Mais, comme en somme il y a presque toujours à ce moment une diminution de poids, il est bon de prévenir le fléchissement par l'addition du régime stérilisé. Les recherches chimiques qu'a entreprises M. Roche paraissent montrer qu'au moment des règles la composition du lait se modifie et que sa teneur en beurre augmente sensiblement, ce qui est peut-être l'origine des troubles digestifs. Mais, de ce côté, il n'y a naturellement rien à faire.

(Le concours médical.)

Coq-a-l'ane médicaux

*Le traitement chirurgical du rétrécissement mitral.*— Sir Lauder Bruton (*Lancet*) vient de proposer un moyen on ne peut plus hardi : c'est de tenter d'améliorer le rétrécissement de la mitrale par une intervention chirurgicale. Les essais qu'il a faits sur les cœurs des animaux sembleraient laisser entrevoir la possibilité de sectionner les valvules du cœur avec succès.

*Arthrite rhumatismale.*— Si vous voulez calmer presque instantanément les douleurs, enveloppez l'article dans des compresses imbibées d'eau glacée. (*Med. Times*).

*L'antidote ad hoc.*— Ah ! docteur, le petit a avalé plein une bouteille d'encre !

— Et qu'est-ce que vous avez fait ?

— Ah, not' docteur, on y a fait manger du papier brillard ; c'est tout c'qu'on avait. C'était-y ben ? (*Brooklyn Life*.)

*Suture de la moelle.*— A l'American Surgical Assoc., Harte et Stewart, de Philadelphie, rapportent le cas d'une femme de 26 ans, chez qui une balle de revolver sectionna complètement la moelle, vis-à-vis la septième dorsale. Il y avait perte de la sensibilité et du mouvement au dessous d'une ligne passant à trois pouces au-dessus de l'ombilic. Trois heures après l'accident, la moelle fut avisée et les deux bouts — séparés de 3/4 de pouce — furent réunis par trois sutures au catgut chromique. On ne put rapprocher la dure-mère. Seize mois après, la malade peut se mouvoir les jambes et peut se tenir debout en s'appuyant sur une chaise. Elle ressent le contact, la douleur, la chaleur, le froid, dans les régions qui étaient anesthésiées. Les réflexes superficiels étaient revenus dès le septième jour et les réflexes rotuliens, le vingt-et-unième jour.

Este, de South Bethlehém, a aussi résequé 3/4 de pouce de moelle vis-à-vis la dixième dorsale, huit jours après un accident, réunissant les bouts. Quelques mois

après le malade put se tenir debout sans secours, mais il succomba à une cystite septique dix-huit mois après l'opération.

*L'albumine dans l'urine.*— 1° Lorsqu'il n'y a qu'une petite quantité d'urine surtout, en laissant tomber celle-ci, goutte à goutte, dans l'acide nitrique (ou le réactif choisi) on obtient une trainée blanche délicate pour chaque goutte. 2° L. N. Boston (*N. Y. Med. J.*) conseille d'employer une pipette dans laquelle on fait monter l'urine à 1 ou 1½ pouce que l'on plonge, après en avoir essuyé la surface externe, dans de l'acide nitrique. On laisse le réactif pénétrer dans la pipette et l'on examine à une bonne lumière pour noter la présence de l'anneau blanc, à la jonction des deux liquides. 3° Le réactif de *Flora Fuhs* (*Med. Rec.*) Le réactif est formé de parties égales d'acide carbolique et de glycérine. Il donne, ajouté à de l'urine normale, un mélange parfaitement transparent et très réfringent avec une urine albumineuse, il se produit un nuage blanc qui persiste en dépit de l'agitation et qui ne précipite pas. On mélange parties égales du réactif et de l'urine et l'on agite. Ce procédé est très sensible, révélant jusqu'à 0. I. %.

*Le rival dangereux.*

Certain docteur, grâce à la médecine.

Assassinait avec tranquillité ;

Certain Gascon, spadassin d'origine,

Assassinait aussi de son côté.

Un jour enfin, par fortune imprévue.

Nos champions eurent une entrevue,

Où, sur un mot, naquirent vingt débats.

“ Vous vous battez. ” — Je ne me battez pas.

“ Vous êtes donc... ” — Un peu de retenue !

M'injurier serait peine perdu ;

Mon cher monsieur, jamais je ne me bats.

Mais je fais pis, prenez garde.... je tue !

(*Maisvral*)

NIRE.

## Supplément Littéraire

### En Justice de paix

Le rôle de conciliateur que notre système législatif confère aux juges de paix, leur fait rencontrer parfois des affaires si délicates et en même temps si bizarres que contre elles vient se briser tout le savoir faire acquis par une longue pratique du métier, toute l'habileté dont la nature a pu se montrer généreuse envers eux.

Tel est le cas qui s'est présenté la semaine dernière devant M. Céma, juge de paix du canton de Castanet.

Castanet est une petite ville de Hautes-Cévennes, assise au confluent de l'Orb et, de la Mare, au milieu de délicieuses prairies. Sa population est constituée de paysans madrés, finassiers, qui n'aiment guère à s'aventurer dans les longues procédures dont ils redoutent les frais trop élevés, mais qui volontiers, se fendent d'un billet d'avertissement ou d'une citation par huissier pour aller jusque devant le juge de paix, qu'ils connaissent, qu'ils coudoient tous les jours, et qui les intimide moins.

Ce jour-là, la petite salle de justice de paix de Castanet s'était de bonne heure remplie d'une foule de curieux attirés par la drôlerie de la cause.

Cependant, le greffier avait appelé à voix haute : Labbé, Labbé !

A cet appel, un homme s'avantait à grand, sec, bruni par le soleil, ridé par les coups de vent, étiré dans une blouse bleue qu'il étrennait pour la circonstance, il venait s'arrêter à quelques pas du juge.

Après les préliminaires d'usage M. Céma lui disait :

— Vous savez de quoi il s'agit !

— Pas très bien, monsieur le juge !

— Enfin, racontez-nous comment est arrivé l'accident.

— Voici, je revenais de ma terre avec La Grise.

— Qu'est-ce que ça La Grise ?

— Ma mule, sauf votre respect, et que vous la connaissez, même ; vu que l'an passé elle vous a transporté pas mal de fumier à la vigne, et que vous feriez bien de vous inscrire pour cette année, car elle est très demandée ma Grise vu que c'est une bien bonne bête, avec beaucoup de cœur, malgré ses vingt ans passés.

— Arrivez donc au fait, je vous prie.

— Mais c'est ça que je vous raconte.

— Alors, dépêchez-vous.

— Oh c'est plus la peine, la journée est sacrifiée, comme qui dirait perdue.

Le juge de paix, habitué à ces longs détours de paysans, se décida à le laisser aller.

Labbé continua :

— Je vous narrais donc que je revenais avec La Grise, quand, en approchant de la Mare, j'aperçus la Jeanneton, la femme à Portalier. C'est-y vrai ? cria Labbé, en se retournant vers une paysanne assise sur un banc.

— C'est vrai, répondit la Portalier.

— Pour lors qu'elle me dit, tu serais bien brave si tu voulais me passer cette corbeil de linge ; - tu m'évitras ainsi de remonter jusqu'au pont. C'est-y vrai, ça ?

— C'est vrai, répéta la Jeanneton, de nouveau interpellée.

— Moi, tout bonasse, j'y proposé d'y passer non tant seulement le linge, mais elle aussi pour pas qu'elle se mouille. Ah ! je vous prie de croire qu'elle ne se fit

pas prier pour accepter. Je la campai donc sur la Grise, avec sa corbeille, et pour lors, moi tirant la bête, nous entrions dans la rivière ; mais voilà qu'au milieu de l'eau la mule a bronché ; c'est pas qu'elle soit vicieuse, oh non ! elle a pas pour deux sous de malice. Seulement, elle a vingt ans, et vous, monsieur le juge, quand vous aurez quatre-vingt ans, que c'est censément comme les vingt ans de La Grise, vous n'irez pas franchir la Mare grosse par les pluies. Bref la mule a bronché et la Jeanneton s'est laissé tomber dans la rivière.

— Est-ce qu'elle ne s'est pas blessée dans sa chute ?

— Je crois pas, vu que je l'ai prise dans mes bras pour la porter sur la rive, et qu'elle m'a bien remercié. Puis, moi, je ne sais plus rien.

— Alors' allez vous asseoir.

— Portalier ! appela le greffier.

Un petit homme vieillot se leva, noir et velu du visage, avec un nez épaté et des yeux fuyants ; il était osseux, noueux, déjeté et laissait pendre des mains en patte d'arraignée.

— Portalier, lui dit le juge, vous venez d'entendre Labbé ; qu'avez-vous à lui réclamer ?

Portalier, un peu embarrassé par les rires qu'il entendait derrière lui, tenait un chapeau de feutre noir qu'il tournait et retournait dans ses doigts.

Pourtant il se décida à répondre :

— Pour ce qu'a dit Labbé, c'est la vérité vraie, mais il fallait ajouter qu'à la suite de ce bain forcé et de la frayeur, ma femme a fait une maladie.

— Et vous voudriez être remboursé de vos frais ?

— Oh ! que non ! Je ne suis pas si Auvergnat, monsieur le juge.

— Expliquez moi alors ce que vous désirez.

— Voici, monsieur, le juge, mais il faut que je remonte un peu haut.

“ Bon, c'est le tour de celui-ci à présent ” M. Céma. Et, avec une patience qu'on lui reconnaissait, dont tout le monde lui savait gré dans ce pays, il s'accouda pour écouter.

Portalier poursuivit :

— J'ai six enfants qui sont ici, je puis vous les montrer si vous voulez.

— C'est inutile.

— Vous qui êtes savant, vous devez savoir ce que ça coûte à faire pousser ces plantes-là. Alors un soir je dis à la Jeanneton : “ Femme, paraît que si on a sept enfants, le gouvernement vous fait un tas d'avantages, rapport aux impositions et à d'autres charges aussi.

Ah ! qui t'a dit ça ? qu'elle me dit.

— Le cantonnier, qui le tenait de l'agent-voyer.

— Alors, ça doit être, pour sûr, ça doit être.

— Que t'en penses, toi.

— Faudrait voir !

— Puisqu'il ne nous en manque qu'un, si nous le faisons ?

— Je suis bien lasse, qu'elle me répond.

— Et c'est vrai qu'elle est bien lasse la pauvre vieille, les ayant nourris tous les six comme une bonne bique qu'elle est.

Pourtant que je lui fais, un de plus à présent, c'est pas la mer à boire et ça nous soulagerait bien, car c'est dur à payer les impôts tous les ans.

La Jeanneton a fini par se décider, et nous nous mettons à l'œuvre ; eh bien monsieur le juge ça y était, ma femme était enceinte, et voilà que l'accident de la rivière la fait aliter, et puis... puis elle a accouché avant terme, d'un enfant pas viable. J'ai la le certificat de la sage femme. Et c'est-y pas la faute de Labbé si maintenant je vais être obligé de payer encore des contributions, pendant des années, que j'y sue sang et eau ?

— Alors, vous voudriez un dédommagement ?

— Oui, monsieur le juge.

— Et combien exigeriez vous ?

Portalier se tourna vers sa femme.

— Combien que nous y demandons ?

— Demandez-z-y cinq cents.

— Cinq cents ?

— Oui.

— Eh bien, c'est ça, cinq cents francs, monsieur le juge.

— Labbé, êtes vous disposé à lui donner cette somme ?

— Oh ! non, monsieur le juge, pour de l'argent, vrai de vrai, je ne puis pas.

— Pourtant, vous avez causé un préjudice à Portalier.

— J'en suis bien peiné, pour Portalier qu'est un honnête homme, et pour preuve que je suis chagrin, je veux bien tenter quelque chose pour lui.

— Et quoi, voyons.

— Et bien, si la Jeanneton est consentante, je veux essayer de la lui remettre en l'état ou elle était avant l'accident. Mais je ne garantis rien, monsieur le juge, je ne garantis rien.

Des éclats de rire s'élevèrent de l'auditoire et le juge se vit obligé de renvoyer les parties dos à dos.

Jules AFFOUX in *La consul. médicale.*

## FORMULAIRE

### LOTIONS SUR L'ECZEMA DES PARTIES GENITATES

Chlorate de potasse.....	1 <sup>g</sup> 50
Vin d'opium.....	3 grammes.
Eau simple .....	250 —

Pour faire des lotions et des fomentations. (Lutaud).

# Travaux Originaux

## DISSECTION DE L'ABDOMEN

par M. le Dr L. E. FORTIER,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin  
de l'Hôtel-Dieu (Montréal)

(Suite)

*Nerfs.* — L'on ne trouve pas toujours facilement les nerfs qui accompagnent ces vaisseaux, surtout si ces derniers ne sont pas bien injectés.

Les nerfs cutanés, de la partie supérieure de l'abdomen proviennent des quatre ou cinq derniers nerfs intercostaux. Après avoir cheminé entre le transverse et le petit oblique, ils perforent l'aponévrose d'enveloppe du droit et se distribuent dans la partie antérieure de la peau de l'abdomen, où ils portent le nom de perforants antérieurs, comme les vaisseaux artériels correspondants. — Chaque nerf intercostal donne une branche qui devient superficielle vers le milieu de l'espace intercostal, dans la ligne axillaire ; c'est la branche perforante latérale.

L'élève doit bien remarquer l'endroit d'émergence des nerfs perforants antérieurs et latéraux. Ils servent à faire le diagnostic des névralgies intercostales et lombaires.

Dans ces affections, il existe trois points douloureux principaux :

- 1° l'un postérieur, *point vertébral*, à côté des apophyses épineuses, il correspond au lieu d'émergence des nerfs par les trous intervertébraux ;
- 2° un autre latérale, *point médical*, au niveau de la ligne axillaire, ce point correspond à l'endroit où le nerf perforant latéral, devient superficiel ;
- 3° un antérieur, *point sternal*, à l'origine du rameau perforant antérieur.

Les nerfs qui animait la partie inférieure de la paroi abdominale sont au nombre de deux : le *grand* et le *petit* abdomino-génital. Ils proviennent du plexus lombaire ; ils sont plus considérables et par conséquent plus faciles à trouver que les nerfs qui animent la partie supérieure. La branche antérieure ou abdominale du grand abdomino-génital sort à environ deux pouces au dessus de l'anneau inguinal externe, et se distribue à la région hypogastrique. La branche correspondante du petit abdomino-génital sort par l'anneau ingui-

nal externe, immédiatement au dessus de la crête du pubis ; elle se dirige au pénis et au scrotum chez l'homme ; dans les grandes lèvres chez la femme : ce nerf donne aussi des branches à la partie interne de la cuisse.

Les branches latérales des nerfs abdominaux ont leur point d'émergence dans la ligne perpendiculaire au creux de l'aisselle dans l'angle rentrant de digitations costales du grand oblique de l'aisselle.

Chaque branche latérale se subdivise en un rameau postérieur et en un rameau antérieur. Les rameaux postérieurs sont petits et se dirigent en arrière vers la grand dorsal ; les rameaux antérieurs se dirigent en avant et un élève studieux peut les tracer jusqu'au bord interne du droit de même que pour les branches antérieures, celles que l'on découvre le plus facilement sont les inférieures c'est-à-dire la branche descendante du douzième nerf dorsal et la branche latérale, en grand abdomino-génital. La première de ces branches que l'on nomme aussi branche fessière du dernier nerf dorsal diffère des autres branches latérales en ce qu'elle ne se subdivise pas en rameau postérieur et antérieur ; elle se dirige en bas, traverse la crête iliaque à environ deux pouces en arrière de l'épine antéro-supérieure et va animer le tégument de la région fessière.

La branche fessière du grand abdomino-génital perfore le grand oblique immédiatement au-dessus de la crête iliaque à environ deux pouces et demi en arrière de l'épine antéro-supérieure et se dirige aussi à la peau de la région glutéale.

Le petit abdomino-génital ne fournit pas de rameau perforant latéral ; il traverse le petit oblique qu'il innerve et devient superficiel au niveau de l'anneau inguinal externe.

L'on ne peut poser de règles bien définies sur la manière de trouver ces rameaux nerveux : ce n'est que par un grattage diligent et soigneux, en n'enlevant la graisse que par minces couches, que l'on arrive à les trouver d'une manière un peu précise

L'élève ne doit pas oublier que tous les nerfs qu'il a trouvés jusqu'à présent viennent de la moelle épinière et qu'il lui faudra les tracer postérieurement jusqu'à leur origine à une période plus avancée de la dissection.

*Ganglions lymphatiques.* — Immédiatement au-dessus du ligament de Poupert, l'on rencontre trois ou quatre ganglions lymphatiques, couchés presque horizontalement, au dessus de l'aponévrose

superficielle. Ces ganglions reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la paroi abdominale et des organes génitaux. Leurs canaux efférents se portent en bas et pénètrent dans l'abdomen par l'orifice de la veine saphène.

*Enlèvement du tissu graisseux.* — Après avoir trouvé les nerfs cutanés, l'on enlève ce qui reste de tissu graisseux. L'on procède comme pour la peau ; l'on se sert des mêmes incisions. L'on appelle quelquefois ce tissu graisseux, aponévrose superficielle : chez les sujets maigres, le tissu cellulaire ressemble en effet beaucoup, à une aponévrose ; lorsqu'il est distendu par les globules graisseux, il devient quelquefois d'une épaisseur considérable.

*Aponévrose profonde.* — Quand l'on a enlevé toute la graisse, l'on arrive sur une membrane plus ou moins luisante, à travers laquelle les muscles sous jacents sont visibles : c'est l'aponévrose profonde. Ca et là, l'on y trouve de petits trous par où passaient les nerfs et les vaisseaux précédemment mis à jour.

*Anneau Inguinal Externe.* — Au-dessus de la crête du pubis l'on voit un trou oblique quelquefois aussi grand qu'une amande, borné de chaque côté par deux fortes bandes aponévrotiques : c'est l'anneau inguinal externe et les deux bandes sont les piliers interne et externe.

Chez l'homme ce trajet donne passage au cordon spermatique : chez la femme, où il est plus petit, au ligament rond. Après une dissection soignée de l'anneau, l'on suivra jusqu'à sa terminaison aux organes génitaux, la branche génitale de petit abdomino génital, à laquelle cet orifice livre passage.

*Paroi abdominale musculaire.* — Les muscles qui forment la paroi abdominale sont :

- 1° le grand oblique
- 2° le petit oblique
- 3° le transverse
- 4° le droit,
- 5° le pyramidal

L'on peut voir maintenant que les fibres du *grand oblique* se dirigent en bas et en dedans.

Faites une incision à travers l'aponévrose profonde et le grand oblique depuis l'ombilic jusqu'à la crête iliaque. Ne touchez pas à la partie du muscle au-dessous de cette ligne et nettoyez la partie supérieure, en ayant soin de commencer par le bord postérieur qui vient se juxtaposer au

grand dorsal, à l'union du tiers moyen et du tiers postérieur de la crête iliaque.

Découpez l'aponévrose profonde en suivant le trajet des fibres du muscle et aussitôt que vous êtes parvenue à la ligne blanche, coupez-la entièrement.

Pour bien voir les insertions du grand oblique il faut enlever l'aponévrose profonde. Cette dissection, qui est passablement difficile doit se faire en commençant par la partie postérieure. L'on doit la décoller jusqu'à la ligne blanche en suivant la direction des fibres du muscle. Le grand oblique se trouve alors à découvert. L'on commence à l'étudier par son bord postérieur ; l'on constate que ce bord est libre depuis la dernière côte jusqu'à la crête iliaque, et qu'il est recouvert dans sa partie supérieure par le grand dorsal, qui s'en éloigne à l'extrémité inférieure. L'espace compris entre l'insertion de ces deux muscles au tiers moyen de la crête iliaque, porte ce nom de triangle de Petit : c'est par là que s'échappent les hernies lombaires,

(A suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Rougeole avec recidive trois jours apres la premiere eruption

Mademoiselle X..., demeurant rue Rambuteau, âgée de 8 ans. Elle est assez robuste, quoiqu'elle ait eu quelques bronchites légères depuis sa naissance.

Quand ses parents m'appellent pour la première fois, je suis frappé par l'aspect un peu boursoufflé de son visage, ses paupières tuméfiées, ses yeux brillants et larmoyants. En examinant sa figure, j'aperçois une dizaine de taches rose vif, peu saillantes, à contours irréguliers ; je ne vois rien sur le corps. Comme, sur ma demande, la mère me répond que sa fille a éternué pendant les deux jours précédents, qu'elle a eu du coryza, l'enchifrènement et de la fièvre, je lui dit que son enfant a la rougeole, que l'éruption commence, mais que, dès le soir même elle aura envahi non-seulement toute la figure, mais encore la poitrine et le dos.

Comme la jeune malade est très gâtée, comme elle prend mal les granules, je suis convaincu qu'elle ne voudrait pas ingérer les sulfhydryal dissous dans un peu d'eau ou de tisane, aussi je me contente, ayant tout lieu

de croire que la rougeole sera très bénigne, d'ordonner une potion à l'acétate d'ammoniaque :

Julep gommeux.....	90 gr.	“
Acétate d'ammoniaque.....	3 gr.	07
Sirop diacode.....	15 gr.	“
Sirop de bourrache.....	15 gr.	“

une cuillerée à dessert toutes les heures, et deux tasses par jour d'infusion de mauve et violette.

La malade sera tenue chaudement dans son lit, mais on ne cherchera pas à la faire transpirer.

Je la revois le lendemain, juste vingt-quatre heures après. La mère m'apprend que l'éruption s'est bien faite, et je constate dans le dos, sur la poitrine et les jambes des plaques rouges caractéristiques, formées par la réunion de plusieurs taches. La fièvre est presque tombée. J'ausculte attentivement la malade et je n'entends aucun râle ; elle tousse, du reste, fort peu. Je suppose donc la période éruptive complètement terminée.

Pensant que je n'aurai pas besoin de revenir, je recommande aux parents de tenir l'enfant au lit pendant cinq jours encore, par mesure de précaution, de ne la lever qu'au bout de ce temps et de ne la sortir qu'après huit jours.

Mais voilà que quatre jours après ma dernière visite, on me pria de repasser. A mon grand étonnement je revois l'enfant en pleine nouvelle éruption. La figure est rouge, cramoisie ; la poitrine et le dos sont remplis de plaques rouges, entre lesquelles se trouve des intervalles de peau saine. En un mot l'éruption est tout à fait caractéristique, et elle est aussi forte, peut-être même un peu plus, que la première.

La mère me raconte que le soir de ma dernière visite toutes les taches rubéoliques avaient disparu ; la peau était redevenue blanche comme auparavant. La petite fille avait repris sa gaieté ; son appétit était revenu ; enfin elle semblait à peu près complètement guérie, lorsque trois jours après, elle avait vu, le soir, l'éruption recommencer à la figure et envahir tout le corps dans le courant de la nuit. C'est pourquoi elle m'avait fait appeler dès le matin.

En présence de cette récurrence, afin de mieux combattre l'élément infectueux, je n'hésite plus à ordonner les granules de sulfhydryl à la dose de 10 granules tous les jours. Je dis à la mère de s'arranger de manière à lui faire avaler ces granules dans un peu d'eau ou de lait, sans les laisser dissoudre.

Pour combattre la fièvre qui est assez intense, je prescris la trinité infantile défervescente : aconitine, vératrine, brucine, 1 granule de chaque, les trois ensemble dissous dans une tasse de tisane, et, comme l'indique le Dr Toussaint, je fais donner une cuillerée à café toutes les demi-heures de cette préparation.

Le lendemain, je constate que l'éruption commence à pâlir. L'enfant est moins abattue. La fièvre tombe. Je fais néanmoins continuer les granules de sulfhydryl

et la trinité défervescente, à la même dose que la veille.

Le jour suivant, ma petite malade n'a plus de fièvre. Les poumons ne sont pas plus congestionnés que la première fois, car je n'entends aucun bruit anormal dans les bronches. Il n'y a donc pas de bronchite. Du reste, l'enfant ne tousse pour ainsi dire pas.

Je fais encore prendre 8 granules de sulfhydryl et je supprime la trinité. Je prescris un potage à midi avec un œuf à la coque, et, le soir, un potage seulement.

Le lendemain je trouve la malade en bon état. Elle réclame à manger. Je crois inutile de continuer les granules de sulfhydryl. Je recommande à la mère de prendre les plus grandes précautions pendant une semaine encore, et de donner à son enfant une nourriture assez substantielle, mais facile à digérer.

Je vais encore la revoir 8 jours après, et je constate que la guérison est complète.

Cette observation me paraît intéressante à cause de la récurrence qui s'est produite quatre jours après la première éruption. Cette récurrence à si courte échéance, ou mieux rechute, cependant d'une seule et même infection, est très rare. C'est la première fois que je la vois après 24 ans d'exercice de la médecine, et après avoir soigné des milliers de rougeoles.

D'après A. d'Espine, la rechute est d'autant plus forte que la première atteinte a été plus bénigne : ainsi Seid a observé deux fois une rechute mortelle trois à quatre semaines après la rougeole. On a remarqué aussi que les récurrences à courte échéance paraissent plus fréquentes après les rougeoles abortives ou incomplètes. Ruz cite deux cas d'infection rubéolique sans éruption, suivis deux ou trois semaines après d'une rougeole régulière.

Parfois, comme l'a observé Meissner, l'exanthème commence à paraître, puis s'efface et est suivi d'une seconde poussée qui est complète et régulière.

Or ici, et c'est ce qui fait la singularité de mon cas, rien de pareil. La première éruption a été régulière, normale, complète, et la seconde, qui a paru quatre jours après, a été absolument identique à la première.

(Nouv. Rev. de Méd. et de Thérad)

#### Mesure approximative des épanchements pleuraux

par M. Ch. ACHARD

La détermination du volume d'un épanchement pleural est chose importante, mais souvent difficile à réaliser pour le clinicien. M. Niclot a préconisé un procédé chromométrique fort ingénieux, dont le principe est le suivant : injecter dans l'épanchement une dose déterminée de bleu de méthylène et comparer la teinte du liquide retiré ensuite par ponction avec des dilutions connues de cette matière colorante. Toutefois la tech-

nique très précise indiquée par cet auteur n'est pas à la portée de tout praticien parce qu'elle comporte l'emploi d'un matériel peu compliqué sans doute, mais qu'il n'a pas toujours sous la main : seringue de Roux tubes à essai, compte-gouttes, vase gradué. Il me semble que le praticien peut se passer d'une telle précision et qu'il lui suffit d'une évaluation approximative, à un demi-litre près, ce qui permet de simplifier la manipulation en procédant comme il suit.

On commence par extraire au moins 25 centimètres cubes de liquide pleural ; puis, sans retirer l'aiguille, on injecte dans la plèvre 1 centimètre cube d'une solution de bleu à 1 pour 40. On prépare une dilution de bleu à titre connu, en ajoutant cette même dose à un litre d'eau pure. Il importe peu, d'ailleurs, d'avoir une solution de bleu très rigoureusement titrée ou une seringue très bien graduée. L'important est de mettre exactement, avec cette seringue, la même dose de matière colorante, dans la plèvre du malade et dans le litre d'eau pure.

Pour faciliter le mélange du bleu dans toute la masse de l'épanchement, on fait prendre au malade diverses positions ; on le fait a-seoir, se coucher sur le dos, sur les côtés, sur le ventre, mais doucement et sans le fatiguer. Puis, au bout de cinq minutes, on fait la ponction évacuatrice, ou tout au moins on retire 20 centimètres cubes de liquide qui sort plus ou moins coloré en bleu.

Pour procéder à la comparaison chromométrique de ce liquide avec la dilution préparée précédemment, on prend deux verres, ou bien deux tasses ou bols pareils et l'on verse dans chacun quatre grandes cuillérées d'eau pure. Puis dans l'un, qui servira pour l'étalon de comparaison, on verse une cuillérée à café de la dilution qui fait office de solution titrée et une cuillérée à café de liquide pleural non teinté, recueilli avant l'injection. Dans l'autre on verse une cuillérée à café d'eau pure et une cuillérée à café du liquide pleural, teinté de bleu, de la deuxième ponction. On compare les deux teintes ; si elles sont égales, c'est que l'épanchement est exactement d'un litre ; si la teinte de l'étalon est plus claire, c'est qu'il est inférieur à un litre ; si elle est plus foncée, c'est qu'il dépasse un litre. Ce dernier cas est le plus fréquent.

Pour déterminer alors de combien il dépasse un litre, on ajoute dans le verre de l'étalon une nouvelle cuillérée à café du liquide pleural non teinté et dans l'autre une cuillérée à café du liquide teinté. L'égalité des teintes correspondrait à un épanchement de 2 litres. On jugerait de même, en ajoutant de nouvelles cuillérées à café, si le volume atteints 3 ou 4 litres. Il est rare que ce chiffre soit dépassé et c'est pourquoi les 25 centimètres cubes de liqueur pleural, correspondant à la cuillérée à café, sont généralement suffisants.

Quand on a dépassé la teinte, c'est-à-dire quand le verre contenant le liquide pleural extrait après l'injection est plus foncé que l'étalon, on peut pousser l'appro-

ximation plus loin, au demi-litre. Il suffit, en effet, d'ajouter à l'étalon une demi-cuillérée à café du litre de la dilution préparée, pour savoir si la teinte a été dépassée d'une quantité inférieure, égale ou supérieure à un demi-litre. Pour obtenir la couleur équivalant à cette demi-cuillérée à café, on n'a qu'à verser dans un verre vide parties égales de la dilution et d'eau pure, puis à prendre une cuillérée à café de ce mélange.

Ce procédé ne saurait être employé, bien entendu, dans les pleurésies aréolaires et pluriloculaires. Il n'est pas applicable non plus aux épanchements hémorragiques, à cause de leur couleur. Il convient surtout pour les épanchement séro-fibrineux, mais il est encore applicable aux épanchements purulents, ainsi que j'ai pu m'en assurer dans un cas.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

#### Etude diagnostique de la rougeole

par M. le professeur LANDOUZY.

Je voudrais, Messieurs, retenir votre attention sur une maladie rarement rencontrée, de nos jours, dans les services hospitaliers d'adultes. Il s'agit de la rougeole. La rareté relative de cette infection après 14 ou 15 ans, son isolement dans des pavillons spéciaux ou tous les rubéoliques se trouvent dirigés, font qu'elle ne s'observe plus dans les salles de Clinique médicale. Il en résulte, pour l'enseignement, une lacune regrettable dont je me propose, aujourd'hui, de combler quelques vides.

Premier point intéressant. Vous lirez dans les livres classiques que la rougeole, frappant les 4/5mes au moins des sujets dans le jeune âge et conférant l'immunité, ne se rencontre que pour ces deux motifs qu'exceptionnellement chez l'adulte. Une telle assertion est loin d'être rigoureusement exacte. En matière de fièvres éruptives, l'immunité donnée par une première atteinte n'est pas absolue et, entre toutes, la rougeole est celle qui récidive le plus fréquemment. Une seconde variole, une seconde scarlatine peuvent se voir ; assez communément, on observe une deuxième, voire une troisième attaque de rougeole. Je soignais précisément, ces jours derniers une jeune femme de 21 ans chez laquelle j'avais diagnostiqué avec mon maître Hardy une rougeole à l'âge de 4 ans, une autre à l'âge de 12 ans. Elle offrait encore une éruption rubéolique type.

Le malade de notre service est un cocher de 20 ans, entré à l'hôpital avec de la fièvre, 39°2, un malaise général et un exanthème cutané spécial. Celui-ci, développé sur la face, le thorax et les membres, touche à peine les extrémités. Les téguments sont congestionnés et sur le fond rouge se détachent des parties plus foncées, des macules, des papules donnant au doigt la sensation douce dite veloutée. Quelques unes d'entre elles sont recouvertes de vésicules, dont le centre offre, pour certaines, un léger degré d'ombilication. La disposition de ces vésicu-

les, leur ombilication centrale, aurait pu tenir notre diagnostic en suspens et faire penser à une variole. Nous avons toutefois écarté une semblable hypothèse eu égard au petit nombre de ces éléments éruptifs comparé à la multiplicité des autres, eu égard surtout aux idées de pathologie général qui, en l'espèce, constituent un guide précieux. Dans une fièvre exanthématique, en effet, l'éruption, pour importante qu'elle soit, n'est pas tout. L'analyse de ces caractères morphologiques est assurément fort utile, mais elle ne saurait entrer en ligne de compte qu'escortée de tous les autres signes morbides. Ceux-ci, dans les cas douteux trancheront le diagnostic avec beaucoup plus de sûreté que l'éruption elle-même.

On a dit et répété que la reconnaissance d'une fièvre éruptive était la chose la plus simple au monde. Ceci est exact pour un bon nombre de circonstances ; alors les gardes-malades, les mères de famille établissent le diagnostic avant la venue du médecin. Seulement il y a le revers de la médaille. A la vérité, lorsqu'il existe des éléments éruptifs anormaux, rien n'est difficile comme la différenciation extemporanée d'une rougeole ou d'une scarlatine. Sydenham l'a écrit en toutes lettres et Trousseau a consacré une longue série de leçons à dire que lui, qui avait cependant vécu nombre d'années dans les hôpitaux d'enfants, se trouvait quelquefois tenu en échec devant certaines difficultés.

Considérez la situation du médecin traitant dans les familles. Cinq minutes après son arrivée, il doit répondre à l'interrogation des parents : est-ce une rougeole, est-ce une scarlatine ? Le diagnostic n'est point indifférent aux mesures hygiéniques et prophylactiques à instituer. Vous apprendrez à vos dépens que, tous les jours, le médecin le plus expert est obligé de suspendre son avis et de dire aux parents ; je vous fixerai... seulement demain. Une telle réponse est ennuyeuse à faire. Le public, qui a droit à un renseignement précis, prend souvent, malheureusement, votre doute fait de science pour un doute fait d'ignorance. Si vous n'êtes pas dans un milieu intelligent, la situation devient particulièrement pénible. Il faut cependant avoir le courage de son opinion, faire comprendre que la maladie présente quelques caractères irréguliers et qu'il est de l'intérêt du patient d'attendre avant de fixer un diagnostic. Je raconte volontiers l'histoire suivante : il y a quelques années nous fûmes appelés, M. le professeur Bouchard et moi, auprès d'un garçon de onze ans atteint d'une fièvre éruptive. Rougeole ou scarlatine tel fut le problème impossible à résoudre fermement pendant 48 heures. Nous penchions pour la scarlatine, mais après avoir dit "oui" le matin nous hésitions le soir. Enfin, le lendemain nous fûmes affirmatifs, c'était une scarlatine et la suite le confirma. Malheureusement, le sixième jour après l'éruption, l'enfant fit une complication assez commune, l'aortite ; la fièvre recommença et un souffle se produisit derrière le sternum. L'entourage, naturelle-

ment, ne manqua pas de prétendre que l'aortite était apparue parce que nous n'avions pas reconnu assez tôt la nature de la maladie. Les difficultés sont donc, parfois, momentanément insolubles. Depaul après avoir consacré son existence entière à l'étude de l'obstétrique disait ceci de l'accouchement : c'est une chose aussi simple dans les circonstances ordinaires qu'infiniment difficile dans les cas compliqués. Ce que Depaul pensait de l'accouchement, Trousseau l'élève de Bretonneau l'illustre maître en pédiatrie, le proclamait à la fin de sa carrière, les fièvres éruptives. Je ne voudrais pas faire, à ce sujet, de paradoxe ; retenez néanmoins que malgré toute l'importance des caractères attribués classiquement à l'éruption, le praticien, s'il y a doute, se guidera beaucoup plus sûrement sur l'ensemble et l'évolution des symptômes.

(à suivre)

#### Herpes et neurotoxémie

Longtemps, le froid et les refroidissements ont été incriminés comme facteurs principaux des inflammations aiguës de la gorge et des voies respiratoires. Aussi, a-t-on pris l'habitude de rechercher "les courants d'air" ou "les coups de froid" comme unique étiologie des angines ou des pneumonies.

La bactériologie nous a montré que la plus grande partie des inflammations a pour origine réelle soit une inoculation bactérienne infectueuse (diphthérie, pneumonie, coqueluche, bronchopneumonies, etc.), soit une prolifération subite d'éléments microbiens existant normalement dans l'organisme, mais devenant subitement hostiles par suite d'une insuffisance de phagocytose (coli-bacilles, pneumocoques, etc.). Reste, cependant, un certain nombre d'affections notoirement inflammatoires, mais dont l'étiologie microbienne paraît bien douteuse.

Les manifestations dites "HERPÉTIQUES" (angines, zones, éruptions labio-faciales ou périgénitales) sont de ce nombre. L'angine herpétique, par exemple, n'a évidemment rien de microbien ; la fièvre herpétique, l'herpès zoster, sont dans le même cas : d'une façon générale, on a remarqué que toutes ces affections surviennent seulement chez les personnes nerveuses et, en particulier, chez les femmes, surtout au moment de menstrues.

De là à penser que les troubles nerveux pourraient bien avoir quelque influence sur le développement des herpès, il n'y avait qu'un pas ; c'est cette relation causale dont nous allons essayer d'établir la réalité, aujourd'hui.

#### I

#### AMYGDALITES ET ANGINES HERPÉTIQUES

L'amygdalite herpétique est d'une fréquence extrême ; nous n'avons pas besoin d'insister longuement sur



le nombre énorme de cas où le médecin est appelé pour cette affection. Le plus souvent, il s'agit d'un enfant, d'une fillette ou d'un garçonnet, nerveux, débile, surexcité ou d'une femme en pleine activité génitale entre 20 et 40 ans ; c'est rarement un homme, bien que le fait se rencontre de temps en temps, surtout de nos jours où le jeune homme est si névrosé et si efféminé. L'entourage est affolé : " Venez vite, docteur nous dit-on. Le malade est en proie à une fièvre ardente ; il ne peut pas avaler et nous avons aperçu du blanc dans sa gorge ". Tel est le refrain presque quotidien que nous entendons répéter.

L'habitude même nous rend quelque peu sceptiques, et volontiers nous pensons : " Bah ! encore une angine herpétique : ce n'est pas dangereux ". De fait, la fièvre élevée et la douleur vive à la déglutition sont des symptômes de forte présomption en faveur de l'herpès du pharynx.

Mais gardons-nous de cet optimisme prématuré ; il peut être funeste.

La diphtérie est capricieuse et traîtresse ; pour mieux frapper ses victimes, elle revêt parfois le manteau de l'angine herpétique : fièvre élevée, peu d'engorgement ganglionnaire, points blancs discrets sur les amygdales. Et alors, on est surpris ; on n'a pas recours au sérum et on tranquillise maladroitement les parents, en leur pronostiquant une maladie bénigne de 3 à 4 jours. Hélas ! quelles lamentables suites ! l'enfant fait du croup au bout de deux jours ou bien, succombe en huit jours à la myocardite diphtérique.

Attention donc, toujours attention ! et gare aux cases-cou.

L'amygdalite herpétique se présente habituellement chez les enfants nerveux et chétifs ou chez les adultes de tempérament faible et névropathe. Subitement, apparaissent des vomissements, un violent mal de tête, de l'embarras de la parole et de la déglutition et une énorme élévation de température 39°8, 40°, 40°5, 41° : quand l'enfant est trop jeune pour analyser ses sensations et indiquer le siège de son mal, on n'a pour se guider que l'élévation de température, l'agitation et la difficulté de respiration.

L'examen de la gorge s'impose alors même que les symptômes sont insignifiants de ce côté ; on note d'abord l'absence presque complète d'engorgement ganglionnaire au cou ; de plus, le fond de la gorge, les piliers du pharynx, le voile sont rouges, carminés ; les amygdales sont aussi très rouges, parsemées de points blancs, tantôt discrets et isolés, tantôt confluentes et fusionnés en plaques blanc-grisâtre, à reflets plus ou moins nacrés, et d'une épaisseur fort variable. Le grattage de ces membranes laisse à découvert une surface ulcérée, formée de vésicules d'herpès confluentes et réunies par leurs bords arrondis comme les contours, d'une mûre ou d'une grappe de raisin. Tous les segments de cercle bien nettement arrondis se soudent les uns aux

autres et forment comme des festons. Quand les points blancs sont rares et discrets (trois, six, huit, à peine), le diagnostic est d'une facilité enfantine : malheureusement, les herpès pharyngiens confluentes forment souvent des membranes épaisses, grisâtres, bien semblables à celles de la diphtérie.

Voici, alors, ce que nous conseillons de faire : examiner à fond les ganglions du cou, les fosses nasales, le teint du facies, fouiller, le plus possible, les commémoratifs : contagion, refroidissement, émotion vive ; puis, si l'on doute encore que ce soit de la diphtérie, revenir voir le malade six heures après environ, après l'avoir bien fait gargariser et laver la gorge, et se rendre compte des progrès possibles du mal. Si l'on doute encore, il faut se munir de sérum de Roux et l'injecter séance tenante ; puis, on détache un fragment de membrane et on l'envoie au laboratoire pour examen bactériologique. Le lendemain, nouvelle injection de sérum, si l'état local n'est pas nettement modifié ; mieux vaut injecter du sérum Roux à des malades atteints seulement d'herpès pharyngien pour lesquels on hésite à se prononcer, que de risquer de laisser s'aggraver, faute de sérum, une angine diphtérique qui ressemblait au début à un herpès. Le danger est minime dans le premier cas : il est terrible dans le second cas.

L'amygdalite herpétique évolue en 4 ou 5 jours environ, à moins que, tout d'abord, unilatérale, l'éruption ne s'étende à l'autre côté : en ce dernier cas, la maladie dure de 6 à 8 jours. Les 3 premières nuits sont les plus pénibles, comme fièvre et agitation ; puis, les symptômes s'amendent, la déglutition devient indolore, malgré la persistance de quelques points blancs ; enfin, le 5<sup>e</sup> jour, tout a disparu et la santé est parfaite.

Ces angines sont sujettes à récidiver parfois, mensuelles quand l'affection a coïncidé avec les menstrues, parfois annuelles ou bisannuelles, aux changements de saisons, principalement au printemps.

Quand on examine de près l'étiologie de ces affections, on est frappé de leur fréquence chez les personnes nerveuses et, en particulier, chez les personnes qui ont eu une vive émotion, une grande frayeur, une contrariété interne, une colère rentrée.

Il ne peut être question alors de microbes. Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que la rupture d'équilibre de l'influx nerveux provoquée par l'émotion, la contrariété, la colère, ou simplement par l'époque menstruelle, s'accompagne de production de toxines de dénutrition nerveuse et de diffusion de ces toxines dans la circulation ; c'est ce que nous désignons sous le nom général de neuro-toxémie. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, qu'il s'agisse d'un auto-empoisonnement par des toxines nerveuses, ou plus simplement, d'un phénomène réflexe, il reste bien certain aujourd'hui que ces phénomènes aigus d'herpès pharyngien sont provoqués la plupart du temps par des troubles nerveux intenses du domaine psychique (peur, colère, contrariété).

(à suivre)

### Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire

La tuberculose pulmonaire chronique est curable. On a d'autant plus de chances de l'enrayer dans sa marche qu'on l'attaque à une époque plus rapprochée de son début. De là se déduit l'importance du diagnostic précoce de la maladie en question.

Or, quand on se place au point de vue éminemment pratique, que nous venons de spécifier, il importe de bien s'entendre sur la signification des mots : pour beaucoup de praticiens, faire le diagnostic *précoce* de la tuberculose pulmonaire chronique, c'est diagnostiquer cette maladie à ce qu'on est convenu d'appeler sa *première période*, alors qu'elle se relève déjà par de la submatité, par des craquements, par de la bronchophomie. Cette interprétation a été combattue comme inexacte, il y a plus de dix ans, par le professeur Grancher, dans ses leçons sur les maladies de l'appareil respiratoire (Paris 1890). Aussi bien, avant de se révéler par les signes stéthoscopiques susdits, la tuberculose pulmonaire commune traverse une *période initiale*, dite de *germination* ; les tubercules, récemment éclos, constituent alors de petits foyers enkystés, sans communication avec les bronches, sans lésions réactionnelles de voisinage. C'est à cette période de germination, que la tuberculose pulmonaire chronique est essentiellement justiciable de nos moyens d'intervention, c'est à cette période surtout qu'elle est radicalement curable. C'est donc à cette période initiale, et avant que les tubercules aient fait effraction dans les bronches, qu'il importe de la diagnostiquer.

Faire le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire commune doit donc s'entendre du diagnostic de cette maladie à la période de germination. Quelles sont les ressources dont nous disposons actuellement, pour atteindre ce but ?

\*\*\*

Après la découverte sensationnelle, faite par Koch, du micro organisme spécifique de la tuberculose, on en vint à considérer la recherche du bacille de Koch dans les crachats comme un moyen infaillible de dépister la tuberculose pulmonaire à ses débuts. Cela faisant, on s'est exagéré la valeur diagnostique de ce moyen d'investigation. Et d'abord, pour que soit possible l'examen des crachats, il faut que le malade crache ; il faut, de plus, que les bacilles spécifiques puissent se mélanger aux produits de l'expectoration. Or, il n'en est ainsi qu'à la période où les tubercules, cessant d'être des granulations enkystées, font effraction dans les bronches, et y déversent une partie de leur masse. Donc, en principe, la recherche du bacille de Koch dans les crachats ne pourra aboutir que passée la période de germination.

Même passée cette période, elle peut ne pas aboutir pour deux raisons principales : pendant une période de

temps plus ou moins longue, l'apparition des bacilles spécifiques dans les crachats est essentiellement accidentelle. Sa constatation exige des examens répétés et convenablement espacés.

En second lieu, à une période relativement avancée de la tuberculose pulmonaire chronique, la présence du bacille de Koch dans les crachats peut être masquée par l'afflux prédominant d'autres bactéries : pneumocoques streptocoques, etc., agents bien connus des infections mixtes, secondaires, et responsables, en grande partie, de la gravité de la tuberculose pulmonaire.

Donc, il ne faut pas beaucoup compter sur l'examen des crachats, pour faire le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique. Tous ceux qui s'adonnent à la bactériologie, en cliniciens, sont d'accord sur ce point.

Pour parer à l'insuffisance de l'examen bactériologique des crachats, le prof. Rumpf, de Hambourg, a eu l'idée de recourir à des ponctions exploratrices des sommets pulmonaires, chez les sujets suspects d'une tuberculose commençante et qui ne crachent pas. Entourées de toutes les précautions indispensables pour assurer l'asepsie du champ opératoire, et pratiquées à l'aide d'une seringue de Pravaz, ces ponctions seraient inoffensives, si l'on en croit le promoteur du procédé. Soit ; encore faudrait-il démontrer que l'absence du bacille de Koch, dans le liquide retiré de la sorte, est une preuve de la non existence d'une tuberculisation commençante. Et d'ailleurs, si cette preuve était faite, se rencontrerait-il beaucoup de praticiens, résignés à l'emploi d'un moyen de diagnostic, aussi aventureux ?

\*\*\*

Après la découverte du bacille de Koch est venue celle de la tuberculine. Faut-il rappeler tout le bruit qui s'est fait autour d'elle, et les déceptions qui ont suivi, de bien près, l'enthousiasme qu'avait fait naître la foi naissante en ses vertus curatives ? De celles-ci, peu de médecins font encore quelque cas ; elles ne compensent point les dangers du remède. Une chose pourtant est restée, des nombreux essais cliniques auxquels ont donné lieu les injections de tuberculine ; c'est la preuve de leur valeur diagnostique qui est indéniable. Seulement, elle se rapporte à un moyen, d'un maniement délicat et dangereux. En injectant de la tuberculine à un sujet en puissance d'une tuberculose pulmonaire qui n'a pas dépassé la période de germination, on l'expose à un danger grave, celui qui résulte de la généralisation d'une tuberculose localisée dans un sommet pulmonaire ; sous l'influence de la poussée réactionnelle que l'injection de tuberculine développe, dans des tubercules enkystés, ceux-ci s'ouvriront dans les vaisseaux avoisinants ; ainsi mobilisée, la matière tuberculeuse sera mise en mouvement et elle ira ensemençer d'autres parties des poumons, ou d'autres organes.

Bref, la valeur diagnostique des injections de tuberculine est incontestable ; leur emploi, à titre curatif, est dangereux et ne saurait être confié aux mains du premier praticien venu ; il doit être réservé à des circonstances exceptionnelles.

(A suivre)

#### Les indications du serum de Trunecek chez les arteriosclereux

Par M. PIERRE MEEKLAND

L'idée qui a conduit Trunecek à la formule quelque peu compliquée de son sérum n'est pas soutenable. On ne guérit ni la sclérose, ni l'athérome des artères, pas plus que les cicatrices. Dès sa première étude sur la question, Léopold Lévi a fait justice de l'hypothèse de Trunecek, et M. Huchard a exprimé l'opinion générale en écrivant récemment que ce sérum ne faisait pas rétrocéder les lésions scléreuses. Est-ce à dire qu'il n'y a rien à en tirer ? Ce n'est pas mon avis, et les résultats que j'ai pu constater m'ont amené à conclure, avec Léopold Lévi, qu'il atténue ou fait disparaître certains des troubles subjectifs les plus pénibles de l'artériosclérose. Il constitue, dans ma pensée, un médicament tonique, surtout applicable à l'asthénie et à l'hyperexcitabilité qui, chez les artérioscléreux, dépendent de l'insuffisante irrigation et des altérations nutritives du système nerveux.

I.—C'est ainsi sans doute qu'il agit sur certains troubles moteurs, sensitifs et psychiques qui résultent de l'artériosclérose cérébrale. Les observations de Léopold Lévi, Thiroloix, Goldschmit, Marmisse sont à cet égard démonstratives. J'ai retrouvé chez trois vieillards soumis aux injections sous-cutanées de sérum de Trunecek les résultats favorables qu'ils ont signalés : chez l'un, diminution d'une hémiplegie d'ailleurs incomplète ; chez deux autres, amélioration de la mémoire leur permettant de demander des choses dont ils avaient oublié les noms et retour de la faculté de lire qu'ils avaient perdue ; chez tous trois, relèvement des forces, frappant pour l'entourage.

Ces résultats, il est bon de le rappeler, sont absolument comparables à ceux qu'obtenait Brown-Séquard par les injections de suc testiculaire. Il insistait même, et j'ai recueilli cette opinion de sa propre bouche, sur les indications spéciales de sa méthode qui s'appliquait non à la neurasthénie simple, mais à l'asthénie des artérioscléreux. Le sérum concentré de Trunecek ne semble pas agir autrement que le suc testiculaire.

II.—Son action sur certains troubles dyspnéiques des artérioscléreux est non moins heureuse, et c'est ce qui avait frappé Trunecek dès ses premières recherches. Fr. Franck a observé une diminution notable de la dyspnée d'effort chez une de ces malades atteinte d'artériosclérose, et j'ai obtenu deux fois le même résultat.

Trunecek, Léopold Lévi, Marmisse ont signalé la disparition des accès d'asthme cardiaque. J'ai constaté cette même action favorable trois fois sur cinq.

Les trois malades qui ont bénéficié du traitement, après insuccès des autres moyens thérapeutiques, sont d'ailleurs toujours soumis aux injections quotidiennes de 1 ou 2 centimètres cubes de sérum, deux d'entre eux depuis trois mois, un autre depuis une douzaine de jours. Chez l'un atteint de broncho-pneumonie subaiguë, puis d'asystolie, à la suite de plusieurs crises d'œdème pulmonaire aigu, les crises d'asthme se produisaient d'une manière incessante, spontanément ou à l'occasion de la moindre émotion, souvent intenses et ne cédaient qu'à des injections sous-cutanées de morphine ; elles ont cessé depuis l'emploi du sérum de Trunecek, avait reparu momentanément pendant une courte interruption de ce médicament. Même résultat chez un deuxième artérioscléreux également en asystolie. Mon troisième malade, atteint depuis 4 ans de petits accès d'asthme cardiaque, efficacement combattus par l'usage habituel de la théobromine, vient d'avoir sa première grande crise, et simultanément de la respiration de Cheyne-Stokes. Les injections de sérum de Trunecek, associées à la continuation de la théobromine, ont mis fin à ces accidents, et la fonction respiratoire, au dire de l'entourage, est meilleure qu'elle n'avait été depuis longtemps.

À côté de ces trois succès, je citerai deux insuccès, l'un chez un malade pris simultanément d'angine de poitrine et d'asthme cardiaque, l'autre chez un artérioscléreux en hyposystolie, immédiatement soulagé par la digitaline de crises asthmatiques que le sérum de Trunecek n'avait pas empêchées.

L'effet de cette médication sur les paroxysmes dyspnéiques ne se peut comprendre que par une action directe sur les centres respiratoires. La cause commune tout accès d'asthme, qu'il s'agisse d'asthme nerveux ou d'asthme symptomatique, cardiaque, toxique ou autre, est une hyperexcitabilité de ces centres, qui dépend elle-même d'un défaut de tonicité des éléments nerveux qui les constituent. Plusieurs facteurs contribuent à produire leur asthénie chez les artérioscléreux : insuffisance de leur irrigation attribuable à l'ischémie artérielle et à la faiblesse du cœur ; altérations fonctionnelles ou dégénératives dues à l'âge, à l'intoxication urémique ou alimentaire ; prédisposition nerveuse, mise en éveil par la fatigue, les préoccupations, la cachexie artérielle. C'est contre cette hyperexcitabilité par asthénie des centres respiratoires que semblent agir les injections toniques. On connaît l'atténuation ou la disparition de crises d'asthme cardiaque rebelles sous l'influence de grandes injections de sérum simple. Il me semble que les injections de sérum concentré n'agissent pas autrement. C'est un procédé infiniment plus simple, moins désagréable ; et les malades acceptent sans difficulté leur

injection quotidienne de sérum de Trunczek pendant des mois.

III.—Les injections de sérum de Trunczek, souvent efficaces dans le traitement de miopragie cérébrale et de la dyspnée des artérioscléreux, peuvent également combattre certaines douleurs cardiaques. Elles ne m'ont pas paru avoir d'influence sur l'angine de poitrine coronarienne, c'est-à-dire sur la douleur cardiaque d'effort, et cela n'a rien qui puisse surprendre. La sténose coronarienne et ses conséquences ne peuvent être modifiées par des injections toniques, quelles qu'elles soient. Par contre, comme Léopold Lévi, j'ai vu disparaître, à la suite d'injection de sérum de Trunczek, de grandes crises diurnes ou nocturnes de douleurs anginiformes. Il s'agissait, dans un cas de crises périodiques peut être hystéro-toxiques, chez un homme encore jeune, atteint d'une ancienne insuffisance aortique consécutive à la scarlatine, aggravée par le tabagisme, l'alcoolisme et la syphilis. Ces crises duraient plusieurs semaines, ne cédaient qu'à de fortes doses de morphine, elles ont cessé sous l'influence d'injection de sérum de Trunczek. Même résultat chez un artérioscléreux, diabétique et ancien syphilitique, atteint depuis plusieurs années d'angine d'effort, récemment compliquée de grandes crises spontanées. Celles-ci ont cédé après huit injections de sérum de Trunczek, sans que la douleur d'effort ait été en rien diminuée ou modifiée.

L'action des injections de sérum concentré dans les névralgies cardiaques est sans doute comparable à celles des injections de sérum concentré dans les névralgies cardiaques est sans doute comparable à celles des injections de sérum simple, d'après la méthode de M. Bernard, souvent efficaces dans le traitement des névralgies périphériques. Il est vraisemblable qu'il s'agit encore d'une action tonique et sédative sur certains centres sensitifs en état d'hyperesthésie et d'hyperexcitabilité.

IV.—Les conditions de mes observations ne m'ont pas permis de vérifier les variations de la tension artérielle sous l'influence des injections du sérum de Trunczek. Pour M. Huchard, cette influence serait nulle. Au contraire, Pierre Teissier et Léopold Lévi ont constaté, dans 57, 4 pour 100 des cas, un abaissement de la tension artérielle de 2 à 7 centimètres au sphygmomanomètre de Potain. Léopold Lévi en a conclu que le sérum de Trunczek a une action hypotensive immédiate, qu'il doit ainsi modifier la circulation générale et même les circulations locales, d'où les améliorations observées. Quelque séduisante que soit cette hypothèse, elle me paraît discutable. Je ne puis pas ne pas me rappeler cette conclusion de Potain que j'extrai de son beau livre sur la pression artérielle : "Il faut se garder d'imputer trop aisément les actions thérapeutiques aux modifications de la pression artérielle qui les accompagnent. Elles en sont souvent tout à fait indépendantes." En ce qui concerne l'abaissement de la pression artérielle à la suite des injections de sérum de Trunczek,

rien ne prouve qu'il ne soit un effet simultané et non la cause des améliorations obtenues. Il est parfaitement admissible que la médication agisse à la fois sur les centres psychiques, moteurs, respiratoires, etc., et sur les centres vaso-moteurs en état d'hyperexcitabilité du fait de l'asthénie nerveuse. C'est d'ailleurs là une question accessoire qui prêterait à de longues et peut-être stériles discussions. Le plus sage est de s'en tenir aux résultats obtenus qui permettent de conclure que le sérum de Trunczek peut rendre de réels services dans le traitement des miopragies des artérioscléreux.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

#### La médication hypodermique

Si ce n'était la puillanimité de bien des sujets, la médication hypodermique aurait depuis longtemps détrôné les autres modes d'administration médicamenteuse.

Et cela est dû à une triple raison : la première est que les progrès de la chimie ont permis d'isoler à l'état de pureté absolue la plupart des produits, ce qui autorise dorénavant à les introduire dans l'organisme sans craindre des effets accessoires qui, par la voie hypodermique, devenaient immédiatement redoutables.

La seconde est que, grâce à l'expérimentation, on a pu établir pour presque tous les produits—du moins pour les plus usuels—des doses graduées de telle façon qu'on peut éviter à coup sûr la *dose insuffisante* et la *dose dangereuse* et avoir à sa disposition toute une série de *doses thérapeutiques* dont l'action est pour ainsi dire prévue d'avance, puisqu'on s'est débarrassé par ce moyen de toutes les chances d'erreur auxquelles la voie digestive expose une médication quelle qu'elle soit, de par l'instabilité de l'absorption forcément inégale dans un si long trajet, et forcément modifiée dans différents sens par toutes les réactions connues et inconnues qui se produisent en traversant tant de territoires différents.

La troisième, enfin, est que les médecins ont résolu de ménager un peu ce pauvre tube digestif, déjà si malmené par une hygiène alimentaire paradoxale, et ont compris que si le traitement des maladies consiste aussi bien à augmenter les défenses naturelles de l'organisme qu'à combattre le mal survenu, il faut autant que possible sauvegarder l'intégrité de cette série d'organes, qui sont la porte d'entrée de presque tous les renforts que nous envoyons à notre physiologie normale menacée.

La médication hypodermique, si rationnelle à ces trois points de vue, a pourtant rencontré sur sa route des obstacles dont les deux principaux sont :

1° L'effarouchement du public habitué à tout avaler, devant cette petite mise en scène que nécessite le maniement de la seringue de Pravaz. (Je ne parle pas de la douleur qui est nulle quand le produit n'est pas douloureux par lui-même.)

2° Les inconvénients qui pourraient survenir, entre les mains d'un médecin peu soigneux, d'une antiseptie mal faite.

Or, il est incontestable que ces deux obstacles s'abaissent progressivement et qu'on prévoit un nivellement complet à brève échéance. Le public s'habitue peu à peu à cette méthode dont il finit par comprendre la plus grande sûreté et qui a surtout pour lui, en général, l'inappréciable qualité de diminuer la longueur du traitement. D'autre part, on peut dire que se fait de plus en plus rare le médecin assez peu convaincu du rôle de l'antiseptie et de l'asepsie, pour se permettre une négligence dans la pratique de l'injection. La routine aseptique est une routine comme une autre, et l'on peut dire qu'elle s'est maintenant définitivement installée.

Ce qui n'empêche pas, bien entendu, la méthode de se perfectionner chaque jour, et bon nombre de gens intelligents d'inventer soit un procédé, soit un dispositif nouveau.

De ce nombre, sont les ampoules stérilisées, scellées à la lampe, ainsi que le flacon à deux tubulures de Clin.

(*La France médicale.*)

### La maladie de Thomsen

Par GILBERT BALLET

Maladie peu commune décrite pour la première fois par Thomsen qui lui-même en était atteint. C'est une sorte de crampe qui n'existe qu'à l'origine du mouvement, c'est "un spasme au début des mouvements volontaires." Après avoir éprouvé un instant une impossibilité complète à réaliser certains mouvements, le malade arrive à les ébaucher d'abord péniblement et finit par les exécuter de plus en plus facilement.

Cette maladie est encore parfois désignée sous le nom de "myotonie congénitale" à tort d'après l'auteur, car ce nom répond mal à la nature de la maladie qui, du reste, ne paraît pas nécessairement congénitale.

La chaleur atténue cette maladie, le froid l'exagère, le repos est favorable et les émotions ont une influence fâcheuse.

Une particularité à signaler, c'est l'hypertrophie musculaire qui est presque constante. Chez ces malades, l'irritabilité musculaire est exagérée au suprême degré.

Les réactions électriques sont aussi modifiées.

L'hérédité semble jouer un certain rôle; on note chez ces malades des antécédents névropathiques dissimilaires ou similaires.

La nature de la maladie est encore fort discutée. La théorie qui attribue la maladie de Thomsen à une déviation de la nutrition du muscle paraît à M. G. Ballet la plus satisfaisante.

Le traitement est encore plus incertain; les médecins

russes disent beaucoup de bien dans ce cas du massage. On peut essayer aussi le repos, la chaleur du lit, l'iodure de potassium et les courants de haute fréquence.

(*Revue de Tintsié.*)

## PEDIATRIE

### Régime et hygiène du diabétique

par le docteur BRULARD

Nous sommes loin aujourd'hui du régime strict, absolu, dont Bouchardat avait établi la formule. C'est qu'en effet nous avons acquis d'autres idées sur l'origine du diabète, son évolution et sa manière d'être. Il faut considérer cet état pathologique comme la manifestation d'une diathèse très voisine de celle de la goutte. Je ne parle ici, bien entendu, que du diabète floride, arthritique, faisant partie en un mot de ce groupe morbide désigné autrefois par Bouchardat sous le nom de maladies par ralentissement de la nutrition. Notre pratique quotidienne nous montre sans cesse quelle évidente connexité existe entre toutes ces affections, émanant d'un même état diathésique. Toutefois, la série des accidents multiples et variés auxquels préside l'arthritisme, le diabète et la goutte, semblent avoir une parenté plus étroite. Ils succèdent volontiers l'un à l'autre; et tous deux ont une prédisposition si marquée à l'artério-sclérose, que beaucoup de médecins y voient une relation directe et presque fatale.

Cependant, si la goutte est une maladie grave, susceptible d'altérer peu à peu les tissus d'organes importants et notamment celui du rein, elle permet parfois à ses victimes d'arriver à une grande longévité. Le diabète, au contraire, est d'allure plus rapidement néfaste. Ses complications ultimes visent spécialement le foie en déterminant de la cirrhose, ou le poumon en déterminant de la tuberculose.

De ce qui précède, nous devons conclure que le régime du diabétique doit avoir de nombreux points de contact avec celui du gouteux. Il faut laisser de côté les erreurs des anciennes doctrines, ne point s'acharner à supprimer la totalité des farineux et à prescrire les viandes noires et les boissons alcooliques. Ce serait hâter l'artério-sclérose, les altérations viscérales.

Actuellement, nous sommes tous d'accord sur ce point que, parmi les féculents qui doivent être tolérés, la pomme de terre doit jouer le premier rôle. Tout récemment, M. Mossé, de Toulouse, a fait à l'Académie de médecine et à la Société de thérapeutique des communications fort intéressantes sur ce qu'il appelle la cure de pommes de terre dans le diabète. Il en prescrit en effet d'énormes quantités, jusqu'à 1500 à 2000 gr

par jour, cuites à l'eau, en robe de chambre, en purée. Sous l'influence de cette alimentation, le sucre diminue. Je passerai ici sous silence la discussion qui eut lieu à ce sujet, et je me contenterai de rappeler l'opinion d'Albert Robin, qui attribue aux sels de potasse contenus dans la pomme de terre l'action favorable qu'elle peut avoir sur le phénomène glycosurique. Les expériences de Mossé sont précieuses pour nous, praticiens, et elles nous permettent de conseiller largement les pommes de terre à nos diabétiques. C'est là un point important; car nous savons tous à quelles difficultés nous nous heurtons, lorsqu'il s'agit de faire suivre un régime à des malades qu'aucune souffrance ne tient en éveil et qui semblent avoir une prédilection marquée pour les farineux et les sucres. Nous continuerons donc comme auparavant à supprimer la plupart des autres aliments féculents, surtout sans oublier le pain, qui sera toujours remplacé par la pomme de terre et non par le pain de gluten. Au même titre que dans la goutte, l'oseille, les tomates, les aubergines, devront être évitées. Puis on fera un usage modéré des choux, choux-fleurs, épinards, asperges, haricots verts. Et au contraire nous prescrirons largement les légumes cuits, laitues, endives, chicorée, puis le salsifis, le céleri, les artichauts, les cardes, les crones, les scorsonères, les topinambours, et enfin, comme nous l'avons dit, les pommes de terre en abondance. Les fruits seront interdits; toutefois dans beaucoup de cas on pourra tolérer les fraises sans sucre, les cerises, et plus particulièrement la pomme.

Passons maintenant aux aliments que nous fournit le règne animal, et là nous pouvons presque identifier le régime du diabétique avec celui du gouteux. Il devra se composer d'œufs, de viandes blanches, de viandes rouges très cuites, de préférences rôties, braisées ou bouillies. Il faut éviter les sauces trop civilisées, surtout celles où il entre des truffes, des champignons, de la tomate. Mais j'insisterai en outre sur ce fait que nous devons rigoureusement défendre le gibier, à part le perdreau et le faisan qui pourront être tolérés de temps en temps, à la condition d'être mangés frais.

Nous ne saurions nous montrer trop sévères sur ce point du régime. Et je connais bon nombre de diabétiques qui ne doivent leur affection qu'à l'abus de la bonne chère et en particulier du gibier.

Obéissant au même ordre d'idées, nous interdirons les poissons à chair colorée, surtout les poissons de mer, surtout aussi les crustacés, langoustes, crevettes, homards, écrevisses; les moules et la plupart des coquillages. Les huîtres seront tolérées de temps en temps et en petite quantité.

Je n'ai pas à insister sur la défense que nous avons à faire des entremets et desserts sucrés. C'est une règle indiscutable, à laquelle il faut se soumettre.

Pour terminer cette rapide étude, nous passerons en revue les liquides qui seront permis au diabétique et ceux qui lui seront interdits. Beaucoup de médecins

ont défendu le lait dans le diabète, en raison du sucre qu'il contient. D'autres l'on prescrit systématiquement. Sans doute chez le diabétique jeune, qui n'a encore aucune manifestation scléreuse, chez le glycosurique, dont le sucre disparaît facilement sous l'influence du régime et des traitements classiques, on peut ne pas conseiller le lait. Au contraire chez le diabétique invétéré, qui marche vers les complications hépatiques ou rénales, vers l'artério-sclérose, le lait devient indispensable.

La plupart du temps nous pourrions permettre le café modérément, sans cognac et sans eau-de-vie. Le thé sera défendu. Quant au vin, l'usage en sera réglé selon les cas qui se présenteront à nous; il sera néanmoins toujours modéré. On le choisira léger, peu alcoolique, blanc de préférence, largement coupé d'eau. Quelquefois même, nous devons le défendre, si nous nous trouvons en présence de scléroses viscérales. Toutes les autres boissons alcooliques seront rigoureusement interdites, la bière, le cidre, les liqueurs et toute la série des apéritifs. Les vins soi-disant toniques sont généralement nuisibles, puisque le diabétique offre un terrain essentiellement prédisposé aux complications que l'alcool lui seul suffit à provoquer.

Je ne terminerai pas sans ajouter quelques mots sur les aliments spécialisés dans le diabète, tels que le pain et les pâtes de gluten, le chocolat sans sucre et sans farine, la saccharine, etc... A mon avis, ils n'ont d'autre utilité que de donner aux malades l'illusion de mets qui leur sont défendus, ce que leur gourmandise peut leur faire regretter. Ils ont même parfois l'inconvénient de détraquer la fonction de l'estomac. En résumé, le régime du diabétique, tel qu'il vient d'être ébauché, n'a rien d'absolu. Il a ses nuances, qu'un examen attentif du malade et notre bon sens clinique doivent nous faire choisir.

J'ai réservé la question d'hygiène pour la fin de cet article, non pas que je la considère comme sans importance, mais parce qu'en somme nous la connaissons tous. Je me bornerai donc à rappeler que le diabétique doit se vêtir de façon à éviter les refroidissements, tout en laissant fonctionner la peau. Il portera de la flanelle, des tissus de laine légers. Depuis longtemps l'exercice physique au grand air est prescrit comme une règle. A la rigueur, si le malade, par sa profession, est astreint à une vie sédentaire, il aura la ressource de certains exercices en chambre, tels que escrime, boxe. Il existe aussi des appareils de gymnastique, de fabrication plus ou moins américaine, que l'on peut installer dans un appartement. L'hydrothérapie, les frictions au gant de crin, sont fort utiles; et enfin les massages généraux nous offrent des avantages d'une supériorité si incontestable, que nous devons les placer en tête de toutes les pratiques hygiéniques. Il s'agit là d'un véritable procédé thérapeutique, qui combat l'artério-sclérose et peut même la prévenir.

L'hygiène dans les questions d'ordre moral joue un rôle également très important. Il ne faut pas oublier que la plupart du temps le diabétique fait partie de la classe riche et civilisée, trop civilisée peut-être. Il surmène volontiers son cerveau, son système nerveux. Or peines trop vives et plaisirs trop grands lui sont également préjudiciables. Prévenons donc nos malades et mettons-les en garde contre les dangers qui sont la presque inévitable conséquence du surmenage cérébral et sensitif.

(Le concours Médical)

## NEUROLOGIE

### Traitement de l'accès d'éclampsie infantile par le massage

Par M. SCHUMANN

On sait que l'éclampsie primitive des enfants est provoquée par les causes les plus diverses. Le plus souvent l'accès éclamptique a lieu par voie réflexe à la suite des irritations provoquées par des vers intestinaux, maux de dents, piqûre d'épingle, etc. Les médecins ayant quelque expérience savent bien que parmi ces causes celles qui donnent le plus souvent lieu à des accès éclamptiques ont pour point de départ le contenu gastro-intestinal. L'enfant, jusqu'alors bien portant, ressent subitement des douleurs abdominales; perd la connaissance et bientôt après se déclare l'accès éclamptique. En interrogeant les parents, on apprend, dans la majorité des cas, que l'enfant a pris des aliments en trop grande quantité, d'une digestion difficile ou de qualité suspecte. Dans les *féces*, on retrouvera un noyau de fruit, un corps étranger, etc. C'est pourquoi le traitement, dans ces cas, a toujours pour but de nettoyer le tube digestif, le débarrasser des matières qui l'encombre et l'on administre généralement le calomel. Comme le calomel ne peut pas toujours être employé, l'enfant n'étant pas en état d'avalier, on peut recourir aux lavements, de préférence avec des substances provoquant les mouvements péristaltiques de l'intestin. Dans ce même but on peut employer le massage, qui donne toujours d'excellents résultats; il favorise les mouvements péristaltiques, débarrasse l'intestin des gaz et des matières fécales et a pour résultat de couper rapidement l'accès d'éclampsie. Le massage est contreindiqué quand il existe des signes de péritonite. Quand l'accès est violent, on peut combiner le massage avec le traitement par les narcotiques.

(Revue de Tunisie.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Actions thérapeutiques contre-indications et indications du lavage du colon

Le lavage du côlon agit sur cette portion du tube digestif par des actions mécaniques, physiques et médicamenteuses.

Nous laisserons de côté ces dernières actions, trop variables avec la nature des médicaments employés, pour le lavage.

\* \* \*

**ACTION MÉCANIQUES.**—Elles s'exercent sur le contenu et sur les parois de l'intestin.

a) *Sur le contenu.*— Le liquide injecté dans la lumière du côlon ramollit les matières fécales qui y sont contenues; il en favorise ainsi le cheminement, et, le plus souvent, les entraîne avec lui lors de son évacuation.

L'asepsie du côlon est, du même coup, assurée par l'entraînement mécanique des nombreux microbes sacro-phytes et pathogènes, hôtes habituels de la cavité intestinale.

b) *Sur la paroi.*— L'introduction d'une certaine quantité de liquide dans la cavité du gros intestin amène une exagération de ses mouvements péristaltiques. Ce résultat est obtenu par l'excitation mécanique de la muqueuse et par l'élongation de la fibre lisse de la couche musculieuse de l'intestin.

Cette élongation est obtenue par la masse d'eau employée sous pression. *Mais il faut se rappeler que la dilatation, souvent répétée, retardera chaque fois le moment de contraction de la tunique musculaire de l'intestin.*

L'usage journalier d'une trop grande quantité d'eau et d'une pression exagérée amènera donc la coprostase par atonie intestinale.

**ACTIONS PHYSIQUES.**— L'action physique du lavage du côlon dépend uniquement de la température du liquide employé. Le calorique exerce partiellement son action sur la musculieuse et sur les vaisseaux de l'intestin.

a) *Sur la musculieuse.*— Les fibres musculaires lisses, dites thermosystaltiques, sont très excitables par les variations de température, lorsque celles-ci sont rapides et s'éloignent assez de la température ordinaire de l'intestin.

b) *Sur les vaisseaux de l'intestin.*— Le grand développement du réseau vasculaire de l'intestin, ainsi que l'antagonisme physiologique qui existe entre la circulation générale et la circulation dans la veine porte, nous expliquent les effets puissants que le calorique peut produire par son action sur les nombreuses veines de l'intestin.

Cette action est à la fois locale et générale. L'anémie suit le lavage froid et semblent agir sur les mouvements

péristaltiques de l'intestin en les arrêtant, en même temps qu'elle active la circulation intra-hépatique et augmente la tension dans la circulation générale.

De là son action cholagique et diurétique utilisée dans les affections hépatiques et infectieuses.

Le chaud amène, naturellement, une action inverse, provoquant une congestion plus ou moins intense de la muqueuse. L'hémorragie peut, quelquefois, s'ensuivre.

Les lavages intestinaux semblent aussi amener des modifications dans la sécrétion intestinale. Cette action semble surtout provoquée par les changements survenant dans la circulation et par l'excitation mécanique des terminaisons nerveuses.

**CONTRE-INDICATIONS.**— Les contre-indications peuvent être d'ordre général ou local.

Dans quelques cas, la trop grande nervosité du patient est un obstacle au lavage du côlon. Les reflexes nerveux ayant pour point de départ la muqueuse intestinale sont souvent intenses et peuvent amener des palpitations, des sueurs froides, des lypothimies, voire même des syncopes.

De même, il faudra agir avec la plus grande prudence dans les cas d'artériosclérose généralisée ou de cardiopathie. Les changements de tension amenés dans la circulation générale par la dilatation ou le rétrécissement des nombreux vaisseaux du côlon sont à craindre dans ces cas-là.

Il faudra aussi se montrer très réservé et même s'abstenir en présence d'ulcérations du tube digestif, dont il est toujours difficile de déterminer la profondeur ; l'on s'exposerait ainsi à une perforation.

La trop grande susceptibilité du tube digestif se traduisant par des douleurs violentes, des coliques persistant plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours après le lavage, est de même une contre-indication tant que l'on n'aura pas calmé cette susceptibilité particulière par les différents moyens que nous offre la thérapeutique.

**INDICATIONS GÉNÉRALES.**— On doit avoir recours aux lavages du côlon chaque fois qu'il y aura intérêt à obtenir les effets suivants :

1° *Sur l'intestin.*— Exonération de son contenu ; antisepsie intestinale ; diminutions des auto-intoxications ; modification de la tonicité et de la contractilité de la fibre musculaire lisse ; modification de la circulation intestinale.

2° *Sur l'organisme en général.*— Modification sur la circulation dans le domaine des veines caves.

**INDICATIONS PARTICULIÈRES.**— *Constipation.*— Le lavage du côlon n'est guère employé que dans la *constipation chronique*, qu'elle soit *symptomatique* (par obstacle mécanique : rétrécissement, compression par tumeur voisine) ou qu'elle soit *habituelle* (par modification de la contraction musculaire de l'intestin).

Dans la *constipation symptomatique*, le lavage du côlon permettra de ramollir les matières agglomérées et durcies en amont de l'obstacle. Ce dernier pourra être

ainsi franchi par ces matières entraînées par l'eau du lavage. Il y aura intérêt, souvent, à ne pas mettre en jeu une contraction exagérée du tube digestif. Dans ce cas, on emploiera de l'eau chaude ou seulement tiède et en quantité juste suffisante pour ne pas dilater l'intestin. Dans ce genre de constipation, le lavage du côlon ne saurait être utilisé que comme moyen palliatif.

Dans la *constipation habituelle*, il doit être considéré comme un moyen curatif. Dans la constipation par *atonie*, on aura recours à des lavages très chauds, peu abondants. On obtiendra ainsi la constriction de l'intestin à l'aide du calorique seul sans augmenter sa dilatation. Il sera bon, de temps en temps, de suspendre cette pratique, de peur d'habituer trop l'intestin à ne se contracter que sous l'influence du calorique.

Dans la constipation par *spasme*, on s'efforcera de diminuer la trop grande contractilité du tube digestif par des lavages tièdes, de quantité croissante avec la tolérance du tube digestif. Dans l'*entéro colite muco-membraneuse*, la technique du lavage variera avec le genre de constipation existant, et la nervosité du malade.

**DIARRHÉES.**— A) *Diarrhées nerveuses.*— la pathogénie étant la même que pour la constipation spasmodique, les indications à remplir et le procédé employé seront les mêmes que pour cette dernière affection.

B) *Diarrhées infectieuses* (spécifiques ou banales : fièvre typhoïde, dysenterie sporadique, choléra, choléra nostras ; diarrhée verte).

Dans ces cas, les lavages froids ou tièdes permettront d'assurer l'antisepsie mécanique du tube digestif et l'élimination des toxines par les urines, en même temps qu'ils pallieront la spoliation de l'eau de l'organisme.

**OBSTRUCTION INTESTINALE PAR VOLVULUS OU INTUSSUSCEPTION.**— Plusieurs tentatives de lavage suivies de succès ont été faites dans ces cas par les médecins américains.

**AFFECTIONS HÉPATIQUES.**— Les propriétés cholagogues et diurétiques des lavages froids du côlon ont été et sont d'un usage fréquent dans les cas d'ictère par rétention ou d'ictère infectieux.

M. FROUSSARD in *La Presse Médicale*.

#### Action du jus de raisin sur l'organisme : cure de raisins

par M. Moreigne.

De tout temps le moût de raisin a été utilisé comme moyen thérapeutique, mais c'est surtout du XIX<sup>e</sup> siècle que date l'emploi méthodique de la cure de raisins ; le chassala est le raisin le plus généralement recommandé.

La quantité de raisin qu'il convient de manger par jour varie de 500 grammes à 3 kilogrammes, suivant les maladies, et ne dépasse guère 4 kilogrammes ; on commence presque toujours par une petite quantité (500 à



750 grammes), et l'on augmente progressivement la dose. La durée de la cure est de trois à six semaines, un mois en moyenne.

Le raisin est absorbé le matin à jeun ; toutefois, si la quantité à ingérer est considérable, on la prend en deux ou trois fois, mais toujours une heure avant les repas.

La promenade et l'exercice au grand air favorisent les effets de la cure.

Frappé des bons résultats que donne assez souvent la cure de raisins, M. Moreigne s'est livré sur lui-même et sur deux autres personnes à une série d'expériences ayant pour but d'expliquer les effets observés.

Voici quelles sont les principales conclusions de ses expériences :

Sous l'influence de la cure de raisins, il se produit :

Une augmentation de la diurèse ;

Une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique ;

Une action dérivative sur l'intestin (action laxative) ;

Une diminution des fermentations intestinales ;

Une action d'épargne vis à vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée, et cela, sans que la perfection de cette désassimilation azotée soit diminuée. Il est à remarquer que cette action d'épargne se manifeste malgré l'action laxative produite, laquelle action a la propriété d'augmenter la désassimilation azotée, ainsi que les oxydations. C'est là un *avantage* sur les purgatifs ordinaires ou médicamenteux, avantage d'autant plus précieux que la cure de raisins peut être continuée longtemps sans inconvénients ;

Une fixation de graisse dans l'organisme ;

Une suractivité de la fonction hépatique et, en particulier, de la sécrétion biliaire ; cette propriété est fort importante et explique les bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques.

Par son pouvoir d'épargne des matières azotées et de fixation des graisses, en tenant compte des sels minéraux du raisin, la cure de raisins se trouve indiquée dans les maladies à dénutrition rapides et à échanges exagérés, telles que la tuberculose. Elle fournit en effet, grâce aux hydrates de carbone qui y sont contenus, des principes combustibles qui protègent ceux de l'organisme.

Tous ces faits sont d'une réelle importance. Ils montrent que le jus de raisin agit sur plusieurs grandes fonctions de l'organisme, en particulier sur les fonctions hépatique, intestinale et rénale ; ils font ressortir ses multiples propriétés thérapeutiques et permettent d'expliquer — et même d'en prévoir de nouveau — les nombreux et bons résultats relatés par les médecins des stations uvales dans un certain nombre d'affections ou d'états pathologiques.

La médication par le raisin a le grand avantage

d'être acceptée avec plaisir par presque tous les malades et en particulier par les enfants. Elle est absolument inoffensive et peut être continuée pendant de nombreuses semaines sans inconvénients.

(Arch. de méd. experim.)

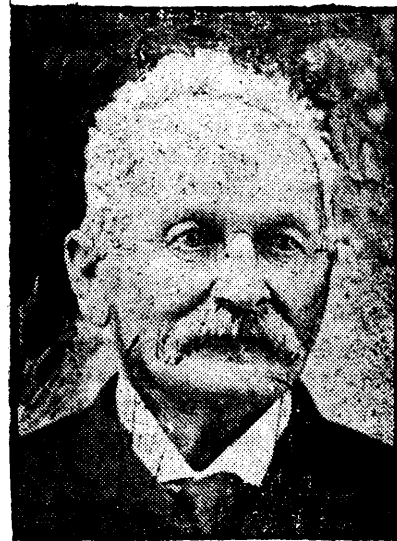
#### NÉCROLOGIE :—

##### LE DOYEN DES MEDECINS DU DISTRICT DE MONTREAL SUCCOMBE A LA VIEILLESSE

Le J. A. Mignault a succombé à la maladie qui le minait depuis longtemps. La mort est arrivée le 26 courant à neuf heures moins dix minutes,

Le Dr J. A. Mignault, né à Chambly le 17 novembre, 1819, fit ces études à l'ancien collège de cette localité. Il alla ensuite étudier la médecine à l'Université Harvard, Boston, où il fut gradué en 1844. En 1845, il était admis à la pratique de la médecine dans le Bas-Canada. Il alla s'établir à St Augustin comté des Deux-Montagnes.

Feu le Dr Mignault était descendant des Mignot et des Brie, familles nobles, de Paris. L'orthographe actuelle Mignault, a été adoptée par la cour de Chambly, il y a environ trois-quarts de siècle.



La famille Mignault, arrivée en Canada vers 1646, a joué un rôle considérable lors de la dispersion des Acadiens.

Le défunt était l'oncle de M. P. B. Mignault, C. R., du Dr Louis Mignault, professeur d'anatomie à l'Université Laval de Montréal, de M. Joseph Mignault, ingénieur civil, et le grand-père du Rév. M. Joseph Mignault, professeur de sciences au Séminaire de Ste Thérèse.

Il était le doyen des médecins du district de Montréal.

Il fit partie des Fils de la Liberté. C'était un franc conservateur.

Les funérailles ont eu lieu, à St Benoit.

## Supplement Litteraire

### Les grossesses gemillaires multiples

Le Dr Lasource a publié, dans sa *Vie Médicale*, un article assurément plus intéressant que ceux que l'on publie depuis cent ans, dans certains journaux de médecine qui ne supportent même pas la lecture, parce qu'ils ne font que rabâcher des cours à l'usage des étudiants, sur des sujets que les médecins connaissent depuis leur doctorat.

Nous savons tous que, indépendamment des deux jumeaux, qui se rencontrent dans les grossesses gemellaires, on avait parfois rencontré 3 enfants. Ainsi, nous en avons vu un cas rue de Trévise, chez un cordonnier, il y a déjà 25 ans.

En outre, nous connaissons personnellement deux cas de 4 enfants à la fois, fait qui était nié jadis par une foule de personnes respectables. Or, le Dr Lasource a le très grand mérite de nous citer un certain nombre de cas bien plus surprenants encore, où l'on a vu à la fois : 5, 6, 7, 8, 9, 10 et jusqu'à 11 jumeaux, d'une même portée ! On peut dire qu'il a bien mérité de la science, en réunissant ces documents intéressants ; et qu'il n'y a peut-être pas un seul grand croix ou grand cordon de n'importe quel ordre, en Europe, qui ait récompensé un mérite aussi grand que le sien, à coup sûr ! Au reste, je ne sais si ces ordres ont encore aujourd'hui une valeur quelconque, tant ils ont été inutilement prodigués ; l'homme le plus décoré en France est le simple introducteur des ambassadeurs à l'Elysée, malgré son rôle sans importance aucune et purement d'apparat.

On compte, en chiffres ronds, 1 jumeau sur 100 accouchements et même 88 ; 3 enfants, une fois sur 8000 cas, disons 10.000 ; 4 enfants sur 400.000 accouchements, en nombres ronds. Les cas authentiques de naissances de 5 et 6 enfants, sont tellement rares, qu'on les a même niés absolument. Et cependant, rien de plus vrai. En cent ans, les chirurgiens des Etats-Unis ne citent que 72 cas de 4 enfants à la fois. Quant aux naissances quintuples, ils n'en citent que 17 cas.

Le 30 décembre 1831, dit notre érudit confrère, une femme à Dropin mit au monde 6 filles, toutes bien portantes et à peine plus petites que des enfants ordinaires. La mère n'avait que vingt ans ! Mais elles moururent toutes, le lendemain de leur naissance. Suivent 4 cas semblables.

Les cas de 7 enfants sont plus rares encore. En 1872, Madame Timothée Bradlee, dans l'Ohio, mit au monde 8 enfants vivants d'un seul coup !

Seignette de Dijon rapporte l'observation d'une femme, qui accoucha de 9 enfants.

Une autre femme, citée par Ambroise Paré, accoucha une fois de 9 enfants et une autre fois de 11 enfants !!! Elle était obligée, pendant sa grossesse, de porter son

ventre sur ses épaules, à l'aide de cercles de touzan, en qu'elle faisait passer à la fois sous son abdomen et au-dessus de la nuque, en arrière de ses épaules.

Enfin, pour que la série ne soit pas interrompue, citons une américaine, Anna Birch, qui accoucha de 10 jumeaux à la fois, en 1781.

A quand un accouchement gemellaire multiple de jumeaux ?

Voici maintenant d'autres cas de fécondité extrême.

Une espagnole, femme de médecin, mit au monde 3 enfants à la fois, à 13 reprises différentes ; soit 39 enfants !

Ambroise Paré cite la femme de Lord de Maldemenn, qui fut encore bien plus extraordinaire que tous les cas qui précèdent. La première fois qu'elle accoucha, elle mit au monde 2 jumeaux ; la seconde fois 3 ; la troisième fois 4 ; et ainsi de suite, jusqu'à 6, à sa cinquième couche, malheureusement elle succomba alors ; sans quoi, elle en aurait peut-être eu 25, à son vingt-quatrième accouchement.

Une italienne près de Pompéi, Madeleine Granata, eut 52 enfants, dont 49 garçons à 15 reprises différentes, elle avait eu 3 jumeaux chaque fois !

En 1853, on présenta à l'Empereur de Russie, un paysan nommé Kilinof, qui s'était marié deux fois dans sa vie. Sa première femme lui avait donné 57 enfants en 21 couches ; 4 fois 4 enfants, 7 fois 3 jumeaux et 3 fois 2 jumeaux. Sa seconde femme lui avait donné 15 enfants : 6 fois 2 jumeaux et une grossesse trigémellaire. Cet heureux père avait alors 72 enfants en vie, à 70 ans.

Un autre paysan des environs de Moscou, Fédor Vasileff, à 75 ans, était père de 87 enfants ; dont 83 vivants en 1872. Marié deux fois, il avait eu de sa première femme, 69 enfants en 27 grossesses ; 16 fois deux jumeaux, 7 fois 3 enfants et 4 fois 4 enfants quadri-jumeaux ! Pas une seule grossesse simple. Sa seconde femme lui avait donné 48 enfants en 8 accouchements. Ce cas est absolument authentique, contresigné par l'Académie Impériale de Saint-Petersbourg, et par l'Académie de Médecine de Paris.

Il résulte de là, que c'est parfois moins la femme que le mari, qui est l'auteur présomptif de ces étonnantes fécondités ; puisque le même homme peut avoir plusieurs femmes à grossesses extraordinairement multiples. Mais il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent, cette fécondité excessive tient uniquement à la femme. La preuve en est que nous avons connu, dans la même famille, à diverses générations, 5 femmes ayant épousé différents maris et ayant toutes eu plusieurs grossesses gemellaires : c'est donc le sang, comme on disait autrefois.

On a cité encore le cas d'une femme, mariée à seize ans et morte à 64 ans, qui eut 39 enfants, sans un seul jumeau ; ce qui lui faisait au moins 39 accouchements sans compter les fausses couches possibles.

Un homme mort en Angleterre, le 20 mars 1637,

était le 41e enfant d'une famille, et il eut lui-même 27 enfants. Nous sommes loin de la famille des vingt enfants, dont nous descendons du côté maternel. C'était une famille de Péronne, venue d'Etrécourt.

Nous terminons par le récit curieux de la femme aux 365 enfants, qui n'est qu'une mystification basée sur un jeu de mots.

Une dame ayant eu deux jumeaux, le 2 janvier, disait plaisamment qu'elle avait eu autant d'enfants qu'il y avait eu de jours dans l'année, au moment de leur naissance. C'était sous le règne de Louis XV. Bientôt, ce propos volant de bouche en bouche, on en arriva à dire qu'elle avait eu autant d'enfants qu'il y avait de jours dans une année, soit 365 enfants. Il est bon de retenir ce fait, pour savoir comment se font les légendes.

(La consultation médicale.)

#### Une plaisante fermeture de chasse

Vers le soir, un chasseur, médecin des bords du Cher, dont la réputation de maladresse, en fait de chasse s'entend, dépasse les limites de l'invraisemblable, revenant de s'escrimer, dans une de nos forêts voisines, contre un gibier réfractaire au trépas, se plaignait amèrement, aux amis qui l'accompagnaient, de son peu de chance.

— Je n'ai pas pu tuer, disait-il, une seule pièce depuis trois semaines.

Tout à coup, un geai vient se poser sur un chêne, près du groupe.

— Tenez, lui dit un de ses amis, une occasion ! Vous qui vous plaignez de votre manque de réussite, tuez moi ce geai qui s'offre à vous.

Le chasseur malheureux met prestement en joue et fait feu.

Le geai, pas chagard, dégringole de branche en branche et tombe à terre.

Notre tireur, enchanté, court pour le ramasser. L'oiseau blessé se débat et, instinctivement, se met en défense sur le dos, menaçant de ses ongles la main prête à le prendre. Néanmoins, la victime fut saisie.

Oh ! j'suis t'y malade ! Oh ! j'suis t'y malade ! s'écrie notre geai.

Tous, entendant ces mots, restent stupéfaits, surtout le docteur, qui retrouvait là, bien inopinément, un oiseau connu.

En effet, ce volatile infortuné avait pour maître un fermier voisin de la forêt, lequel ayant été longtemps malade et soigné par ce médecin, répétait sans cesse à ceux qui l'entouraient, en présence du geai :

— Oh ! j'suis t'y malade ! Oh ! j'suis t'y malade !

Et le geai avait appris, — peut-être avec quelque difficulté, — ces mots qu'il prononça avec à-propos au moment de mourir.

Dr Georges BOURGOUGNON.

#### Comment et pourquoi le soleil brille

Voilà enfin, avec de nombreuses vicissitudes orageuses, le soleil qui brille ardemment, dans le début du printemps de 1902. Comment brille-t-il et dans quelle large limite : c'est une question fertile en hypothèses. Le Dr Morisson a publié à ce sujet, dans les *Transactions* de la Société astronomique et physique de Toronto, un mémoire très intéressant. Deux théories ont été mises en avant pour expliquer le maintien de la chaleur à l'énergie des masses météoriques tombant sur le soleil, et l'on prétend que cette chaleur est due à la contraction lente de l'écorce solaire. En prenant la constante solaire égale à 25 calories, par mètre carré à la minute, le Dr Morisson a calculé que la contraction linéaire du rayon solaire est de 0,00151646 millimètres par seconde ou de 47 m. 8545 par an, ou de 47 kilom. 854 en mille ans. Or une longueur de 723 kilom. 95 du diamètre du soleil soutend sur la terre un angle de 1," et par conséquent il faudrait 7.575 ans pour que le diamètre angulaire du soleil fut réduit d'une seconde de l'arc, ce qui est la plus petite grandeur pouvant être exactement mesurée sur le disque solaire. En ce qui concerne la première théorie, un calcul montre qu'une quantité de matière pesant 453 grammes et tombant librement de l'infini sur le soleil, produirait par son énergie cinétique une chaleur de 82 millions 430,000 calories. On en déduit que la chaleur perdue par le rayonnement pourrait être produite par le choc annuel sur le soleil d'une masse météorique un peu plus grande que le 1/100 de la masse terrestre ayant une vitesse de 615-604 kilomètres à l'heure.

Journal de la santé.

Le docteur X... a la prétention de traiter ses malades en huit jours.

Un pharmacien lettré lui a dégié le morceau suivant :

Lundi, je verrai le malade,  
Et j'irai le saigner mardi.  
Je prescrirai la limonade,  
On le purgera mercredi.  
Jeudi, je ferai ma visite ;  
Vendredi soir, il testera,  
Samedi, nous irons plus vite...  
Et dimanche, on l'enterrera.

# Travaux Originaux

## DISSECTION DE L'ABDOMEN

par M. le Dr L. E. FORTIER,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin  
de l'Hôtel-Dieu (Montréal)

(Suite)

Pour se rendre bien compte de ces rapports il faut coucher le cadavre sur le côté opposé à celui que l'on prépare. Après avoir bien séparé le bord postérieur du grand oblique l'on passe au bord supérieur.

Le bord supérieur du grand oblique est formé par huit languettes charnues qui s'insèrent au bord externe des huit dernières côtes. C'est dans l'angle rentrant de ces digitations que les nerfs et vaisseaux intercostaux donnent leur rameaux perforants latéraux.

Les cinq digitations supérieures s'entrecroisent avec les digitations du grand dentelé : tandis que les trois dernières s'entrecroisent avec celles du grand dorsal.

Les fibres qui naissent des ces insertions costales se portent obliquement en bas et en avant ; — En avant elles se rendent à la ligne blanche ; en bas, elles vont s'insérer sur l'os iliaque.

C'est ce bord inférieur que nous étudierons maintenant.

Il s'insère d'abord à la lèvre externe de la crête iliaque depuis l'union du tiers moyen au tiers antérieur jusqu'à l'épine antéro supérieure ; de là au lieu de suivre la concavité formée par l'os, le tendon du grand oblique forme une espèce de pont, une arcade et va s'insérer directement à l'épine du pubis. C'est à ce tendon que l'on donne le nom de *ligament de Poupart* ou d'*arcade crurale* — Dans son trajet, ce pont donne naissance à deux arches fibreuses. La première part près de l'épine iliaque presque à l'origine de l'arcade, passe par dessus le psoas auquel elle sert pour ainsi dire, de gaine et va s'insérer à l'éminence iléo-pectinéale ; c'est la *bandelette iléo-pectinée*. L'autre est constituée par des fibres tendineuses qui au lieu de se rendre à l'épine du pubis, s'épanouissent inférieurement et commencent à abandonner le ligament de Poupart à environ un pouce de son insertion pubienne pour descendre verticalement s'insérer à la ligne pec-

tinéale ou elles fixent l'arcade crurale. Cette deuxième arche s'appelle *ligament de Gimbernat*. Ce ligament forme le bord interne de l'anneau crural, tandis que la bandelette iléo-pectinée en forme la paroi externe.

Le grand oblique après s'être ainsi fixé à l'épine du pubis par le ligament de Poupart, poursuit son insertion sur la crête du pubis jusqu'à la symphyse et même par quelques fibres, jusque sur l'angle de l'os iliaque opposé.

Cette insertion pubienne n'est pas continue. Entre l'épine et l'angle les fibres aponévrotiques présentent un écartement d'environ un quart de pouce que l'on nomme *anneau inguinal externe*, et qui livre passage, chez l'homme au cordon spermatique et chez la femme au ligament rond. — Les bords de cette ouverture se nomment *piliers inguinaux*. Le pilier interne, celui qui s'incère le plus près de la symphyse, est large et plat. Le pilier externe, épais et fort, est continu avec le ligament de Poupart. Il présente une dépression qui forme un support au cordon spermatique ou au ligament rond.

Toutes les fibres du grand oblique qui se dirigent vers la région abdominale antérieure aboutissent à un feuillet fibreux très résistant, qui passe en avant du droit et qui va s'entrecroiser avec le feuillet correspondant du côté opposé, concourant à former la *ligne blanche*.

Cet entrecroisement ne se fait pas régulièrement fibre par fibre, mais plutôt par bandelettes, à angles plus ou moins aigus, de sorte que au point d'intersection antérieure de ces faisceaux se remarquent des ouvertures irrégulièrement lozangiques plus ou moins larges, qui livrent passage à des artérioles ou veinules, à des nerfs, souvent aussi à des pelotons graisseux et l'*anneau ombilical* peut être regardé comme une de ces ouvertures plus grande que les autres.

Au bord externe du droit, avant de passer en avant de ce muscle l'aponévrose du grand oblique s'accôle dans toute sa hauteur, à un feuillet aponévrotique provenant du petit oblique ; de sorte que le droit de l'abdomen se trouve reconvert en avant d'un feuillet aponévrotique double provenant du grand et du petit oblique.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MÉDECINE

#### Reflexions sur le corset

Par le docteur FROUSSARD

De tout temps, médecins et hygiénistes ont critiqué le corset, et c'est probablement à l'influence de thèses récentes, de communications diverses devant les sociétés savantes, que sont dus les changements survenus dans la forme du corset.

Si, toutefois, le corset *droit Louis XV* a de grands avantages, sur l'ancien dit à *taille de guêpe*, il n'est pas, dans tous les cas, parfait et exempt de danger. Les corsets spéciaux, hypogastriques, les ceintures abdominales qu'on lui oppose, peuvent sans doute rendre de réels services dans certaines conditions pathologiques, bien que leur rôle ne soit qu'imparfaitement rempli.

On reproche, avec raison, au corset *taille de guêpe*, d'immobiliser le thorax sur une étendue variable, de déformer le squelette (cage thoracique) et, consécutivement, de modifier la forme et la position des viscères sous-jacents. La déformation de la cage thoracique tient à ce que le corset crée, de toutes pièces, un *sillon circulaire et horizontal* à l'union du thorax et de l'abdomen. Suivant l'observation d'Hayem, la constriction qui en résulte (ne répondant, du reste, à aucune disposition anatomique) s'exerce (selon le type du thorax considéré d'une part, la mode en vogue d'autre part) soit au-dessus, soit au niveau, soit au-dessous du foie. De là, trois variétés de déformations s'accompagnant chacune de troubles variables, résumés ainsi par Lion :

1° *Variété sus-hépatique* : Ptose et refoulement des organes.

2° *Variété hépatique* : Constriction des organes qui sont comme passés à la filière, allongés, déformés, sans être nécessairement ptosés.

3° *Variété sous-hépatique* : Refoulement pectoral; gêne thoracique prédominante.

Le corset "Louis XV" semble, à première vue, plus physiologique et partant inoffensif. Le rétrécissement qu'il présente au niveau de la taille n'est plus circulaire : il n'existe qu'en arrière et sur les côtés, pour cesser complètement en avant ; il n'est pas non plus horizontal, mais se dirige d'arrière en avant et de haut en bas. Ainsi comprise, cette constriction répond à la disposition normale du tronc. La ligne qui joint l'aisselle au grand trochanter n'est pas, en effet, droite, mais présente deux convexités séparées, au niveau des flancs, par une concavité. Des con-

convexités, l'une, supérieure, répond à la partie moyenne de la cage thoracique ; l'autre, inférieure, à la saillie, très prononcée chez la femme, des crêtes iliaques. La concavité qui les relie correspond au défaut du squelette entre les dernières côtes et le bassin. C'est un large sillon, dirige de haut en bas et d'arrière en avant, se continuant du côté du dos, avec la concavité de la colonne lombaire. Dans cette dernière région la dépression est en outre accentuée, en bas par l'angle que forme le sacrum avec la dernière vertèbre lombaire, et en haut par la convexité de la colonne dorsale. En avant, au contraire, l'épigastre, improprement appelé *creux épigastrique*, est plan ou légèrement bombé ; il en est de même de la région ombilicale. On n'y trouve une dépression que chez les sujets particulièrement maigres, ou présentant cette déformation spéciale connue sous le nom de *ventre tombant*, de *ventre en tablier*.

Malheureusement le corset ne reproduit pas toujours le *moule* exact de la femme qui le porte. Les différentes courbures ont une étendue et des rayons conventionnels, fixés d'avance, et proportionnés à la hauteur du buste ; sans qu'on tienne compte du type du thorax, que l'on doit recouvrir. De là, des points de compression inévitables et dangereux, et consécutivement des déformations du squelette et des parties molles.

En outre, le corset ne descend, très souvent, qu'au niveau de l'ombilic. Or, quelles que soient l'élasticité et l'extensibilité du tissu employé, il entravera toujours, dans une certaine mesure, la mobilité normale de la base du thorax, des flancs, de la région épigastrique. Les contractions du diaphragme, les mouvements d'efforts, la réplétion de l'estomac par les aliments, ne pourront s'effectuer qu'en déplaçant la masse intestinale sous-jacente, en la "poussant" vers les parties sous ombilicales, qui seules conservent leur mobilité physiologique. La sangle musculo-aponévrotique de cette région aura donc à contre-balancer une "poussée" répartie normalement sur la *totalité* de l'abdomen. Si au début elle suffit à sa tâche, elle se laissera, à la longue, distendre, et cela d'autant plus facilement qu'il y aura eu des grossesses antérieures. Les muscles abdominaux condamnés ainsi dans la région sous-ombilicale, à un repos complet, et dans la région sous-ombilicale à un travail forcé, deviendront flasques, atones, incapables de contractions utiles. Une diminution de la tension abdominale s'ensuivra avec toutes ses conséquences du côté de la circulation porte, du soutien des viscères, des mouvements propres à l'intestin et du cheminement normal des gaz et des matières fécales.

Les corsets hypogastriques, ceux qui ne soutiennent et ne compriment que la partie sous-ombilicale, amènent des troubles de même nature, mais

dans la région sus-ombilicale. Celle-ci se laissera distendre tandis que la base du thorax s'élargira : l'hypotension intra abdominale n'en sera pas moins assurée.

Ces différentes considérations montrent qu'il est dangereux de comprimer une région quelconque de l'abdomen sans en maintenir les autres parties. Faut-il en conclure que le corset est toujours nuisible et que par conséquent il doit disparaître? En outre des difficultés que l'on aurait à surmonter pour obtenir ce résultat, il nous semble que le corset peut rendre des services dans certains cas pathologiques : entéroptose, néphroptose, gastroptose, faiblesse de la paroi abdominale, éventration; dans les autres cas, son port nous paraît inoffensif s'il est bien *compris*, exactement approprié aux formes de la femme qui en est revêtue.

Nous étudierons ce qu'un corset devrait être, d'après nous, chez la fillette, chez la femme normale, pendant la grossesse et dans les cas d'entéroptose ou d'éventration.

**CHEZ LA FILLETTE.**—C'est entre 12 et 15 ans qu'une mère soucieuse songe à *faire la taille de sa fille*. C'est l'âge où les déformations sont les plus faciles à réaliser, car on se trouve en présence d'un organisme en voie de développement. Il faudra donc laisser la taille se former librement et sans contrainte; et à moins de déformations spéciales du squelette, ne tolérer qu'un corset en tissu extensible et souple appliqué exactement au corps sans le comprimer, respectant scrupuleusement les modifications que subit successivement le buste avant de présenter sa forme définitive. Il sera bon aussi que le corset ne puisse se serrer à volonté pour enlever à la fillette toute tentation de se comprimer outre mesure la taille dans l'espoir de se montrer "plus femme."

**CHEZ LA FEMME NORMALE.**—Le corset doit être très grand, recouvrant au moins une partie du sternum, descendant jusqu'au pubis, ne laissant libre aucune partie de l'abdomen, se moulant exactement sans les exagérer sur les contours du tronc, large et extensible au niveau de l'épigastre en avant, des fausses côtes sur les côtés, de façon à ne pas gêner les mouvements du thorax.

**PENDANT LA GROSSESSE.**—Pendant cette période la sangle abdominale va subir une dilatation énorme en même temps qu'elle aura à soutenir un surcroît de poids. Il est prudent de l'aider dans cette tâche en la soutenant par un de ces corsets pour lesquels les accoucheurs ont donné des indications précises.

**DANS LES CAS D'ENTÉROPTOSE, D'ÉVENTRATION.**— Dans ces cas, nous ne devons pas seulement nous proposer de soutenir les organes ptosés, mais aussi de *remplacer la paroi abdominale insuffisante*. Le corset devra donc recouvrir toute la partie non osseuse de l'abdomen. Il ne fera que *maintenir* les parties supé-

rieures tandis qu'il *comprimera* les régions hypogastriques.

Pour les personnes à "ventre plat," il sera nécessaire de rembourrer intérieurement le bas du corset. Une pelote judicieusement placée pourra, le cas échéant, soutenir le pôle inférieur du rein. Bien entendu, il faudra enseigner à la malade la façon de "mettre son corset." Il faut qu'elle soit dans le décubitus dorsal, que le diaphragme soit immobilisé dans l'expiration, que les organes ptosés soient réduits par des frictions profondes faites sur le ventre de bas en haut. En outre, on commencera à accrocher et à serrer le corset de bas en haut au lieu de le faire de haut en bas comme cela se pratique habituellement.

(Gaz. méd. des hôpitaux.)

### Chloroforme chez les cardiaques et accidents de la chloroformisation

par H Huchard.

A la dernière séance, mon savant collègue et ami Laborde, qui a bien voulu, sur la demande de plusieurs d'entre nous, étudier avec sa compétence si reconnue un grand problème physiologique, vous a dit qu'après avoir engagé le débat, j'avais le devoir de le résumer. Je le fais d'autant plus volontiers qu'une discussion ne peut pas indéfiniment rester entr'ouverte, et qu'il me semble se dégager de celle-ci des conclusions fermes et importantes.

Au début, de quoi s'agissait-il? Il s'agissait de savoir ou plutôt de dire si une cardiopathie constitue une contre-indication pour l'anesthésie chloroformique; il s'agissait de savoir encore si certaines cardiopathies, plus que d'autres, exposent à des accidents par le fait de la chloroformisation. Et, tout naturellement, nous étions conduit à chercher, non seulement les causes des morts subites ou rapides dans le cours de l'anesthésie, mais encore les moyens de les éviter. Le débat s'est bientôt élargi, il a même un peu dévié entre champions de la chloroformisation et de l'éthérisation, et à la fin de cette discussion, notre communication doit maintenant avoir pour titre : *Chloroforme chez les cardiaques et accidents de chloroformisation*.

#### I

Pour la première question, l'accord médico-chirurgical a été unanime. Chirugiens et médecins ont adopté, les uns d'une façon absolue, les autres avec quelques restrictions, les deux premières conclusions de ma communication :

1° Les accidents imputables au chloroforme ne sont pas plus fréquents, dans la majorité des cas, chez les cardiaques ou les aortiques que chez les malades atteints d'autres affections ;

2° Les affections cardiaques ou aortiques ne sont pas des contre-indications à l'anesthésie chloroformique, aux conditions suivantes : qu'elles ne soient pas infectieuses à l'état aigu, ou qu'elles ne siègent pas sur un organisme trop affaibli ; que les cardiopathies chroniques ne soient pas arrivées aux périodes asystolique ou dyspnéique, ni constituées par des symptômes évidents de symphyse péricardique.

Dans sa magistrale communication, M. Guyon a complètement appuyé ces conclusions, puisqu'il a pu opérer sous le chloroforme et sans aucun accident des vieillards de quatre-vingts et même de quatre-vingt-onze ans dont la plupart étaient ou devaient être atteints de dégénérescence artérielle ou myocardique, et il ajoute : " Chez les athéromateux et cardiaques, le chloroforme est facilement toléré pendant l'opération, et ses suites sont simples. " Il a même, comme Hare (de Philadelphie), et comme moi-même, constaté assez souvent l'amélioration de l'état cardiaque après une anesthésie chloroformique.

Par la voix autorisée de M. Brouardel, la médecine légale a parlé. Sur vingt-cinq enquêtes provoquées par des morts survenues au cours de la chloroformisation, il n'a d'abord constaté aucune lésion valvulaire ; trois fois, il a trouvé un cœur chargé de graisse sans altération du myocarde et une fois un cœur en dégénérescence graisseuse ; mais dans ce cas, le malade, atteint de pachyméningite alcoolique, est mort, en réalité, de congestion pulmonaire.

Tous les autres orateurs qui ont pris part si brillamment au débat (MM. Berger, Bucquoy, Duret, Le Dentu, Lucas-Championnière, Panas, Richelot) ont admis nos deux premières conclusions, tempérées de quelques réserves par MM. Chauvel, Delorme et Poncet.

Les observations et remarques que j'ai portées à cette tribune avaient certes été faites depuis longtemps par la plupart de mes savants collègues. Est-ce à dire que j'aie enfoncé une porte ouverte ? Non pas. La question importe peu du reste. Il s'agissait d'enhardir quelques chirurgiens timides ou de craintifs chloroformisateurs, et de rassurer surtout quelques malades trop timorés ; et ce débat spécial devait être porté par un médecin appelant à son aide chirurgiens, chimistes, physiologistes. A la suite des grandes discussions qui ont eu lieu à cette tribune sur les accidents de l'anesthésie chirurgicale en 1848, 1857, 1878, 1882, 1889-1891 (car cette question est sans cesse renaissante), une certaine indécision avait demeuré sur les contre-indications de cette anesthésie, et nous en avons pour preuve cette affirmation d'Alphonse Guérin qui redoutait l'action du chloroforme chez tous les malades présentant des intermittences du cœur et qui ajoutait cette phrase singulièrement troublante : " Pour les autres affections cardiaques, il n'est pas un chirurgien qui n'éprouve de l'hésitation avant d'administrer le

chloroforme. " Depuis dix ans, malades et médecins étaient restés sur cette affirmation sur cette hésitation qu'il importait de faire cesser.

Tout en résumant la discussion qui s'est continué pendant ces derniers mois, je tiens à redire que certains accidents cardiaques, comme les intermittences et les syncopes, doivent être mis rarement sur le compte d'une cardiopathie organique. Les intermittences que redoutait tant A. Guérin n'indiquent que très rarement une lésion du cœur, et M. Bucquoy, dont l'acquiescence à nos conclusions a été si précieuse pour nous, voudra bien nous permettre de ne pas partager son opinion sur l'insuffisance aortique dont il se défie, parce que, dit-il, " elle prédispose à la syncope ". Je ne puis que répéter et affirmer une fois de plus ce que je disais à l'ouverture de ce débat, et cela contrairement à une opinion commune : " La syncope, accident cardiaque, n'est jamais un symptôme d'affection du cœur, excepté dans deux maladies : l'angine de poitrine (*syncopa angens* de Parry, auquel cas elle est mortelle d'emblée, et la maladie de Stokes-Adams (pouls lent avec attaques syncopales et épileptiformes). " Quand des syncopes surviennent dans le cours d'une affection du cœur ou de l'aorte, il faut toujours chercher autre part que dans ces deux organes la cause ou l'origine de ces accidents, et on les trouve presque toujours dans une hystérie ou une épilepsie concomitantes. Sur 170 observations d'insuffisance aortique que j'ai pu compiler dans mes notes, je n'ai jamais, en dehors de ces deux causes, constaté la moindre lipothymie imputable à l'offection valvulaire. Celle-ci, d'autre part, n'expose pas aussi souvent qu'on l'a dit à l'anémie cérébrale, et je répète que 49 de ces malades observés par nous ont pu être impunément anesthésiés. La conclusion s'impose : L'insuffisance aortique n'est pas une " maladie à syncope, " et de ce fait elle n'expose pas plus que d'autres affections du cœur à la syncope chloroformique.

(à suivre)

#### Etude diagnostique de la rougeole

(Suite)

Revenons à notre malade. Il s'était senti févreux, fatigué et, le 5<sup>me</sup> jour, l'éruption était apparue. Il se plaignait de catarrhe nasal, d'éternuements, commençait à tousser avec, dans la poitrine, quelques râles. La langue se montrait saburrale, les piliers et les amygdales rouges. Il existait, en outre, sur le voile du palais et sur la muqueuse buccale, particulièrement au niveau des ouvertures des canaux de Sténon, des taches recouvertes d'une fine éruption miliaire. Ce dernier symptôme constitue le signe dit " de Koplick " auquel on a, récemment, attaché une grande importance.

Le signe de Koplick présente, en effet, un caractè-

re intéressant. Il apparaît avant l'éruption, à un moment où le diagnostic est habituellement en suspens. C'est un exanthème buccal qui, précédant de plusieurs jours l'exanthème cutané pourrait permettre au clinicien d'affirmer la rougeole pendant la période de cataracte initial. Au lieu de rester indécis deux, trois, quatre, cinq jours, le médecin posséderait là une signature facile à trouver et à reconnaître. Ainsi, un enfant est atteint de cataracte nasal, il peut avoir la rougeole, la grippe, un simple rhume... eh bien ! l'inspection de la bouche en découvrant des taches sur le voile palatin, sur la muqueuse buccale au niveau du canal de Sténon (signe de Koplick) ferait dire : c'est de la rougeole.

Il n'est pas indifférent de savoir dépister cette fièvre éruptive au début. C'est même, pour la prophylaxie, un fait capital. La rougeole, nous le savons, contrairement à la scarlatine et à la variole, est contagieuse avant l'éruption. Le danger réside beaucoup plus dans l'enfant atteint de cataracte oculaire, nasal ou bronchique pré-rubéolique que dans le malade en pleine éruption. Le signe de Koplick eut donc été précieux. Malheureusement il n'a pas toute la valeur qui lui a été attribuée. Il n'est pas constant et peut s'observer dans d'autres maladies, la grippe, la stomatite, par exemple : d'autres fois il ne se montre qu'au moment de l'éruption.

Quoi qu'il en soit, chez notre malade, malgré les caractères un peu anormaux de l'exanthème, le diagnostic de rougeole est indiscutable. Il se base sur les prodromes, le cataracte conjonctival et naso-bronchique, les cinq jours de malaise qui ont précédé l'éruption. En pratique, dans un cas douteux, il n'est pas inutile, certes de regarder d'aussi près que possible, à la loupe au besoin, l'exanthème ; mais, quand bien même celui-ci serait plus papuleux, voire vésiculeux, s'il s'accompagne de conditions analogues à celles de notre patient, il ne peut s'agir d'autre chose que de la rougeole. La scarlatine se fût annoncée par une fièvre plus vive, de vomissements, et surtout une éruption 24 ou 48 heures seulement après le début ; la variole, sans parler de la rachialgie et de l'élévation thermique élevée, n'eût pas attendu au-delà du 3<sup>me</sup> jour pour apparaître à la peau. Or, le patient était resté 5 jours — terme classique d'invasion — avant de faire son éruption.

Le malade est actuellement presque guéri. Vous m'avez vu m'enquérir soigneusement de ses antécédents héréditaires. Voici pourquoi : la rougeole est, assurément, une affection bénigne en elle-même, mais il faut bien savoir que chez un individu entaché d'antécédents personnels ou héréditaires tuberculeux, elle est notablement plus redoutable. Willis qui avait déjà remarqué la prédisposition des rubéoliques à la contamination bacillaire avait nommé la rougeole : vestibulum tabis. Nombre de sujets atteints de cette maladie deviennent assez rapidement, par la suite tuberculeux : le cataracte laryngo-bronchique crée un point de moindre résistance. Aussi convient-il d'être toujours sobre en matière de

pronostic de la rougeole. Il en est de cette fièvre éruptive comme de la variole et de la grippe ; elle prédispose à la bacillose et réveille volontiers une infection tuberculeuse latente du poumon.

Je vous disais, tout à l'heure, combien il serait intéressant de pouvoir établir un diagnostic précis de bonne heure. Là réside, en entier, le problème de la prophylaxie de la rougeole. Cette affection offre, nous l'avons vu, un mode de contagion tout à fait particulier. Elle est contagieuse avant l'éruption, à une période, par conséquent, où il est impossible de l'isoler.

La scarlatine et la variole sont dangereuses pour l'entourage, en pleine éruption seulement. On peut, alors, par l'isolement et la désinfection, empêcher la dissémination des germes. Pour la rougeole, il n'en est plus ainsi. Bien avant l'exanthème, le contagion, représenté par un cataracte bronchique ou nasal, s'est promené librement au dehors, pendant plusieurs jours, dans les voitures publiques, les omnibus et les tramways, sur les bancs des écoles surtout. L'enfant a eu quelques éternuements auxquels on ne saurait attacher aucune importance ; il a néanmoins une rougeole contagieuse qu'il va répandre partout où il se trouvera jusqu'à apparition de l'éruption... le cinquième jour ! Certaines agglomérations, les bals d'enfants par exemple, sont une origine presque certaine de rougeole. Il suffit d'un enfant en puissance de cette fièvre pour que de nombreux autres la prennent. On apprend peu de jours après que, sur 100 des petits danseurs, 15 ou 20 sont au lit avec un exanthème rubéolique.

On s'est ingénié, dans ces conditions, à trouver un signe précoce caractéristique de la rougeole. A la vérité, le phénomène avant-coureur constant n'est pas encore connu. Le découvrira-t-on dans le sang, dans l'urine... ? Il existe cependant différents petits signes intéressants à signaler. Etant interne chez Parrot et Labric, j'ai étudié personnellement la question. Nous avons été frappés par l'existence d'un souffle cardiaque léger systolique siégeant entre la pointe et la base du cœur. Grâce à lui, nous pouvions souvent annoncer l'éruption. Dans le même ordre d'idées, je vous ai parlé, au cours de cette leçon, du signe de Koplick. Il répond également au besoin d'un diagnostic précoce. Malheureusement, il n'est pas constant et arrive quelquefois trop tard. La réaction de Widal dans la fièvre typhoïde n'aurait pas sa valeur si elle n'apparaissait qu'après les taches rosées ! L'hématoscopie pourra peut-être résoudre la question du diagnostic de la rougeole avant l'exanthème ; mais actuellement, elle est encore insuffisante. Il y a fréquence relative des éléments polynucléaires dans la rougeole et presque égalité des mono et polynucléaires dans la variole. Ce sont des données sur lesquelles il serait prématuré de se baser.

Le diagnostic précoce de la rougeole ne constitue pas une simple satisfaction de l'esprit. Lui seul per-



mettra de prendre des mesures prophylactiques efficaces et de refréner le développement de cette fièvre éruptive. Alors que la fréquence de la scarlatine et de la variole diminue progressivement, la rougeole reste presque à son taux normal. L'enfance lui paie encore un tribut considérable et la mortalité qu'elle cause reste élevée. Aussi la recherche d'un signe caractéristique pré-éruptif de la rougeole constituerait-elle une belle page de médecine à écrire. Peut-être l'hématoscopie de demain donnera-t-elle la clef de la question ; peut-être aussi la découverte du germe de la maladie en fournira-t-elle la solution.

(Le Concours Médical.)

#### Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire

(Suite)

A un moment on avait cru posséder dans les injections sous-cutanées de sérum artificiel, un procédé aussi sûr et beaucoup plus inoffensif que les injections de tuberculine, pour faire le diagnostic précoce de la tuberculose. On s'était fait illusion. C'est le professeur Hutinel qui, le premier a constaté que, chez les enfants tuberculeux, les injections de sérum développent une réaction frêle comparable à la réaction bien connue des injections de tuberculine. Or il ne tarda pas à leur dénier toute une valeur diagnostique. Aussi bien, la réaction consécutive aux injections de sérum artificiel. On l'a observée chez des malades qui n'étaient pas tuberculeux, dans des cas de sciaticques, d'emphyseme, de pneumoconiose. D'autre part, si on s'en rapporte à une observation publiée par le professeur Grasset, de Montpellier, une simple injection d'eau peut développer une réaction chez un tuberculeux, s'il est hystérique. Enfin, des injections de sérum artificiel parvient, à l'instar des injections de tuberculine, mettre en mouvement le virus tuberculeux, du moins chez les enfants. La question est donc jugée.

\*\*\*

MM. Arloing et Courmont ont eu l'idée de faire servir au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire le procédé de séro diagnostic de la fièvre typhoïde, imaginé par M. Widal. A l'heure actuelle, on n'est pas encore fixé sur la valeur de ce procédé d'examen : les choses se présentent ainsi : L'agglutination du bacille de Koch se produit plus facilement, avec du sérum provenant d'un sujet tuberculeux, que la tuberculose est plus légère et moins avancée. Seulement, "elle ne constitue pas une réaction spécifique ; " elle peut se produire avec du sérum provenant de sujets sains ou atteints d'une maladie qui n'a rien à voir avec la tuberculose. En outre, la technique adoptée par MM. Arloing et Courmont, et qui est basée sur l'emploi de cultures

homogènes de bacille de Koch, en bouillon glycéiné, exige, de l'aveu de ces deux auteurs, " des soins constants pour le maniement des cultures," sans compter "une période de tâtonnements et d'éducation pour chaque expérimentateur". Donc elle n'est pas à la portée de la grande majorité des praticiens.

Dans ces derniers temps, le professeur E. Romberg a préconisé la substitution d'émulsions de bacilles de Koch, aux cultures homogènes employées par MM. Arloing et Courmont pour le séro-diagnostic de la tuberculose. A s'en rapporter aux résultats de ses recherches et d'autres, faites par Koch et Behring, cette substitution donne des résultats plus sûrs. Seulement, Romberg a su soin de spécifier que l'emploi des sérums n'a pas grande valeur, quand il s'agit de faire le diagnostic précoce de la tuberculose déjà manifeste : il n'a de réelle utilité que pour dépister les tuberculoses latentes, celles qui ne donnent pas encore lieu des manifestations appréciables.

\*\*\*

A la suite de la découverte, relativement récente (1895) des rayons de Röntgen, on avait conçu l'espoir d'utiliser la radioscopie pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire à ses premiers débuts, à sa période de germination. Cet espoir s'est déjà réalisé en partie : les médecins, qui, les premiers, ont expérimenté ce nouveau procédé d'investigation, ont constaté d'abord que les poumons sains apparaissent en clair sur des épreuves radioscopiques. Il était donc à prévoir que les tubercules fraîchement éclos apparaîtraient comme des taches, sur ces mêmes épreuves. C'est aussi ce qu'on a pu constater, dans un certain nombre de cas de tuberculose pulmonaire commençante. On a reconnu aussi que la tuberculisation naissante des sommets pulmonaires ne se trahit pas seulement par une diminution locale de la clarté de l'image radioscopique, mais encore, en cas de tuberculisation d'un seul sommet, par un abaissement du diaphragme, du côté correspondant, révélé par la radioscopie. Enfin ce procédé d'investigation se prête tout particulièrement bien à la constatation d'une adénopathie trachéo-bronchique, d'une lésion dont on connaît bien l'importance eu égard au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

N'empêche qu'à l'heure actuelle la valeur diagnostique de la radioscopie, en matière de tuberculisation commençante des poumons, est encore très restreinte. L'auscultation devance toujours la radioscopie dans cette voie, opine le Dr Faisans, dont la haute compétence est indiscutable en l'espèce. Moins exclusif dans sa manière de voir, le Dr Beclère, auteur d'un travail d'ensemble sur cette question, a conclu que si dans certains cas la radioscopie devance les signes stéthoscopiques comme moyen révélateur de la tuberculose pulmonaire commençante, d'autres fois c'est l'auscultation qui devance les rayons de Röntgen.

(Le corresp. méd.)

### Injections de tuberculine pratiquées dans un but de diagnostic sur 400 soldats en Herzégovine.

Le docteur K. FRANZ a récemment communiqué à la Société des médecins de Vienne le résultat de 775 injections de tuberculine pratiquées sur 400 soldats, nouvelles recrues d'un régiment d'infanterie autrichien. Les injections ont été pratiquées aseptiquement à la dose d'un milligramme entre six et huit heures du soir, puis répétées à la dose de 2 ou 3 milligrammes chez les sujets qui n'avaient pas réagi la première fois d'une manière évidente ; quelques-uns seulement furent inoculés une troisième fois à la dose de 9 milligrammes.

Les résultats furent tels que 245 réagirent positivement, 145 négativement, 10 cas restèrent douteux. L'élévation de la température dans les cas positifs fut d'un ou deux degrés (38 à 38<sup>9</sup>); il n'y eut aucune complication, l'inoculation demeura toujours parfaitement inoffensive, la plupart des hommes reprirent leur service au bout de trente-six à quarante-huit heures, quelques uns seulement au bout de quatre jours.

L'auteur de la communication a le soin de nous prévenir que la tuberculose est particulièrement répandue en Bosnie-Herzégovine et, bien que les hommes reconnus tuberculeux ne soient pas incorporés, la tuberculose fait des ravages dans l'armée ; c'est dans le but de déceler un foyer de tuberculose encore latent qui permettrait de surveiller celui qui en serait l'objet, que les injections de tuberculine avaient été pratiquées.

Le docteur Franz, envisageant le résultat général de ces inoculations, en conclut que la tuberculose est contractée par les jeunes gens non pas dans l'armée mais chez eux, et se demande combien la tuberculose doit être répandue dans la population de Bosnie pour que 61 pour 100 des jeunes gens du contingent réagissent positivement à la tuberculine, proportion qui se serait accrue si, comme le recommande Koch, on avait élevé la dose d'injection à 1 centigramme. La proportion déjà obtenue est si extraordinairement élevée que vraiment on se demande si elle est réelle et si ce serait pas la méthode employée qui fausserait les résultats ? La comparaison des statistiques de ce genre faites dans différents milieux, sur des hommes en apparence sains, comme ceux qui ont fait l'objet de l'expérience que je viens de relater, pourra seule confirmer la valeur de pareils résultats.

*Wiener Klin. Wochens.—(Gaz. des hôp.)*

### Herpes et neurotoxémie

(Suite)

#### HERPES ZOSTER OU ZONA

Si l'étiologie nerveuse de l'herpès pharygien est aujourd'hui à peu près démontrée, à plus forte raison, cette étiologie est évidente pour le zona, en général.

Rappelons, en quelques mots, les caractères principaux du zona. Que cette affection siège sur le tronc, aux membres ou à la face, elle est caractérisée par une douleur plus ou moins profonde, lancinante, brûlante, dévorante (feu de Saint-Antoine), qui s'irradie à peu près dans la direction des trajets nerveux (nerfs intercostaux, au tronc, nerfs cruraux, nerfs sciatiques, nerfs ophthalmiques, nerf radial, nerf circonflexe). En même temps que ces douleurs de névrite, apparaissent des éléments éruptifs sur la peau, au voisinage des régions douloureuses mais pas exactement dans la zone de distribution anatomique du nerf malade. Quand l'éruption est au tronc, elle contourne soit le thorax, soit le flanc et l'abdomen avec cette caractéristique qu'elle ne dépasse pas la ligne médiane et siège sur un seul côté du corps ; à la cuisse, l'éruption se distribue soit dans la zone antérieure, du triangle de Scarpa au genou, soit dans la zone postérieure, de la fesse au jarret ou même au mollet, au moignon de l'épaule, les éléments éruptifs se distribuent autour du deltoïde qu'ils contournent obliquement en avant et en bas ; enfin, à la face l'éruption se répartit dans l'angle interne de l'œil, au front, à la paupière supérieure, à l'aile du nez. Selon leur siège, ces manifestations éruptives portent les noms de zona intercostal, zona crural, zona ischiatique, zona circonflexe ou scapulaire, zona ophthalmique.

L'éruption est caractérisée par un nombre plus ou moins considérable de vésicules épidermiques, très nettement arrondies, parfois isolées, souvent confluentes et réunies par leurs bords en plaques mûrifomes ; les vésicules, sont remplies d'un liquide plus ou moins transparent, ou d'une sérosité sanguinolente louche. Au bout de huit à douze jours, elles se flétrissent, se dessèchent et forment des croûtelles très furigineuses qu'il faut éviter d'arracher et de déchirer. Comme la poussée éruptive se fait en plusieurs fois successives, les éléments successives, les éléments du zona ne sont pas tous du même âge et se trouvent côte à côte avec d'autres éléments plus jeunes ou plus âgés, et la dessiccation se fait progressivement ; la durée totale de l'éruption de zona est rarement de moins de 15 à 20 jours ; et les douleurs de névrite durent beaucoup plus. La plus grave complication du zona est l'ulcération d'une ou plusieurs plaques vésiculaires et le sphacèle plus ou moins étendu de la peau intéressée. Ensuite, il faut faire entrer en ligne de compte l'état nerveux du patient que rien ne sculage de ses brûlures continues et qui est privé de sommeil souvent pendant de nombreuses nuits.

Or, ces éruptions de zona, considérés par quelques auteurs comme de nature microbienne, paraissent bien plutôt dues à une neuro-toxémie, à une intoxication du sang par un choc nerveux, par un dérangement grave dans le fonctionnement physiologique des centres psychiques. Ces éruptions de zona surviennent toujours après de grandes émotions, de graves contrariétés, des peurs intenses, etc. Il y a longtemps que l'expression

populaire a consacré cette vérité d'ordre psycho pathologique : " Vous allez lui faire tourner les sangs ", dit-on souvent, en parlant à une personne qui veut faire peur à une autre, ou encore : " Il y a une éruption de boutons, à la suite d'un grand bouleversement du sang." Ces expressions s'appliquent exactement aux zonas, et non pas aux eczéma, aux prurigos plus ou moins parasitaires, aux manifestations spécifiques. L'ignorance populaire les emploie à tort et à travers aujourd'hui, même en parlant d'éruptions de phthyriase ou de syphilis ; mais, en principe, on ne les a inventées que pour les manifestations aiguës de l'intoxication sanguine par les déchets nerveux.

### III

#### HERPÈS LABIAL, BOUTONS DE FIEVRE, HERPÈS GÉNITAL

A chaque menstruation, beaucoup de femmes ont l'habitude d'avoir autour de la bouche, à la commissure des lèvres ou aux lèvres mêmes, des éruptions plus ou moins discrètes de vésicules d'herpès qui durent de trois à six jours et finissent par se dessécher, le plus souvent, sans laisser de trace. C'est ce qu'elles appellent des boutons de fièvre.

Certains sujets en ont au moindre rhume, à la moindre petite gastro-entérite, ou simplement après un excès de fatigues, marche trop longue ou veillée prolongée.

Quelques personnes, au lieu d'avoir ces manifestations à la bouche, les ont autour des organes génitaux, au prépuce, dans le sillon balano-préputial, au frein du gland, sur la verge même ou sur les bourses ; chez les jeunes filles et chez les femmes, les vésicules d'herpès peuvent apparaître sur les petites lèvres, dans le vestibule autour du méat urinaire, aux grandes lèvres, au périnée et à la fourchette. Dans ces régions, l'état d'humidité presque permanent et le contact de l'urine au moment des mictions aggravent souvent l'éruption herpétique, l'infectent et provoquent un prurit très pénible et un engorgement notable des ganglions inguinaux. C'est la possibilité et la fréquence de complications qui rendent le diagnostic parfois si difficile entre les herpès génitaux et les manifestations syphilitiques.

Le seul signe vraiment infaillible pour différencier des affections est l'absence d'induration uniforme de la base des ulcérations herpétiques et l'absence de pléiade ganglionnaire.

Quoi qu'il en soit du diagnostic, que nous ne pouvons fouiller plus à fond aujourd'hui, les herpès génitaux surviennent chez les femmes après leurs époques menstruelles ou après des exercices vénériens trop répétés, et chez les hommes à la suite de coïts trop fréquents ou de manipulations trop énergiques ; il est juste d'ajouter toutefois que l'acte vénérien ne doit pas être uniquement incriminé dans la production de ces herpès génitaux, même chez l'homme. Il y a, très certainement,

des idiosyncrasies, des prédispositions individuelles à faire de l'herpès à la verge au lieu d'en faire aux lèvres la raison véritable de cette localisation nous échappe.

Ce qui résulte de ce rapide aperçu, c'est que l'origine de ces herpès labiaux ou génitaux est toujours nerveuse : les femmes ont un bouleversement nerveux et psychique au moment de leurs menstrues, les hommes ont un trouble nerveux quelconque, voluptueux ou craintif à l'occasion d'un coït plus ou moins impur, ou simplement à la suite d'une excitation vénérienne purement psychique, qui n'a pu être satisfaite. Il s'agit là encore d'une neurotoxémie se manifestant par une poussée aiguë d'herpès.

### CONCLUSIONS

Cette théorie pathogénique doit avoir pour résultat d'éclairer le traitement de toutes les affections désignées sous les noms d'angines herpétiques, de zonas herpétiques, d'herpès cutanés en général.

Tout d'abord, il y a une auto-intoxication de l'organisme, donc la nécessité d'une antiseptie générale s'impose ; mais non pas par les moyens illusoire qu'on a appelés des antiseptiques internes ; ce qu'il faut, c'est l'antique et traditionnelle purgation, éméto-cathartique pour les gens robustes, purge pour les débiles, et purge répétée trois ou quatre fois.

Un seul médicament est admissible à l'intérieur : le SALOL, en potion ou en cachets, à la dose de un gramme en 24 h. chez l'enfant, trois grammes, chez l'adulte.

COMME TOPIQUES : le chlorate de potasse ou de soude chez les herpétiques du pharynx ; l'acide picrique en solution hydroalcoolique à cinquante centigrammes pour 100, chez les herpétiques zostériens ; les poudres astringentes, alun, tannin à l'éther, talc pulv. et 1/20 de sulfate de zinc chez les herpétiques génitaux.

En général, il faut éviter l'humidité sur les éruptions herpétiques cutanées ; l'indication est d'évacuer le liquide des vésicules par une légère piqûre aseptique et de favoriser la dessiccation rapide.

Contre l'élément douleur du zona, on aura recours aux médicaments nervins : antipyrine, phénacétine, exalgine, pyramidon, citrophène, etc., ou à la morphine associée à l'atropine en injections sous-cutanées : 1 cc. de la solution suivante :

Sulfate neutre d'atropine...	un demi-cent.
Chlorhydrate de morphine.	dix centigr.
Eau de laurier-cerise.....	2 cc.
Eau distillée stérilisée.....	8 cc.

toutes les 12 heures ou toutes les 24 heures selon la tenacité des douleurs.

(Le concours médical.)

## Therapeutique et Matiere Medicale

### Les usages du plomb en therapeutique

par le prof. GILBERT

Quatre composés du plomb sont utilisés en thérapeutique : l'acétate, le sous-acétate, l'iodure et la litharge.

La classification qu'on a donnée des corps astringents est très simple : on les a classés d'après leur origine, et l'on a ainsi les astringents minéraux, et les astringents végétaux. Parmi les premiers, on peut citer l'acétate et le sous-acétate de plomb, le chlorure de zinc, les sulfates de zinc, de cuivre, d'aluminium, et enfin l'alun. Parmi les astringents végétaux, nous trouvons l'acide tannique ou tannin, l'acide gallique.

Le sous-acétate de plomb porte la dénomination usuelle d'*extrait de saturne*. Il se présente sous la forme d'un liquide qui laisse déposer une masse cristalline blanchâtre. Comme l'acétate de plomb, il est astringent, et c'est, en partie, à cause de cette propriété qu'il est employé en thérapeutique. Il forme la base d'une préparation d'un usage très répandu, l'*eau blanche*, dont la composition est la suivante (Codex) :

Sous-acétate de plomb liquide..... 20 gram.  
Eau commune..... 980 gram.

Le sous-acétate de plomb liquide est encore la base d'une préparation très employée autrefois, l'*eau de Goulard*, qui contient, comme l'eau blanche, 20 pour 1.000 de sous-acétate de plomb. En voici la composition (Codex) :

Sous-acétate de plomb liquide..... 20 gram.  
Alcoolat vulnéraire..... 80 gram.  
Eau commune..... 900 gram.

Le sous acétate de plomb liquide entre encore dans la composition très usitée autrefois, aujourd'hui presque complètement délaissée, la *liqueur de Villate*.

On peut encore, avec le sous-acétate de plomb, préparer des solutions anti-blennorrhagiques et anti-ophtalmiques. Les premières sont à base de sous-acétate de plomb à 1/100; on peut, d'ailleurs, corser la formule en ajoutant d'autres substances, et en particulier le bismuth. Voici la formule d'une *solution ophtalmique* empruntée à la pratique de TROUSSEAU :

Sous-acétate de plomb liquide..... XV goutt.  
Eau commune..... 250 gr.

Dans les cas de blépharite et conjonctivite chroniques, laver plusieurs fois par jour l'œil avec cette solution, et appliquer, matin et soir, sur l'œil une compresse imbibée de cette solution qu'on laisse en place pendant 10, 15 ou 20 minutes.

Voici la formule d'une injection anti-blennorrhagique :

Sous-acétate de plomb liquide..... 1 gr.  
Sous-nitrate de bismuth..... 2 gr.  
Eau distillée..... 100 gr.

L'*iodure de plomb* ne mérite qu'une simple mention : il entre dans la composition d'une pommade inscrite au Codex et dont voici la composition :

Iodure de plomb..... 5 gr.  
Axonge..... 45 gr.

L'iodure de plomb est employé comme résolutif et comme fondant.

La litharge ou protoxyde de plomb entre dans la composition de l'emplâtre simple, de l'emplâtre de Canet, de l'onguent de la mère, inscrits au Codex. Voici leurs formules :

#### Emplâtre simple :

Litharge pulvérisée..... }  
Axonge..... } àà 1,000 gr.  
Huile d'olives..... }  
Eau..... 2,000 gr.

#### Emplâtre de Canet :

Emplâtre simple..... }  
Emplâtre diachylon gommé.. } àà 100 gr.  
Cire jaune..... }  
Huile d'olives..... }  
Colethar..... }

#### Onguent de la mère Thecle :

Liquéfier et chauffer ensemble :

Huile d'olives..... 500 gr.  
Axonge..... }  
Beurre frais..... } àà 50 gr.  
Suif..... }  
Cire jaune..... }

Ajouter par portions :

Litharge porphyrisée..... 250 gr.

Faire cuire jusqu'à ce que la masse soit d'un brun noirâtre. Ajoutez alors :

Poix purifiée..... 50

Ces trois produits sont encore très employés par le populaire; il est bon d'en connaître la composition, quoique le cas de les prescrire se présente rarement.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

#### L'iodure d'ethyle dans la coqueluche

(CH. AMAT.)

S'il est une affection à l'occasion de laquelle on peut dire que la multiplicité des médications employées pour la combattre indique l'insuffisance de chacune d'elles, c'est bien la coqueluche. Parce qu'on sait que rien n'est d'une efficacité certaine, chaque médecin adopte une ligne de conduite à lui spéciale,

s'en remettant au temps d'avoir raison d'une maladie d'une si désespérante ténacité. Tel claustre les enfants qu'il soumet à des évaporations antiseptiques et auxquels il administre du bromoforme; tel autre escomptant au contraire la cure d'air recommande les sorties fréquentes et prolongées et reste fidèle à la médication belladonnée. Inutile de dire que les variantes thérapeutiques sont nombreuses, et que si elles peuvent réussir dans une certaine mesure à mettre à l'abri des complications, elles sont sans action réellement bien marquée sur la marche de la coqueluche elle-même. Les accès ne paraissent pas diminuer sous l'action des médicaments et les quintes restent toujours aussi nombreuses. C'est parce que la thérapeutique la mieux raisonnée fait faillite, que l'empirisme se donne ici large jeu et que les remèdes de bonne femme, la suggestion aidant, sont en réelle faveur.

Dans deux cas récents de coqueluche observés en même temps et dans la même famille, sur un petit garçon de 2 ans et demi et sur un nourrisson de six mois, les accès étaient fréquents et les quintes des plus fatigantes. Les enfants dépérissaient. Vainement les pulvérisations thymolo-phéniquées avaient été utilisées; la belladone, le bromoforme s'étaient montrés sans action. Les évaporations d'eau oxygénée autour de la couchette et du berceau n'avaient pas paru plus efficaces. Et sur le nourrisson qui s'était jusqu'à ce moment montré réfractaire à trois tentatives d'inoculations jennériennes, une vaccination parfaitement réussie n'avait apporté aucun soulagement.

Rien n'y faisait, comme disaient les parents et comme le médecin avait le regret de le constater. Les petits coquelucheux continuaient à être secoués tous les quarts d'heure par des quintes qui ne variaient ni en nombre ni en intensité. C'est dans ces conditions que M. Bardet, me rappelant l'efficacité de l'iodure d'éthyle dans l'asthme et la comparabilité de la coqueluche avec cette dernière affection, m'engagea à recourir aux inhalations de ce médicament.

Son conseil fut immédiatement suivi. Dès qu'un accès se produisait, un petit flacon à large ouverture, contenant quelques grammes d'iodure d'éthyle, était placé sous le nez du patient afin qu'au moment de la reprise, des vapeurs du médicament fussent inhalées.

L'effet de cette médication ne tarda pas à se produire. On put constater dès le deuxième accès une diminution dans la fréquence et l'intensité des quintes; les accès eux-mêmes devinrent moins nombreux et les sécrétions bronchiques, rendues plus fluides, furent facilement projetées hors de la bouche du nourrisson.

Le résultat immédiat se montra des plus saisissants; il sembla, il est vrai, s'atténuer dans la suite; néanmoins la maladie en fut si favorablement influencée qu'elle tourna court au point que huit jours après

on ne comptait plus que six accès bénins dans les 24 heures au lieu des 36 et 40 constatés au début du traitement.

L'emploi de l'iodure d'éthyle dans la coqueluche était d'autant plus précieux qu'on ne pouvait ici faire absorber par le petit enfant de 2 ans et demi le moindre médicament. A insister on ne parvenait qu'à provoquer de nouveaux accès.

L'efficacité de l'iodure d'éthyle, dans les cas dont il vient d'être question, a été si manifeste que les parents eux-mêmes, en raison de l'intérêt qu'ils portent aux petits coquelucheux, ont manifesté le vif désir de la voir signalée.

(Nouveaux Remèdes.)

---

## NOUVELLES.

### NAISSANCES :—

A St Enstache, le 19 août dernier, l'épouse du docteur J. P. Gagnon, une fille.

L'épouse du docteur Jos. A. Bédard, de St-Eugène, Ontario, vient de donner naissance à deux fils.

A St Stanislas de Kostka, le 23 août dernier, l'épouse du Dr Ls. Legault, un fils.

A Biddeford M., le 25 août dernier, l'épouse de M. le Albert P. Maynard, un fils.

— A Hochelaga, le 9 août dernier, l'épouse de M. le Dr J. E. Baril, une fille.

— A Hochelaga, le 9 août dernier, l'épouse de M. le Dr G. E. Vallée, une fille.

### MARIAGES A L'HORIZON :—

On annonce pour le huit septembre le mariage du Dr N. Doucet de Dalhousie N.-B., à Mlle Eva Labrecque de Québec.

### NÉCROLOGIE :—

C'est avec un profond regret que nous apprenons la mort de Madame Marie-Louise-Héloïse-Véronique Morin, épouse de monsieur le Docteur Jos. A. Beaudry, inspecteur du Conseil d'Hygiène de la Province. Ceux qui ont connus cette charmante femme peuvent mieux apprécier la perte cruelle que vient d'éprouver un homme de cœur et d'intérieur comme l'est le docteur Beaudry, auquel nous offrons toutes nos condoléances.

A Marchester N. H. le 30 août dernier est décédé subitement le Dr P. G. Laberge à l'âge de 39 ans, au No 62 rue Jolliet, chez son frère Alphonse à McGregarville, d'une paralysie du cœur.

Le Dr Laberge avait obtenu son diplôme à l'université Laval de Québec.

#### LE DR BLANCHET MEURT A L'HOPITAL.

Une pénible sensation a été causée le 28 août dernier, dans les cercles médicaux de cette ville, par la mort inattendu du Dr Gédéon Blanchet, de Saint-Pie, survenue mercredi soir à l'hôpital Notre-Dame.

Dimanche dernier le 24, le Dr Blanchet allait visiter quelques malades à Saint-Pie, lorsqu'il se sentit indisposé. Il souffrait de volvulus intestinal. Il résolut de se rendre à l'hôpital Notre-Dame pour y subir une opération.



Le docteur GEDEON BLANCHET.

Il arriva à l'hôpital lundi midi, le 25 août dernier. Il subit une opération qui réussit fort bien. Mais une heure et demie après, il mourut d'une congestion pulmonaire.

Il était âgé de 39 ans.

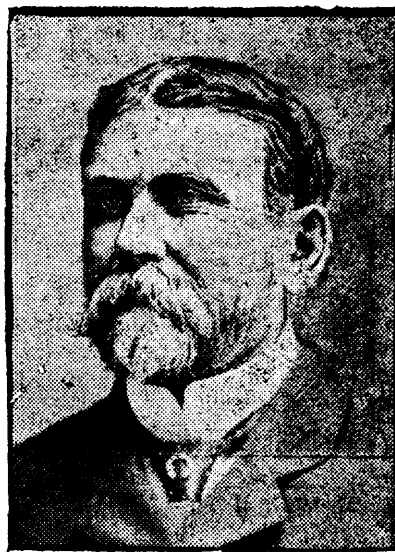
Il avait fait ses études médicales à l'université Laval et avait été gradué en 1892. Après avoir pratiqué sa profession pendant huit ans, à Saint-Dominique, il s'établit il y a un an et demi, à Saint-Pie, comté de Bagot.

Le Dr Blanchet était reconnu comme un praticien habile. Sa mort cause une douleur générale à Saint-Pie, où il était très estimé.

#### LE SUCCESSEUR DU DR BRUNELLE

Le Dr G. H. Merrill, du No. 151 de la rue Bleury, a été appelé à remplir la charge importante qu'occupait le regretté Dr Brunelle, à savoir celle d'assistant chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le Dr Merrill est depuis trois ans professeur assistant de clinique à l'Université Laval. Il occupa aussi plusieurs charges importantes, entre autres celles de médecin au Séminaire de Philosophie, et médecin consultant dans plusieurs communautés religieuses.



M. le Dr C. H. MERRILL.

Né en 1854, il a fait ses études classiques chez les Jésuites et ses études médicales à l'École Victoria, où il a été gradué en 1876.

Nous félicitons le docteur Merrill de la grande marque de confiance que viennent de lui donner les autorités de l'Hôtel-Dieu, en l'appelant à succéder le docteur Hingston, le chirurgien en chef actuel. Ses élèves de clinique externe qui n'ont toujours eu qu'à se louer de la science et de l'urbanité de leur professeur, avaient déjà su apprécier ce dernier comme chirurgien; aussi, ils approuvent hautement cette nomination.

Cette nomination est très bien vue dans les cercles médicaux et nous félicitons l'heureux titulaire.

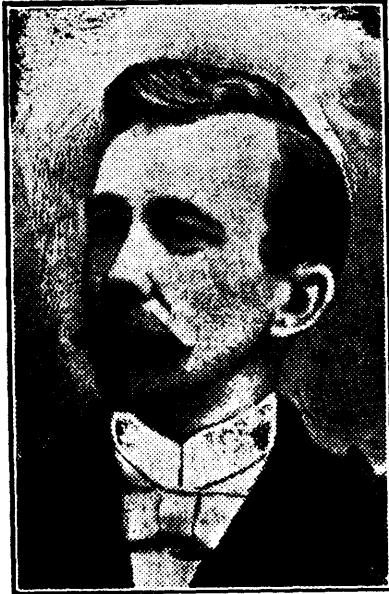
#### NOMINATION DU DR EUGENE ST JACQUES

Le Dr Eugène Saint-Jacques, demeurant 573 rue Sherbrooke, vient d'être nommé professeur d'Anatomie Pathologique à l'Université Laval. Il est en même temps chargé du Laboratoire.

Après avoir fait un brillant cours classique au Séminaire de St-Hyacinthe, le Dr E. Saint-Jacques est venu prendre à Laval ses degrés universitaires.

Son goût pour la science l'entraîna bientôt à New-

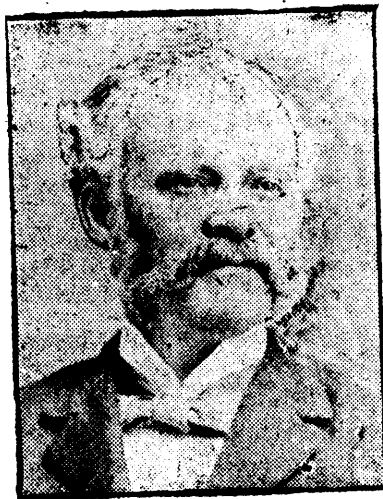
York où il étudia la clinique d'une manière spéciale. Puis se rendant à Paris, il suivit pendant deux ans les cours des célèbres médecins qui ont nom Pozzi, Guyon, Tuffier. Il alla ensuite en Allemagne étudier la clinique durant dix-huit mois, faisant un long séjour à Brême, à Berlin et à Leipzig.



M. le Dr E. ST-JACQUES

De retour à Montréal, Dr St Jacques devint surintendant à l'Hôtel-Dieu, attaché maintenant comme médecin à cette institution, il s'occupe surtout du service de chirurgie.

Nous félicitons sincèrement le brillant médecin sur sa promotion.

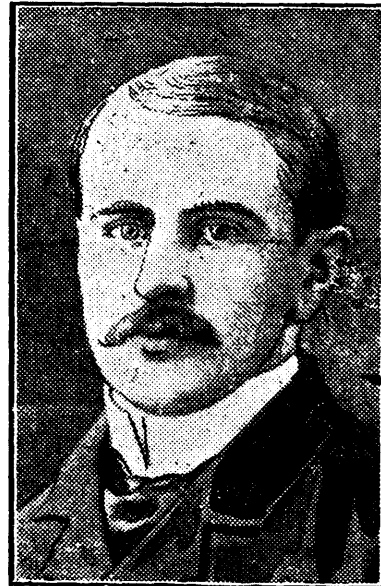


Feu le Prof. J. A. S. BRUNELLE

#### LE SUCCESSEUR DU DR VON EBERTS

Il y a quelques jours, le bureau des gouverneurs de l'hôpital Général, a nommé à leur dernière assemblée trimestrielle le Dr W. G. Turner à la position de surintendant médical de l'hôpital Général, en remplacement du Dr Von Eberts.

Cette nomination est en force depuis le 1er septembre dernier, et ce sera dorénavant le Dr Turner qui aura charge de diriger cette importante institution qu'est l'hôpital Général.



M. le Dr TURNER

Le Dr Turner est un ancien Québécois. Il est le fils de l'hon. Richard Turner, conseiller législatif. Son frère, le colonel Turner, V. C., s'est distingué en Afrique Sud dans la guerre anglo-boer, et commandait le contingent colonial au couronnement du roi Edouard VII.

La nomination du Dr Turner est très bien vue dans les cercles médicaux.

#### FORMULAIRE

##### UN TOPIQUE NOUVEAU CONTRE LE PRURIGO DE HEBRA

M. DE BEURMANN a obtenu une amélioration très rapide chez un malade atteint de prurigo de Hébra en employant le topique suivant, dont la formule lui avait été communiquée par un confrère en retraite de la marine :

Camphre.....	12 parties
Goudron.....	15 —
Soufre .....	8 —
Huile de Chaulmoogra .....	3 —
Vaseline.....	62 —

*Gaz. des hôp.)*

## Société médicale

La Société Médicale du comté de Shefford s'est réunie à Roxton Falls, il y a quelques temps, chez M. le Dr de Grosbois, M.P.P.

Membres présents: MM. les Drs Phelan et Pagé, de Waterloo; Cowley, Blunt et Lessard, de Granby; Brun, de West-Shefford; de Grosbois, de Roxton Falls; Boucher de St-Valérien, et Constantineau, de Roxton Pond. A 1 heure p.m., la séance est ouverte sous la présidence du Dr Phelan. M. le Dr Langlois, gradué de l'Université Laval et nouvellement installé à St-Joachim, est admis membre de l'association, aux applaudissements de l'assemblée.

Après que M. le président eut souhaité, en termes appropriés, la bienvenue au nouveau membre, l'on passa à la lecture de travaux scientifiques.

M. le Dr Cowley traite de "l'ecclampsie," et M. le Dr Brun, de "l'exercice de l'art obstétrical." La publication de l'un ou de l'autre de ces deux petits travaux, ne déparerait certainement pas les pages de n'importe quel journal de médecine. Ces messieurs méritent des félicitations pour le travail qu'ils se sont imposé dans la préparation de leur sujet respectif; en regard de l'exposé d'opinions médicales des plus accréditées, les deux conférenciers ont présenté à l'assemblée le fruit de leurs observations personnelles, acquis au cours d'une pratique de vingt et quelques années.

Plusieurs cas intéressants sont alors rapportés et discutés par les membres de l'association.

M. le Dr Pagé fait un exposé succinct des questions d'intérêt professionnel qui ont été discutées lors du premier congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord" et de la dernière assemblée du Collège des Médecins de la province de Québec.

Le dernier article de l'ordre du jour fut l'élection des officiers pour la prochaine année. Voici le résultat: président, Dr C. Phelan; 1er vice-président, Dr D. K. Cowley; 2e vice-président, Dr A. S. Brun: sec.-très., Dr J. D. Pagé.

La prochaine réunion aura lieu à Granby, au mois de janvier prochain. L'assemblée se dispersa alors, après avoir voté des remerciements à M. le Dr de Grosbois qui a si bien fait les honneurs de son domicile.

## Supplement Litteraire

## La maladie du roi d'Angleterre.

L'issue de la maladie du roi Edouard VII réduit à néant tous les diagnostics et tous les pronostics dont la grande presse a été prodigue. Le roi n'est atteint ni de diabète ni de cancer. On ne lui a fait ni résection intestinale ni anus contre nature. Il a eu simplement

une pérityphlite suppurée qui a été opérée au bon moment et qui est en bonne voie de guérison dans les délais ordinaires.

Nous empruntons au *British medical journal*, qui paraît avoir été exactement au courant de la marche de la maladie, un résumé de l'observation royale. On peut en tirer quelques enseignements utiles.

C'est dans la soirée du vendredi 13 juin qu'après souper le roi fut pris de malaise et de douleurs abdominales qui ne l'empêchèrent d'assister le samedi à la revue d'Aldershot. Mais après le dîner, les douleurs augmentèrent s'accompagnant de ballonnement du ventre. Le dimanche matin, elles devinrent extrêmement violentes. Le Dr Laking vit le roi à cinq heures du matin, il prescrivit un traitement qui apporta quelque soulagement. Mais l'état était si peu satisfaisant que le Dr Barlow fut appelé en consultation. Ce jour-là, le roi eut un léger frisson qui fit craindre l'existence de quelque inflammation profonde.

Le lundi 16, le malade fut transporté en voiture d'Aldershot à Windsor; le voyage fut assez bien supporté, et le soir l'état semblait meilleur que le matin.

Cette amélioration persista le 17 et le 18. Le roi fit quelques courtes promenades dans les jardins du Windsor, restant étendu le reste du temps.

Le 18, consultation de Frederic Treves; on porte le diagnostic d'une inflammation de la région cœcale, et l'on songe à la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Mais le 19 et 20, l'amendement des symptômes locaux et généraux se continue, et le 21 juin, comme il n'y avait plus de fièvre depuis deux jours et demi et que la tuméfaction de la région cœcale avait presque disparu, on put espérer que la crise était calmée et que le roi pourrait supporter les fatigues du couronnement.

C'est alors que le roi fut transporté de Windsor à Londres, le 22 juin.

Mais le 23 au soir, la fièvre reparut, s'élevant à 39°, et le gonflement de la fosse iliaque droite augmenta rapidement. On annonça au roi la présence d'une collection purulente, et le lendemain 24 juin, une consultation, où se trouvèrent réunis Lister, Smith, Treves, Barlow et Laking, aboutit à la conclusion qu'une opération immédiatement était absolument nécessaire.

L'opération fut pratiquée à midi 30 par Treves, la consultation ayant eu lieu à dix heures.

L'incision fut faite suivant les règles ordinaires; l'abcès était profondément situé et d'un gros volume. Le pus fétide et d'odeur fécaloïde fut évacué, la poche lavée complètement, deux drains furent laissés en place et la plaie fut bourrée de gaze antiseptique.

On sait le reste, qui n'offre plus grand intérêt. L'abcès évacué, l'amélioration s'est rapidement accentuée, et actuellement la plaie est à peu près guérie.

On reconnaît, à la lecture de cette observation,



l'évolution classique de l'ancienne pérityphlite : début brusque par une crise de coliques, suivie d'une douleur dans la fosse iliaque droite, avec empâtement plus ou moins net. Puis période d'alcémie, à laquelle succèdent, vers le dixième ou onzième jour, les signes de la formation d'une collection purulente.

Il n'y a pas de péritonite dans ce cas ; c'est un phlegmon suppuré du tissu cellulaire rétro-cœcal, qui résulte de la perforation de l'appendice. J'ai donné à cette forme d'appendicite le nom d'appendicite subaiguë rétro-cœcale, et j'en ai signalé la gravité en raison de l'insidiosité des symptômes. C'est à cette forme d'appendicite qu'a succombé Gambetta, moins heureux que le roi d'Angleterre.

Les médecins d'Edouard VII semblent bien s'être laissé tromper à l'accalmie qui a suivi la première poussée inflammatoire. Ils ont bien reconnu, dès le 18, l'existence d'une inflammation péri-cœcale et Treves, dès ce jour, a laissé entrevoir la possibilité d'une opération. Mais il est probable qu'on n'eût pas fait voyager le roi de Windsor à Londres si l'on avait cru dès ce moment à la formation d'un abcès.

En tout cas, l'opération a été faite au meilleur moment, c'est-à-dire le onzième jour. C'est le moment où l'abcès est bien collecté et où l'on n'a plus de raison d'attendre sans s'exposer à des complications ou à des phénomènes de résorption purulente.

Je rappellerai que j'ai écrit il y a dix ans : " Il nous semble que le moment le plus opportun pour l'opération à moins d'indications spéciales et urgentes, est après le premier septénaire, du huitième au dixième jour, pendant cette période de détente passagère et à peu près apyrétique qui suit la première poussée fébrile et qui précède la fièvre de résorption purulente".

Si je rappelle cette règle, ce n'est pas pour en tirer vanité. C'est pour protester une fois de plus, contre l'incroyable assertion qui a été encore émise l'autre jour à l'Académie de médecine, à savoir que l'opération doit être faite du premier au troisième jour pour avoir des chances de succès.

(Médecine moderne — CHS. TALMAT)

#### Une poésie ignorée d'Alphonse Daudet sur le croup

L'on vient d'inaugurer la mélancolique statue d'Alphonse Daudet : c'est donc de l'actualité de parler de lui. — Si cela peut intéresser vos lecteurs, je vous copie une pièce de vers trouvée dans l'*Almanach du Figaro* de 1864 et qui a pour auteur Alphonse Daudet, pour sujet le Croup, et pour dédicace : à M. Marchal, de Calvi.

#### LE CROUP.

A MONSIEUR MARCHAL DE CALVI.

#### I

Dans un petit lit, sous le rayon pâle

D'un cierge qui tremble et qui va mourrir,  
L'enfant râle.

Quel est le bourreau qui le fait souffrir ?

Quel boucher sinistre a pris à la gorge  
Ce pauvre agnelet que rien ne défend ?

— Qui l'égorge ?

— Qui sait égorger un petit enfant ?

Sombre nuit ! la chambre est froide. On frissonne...

Dans l'âtre glacé fume un noir tison ;

L'heure sonne.

Le vent de la mort court dans la maison.

#### II

Aux rideaux du lit la mère s'accroche.

Elle est nue. Elle est pâle. Elle défend

Qu'on l'approche.

Elle veut rester seule avec l'enfant.

Son Charles ! il faut voir comme elle lui cause !

" Charlot, ne meurs pas — Je te donnerai

" Quelque chose ;

" Charlot, si tu meurs, moi je pleurerai. "

Et pour empêcher que l'oiseau s'envole,

Elle lui promet du mouron plus frais...

Pauvre folle !

Comme si l'oiseau s'envolait exprès !

Le père est debout dans l'ombre, il se cache,

Il pleure. On l'entend dire en étouffant ;

" O le lâche,

" Qui n'ose pas voir mourir son enfant ! "

Dans un coin, l'aïeul accroupi par terre,

Chante une gavotte, et quand on lui dit

De se taire,

Il répond : — " Hé ! hé ! j'endors le petit. "

#### III

Le cierge s'éteint près du lit qui sombre...

Un râle de mort, un cri de douleur,

Et dans l'ombre

On entend quelqu'un fuir comme un voleur.

Qui va là ? qui vient d'ouvrir cette porte ?

Courons ! C'est un spectre armé d'un couteau ;

Il emporte

Le petit enfant dans son grand manteau...

Oh ! je te connais, ne cours pas si vite,

Massacreur d'enfant ! je t'ai reconnu

Tout de suite

A ton manteau rouge, à ton couteau nu.

Hérode t'a fait ce legs effroyable !

Tu portes sa pourpre et son yatagan,

... Vas au diable

Comme Hérode, spectre, assassin, forban !...

Alphonse DAUDET,

(Chronique médicale.)

31 mars 1863.

# Travaux Originaux

## DISSECTION DE L'ABDOMEN

par M. le Dr L. E. FORTIER,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin  
de l'Hôtel-Dieu (Montréal)

(Suite)

*Enlèvement du grand oblique.* — L'on enlève maintenant le grand oblique en commençant par les insertions costales postérieures ; l'on passe ensuite aux insertions inférieures à l'os iliaque et au ligament de Poupart. Puis l'on renverse le muscle en avant. Au bord externe du droit, l'élève constatera que ce muscle reçoit un feuillet aponévrotique du petit oblique. Il ne coupera pas ce feuillet à présent. L'élève ne doit couper les insertions inférieures que d'un côté : il doit réserver l'autre pour étudier le trajet inguinal.

*Dissection du petit oblique.*

Après avoir enlevé le grand oblique par son bord libre, c'est-à-dire postérieur, l'élève rencontre des fibres musculaires qui s'insèrent sur l'aponévrose du transverse entre la dernière côte et l'os iliaque, puis sur les deux tiers antérieurs de la crête iliaque et sur la moitié externe du ligament de Poupart ; ce sont les fibres du petit oblique, qui vont en s'irradiant en haut et en avant s'insérer au bord inférieur des cartilages des quatre dernières côtes, puis à l'appendice xyphoïde et à la ligne blanche, enfin à la crête du pubis et à la ligne iléo-pectinée, en arrière du ligament de Gimbernat.

L'insertion postérieure se fait plus en arrière que celle du grand oblique de sorte que pour la bien voir, l'étudiant sera obligé de soulever le bord antérieur du grand dorsal.

A leur insertion supérieure, les fibres du petit oblique se continuent avec les fibres des intercostaux internes dont elles ont la direction.

Ce muscle présente une particularité à son insertion antérieure : c'est qu'il sert de gaine au droit de l'abdomen. Au bord externe du droit l'étudiant constate que le petit oblique se divise en deux feuillets aponévrotiques ; l'un superficiel qui s'unit à l'aponévrose du grand oblique et qui passe en avant du droit pour aller contribuer à former la ligne blanche ; l'autre profond qui s'unit à l'aponévrose du transverse, passe en arrière du

droit et va, lui aussi contribuer à former la ligne blanche : l'étudiant ne se rendra bien compte de ce feuillet que lorsqu'il aura renversé le muscle en avant

Le feuillet profond n'existe que dans les deux tiers supérieurs du droit de l'abdomen ; au tiers inférieur il cesse brusquement et toutes les aponévroses passent en avant de ce muscle.

L'endroit où le feuillet profond se termine forme un bord assez bien marqué que l'on appelle pli de *Douglass* ; ce pli, pour être bien visible requiert quelque fois une dissection soignée.

Au-dessous de ce pli le droit n'est séparé du péritoine que par le fascia transversalis.

Plus les fibres du petit oblique sont inférieures plus elles deviennent horizontales dans leur direction vers la ligne médiane : même les fibres qui s'insèrent au ligament de Poupart, après avoir formé, au-dessus de ce ligament une espèce d'arcade, qui laisse passer le cordon spermatique, retombent s'insérer en arrière du ligament de Gimbernat au pubis, ou leur union avec les fibres équivalentes du transverse forme ce que l'on nomme le *tendon conjoint*. — Cette arcade que forme le bord inférieur du petit oblique est la seule partie de ce muscle qui soit libre.

Après avoir bien nettoyé le petit oblique, et avant de le renverser, si l'élève dissèque un sujet du sexe masculin, il devra faire une incision sur la peau du testicule, en suivant le cordon spermatique ; il apercevra quelques fibres musculaires pâles qui forment comme des anses, de distance en distance sur le cordon et sur le testicule : c'est ce qui forme le *crémaster*.

Ces fibres prennent naissance sur le ligament de Poupart précisément à l'endroit où le petit oblique forme une arcade ; elles descendent sur le cordon à des distances variables ; quelques-unes se reudent même jusqu'au testicule ; puis elles se replient en formant des anses, remontent sur le cordon et vont se fixer au pubis, où elles se joignent au tendon conjoint. Ces différents faisceaux musculaires sont unis par un tissu aponévrotique délicat qui enveloppe le cordon. L'élève constatera que ce muscle semble être une partie du petit oblique, que le testicule aurait entraîné dans sa descente. — En nettoyant ces fibres l'on rencontre la branche génitale du grand abdomino génital.

*Enlèvement du petit oblique.* — Pour renverser en avant le petit oblique, l'on fera d'abord une incision le long du bord inférieur des côtes, ensui-

te une autre près de la crête iliaque et du ligament de Poupart ; finalement l'on réunira ces deux incisions par une troisième que l'on fera aussi en arrière que possible, entre la dernière côte et la crête iliaque. Une légère couche de tissu adipeux indiquera que l'incision a traversé le muscle dans toute son épaisseur.

En renversant ce muscle, vers le droit, l'étudiant devra faire bien attention de ne pas léser les fibres du transverse : la ligne de démarcation n'est pas toujours bien facile à établir. L'on prend quelque fois pour guide une petite artère, la circonflexe iliaque profonde, qui pénètre entre ces deux muscles, près de la crête iliaque, et qui y chemine jusque tout près de l'ombilic.

L'élève se souviendra que c'est aussi entre ces deux muscles que cheminent les nerfs et vaisseaux intercostaux et lombaires dont nous avons déjà étudié les branches perforantes antérieures et latérales. Avant de passer à l'étude du transverse, il se rendra compte de leur trajet et de leur disposition.

#### *Dissection du transverse.*

Nous avons maintenant le transverse sous les yeux. Ce muscle dont les fibres sont horizontales s'insère en arrière aux vertèbres lombaires ; en avant à la ligne blanche. En haut ses fibres s'attachent à la face interne des côtes ; tandis qu'en bas, elles se fixent à la crête iliaque, au ligament de Poupart et après avoir formé, une arcade pour le cordon spermatique, au pubis.

L'insertion postérieure du transverse sur les vertèbres se fait par l'intermédiaire d'une aponévrose que l'on nomme *aponévrose lombaire*. Cette aponévrose prend naissance aux vertèbres lombaires par trois feuillets : le postérieur ou superficiel qui s'insère aux apophyses épineuses ; le moyen qui s'insère aux apophyses transverses et l'antérieur ou profond qui se fixe sur le corps des vertèbres.

A cette période de la dissection, il est assez difficile de faire une bonne préparation de ces feuillets ; cependant il est important que l'élève se rende compte de leur disposition dès à présent. Pour cela il placera le cadavre sur le ventre pendant quelques heures ; et fera la préparation d'un côté seulement. Il ne devra toucher à l'autre côté que lorsqu'il fera la dissection de la partie postérieure.

En décollant le grand dorsal l'élève pourra suivre le feuillet postérieur jusqu'au sommet des

apophyses épineuses des vertèbres lombaires, entre la dernière côte et la crête iliaque. Ensuite il séparera ce feuillet le long des apophyses épineuses et la ramènera en avant, il constatera alors que ce feuillet recouvre les muscles de la masse sacro lombaire ; plus profondément, en soulevant le bord externe de cette masse, l'on voit le feuillet moyen, le plus fort et le plus résistant, qui vient s'insérer à l'extrémité des apophyses transverses des mêmes vertèbres.

En divisant ce feuillet, l'on tombe sur une autre loge, qui contient le muscle carré des lombes au dedans duquel l'on arrive sur le feuillet profond, qui vient s'insérer sur le corps des vertèbres, à l'origine des apophyses transverses. L'élève pourra mieux étudier ce troisième feuillet par l'intérieur lorsqu'il aura vidé l'abdomen. Ces trois feuillets après avoir aussi formé deux loges, l'une pour la masse sacro-lombaire, l'autre pour le carré des lombes, s'unissent en un seul feuillet, sur lequel vient se fixer le bord postérieur du transverse dans toute l'étendue qui existe entre l'os iliaque et le bord inférieur des côtes.

Après avoir replacé le sujet sur le dos, l'on étudiera les insertions supérieures. L'on verra que les fibres supérieures se portent en dedans, sur la face interne des six dernières côtes ou elles s'entrecroisent avec les insertions du diaphragme. Avec un peu de soin l'élève pourra constater maintenant ces insertions et ces entrecroisements en décollant ces fibres, avec la main ou avec la manche de son scalpel.

De là, le transverse va s'insérer à la ligne blanche, en passant en arrière du droit de l'abdomen ; au bord externe de ce muscle, il reçoit le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique.

Le transverse ne passe pas en arrière du droit dans toute sa longueur. A moitié chemin entre l'ombilic et le pubis, le droit perfore l'aponévrose du transverse et continue son trajet en arrière de ce muscle. De sorte que plus bas que ce point, le droit n'a pas de gaine, toutes les aponévroses passent en avant et l'insertion du transverse sur le pubis se fait en avant de celle du droit. Le bord libre formé par le feuillet postérieur de la gaine, à l'endroit où il est traversé par le droit, porte le nom de *pli semi lunaire de Douglass*.

Inférieurement le transverse s'insère en dedans du petit oblique, sur la lèvre interne de la crête iliaque, jusqu'à l'épine antéro supérieure ; il con-

tinne ensuite sur le ligament de Poupart jusque vers le milieu de ce ligament. alors ses fibres, de même que celles du petit oblique, se portent horizontalement en avant, forment une espèce d'arche au-dessus du canal inguinal, puis à peu près vers le bord externe du droit retombent s'insérer sur la ligne ilio-pectinée et sur le pubis, en avant du droit après s'être accolées aux fibres du petit oblique pour former le *tendon conjoint*.

*Dissection du droit de l'abdomen.* — Avant de passer à l'étude du canal inguinal, l'élève devra disséquer le muscle droit de l'abdomen et sa gaine; le pyramidal puis prendre connaissance de la ligne blanche et des ouvertures qui la traversent.

Il y a deux muscles droits : l'espace qui les sépare porte le nom de ligne blanche, à la dépression qui marque leur bord externe l'on a donné le nom de ligne semi-lunaire ; cette ligne correspond à l'endroit où l'aponévrose du petit oblique se divise en deux feuillets pour former une gaine.

On ouvrira maintenant la gaine de droit de chaque côté en y faisant une incision verticale dans toute la longueur du muscle. Après avoir ainsi divisé le feuillet antérieur, on le détachera du muscle et on le renversera de manière à bien voir l'intérieur de la gaine.

L'élève constatera que ce feuillet antérieur se détache facilement depuis l'insertion inférieure du muscle jusqu'au niveau de l'ombilic. Plus haut, on constatera que le muscle et le feuillet sont intimement adhérents en trois endroits différents : au niveau de l'ombilic, au niveau de l'appendice xyphoïde, et à mi-chemin entre ces deux points ; à ces endroits, le muscle devient fibreux ; ces lignes fibreuses portent le nom d'intersections tendineuses ou de lignes transverses. Ces adhérences n'existent que dans la partie antérieure du muscle le bord postérieur se décolle très facilement dans toute son étendue. Cette disposition nous explique pourquoi les abcès qui se forment sur le bord antérieur du muscle s'ouvrent généralement au niveau des intersections tendineuses qu'elles ne peuvent traverser, tandis que les abcès du bord postérieur fusent facilement jusqu'à son insertion pubienne.

Si le feuillet antérieur de la gaine recouvre le muscle droit dans toute sa longueur, il s'en est pas de même pour le feuillet postérieur.

Supérieurement le muscle repose directement sur les cartilages costaux ; plus bas, depuis le sternum jusqu'à quelques pouces plus bas que

l'ombilic, il repose sur le feuillet postérieur de la gaine formée par le dedoublement du petit oblique et par l'aponévrose du transverse. A mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, ce feuillet cesse complètement passe en avant du droit et va s'accoler au feuillet antérieur qu'il renforce. L'endroit où le feuillet postérieur cesse forme un repli à bord aigu que l'on nomme pli de Douglas ou pli semi-lunaire, c'est en cet endroit que l'artère épigastrique pénètre dans la gaine.

Au-dessous de ce repli, le droit n'est séparé des organes abdominaux que par un feuillet de tissu conjonctif auquel l'on a donné le nom de *fascia transversalis*.

(A suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Etranglement herniaire et éther.

M. le Dr *Fréd. Souesme*, de Montargis, nous communique les deux observations suivantes, particulièrement intéressantes pour les praticiens.

Dans le 1er cas, il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, porteur d'une hernie scrotale assez volumineuse, facilement réductible en temps ordinaire et habituellement maintenue par un bandage. Dernièrement, mon client, trouvant que son bandage le gênait, s'en fut à Paris chez un bandagiste qui lui appliqua un nouveau bandage. Au retour, durant le trajet en chemin de fer, il ressentit de violentes douleurs abdominales et, en arrivant chez lui, il constata que sa hernie était ortie. Il se mit au lit et me fit appeler seulement 36 heures après. Je me trouvai en présence d'une hernie scrotale volumineuse, dure, douloureuse, et toute tentative de réduction par les moyens ordinaires restait vaine. Pas de selles depuis l'accident, absence de gaz, vomissements biliaires, pouls petit, état général mauvais. C'est alors, que j'essayai des applications d'éther. Ayant protégé les parties avoisinantes au moyen de taffetas gommé, j'appliquai sur le siège de la hernie un gâteau de ouate que j'arrosai largement d'éther. Sensation immédiate de cuisson assez intense, mais de courte durée. Toutes les 3 ou 4 minutes, j'arrosai à nouveau la compresse. Au bout de 20 minutes, j'essayai de rechef le taxis, mais sans plus de succès que la première fois. Je fis alors entrevoir à la famille, qu'une intervention chirurgicale serait probablement néces-

saire—et à bref délai—et j'allai m'assurer le concours d'un confrère. Il était midi lorsque je quittai le malade, recommandant, à tout hasard, de continuer les applications d'éther. A 2 heures, mon confrère et moi, nous pûmes constater que la tumeur était moins dure, la peau moins tendue, le contenu de la hernie plus souple, plus malléable, et, à notre grande satisfaction, la hernie se réduisit presque d'elle-même.

Dès ce moment, cessation de tout vomissement, rétablissement du cours des matières et des gaz, et absence de tout accident consécutif.

La quantité d'éther employée avait été de 300 grammes.

Le second cas concerne une femme de 42 ans, qui m'avait fait appeler parce qu'elle s'était trouvée mal dans les champs et parce que ses règles s'étaient arrêtées. En examinant cette femme, je constatai la présence dans l'aîne droite d'une hernie inguinopubienne grosse environ comme un œuf. L'interrogatoire auquel je me livrai m'apprit que cette hernie existait depuis 10 ans, mais qu'on n'y avait attaché aucune importance, parce qu'elle ne se montrait que par intermittences, qu'elle n'avait jamais augmenté de volume et qu'elle rentrait d'elle-même, la malade étant couchée; il n'y avait donc jamais eu port de bandage. A l'occasion d'un effort, cette hernie était sortie, et cette fois, elle ne semblait pas disposée à vouloir rentrer, malgré des tentatives de réduction qui durèrent bien 20 minutes. Comme c'était la nuit et assez loin dans la campagne et que l'étranglement était de date récente—10 heures peut être, je me contentai de prescrire 300 gr. d'éther et j'expliquai au mari, l'usage qu'il devait en faire—Le lendemain matin, je retrouve la tumeur, mais moins volumineuse, moins dure, moins douloureuse. Les 300 gr. d'éther avaient été employés; dans cette prévision, je m'étais muni d'une quantité égale et, pendant 20 minutes, je maintins sur la région une compresse de ouate constamment imbibée d'éther. Ces 20 minutes écoulées, je renouvelai mes tentatives de réduction qui, cette fois, furent couronnées d'un plein succès.

J'ajoute que là, comme dans le cas précédent, il y avait vomissements biliaires, douleurs abdominales, absence de selles et de gaz, et que tous ces symptômes disparurent avec la réduction de la hernie, qui, cette fois, nécessita 500 gr. d'éther, peut-être parce que l'opération qui en avait été confiée la nuit au mari avait été mal faite.

—Ces deux faits m'amènent à conclure que la méthode recommandée par le Dr Fiessinger devrait entrer dans la pratique courante, et que, si elle était mieux connue et plus souvent appliquée, elle éviterait bien des interventions sanglantes, toujours ennuyeuses et non exemptes de danger.

(Le Concours Médical.)

#### De l'implantation des ureteres dans l'S iliaque.

M. R. FRANK a présenté un enfant atteint d'ectopie vésicale, chez lequel il a pratiqué, il y a 4 ans, l'implantation des uretères dans l'S iliaque. A la suite de cette intervention, la vessie est devenue suffisamment continente pendant le jour, mais la nuit le malade est obligé de se lever plusieurs fois pour uriner. Ce fait plaide en faveur de l'opération de Madyl et prouve qu'il n'y a pas à craindre une infection ascendante des reins par l'intermédiaire des uretères abouchés dans l'intestin.

M. VON EISELSBERG déclare avoir pratiqué 8 fois l'opération de Maydl; 3 des malades ont succombé, mais chez un seul la mort a été due à une infection ascendante.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

#### Nature des corps de Zuckermandl.

M. BIEDL a communiqué le résultat de ses recherches sur les petits corps trouvés par M. Zuckermandl dans l'espace rétro-péritonéal des nouveau-nés, à l'origine des artères mésentériques supérieures.

D'après l'orateur, l'extrait aqueux de ces organes possède la même action physiologique que l'extrait de capsules surrénales: injecté dans les veines, il détermine une élévation de la pression sanguine et un ralentissement du pouls. Ces effets seraient dus à la présence, aussi bien dans les corps de Zuckermandl que dans les capsules surrénales, de cellules polygonales qui se colorent en jaune par l'acide chromique (*cellules chromaffines*).

M. Biedl considère ces corps comme des capsules surrénales accessoires; ils s'hypertrophient, en effet, lorsqu'on extirpe les capsules surrénales vraies. Les fonctions des capsules accessoires seraient limitées à la vie embryonnaire; ces corpuscules s'atrophieraient ensuite et seraient remplacés par les vraies capsules surrénales dont l'activité persiste toute la vie. Le principal rôle de ces organes est de régulariser la pression sanguine.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

#### Le cyto-diagnostic.

Par M. E. BABONNEIX.

Depuis les remarquables travaux de M. Widal et de ses collaborateurs, une nouvelle science est née qui se propose de fournir, par l'examen des éléments cellulaires des liquides de l'organisme, des indications utiles au diagnostic et au pronostic de certaines affections: c'est le cyto-diagnostic.

C'est surtout en *pathologie nerveuse* que cette nouvelle méthode rend actuellement le plus de services: elle repose sur ce principe, qui n'est plus contesté que

par quelques rares auteurs (Toison et Lenoble, Lewkowicz), qu'à l'état normal le liquide céphalo-rachidien ne contient aucun élément cellulaire. Si donc, au cours d'une affection nerveuse, on trouve dans ce liquide de nombreuses cellules, c'est qu'il existe un état pathologique des méninges. De plus, la nature de ces cellules variant avec la maladie, il est souvent possible, de par le seul examen microscopique, de déterminer la cause des lésions méningées.

La technique du cyto-diagnostic appliqué à l'étude des maladies nerveuses est relativement simple. Elle comporte nécessairement comme premier temps, la ponction lombaire. (Nous ne décrirons pas à nouveau cette opération, qui a été étudiée ici-même, et nous renverrons ceux que la question intéresse, à la Revue générale de M. Levi-Sirugue et à l'excellent article de M. J.-A. Sicard. Dans un second temps, il s'agit de traiter le liquide obtenu par la ponction suivant les règles formulées par M. Widal. Pour cela, ce liquide est mis dans un tube effilé et centrifugé dans l'appareil de Krauss pendant une dizaine de minutes environ ; puis le culot est extrait avec une pipette, et déposé sur des lames bien propres que l'on met à l'étuve à 37 degrés jusqu'à ce qu'elles soient sèches. Les préparations sont fixées à l'alcool-éther et colorées au bleu de méthylène, au bleu polychrome, au triacite d'Ehrlich ou encore à l'hématéine-éosine. Pour l'examen, il est bon d'employer l'objectif à immersion. M. Widal recommande de regarder tous les préparations, les éléments cellulaires pouvant être plus nombreux sur l'une d'elles que sur les autres.

Des résultats obtenus en suivant cette technique, les uns sont absolument démontrés à l'heure actuelle, les autres sont encore à l'étude. Parmi les premiers, il faut citer tout d'abord lymphocytose qui accompagne les inflammations chroniques des méninges, et la polynucléose qui traduit l'irritation aiguë de ces membranes.

Les éléments cellulaires rencontrés dans les liquides céphalo-rachidiens pathologiques sont presque toujours, en effet, des leucocytes, et suivant que ces derniers sont des petits mononucléaires à gros noyau ou des polynucléaires à noyau bi ou trilobé, on dit qu'il y a lymphocytose ou polynucléose. La lymphocytose accompagne les états inflammatoires chroniques des méninges. C'est donc dans la *méningite tuberculeuse* (Widal, Sicard et Ravaut) qu'elle sera le plus nette et qu'elle acquerra sa plus haute valeur diagnostique. Et, en effet, dans la plupart des observations de méningites tuberculeuses ponctionnées, on a trouvé une lymphocytose pure ou prédominante du liquide céphalo-rachidien.

Mais il ne faudrait pas considérer la lymphocytose comme absolument pathognomonique de cette affection. Tout d'abord, elle a été observée dans la plupart des inflammations chroniques des méninges : paralysie gé-

nérale, tabes, méningo-myélites syphilitiques, pachyméningite, etc. De plus, elle a été notée, au moins deux fois (Rendu et Géraudel, Achard et Laubry), dans des cas où il n'existait pas de méningite, et une fois dans un cas où, cliniquement, il ne s'agissait que de méningisme typhique (Méry et Babonneix). Enfin quelquefois, elle est remplacée par de la polynucléose, sans que l'on puisse, comme l'a soutenu M. Lewkowicz, rattacher cette polynucléose à l'existence de placards caséux des méninges, puisque, dans une observation de M. Wolff, il y avait placards caséux sans polynucléose, et dans une autre de MM. Guinon et Simon, polynucléose sans placards caséux.

Nous avons dit que la lymphocytose s'observe dans la plupart des processus chroniques des méninges : elle a été signalée dans la sclérose en plaques (Carrière), dans les tabes et la paralysie générale (Nageotte), dans les méningo-myélites syphilitiques, dans la maladie de Friedreich (Widal et L. Le Sourd, Barjon et Cade), dans la pachyméningite cervicale hypertrophique (Widal et L. Le Sourd), le zona (Achard et Lœper), etc., elle indique presque toujours une lésion inflammatoire des méninges évoluant avec une lenteur relative et n'aboutissant pas à la suppuration.

La polynucléose, au contraire, caractérise les processus aigus des méninges, les méningites cérébro-spinales. Sa constatation est particulièrement précieuse lorsqu'il s'agit de dépister une méningite cérébro-spinale ambulatoire (Sicard et Brécy), ou de différencier une méningite aiguë du tétanos. Mais cette polynucléose est rarement aussi pure que la lymphocytose de la méningite tuberculeuse : il résulte en effet des travaux de Labbé et Castaigne, de Sicard et Brécy, que, une dizaine de jours après son début, lymphocytes font leur apparition et arrivent à être aussi nombreux que les polynucléaires, plus nombreux même si la guérison doit survenir. A ce point de vue, les renseignements fournis par le cyto-diagnostic sont utiles non seulement au diagnostic, mais encore au pronostic : il semble en effet qu'il y ait une relation entre la nature de la formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien et l'évolution de la maladie, les polynucléaires réapparaissant aux phases aiguës les lymphocytes indiquant au contraire une guérison prochaine.

On pouvait penser que le cyto-diagnostic nous fournirait le moyen de différencier facilement les *états pseudo-méningitiques* des méningites véritables. En réalité, ces espérances n'ont pas été confirmées. La réaction leucocytaire, dans les cas de méningisme typhique, a été tantôt absolument négative (Widal, Dopter, Grenet), tantôt réelle, et consistant en une lymphocytose peu accusée (Vaquez) ou très marquée (Méry et Babonneix). Que ces variations dans la formule leucocytaire soient en rapport avec la gravité des accidents méningitiques (H. Grenet), la chose est possible et même probable, mais, pratiquement, le cyto-diagnostic ne peut pas nous

fournir ici de renseignement décisif.

Il n'en est pas de même dans les affections dynamiques du système nerveux ni dans celles qui s'intéressent pas l'axe cérébro-spinal. C'est dire que dans l'hystérie, dans les maladies mentales, dans les polynévrites, dans les myopathies, il n'y a aucune réaction cellulaire du côté du liquide céphalo-rachidien ; on pourra donc ainsi, dans les cas douteux, résoudre par le cyto-diagnostic la question de savoir si une maladie donnée est organique ou non, et, dans le premier cas, si elle intéresse les méninges cérébro-spinales.

Le cyto-diagnostic rend encore de grands services à l'étude des *épancements pleuraux*. Il résulte, en effet, des recherches de MM. Widal et Ravaut, que dans les pleuro-tuberculoses primitives, il y a lymphocytose pure ou prédominante sans placards endothéliaux et que, dans toutes les autres affections de la plèvre (pleurésies des brightiques, des cardiaques, pleurésies consécutives à des tumeurs malignes du poumon, pleurésies septiques, etc.), on trouve constamment, dans le liquide pleural, des placards endothéliaux. L'absence de ces placards dans le premier cas, leur présence dans le second, sont ingénieusement expliquées par M. Ravaut : dans les pleuro-tuberculoses, il existe à la surface interne de la plèvre, une néo-membrane qui empêche la desquamation endothéliale ; dans les autres pleurésies, il n'y a pas de néo-membrane : le liquide pleural peut irriter l'endothélium qui se desquame. Quant aux autres caractères cytologiques du liquide, ils sont semblables à ceux du liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire qu'à l'irritation signée de la plèvre correspond la polynucléose et à l'irritation subaiguë ou chronique la lymphocytose.

Tels sont les principaux résultats fournis par le cyto-diagnostic. Ils permettent, dans un grand nombre de cas, de vérifier le diagnostic clinique et de préciser le pronostic : à ce titre, le cyto-diagnostic mérite d'entrer dans la pratique journalière.

(Gaz. des hôp.)

### Chloroforme chez les cardiaques et accidents de la chloroformisation

par H Huchard.

(Suite)

Restent l'adipose et la dégénérescence graisseuse du cœur dont on a peut-être un peu trop parlé. La plupart des orateurs l'ont signalée comme une contre-indication presque formelle à l'emploi du chloroforme, et M. Guyon dit qu'il ne peut partager ma confiance dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur. Or, cette dégénérescence cardiaque qu'on invoque à chaque instant, n'est le plus souvent une maladie autonome (sauf dans certaines intoxications par le phosphore, l'alcool,

l'arsenic) ; elle est simplement une lésion surajoutée à diverses cardiopathies, et cette lésion, on peut la soupçonner, mais on ne la diagnostique pas d'une façon certaine ni constante, quoique les traités classiques l'affirment, bien timidement, du reste, et quoique Hardy ait tenté d'en esquisser sans succès la symptomatologie dans cette enceinte, en 1882. Sa symptomatologie, à laquelle Stokes rapportait autrefois, bien à tort, le phénomène respiratoire qui porte son nom (respiration de Cheyne Stokes) et qui est certainement d'origine rénale et urémique, est vague et indéfinie, et comme dans toutes les observations, cette lésion est seulement reconnue sur la table de l'autopsie, il s'ensuit qu'une contre-indication *post mortem* n'a pas de valeur. D'autre part, on trouve des cœurs profondément dégénérés, comme les cœurs scléreux, et qui résistent très bien à l'anesthésie chloroformique. Je ne puis donc qu'affirmer, une fois de plus, ce que je disais à l'ouverture de ce débat ; "Plusieurs médecins ou chirurgiens que j'ai interrogés sur le diagnostic de cette dégénérescence graisseuse m'ont toujours répondu par des symptômes traduisant ceux de la cardio-sclérose ou de la sclérose cardio-rénale." Alors, envisagée de la sorte, la question ne nous sépare plus.

C'est l'état *dyspnéique* qui fait la contre indication principale, comme dans les cas d'adipose cardiaque qu'il ne faut pas confondre avec la dégénérescence graisseuse du cœur dont la constatation, du reste, ne peut pas se faire par un simple examen macroscopique, seulement indiqué d'une façon banale dans trop d'observations. La cardio-sclérose est d'un diagnostic très facile, mais elle ne devient, encore une fois, un obstacle *temporaire* à l'anesthésie que par la dyspnée toxico-alimentaire dont une médication spéciale peut avoir facilement raison.

Sous la réserve de ces explications, l'accord va devenir unanime. Une affection du cœur, valvulaire, artérielle ou myocardique, pourvu qu'elle soit à la période de compensation suffisante, qu'elle ne soit pas compliquée de dyspnée toxico-alimentaire ou d'un état prononcé d'asystolie, n'est pas une contre-indication à l'anesthésie chloroformique. D'autre part, sur cent morts chloroformiques, il n'y en a pas dix où l'état cardiaque du sujet puisse être incriminé. Ces deux propositions très formelles, confirmées par l'expérience et l'observation des faits ne doivent nullement nous détourner, comme paraît le craindre M. Delorme, de l'auscultation préalable des malades qui doivent être anesthésiés, ni de la surveillance spéciale à laquelle il convient toujours de soumettre les cardiaques au cours de la chloroformisation, et nous avons été tous d'accord sur la préférence à accorder à la méthode de petits doses données d'une façon continue, goutte à goutte, et sans intermittences.

## II

Quand on cherche les causes de la mort par le chloroforme, il faut considérer trois agents ; *chloroforme*,

*chloroformiste, chloroformé.* Donc, rien n'est mystérieux dans cet accident, comme paraît le croire M. Poncet, qui a dit, avec une certaine exagération, que cet anesthésique est "dangereux et meurtrier, et qu'on ne sait ni pourquoi, ni comment il tue".

a) Le chloroforme *impur* a été surtout accusé autrefois par Maurice Perrin (*Acad. de méd.*, 1878), et, dans la grande discussion qui eut lieu à cette même tribune, en 1882, Léon Le Fort a cité trois cas d'accidents mortels dus à l'impureté du chloroforme : ceux de Macleod, de Hüter et de Bergmann. D'autres faits semblables pourraient encore être rapportés.

Aujourd'hui, grâce aux précautions indiquées par Regnault autrefois, puis par M. Lucas-Championnière, enfin par MM. Prunier et Marty dont l'intervention dans le débat nous a été si utile, le danger de ce côté peut être considéré comme écarté. Cependant, Terrier et Patein, en 1884, ont signalé huit fois sur dix l'apparition d'une albuminurie transitoire après l'anesthésie chloroformique, et notre savant collègue et ami, Renault (de Lyon), est venu vous démontrer que le chloroforme, même à l'état de pureté, détermine presque toujours une lésion rénale portant sur les cellules des tubes contournés à bordure en brosse, lésion importante et d'après lui, puisqu'elle intéresse l'organe dans son élément glandulaire, dans sa cellule essentielle. Cette "atteinte rénale chloroformique" est une des raisons pour lesquelles on doit, d'après lui, préférer l'anesthésie par l'éther, et il ajoute : "Avec l'éther, on n'a à craindre que l'asphyxie, non plus la syncope." Or, mourir asphyxié par l'éther, ou mourir syncopé par le chloroforme, c'est toujours la mort. Je ne sais même pas si je ne préférerais point la seconde à la première. Quoi qu'il en soit, les recherches d'un observateur tel que M. Renault ont une très grande importance, et il s'agit seulement de savoir si cette altération rénale ne cesse pas avec la cause qui l'a provoquée, comme l'albuminurie transitoire de Patein et Terrier, comme les modifications du sang que Robert Loewy et A. Paris ont remarquées dernièrement au cours de l'anesthésie chloroformique.

b) Le mode de chloroformisation et le chloroformiste peuvent être incriminés le plus souvent. — Tel était l'avis de Sédillot dont on a beaucoup attaqué l'aphorisme un peu brutal : "Le chloroforme bien préparé et surtout bien administré ne tue pas." Cependant, à la discussion académique de 1882, Gosselin, J Guérin partageaient cette opinion, et M. Tillaux s'exprimait alors en ces termes : "J'ai le sentiment profond que toutes les fois qu'il m'est arrivé une alerte, elle tenait à une faute commise. La mort par le chloroforme est presque toujours le résultat d'une mauvaise administration." Sous une autre forme, notre collègue et ami Richelot a traduit la même idée : "La plus grande somme de responsabilité incombe à celui qui donne le chloroforme." Un grand nombre de chirurgiens partagent cette opinion, et je crois ne pas avoir

été au delà de la vérité, lorsque j'ai dit que les accidents chloroformiques sont dus, 90 fois et même davantage sur 100, plus à la chloroformisation défectueuse qu'au chloroforme lui-même. C'est pour cette raison que nous avons cru devoir insister sur l'importance du choix des anesthésistes parmi les élèves des services hospitaliers, et sur la nécessité de créer et d'améliorer, à la Faculté comme à l'hôpital, l'enseignement de l'anesthésie. "L'administration du chloroforme est un des éléments les plus essentiels de l'éducation médicale," vous a dit M. Guyon, et c'est pour cela qu'il insiste également sur cet enseignement et qu'il a pris soin d'afficher dans l'un des locaux de son service les règles générales de la chloroformisation. En disant incidemment "qu'il devrait y avoir des chloroformistes de profession à l'hôpital comme en ville", nous avons posé une question, résolue d'elle-même au moins en ville, opérateurs et malades ayant toujours recours pour la chloroformisation à des hommes offrant, comme je l'ai dit, toutes les garanties d'instruction, d'expérience et de sang-froid. Ces garanties, on a le devoir de les chercher aussi bien à l'hôpital qu'en ville, et pour endormir leurs malades, les chirurgiens, — est-il besoin de le dire ? — ont soin de faire un choix parmi leurs élèves, dont quelques uns resteront toujours insuffisants et mal préparés par des qualités contraires pour ce genre d'opération. Car il ne faut pas dire avec l'un de nos collègues "que la chloroformisation doit être conduite comme une expérience physiologique". La chloroformisation n'est pas une expérience, elle est une opération très délicate à côté d'une autre. Voilà ce que nous entendons par les mots "chloroformistes de profession", mots qui ont soulevé trop de protestations parce que notre proposition, peut-être insuffisamment présentée, a été mal comprise. Avec ces nouvelles explications, l'accord-unanime doit être bien près de se faire sur cette troisième question.

(A suivre)

## CHIRURGIE

### Les fractures du coude chez les enfants

D'après COTTON qui vient de faire sur ce sujet une importante étude, la classification usuelle répondrait imparfaitement à la réalité des faits observés. Les lésions sont par ordre de fréquence : la fracture du condyle externe, la fracture supra-condylienne, le décollement de l'épitrôchlée, le décollement total de l'épiphyse. Quant aux déformations qui accompagnent les diverses lésions, on peut les résumer de la façon suivante : la fracture du condyle externe se relève souvent par une saillie en éperon, avec ou sans déplacement du condyle lui-même ; dans la fracture supra-condyli-



enne, on note fréquemment la déformation en " fût de fusil " avec déplacement en arrière du fragment inférieur ; l'épitrachée fracturée subit un déplacement en bas et en avant. Les troubles de la motilité, consécutifs à la fracture du condyle externe, sont rarement considérables et se bornent à une diminution de l'extension. L'ankylose et la perte presque totale des mouvements s'observent rarement chez les enfants ; il s'agit alors de la consolidation des fragments dans une situation vicieuse.

Le traitement est variable. Quant il s'agit de la fracture du condyle externe, on peut espérer la réduction en imprimant un mouvement de flexion et de pronation, tandis qu'on exerce une pression dans le sens transversal.

Le mieux est d'immobiliser le coude à angle droit. Dans les fractures supra-condyliennes, on peut réduire en opérant un mouvement de traction et de flexion, et immobiliser à angle droit sur une attelle en mettant sur l'avant-bras des bandelettes de diachylon destinées à empêcher le déplacement en arrière du fragment. Au bout d'un certain temps on peut mettre l'avant-bras à 135 degrés environ, au lieu de 90 degrés. Dans les fractures de l'épitrachée, la position à angle droit est également celle qui relâche le mieux les muscles et permet d'espérer la réduction du fragment. On ne doit pas trop compter sur la réunion osseuse ; il faut surtout tâcher d'éviter la rétraction musculaire. Dans ce cas, le massage et la mobilisation précoce paraissent devoir remplacer les traitements anciens.

Dans les cas complexes, lorsque la réduction est impossible par les moyens ordinaires, ou bien lorsque de longs mois de traitement n'ont donné comme résultat qu'une déformité ou une impotence marquées, il semble que l'intervention opératoire doive avoir dans l'avenir des indications de plus en plus fréquentes.

(Ann. of Surgery. — Gaz. des hôpitaux.)

## OBSTETRIQUE

### Pathogénie et traitement des vomissements de la grossesse.

(Pratique du Professeur PINARD.)

M. le professeur Pinard vient de consacrer plusieurs leçons à l'étude des vomissements de la grossesse. Il expose longuement, tout d'abord, les idées qu'il défend depuis nombre d'années sur la pathogénie de cet accident si fréquent et quelquefois si grave de la gestation. L'état de grossesse, dit-il, provoque chez la femme une modification profonde de l'organisme, une transformation se traduisant cliniquement par une longue série de troubles de la santé, changements de caractère, nervosité, dermatoses, lésions nerveuses diverses, ptyalisme,

vomissements simples et légers, ou graves et incoercibles, albuminurie, éclampsie, etc. Un fait important domine cette symptomatologie presque entière ; les phénomènes morbides en question sont unis les uns aux autres par un lien étroit, une base, une source pathogénique commune. Tous relèvent d'une origine toxique, d'une *auto-intoxication gravidique*, comme la dénomme M. Pinard.

Du fait de la grossesse, la femme s'imprègne de toxines et subit un véritable empoisonnement passager dont le point de départ est probablement l'ovaire. Cette auto-intoxication gravidique se traduit par des signes et des lésions multiples ; elle porte sur la plupart des organes, sur le tube digestif, d'où ptyalisme et vomissements ; sur le rein, d'où albuminurie ; sur le système nerveux plus particulièrement.

Le professeur Pinard s'attache à démontrer que :

1° L'auto-intoxication est réellement la cause des troubles morbides ci-dessus énoncés ;

2° L'auto-intoxication frappe, avant tout, le système nerveux.

La preuve de l'empoisonnement gravidique se trouve dans les expériences précises des physiologistes, les mémorables travaux de Bouchard par exemple, qui a pu, en donnant à des animaux une alimentation plus ou moins riche en viande et en produits carnés, déterminer, à volonté, une auto-intoxication et la plupart des symptômes habituels de la grossesse : ptyalisme, vomissements, amaigrissement, etc.

D'autre part, l'intoxication porte sur le système nerveux. L'analyse des signes morbides le démontre. Le caractère spécial des vomissements, la sialorrhée parfois profuse qu'aucune lésion des glandes salivaires n'explique, l'abondance, enfin, et la diversité des phénomènes pathologiques du système nerveux lui-même sont des indications suffisantes. Les lésions nerveuses peuvent être non seulement fonctionnelles mais également anatomiques. Desnos, Joffroy et Pinard ont un cas très net d'atrophie musculaire, d'origine gravidique, chez une femme sans antécédents hystériques, mais fille de goutteux. Enceinte en première fois, elle avait eu des vomissements graves qui cessèrent au quatrième mois. Une seconde grossesse ramena les vomissements contre lesquels Desnos essaya, en vain, toute la pharmacopée usitée en pareille circonstance. Un jour, on remarqua que la malade présentait, à la main, de l'atrophie musculaire. Eu égard à la persistance des vomissements et à la rapidité de l'amaigrissement l'avortement artificiel fut décidé et pratiqué. Peu à peu l'amélioration de l'atrophie se produisit mais au bout de 18 mois la femme succomba avec tous les symptômes d'une intoxication complète du système nerveux.

Revenons aux vomissements de la grossesse. Quelle que soit leur bénignité apparente, ils n'en dénoncent pas moins une auto-intoxication gravidique. Une femme enceinte qui vomit est toujours une femme empoisonnée

par des toxines issues de son propre organisme. C'est un tort grave que de traiter, comme il arrive souvent, par le mépris, les nausées et les vomiturations du début de la gestation. Il faudrait sa'uer dans la rue, a-t-on dit, toute femme enceinte ; il est bon d'ajouter que jamais on ne fera trop pour elle, et cela dès le commencement, dès l'apparition des premiers signes.

Les vomissements se montrent, en général, d'assez bonne heure. Il existe des exemples où ils ont été tout à fait précoces. Telle la femme de Montgomery, qui eut son premier vomissement 3 jours après son mariage. Dans un grand nombre de cas, heureusement, le centre vomitif n'est pas profondément touché ; nausées et vomiturations s'atténuent peu à peu et spontanément, pour cesser après quelques mois. L'organisme sort victorieux contre l'auto-intoxication. Toutefois, il est à cette règle de trop nombreuses exceptions. On voit alors la malade perdre ses forces, les rejets alimentaires s'aggraver, devenir incoercibles, et, si on n'intervient pas à temps par une médication appropriée, la mort peut s'ensuivre.

Depuis Paul Dubois, l'évolution des vomissements dits incoercibles de la grossesse a été subdivisée en trois périodes, en trois phases progressives, une d'amaigrissement, une seconde fébrile, une troisième d'hallucinations, de délire, de coma se terminant par la mort. Il est un signe dont l'importance capitale pour le pronostic et le traitement : c'est le pouls. Appelé auprès d'une femme enceinte qui rejette toute alimentation, sur quel phénomène appréciera-t-on la gravité du cas ? Est-ce sur l'amaigrissement ? Nullement. De suite montrez-vous clinicien, dit le Pr Pinard. Avant de répondre, prenez le pouls. Il est normal, c'est bon, le centre vomitif est seul touché ; calmez les inquiétudes de la famille et dites que vous sortirez vainqueur de la situation ; vous voyez combien je m'engage. Le pouls par contre, dépasse-t-il 100, le cas est sérieux, quelle que soit l'intolérance stomacale. Ce ne sont pas les systèmes bruyants qui doivent réellement alarmer. Ils peuvent donner de l'amaigrissement, mais nous sommes à même de lutter contre celui-ci. Ce ne sont pas, non plus les phobies, les troubles cutanés qui guideront le pronostic. La seule chose capable de renseigner réellement sur le degré d'intoxication du système nerveux, c'est l'état du pouls (je ne dis pas la fièvre, car la température est parfois abaissée avec un pouls très élevé). Dépasse-t-il 100 pulsations, et malgré le traitement arrive-t-il à 110, 120 ou au-delà, le médecin est d'avance presque vaincu.

Pour en finir avec cette étude symptomatologique, je devrais dire qu'il y a des femmes chez lesquelles les vomissements s'arrêtent et qui meurent néanmoins. Malgré la disparition des troubles stomacaux, l'intoxication à point départ ovarien persiste. Celle-ci est, effectivement, le phénomène capital, dont le vomissement n'est qu'une simple conséquence.

(à suivre)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Le mercure et ses emplois

Les effets physiologiques du mercure consistent, comme je l'ai déjà dit, dans la diminution de la plasticité du sang, la déglobulisation des hématies, la résorption des éléments fibrineux, la diffuence plus forte des solides et des liquides de nos tissus. L'usage prolongé et les doses exagérées des préparations hydrargyriques entraînent une sorte de chlorose artificielle, de *bradytrophie*, médicamenteuse, qui ralentit les combustions, irrite et aseptise les sécrétions viscérales et provoque l'apparition rapide de la misère physiologique. Le mercure est toxique et dystrophique au premier chef, si l'on veut le manier *largà manu*.

Les bienfaits du mercure, en temps que médication chronique, se révèlent surtout dans la *cure de la syphilis*. C'est le spécifique véritable de la période secondaire de cette affection ; nous ne saurions (sans faute grave) nous priver de son emploi, puisque nous ne possédons véritablement succédané capable de neutraliser le virus de la vérole.

Le *protoiodure* d'hydrargyre au centigramme et le *bi-iodure* au milligramme, sous la forme de granules : telles sont les armes que la Dosimétrie met entre les mains du praticien pour la cure de la syphilis. Le mercure est assez long à s'éliminer de l'organisme pour ne pas avoir besoin d'être prescrit à doses prolongées ou continues. Il faut l'administré pendant quinze jours ou un mois de suite toute au plus, à l'occasion des accidents secondaires successifs et à dater du chancre initial. Deux à quatre granules de protoiodure, pris aux repas, suffisent en général, comme mercurialisation, au cours des deux premières années. On évite, par la sagesse des doses et par les temps de repos, les accidents d'*hydrargyrisme*, surtout du côté des centres nerveux, accidents souvent confondus, hélas ! avec l'encéphalo-myélopachie d'origine spécifique.

Aux doses et sous la forme des granules Charles Chanteaud, le protoiodure cause rarement des accidents d'intolérance. On combat, d'ailleurs, la sialorrhée possible par le moyen d'une hygiène buccodentaire rigoureuse et la diarrhée par les granules de *cotoïne* et de *iodhydrate de morphine*. Pris aux repas, les granules n'influencent qu'exceptionnellement le tube digestif : lorsqu'on les prend le matin et le soir, une tasse de lait suffit pour favoriser la tolérance. J'ai observé aussi, dans ma pratique, que les œufs ou l'alimentation riche en albumine sont, très nettement, prophylactiques de l'intoxication mercurielle médicamenteuse.

Au bout de la deuxième années et contre le tertiairisme, on emploiera, avec un bénéfice thérapeutique supérieur, les granules de *bi-iodure*, 6 à 8 fois par jour, à doses fractionnées. En cas d'accidents gommeux et ulcéreux rebelles, on ajoutera à ce traitement semblable

dose de granules d'iodoforme, pris deux par deux, à des heures différentes. Les fontes, éliminations et réparations de la dyscrasie en seront activées, surtout lorsqu'à la syphilis se surajoute une hybridité diathésique : scrofule, herpétisme ou arthritisme. A l'association pathologique, opposons l'association thérapeutique, lorsque cela est loisible.

Si les préparations mercurielles déterminent de l'inappétence, il faut les suspendre pendant quelques jours et les remplacer par les granules de *quassine*, aidés de quelques lavements avec une faible décoction de quina gris (6 pour 1000). Le mercure étant un dénutritif, un désassimilateur, il importe de conserver, à celui qui est forcé d'en faire usage, l'intégrité de ses organes digestifs et absorbants. Lorsqu'on désire pousser très loin l'action médicamenteuse (par exemple dans l'iritis, dans les gommés cérébro-médullaires, la cirrhose tertiaire), il faut délaissier absolument la voie gastrique, pour recourir aux frictions d'onguent napolitain ou aux injections sous-cutanées d'huile grise.

Notre ignorance, du reste, est grande, touchant l'action intime du mercure contre le virus syphilitique. Il est probable qu'elle ressortit, toutefois, à une influence microbicide spécifique. D'après M. Brûce, le mercure s'opposerait à la naissance des cellules-mères, altérant ainsi : le processus syphilitique, caractérisé précisément par la prolifération d'un grand nombre de néocytes. Il est certain qu'il retarde et abrège la durée des accidents et qu'il a presque toujours raison de leur ténacité. Mais pourquoi l'héroïsme curatif fait-il défaut lorsqu'il n'est plus en face du virus de la vérole ?

Les granules de *calomel* (au milligramme ou au centigramme) sont aussi très usités des médecins dosimètres. Le calomel à un milligr. est vivement attaqué par l'acide chlorhydrique du suc gastrique, surtout en présence du chlorure de sodium des aliments, et transformé en sublimé à l'état naissant, doué d'une action antyzimotique hors de pair. Il faut employer, à ces doses réfractées, le calomel (3 à 4 milligr. par jour) toutes les fois qu'il est besoin de désinfecter le milieu viscéral, notamment dans les pyrexies, les nosohémies, les états chroniques du tube digestif. Dans la diarrhée chronique et la dysenterie, je prescris, assez couramment, pendant un septénaire : émétine, calomel et morphine, un granule de chaque, toutes les 2 ou 3 heures, suivant les cas. On diminue la dose, au fur et à mesure que les évacuations diminuent elles-mêmes. Je recommande vivement cette médication à nos confrères de la marine et des colonies : ils la trouveront certainement supérieure, comme activité et comme tolérance, à la vieille formule de Segond, — surtout si elle est précédée et appuyée par l'action laxative du Seidlitz Charles Chanteaud, qui déblaie le terrain morbide et assure l'action médicamenteuse ultérieure du calomel.

Un granule de calomel à un milligr. toutes les heures, jusqu'à léger ptyalisme : voilà une excellente métho-

de à diriger contre la péritonite aiguë, l'appendicite et la métrô-péritonite. Dans l'ascite, liée surtout aux affections hépatiques, il faut donner les granules au centigramme (2 à 3, matin et soir, pendant trois jours de suite). Il n'est pas rare d'obtenir ainsi une forte diurèse, qui a raison de l'hydropisie et retarde la nécessité de la ponction. Dans les anasarques de cause cardiaque, cette médication n'est pas moins recommandable. En évitant l'action purgative, le système dosimétrique a pour but d'accroître les effets diurétiques : ceux-ci s'étant produits à souhait, il n'est plus difficile de solliciter, ensuite, l'intestin, par le moyen de l'évonymine, du podophyllin ou du simple Sedlitz.

Grimus recommande, avec raison, le calomel comme préventif de la goutte : suivant cet observateur, la décharge uricémique commence toujours par l'engorgement du foie et par la torpeur de l'intestin. Cinq centig. de calomel pris, au matin, pendant trois jours de suite, procurent d'énergiques réactions péristaltiques et éloignent ainsi les accidents articulaires, sans danger possible de métastase, grâce aux éliminations produites. Convaincu de l'excellence prophylactique de cette méthode, j'avoue que je l'appliquerais volontiers, systématiquement, à l'instar de mon savant confrère le docteur J. Rivière, dans les débuts des pyrexies et des congestions veineuses abdominales de tous ordres.

Les fortes doses de calomel donnent lieu à une superpurgation avec colique et douleurs de ventre, tandis que, fractionné en granules, le mercure doux est sédatif du cœur et de la thermogénèse, antiphlogistique, résolutif et éliminateur. Les granules Charles Chanteaud sont journellement ordonnés dans la méningite infantile, la pneumonie, la rétention biliaire. Les enfants ne bénéficient comme d'un vermifuge parfait contre les ascarides et les oxyures principalement. *Vermicide* est plus exact : car les helminthes sont expulsés morts, avec des matières fécales fortement colorées de biliverdine. Il existe, dans la littérature médicale, maintes observations de méningites guéries par le calomel : ce sont, certainement, des cas de *méningisme*, c'est-à-dire d'accidents réflexes méningés, dus à des vers intestinaux ou à des infections latentes du tube digestif dans l'enfance.

Dr E. MONIN in *Nouv. Rev. de Méd. et de Thé.*

## CORRESPONDANCE

Monsieur le directeur de la Revue.

Mon cher monsieur,

Me permettez-vous de faire dans votre journal quelques réflexions à l'auteur de l'article, paru dans "La Revue Médicale" du 23 juillet dernier et intitulé "Le médecin affilié aux loges et aux associations de secours mutuels, de ses méthodes et de son influence sur la

*pratique de la médecine.*" L'auteur, Mr Gauthier, d'Upton, paraît faire un crime au médecin, affilié aux loges et aux sociétés de secours mutuels, de faire de la médecine à prix fixe et va même jusqu'à qualifier tel médecin de parasite, et en fait une classe à part qu'il appelle 3me. Sans aller tout-à-fait aussi loin que ce monsieur, je reconnais qu'il est malheureux que notre profession soit à ce point exploitée, mais ne croyez-vous pas qu'il vaudrait mieux y aller doucement vis-à-vis de ses confrères, qui, pour la plus part, tentent par tous les moyens possibles de se défaire d'engagements solennels pris envers telle ou telle société dans des temps où il ne voyait pas de si près le danger qui nous menace.

Le district de St-Hyacinthe et le comté de Bagot en particulier, ne comptent pas ou presque pas de médecins faisant de la médecine à prix fixe pour le compte d'associations mutuelles. Il y a bien la question des examens à des prix excessivement bas ; mais pour sauvegarder sa haute réputation de médecin de 1er ordre, comme il paraît vouloir se qualifier, que n'a-t-il, "Mr le Dr Gauthier" pas refusé la piastre et même le vingt-cinq centins, payé suivant le cas, par la société Saint-Joseph pour un long examen médical.

Vous qui prêchez l'exemple dans ce grand mouvement de geurre contre les médecins pratiquant à des prix fixes, pourriez-vous me dire comment il se fait que dans votre localité vous traitez les élèves du couvent en raison d'une piastre par élève non pas par visite, ni par consultation, mais bien pour une année de service. Et quand vous faisiez application auprès des autorités du Grand Tronc pour obtenir une place de médecin à salaire fixe et très peu élevé, songiez-vous alors à trouver le sérum, qui devait détruire les parasites, que tout dernièrement vous découvriez dans votre cabinet de travail.

Pour être à la hauteur de la dignité professionnelle et pour être classé en première ligne, il ne suffit pas à mon sens, d'être médecin et ne pas appartenir à telle ou telle société mutuelle comme médecin salarié ou pratiquer la médecine à prix élevé.

Ce sont deux excellentes choses, mais elle ne forment pas à elles seules tout le code d'étiquette professionnelle. Pour vouloir gagner un point le ton de votre article, Mr le docteur, vous en a fait perdre un autre et très important. "*La charité confraternelle.*" Vous injuriez volontairement deux confrères, par incidence ; le premier parcequ'il annonce qu'il examine la vue gratuitement et le second parcequ'il guérit le ver solitaire par un procédé spécial. Vous ne dites pas par exemple, que le premier de ces deux médecins, bon médecin d'ailleurs, est seul pratiquant dans sa localité, qu'en conséquence il ne fait pas de tard à ses confrères, et que, s'il use de ce moyen d'annonce, c'est tout simplement pour chasser de sa localité les vendeurs de lunettes ; ces derniers ne sont pas rares dans nos campagnes, et pour garder chez lui certains clients, qui auparavant

se dirigeaient chez vous pour se faire examiner par un certain médecin, occupant votre bureau, certain dimanche de l'année, lequel médecin venu de Montréal était spécialiste et affichaient sur le frontispice de sa résidence rue St-Denis. "*Ici on donne des consultations gratuites.*" Connaissez-il son affaire celui-là ?

Et comment se fait-il que vous lui permettiez de faire de la médecine chez vous ? Consentiez-vous dans ces heures de consultations à descendre au rang des médecins de 3me ordre ?

Je m'arrête et vous remercie Mr le directeur de votre généreuse hospitalité. Je voulais tout simplement faire remarquer à l'auteur de cet article qu'il vaut mieux prêcher par l'exemple que par la parole et que s'il veut conserver le rang qu'il s'est assigné dans la profession, il lui faudra acquérir un peu d'humilité et de charité.

*Justitia.*

#### XIV Congrès International de médecine.

Nous avons l'honneur d'informer MM. les Médecins qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid que les Compagnies suivantes ont accordé des réductions sur le prix des billets en faveur des Membres du Congrès :

Chemin de fer du Nord d'Espagne idem de Madrid à Zarogaza et Alicane	} 50 pour cent
Compagnie Transatlantique (espagnole)....	
Chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Ouest, P.-L.-M., Etat et Orléans	} 50 pour cent
Navigazione Generale Italiana, Compagnie de navigation "Puglia", "Napolitana" et "Siciliana"	
	} 50 pour cent nourriture excluse

On fera connaître les réponses des autres Compagnies au fur et à mesure qu'elle parviendront au Comité exécutif.

Les "*Voyages pratiques,*" 9 rue de Rome-Paris (agences et correspondants à Bordeaux, Bruxelles, Londres, Marseille, Milan, Naples, New-York, Strasbourg, Toulouse, Zurich, etc.) s'occupent gratuitement de tout ce qui concerne les voyages : renseignements pour l'obtention des billets, excursions, etc.

Le *Service des logements à Madrid* est installé en permanence et c'est à lui directement qu'il faut s'adresser pour s'assurer de logements convenables (*Bureau des Logements. Faculté de Médecine, Madrid.*)

Tous ceux qui désireraient recevoir le programme préliminaire du Congrès, pourront le demander soit au Comité National de leur pays, soit au Secrétariat général à Madrid.

On rappelle que toutes les communications qui devront figurer au programme définitif, devront être annoncées au Secrétariat général avant le 1er Janvier 1903.

Plusieurs demandes sont parvenues au Comité exécutif au sujet de l'extension de l'art. II du Règlement

qui parle de l'admission comme membres du Congrès de toutes les personnes possédant un titre professionnel ou scientifique : il va s'en dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la Médecine.

Les adhésions et cotisations (30 Pesetas, ou 23-25 Francs, selon le change) peuvent être adressées aux Comités nationaux des différents pays, ou bien au Secrétariat Général du Congrès, à Madrid.

NOTA—Le sectionnement reste modifié comme suit :

- 1.) Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).
- 2.) Physiologie, Physique et Chimie biologiques.
- 3.) Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie.
- 4.) Thérapeutique et Pharmacie
 

}	a) Thérapeutique
	b) Hydrologie médicale.
	c) Pharmacie.
- 5.) Pathologie interne.
- 6.) Neurapathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.
- 7.) Pédiatrie.
- 8.) Dermatologie et Syphiligraphie.
- 9.) Chirurgie générale
 

}	a) Chirurgie et opérations chirurgiques.
	b) Urologie.
- 10.) Ophtalmologie.
- 11.) Oto Rhino-Laryngologie
 

}	a.) Otologie.
	b. Rhino-Laryngologie
- 12.) Odontologie et Stomatologie.
- 13.) Obstétrique et Gynécologie.
- 14.) Médecine et Hygiène Militaire et Navale.
- 15.) Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique.

Les cotisations (30 pesetas ou 25 francs) peuvent être adressées au Secrétariat Général, moyennant un chèque sur Madrid, ou à Mr le Secrétaire du Comité National Américain, Dr John H. Huddleston, 126, West, 85th Street, New-York.

## Coq-a-l'ane médicaux

De la présence de traces d'albumine et de quelques cylindres dans l'urine d'hommes passés la cinquantaine.—Oaler dit (N. Y. Med. J.) que tant que la quantité d'albumine est modérée et que la gravité spécifique de l'urine est relativement élevée, il n'y a pas lieu de porter un pronostic très fâcheux. Avec une bonne hygiène générale de l'estomac, un homme peut ainsi atteindre à un âge avancé. Il appuie sur les symptômes suivants comme indiquant un cas grave : une gravité spécifique continuellement basse ; une sclérose prononcée des artères périphériques, avec déplacement de la pointe

du cœur et la présence d'un bruit aortique résonnant au second temps ; l'existence d'une rétinite albuminurique. Il suggère de prendre plus de précautions pour distinguer le rein de l'artério-sclérose du vrai rein granuleux, contracté. Dans le premier, les altérations sont secondaires ; l'albuminurie est transitoire et la gravité spécifique pas très basse ; dans l'autre, l'albuminurie est plus persistante et plus abondante, la gravité relativement basse, la céphalalgie tenace et prononcée, les manifestations uréniques diverses plus fréquentes et les altérations de la rétine plus souvent notées. (*St. Paul's Med. J.*)

### Le traitement chirurgical de la néphrite chronique.

—Ce traitement a été suggéré par le professeur Edebohls en 1899 ; sa première opération fut pratiquée en novembre 1892 et fut une néphropexie chez un brightique ; le résultat fut la disparition de l'albuminurie et de la cylindrurie. Actuellement Edebohls pratique, de propos délibéré, la décortication totale ou partielle d'un ou des deux reins. D'après son expérience—at il s'agit d'une trentaine de cas environ ainsi opérés—la maladie de Bright chronique serait justifiable d'une opération—la décapsulation ou la décortication—avec chance de guérison radicale, après un certain temps. (*N. Y. Med. Rev. déc. 1901*). Primrose (*Canada J. Med. & Surg.*), vient de rapporter un succès chez un enfant de dix ans, atteint d'anasarque et d'ascite depuis six mois, avec albuminurie et cylindrurie. Une incision fut faite dans la capsule sur une longueur de un pouce et demi et la substance propre entamée à une profondeur d'un quart de pouce. Il draina avec un tube et de la gaze iodoformée. Un mois après, le second rein fut traité par la décortication complète. Deux mois après, l'enfant était en bonne voie de guérison.

On sait que Harrison avait déjà suggéré la ponction dans les néphrites aiguës ; mais l'intervention de propos délibéré pour la guérison de la néphrite chronique appartient à Edebohls, de New-York, et promet d'être le traitement de l'avenir dans cette maladie.

Le traitement chirurgical de l'ascite liée à la cirrhose du foie.—Le docteur M. L. Harris, de Chicago (*J. Am. Med. Asso.*) termine ainsi un intéressant travail : 1.—Malgré que l'augmentation de la tension dans le système porte soit un facteur important dans la production de l'ascite, ce n'est cependant pas le seul. 2.—L'opération de Talma (qui consiste à fixer l'épiploon à la paroi abdominale) est tout à fait simple et dépourvue de danger. 3.—L'opération sera faite le plus à bonne heure possible, dans la période préascitique, pour empêcher les altérations du péritoine, qui jouent un rôle important dans la persistance de l'ascite. 4.—Dans quelques cas, l'ascite a été améliorée, mais cela n'a pas été la règle, et l'on ne constate pas que l'opération ait modifié la marche de la maladie.

NIRE.

## Supplement Litteraire

### La Medecine en Russie

Dans le courant de l'année 1900, une des principales revues de Saint-Petersbourg, le *Mirr Bogyi*, commençait la publication d'une série d'articles intitulés : les *Mémoires d'un médecin*. Les articles étaient signés d'un nom inconnu, évidemment un pseudonyme : Docteur Veressaïef. Ils semblaient annoncer d'abord un simple roman sous forme d'autobiographie. Le héros y racontait ses études, son séjour à l'Université, ses débuts dans la carrière médicale. Mais dès le premier article, le récit s'entremêlait d'affirmations qui émurent vivement le public, et firent dresser l'oreille aux médecins. L'auteur y soutenait par exemple que les études médicales, dans les hôpitaux, avaient pour conséquence de fatiguer les malades, de blesser cruellement la pudeur des femmes, en un mot de faire payer très cher aux pauvres les soins qui leur étaient donnés. Plus loin, on assistait à des morts résultant d'une erreur de diagnostic, ou d'une opération maladroite. Et quand le héros devenait médecin, à son tour, il constatait avec épouvante que tout ce qu'il avait appris ne lui servait de rien, qu'il ne savait ni reconnaître la nature d'une maladie, ni même appliquer les traitements les plus élémentaires : il constatait que l'enseignement de la médecine, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, est non seulement insuffisant, mais dangereux, en armant les jeunes médecins d'un pouvoir dont ils risquent fort d'user au détriment de leurs malades.

Mais ce fut bien autre chose encore lorsque parurent les articles suivants. Renonçant à la forme du récit, le mystérieux et terrible 'docteur Veressaïef' abordait, l'un après l'autre, les plus graves problèmes moraux de sa profession. Il révélait au public stupéfait que les opérations, même les plus communes, aboutissaient souvent à des accidents mortels ; que les "nouveautés" médicales, même les plus en vogue, avaient de grandes chances d'être des poisons plus que des remèdes ; et que la médecine en général, sous sa forme actuelle, ne savait presque rien, du moins en tant que science positive. Le bon médecin, d'après l'auteur, n'était pas un savant, mais un artiste, un homme qui avait d'instinct la faculté, de comprendre la nature de ses clients et de deviner le moyen de les soulager. Sans compter que, dans un chapitre plus inquiétant encore que les autres, l'auteur se complaisait à énumérer une centaine d'expériences faites par de fameux médecins sur leurs malades, expériences consistant, pour la plupart, à inoculer à ces malheureux de nouvelles maladies, sous prétexte de les guérir de celles qu'ils avaient.

Aussi n'aura-t-on pas de peine à se représenter

l'émotion extraordinaire produite par ces audacieux *Mémoires d'un médecin* dans le public russe, et dans le monde médical en particulier. Celui-ci se partagea aussitôt en deux camps, dont l'un accusait le docteur Veressaïef de trahir imprudemment le secret professionnel, tandis que l'autre, au contraire prenait hardiment sa défense et soutenait avec lui qu'il y avait intérêt, pour le public, à ce que l'on fût fixé sur la véritable nature des pouvoirs de la médecine et de leurs limites. Quant au public, il se rua littéralement sur les *Mémoires d'un médecin*. Les éditions du livre s'enlevèrent au fur et à mesure qu'on les réimprimait ; et, aujourd'hui encore, les *Mémoires d'un médecin* sont peut-être le livre le plus lu de toute la littérature russe contemporaine.

Le livre a été traduit en allemand, et l'Allemagne s'en est émue comme avait fait la Russie. Il a été traduit en français, et tous les critiques qui en ont parlé se sont accordés à en reconnaître l'extrême intérêt, provenant à la fois de la portée pratique de ses révélations, de leur agrément littéraire, et de l'incontestable autorité scientifique dont elles sont revêtues. Mais tout en approuvant ou en dénigrant la thèse, hardie et imprévue, du "docteur Veressaïef" on continuait à ignorer qui pouvait bien être le docteur Veressaïef lui-même. D'après les uns, c'était un vieux professeur d'une université russe, d'après d'autres, un jeune savant qui, converti par les écrits moraux du comte Tolstoï, aurait renoncé à la médecine pour aller vivre à la campagne du travail de ses mains. J'avais lu, moi aussi, ces diverses hypothèses dans les journaux russes, et je fus agréablement surpris, l'autre jour, de rencontrer à Paris un journaliste pétersbourgeois qui se trouvait être l'ami du mystérieux docteur Veressaïef. Voici en quelques mots, ce que j'ai pu apprendre de lui :

L'auteur des *Mémoires d'un médecin* s'appelle de son vrai nom, Vincent Szmidowicz. Il est né à Toula, en 1867, d'un père polonais et d'une mère russe. Il a donc aujourd'hui trente-cinq ans.

Son père était médecin, un médecin à l'ancienne mode, tout pénétré des doctrines vitalistes du commencement du dix-neuvième siècle, c'est-à-dire en somme habitué à compter davantage sur la nature que sur la science pour la guérison des maladies. C'était en outre un homme d'une grande pitié, d'une morale sévère, élevant ses enfants dans la crainte de Dieu ; et bien que son fils n'ait pas hérité de lui la ferveur religieuse, c'est certainement à lui qu'il doit cette constante préoccupation du point de vue moral, qui est un des traits les plus caractéristique des *Mémoires d'un médecin*.

Après avoir achevé ses études latines au collège de Toula, le jeune Vincent entra à l'Université de Saint-Petersbourg, pour y étudier non point la médecine, mais les sciences historiques. Il y passa quatre années,

obtint un diplôme qui équivaut à peu près à notre licence des lettres ; et ce n'est qu'ensuite, au moment où l'on s'attendait à le voir devenir professeur dans quelque gymnase, qu'il forma le projet de se consacrer à la médecine, comme avait fait son père. Il entra en 1898 à l'Université de Juriev, dans la section de médecine, et y resta, six ans, jusqu'en 1894, où il obtint le grade de docteur. Par là s'explique que les études médicales aient fait naître chez lui les réflexions qu'il prête à son jeune héros. L'étudiant qu'il nous montre se passionnant pour les problèmes du métier médical, s'indignant du triste sort fait aux pauvres, découvrant partout les lacunes de la science et les injustices de l'état social cet étudiant était, en réalité, un jeune professeur de vingt-cinq ans, nourri d'histoire et de philosophie, et d'avance préparé à étudier la médecine et moraliste plus encore qu'en praticien.

Praticien, il le fut cependant au sortir de ses études, et il l'est encore. Il alla d'abord exercer la médecine à Toula, auprès de son père, qui doit être sans doute, le vieux médecin qu'il nous présente comme l'ayant guidé dans ses pénibles débuts. Puis, au bout de quelques mois, il revint à Saint-Petersbourg, où il fut attaché pendant sept ans, en qualité de médecin-adjoint, à un grand hôpital créé spécialement pour les ouvriers. Il y serait encore si, au printemps de l'année passée, il n'avait pas signé, avec ses collègues, une protestation contre l'attitude de la police dans la mémorable manifestation de la Cathédrale de Kazan. Cette signature lui valut d'être dépossédé de son emploi, et de devoir quitter Saint-Petersbourg. Il s'en est donc retourné à Toula, où il continue à pratiquer la médecine, et d'où il assiste le plus tranquillement du monde aux polémiques déchaînées par son livre dans toute la Russie.

Ses *Mémoires d'un médecin* ne sont pas d'ailleurs son début dans la littérature. Avant de les écrire, il avait publié un roman, la *Fin d'André Ivanovitch*, et un recueil de nouvelles, dont quelques-uns touchaient déjà à des problèmes de morale médicale.

J'ai demandé, en terminant, à l'ami du docteur Veressaïf, quelle avait été au juste l'intention qui avait inspiré son ami. Avait-il vraiment, comme il le déclare dans sa préface, cru rendre service à la médecine en éclairant le public sur sa véritable portée ? Ou bien devions-nous voir chez lui un cas, plus ou moins conscient, de ce nihilisme intellectuel qui porte bon nombre de ses compatriotes à ne découvrir partout que laideur et vanité ?

—Je vous assure bien qu'il n'y a pas l'ombre d'un tel « nihilisme » dans les intentions de Szmidowicz, — me répondit mon ami. — C'est le plus sérieusement du monde qu'il a voulu travailler, dans la mesure de ses forces, au progrès de la médecine, aimant celle-ci de toute son âme, et croyant en elle, je vous assure, beaucoup plus qu'on ne serait d'abord tenté de le supposer. Mais, comme nous tous, il a subi l'effet de la prédication mo-

rale du comte Tolstoï ; et il estime que, pour toutes les formes de la vie sociale, une franchise absolue est le premier des devoirs. Ce qu'il pensait des faiblesses de la médecine actuelle, il l'a dit, tel qu'il le pensait ; et vous ne devez pas oublier qu'il a dit aussi tout ce qu'il pensait de la grandeur de la médecine, du rôle bienfaisant qu'elle joue des maintenant, mais qu'elle jouera davantage encore lorsque, sous la pression de l'opinion publique, elle aura achevé de comprendre ce qu'elle peut et doit être. Les *Mémoires d'un médecin* ne sont pas un réquisitoire contre la médecine, ni une variation brillante sur le thème de l'universelle vanité : ils sont l'acte d'un honnête homme, qui, s'autorisant de sa science et de son expérience, nous invite à réfléchir avec lui sur des problèmes dont la solution, d'après lui, importe tous les jours davantage aussi bien à la dignité des médecins qu'à la vie et à la santé de ceux qu'ils soignent.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

#### Le poids des conscrits

Nous allons, cette année, pour la première fois, voir fonctionner, dans les conseils de révision, un nouveau système d'admission militaire—qui sera toujours, d'ailleurs, du système métrique...

Mais, tandis que jusqu'à ce jour on se contentait de mesurer les conscrits en hauteur et en largeur, désormais on les pèsera—et c'est le rapport du poids à la taille qui pourra les faire admettre ou rejeter.

En effet, tout homme qui, avec une taille de un mètre cinquante-quatre centimètres, ne pèsera pas au minimum cinquante kilogrammes, sera ajourné.

Ne craint-on pas que, comme les jockeys, quelques conscrits "carottiers" ne se fassent maigrir, par un savant régime, avant de se présenter au conseil de révision ?

Quoi qu'il en soit, le rapport du poids à la taille est admis dans tous les conseils à l'étranger.

(*Journal des Sciences médicales de Lille.*)

#### UN HOPITAL MONSTRE A NEW-YORK.

On vient d'ouvrir un hôpital magnifique construit à New-York grâce aux libéralités du milliardaire connu J. P. Morgan. La construction a coûté 1347,000 dollars. Le bâtiment s'élève sur une hauteur de huit étages et est aménagé conformément aux exigences de l'hygiène moderne. Dans les salles, sur les meubles, etc., les angles sont partout arrondis pour empêcher l'accumulation des poussières, l'ameublement est tout en fer et verre, la ventilation est assurée à l'aide des appareils électriques, etc. (*Journ. of the mer. Amed. Assoc.*)

## Travaux Originaux

### DISSECTION DE L'ABDOMEN

par M. le Dr L. E. FORTIER,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin  
de l'Hôtel-Dieu (Montréal)

(Suite)

*Pyramidal.*— C'est un petit muscle extrêmement variable, que l'on rencontre quelquefois dans la gaine du droit de l'abdomen, immédiatement en avant de la partie inférieure de ce muscle: il peut manquer d'un seul côté, ou des deux côtés à la fois.— De forme triangulaire ce muscle a environ deux pouces de longueur. Il s'insère par sa base sur le corps du pubis entre l'épine et la crête; puis il remonte en s'effilant vers l'ombilic il se fixe sur la ligne blanche à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.

Il n'est séparé du droit de l'abdomen que par une couche mince de tissu cellulaire

*Fascia transversalis.*

Si l'on enlève le muscle transverse l'on constate que toute sa surface profonde est tapissée par une mince couche aponévrotique, qui le sépare du péritoine: c'est à cette aponévrose que l'on donne le nom de fascia transversalis.

A sa partie supérieure, il est extrêmement mince et il se continue avec l'aponévrose qui tapisse la partie inférieure du diaphragme.

Sur les côtés, le fascia transversalis se replie sur le muscle psoas-iliaque, et prend le nom de fascia iliaque; inférieurement il s'attache, en dedans du muscle transverse, sur la lèvre interne de la crête iliaque et de la concavité que forme l'os iliaque au dessous du ligament de Poupart; — puis au pubis, en arrière du droit de l'abdomen et du tendon conjoint formé par le petit oblique et le transverse.

Au niveau de l'anneau crural, le fascia transversalis donne un prolongement qui descend dans la cuisse pour former le feuillet antérieur de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Le fascia transversalis se trouve à boucher postérieurement l'espace laissé libre au-dessus du ligament de Poupart, par l'arche que forment le petit oblique et le transverse; il constitue donc la paroi postérieure du canal inguinal, de même que le grand oblique en forme la paroi antérieure.

*Anneau inguinal interne.*

Le fascia transversalis donne une ouverture pour le passage du cordon spermatique chez l'homme, ou du ligament rond chez la femme; cette ouverture est située à un demi pouce au-dessus du ligament de Poupart, à mi-chemin entre le pubis et l'épine iliaque antéro-supérieure. On la nomme: anneau inguinal interne. Cet anneau est tellement accolé au cordon qu'il n'est pas beaucoup perceptible à l'état naturel, mais si l'on tend le cordon, l'on perçoit une dépression à l'intérieur de la cavité abdominale; tandis qu'à l'extérieur, le fascia forme un espèce d'entonnoir et se continue sur le cordon: l'on a donné à ce prolongement le nom de fascia spermatique et non d'anneau.

(à suivre)

## Revue du "Premier Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord" (I)

Hygiène moderne

Par M. le Dr E. P. LACHAPPELLE (Montréal)

Chevalier de la Légion d'Honneur, Professeur à l'Université Laval  
Président du Conseil d'Hygiène Provinciale, Président du  
Collège des Médecins et Chirurgiens de la  
Province de Québec

Messieurs.

Les organisateurs du premier Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord n'auraient pas cru leur organisation complète s'ils n'avaient créé une section spéciale pour l'hygiène et les intérêts professionnels. En cela ils se sont montrés soucieux des besoins du jour et anxieux d'être à la hauteur de leur époque. Que serait, en effet, au début du vingtième siècle, un congrès médical qui laisserait de côté les questions concernant la santé du public en général, et et les besoins du corps professionnel en particulier? N'est-ce pas l'une des notes caractéristiques du jour de voir la médecine, placée sur de nouvelles bases, prendre une direction de plus en plus grande dans l'organisation sociale, et n'en découle-t-il pas naturellement la nécessité, pour notre profession devenue plus influente, de poursuivre ses recherches et ses réformes, pour rester digne de sa mission toujours grandissante?

Aussi je félicite sincèrement messieurs les organisateurs du présent Congrès d'avoir fourni à ses membres l'opportunité de discuter ces questions de première

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.



importance. Je vous suis reconnaissant aussi, Messieurs, d'avoir répondu en si grand nombre à l'appel que vous ont fait ces messieurs. Enfin, je remercie le comité de m'avoir choisie dans une occasion aussi solennelle, au moment où tous les médecins français d'Amérique sont convoqués à célébrer le cinquantième de l'Université Laval, pour présider cette section, l'une des plus importantes de ce congrès.

Je n'ai pas cru devoir, en ouvrant cette séance, vous faire un long discours. Si je l'avais fait, je vous aurais fatalement parlé de l'hygiène, de ses progrès, de son organisation ; c'eût été, je le sens, confisquer inutilement une partie du temps précieux qui nous est alloué pour la discussion des sujets portés à l'ordre du jour. Personne plus que vous, je le sais, ne connaît l'utilité de l'hygiène, la perfection de plus en plus grande de ses moyens d'action, l'étendue de plus en plus considérable des résultats qu'elle obtient. Vous n'avez pas besoin d'être convaincus, vous l'êtes d'avance. Il était donc inutile d'insister.

Cette conviction, le public commence à la partager. Il eût été pénible qu'il en fut autrement, car c'est lui qui bénéficie en premier lieu de l'action bienfaisante de l'hygiène, et c'est pour lui, uniquement pour lui, que travaillent les hygiénistes. Oh ! je sais bien que la conviction a été lente à venir. Songez au nombre incalculable de cerveaux qu'il fallait convaincre, et combien, sur le nombre, sont peu ouverts aux questions scientifiques, sont obscurcis par des préjugés vieux comme le monde. Je sais bien encore qu'aujourd'hui même certains groupes demeurent réfractaires à la conviction ; leur résistance opiniâtre sera brisée par l'éloquence des faits, plus durable que leur entêtement. Vous le savez un fait prouvé ne se conteste plus. Ils auront beau, ces gens, crier que la science de l'hygiène est un leurre, que les lois sanitaires sont des abus de pouvoir, que les médecins hygiénistes sont dans l'erreur, ils n'arrêteront jamais l'hygiène dans sa marche vers le bien et la vérité, ils n'empêcheront pas la science de corriger, dans une certaine mesure, le mal qui est en nous et autour de nous, ils n'empêcheront pas les mesures hygiéniques de fortifier la vie et de combattre la mort. Et le fait éloquent demeure que l'hygiène a non-seulement, par ses progrès, diminué les ravages causés par les maladies infectieuses et contagieuses, mais qu'elle a aussi diminué la mortalité générale de la population du globe, et que cette diminution de la mortalité générale, dans tous les pays, a toujours été en proportion des mesures prises.

Ces faits étant reconnus, voyez quel trouble infini l'on se donne partout pour établir une organisation sanitaire effective, quelle importance de plus en plus grande l'enseignement de l'hygiène a pris dans nos facultés médicales, avec quelle ardeur l'on étend, l'on complète cet enseignement, enfin quelle large place l'on accorde dans le congrès de médecine, à la discussion des questions d'hygiène. Québec a voulu, dans cet ordre d'idées,

suivre l'exemple de Paris, de Londres, de Berlin, et prouver, en agissant ainsi, qu'il fait partie du monde scientifique moderne. C'est pour nous un plaisir particulier de le constater, et ce sera pour la réputation de notre pays une bonne note de plus.

Au point de vue sanitaire, comme d'ailleurs à bien d'autres points de vue, la province de Québec n'a pas à rougir de la place qu'elle occupe dans le monde civilisé. Dès 1886, par une loi créant un Conseil d'Hygiène Provincial et lui donnant les pouvoirs nécessaires, elle entra de plein pied dans le grand mouvement hygiénique qui s'affirmait alors et qui a fait depuis de si rapides progrès. Non-seulement elle est entrée dans ce mouvement avec résolution et vigueur, mais encore elle a marché allègrement du même pas avec ces aînés du vieux continent ; sa législation, d'année en année, a fixé dans son code les mesures de plus en plus complètes inspirées par la science pour, pas plus tard que l'année dernière (1901), doter nos statuts d'une loi d'hygiène qui peut se comparer avantageusement, par sa plénitude et son efficacité, avec celle de tous les autres pays. Je le dis avec fierté il n'y a pas, à l'heure qu'il est, une loi d'hygiène plus complète dans ses prévisions et plus efficace dans les pouvoirs qu'elle donne. Appliquée avec discernement et suivant l'esprit de responsabilité morale qui l'a inspirée, elle ne pourra donner que les meilleurs résultats.

Mieux que n'importe qui vous comprenez, messieurs, l'importance d'une législation sanitaire complète et efficace, car ayant charge de vie, vous savez les services que l'hygiène peut rendre non-seulement à vous-mêmes, mais à ceux qui vous consultent. Ces services, vous aurez l'occasion, dans les délibérations qui vont suivre, d'en apprécier les mérites incontestables, d'en constater les résultats évidents, et, je n'en ai aucun doute, d'en conseiller l'utilisation quotidienne. Car c'est à vous, plus qu'à n'importe qui, qu'incombe la responsabilité de faire connaître les moyens sanitaires, leur efficacité, leur application, et d'en diriger l'emploi. De même que, dans la pratique de tous les jours, vous êtes en état de venir constamment en aide à ceux qui sont spécialement chargés de veiller sur la santé publique, de même, dans vos discussions d'aujourd'hui, vous serez à même de jeter sur les différents problèmes sanitaires qui vous seront soumis, la lumière de votre expérience professionnelle. C'est ainsi que de nos discussions et de nos travaux communs naîtront pour le plus grand bien de tous, l'entente harmonieuse et l'éclaircissement mutuel qui donneront à ce congrès son résultat pratique. Ce résultat est désirable, nous serons fiers d'en avoir été les artisans.

Quant à nos intérêts professionnels, messieurs, nous ne les prenons pas nous-mêmes en considération, qui le fera ? Nous avons des droits : il faut savoir les défendre : nous avons des devoirs : il faut savoir les remplir ! Et ces droits, ces devoirs, il faut être sûr d'abord que nous les connaissons bien nous-mêmes dans toute leur intégrité, avec tout ce qu'ils comportent de

bonne foi, de courage, d'honnêteté ; il faut voir ensuite à ce que les autres ne les oublient pas, ne cherchent pas à nous les diminuer, à nous les enlever. L'heure est propice à des discussions de ce genre, et l'endroit est bien choisi. Ayons, nous aussi, notre patriotisme médical : efforçons-nous de placer ce patriotisme à la hauteur de notre race — noblesse oblige — et de le rendre fier dans ses revendications, droit dans son but, honnête dans ses procédés. Etendons le à tout notre patrimoine, appliquons le à toutes nos institutions, ne cherchons pas à limiter, à circonscrire son application, et nous gagnerons à notre corporation l'estime, le respect, la justice de nos gouvernements, de nos tribunaux et de nos concitoyens.

Oui, messieurs, l'occasion est belle et le moment bien choisi. Qu'il s'agisse des intérêts de la santé publique ou de nos intérêts en particulier, si nous voulons, ces intérêts, les bien définir devant l'esprit public, les bien faire entrer dans le domaine des choses reconnues, leur attirer le respect des gens et la protection des lois, profitons de ces jours de réjouissance publique et d'allégresse nationale, et sachons par la courtoisie de nos discussions, par la largeur de nos vues, par la sagesse de nos décisions, démontrer que nos intérêts ne font qu'un avec ceux du pays et de la nation, et que, pour une fois, nous avons su nous mettre d'accord. Ce sera le moyen d'ouvrir, pour notre profession, une ère de prospérité et de grandeur qui sera pour nous une source de satisfaction et de joie sans mélange, et que, pour ma part, je désire de tout mon cœur. Je suis sûr, messieurs, que vous le désirez également.

En agissant de la manière que je viens de dire, en prenant en main fièrement et courtoisement les intérêts de notre profession et ceux de la santé publique, si intimement liés les uns aux autres, nous agissons suivant les nobles traditions enseignées durant un demi siècle par cette Université Laval que nous sommes heureux de fêter aujourd'hui, et ce sera pour nous, je crois, le meilleur compliment à lui faire à l'occasion de ses noces d'or, celui dont elle aura le plus de raison de s'enorgueillir.

contribution à l'étude de la Grossesse Extra-Uterine.

Basée sur observations personnelles.

par M. le Dr COYTEUX PREVOST, (Ottawa).

Québec, cette ville incomparable qui s'enorgueillit, à juste titre, d'avoir été le berceau de tant de choses intéressantes, peut aussi se flatter d'avoir été témoin du premier cas de grossesse extra-utérine observé au Canada. Vous en trouverez la relation dans ce volume que j'offre à l'admiration des bibliophiles et qui, malgré son antiquité, n'en est pas moins une primeur : c'est le premier journal de médecine qui ait paru au Canada.

Il fut rédigé et publié à Québec par Xavier Tessier, en 1828.

A la page 213, le docteur François Blanchet rapporte le cas suivant :

“Dans le mois de novembre dernier, je fus appelé au milieu de la nuit, auprès d'une jeune femme. A mon arrivée elle venait d'expirer. J'appris alors de ses amis qu'elle avait été à l'église dans l'après-midi et qu'elle avait ressenti tout à coup de grandes douleurs dans l'abdomen, qui l'obligèrent à revenir aussitôt. Les douleurs ne firent qu'augmenter jusqu'au moment où elle expira, sans qu'il fut possible à ceux qui l'environnaient d'en reconnaître la cause. Je me hâtai d'en faire l'examen, le lendemain matin, conjointement avec mon neveu, le docteur J. Blanchet. La cavité du bassin était remplie de sang, ce qui ne nous permettait pas de douter que la femme ne fût morte d'une hémorragie interne provenant de la rupture de vaisseau considérables que nous nous efforçâmes de découvrir. En effet, nous aperçûmes un fœtus, d'environ trois mois, libre dans la cavité du bassin et flottant dans le sang. En examinant plus attentivement, nous découvrîmes que la trompe de Fallope du côté droit était divisée sur sa longueur et considérablement dilatée à l'endroit où le fœtus paraissait avoir surnagé et s'être développé jusqu'au moment où la rupture de la trompe lui eût permis de s'échapper dans la cavité du bassin. On apercevait aussi, distinctement, la forme d'un placenta qui était implanté dans l'endroit le plus dilaté de la trompe, ainsi que les enveloppes, et c'est sans doute à leur rupture que l'on doit rapporter l'hémorragie fatale qui a mis fin à l'existence de la malade.”

Cette relation si fidèle, que l'on croirait écrite d'hier, est un exemple remarquable de la manière dont se passaient autrefois les choses dans la grossesse extra-utérine accompagnée d'hémorragie foudroyante : douleurs subites, syncope terminée par la mort. Si l'autopsie n'avait pas été pratiquée, on aurait sans doute pas manqué de dire que la malade avait succombé à une maladie de cœur.

C'est ainsi que se passent encore les choses aujourd'hui, car, comme autrefois, il existe et il existera toujours des ovules capricieux qui, pour faire fausse route, n'attendent ni la naissance, ni l'influence pernicieuse de leur contact avec un monde corrompu. Seulement, le chirurgien instruit par l'expérience, dépiste aujourd'hui facilement, à la lumière des symptômes parfaitement définis, l'existence et la nature de conditions pathologiques autrefois méconnues. Mais si, généralement, on confie au spécialiste le soin de diriger le traitement chirurgical, d'un autre côté c'est le médecin de famille qui observe la maladie à son début. Il importe donc que ce dernier soit en demeure de reconnaître les accidents au moment opportun afin de pratiquer ou de réclamer une intervention précoce et efficace.

Il est trois maladies auxquelles ces remarques s'appli-

quent d'une manière toute particulière : l'appendicite, le cancer de la matrice et de la grossesse extra-utérine. Combien de malades sont morts, qui aurait pu être sauvés, si le médecin, aux prises avec un cas d'appendicite, cette prétendue inflammation d'intestins, n'avait pas attendu pour établir son diagnostic, que le pus crève la peau et les yeux ! Combien de prétendus ulcères ont été doués, tamponés et cautérisés sans résultat jusqu'au moment où le médecin désespéré jugeait mais trop tard, qu'il fallait recourir aux lumières d'un spécialiste expérimenté !

Il en est ainsi de la grossesse extra-utérine ; reconnue de bonheur et des les premiers symptômes, cette complication se terminera presque toujours favorablement, si on lui suppose une intervention opportune et éclairée. Je vous demande donc, pour le bénéfice de ceux qui n'ont pas fait de cette question l'objet d'études spéciales, la permission de décrire brièvement les signes au moyen desquels on peut reconnaître l'existence de la grossesse ectopique.

L'histoire la plus commune est la suivante : Une femme n'a jamais eu d'enfant ou, pendant quelques années, elle est demeurée stérile, accusant le plus souvent des désordre du côté de l'appareil génital. Ordinairement menstruée d'une manière régulière, elle saute une époque. Une, deux, trois semaines après la date où elle aurait dû avoir ses règles, elle est prise brusquement de douleurs violentes dans l'abdomen. Cet accident survient dans la rue et, chose étrange, très fréquemment à l'église, ou bien au moment où elle fait un effort quelconque. Cette douleur porte au cœur, suivant l'expression usitée par les malades. Elle éprouve une tendance à la syncope ; elle se met au lit, les douleurs s'apaisent. Au même moment un écoulement vaginal apparaît ; on croit que c'est le retour de ses règles ou la menace d'un avortement, opinion souvent partagée par le médecin que l'on ne manque pas de faire appeler. Cependant les mêmes phénomènes reparaissent, les douleurs reviennent les jours suivants d'une manière intermittente ; du sang noirâtre s'écoule par le vagin. C'est le temps d'être sur vos gardes, car vous êtes exposés à être mandés d'urgence pendant la nuit et vous trouverez la malade exsangue avec pouls filiforme et peut-être sans connaissance ; elle avait une grossesse extra-utérine qui vient de se rompre et elle va mourir d'hémorragie interne si la laparotomie n'est prise immédiatement pratiquée, le vaisseau qui donne saisi et ligaturé.

Si, d'un autre côté, il n'existe pas d'hémorragie interne, les accidents ne présenteront plus la même gravité : mais en prenant l'histoire du cas, outre l'aménorrhée, la douleur, l'écoulement vaginal, la tendance à la syncope, on apprendra que la malade avait offert d'autres signes de grossesse, tel que nausées, vomissements, douleur et gonflement de seins ; qu'elle a peut-être aussi, à un moment donné, rejeté par le vagin une

membrane caduque: L'examen vaginal fera reconnaître une légère augmentation du volume de l'utérus ainsi que la présence, dans un des culs-de-sac, d'une tumeur plus ou moins volumineuse d'une exquisite sensibilité.

Ces signes de la grossesse extra-utérine n'ont pas tous la même valeur ni la même fréquence. Ainsi, sur quatorze cas, j'ai constaté le retard de la menstruation, onze fois ; d'autres signes de grossesse, quatre fois ; tendance à la syncope, dix fois ; écoulement vaginal sanguinolent, onze fois ; rejet d'une caduque, trois fois ; stérilité antérieure, sept fois ; antécédents pathologiques du côté de l'appareil génital, douze fois ; tumeur dans le cul-de-sac postérieur, douze fois ; de la douleur, toujours. Cette douleur, située dans la partie inférieure de l'abdomen, souvent d'un seul côté, est remarquable par son intensité, sa marche intermittente et paroxystique. Presque toujours pour la soulager, il est nécessaire de recourir aux injections hypodermiques de morphine.

L'écoulement vaginal est un des symptômes les plus caractéristiques. Peu abondant, constitué par du sang noirâtre, il est persistant ou disparaît pendant quelques jours pour revenir surtout au moment de la réapparition de la douleur. Mais le signe le plus important, à mon avis, et qui—dans la majorité des cas—permet de dissiper tous les doutes, est la présence—dans un des culs-de-sac du vagin—d'une masse sensible à la pression et généralement séparée de l'utérus par un sillon plus ou moins perceptible.

Quant à la tendance à la syncope accompagnée de douleurs, on trouve écrit un peu partout qu'elle reconnaît toujours pour cause l'hémorragie produite par la rupture de la trompe dont elle serait un signe infailible. On soutient même en certains lieux, que le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant rupture est impossible, vu l'absence de ces symptômes. Je m'inscris en faux contre cette assertion qui est absolument erronée. La tendance à la syncope est le plus souvent contemporaine de l'accès douloureux.

Elle n'est que la réponse du grand sympathique à l'injure produite par les phénomènes pathologiques qui se passent dans la sphère génitale. En outre, la crise douloureuse, le sentiment de défaillance qui l'accompagne souvent, peuvent parfaitement exister avant la rupture du sac fœtal ; et en dehors des cas chez lesquels on constate les signes indiscutables d'une hémorragie interne abondante, je ne connais aucun symptôme qui puisse nous permettre d'assurer qu'il y a eu rupture. Quatre fois, sur les quatorze cas que j'ai observés, il m'a été très facile de diagnostiquer l'existence d'une grossesse extra-utérine et cependant il n'y avait pas eu rupture. Je vous demande la permission de citer ces observations qui, du reste, ne sont pas dépourvues d'un certain intérêt.

(A suivre)

**" Retention placentaire prolongée "**

Par M. le Dr Eugène Mathieu.

*Professeur agrégé à l'Université Laval de Québec*

Tous les accoucheurs semblent d'accord aujourd'hui pour approuver et conseiller l'intervention dans les cas d'avortements incomplets. " En dehors de tout accident, disent-ils, l'expectation pure est pour nous une imprudence.

La malade reste en imminence d'hémorrhagie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, il faut l'extraire avec le doigt et la curette "

On voit aussi écrit dans les traités d'obstétrique les plus récents, que la rétention du placenta dans les cas de grossesse gémellaire ou multiple est un gros danger.

Que devient donc l'arrière faix dans l'avortement incomplet ? La rétention du placenta expose-t-elle réellement toujours la mère à des accidents septiques ?

Voilà les deux questions aux quelles je répondrai durant ces dix minutes réglementaires.

Les cas de rétention prolongée de l'arrière faix ne sont pas rares. Tous les auteurs en ont rapportés, entre autres : Naegelé, Pageot, Tarnier, Budin. Le Dr Tissier, dans le dernier numéro du " Bulletin médical ", de Paris, rapporte l'observation d'une femme qui a expulsé un placenta de 3 mois, 69 jours après avoir fait sa fausse couche. Cette rétention n'avait donné lieu à aucun accident.

Pour notre part, nous avons pu, en consultant nos notes, retracer 14 cas où le placenta été expulsé que du 7 au 38ième jour, et cela sans avoir donné lieu à aucun accident.

Laissez-moi vous rapporter l'observation d'un cas d'avortement gémellaire de 6 mois, où le placenta a été retenu dans la cavité utérine pendant 38 jours sans avoir causé la moindre élévation de température. Après l'expulsion des deux fœtus, à 8 jours d'intervalle, le col étant complètement fermé, n'ayant alors ni hémorrhagie ni septicémie à combattre, je me contentai de donner des injections vaginales antiseptiques et de prescrire des doses régulières de quinine, dans le but de prévenir tout symptôme d'infection. Après 38 jours d'attente, le placenta fut expulsé et, malgré sa rétention prolongée dans l'utérus, il ne se présentait ni odeur ni altération. Durant tout ce temps, la malade n'eut ni frisson, ni maux de tête, ni aucune élévation de température.

Ce placenta, retenu dans la cavité utérine, a dû certainement contracter des adhérences, comme un parasite jusqu'au moment où, n'étant plus qu'un corps étranger, il a été expulsé.

Tous ces faits comportent donc leurs enseignements. Dans un avortement on voit souvent le placenta demeurer dans l'utérus sans produire de putréfaction ; ce qui n'est pas de même dans une grossesse à terme, le placenta se putréfiant s'il ne sort pas. Dans un avorte-

ment, au contraire, le placenta vit comme un parasite, parce qu'il n'est pas mur ; voilà la différence,

On ne doit pas toujours se hâter d'intervenir dans les cas de rétention totale ou partielle de placenta. Si on prend des précautions minutieuses, et si la surveillance est rigoureuse, l'expulsion se fait toujours sans accident. Sans doute, nous ne conseillerions pas à un médecin, appelé auprès d'une femme, dont l'avortement remonterait à quelque jours, et qui aurait été exposée à des touchers malpropres et à des tentatives de délivrance artificielle, d'attendre, assurément non ; il vaudrait mieux pratiquer le curetage, en le faisant suivre, au besoin, du tamponnement intra-utérin ; mais nous disons que si nous entourons la femme de précautions minutieuses, de précautions plus minutieuses que dans un accouchement à terme, — s'il n'y a pas d'hémorrhagie, ni de septicémie, — nous avons donc à gagner à attendre.

Tarnier, dont l'expérience n'est pas à dédaigner, a été, toute sa vie, partisan de l'expectation armée. Avec l'expectation et l'antisepsie, disait-il, les cas de mort sont extraordinairement rares, et tout le monde est à même de faire de l'antiseptie.

Comme conclusion, nous dirons que celui qui intervient toujours dans les cas d'avortements incomplets, qu'il y ait ou non indication, fait bien ; mais que celui qui sait temporiser, armé d'une bonne antiseptie, fait encore mieux.

Le Dr Vallée félicite le Dr Mathieu sur son travail et dit qu'il est heureux de corroborer entièrement tout ce qu'il vient de dire. C'est l'enseignement qu'il a toujours donné à ses élèves, à l'Université Laval. Il blâme fortement les interventionnistes qui, dès que le placenta tarde à sortir, se hâtent de pratiquer le curetage souvent avec des résultats désastreux. Le curetage utérin n'est pas aussi inoffensif qu'on semble le croire. Pour lui, dans les cas d'avortements incomplets, l'expectation et l'antiseptie suffisent généralement. En tout cas, cette conduite n'expose pas aux accidents que peut amener une intervention mal faite.

Le Dr Laurendeau prend aussi part à la discussion et dit que chaque fois que le placenta n'est pas expulsé après un avortement, il donne d'abord une dose massive de quinine, et quand il échoue, il ne craint pas de pratiquer de suite le curetage. Il ne faut pas avoir peur du curetage ; il l'a pratiqué maintes fois, toujours avec de bons résultats. Pour lui tout médecin devrait être capable de faire cette petite opération qui est des plus facile, et on ne devrait jamais craindre de la faire quand l'occasion se présente.

*N. D. L. R.*—Nous demandons pardon à l'auteur si nous nous inscrivons en faux contre l'affirmation suivante :

" Dans une grossesse à terme, le placenta se putrifie, s'il ne sort pas."

Il y a quelque mois, nous sommes appelé en toute hâte auprès d'une femme qui se tordait dans des douleurs abdominales intenses. Pour nous, ces douleurs ressemblaient bien à des tranchées. — Mais la malade avait accouché heureusement six semaines auparavant, d'un enfant à terme. L'on nous montra le bébé : c'était un gros garçon, bien développé et qui ne se serait certainement pas sans chagrin entendu traiter d'avorton. — Les suites de couches avaient été normales; la malade, excepté au moment de l'accouchement avait peu perdu.

Elle s'était levée vers la huitième ou neuvième journée et s'était de suite remise à ses occupations ordinaires. Depuis, tout avait bien été, la malade n'avait eu ni perte ni douleur, ni fièvre. Aussi quelle ne fut pas sa surprise et sa frayeur, lorsqu'elle se vit aussi soudainement en proie à de nouvelles douleurs d'accouchement. A l'examen vaginal, nous sentons un col qui s'efface; et dans l'utérus quelque chose que les contractions chassent peu à peu au dehors.

Après quelques minutes d'attente, une forte douleur nous amène un gros placenta avec des membranes et un petit bout de cordon : le tout sans aucune senteur et parfaitement bien conservé.

Cela demandait des explications. La malade avait été accouchée par une sage femme : ce que celle-ci avait pris pour le placenta n'était probablement qu'un gros caillot. Ce nouvel accouchement dérangerait peu la malade : quelques jours plus tard, elle était de nouveau sur pieds.

DR L. E. FORTIER.

## Revue des journaux

### MÉDECINE

#### Chloroforme chez les cardiaques et accidents de la chloroformisation

par H Huchard.

(Suite)

c) Si beaucoup d'accidents sont dus au mode de chloroformisation et au chloroformiste, il en est un certain nombre qui viennent du chloroformé. — A ce point de vue, un nouvel élément vient d'être introduit dans le débat par une observation de Laqueur et un fait récent de Mignon. Le premier malade, un jeune homme, qui devait subir une énucléation de l'œil, succomba brusquement après avoir inhalé à peine 2 grammes de chloroforme, et à l'autopsie, on ne trouva pour expliquer ce fait qu'une hypertrophie du thymus déjà signalée autrefois par Kundrat. Le second malade, âgé de vingt-deux ans, opéré d'une

hernie inguinale, mourut subitement vers la fin de l'anesthésie, et M. Mignon trouva à l'autopsie un thymus volumineux dont l'extrémité inférieure recouvrait complètement la crosse de l'aorte. Ces faits de morts subites par hypertrophie du thymus sont connus depuis longtemps, et ils ont été pour la plupart réunis dans une thèse récente. Malheureusement, l'hypertrophie du thymus, capable par elle-même de déterminer la mort par les trois mécanismes du spasme glottique, de la compression trachéale et de l'arrêt cardiaque, n'est pas toujours facile à diagnostiquer au moyen de la percussion presternale, ni même facile à dépister, comme le croit Laqueur, par la simple hyperplasie des follicules de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx. D'autre part, quand même de nouvelles recherches qu'il convient d'attendre à ce sujet confirmeraient cette opinion, on trouvera toujours un certain nombre d'opérés morts du chloroforme en l'absence de toute hypertrophie du thymus.

Il devient alors de toute nécessité de faire intervenir un autre élément que l'on n'explique pas toujours, mais que l'on constate facilement : l'idiosyncrasie du sujet, sa susceptibilité toxique. Cette susceptibilité toxique est variable pour le même poison chez différents animaux, elle est aussi variable, sans qu'on sache pourquoi, qu'il s'agisse d'éther ou de chloroforme, chez différents malades. Comme l'a rappelé autrefois Trélat (1882), certains opérés meurent après avoir inspiré vingt gouttes de chloroforme, tandis que la plupart en consomment des quantités relativement considérables sans nul inconvénient. La mort par syncope peut survenir avant l'anesthésie, à son début par spasme glottique ou syncope, à la fin par intoxication ou encore par syncope, enfin par asphyxie due à la rétrocession de la langue. Le mécanisme physiologique de la mort n'est donc pas univoque; on meurt par choc moral, traumatique, chloroformique.

Sans l'anesthésie, Desault voit succomber subitement un malade au moment où il marque avec le doigt sur le périnée l'endroit précis où il devait poser son bistouri. Sans anesthésie, Verneuil incise un abcès du cou, et au moment où il écarte les tissus avec les doigts, le malade tombe raide mort. Cazenave (de Bordeaux) devait amputer un homme de quarante deux ans; il approche de la bouche du malade un mouchoir où il n'y a pas une goutte de chloroforme; après quatre inspirations, mort subite par syncope. Sans anesthésie encore, le chirurgien anglais Millers, assisté de Simpson, fait une simple incision de la peau; le malade pâlit, succombe à la syncope. Toujours en l'absence d'anesthésie, M. Tillaux (1882) opère un lipome de la joue; à peine l'incision était-elle faite, que le malade s'affaissa sur une chaise et mourut. Si on avait employé le

chloroforme, ajoute-t-il, on n'eût pas manqué de l'incriminer.

Un malade de Dowson doit être opéré pour un rétrécissement infranchissable de l'urètre. Avant l'anesthésie, on remarque une surexcitation très grande, un tremblement presque généralisé qui se calment assez promptement. Après inhalation de faibles quantités de chloroforme, survient une période d'excitation très grande avec mouvements toniques et cloniques violents des extrémités, mort rapide consécutive par asphyxie.

Voici maintenant un exemple de syncope traumatique réflexe, dû à Trélat. Chez un jeune homme de vingt ans, il opérait un lymphadénome de la région sus-hyoïdienne, gros comme une pomme de reinette. L'opération qui avait marché à souhait était presque terminée, la compresse chloroformée était déjà supprimée, le malade respirait régulièrement et librement, quand, au moment de l'enlèvement des dernières attaches de la tumeur, il poussa un cri bientôt suivi de mouvements du bras et de la main, de contractions du tronc et de syncope mortelle. C'est la malheureuse répétition de l'expérience de Vulpian: un chien, anesthésié par le chloroforme, respire librement; on pince un des rameaux terminaux du pneumogastrique; l'animal est frappé de syncope et meurt aussitôt.

Du reste, pendant l'anesthésie même la plus profonde, l'influence de l'irritation des nerfs sensitifs n'est pas entièrement abolie chez les animaux; elle peut être même exaltée au point d'arrêter les mouvements du cœur. Vulpian a montré que si, chez un animal profondément anesthésié, on électrise le bout central du nerf sciatique, on peut agir encore sur le bulbe en diminuant le nombre des mouvements respiratoires, et même en les arrêtant. L'inertie physiologique de la moelle n'est qu'apparente; elle est toujours capable de conduire des excitations centripètes, et le centre nerveux respiratoire a conservé en partie sa réflexivité.

Les exemples cités par nos collègues et nous sont amplement suffisants. Ils montrent, une fois de plus, que l'on peut mourir avant le chloroforme, par le chloroforme, ou encore sous le chloroforme, non pas toujours par lui. Le coupable ici, ce n'est plus ni l'agent anesthésique lui-même, ni l'opérateur, ni le chloroformiste, c'est le malade qui intervient avec ses réactions nerveuses exagérées, ses réflexes surexcités, sa susceptibilité toxique, toutes choses qui lui sont personnelles. Aussi, cette pensée depuis longtemps exprimée, mais souvent trop oubliée, a-t-elle trouvé un écho chez MM. Brouardel et Panas, dans les deux passages suivants auxquels on doit souscrire sans réserve:

"Le mode d'administration des anesthésiques n'est pas le seul facteur à invoquer lorsqu'il survient

un accident; la personnalité du patient, sa susceptibilité spéciale sont souvent les causes principales de la mort" (Brouardel).

"Les seuls sujets qui, réellement, courent du danger et méritent une surveillance redoublée au début de l'anesthésie, ce sont les nerveux à réflexes intensifs, faciles à se produire et à se prolonger" (Panas).

En un mot, s'il faut compter avec le chloroforme et son administrateur, il faut compter encore plus avec le malade, et celui-ci est rarement un cardiaque. C'est là que la physiologie va tout à l'heure entrer en scène.

### III

L'anesthésie par l'éther est elle toujours préférable à l'anesthésie par le chloroforme? Dans l'état actuel de nos connaissances, il serait difficile de répondre d'une façon précise à cette question, du reste mal posée. A son sujet, est intervenue la vieille querelle, toujours renouvelée d'Hippocrate et de Galien, et dans les deux camps il y a des enthousiastes. "Vous comptez vos morts," disent avec une ironie cruelle et mal contenue les éthérisateurs aux partisans du chloroforme. Ceux-ci peuvent répondre qu'il y a des morts dans les deux camps: une mort sur 13.000 ou 14.000 éthérisations (Julliard, Gurlt); une mort sur 30.000 éthérisations (Poncet). Mais des chiffres semblables peuvent être opposés par les chloroformistes: aucune mort sur un total de 30.000 opérés par Nussbaum et Panas; une seule mort sur 12.500 chloroformisations, d'après Billroth. Et comme, suivant sa vieille habitude, la statistique dément le lendemain ce qu'elle a voulu affirmer la veille, nous constatons les faits suivants: pendant seize ans (de 1848 à 1864), dans huit hôpitaux anglais, on ne compte qu'une mort sur 17.000; puis, dans les mêmes hôpitaux, en quatre ans (de 1865 à 1869), il y a 6 morts sur 7.500. Donc, un accident sur 17.000 d'abord, puis 1 sur 1.250 ensuite. Pendant la guerre de sécession des Etats Unis, il y a 7 morts sur 80.000 chloroformisations (1 sur 11.448). Il en résulte que les statistiques ne prouvent rien; elles portent sur des faits dissemblables, sans tenir compte de l'opérateur, de l'opéré, ni de l'anesthésiste, et l'on ne s'aperçoit pas qu'il suffit d'un seul chirurgien, malheureux, imprudent ou malhabile, pour perturber tout à coup une statistique laborieusement édiflée pendant des années. On se bat parfois avec des chiffres, quand on devrait se battre toujours avec des arguments physiologiques qu'on laisse un peu dans l'oubli. Il ne s'agit pas d'une question de statistique, trop complaisante pour les uns, trop sévère pour les autres. La question est plus haute, puisqu'elle doit être affaire d'indications ou de contre indications, et quoique tout dernièrement, en Suisse, on ait prétendu que les compli-

cations pulmonaires étaient autant à craindre après les anesthésies chloroformiques qu'après la narcose par l'éther, je crois parfaitement justifiées les conclusions suivantes sur lesquelles j'insistais le 11 février 1902 :

L'anesthésie par l'éther est absolument contre indiquée chez les pulmonaires, chez les dyspnéiques et surtout chez les dyspnéiques par intoxication, principalement chez les malades menacés d'œdème aigu du poumon, en raison de l'hypersécrétion bronchique qu'elle détermine ; et si cette anesthésie, avec sa bruyante ivresse, possède une dose maniable plus éloignée de la limite toxique, elle a été accusée de provoquer des accidents secondaires assez graves du côté de l'appareil broncho pulmonaire. On peut ajouter, avec Finney (de Philadelphie), que l'éthérisation est préférable chez les nerveux, les rénaux, les malades à tension artérielle très basse, et qu'en raison de l'action excitante de l'éther, elle est encore indiquée, comme l'a dit Panas dès 1882, dans tous les cas d'anémie profonde et de dépression considérable de l'organisme.

La question des indications des deux anesthésies est posée sans être encore résolue.

(A suivre)

#### Empoisonnement par la morphine traité par l'injection de serum artificiel

M. Edward WILLOUGHBY rapporte l'observation d'une femme qui, en trois injections hypodermiques, avait pris environ 0,50 centigrammes de sulfate de morphine. Elle n'avait d'ailleurs aucune accoutumance à cette substance toxique. Au bout d'une heure et demie après avoir pris le poison, elle perdit connaissance et tomba bientôt dans un état de narcose profonde. On fit sans résultat appréciable trois injections de sulfate d'atropine d'un milligramme et une douzaine de piqûres d'éther. La malade ayant cessé de respirer, on eut recours à la respiration artificielle ; on dut la continuer pendant quatre heures avant que la respiration normale ait repris sa régularité. On appliqua à la plante des pieds les électrodes d'une machine faradique puissante. La vessie fut évacuée au moyen d'une sonde. Enfin on injecta sous la peau du flanc un litre de solution salée physiologique. L'effet salutaire s'en fit sentir presque aussitôt. La cyanose et le refroidissement des téguments disparurent et la malade reprit connaissance. L'auteur attribue cet heureux résultat à l'élimination au niveau du tube digestif de la morphine contenu dans le système vasculaire. Pour prévenir la réabsorption du poison, il administra à la malade toutes les quinze ou vingt minutes, une solution étendue de permanganate de potasse ; il ne cessa ce traitement qu'en voyant disparaître la contracture pupillaire. Le serum aurait donc servi à éliminer de la circulation le sulfate de morphine, tandis

que le permanganate le neutralisait au niveau du tube gastro-intestinal.

*Gaz. des hôp.)*

#### Un cas d'hémorragie cérébrale survenue au cours de l'anesthésie chloroformique

Les différents auteurs qui ont signalé des cas de mort au cours de l'anesthésie chloroformique ont incriminé la syncope cardio-pulmonaire, les lésions rénales, les dégénérescences graisseuses du cœur, etc., mais aucun n'a invoqué l'hémorragie cérébrale. M. Bourreau vient justement de publier, dans la *Revue de chirurgie*, l'observation d'une malade qui, à la fin d'une opération relativement simple, fut prise d'accidents graves : pâleur extrême, respiration stertoreuse, petitesse du pouls, etc. Malgré tous les soins qui lui furent immédiatement prodigués, le retour à l'état normal fut long, et on constata à ce moment (huit heures environ après l'opération) que la malade présentait une paralysie complète du bras gauche, un commencement de paralysie de la jambe gauche et une légère paralysie faciale droite, le tout coïncidant avec une hémianesthésie gauche assez marquée. Tous ces troubles, qui disparurent progressivement, indiquaient évidemment une hémorragie, cérébrale qui aurait très bien pu déterminer la mort subite au cours même de l'opération. Il faut donc savoir, et c'est là l'intérêt de l'observation de M. Bourreau, que l'anesthésie chloroformique peut provoquer une hémorragie cérébrale, et que cet accident doit être vraisemblablement ajouté à la liste de ceux qui peuvent amener la terminaison mortelle au cours de la chloroformisation.

*(Gaz. des hôp.)*

## OBSTETRIQUE

### Pathogénie et traitement des vomissements de la grossesse.

(Pratique du Professeur PINARD.)

(Suite)

Vous direz et dites peut-être : qu'importe la question théorie, le point important est la conduite à tenir, la médication à instituer. Eh bien ! c'est précisément par le côté théorique que nous arrivons au traitement. La thérapeutique résultant de la pathogénie est ainsi essentiellement rationnelle. Toute femme enceinte qui vomit est empoisonnée, auto-intoxiquée, disons-nous. Cette auto-infection est habituellement vaincue par les forces naturelles de l'organisme, mais elle n'en existe pas moins et reste toujours capable d'amener, d'échelon en échelon, la mort de la malade. Aucun vomissement de grossesse ne doit être traité à la légère. Puisque le

mal relève de l'accumulation des toxines. Il faut aider la patiente à éliminer celle-ci.

Deux moyens principaux sont à notre disposition :

1° Faciliter les émonctoires ;

2° Introduire le minimum de toxines alimentaires dans la circulation.

Les émonctoires naturels sont constitués par la peau, les reins et l'intestin. On stimulera ces organes ; le premier par des frictions aromatiques, les seconds par le lait, le troisième par les lavements. Les toxines alimentaires, d'autre part, seront réduites au minimum grâce au régime. Je vous rappelle les expériences de Bouchard sur l'auto-intoxication par l'alimentation carnée. Nous sommes, en conséquence, conduits à supprimer les viandes dans les menus chez une femme enceinte atteinte de vomissements ou de tout autre syndrome de l'auto intoxication gravidique. Vous ferez cette suppression progressivement et avec une rigueur variable suivant les cas. Commencez par ce que j'ai appelé le régime blanc, qui exclut les viandes rouges fraîches ou conservées. Il consiste en viandes blanches, en cervelle, ris de veau, lait, fruits, légumes cuits, poissons très frais et volailles. A propos de celle-ci, précisez : pas de canard, ni de pigeon ; du poulet seulement, ou encore du dindon.

Dans les intoxications modérées, le régime blanc suffit à triompher de l'état morbide et vous sortez aisément, grâce à lui, vainqueur de la situation. Si, malgré le régime, aucune amélioration ne se montre, si surtout il y a tendance à l'aggravation, débordés alors par l'intensité de l'intoxication, soyez de plus en plus sévères. Vous arrivez ainsi, plus ou moins vite, au seul aliment complet assimilé sans toxines, au régime lacté, médication par excellence de tout vomissement grave.

Ici j'ouvre une parenthèse. Vous avez sans doute lu des observations de vomissement dites incoercibles traités et guéris par l'hypnotisme. Cela est exact et déjà, avant l'hypnotisme, on savait que, quelquefois, il suffisait d'un changement de milieu, d'un événement moral quelconque pour déterminer la cessation des vomissements. De tels faits s'expliquent aisément en se reportant à la pathogénie. Lorsqu'une femme est auto-intoxiquée, il arrive un moment où le centre vomitif est touché, le déclenchement a lieu comme on dit. Plus tard, l'intoxication peut être disparue et malgré cela l'aptitude vomitive persister. On conçoit comment l'hypnose guérira de semblables cas.

Le régime lacté sera prescrit d'une façon méthodique. Le lait se prendra régulièrement et par faibles quantités. Voici une ordonnance que je fais volontier en semblable circonstance :

1° Se lever tôt, autant que possible ;

2° Boire, toutes les  $\frac{1}{2}$  heures, une tasse de lait ;

3° Respirer de l'oxygène 4 à 5 fois par jour ;

4° Donner, tous les jours, un lavement composé de lait et d'un jaune d'œuf.

5° Faire sur le corps, tous les matins, une friction aromatique.

6° Porter une longue chemise de flanelle.

Lorsque la douleur épigastrique est très vive on s'adressera avantagement au chloral. Celui-ci, en raison de son action caustique, sera administré dilué, et par voie rectale. Vous ferez prendre 3, 4, 5, 6 grammes d'hydrate de choral dans un lavement composé de 100 grammes de lait et d'un jaune d'œuf. On obtient ainsi une action sédative notable sur l'estomac. L'injection de morphine, malgré sa saveur calmante doit être rejetée de la thérapeutique des vomissements incoercibles car elle entraînerait rapidement la morphinomanie.

En face d'une femme enceinte qui vomit et souffre à chaque ingestion alimentaire, ayez recours au traitement dont je viens de parler. Après 15 jours, 3 semaines ou un mois de régime lacté, la situation, de deux choses l'une, s'améliore ou ne s'améliore pas. Si dans cette dernière éventualité le pouls reste bon, de fréquence normale, persistez. Point particulier : ce régime doit être appliqué avec autorité. Souvent l'entourage manque d'ascendant, imposez alors une garde-malade qui fera prendre le lait *d'autorité montre en main*, une tasse toutes les demi-heures. Je pourrais citer bien des exemples de femmes ne pouvant pas, soi-disant, supporter la moindre tasse de liquide, qui arrivèrent par ce procédé à tolérer et à prendre le lait. Je me souviens, en particulier, d'une jeune personne, nièce d'un de nos confrères, chez laquelle l'avortement provoqué était demandé par la famille entière. Quinze jours après l'arrivée de la garde-malade, elle était au régime blanc ! Je puis dire que, chaque fois que ce traitement a été institué de façon méthodique, le pouls ne s'est pas accéléré et, malgré la misère de l'organisme, j'ai toujours vu alors les phénomènes pathologiques s'amender et disparaître.

Dans le traitement des vomissements incoercibles, il reste une dernière ressource : l'avortement provoqué. Malgré la gravité de la situation, même avec un pouls accéléré, l'interruption du cours de la grossesse peut encore sauver la femme. Le médecin ne doit pas désespérer. Il y a quelque 20 ans au moins, je reçus un jour une dépêche d'un de mes anciens élèves m'appellant en hâte auprès de sa sœur, mourante de vomissements incoercibles. J'étais en ce moment péniblement impressionné par deux décès consécutifs à des accouchements provoqués au cours de cet accident. Je venais de perdre deux malades, l'une le soir, l'autre le lendemain de l'opération. Quoi qu'il en soit, et après un long voyage (la malade habitait dans l'Orne, sur la ligne peu rapide de l'Ouest) j'arrivai auprès de cette femme dont l'état était particulièrement grave. Je la trouvai la peau sèche, le pouls fréquent, me demandant même un instant s'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde compliquant une grossesse. Je pratiquai l'avortement artificiel en introduisant une grosse bougie dans le col et



en désinsérant l'œuf. Mon rôle étant fini, je reviens à Paris. En arrivant, je trouvai un télégramme du frère disant que la situation s'était plutôt améliorée. L'œuf fut expulsé et, 15 jours après, la malade pouvait s'alimenter. Je termine donc en affirmant que, même dans les cas graves, l'accoucheur doit lutter et ne pas désertter le champ de bataille.

(Le concours médical.)

## NEUROLOGIE

### L'algie mastoïdienne hystérique

M. le Dr Georges Gellé signale et étudie, dans les *Archiv. internat. de laryngologie et d'otologie*, une cruciale manifestation de l'hystérie sur l'oreille : la douleur mastoïdienne suraiguë, sans suppuration. Ces localisations hystériques sont rares, mais il ne faut pas les ignorer, car le diagnostic et le traitement diffèrent de ceux des mastoïdites suppurées fongueuses.

Voici, d'ailleurs, les propres conseils du Dr Gellé :

En ce qui concerne le diagnostic, dit-il, nous croyons qu'on arrivera le plus souvent, sinon toujours, à connaître la vérité, si chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un cas d'algie mastoïdienne d'allure insolite, s'écartant du type classique, des réactions habituelles, on pense à la possibilité de l'existence d'une algie hystérique. Le seul fait d'y songer rendra le diagnostic possible et facile même ; car alors on recherchera les stigmates hystériques au lieu de s'armer immédiatement de la gouge et du maillet. Le plus souvent, dans ces cas, l'état général n'impose pas une intervention immédiate, et, si l'on a la patience d'attendre un peu l'arme au bras, l'erreur sera évitée, car tous les symptômes, même les plus graves (cas de Furet), peuvent céder instantanément. Si l'on s'en rapporte, du moins, aux cas publiés jusqu'ici.

Nous le répétons, il faut penser à l'hystérie, à la possibilité d'une algie hystérique chaque fois que l'on se trouvera en présence de douleur mastoïdiennes subites, à origine douteuse, à intensité excessive, d'allure exceptionnelle. Alors on sera frappé de l'intensité, presque trop forte, de la douleur spontanée, de la persistance de cette douleur et de sa *superficialité*. Quant à la douleur provoquée, elle apparaîtra *diffuse*, ne présentant pas les points d'élection classiques des mastoïdites douloureuses (pointe, base, ou bord postérieur), elle déborde la région mastoïdienne en haut, en bas, en avant, et surtout en arrière, vers la région occipitale. Mais ici, un échec est possible ; il faut, dans les cas douteux, faire son examen, pour ainsi dire en silence, sans commentaire, sans remarque ou discussion avec l'entourage, car l'éducation de la malade se fait vite, et telle qui ne réagissait pas à la pression des points d'élection le matin, réagira très nettement le soir aux points prescrits, l'éduca-

tion sera faite. La douleur provoquée est *superficielle*, elle est presque exclusivement cutanée, le moindre frôlement suffit à la produire, la crainte même de l'examen la provoque ; elle est quelque fois hystérogène ; elle n'a nullement les caractères de la douleur osseuse.

On l'a vue dans un cas, s'irradier dans la région cervicale et provoquer un spasme du cou qu'on aurait pu interpréter comme du torticolis auriculaire. L'absence de pus, de perforation du tympan, de bombement de la membrane, de chaleur, de gonflement ; la persistance d'un certain degré d'audition, l'absence d'abaissement des parois du conduit et surtout l'état général sans fièvre, sans anorexie, avec embonpoint conservé sans altération des traits, une fois l'examen terminé, aideront puissamment au diagnostic. L'examen de l'audition avec constatation tantôt de l'intégrité des fonctions acoustiques, ou encore la variabilité des symptômes accusés et le résultat contradictoire des épreuves de l'ouïe amèneront à la recherche d'autres *stigmates de l'hystérie* qui manqueront rarement.

La THÉRAPEUTIQUE à opposer à de pareils accidents ne doit pas être chirurgicale. Il faut faire chez ces malades aussi peu de chirurgie que possible et laisser la grande place à la *psychothérapie*. Le moindre des désavantages d'une opération et de fixer la localisation morbide et de rendre plus difficile par la suite sa disparition. S'il y a des lésions auriculaires existantes, il faut les traiter, mais le plus sobrement possible, ne faire que l'indispensable, éviter les savantes explorations de l'at-taque au stylet, les curettages, à moins d'extrême urgence. J'ai vu dans un cas l'otalgie persister tant que l'on employa une thérapeutique active pour s'éteindre d'elle-même après cessation de tout manœuvre chirurgicale. Il faut le plus souvent, dans ces cas, s'en tenir aux lavages aux bains d'oreille avec des solutions antiseptiques et calmantes, et éviter les explorations répétées, et surtout les commentaires. Dans quelques cas, un simulacre d'intervention chirurgicale a pu agir à titre de suggestion.

(Le concours médical.)

## FORMULAIRE

### LE STROPHANTUS ET LE CAMPHRE DANS LA MYOCARDITE AIGUE

Pour M. Lemoine (de Lille) le médicament de choix dans la myocardite aiguë, quand il s'agit de soutenir le cœur défaillant, serait le strophantus.

Il le prescrit de la façon suivante :

Extrait de strophantus..... 1/2 milligr.  
Extrait de chiendent. } Q. S. p. 1 pilule.  
Sirop de gomme..... }

Prendre deux pilules par jour ; 1 le matin, 1 le soir

Quelquefois on en fait prendre trois, rarement quatre, mais on ne dépasse jamais cette dose.

Si le mauvais état des voies digestives fait craindre l'accumulation des pilules, on prescrit le strophantine en potion :

Strophantine ..... 0 gr. 002  
Eau distillée..... 200 grammes.

1 cuillerée à soupe le matin et 1 le soir.

Dans les cas graves, c'est à-dire dans les cas de colapsus algide, le strophantus et la caféine ne donne pas les résultats attendus, il faut leur associer les excitants diffusibles : injections sous-cutanées d'éther à la dose de 1 à 2 grammes par injection répétée à volonté, injections d'éther camphré à la dose :

Camphre..... 0 gr. 50  
Ether..... } à 4 grammes.  
Eau distillée..... }

1 à 3 centimètres cubes par vingt quatre heures.

On pourra encore ajouter les injections sous-cutanées de sulfate de spartéine.

Sulfate de spartéine..... 3 gr. 50  
Eau distillée..... .. 10 grammes.

1 à 4 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

ou mieux les injections de sulfate de strychnine :

Sulfate de strychnine..... 0 gr. 010  
Eau distillée..... 10 grammes.

1/2 à 1 centimètre cubes par vingt-quatre heures.  
(*La Presse méd.*)

TOPIQUE CONTRE LES CORS AUX PIEDS.

Acide salicylique..... 1 gramme.  
Extrait alcoolique de cannabis indica..... 50 centigr.  
Alcool à 90°..... 1 gramme.  
Ether à 62°..... 2,50 grammes.  
Collodion élastique..... 5

M. S. A.

Appliquer tous les soirs une couche pendant huit jours.

Le huitième jour, prendre un bain bien chaud et prolongé dans lequel on enlèvera, avec les ongles ou un grattoir, la masse de collodion qui entraînera avec elle la plus grande partie, sinon la totalité du cor. Recommencer s'il est nécessaire.

(*Brocq, in Gaz. méd. belge.*)

LE CHLORURE DE CALCIUM CONTRE LES HÉMORRAGIES

(Bertignon)

Ce médicament peut être donné sans aucune crainte

soit par la voie buccale, soit par la voie rectale, en lavements.

Voici la formule :

Chlorure de calcium stérilisé..... 4 gr.  
Sirop de menthe..... 30 gr.  
Eau distillée..... 90 gr.

à prendre dans les 24 heures, par cuillerée à soupe toutes les deux heures. Renouveler la potion les jours suivants s'il est nécessaire. En prescrivant 4 à 6 grammes par jour, cela est suffisant.

Le lavement est prescrit selon la formule suivante :

Chlorure de calcium..... 10 gr.  
Eau distillée stérilisée..... 200 gr.

que l'on fait précéder d'un lavement chaud évacuateur; le lavement médicamenteux devant être gardé le plus longtemps possible.

Le chlorure de calcium trouve son indication dans des hémorrhagies de toutes sortes et dans toutes les maladies présentant le symptôme ou la complication hémorrhagie, hématémèses, hématuries, entérorrhagies, épistaxis, etc., mais c'est surtout dans les métrorrhagies qu'il donne de bons résultats.

(*Jour. de méd. de Paris*)

CONTRE LA PLEURÉSIE RHUMATISMALE CHEZ LES ENFANTS.

Salicylate de soude..... 3 grammes.  
Sirop de framboises..... 30 —  
Eau distillée..... 70 —

Une cuillerée à soupe de deux en deux heures pour un enfant de six ans. On doit donner 50 centigrammes de salicylate de soude par jour et par année d'âge.

(*COMBY, in Gaz. méd. belge.*)

Coq-a-l'ane médicaux

*L'erysipèle.*—Hare, Robinson et d'autres regardent l'ichtyol comme un spécifique, qui guérit dans l'espace de quelques jours. Dans les cas légers, une pommade lanoliné, à 20 à 33 o/o, appliquée toutes les heures, suffit. Dans les cas graves, on applique l'ichtyol en nature et par dessus, des compresses imbibées d'une solution de 10 à 20 o/o, renouvelées toutes les demi-heures. La solution est ainsi faite. Ichtlyol, 1 à 2 onces; Glycerine, 1 once; Eau jusqu'à 10 onces. (*Merck's Archiv.*)

*L'hydrocèle.*—Coley, de New-York, considère que l'acide carbolique est le meilleur agent. Il injecte, après évacuation du liquide, 2 1/2 grains dissous dans la plus

petite quantité de glycérine. Les hydrocèles de l'enfant guérissent par des badigeonnages avec parties égales de teinture d'iode et de teinture de belladone. (*Merck's Archives.*)

*Traitement de la leucoplasie bucco-linguale.*— Défense absolue de fumer. Badigeonnages, une fois par jour ou tous les deux jours, avec du baume de Pérou. Lavages fréquents de la bouche avec une solution salée à 1/2 à 3 o/0 (6 à 12 fois par jour.) Guérison dans l'espace de 1/2 à 2 ans. Porter toujours une bouteille contenant de la solution salée afin de faire des lavages fréquents. (*Bockhart—Wiener med. Presse.*)

*Spermatozoïdes dans les hydrocèles essentielles.*— Barjon et Cade, de Lyon, signalent la présence de spermatozoïdes dans le liquide des hydrocèles essentielles n'ayant subi aucune intervention antérieure. Dans celles symptomatiques (orchiteyphilis, tuberculose) et celles ponctionnées antérieurement, il n'y avait pas de spermatozoïdes. Les auteurs considèrent la présence constante de spermatozoïdes dans ces hydrocèles comme la preuve démonstrative de l'hypothèse émise très anciennement par Morgagni, puis par Geuzmer et Volkmann, attribuant la production des hydrocèles essentielles à la rupture dans la vaginale de petits kystes du testicule ou de l'épididyme. (*Lyon méd.*)

*L'agar en chirurgie.*—Kramer (Klin, ther, We-chens,) injecte dans la cavité pleurale d'animaux une solution de : agar 4, solution chloro-sodique (à 7 pour 1000) 100. Après 48 heures la solution perd son caractère gélatineux et se transforme en une masse cohérente semblable au thrombus agonique du cœur. De nombreuses cellules rondes infiltrent cette masse. Grâce à ces cellules se substitue un tissu conjonctif. L'injection de pareille solution a amené l'oblitération de l'anneau dans la hernie inguinale. Une aseptie irréprochable est de rigueur. Le liquide est injecté à 40° C. (*Lyon méd.*)

*Cœur et constipation.*—G. Singer (Wien. Klin. Rund.) signale l'irrégularité cardiaque dans la constipation habituelle, arythmie qui disparaît par l'évacuation des intestins et l'antisepsie intestinale. (*St. Paul's Med. J.*)

NIRE.

## NOUVELLES.

## MARIAGES A L'HORIZON :—

On annonce pour le 20 courant le mariage du Dr Lamy, avec Mlle Marie-Louise Golbois, de Sherbrooke.

— On annonce pour le 30 septembre prochain le

mariage de M. le Dr J. E. Masson de St-Lazare de Bel-lechasse avec Mlle M. G. Convey, de Québec.

## MARIAGE :—

Le 9 septembre dernier, M. le Dr Félix Théoret, de St-Louis du Mile End, conduisait à l'autel Mlle Corinne Ouellet, de St-Augustin.

— Le 2 du courant, M. le Dr H. Martel, de St-François Xavier de Brompton, conduisait à l'autel Mlle Marie-Louise Tétrault, du Richelieu.

## NÉCROLOGIE :—

A Cartierville, le 9 courant à l'âge de 5 mois et 25 jours, Joseph-François-Paul-Antonio La Badie, fils de F. La Badie, M. D.

On nous apprend la mort de Madame Docteur S. Alain, de Bastican. Les funérailles ont eu lieu à Batis-can le 13 du courant.

— Nous avons le regret d'annoncer le décès de notre confrère le docteur Labuhie, de Lille (Nord) membre du *Concours médical*.

Nous regrettons d'apprendre la mort subite de notre confrère le Dr Arthur Blouin, de Battleford T. N. O. décédé le 12 courant.

Le docteur était un des gradués de l'Université Laval de Québec de 1892. Après avoir pratiqué la médecine pendant quelques années à Tadoussac, P. Q. notre confrère accepta en 1897 la position de chirurgien dans la Police Montée, position qu'il occupa jusqu'à ce jour.

Nos plus sincères condoléances à la famille.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE ST-FRANÇOIS

L'assemblée régulière bi-annuelle de l'Association Médicale du district de St-François a été tenue mercredi à Magog, sous la présidence du Dr W. D. Smith. Le Dr Cabana, de Sherbrooke, fut proposé comme membre et le Dr Alf. Nelson, de Cookshire, élu membre.

Le Dr Camirand lut un travail intéressant sur l'inflammation chronique de la vessie. Une discussion intéressante s'en suivit. Des cas de pratique furent relatés par les Drs McCabe et Biqué.

On procéda ensuite à l'élection des officiers qui eut lieu avec le résultat suivant : président, Dr W. D. Smith ; 1er vice-président, Dr Goyette ; 2e vice-président, Dr Bowen ; secrétaire, Dr F. A. Gadbois ; assistant secrétaire, Dr Foss ; conseil, Drs Bachan l. Austi et Camirand.

La prochaine réunion aura lieu à Sherbrooke le deuxième mercredi de novembre.

Après l'assemblée, les médecins présents firent une promenade en yacht sur le lac.

## Supplement Litteraire

### Les mendiants et les vagabonds des grandes villes

L'examen a porté sur 400 sujets de la ville de Breslau ; 70 p. 100 eu d'entre eux avaient été déclarés improbables au service militaire. On a relevé dans la moitié des cas l'existence chez les ascendants de tares héréditaires nerveuses : alcoolisme (29 p. 100), épilepsie, hystérie et psychoses. Le niveau intellectuel est très bas : 53 p. 100 n'ont pu terminer leur instruction primaire. Dans un tiers des cas on a noté des arrêts de développement, congénitaux ou postérieurs à la naissance, imbécillité, épilepsie. Les maladies mentales acquises sont dans la proportion de 6 p. 100 ; il s'agit surtout de paralysie générale. La plupart des sujets examinés sont des buveurs d'habitude ; dans 60 p. 100 des cas on a constaté l'alcoolisme chronique.

Le plus souvent l'alcoolisme s'est développé sur un terrain psychopatique préexistant. Les époques de la vie auxquelles les sujets ont commencé à se livrer au vagabondage et à la mendicité sont en premier lieu : 1° la période de seize à vingt ans, à laquelle l'homme doit, seul, subvenir à ses besoins ; 2° la période de la plus grande concurrence (de vingt-cinq à trente ans, d'après la statistique de l'Empire allemand) ; 3° la période de trente-cinq à quarante ans, à laquelle l'intoxication par l'alcool fait le plus sentir ses effets. Enfin, à la période plus tardive, prennent place, les individus immigrés.

Certaines différences existent entre les sujets suivant la période à laquelle ils ont adopté leur genre de vie ; les déficiences psychiques congénitales sont plus fréquentes (45 p. 100) chez les vagabonds précoces, que chez ceux qui le sont devenus tardivement (25 p. 100). Dans cette dernière catégorie prédominent les psychopathies acquises et l'alcoolisme. Tandis que, dans la première catégorie, c'est la faiblesse intellectuelle congénitale qui tient la première place parmi les facteurs étiologiques, dans la seconde, c'est surtout l'influence du milieu qui se fait sentir. (*Congr. méd.-alienist. allemands*).

### Le "record" de la petite taille.

Le "Post Dispatch" de Saint-Louis (U.S.A.), relate le curieux fait suivant. L'histoire, pour aussi invraisemblable qu'elle paraisse, est vraie et certifiée par le Dr W. F. Gillim, qui donna ses soins à la mère et qui est le médecin de la famille.

Les parents de l'enfant sont M. et Mme Clint Mac Murtry, gens bien connus et estimés de la commune de Jewell.

Le 28 janvier 1901, le Dr Gillim était appelé auprès de Mme Mac Murtry, atteinte de pleuro-pneumonie. Mais bientôt après son arrivée, la mère donnait le jour à une fille.

L'enfant n'avait que 10 pouces de longueur ; sa tête, qui avait le volume d'un citron, était de consistance

gélatineuse, et ses cuisses avaient la dimension d'un doigt d'adulte.

Après avoir enveloppé dans un drap l'enfant, le praticien dit aux parents qu'elle n'avait que quelques heures à vivre.

Le poids ne dépassait pas 11 pouces (363 gr.). Quand le Dr Gillim revint à la maison, 18 heures après la naissance, il fut très surpris d'apprendre que le phénomène était en vie. D'une façon régulière on donna du lait, et, après 16 jours, l'enfant fut emmaillotté pour la première fois, ayant été jusque-là — au sens vrai — gardé dans du coton.

A un mois, il pesait une livre et quart, et il commença à sortir d'une sorte de torpeur qu'à 3 mois.

L'enfant, qui a maintenant un peu plus d'un an, pèse 14 livres, est superbe et plein de promesse pour l'avenir.

C'est là un cas de précocité rare et, à ce point de vue fort intéressant à signaler.

(*Gaz. méd. Belge.*)

### La myopie et le tir des Anglais dans l'Afrique du Sud.

Dans les innombrables combats dont l'Afrique du Sud est le théâtre depuis trois ans, on a souvent remarqué combien les pertes des Boers sont faibles, comparées à celles des anglais.

Les « tableaux de Chasse » de Kitchener enregistrent de nombreuses prises de bestiaux, de chariots et même de personnes, mais bien peu de Boers tués.

M. Grimshaw, qui vient de faire une enquête « ophthalmologique » sur l'armée anglaise donne l'explication de cette anomalie. Si les Anglais ne tuent pas de Boers, c'est qu'ils ne les voient pas, et s'ils ne voient pas c'est qu'ils ont de mauvais yeux.

« Je me suis battu toute la journée et je n'ai pas vu un Boer. Nous tirions simplement sur les kopjes dans l'espérance de toucher au hasard un Boer ou deux » Telle est la réponse que faisaient le plus souvent à M. Grimshaw les soldats qu'il interrogeait sur leur acuité visuelle.

La « Yeomanry » impériale en particulier a des yeux déplorables. Parmi les infirmités physiques que lord Kitchener a reprochées aux recrues qu'on lui envoie, c'est la myopie qui est la plus fréquente.

Et M. Grimshaw demande pourquoi le War-Office, qui prend soin de fournir à ses guerriers des dents artificielles, refuse de leur permettre l'usage du binocle ou des lunettes.

(*La Vie Méd.*)

### Les mystifications d'Eusapia Paladino.

Il règne un grand émoi dans les cercles spirites italiens. M. Guastavino, directeur du *Caffaro*, de Gênes, a accusé Eusapia Paladino, la fameuse femme médium,

de n'être qu'une mystificatrice. Les manifestations psychiques dont elle se dit l'instrument ne seraient que truques et imposture.»

Pour le prouver, il a publié dans son journal le récit d'une séance de spiritisme à laquelle il assista, en février dernier, chez l'ingénieur Ramorino. A la suite des phénomènes ordinaires du matérialisme : apports d'objets par des mains invisibles, instruments de musique résonnants sans être touchés par personne, tentures s'agitant ou s'enflant comme sous un souffle surnaturel, atouchements et pressions de mains, etc., M. Guastavino dit avoir reconnu, lorsqu'un visage s'approche du sien dans l'obscurité, comme pour lui donner un baiser, l'haleine un peu forte qu'il avait remarquée chez Eusapia Paladino, un conversant avec elle avant la séance.

Cette observation, ajoute-t-il, corroborait le récit qu'il tenait d'un ami de Gênes, devenu veuf, qui avait demandé à Eusapia d'évoquer l'esprit de sa défunte épouse. Celle-ci se manifesta par des baisers et des embrassements qui permirent à son mari de constater que l'esprit sentait terriblement le marsala. Or, Eusapia avait absorbé un verre de ce breuvage avant la séance.

Ce n'est pas tout : le directeur du *Caffaro* conte que l'ingénieur Ramorino avait demandé au médium d'obtenir une empreinte du visage de son défunt père sur un bloc de stuc déposé sur une table autour de laquelle se faisait l'expérience.

M. Guastavino, malgré l'obscurité, observa qu'Eusapia, en agitant les bras et les jambes comme sous l'influence du délire psychique, imprimait à la table un mouvement d'inclinaison vers elle. Lui-même en étendant la main sentit que le corps du médium était fortement penché en avant et lorsqu'il examina l'empreinte il constata une vague ressemblance avec un profil d'Eusapia, qui ne lui laissa aucun doute que celle-ci ne fût à la fois le médium et l'esprit évoqué.

(Gaz. méd. belge)

#### Le record de l'insalubrité : danger des cimetières.

Sait-on qu'elle est la ville du monde la plus malsaine ? Ce record peu enviable, appartient sans conteste, assure-t-on, à Amoy, le grand port chinois sur le canal de Formose. Il faut savoir d'abord que la ville a été construite, il y a une dizaine de siècles, sur un immense cimetière où, d'après les évaluations les plus sérieuses quelques cinq millions de cadavres avaient été enterrés. Aujourd'hui encore, on peut voir dans toutes les rues de la ville, sur les places publiques, au loin dans la campagne, des milliers de tombeaux dont les pierres qui se touchent forment une surface unie, presque continue, de 90,000 mètres carrés.

Détail particulièrement hideux : les puits, où la population trouve son eau potable, ils ont été perés au milieu de ce charnier. Les Chinois en retirent un liquide boueux, méphitique qui soulève le cœur...Inutile d'ajouter que la peste et le typhus règnent à Amoy d'une façon endémique, et que la mortalité y atteint un taux effrayant.

(Gaz. méd. belge)

#### Les mangeurs d'opium dans le Touat

par le Dr FOLLY

« Pendant mon séjour au Touat, dit l'auteur, j'avais souvent remarqué dans les jardins des oasis la présence de nombreux plans de pavots. Je n'y avais prêté aucune attention, lorsque, à mon passage dans une localité nommée Oufran, qui dépend du groupe de l'Aouguerout, le hasard voulut que le caïd vînt me consulter. C'était un homme d'environ trente-cinq ans, dont le faciès amaigri révélait un malade. Il paraissait profondément anémié, son visage avait une teinte terreuse, son regard exprimait l'hébétéude. Il vint à moi et se plaignit d'impuissance sexuelle. Je me préparais à l'interroger et à faire un examen général, lorsque le commandant Laquière, des affaires indigènes, qui le connaissait bien, me dit qu'au cours d'une promenade dans l'oasis avec lui, il l'avait vu manger à belles dents les capsules vertes de quelques pavots. J'eus alors l'explication de cette impuissance précoce, et en rapprochant ce symptôme de ceux déjà observés chez ce malade, j'eus la conviction d'avoir affaire à un intoxiqué par l'opium.

Le lendemain, en arrivant dans l'Aouguerout, je vis des quantités de pavots dans les jardins. Nul doute désormais qu'il y eût, dans le Touat comme ailleurs, des mangeurs d'opium.

La rapidité de notre marche ne me permit pas de pousser mes investigations plus loin. Il eût été intéressant de constater d'autres cas, de rechercher si les Touatians savent recueillir l'opium, s'ils le fument, ou s'ils se contentent de mâchonner les capsules vertes, comme ce caïd. Quoi qu'il en soit, on voit, par cet exemple, que l'usage des narcotiques n'est pas seulement le triste apanage des races civilisées, et que ces pauvres peuplades, arriérées et misérables, éprouvent, elle aussi, comme les raffinés de l'hôtel Pimodan, le besoin des Paradis artificiels ».

(Le Caducée—Gaz. méd. belge)

## Revue du "Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord" (1)

### Traitement chirurgical de la kératite en bandelette

par M. le Dr Rodolphe BOULET

Médecin en chef de la Clinique d'Ophthalmologie, de Rhinologie et d'Otologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal

La Kératite en bandelette est une forme spéciale de kératite caractérisée par la présence sur la cornée d'une bandelette plus ou moins étroite et rouge, formée d'une infiltration sous-épithéliale accompagnée de petits vaisseaux nombreux et tenus qui partent du bord cornéen et qui s'étendent à une certaine distance sur la cornée. L'extrémité de la bandelette est constituée par un relief de tissu opacifié proéminent sur le reste de la surface.

Cette bandelette vasculaire peut s'étendre jusqu'au centre et même au-delà de la cornée. Ce qui distingue essentiellement la forme de kératite en bandelette c'est que la vascularisation reste très circonscrite en bande étroite et que le gonflement de l'infiltration de cette kératite faisant sensiblement relief la différencie des autres formes d'infiltrations cornéennes.

Cette kératite en bandelette fait partie du groupe de kératites dites superficielles. Au début, la cornée s'infiltré et devient opalescente en certains points de sa périphérie. Cela tient à la pénétration de cellules migratrices qui envahissent les couches profondes de l'épithélium, tout en respectant habituellement la membrane de Bowman.

A une période plus avancée, des globules rouges apparaissent, forment des courants anastomosés qui se déposent sur deux plans tout d'abord de parois propres.

Le sang circule du centre à la périphérie dans le réseau superficiel, et en sens inverse dans le réseau profond.

Les parois, une fois constituées, gagnent sans cesse en épaisseur et deviennent scléreuses, au point de rétrécir la lumière des vaisseaux.

Dans la période ultime, les cellules migratrices se transforment en tissu conjonctif nouveau, pendant que l'épithélium s'hyperplásie et se kératinise.

A mesure que ce travail se prolonge, la membrane de Bowman disparaît et le parenchyme lui-même, vascularisé, participe à la sclérose. A ce degré, il reste peu d'espoir de le voir recouvrer sa transparence parfaite, les vaisseaux disparaissent graduellement et il ne reste qu'une opacité très accentuée et proéminente

te qui correspond à la forme allongée de la bandelette vasculaire.

Cette opacité ne s'éclaircit jamais et permet de reconnaître suivant quelle direction s'est étendue la bandelette inflammatoire.

Au point de vue étiologique de la kératite en bandelette il sera bon de se rappeler que selon son développement embryogénique on distingue trois couches à la cornée : une cutanée, une scléreuse et une couche choroïdienne. Dans les diathèses qui tendent à se localiser de préférence dans le système cutané, nous voyons la portion cutanée surtout atteinte, c'est-à-dire le revêtement conjonctival de la cornée. Or, la kératite en bandelette étant une affection essentiellement superficielle, tenant au revêtement cutané de la cornée, il faut rechercher pour l'étiologie de cette maladie les affections portant atteinte de préférence au système cutané. Les enfants qui échappent si rarement aux éruptions cutanées dues pour la plupart à un dérangement du tube digestif seront donc les sujets privilégiés de la kératite en bandelette.

Pour résumer cet aperçu sur l'anatomie pathologique de la kératite en bandelette que l'intelligence du sujet avait rendue nécessaire, disons que la kératite en bandelette est une kératite superficielle, qu'elle reconnaît le plus souvent pour cause les maladies du système cutané, qu'elle n'a point de tendance à la guérison rapide, qu'elle laisse toujours après elle des traces profondes de son passage et qu'elle affecte le plus souvent les enfants.

Abordons maintenant le point principal qui est la raison d'être de cette communication, c'est-à-dire, le traitement de la kératite en bandelette.

*Traitement.* — Jusqu'à présent le traitement local de la kératite en bandelette a été le traitement médical ordinaire de toute kératite superficielle : atropine ou pilocarpine, compresses chaudes antiseptiques, pommades à l'oxyde d'hydrargyre, calomel, etc.

Fatigué de la lenteur désespérante de cette médication et ayant eu l'idée de nous adresser à la chirurgie nous avons soumis systématiquement au *traitement chirurgical* tout malade atteint de kératite en bandelette. Le résultat nous a paru absolument étonnant. Cette affection qui, pour guérir en laissant des traces indélébiles de sclérose, prenait de deux à trois mois était, en une quinzaine de jours, terminée en laissant sur la cornée des traces beaucoup moins profondes qui finissaient souvent avec le temps par disparaître presque complètement.

Le mode opératoire consiste à pratiquer une *abrasion conjonctivale* partielle pour couper la route aux vaisseaux qui se rendent de la conjonctive sur la cornée et d'exécuter avec un sacrificateur le *raclage* complet des vaisseaux formés sur la cornée, de façon à mettre à nu la trame même de la cornée. Il faut avoir soin de poursuivre la destruction des vaisseaux

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.

avec le scarificateur jusque sur le bord sclérotical inclusivement.

Par cette intervention, nous transformons la kératite en bandelette lente à accomplir son cycle pathologique en une plaie ordinaire de la cornée qui guérira facilement par des pansements exclusifs répétés chaque jour ou chaque deux jours.

Ce procédé chirurgical n'a rien de neuf et nous n'en réclavons pas la paternité, si ce n'est cependant peut-être dans son application au traitement de la kératite en bandelette.

Ce que nous recherchons, c'est de bien mettre en lumière son efficacité et d'engager nos confrères à rejeter entièrement le traitement médical ordinaire qui fait perdre un temps précieux, pour avoir recours sans retard et chaque fois que l'occasion se présente à ce traitement chirurgical infiniment supérieur quant à la durée de l'affection et du recouvrement ad integrum de la transparence de la cornée.

D'ailleurs, il suffit de songer au mode naturel de terminaison de la kératite en bandelette laissée à ses propres ressources de cicatrisation pour se rendre, il nous semble, bien compte de la longue durée de l'affection et de l'intensité de l'opacité qu'elle entraîne à sa suite, car enfin les vaisseaux de nouvelle formation en s'organisant et plus tard en se sclérosant laissent sur la cornée une plus grande abondance de tissu cicatriciel, lequel étant nécessairement opaque fait tache sur le reste de la cornée transparente. Il n'en est pas ainsi si, par le raclage, on a supprimé ces nouveaux vaisseaux auxquels on a substitué une plaie simple qui n'a plus besoin que de se kératiniser pour se refermer.

Parmi les nombreux cas traités, nous n'en citerons que quatre pour lesquels la méthode nous a donné des résultats tout à fait nets.

**OBSERVATION I.** — J. M., âgé de 8 ans, sans aucune histoire pathologique spéciale, atteint de kératite en bandelette depuis deux mois et soigné par les moyens médicaux ordinaires sous la surveillance d'un ophthalmologiste. Le petit malade est amené à mon cabinet de consultation par le médecin de famille qui, comme celle-ci, trouve que la guérison se fait par trop attendre. Je propose d'endormir l'enfant et de l'opérer; ce qui est accepté et le lendemain matin sous chloroforme je fais une abrasion partielle de la conjonctive suivie d'un raclage avec un scarificateur de la bandelette vasculaire. Un pansement occlusif est appliqué et renouvelé chaque jour.

Dix jours après le bandeau était abandonné et l'œil guéri.

Le malade qui a été revu trois mois plus tard ne conservait qu'une faible trace de son ancienne kératite en bandelette.

Le confrère, satisfait de ce premier résultat, m'a

dresse un second malade qui fait le sujet de l'observation suivante.

**OBSERVATION II.** — H. J., fillette de 10 ans, convalescente d'une fièvre scarlatine des plus graves est atteinte de suppuration des deux oreilles et d'une kératite en bandelette de l'œil gauche, en plus son pharynx nasal est rempli de végétations adénoïdes.

Père et mère en bonne santé. Aucune tare familiale à rapporter.

L'ablation des végétations adénoïdes et le curetage de l'œil sont exécutés dans la même séance. L'œil est mis sous bandeau. Au bout de seize jours le bandeau est enlevé et la kératite en bandelette est guérie.

**OBSERVATION III.** — A. D. qui est âgé de 12 ans se présente à moi pour la première fois le 18 mars dernier. Père et mère en bonne santé.

*Début de la maladie :* A l'âge de cinq ans il contracte au printemps la rougeole et, dans le cours de la convalescence, l'œil droit est pris d'hyperhémie avec accompagnement de larmoiement et de photophobie très intense. L'affection récidive chaque printemps pour durer jusqu'à l'automne. Pendant sept années consécutives le traitement médical ordinaire a été instituée sans résultat appréciable.

*Etat actuel :* O. D. Présence d'une infiltration cornéenne sous épithéliale de forme pyramidale et accompagnée de petits vaisseaux tenus et nombreux. Hyperhémie conjonctivale, douleur, larmoiement et photophobie. Donc kératite en bandelette.

*Traitement :* Pendant 15 jours le traitement médical, local et général, est institué. Aucune amélioration.

Le 5 avril, abrasion conjonctivale partielle et raclage de la bandelette vasculaire, sous chloroforme. Pansement occlusif avec pommade d'Iodoforme.

Le 8 avril, amélioration perceptible.

Le 11 avril, l'amélioration continue. Suppression du bandeau.

Le 24 avril, guérison avec petit leucôme transparent.

**OBSERVATION IV.** — M. R., âgée de 10 ans. Mère morte de tuberculose, père en bonne santé. Rien de particulier dans les antécédents de l'enfant. Entre à l'Hôtel-Dieu le 15 février 1901 souffrant de kératite en bandelette des deux yeux. Le traitement médical ordinaire est prescrit : compresses chaudes d'une solution d'acide borique, atropine, toniques à l'intérieur. Le 13 mai l'enfant retourne chez elle améliorée mais non guérie.

Le 14 avril 1902, M. R., revient à l'hôpital atteinte tout comme l'année précédente de kératite en bandelette des deux yeux.

Le 18 avril l'œil gauche est opéré et le 25 cet œil est assez amélioré pour permettre d'enlever le bandeau.

L'œil droit est à son tour soumis au traitement chirurgical.

Le 5 mai l'enfant laisse l'hôpital parfaitement guérie.

Sur le même sujet, le traitement chirurgical donnait en quinze jours le résultat qu'un traitement médical continue pendant trois mois l'année précédente avait en vain laissé espérer.

### Contribution à l'étude de la Grossesse Extra-Uterine.

*Basée sur observations personnelles.*

par M. le Dr COYTEUX PÉREVOST,

*Gynécologue de l'Hôpital Saint Luc (Ottawa)*

(Suite)

OBS. I. Le 6 février je fus appelé pour voir en consultation Mlle C... âgée de trente-deux ans. Elle a eu un enfant il y a huit ans et depuis a toujours joui d'une bonne santé; pas d'avortement, menstruation régulières, dernières règles le 15 novembre, c'est à dire trois mois auparavant. Le 15 décembre, les règles font défaut. Le 25, jour de Noël, elle se lève en parfaite santé. A une heure de l'après-midi, elle est subitement prise de vives douleurs dans l'abdomen, accompagnées de nausées. Elle applique des fomentations chaudes et tout paraît rentrer dans l'ordre. Huit jours après le début de ces accidents, apparaît un écoulement vaginal de sang noirâtre qui a toujours persisté avec plus ou moins d'abondance, bientôt suivi par des douleurs abdominales presque constantes, augmentant parfois d'intensité et généralement plus vives du côté droit. Nausées fréquentes et défécation tellement douloureuses que les lavements sont devenus absolument insupportables.

A l'examen, l'utérus, augmenté de volume, paraît légèrement en antéflexion. Tout le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse extrêmement douloureuse à la pression, s'étendant du côté droit et dont la limite supérieure est perçue, par l'examen bi-manuel, une largeur de doigt au-dessus du pubis.

Elle entre à mon hôpital privé et est opérée le 9. L'abdomen ouvert j'aperçois aussitôt, à la partie supérieure et postérieure de l'utérus un petit fibrome de la grosseur d'une prune. La malade est mise dans la position déclinée. Je trouve en bas l'origine des annexes des deux côtés, mais tout est soudé au fond du Douglas. Le segment inférieur de l'utérus est adhérent au plancher du bassin, le fond déjeté en avant, vers le pubis, par le promoteur du sacrum; le reste de l'organe, à partir de l'os interne jusqu'au col, est enfoui dans des adhérences qui le fixent dans le fond du cul-de-sac rétro-utérin. En suivant le côté droit de l'utérus, je sens une large masse rénitente au fond du bassin, de couleur blanchâtre et ressemblant assez au gros intestin distendu;

elle est appliquée sur le côté de l'utérus auquel elle est intimement adhérente. Cette masse est constituée par la trompe repliée sur elle-même, énorme, tendue, fluctuante, offrant deux pouces de diamètre et à peu près six pouces de longueur augmentant de volume vers son extrémité externe, qui est fixée par de fortes adhérences au péritoine pelvien ainsi qu'aux anses intestinales. Je me mets immédiatement en frais de séparer ces adhérences, manœuvre délicate à cause de l'intestin. Je trouve enfin sous la tumeur un plan de clivage et insinuant mes doigts de plus en plus, je réussis à saisir toute la trompe de la grosseur de mon poignet. L'ovaire, apparemment normal, était situé à la partie inférieure. Les franges du pavillon avaient entièrement disparu, la trompe entière ressemblant à une crosse de pistolet.

A gauche aussi, la trompe est distendue, mais à un moindre degré que celle du côté opposé; elle se termine également en cul-de-sac. L'extrémité abdominale, fermée est de la grosseur d'une petite pomme. Les annexes furent enlevées des deux côtés. La trompe gauche contenait 15 à 20 grammes de sang noir, fluide, sans caillots. L'incision de la trompe droite, à son extrémité, découvre une masse grosse comme une orange et composée de caillots sanguins jaunâtres, à demi organisés. Après avoir enlevé ces caillots de l'intérieur de la trompe j'ouvre une autre poche embryon, long d'un centimètre, attaché aux parois du sac par un cordon rudimentaire. Il n'y avait pas de rupture de la trompe et, par conséquent, pas d'épanchement de sang dans la cavité péritonéale. L'hémorragie étant inter-kysto placentaire, le sang s'était coagulé entre le sac foetal proprement dit et les parois tubaires distendues.

OBS. II. Madame P... vingt trois ans, mariée depuis quatre ans, a eu deux enfants, le dernier il y a dix mois. Menstruée à douze ans, toujours régulière, mais dysménorrhée intense. A toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque de son dernier accouchement qui paraît avoir été suivi d'accidents septiques. Les règles survenues normalement en juin font défaut en juillet. Le 18, à deux heures de l'après-midi, douleurs abdominales subites faiblesse, presque perte de connaissance. Les deux ou trois jours suivants, l'abdomen est douloureux, et la malade a dû garder le lit. Puis elle devient mieux. Le 25, c'est-à-dire cinq semaines après la dernière époque menstruelle, elle commence à perdre abondamment, sans douleur. Elle fait appeler un médecin qui lui administre de l'ergot. Les douleurs reparissent aussitôt et elle perd connaissance. Le médecin mandé en toute hâte, la trouva très pâle et crut qu'elle allait mourir. Cependant elle prit du mieux, tout en continuant à perdre, les jours suivants. Je la vis en consultation quelques jours après. Apparemment en bonne santé, elle se plaint de faiblesse et de quelques douleurs abdominales plus vives du côté gauche.

Examen: Légère lacération du périnée; utérus en



antéflexion, mobile, peu sensible à la pression ; col granuleux ; annexes du côté droit normales. Kans le cul-de sac postérieur, masse de la grosseur d'un œuf de pigeon, très sensible au toucher. Sur le côté gauche on sent l'ovaire dur et légèrement augmenté de volume.

Laparotomie : la trompe gauche est libre dans le Douglas sans aucune adhérence, dilatée, de la grosseur d'une petite orange et non rupturée.

Extirpation des annexes entre deux ligatures :

Examen de la pièce après l'opération. Un coup de ciseaux provoque l'issue de quelques caillots et la membrane amniotique apparaît intacte. Je l'ouvre : elle est remplie d'un liquide transparent contenant un petit embryon de quatre à cinq semaines. Les annexes du côté droit étaient parfaitement normales et furent laissés dans l'abdomen.

Cette malade est retournée chez elle avec un seul ovaire, mais elle s'en est largement servi puisqu'elle a fait successivement deux enfants qui se portent très bien. A ce sujet je vous demande la permission de faire une légère digression qui ne sera peut-être pas sans intérêt.

Vous connaissez sans doute la théorie émise, il y a quelques années, par le docteur Scheneck, de Vienne, et qui consiste à soumettre la femme enceinte à un traitement déterminé pour obtenir un garçon ou une fille. Vous savez également que le système appliqué à la cour de Russie, où l'on désirait un prince, a abouti à la naissance d'une princesse. Cette question de la procréation des sexes a été reprise plus tard sous une apparence plus scientifique par un médecin grec, M. Nicolopoulos. Je vous fais grâce de la description de sa théorie subtile. Je vous dirai simplement que d'après ce grand helléniste les deux ovaires fonctionneraient alternativement dans la confection des enfants, l'ovaire droit produisant toujours des mâles et l'ovaire gauche toujours des femelles. J'avais enlevé l'ovaire gauche dans le cas que le viens de citer ; je savais en outre que ma malade avait eu deux enfants depuis l'opération, deux mâles évidemment, selon les idées de M. Nicolopoulos. J'éprouvais le désir de vérifier l'exactitude de ces observations et je me rendis dans ce but au domicile de mon ancienne malade. Après les salutations d'usage, je la félicitai sur le bonheur qu'elle avait eu de donner successivement naissance à deux enfants depuis notre dernière entrevue :

— Deux petits garçons, évidemment, n'est-ce pas ?

— Non, Monsieur, deux filles !

Enfoncé M. Nicolopoulos ! à moins que l'ovaire droit de ma petite femme ne fut gaucher de naissance...

(A suivre)

#### Enseignons aux nôtres comment combattre la Tuberculose.

par M. le Dr J. G. PARADIS, (Montmagny).

Mon intention en présentant ce travail, est de vous demander comme au membres distingués d'une grande et puissante famille, votre aide, votre concours immé-

diat et actif en faveur de nos compatriotes si lourdement décimés par la tuberculose pulmonaire.

Je m'adresse à des hommes de ma race, je parle à des médecins dont le dévouement et la science sont universellement et justement appréciés, dont le patriotisme est si éclairé, et dont l'esprit de confraternité est brillamment démontré aujourd'hui par cette grandiose réunion.

C'est donc une croisade que je prêcherai aujourd'hui, et c'est le concours empressé de tous vos influences que je sollicite contre la déchéance physiologique de l'enfant par la maison d'école. C'est une statistique aussi intéressante que triste à étudier, que celle de la mortalité des Canadiens-Français par la phthisie. Nous fournissons un appoint beaucoup trop considérable à la tuberculose.

Il est curieux d'observer qu'en Europe, c'est la France qui fournit le taux le plus élevé dans la sombre liste des mortalités dues à cette impitoyable affection.

Est-ce que nos pères qui nous ont légué tant et de si brillantes qualités, nous auraient imprimé cette propension native vers ce mal qui fait échec, depuis deux siècles, à la prodigieuse fécondité de nos mères.

On serait porté à le croire. Que cela provienne de causes ataviques, que cela soit dû à nos habitudes domestiques, à des influences climatiques ou autres, nous mourons beaucoup trop.—Avec les statisticiens je jette un cri d'alarme. Il y va dans une grande mesure, de notre avenir national. Quelle est donc l'apathie qui nous a endormis jusqu'à ce jour en face de cette calamité qui nous tue nos jeunes gens et nos jeunes mères ? Qui devons-nous tenir responsable de cette insouciance générale qui s'est manifestée jusqu'à ce jour, du haut en bas de notre hiérarchie sociale, en présence de notre plus dangereux ennemi ?

Il est temps n'est-ce pas, de faire la part des responsabilités, il est temps de parler et d'agir. En Europe et surtout en Angleterre, en Allemagne, et en France on s'organise pour lutter contre cet ennemi plus dangereux que le choléra, la fièvre jaune, etc. c'est une lutte internationale. Aux États-Unis on a aussi entamé vigoureusement le bon combat, et on constate avec bonheur que les plus heureux résultats d'espérance se manifestent bien en certains endroits. Il faut donc, nous membres de la grande famille médicale, favoriser de toutes nos forces ce beau mouvement, et le principal moyen à notre disposition est de répandre partout la science de l'hygiène. Il faut aller au peuple et lui faire connaître que pour lui, le salut est dans la réformation immédiate et absolue de l'hygiène scolaire. Il faut lui montrer les nombreuses misères physiologiques et pathologiques engendrées par la défectuosité et par l'insalubrité criminelles des maisons d'écoles rurales, et enfin, il faudra lui dire aussi et de manière à être bien compris, que nous tenons responsables de tout le mal que nous déplorons, l'ignorance et l'incurie des commissions scolaires dans nos paroisses de la campagne.

Qu'est-ce que c'est que la tuberculose ?

C'est une maladie spécifique causée par un microbe spécial appelé bacille de Koch. Dans ses immortels travaux Villemain a légué au monde médical, une étude approfondie et très juste de cette maladie. Et l'on peut dire que la connaissance véritable de la tuberculose date de cette époque, (le 5 décembre 1864). C'est une affection qui frappe tous les âges, toutes les constitutions, toutes les races. Sa nature infectueuse et son absolue contagiosité en font un fléau plus redoutable que les grandes épidémies qui ont ravagé l'univers, à différentes époques de l'histoire médicale.

Le microbe phtisogène ou bacille de Koch, cause spécifique et nécessaire de la tuberculose, s'introduit dans son organisme par toutes les voies de l'économie. Sa nature parasitaire en fait donc une maladie essentiellement et dangeureusement contagieuse.

On peut prendre le germe tuberculeux par l'estomac, dans les aliments, on peut l'aspirer dans nos poumons en poussière subtile ; on peut se l'inoculer par la plus légère érosion de l'épiderme. C'est un ennemi contre lequel il faut être constamment en garde ; il ne choisit pas ses victimes et il frappe sur chacun et à toute heure.—Le bacille de Koch introduit dans notre système, par l'une des nombreuses voies à sa disposition, y trouve un champ excessivement propice à sa propagation.—Il se nourrit aux dépens des humeurs et des tissus de l'organe où il a élu domicile. Il se multiplie et s'infiltré dans les mailles de tissus, en détruisant tout sur son passage. La manière pulmonaire, la matière cérébrale, les muqueuses de l'estomac, les parenchymes du rognon et du foie, sous l'influence du travail du bacille, perdent leur caractère propre et distinctif, leurs cellules se gonflent, se congestionnent pour subir progressivement une série de métamorphoses qui se terminent par la désorganisation et la mort. De ce foyer tuberculeux partent les colonies de bacilles qui vont s'implanter dans d'autres milieux organiques, où elles vont semer les mêmes désastres et faire éclore les mêmes séries d'accidents.

Le bacille de Koch ne produit pas seulement une action morbide locale, mais il sécrète un liquide virulent qui se distribue par l'entremise des vaisseaux sanguins dans toutes les parties du système, il imprime par là à sa victime, un cachet pathologique spécial appelé cachexie. Il n'est pas nécessaire d'avoir l'œil exercé du professionnel, pour reconnaître entre mille le malheureux cachectique, nous le rencontrons dans tous les carrefours, sur les places publiques, dans les bureaux, à l'école, et l'on a vite fait de le signaler traînant un peu partout sa misérable existence, et semant autour de lui, à pleine bouche, les germes de la destruction et de la mort. Le cachectique tuberculeux est donc un être excessivement dangereux, puisqu'il porte avec lui le germe fatal qui le mine, pour le distribuer insidieusement et sûrement dans l'atmosphère ambiante, par ses déjections et ses crachats.

Pourquoi et en quoi le cachectique tuberculeux peut-il être cet être malfaisant que je viens de vous présenter. C'est que la tuberculose est une maladie terriblement contagieuse. Il faut accepter cette vérité comme une fatalité inexorable, la tuberculose est absolument contagieuse et on doit inculquer profondément cette vérité dans le cerveau et l'esprit des gens, par tous les moyens possibles. Le bacille expectoré par le tuberculeux, voilà le facteur immédiat de la maladie. Il y a encore une autre source de contagion animale. Par l'animal les modes de dissémination sont divers. Les animaux domestiques se tuberculisent autant que l'homme. Une bête malade peut donc semer la tuberculose. Le chien, le chat, les oiseaux de basse cour peuvent devenir tuberculeux. La contagion animale s'opère encore par l'intermédiaire de la viande et du lait, et il est de fréquents exemples de contamination par le voisinage de l'écurie et de l'étable, où des animaux malsains ont séjourné. Le bacille de Koch possède une ténacité et une vitalité prodigieuses. Ainsi un crachat contaminé déposé quelque part se dessèche, la partie liquide s'évapore et le bacille soulevé par l'air le plus léger, va se déposer ici et là, sur un meuble, sur un tapis, sur un lit, et il peut se conserver là dans toute sa virulence, des mois entiers, guettant une victime, prêt à fondre sur une proie. Ce minuscule ennemi frappera et très souvent mortellement la personne qui violera sa retraite ou troublera son repos. Déposé sur la chaussée ou sur la place publique, le bacille de Koch dissimulé au regard le plus aigu, attendra là patiemment l'heure que vous avez choisie pour y faire votre promenade. Escorté d'un être cher, d'un enfant bien-aimé ; plein de bonheur et d'espérance vous discutez joyeusement sur un avenir que vous avez droit d'escompter. Le soleil vous caresse de ses rayons vivifiants, la nature féconde vous verse des effluves de santé et de force, mais le tubercule jeté l'à par un passant qui ne vous voulait certes pas de mal, soulevé par la robe traînante d'une promeneuse qui vous précède, voltige avec la brise que vous respirez et s'introduit à votre insu par vos organes respiratoires dans les parties vives de votre être.

A partir de cette minute précise, vous êtes voué à une mort précoce, après des souffrances incalculables et des désespoirs aussi cruels qu'immérités, Partout à l'église, au théâtre, à l'école, dans les voitures publiques, ce macabre infiniment petit est semé à profusion par l'ignorance et l'incurie des malades qui le fabriquent par centaines et par milliers. N'avons-nous pas raison de prêcher énergiquement, de crier partout ce qu'il faut pour nous préserver et préserver les nôtres du danger de la tuberculose, plus terrible à lui seul que tous les maux dont est affligée notre pauvre humanité,

\*\*

Quels sont ceux qui peuvent devenir tuberculeux ?

Vous et moi, tout le monde est susceptible de contracter la tuberculose.

Dans le cours ordinaire des choses, les mêmes causes produisent les mêmes effets. En physiologie, il en est comme des autres lois de la nature. Le bacille de Koch est l'agent pathogène actif, c'est un germe qui ne demande qu'un milieu propre à sa croissance et à sa multiplication. Les tissus et les humeurs de l'économie animale, sont les terrains où il se cultive le mieux. Est-ce à dire que tous ceux qui viennent en contact avec le germe tuberculeux, doivent nécessairement souffrir et périr de phtisie tuberculeuse ? Fort heureusement il n'en est pas ainsi. La contagiosité pour s'effectuer effectivement doit rencontrer certaines conditions spéciales de milieu et de terrain. Pour germer, croître et porter des fruits, le grain de blé doit être jeté dans un sol particulier, et y être entouré de circonstances voulues par sa nature. C'est à dire que ce sol doit contenir des matières nutritives dont il aura besoin, et il lui faut aussi de l'humidité, de la chaleur et de la lumière. S'il lui manque un seul de ses éléments, si le sol est dépourvu des matières minérales propres à sa nutrition, si la chaleur vivifiant du soleil lui fait défaut, la plante s'étiole et meurt. De même, le germe tuberculeux pour croître et se multiplier doit rencontrer un terrain tuberculisable. Quelles sont les conditions qui favorisent chez l'individu l'éclosion de la tuberculose ?

Comme cause prédisposante, nous citerons d'abord l'hérédité. L'enfant, né parents tuberculeux, ne n'aît pas lui-même fatalement avec le germe homicide, mais il vient au monde avec un tempérament et une constitution éminemment favorables à son éclosion. "On ne naît pas tuberculeux mais tuberculisable," dit Peter. "Ce que les parents contaminés transmettent à leurs enfants, c'est la tuberculose en expectative et non en nature," dit Bouchard. Cette opinion est admissible, mais il n'en est pas moins vrai que la lésion héréditaire a été surprise en flagrant délit chez l'enfant nouveau-né. Dieulafoy ajoute que l'inoculation du sang d'un enfant nouveau-né d'une mère phtisique a pu déterminer chez le cobaye une tuberculose analogue à celle que détermine un fragment d'un poumon tuberculeux. Ce fait a été aussi démontré par Landousy et Martin.

Nous devons donc admettre la possibilité de la transmission du germe tuberculeux de la mère à l'enfant. "Toute la question, dit Dieulafoy," est de savoir pendant combien de temps, le germe pourrait vivre ainsi, en conservant sa virulence."

Cette latence des bacilles, ajoute le même auteur, n'a rien qui nous surprenne. La transmissibilité du germe tuberculeux des parents à l'enfant, pour être un fait indéniable, n'en est pas moins excessivement rare. Comme nous le disions il y a un instant l'enfant hérite de la prédisposition à contracter la tuberculose, c'est un terrain favorable à son éclosion. Toutes les causes qui débilitent l'individu, la maladie, le surménage, la mau-

vaise alimentation, l'insalubrité des bâtiments, mettent le terrain en état de réceptivité. Jaccoud disait il y a trente ans : "La tuberculose est l'aboutissant commun de toutes les détériorations constitutionnelles de la famille et de l'individu.

L'une des principales excuses de la perte de la vitalité de nos enfants, c'est l'abominable hygiène de nos édifices publics et surtout nos maisons d'écoles rurales.

Où sont donc dans nos campagnes, les officiers qui s'occupent de la question de la salubrité, lorsqu'il s'agit de construire une maison d'école cantonale ? L'ignorance et la mesquinerie criminelles de la majorité des commissaires scolaires à la campagne constituent un désastre et une disgrâce nationale.

Nos habitants, règle générale, se logent confortablement et dans bien des cas, leurs édifices ne pèchent en rien contre les lois de l'hygiène.

Mais s'il s'agit de se cotiser pour construire une maison d'école, où nos enfants devront séjourner de nombreuses années durant on lésine, on discute, on se chicane et l'on fait plus mal possible.

Il faut les voir comme nous les avons vues ces maisons, basses, étroites, malpropres, mal éclairées, dépourvues de tout moyen de ventilation, situées dans de très mauvais endroits climatiques. Ces usines de la tuberculose ne devraient pas être tolérées un instant.

Du haut de cette tribune, je demande grâce pour ces milliers de petits compatriotes, avides de bon air et de lumière, et à qui l'on ne distribue que des gaz délétères et un soleil parcimonieux.

Je demande grâce pour ces enfants, dont l'échine se dévie et se brise sur ces bancs de bois et ces tables boiteuses, instruments de torture, indignes de ce siècle éclairé et progressif.

Je demande grâce pour l'institutrice canadienne-française, confinée avec une troupe d'enfants dans ce réduit délétère et qui comme issue fatale après quelques années dévorées à l'instruction d'une classe d'êtres intéressants et intelligents, va mourir phtisique dans un lit d'hôpital, parce qu'on lui a refusé non seulement le confort le plus élémentaire, mais même un traitement suffisant pour se faire soigner chez elle et dans sa famille.

(à suivre)

**La mortalité infantile, de la naissance à un an.—  
L'œuvre de la goutte de lait  
par le Dr S. BOUCHER**

Professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal. Démonstrateur  
au laboratoire d'Histologie

La mortalité infantile de 0 à 1 an est excessive dans la province de Québec. Le nombre des naissances est très élevé, mais si, en examinant les statistiques du Conseil d'Hygiène, on compare le chiffre des naissances

avec celui des morts de 0 à 1 an, on s'aperçoit que presque la moitié des enfants ne vivent pas une année.

Dans les villes surtout l'étude des statistiques est intéressante ; je me permettrai de vous citer quelques chiffres, pris dans les rapports des deux dernières années, pour les villes de Québec et de Montréal.

En 1909, il y a eu à Montréal 7715 naissances et 2071 morts de 0 à 1 an, ou 26.8 p. c. ; en 1900, 7722 naissances et 3796 morts, ou 49.1 p. c.

Les statistiques de Québec sont encore plus démonstratives ; en 1899 nous avons 1332 naissances et 665 morts de 0 à 1 an, ou 49.9 p. c. ; en 1900 1540 naissances et 621 morts, ou 40.3 p. c.

La moyenne des deux années pour Montréal est de 37.9 p. c. et pour Québec de 45.1 p. c.

La moyenne des deux années pour les deux villes, est de 41.5 p. c.

L'augmentation naturelle de la population n'est donc pas en rapport avec la fécondité supérieure de la femme canadienne ; cela démontre qu'il faudrait travailler à diminuer cette mortalité effrayante. Cette tâche nous est facilitée par l'étude des travaux publiés depuis quelques années par des hommes distingués ; des savants, surtout en France, se sont occupés spécialement de cette question, nous pouvons profiter de leurs observations, et faire bénéficier notre pays de leur expérience.

Cette mortalité est due en grande partie à la mauvaise alimentation du nourrisson, qui l'expose aux affections du tube digestif ; en effet, si on consulte les mêmes statistiques, au point de vue des différentes maladies, on voit que la gastro-entérite et la diarrhée comptent pour plus du tiers de la mortalité, ou exactement pour 39.2 p. c. : sans compter un nombre très élevé de morts par débilité générale qui presque toujours n'est due qu'à de la gastro-entérite chronique.

Les petits enfants sont extrêmement sensibles et la moindre faute contre les règles de l'hygiène générale, et en particulier dans leur alimentation, compromet considérablement leur santé. Ceux qui peuvent être nourris par leurs mères sont moins exposés aux dangers de l'infection intestinale que ceux qui sont nourris artificiellement ; cependant, dans les grands centres, bien des raisons forcent les parents à se contenter, pour leurs bébés, de l'allaitement artificiel.

Il ne peut être question de nourrice, dans ce pays, parce que cette coutume n'a pas passé dans nos mœurs, et fort heureusement, on peut dire, parce qu'elle force ces nourrices à délaisser leurs propres enfants, dans le temps où ceux-ci peuvent le moins se passer de leur mère.

L'alimentation par le lait de chèvre ne se fait que très rarement, c'est de lait de vache que l'on se sert pour allaiter les nourrissons. Le lait de vache est la meilleure nourriture pour les petits enfants après le lait de leur mère, mais il contient toujours des germes en grand

nombre et il est un bon milieu pour leur développement. Il faut qu'il provienne d'animaux absolument sains et qu'il soit recueilli avec une grande propreté, puis, soumis à la stérilisation le plus tôt possible afin de détruire ces germes, qui, s'il n'était stérilisé que plus tard, aurait produit des toxines que la chaleur ne peut pas détruire et qui sont plus nuisibles que les germes eux-mêmes.

On doit se défier beaucoup du lait ordinaire du commerce, qui, pour une très grande partie, n'est vendu et livré à la consommation que 1, 2 ou même 3 jours après la traite ; ce lait même stérilisé est un vrai poison pour les petits enfants.

La stérilisation peut se faire à la maison chez les gens qui disposent d'un revenu suffisant, qui comprennent son importance et qui peuvent faire cette opération convenablement ; mais, chez le pauvre, il est presque impossible de demander cette dépense et ce travail soigné ; pour lui démontrer son importance, il faut attirer son attention par des exemples bien évidents, et c'est par l'établissement de *Gouttes de Lait* telles que les a si bien nommées M. le docteur Dufour, de Fécamp, en France, que l'on parvient, grâce aux bons résultats obtenus, à l'atteindre, à gagner sa confiance, et à lui faire accepter, avec une nourriture saine, les enseignements sur l'hygiène générale qui sont si nécessaires pour l'élevage des bébés ; on peut en même temps lui mettre entre les mains de petits pamphlets dans lesquels il puisera avec plaisir les connaissances de l'hygiène infantile qu'il devient avide de connaître.

Dans ces *Gouttes de Lait*, on prépare spécialement pour chaque enfant la nourriture de chaque jour ; on coupe le lait suivant l'âge et on le distribue dans autant de bouteilles qu'il doit être donné de repas dans les 24 heures, mettant dans chacune d'elles seulement la quantité que le bébé doit prendre dans un seul repas. La stérilisation ne se fait qu'après cette distribution. On pèse souvent les bébés pour s'assurer de l'augmentation de leur poids et pour régler la quantité de lait à donner.

Les opinions des auteurs sont partagées sur la question de coupage du lait : quelques-uns, comme Budin, à Paris, sont partisans du lait pur, d'autres, comme Marfan, Mauchamp, etc., veulent qu'il soit dilué, et, parmi ces derniers chacun donne la préférence à un mode particulier de coupage ; cependant tous ont pour but de modifier les proportions des parties constituantes du lait de vache, de manière à ce qu'elles se rapprochent autant que possible, de celles du lait de femme, tous réclament de bons résultats, avec statistiques à l'appui. Je n'entrerai pas dans la discussion du mérite de ces différentes méthodes parce que je crois que le point le plus important est dans la qualité du lait et dans la stérilisation complète. La *pasteurisation* qui peut rendre de bons services, dans plusieurs occasions, offre de graves dangers dans d'autres, parce que le lait seulement pasteurisé doit être refroidi très rapidement et conservé très froid, jusqu'au moment de s'en servir, ce

qui est souvent impossible dans les familles pauvres, encore faut-il qu'il soit utilisé dans les 24 heures.

Je pourrais citer des statistiques très nombreuses prouvant les bons résultats obtenus dans ces *Gouttes de Lait*, mais je crois que je vais intéresser davantage en vous donnant les statistiques de la *Goutte de Lait de Montréal*, pour l'année dernière.

Ces statistiques comprennent une période de 261 jours, durant laquelle 226 enfants ont été alimentés pendant plus ou moins de temps; 5 seulement de ces enfants étaient à l'allaitement mixte, c'est-à-dire, que l'on complétait, par le lait de vache, l'alimentation de l'enfant que la mère ne pouvait suffisamment nourrir, les 221 autres étaient soumis à l'allaitement artificiel exclusif; le plus grand nombre étaient malades de diarrhée, ou de gastro-entérite; ils étaient nourris avec du gruau de farine d'orge digéré et ne prenaient du lait que lorsque leur santé s'était améliorée.

Sur ces 226 enfants venus à la Goutte de Lait :

- 56 ont abandonné, sans raisons connues, moins de 10 jours après leur rentrée.
- 19 ont abandonné, sans raisons connues, plus de 10 jours après leur rentrée.
- 9 ont abandonné, non améliorés, moins de 10 jours après leur rentrée.
- 13 ont abandonné, non améliorés, plus de 10 jours après leur rentrée.
- 23 sont morts, dont 9 dans les cinq premiers jours.
- 106 sont partis améliorés, ou complètement rétablis.

Ne comptant pas les 56 enfants qui ont abandonné dans les 10 premiers jours sans donner de raisons, les 9 qui ont abandonné dans les 10 premiers jours non améliorés et les 9 morts dans les 5 premiers jours, il reste un total de 152 enfants dont 14 sont morts, ce qui fait une mortalité de 10.8 p. c., or le pourcentage des morts étant de 41.5 p. c., dans les statistiques citées, il est mort parmi les enfants de la *Goutte de Lait* 4 fois moins qu'en dehors, bien que la plupart de ces enfants étaient malades à leur rentrée.

Ces résultats si encourageants ne devraient-ils pas engager les personnes riches et généreuses à s'intéresser à l'établissement d'institutions semblables. Il devrait y en avoir non seulement dans les grandes villes, comme Québec et Montréal, mais encore dans tous les centres populeux: ils rendraient des services immenses aux individus et à la nationalité toute entière; les pouvoirs publics devraient souscrire généreusement pour leur entretien; il n'est pas de besoin public qui mérite plus que celui-ci d'attirer leur attention, parce qu'il est l'un des plus importants parmi tous ceux qui concernent l'hygiène générale.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Chloroforme chez les cardiaques et accidents de la chloroformisation

par H Huchard.

(Suite)

#### IV

On sait que Gosselin préconisait une méthode un peu compliquée de chloroformisation à doses progressives et intermittentes, dans le but de combiner suffisamment les inhalations d'air et de chloroforme. Procédé infail- lible, d'après lui, au point qu'il arriva, en paraphrasant la formule de Sédillot, jusqu'à dire: "Le chloroforme, même légèrement impur, n'a pas de sérieux inconvé- nients et surtout il ne donne pas la mort lorsqu'il est bien administré." Cette méthode était une sorte de ces mé- langes titrés d'air et de chloroforme, imaginés dès 1862 par Clover puis plus tard par Paul Bert en France. Le chirurgien anglais faisait respirer un mélange à 4½ p. 100 d'air et de chloroforme. Tout alla bien pendant cinq ans, quand, 1867 à 1874, on signala cinq cas de mort dont un entre les mains de Clover lui-même. Ce procédé fut abandonné.

Au cours de la discussion actuelle, M. Reynès (de Marseille) fit part à l'Académie d'un travail où il éta- blit les avantages de l'anesthésie avec un mélange de deux parties de chloroforme pour une partie d'alcool et d'éther anesthésique, mélange destiné à atténuer les incon vénients respectifs du chloroforme et de l'éther, l'alcool jouant le rôle d'un précieux et efficace stimulant du cœur et du système nerveux. De la sorte, "l'anes- thésie se fait sans excitation ni convulsion, le sommeil est régulier, le réveil prompt et lucide; presque pas de vomissements" L'avenir seul pourra confirmer ou infir- mer ces espérances.

Enfin, dans le but d'éviter les syncopes respira- toires se produisant au cours de l'anesthésie et les accidents réflexes qui peuvent survenir dès le début, M. Richelot recommande, avant la chloroformisation, l'inhalation, préalable de bromure d'éthyle à petites doses et capables seulement de déterminer un engourdissement anestési- que de la muqueuse pharyngo laryngée. Ce procédé, inspiré par l'étude pathogénique des accidents, a donné de bons résultats entre les mains de son auteur, et il mérite certainement l'attention des praticiens.

#### V

Après la discussion qui eut lieu sur le même sujet à l'Académie, il y a dix ans, et qui provoqua de la part de deux physiologistes éminents, MM. Franck et La-

borde, des études si instructives, nous étions en droit d'attendre, encore aujourd'hui, le témoignage de la physiologie, et nous avons été heureux d'entendre à ce sujet la remarquable communication de notre cher collègue Laborde. Je n'entreprendrai pas de la résumer ; elle est dans vos souvenirs. En s'appuyant sur la physiologie et sur l'expérimentation, notre collègue recommande l'emploi d'une injection hypodermique préalable constituant, comme il le dit, " le vrai moyen de modification préventive et généralisée de la *sensibilité* nerveuse, atteignant à la fois la sensibilité des nerfs *localement* impressionnés, et l'*hyperexcitabilité* individuelle du sujet ". Cette injection, d'un centimètre cube, se compose, pour 10 grammes d'eau, de 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, de 5 centigrammes de sulfate d'atropine, d'un gramme de sulfate de spartéine. Il mentionne encore les agents locaux d'analgésie préalable par les badigeonnages de la muqueuse nasale et de la région pharyngo-glottique, et reconnaît que le procédé de M. Richelot peut avoir également pour résultat de s'opposer préventivement à la production du réflexe d'arrêt par le chloroforme.

Sans doute, les objections ne manqueront pas à la pratique préconisée par M. Laborde : on lui dira qu'un accident survenant en moyenne sur 5000 chloroformisations, il serait nécessaire de pratiquer un nombre à peu près égal d'expériences pour entraîner la conviction ; on lui répondra encore, comme mon collègue de Necker : M. Routier, m'a autorisé à le dire, que ces injections employées par lui autrefois provoquent assez souvent des vomissements chez les malades ; enfin, on voudra critiquer cette association médicamenteuse de la morphine, de l'atropine et de la spartéine.

A ce dernier point de vue, je suis de ceux qui, au nom même de la physiologie, condamnent sévèrement ces associations médicamenteuses dont on abuse singulièrement ; elles ne sont presque toujours que des mariages contre raison et contre nature, et elles réunissent trop souvent des substances faites pour être séparées. Mais lorsqu'elles sont synergiques, lorsque les agents médicamenteux dont elles se composent sont destinés à se prêter un mutuel appui, lorsqu'elles agissent dans un sens bien déterminé par la physiologie de chaque remède, je crois, au contraire, qu'il faut y avoir recours. Ici, je supprimerais volontiers l'atropine pour laquelle certains sujets éprouvent une grande susceptibilité toxique, et cela d'autant plus que l'antagonisme thérapeutique n'est pas toujours synonyme d'antagonisme physiologique. Mais, la spartéine se comporte dans cette formule comme agent cardio-tonique, et la morphine agit doublement, comme anesthésiant et médicament cardio-vasculaire. La spartéine agit sur le central, en le tonifiant ; la morphine favorise la circulation, périphérique en dilatant les vaisseaux, et par conséquent facilite, allège le travail du moteur central. On ne saurait trop mettre en relief les propriétés stimulantes que l'opium exerce

sur la circulation, propriétés déjà bien connues des auteurs anciens, de Sydenham, Bordeu, Cullen, Hufeland ; et j'en appelle à vous-même, mon cher Laborde, qui avez trop voulu oublier dans ce débat vos propres travaux sur cette question et qui avez contribué naguère pour votre part, à la Société de biologie et dans la thèse de L. Calvet dont vous êtes l'inspirateur, à expérimentalement l'action cardio-vasculaire de la morphine. La clinique vous donnait raison, puisqu'elle établissait vers la même époque, en 1877, par mes observations, celles de Clifflott Aubutt, de Pécholier, les bons effets de la médication opiacée et morphinée dans certaines affections du cœur, bons effets qui viennent d'être à nouveau confirmés tout récemment par Ewald (de Berlin).

Au sujet de l'action combinée, ou plutôt successive, de la morphine et du chloroforme, vous auriez pu encore, pour gagner complètement votre procès, vous appuyer sur la plus haute autorité physiologique du siècle, sur Cl. Bernard, dont les expériences sont résumées par les deux propositions suivantes :

" 1° Si l'on injecte une solution de chlorhydrate de morphine chez un animal qui vient d'éprouver les effets du chloroforme cet animal est repris de ces derniers effets, c'est-à-dire qu'il redevient insensible ;

" 2° Si l'on fait inhaler du chloroforme à un animal narcotisé par la morphine, il faut beaucoup moins de chloroforme qu'à l'état normal pour produire l'insensibilité, ce qui veut dire que cette insensibilité arrive beaucoup plus vite que dans les circonstances ordinaires.

En nous basant donc sur les expériences physiologiques qui ne sont que " des observations provoquées ", comme le disait Cl. Bernard, nous arriverons à résoudre ce problème si complexe de l'anesthésie chirurgicale. " C'est par la physiologie que les grands et vrais progrès seront accomplis ", s'écriait Trélat au cours de la discussion académique sur la chloroformisation en 1882. La thérapeutique sera physiologique ou elle ne sera pas, comme je ne cesse de le répéter, et je n'hésite pas, pour ma part, à joindre mon étonnement à celui de M. Laborde, de voir que les principes physiologiques ne continuent pas toujours à nous guider dans la solution des plus graves problèmes médicaux. Si, comme l'a dit dit Cuvier, par l'observation, nous écoutons la nature nous devons laisser aux expérimentateurs le soin de l'interroger, et lorsque la physiologie a parlé, nous avons toujours une réponse clinique et thérapeutique à lui fournir. Sans doute on ne pourra jamais enlever tout danger à l'anesthésie chirurgicale, et comme on l'a dit, la question de vie ou de mort est toujours posée lorsqu'on y a recours ; mais, à l'encontre de ceux qui ne sont pas éloignés de participer en mouvement trop réflexe de Marion Sims, lequel témoin d'un seul accident chloroformique, proposait ni plus ni moins, " d'abandonner l'usage entier du chloroforme ", nous dirons avec un peu plus de calme, comme Chassaignac : " Il n'y a guère plus de danger à respirer le chloroforme qu'à voyager en chemin de fer.

Alors, pourquoi une si longue discussion, et si souvent renouvelée dans cette enceinte ? C'est parce que, après avoir compulsé toutes les observations, on éprouve le sentiment que les accidents chloroformiques sont plupart évitables ; car bon nombre d'entre eux sont dus soit au chloroforme lui-même dont on peut aujourd'hui assurer la pureté, soit au procédé de chloroformisation qui se perfectionne de jour en jour, soit au chloroformiste qui devait se perfectionner encore davantage... Alors, il n'y aura bientôt plus qu'un seul coupable, le chloroformé, avec sa trop prompte susceptibilité toxique, avec ses réactions nerveuses souvent exagérées, ses réflexes trop intensifs. Nous nous demandons alors pourquoi on ne cherche pas à y mettre un frein, par l'insensibilisation préalable de la muqueuse respiratoire au moyen des inhalations de bromure d'éthyle, ou de quelques badigeonnages cocaïnés, pourquoi on ne cherche pas encore à préparer en quelque sorte l'opéré par l'injection préventive de morphine et de spartéine. En un mot, si le chloroforme, si la chloroformisation, si le chloroformisateur sont à juste titre l'objet de toutes nos sollicitudes, pourquoi le chloroformé n'aurait-il pas droit à la même attention ? Une question bien posée est déjà presque à moitié résolue. La voilà posée.

Dans cette étude résumée dont vous excuserez cependant la longueur, nous nous sommes laissés entraîner à bien des considérations étrangères au sujet que nous avons d'abord traité devant vous : le chloroforme chez les cardiaques. Mais la discussion a un peu dévié, et j'ai dû la suivre dans toutes ses déviations. En tout cas l'accord est fait sur l'innocuité relative du chloroforme chez les cardiaques, et sur les autres points, il est près de se faire. Les conclusions qui terminaient notre première communication n'ont subi aucune atteinte de ce long et intéressant débat, elles en sont sorties comme fortifiées par vos concluantes observations, et nous n'avons qu'à modifier la dernière conclusion, en ajoutant un simple adjectif et un membre de phrase à la formule trop intransigeante de Sédillot :

Le chloroforme pur et régulièrement administré, sur un malade bien préparé pour le recevoir, ne tue presque jamais.

Un mot pour finir.

On remarquera que je n'ai mentionné aucun des moyens préconisés contre les divers accidents chloroformiques. C'est à dessein que j'ai gardé le silence sur ce sujet, du reste bien connu. En matière d'accidents de chloroformisation, si la thérapeutique a le devoir impérieux de guérir, elle doit avant tout chercher à prévenir.

(A suivre)

## PEDIATRIE

### Traitement de la paralysie obstétricale du bras chez un nouveau-né

Dr DAUCHEZ

Les paralysies obstétricales sont traumatiques ou spontanées. — A. *Traumatiques* (compression du plexus brachial par le même instrument). Tiraillements trop violents des membres pendant la version.

B. *Spontanées* : Compression du facial sur l'angle sacro vertébral (bassin rétréci). — Extension forcée du cou (présentation de la face). Circulaires serrées du cordon.

*Diagnostic différentiel avec la pseudoparalysie syphilitique* ; Rechercher la syphilis de l'enfant. La pseudo-paralysie apparaît quelques jours ou quelques semaines après les naissances. — Décollement des épiphyses. — Douleurs vives à la pression du point épiphysaire décollé ou fracturé. — Conservation du mouvement dans les segments voisins des membres.

*Traitement des paralysies obstétricales* : Ces paralysies sont en général bénignes et rapidement curables, si elles sont prises au début. Passé le 13<sup>e</sup> jour, ces paralysies non traitées peuvent persister lorsqu'il y a des lésions osseuses concomitantes de celles des plexus nerveux, dans la version surtout.

Au contraire les paralysies congénitales (malformation cérébrale) sont incurables.

1<sup>o</sup> Dès le début de la paralysie, on pratiquera des affusions chaudes ou des douches locales avec 5 ou 6 litres d'eau très chaude (45 à 50°) versée à l'aide d'un broc sur le membre malade qui sera massé en même temps que la douche. — Ajouter à l'eau chaude de la douche :

#### Mixture :

Vinaigre aromatique.....	100 gr.
Teinture d'arnica.....	30 "
— de noix vomique.....	6 "
— de canelle.....	15 "
(Usage externe)	

2<sup>o</sup> Après la douche, enveloppement du membre avec une feuille d'ouate cardée après onction avec la pommade suivante :

Gaiacol synthétique cristallisé.....	0 gr. 30
Teinture d'iode fraîche et non acide.....	3 "
Axonge benzoïnée.....	} 15 "
Lanoline.....	
(Usage externe).	

3<sup>o</sup> Massage et électrothérapie. — Séances de fara-

disation de 5 minutes tous les 2 jours au moins, courants faradiques faibles aux deux pôles des muscles atteints. — Ne jamais appliquer les électrodes sur les faisceaux nerveux correspondant aux membres atteints, ni sur les centres nerveux.

(*J. méd. de Paris*)

## Coq-a-l'ane médicaux

**Le chloroforme.**—Pour éviter les dangers lorsque l'on administre le chloroforme dans une pièce éclairée par le gaz, il suffit de suspendre au-dessous du bec une serviette que l'on tient légèrement imbibée d'ammoniaque. Il importe que le chloroforme pour anesthésie soit pur. S'il existe du chlore libre dans du chloroforme conservé dans une fiole bouchée avec du liège, le dessous du bouchon sera ramolli et blanchi, et le chloroforme ne conviendra pas pour l'usage chirurgical. On ne doit pas mettre du chloroforme dans une bouteille mouillée: cette humidité gêne la production de l'anesthésie et hâte la décomposition de la drogue. (*Galloway, in Merck's Arch.*)

**L'albuminurie de la grossesse.**—Morse (*Am. J. Obstet.*) dit que cette albuminurie n'indique pas nécessairement maladie, puisqu'elle peut exister avec la santé. Mais il insiste sur le fait qu'il y a toujours une expression anormale de l'urée en rapport avec les toxémies gravidiques. Une personne en santé excrète 35 grammes d'urée par jour; lorsque cette quantité diminue, il se manifeste bientôt des symptômes toxiques chez la femme enceinte, surtout si cette diminution se maintient un certain temps.

L'on voit de suite l'importance du dosage de l'urée dans l'urine de la femme enceinte, importance qui prime celle de la présence de l'albumine.

**Le bleu de méthylène dans les trajets fistuleux.**—T. G. Davis, de Brighton, N. J., suggère d'injecter les trajets fistuleux avec une solution concentrée (30 grs. par once d'alcool à 50 o/0).

Déjà le permanganate de potasse, qui a en sus l'avantage d'être désinfectant, est employé avantageusement pour délimiter les sinuosités des fistules et permettre leur enlèvement complet ou un curetage radical. C'est le but que se propose Davis en se servant du bleu. (*J. A. M. A.*)

**Le cargile.**—R. Morris, de New-York, vient de faire des essais avec un nouveau tissu suggéré par le docteur Cargile, d'où le nom. C'est une baudruche très mince faite avec le péritoine du bœuf et stérilisé par le procédé du cumol. Morris emploie cette membrane pour prévenir les adhérences dans la cavité pé-

ritonéale et ailleurs. Elle résiste à l'absorption, dans la cavité péritonéale, pendant plus de dix jours et moins de trente. Elle n'est pas irritante et se fixe sans sutures. (*Med. Rec.*)

**Première nuit des noces.**—La jeune épouse (docteur en médecine) et son époux (docteur en médecine aussi) échangent les paroles les plus tendres,

Mais l'heure s'avance, le mari devient plus entreprenant et la jeune docteresse s'abandonne en murmurant: Dignus es intrare in nostro corpore. (*Ann. de Therap.*)

**Les injections sous-cutanées de gélatine dans les lésions expérimentales des reins.**—Stursberg (*Arch. de Virchow*) conclut ainsi:

1.—Chez les animaux, la gélatine injectée sous la peau n'apparaît pas dans l'urine, par contre chez les animaux avec lésions rénales, les reins deviennent perméables à la gélatine.

2.—La gélatine pure n'exerce aucune action sur la lésion rénale: mais si l'on injecte de la gélatine de commerce, on observe des lésions glomérulaires produites probablement par les bactéries qui se trouvent dans la gélatine.

3.—Chez l'homme on ne doit employer qu'une gélatine stérile.

4.—Il n'existe pas de contre-indication formelle des injections sous-cutanées de gélatine chez les individus atteints de néphrite. (*G. heb. méd. et chir.*)

**Pour enlever l'odeur de l'iodoforme.**—Après lavages au savon, on frictionne avec de l'eau de fleurs d'orange pure. (*G. heb. de Bordeaux.*)

**Les acides gras dans l'eau.**—Les acides gras se trouvent dans les eaux potables unis aux sels de chaux, de magnésie et à l'oxyde ferreux: ils augmentent la dureté de l'eau et sont une preuve de contamination passée, ou de l'hydrolyse de la matière organique primitive. Tant que la température est voisine de 9, leur présence ne paraît exercer aucune influence nuisible sur les qualités de l'eau: au-delà de cette température les acides subissent l'action des ferments anaérobies: le milieu devient réducteur, et aussitôt apparaissent dans l'eau: avec les composés sulfurés, les réactions de l'infection. De semblables eaux, bonne en hiver, deviennent suspectes ou mauvaises en été, en tous cas, exigent une surveillance attentive: on doit les puiser directement et éviter de les diriger des réservoirs. (*H. Causse, in Lyon médical.*)

**Bégalement intermittent.**—Le médecin: Ma bonne dame, votre fils bégaie-t-il tout le temps?

La mère: Pas tout le temps, monsieur. Seulement quand il essaie de parler. (*Funny Bone.*)

**Pour le pique-nique.**—"Tout est prêt, Charlot?"  
—"Oui."



- Du champagne et des sandwich en masse ? ”  
 — “ Ah oui. ”  
 — “ Et l’opiacé pour notre chaperon ? ”  
 — “ Eh, bateau ; j’allais l’oublier ! ” (*Judge.*)

*La physostigmine dans l’atonie intestinale* — Le docteur Von Noorden conseille beaucoup ce médicament dans les cas d’atonie, de flatulence excessive, de tympanite. Toutefois cette drogue doit être employée avec prudence : la dose maximum serait de 1/60 de grain et celle des vingt-quatre heures de 1/20 de grain. L’atropine en est l’antidote. Le salicylate serait préférable pour l’usage interne : on le donne en poudre dans du sudore de lait. La poudre qui devient rougeâtre doit être mise de côté. (*Merck’s Arch.*)

NIRE.

---

## FORMULAIRE

---

### CONTRE LE TOENIA

Sulfate de pelletierine 0 gr. 30 à 0 gr. 50  
 Tanin..... 1 gr. à 1 gr. 50  
 Eau distillée..... } à 50 gr.  
 Sirop simple..... }  
 Alcoolature de citron. X gouttes.

A prendre en 2 fois à 1/2 heure d’intervalle, garder le décubitus pour éviter le vertige et prendre une heure après 30 gr. d’huile de ricin.

(DEBOVE et GOUBIN)

---

## NOUVELLES.

---

### NAISSANCES :—

—Le 14 du courant l’épouse de Dr J. A. Eouveau, un fils.

### NÉCROLOGIE :—

—Nous regrettons d’apprendre la mort du Dr F. X. Nap. Dion, décédé à l’Îslet P. Q. à l’âge de 63 ans et 9 mois.

—A Eall River, Mass, est décédé à l’âge de trente ans Emma H. Bonin, épouse du Dr J. A. Fedeau, médecin de l’assistance publique de cette ville.

Aux deux familles éprouvées, nous offrons nos plus sincères condoléances.

---

### La convention de l’Association Médicale du Canada

Les membres de l’Association médicale du Canada, en convention à l’Université McGill, ont tenu leur dernière session, le 18 du courant.

Sur proposition du Dr Lachapelle, secondée par le Dr Roddick, M. P., on a adopté une résolution demandant au gouvernement fédéral d’établir un département séparé d’hygiène publique sous le contrôle d’un ministre fédéral.

Une copie de la résolution sera adressée au gouverneur-général en conseil et au ministre de l’agriculture.

On procéda ensuite à la nomination des officiers qui donna le résultat suivant :

Président : Dr W. H. Moorhouse, Toronto.

Vice-présidents : Ile du Prince-Edouard, James Warburton, Charlottetown ; Nouvelle-Ecosse, John Stewart, Halifax ; Nouveau-Brunswick, W. C. Crockett, Fredericton ; Québec, Dr Mercier, Montréal ; Ontario, W. P. Caven, Toronto ; Manitoba, Dr McConnell, Marden ; Territoires du Nord-Ouest, J. D. Lafferty, Calgary ; Colombie Anglaise, C. J. Fagan, Victoria.

Secrétaire locaux : Ile du Prince-Edouard, C. A. McPhail, Summerside ; Nouvelle-Ecosse, Morse, Digby ; Nouveau-Brunswick, J. R. McIntosh, Saint-Jean ; Québec, R. Tait, McKenzie ; Ontario, Hadley D. Williams, London ; Manitoba, J. I. Lamont, Ireberne ; Territoire du Nord-Ouest, D. Low, Regina ; Colombie Anglaise, L. N. McKechnie, Vancouver.

Secrétaire général, George Elliott, Toronto.

Trésorier : H. B. Small, Ottawa.

Comité exécutif : Drs Moore, Eccles et Wishart, tous de London.

La prochaine réunion de la convention aura lieu à London, Ont., l’an prochain.

Dans l’après-midi, les conventionnistes ont été les hôtes du Grand Tronc, qui leur fit voir le Pont Victoria puis les conduisit à Lachine, où un lunch fut servi à bord du “Duchess of York”. Après une promenade sur le Lac Saint-Louis, le retour s’effectua par la descentes des Rapides.

La soirée se passa gaiement à la salle des carabiniers Victoria, où eut lieu un “Smoking Concert.” Un joli programme avait été préparé et il fut exécuté avec talent par les musiciens. Ont contribué au succès pour la partie musicale : Drs Fry, Craig, Beauchamp, Robinson, Powell, Lockhart, Devlin, Lanterman et Murphy,

Le Dr W. Drummond et le Dr Mathewson ont déclamé de leurs poésies et ont été rappelés.

C’est le Dr Birkett qui était à la tête du comité d’organisation et nous lui offrons nos sincères félicitations pour le succès qu’il a obtenu.

---

## Supplement Litteraire

### Manies d'auteurs.

Une des manies les plus répandues chez les auteurs consiste à ne pouvoir écrire que dans un costume spécial. Balzac travailla pendant de longues années vêtu d'une robe de moine, Dumas fils écrivait toujours en pantalon de zouave et en chemise de flanelle. Le génie de Théophile Gauthier exigeait une robe de chambre et une calotte sur la tête, celui de Coppée réclame toujours un veston rouge, et celui de Sardou, une calotte sur la tête, qu'il n'abandonne sous aucun prétexte.

Milton, pour composer son *Paradis perdu*, s'enveloppait d'un vieux manteau de laine. Buffon était plus correct : il ne pouvait travailler qu'en habit de cérémonie, avec chemise et jabot, manchettes en dentelle et épée au côté. Catulle Mendès n'est à l'aise que s'il est en bras de chemise : été comme hiver, il enlève redingote, cravate, col et gilet et reste en chemise de flanelle et savates.

Il ne s'agit en tout cela que d'habitudes qui n'influent en rien sur le génie. On les a prises et on les garde parce qu'on ne peut s'en passer, mais on ne travaille pour cela ni mieux ni plus mal que si on ne les avait pas.

Les apparentes bizarreries des écrivains ne sont pas toutes aussi parfaitement inutiles. Certaines ont une raison d'être et favorisent le travail. Il s'agit de stimuler le cerveau en y activant la circulation sanguine.

C'est ainsi que Victor Hugo, dans la fièvre de la composition, marchait en ronchonnant, il écrivait debout jetant par terre les feuillets. " Mes poèmes, dit Mistral, je les ai tous composés en cheminant. Je crois que le balancement du corps est favorable à faire naître le rythme des idées." Pour Ampère, la marche était indispensable. Ses éminentes facultés, sa verve s'éteignaient dès qu'il s'asseyait devant son bureau. " Etre assis, dit-il devant une table, une plume à la main, c'est le plus pénible des métiers." Catulle Mendès, dans le feu de la composition, se promène de long en large, puis vient écrire à son bureau.

Pour quelques-uns, ce modeste exercice est insuffisant : avant de se mettre au travail ils recourent, comme Richepin, aux haltères et aux trapèze, ou, comme Haraucourt, aux haltères et au pugilat.

Chez d'autres, au contraire, la fièvre du génie ne peut exister que dans le repos corporel, et encore un repos spécial. Ils s'étendent la tête basse, de façon que le cerveau et le cœur soient au même niveau ; ainsi l'onde sanguine arrive sans obstacle au cerveau. C'était le cas de Descartes et de Leibnitz qui méditaient horizontalement ; de Cujas, qui ne travaillait avec fruit qu'étant sur le ventre ; de Thomas et de Rossini, qui composaient dans leur lit.

Parfois même cette méthode est insuffisante, et il faut recourir à des moyens plus violents.

Schiller et Grétry ne pouvaient composer que s'ils avaient les pieds dans la glace. Chateaubriand, lorsqu'il dictait un article à son secrétaire, se promenait pieds nus sur le carreau froid de sa chambre. Ou bien encore on échauffe sa tête, soit naturellement, comme Rousseau qui réfléchissait tête nue au soleil, en plein midi ; soit par des moyens artificiels, comme Bossuet, qui s'enveloppait la tête de linges chauds, et méditait dans une chambre froide.

Mais d'autres emploient des moyens plus indirects d'action sur la circulation cérébrale par certaines excitations locales. C'est ainsi que lord Derby, en travaillant à ses œuvres, emplissait sa bouche de cerises à l'eau-de-vie. [Cooper employait au même usage des pastilles au miel et de petites boules de réglisse. Byron ne pouvait écrire que s'il sentait l'odeur des truffes, dont il remplissait ses poches. Théophile Gauthier brûlait des pastilles du sérail. Baudelaire aimait les parfums. Loti et Maizeroy les adorent ; beaucoup d'écrivains exigent sur leur table de travail des fleurs odorantes.

Une lumière intense peut également servir d'excitant, Balzac, Alfred de Musset, ne pouvaient travailler qu'à la lumière de nombreuses bougies ; Zola faisait de même quand il écrivait le dimanche.

Pour un grand nombre d'autres, le nerf auditif est le meilleur excitant du cerveau. Cette excitation leur est parfois indispensable au point qu'ils ne peuvent composer que dans le bruit. Le bruit des cafés éveille leur inspiration : tel était le cas de Verlaine, tel est celui de Ponchon et de bien d'autres. De même, ce bruit excite la verve musicale, Saint-Saëns a noté cette influence, et avant lui Cimarosa avait avoué qu'il lui fallait le tumulte des foules pour trouver les plus beaux motifs de ses opéras.

Stuart Mill et Alfieri trouvaient dans la musique un motif d'inspiration élevée. Avant de se mettre au travail, Darwin râclait d'un vieux violon. De nos jours, des peintres bien connus, Carolus Duran et Aimé Morot jouent l'un du piano, l'autre de l'orgue avant de prendre le pinceau.

D'autres préfèrent au bruit de la foule la compagnie de nombreux chiens et chats. Théophile Gauthier, Baudelaire, François Coppée ne pouvaient ou ne peuvent travailler qu'entourés de chats, Gautier en avait douze et quinze. Léon Cladel écrivait en sabots, avec ses chiens dans un grenier, et, pour trouver ses idées, il marchait par intervalles, accompagné de sa meute.

Certains ont besoin de solitude : Montaigne, quand arrivait l'inspiration, allait s'enfermer dans une vieille tour dans laquelle jamais personne ne pénétrait. Jean-Jacques Rousseau méditait dans les champs en plein soleil. Pour rompre avec les bruits du dehors, il affectionnait de se plonger la tête dans du foin ou encore il se bouchait les oreilles avec des tampons de ouate, Gluck

composa ses deux *Iphigénies* en plein soleil au milieu d'une prairie où il y avait fait transporter son piano. La solitude était encore nécessaire à Newton, à Haydn et à bien d'autres.

Quelques uns ne parviennent à éveiller leurs pensées que sous l'aiguillon des excitations les plus violentes. Un journaliste fort connu ne pouvait écrire une ligne s'il ne se faisait au préalable fouetter avec violence. Un musicien célèbre composa la plupart de ses ouvrages les pieds nus enfouis dans de larges pantoufles bourrées de petits cailloux pointus et de morceaux de verre pilés. Quand l'inspiration est rébarbative, il se lève, appuie fortement et la douleur qu'il ressent la lui fait trouver aussitôt.

Peut-être conviendrait-il de consacrer un paragraphe à ceux qui font usage de poisons tels que l'alcool, l'éther, le haschich, l'opium. Mais ce sont là des faits trop connus ; ces poisons ne donnent qu'une excitation passagère : pour la renouveler, les auteurs prennent des doses de plus en plus fortes, et bientôt sombre à la fois leur santé et leur génie !

Disons en terminant que beaucoup de géniaux sont affectés de maladies nerveuses et peut-être ces maladies jouent-elles le rôle d'excitant pathologique. Il est avéré que nombre de grands hommes ont été sujets aux convulsions, que ces convulsions soient d'origine épileptiques ou hystérique. D'autres. Cuvier, Rubinstein, Humboldt, étaient des hydrocéphales guéris. Les maladies nerveuses ont pu jouer le rôle d'excitants permanents. Elles n'ont pas été la cause du génie ; elles ne sont pas le génie même, mais l'agent qui le relève.

(Gaz. méd. belge)

### L'Enfant

par M. le Dr Adolphe ROUSSEAU

" Donnez-lui à boire tout de mêmes  
dit mon père ".

(V. Hugo.)

Près de ta mère, enfant, vois s'avancer la Gloire  
Déployant le drapeau de la France au grand cœur  
Le général Hugo, terrible et doux vainqueur,  
N'ajouta pas un crime aux pages de l'Histoire.

L'Espagnol combattit, fier, ne voulant pas croire  
Que l'aveugle défaite attendait sa valeur ;  
Puis, farouche, rendant son épée au Malheur,  
Il évoqua le Songe de ses portes d'ivoires...

Pars de Madrid avec son vivant souvenir ;  
Tu gardes, conscient, une empreinte hautaine :  
A Jersey, n'es-tu pas Grand d'Espagne et martyr ?

Tes vers ont l'harmonie orgueilleuse et lointaine,  
De la langue du Cid, et le pur Idéal  
S'y reflète en couleurs du Prisme Oriental

(La cons. méd.)

### CRISE NERVEUSE DETERMINEE PAR DES MOUVEMENTS DE ROTATION RAPIDE CHEZ UNE CHATTE

Cette chatte s'amuse à poursuivre une ficelle rouge attachée à l'extrémité de sa queue, en tournant sur elle-même, tantôt de gauche à droite, tantôt de droite à gauche. Au bout d'une demi-heure de cet exercice presque ininterrompu et progressivement accéléré, elle tombe sur le côté, la respiration suspendue, le corps raide, les yeux ouverts. Quelques secondes après, elle est agitée de mouvements convulsifs, parmi lesquels on distingue très nettement quelques mouvements de salutation. Elle respire bruyamment, un peu d'écume sur les lèvres, et cherche à marcher, mais retombe aussitôt ; elle se raidit de nouveau, se livre à de nouvelles contorsions et paraît bientôt se réveiller. L'attaque, qui a duré environ deux minutes, est immédiatement suivie d'une polypnée violente. L'animal, la bouche ouverte, la langue pendante, comme un chien qui vient de faire une longue course, semble devoir asphyxier ; sa langue et la portion du nez recouvertes de muqueuse sont violacées, ses yeux saillants et injectés, les pupilles dilatées au maximum ; et il est impossible de compter les mouvements respiratoires, tellement ils sont précipités.

La chatte est restée environ 20 minutes dans cet état asphysique, puis, la respiration s'étant un peu ralentie, elle peut de temps à autre fermer un moment la bouche ; il y a encore à ce moment 160 mouvements respiratoires par minute. 3 heures après la crise, il n'y en a plus que 80. L'animal peut prendre un peu de lait à diverses reprises, avec des efforts de déglutition qui le font miauler ; il paraît tout hébété et s'endort. Tous les accidents ont disparu huit heures après.

Il y a 6 mois que l'attaque a été observée chez cette chatte, alors âgée de 8 mois ; elle a pu être reproduite dernièrement chez elle par le même procédé ; elle paraît pouvoir être provoquée à volonté.

L'épilepsie, comme on le sait, est fréquente chez les chats ; mais au dehors de ces crises l'animal n'a présenté aucun signe d'affection nerveuse.

(Gaz. méd. Belge.)

Un affreux voyou vient de s'entendre condamner, pour la dixième fois au moins, à quelques mois de prison.

Le président lui reprochant sa conduite, qu'il attribue aux mauvaises fréquentations :

—De quoi, s'écrie le récidiviste, je passe ma vie avec les magistrats !

## Travaux Originaux

### UN CAS DE RUPTURE DE L'URETRE PENDANT LE COÏT.

par M. le Dr François DEMARTIGNY,

*Ancien assistant chirurgien à l'Hôpital Pétan de Paris,  
Officier d'Académie.*

Les ruptures de l'urètre pendant le coït tout en étant signalées par les auteurs, ne sont pas très nombreuses et généralement ne produisent pas de grand retentissement, tout au plus une douleur cuisante pendant l'acte et l'apparition de quelques gouttes de sang au méat. J'ai eu occasion, l'année dernière, d'en observer un cas avec hémorragie sinon grave du moins très abondante. Voici l'observation :

A. T. âgé de 24 ans, forte constitution, ayant eu deux blennorrhagies antérieures, sentit une douleur brusque et tellement vive à la verge pendant un coït, en décembre dernier, qu'il dut interrompre toute manœuvre sur le champ ; il constate une hémorragie immédiate très abondante. En un instant les draps du lit furent trempés, le matelas traversé. Quand je le vis, une heure après l'accident, il était pâle et chancelait sur ces jambes. Il avait du sang jusqu'au menton, son tricot, sa chemise, ses caleçons étaient sanglants. Il avait, pu grâce à quelques verres d'alcool, s'habiller et marcher jusque chez moi. Par le méat il s'écoulait encore un gros fillet de sang rouge. Après lavage et asepsie des parties, je pratiquai une injection urétrale chaude à faible pression ; l'hémorragie ne s'arrêtant pas je me décidai à tenter de passer une sonde et de la laisser à demeure pendant quelques jours.

J'explorai l'urètre avec un explorateur à boule no 20 et je constatai qu'il était rupturé au niveau de la racine de la verge. Je pris une sonde béquille No 18 et je l'introduis d'abord le bec en bas puis je l'inclinai à droite et à gauche et je constatai de cette façon que l'urètre était rompu dans plus de la moitié de son diamètre, la paroi supérieure étant seul intacte. Je pus facilement introduire la sonde en suivant cette dernière paroi.

Sous son effet, l'hémorragie s'arrêta complètement en quatre ou cinq heures. Deux jours après son application le contact reveillait une urétrite avec écoulement abondant. L'examen microscopique d'une goutte montra que le pus contenait : du go-

nocoque en grande quantité, du staphylocoque et des microbes pathogènes.

Je pratiquai journellement un grand lavage urétrale, sans sonde, au permanganate à 1/4000. Le premier lavage ayant déterminé une légère hémorragie, je laissai la sonde à demeure encore quelques jours en la changeant chaque jour.

Le dixième jour l'écoulement était tari et je passai facilement une boule No. 24. Six mois après c'est-à-dire en juindernier, on ne passait plus qu'une boule No. 14 et le malade ne voulu en aucun temps se soumettre à une série de séances de béniqués. Je placai dans ce cas une sonde à demeure pour deux raisons principales. D'abord pour prévenir l'infiltration d'urine, raison importante, vu que mon malade n'avait pas encore uriné depuis son accident et seconde pour obtenir une cicatrice souple par une guérison prompte.

Cette observation nous montre que : vu l'abondance de l'hémorragie, l'un des corps caverneux sinon les deux, était intéressé ; que malgré la sonde à demeure l'on ne put obtenir une guérison par première intention, si importante dans ces cas et qui seul permet une cicatrice molle et peu rétractile, à cause de l'urétrite due aux glandes infectées par les blennorrhagies antérieures, toutefois l'on put éviter un accident redoutable et souvent mortel : l'infiltration urineuse.

La guérison secondaire a produit une cicatrice très retractile qui nécessitera tôt ou tard une urétrotomie interne.

Dans ces cas où l'hémorragie est abondante, malgré que je ne sois pas en communication d'idée avec tous les auteurs, je crois qu'il est très utile sinon indispensable de laisser une sonde à demeure, ayant fait avant, aussi consciencieusement que possible, l'asepsie de l'urètre. On obtient ainsi une cicatrice moins rétractile et l'on conserve à l'urètre un calibre plus considérable. De plus il est important de surveiller son malade pendant longtemps, et aussitôt que l'on remarque que l'urètre a une tendance à se rétrécir, l'on doit faire des séances de dilatation aux béniqués, en ne rapprochant pas trop les séances. Les rétrécissements éloignés, étroits et durs, consécutifs à ces ruptures relient, comme tous les rétrécissements traumatiques, de l'urétrotomie interne complétée par une dilatation aux béniqués, poussée aussi loin que possible.

## Revue du "Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord" (1)

Contribution à l'étude de la Grossesse Extra-Uterine.

Basée sur observations personnelles.

par M. le Dr COYTEUX PREVOST,

Gynécologue de l'Hôpital Saint Luc (Ottawa)

(Suite)

L'observation que je vais maintenant vous citer est intéressante à plusieurs titres. D'abord, c'est un nouvel exemple de grossesse extra-utérine diagnostiquée avant rupture ; en second lieu le sac fœtal siégeait dans la corne même de l'utérus, constituant ce qu'on est convenu d'appeler grossesse interstitielle. Enfin, douze mois après la première opération, j'ai dû intervenir de nouveau, chez la même femme, pour une grossesse ectopique, diagnostiquée aussi avant rupture et développée dans la trompe du côté opposé.

Obs. III. Madame R..... vingt-et-un ans, mariée depuis trois ans, a eu un enfant deux ans auparavant. Régliée en septembre, pas de règles en octobre. Six semaines après la dernière période menstruelle, est subitement prise de douleurs abdominales aiguës, lancinantes, accompagnées de tenesme et suivies de l'expulsion d'une membrane ayant toute l'apparence d'une caduque. Le médecin appelé auprès d'elle a dû avoir recours aux injections hypodermiques pour calmer la douleur. Le lendemain et les jours suivants, retour de la douleur à intervalles paroxystiques et accompagnée d'écoulement sanguin par le vagin.

Examen : col déchiré ; le fond de l'utérus déjeté à droite par une petite masse dure, douloureuse et siégeant au niveau de la corne gauche.

Opération ; curetage, Schrœder et laparatomie.

Les annexes du côté droit sont absolument normales ; l'utérus est légèrement tourné sur son axe vertical et, un peu à gauche de la ligne médiane, on aperçoit une tumeur de la grosseur d'une grosse prune, bleuâtre et développée dans le tissu de l'utérus lui-même au niveau de la corne gauche, à l'origine de la trompe qui, jusqu'à son pavillon, paraît, du reste, absolument normale.

Les annexes de ce côté sont enlevées d'abord entre deux ligatures : une pince est appliquée à la base de la tumeur et pendant cette manœuvre le sac fœtal se rompt ; une petite quantité de liquide amniotique, s'échappe un petit embryon de la grosseur d'un pois, qui se dissout immédiatement comme une tache de matière puru-

lente. Le sac est enlevé et la solution de continuité dans l'utérus cousue avec des fils catgut superposés.

Cette malade, retournée chez elle, a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'au 8 octobre de l'année suivante, époque à laquelle elle eut ses règles normalement. Entre cette époque et celle de novembre elle éprouva fréquemment de légères douleurs dans la région ovarienne droite. Le 8 novembre, la menstruation apparue précédée, accompagnée et suivie de douleurs intenses. Le médecin fut appelé et constata une sensibilité considérable dans la région iliaque droite et crut un moment à l'attaque de l'appendicite, mais il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni constipation, ni fièvre. Un traitement approprié fut prescrit, les douleurs disparurent et au bout de deux jours la malade quitta son lit, mais elle continua à perdre du sang par le vagin. Quelques jours après, les douleurs reparurent, aiguës, intenses ; la malade croyait à tout moment qu'elle allait perdre connaissance. On fit quelques piqûres de morphine qui procurèrent un soulagement temporaire.

Je fus appelé pour la voir en consultation le 12 novembre. Je la trouvai au lit, se plaignant de mictions douloureuses et fréquentes, ainsi que d'une vive douleur dans le côté droit de l'abdomen ; pas de constipation, pas de météorisme, ni nausées, ni vomissements : température normale. La palpation de la région iliaque droite est extrêmement douloureuse. A l'examen vaginal il est impossible de rien découvrir dans les culs-de-sac, la douleur provoquée par la pression sur le col et principalement dans le cul-de-sac droit est tellement grande que l'exploration bi-manuelle est presque impossible. La malade fut amenée à l'hôpital St Luc où je l'opérai le lendemain.

Cœliotomie : A l'ouverture du péritoine, deux ou trois onces de sang noirâtre, fluide, s'écoulèrent de l'abdomen. J'aperçois une masse libre d'adhérences au niveau des annexes du côté droit. Je l'amène en dehors de l'incision et je constate que la trompe droite est distendue vers son milieu par une tumeur bleuâtre, fluctuante, de la grosseur d'une petite pomme. Du sang noirâtre suinte par l'extrémité abdominale de la trompe ; le Douglas est presque rempli par des caillots sanguins, demi fluides. La trompe non-rupturée fut enlevée et examinée ; elle contenait un large caillot sanguin, très mou et facilement énucléé de la surface interne. Pas de trace d'embryon qui a dû être entraîné à travers l'ostium abdominal.

Ainsi quatre fois sur quatorze il m'a été permis de poser le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant rupture, ce qui me permet, il me semble, d'en déduire les conclusions suivantes.

On ne saurait affirmer d'une manière certaine l'existence de la grossesse extra-utérine en l'absence de douleurs, symptôme qui ne manque presque jamais.

L'apparition de la douleur quelle que soit son intensité, ne signifie nullement que la grossesse est rup-

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.

turée, même quand cette douleur est accompagnée de tendance à la syncope, la réaction subjective des lésions de l'appareil tubo ovarien étant soumises à des susceptibilités individuelles que je ne tenterai pas d'expliquer mais qui sont réelles et d'observation journalière.

Quant à la récidive de la grossesse extra-utérine, permettez-moi d'ajouter à l'observation que je viens de citer les deux cas suivants qui sont absolument remarquables :

Obs. IV. Madame T. B..... trente-trois ans, mariée depuis onze ans, a eu un enfant il y a dix ans ; pas d'avortement ; a toujours joui d'une excellente santé ; régulièrement menstruée sans douleurs jusqu'à il y a deux ans, alors que les règles furent supprimées pendant quatre mois. Elle n'éprouvait aucun signe de grossesse, disait-elle, mais souffrait de douleurs vives dans l'abdomen, accompagnées de leucorrhée et de pesanteur dans le vagin. A cette époque elle consulta plusieurs médecins qui différèrent d'opinion. Quelques-uns déclarèrent qu'elle était enceinte. L'un d'eux crut, en outre, avoir remarqué à gauche une tumeur dans le cul-de-sac vaginal. Au bout de quatre mois, sans aucun symptôme d'avortement, les règles reparurent et tout parut rentrer spontanément dans l'ordre. Cependant elle continua d'éprouver dans la région ovarienne gauche une douleur qui, quoique légère, n'a jamais disparu entièrement. Deux ans après, les règles qui étaient toujours survenues régulièrement depuis sa dernière maladie firent défaut en septembre. Vers le milieu d'octobre elle ressentit de vives douleurs abdominales qui persistèrent jusqu'au commencement de novembre, alors qu'elles devinrent si vives, surtout dans le côté droit, que la malade dut se mettre au lit. On eut recours aux piqûres de morphine, mais comme les symptômes ne subirent qu'une amélioration passagère, elle entra à l'hôpital le 10 novembre, c'est-à-dire trois mois après la dernière époque menstruelle.

Examen : col mou, aplati derrière le pubis ; on sent le fond de l'utérus à la partie inférieure de l'abdomen un peu au dessus de la symphyse et dirigé vers le côté gauche de la ligne médiane : le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse rénitente occupant tout le côté droit du bassin et séparé de l'utérus par un sillon profond. Dans la région iliaque gauche on perçoit nettement une petite tumeur irrégulière située entre l'os des sept îles et la ligne médiane. Cette tumeur, dure, superficielle, ne paraît avoir aucun rapport avec l'ovaire du même côté.

En présence des symptômes offerts par la malade, je crus bien à l'existence d'une grossesse utérine du côté droit, mais deux ans auparavant elle avait présenté les mêmes symptômes, v. g. : suppression de la menstruation, vives douleurs abdominales, tumeur fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, et cependant elle était devenue mieux spontanément et s'était toujours bien portée depuis.

Je pratiquai la laparotomie le 13 novembre ; incision de l'ombilic au pubis. Aussitôt que la cavité péritonéale est ouverte, un petit lithopédion d'à peu près deux pouces de longueur apparaît libre dans la cavité abdominale mais adhérent aux intestins. Je le sépare aisément de ces adhérences et l'enlève. C'est un petit fœtus de huit à dix semaines, parfaitement formé ; ses petites jambes adhèrent au péritoine pariétal ; sa tête est fléchie et intimement adhérente au thorax. Dans la trompe gauche je trouve une masse jaunâtre à laquelle le lithopédion paraît avoir été attaché par son pôle postérieur. C'était évidemment le produit de la grossesse extra-utérine qui avait eu lieu deux ans auparavant.

Après avoir séparé quelques anses intestinales qui adhéraient à la surface postérieure de l'utérus, je trouvai du côté droit une autre large masse plongeant jusqu'au fond du Douglass et recouverte par le ligament large dont le feuillet postérieur était intimement adhérent au plancher du bassin. Je séparai les adhérences, après avoir trouvé une ligne de clivage. L'appendice soudé à la masse par son extrémité libre était le siège d'un ulcère situé vers le milieu ; je l'enlevai. La tumeur recouverte par le feuillet postérieur du ligament large apparaissait tendue, faisait saillie dans la cavité du bassin. Je la crevai avec le doigt et provoquai l'irruption d'une grande quantité de caillots sanguins, noirâtres qui furent soigneusement enlevés. En plongeant la main un peu plus profondément, je sentis une autre tumeur fluctuante, le sac fœtal, que je crevai également ; du liquide amniotique s'échappa et je pus extraire un fœtus parfaitement conformé, long de quatre pouces, paraissant très frais et évidemment vivant. Un petit cordon était attaché à l'ombilic conduisant la masse placentaire, que je réussis à détacher sans trop d'hémorragie. J'avais évidemment affaire à un cas de grossesse extra-utérine, développée et rompue entre les feuillets du ligament large, l'œuf continuant à croître au dessus de la voute vaginale, dans une situation par conséquent extra-péritonéale.

Cette observation d'une grossesse extra-utérine double, avec une lithopédion provenant d'une grossesse ectopique antérieure, rupturée vers la huitième semaine, constitue un cas excessivement rare. Je n'ai trouvé dans la littérature médicale qu'un seul cas analogue cité par le docteur J. H. Fergusson, dans le numéro de février 1899, du "*Edinburg Medical Journal*."

(à suivre)

#### Traitement du pied-bot paralytique par l'anastomose tendineuse

par M. le Eugène SAINT-JACQUES

Médecin de l'Hôtel Dieu de Montréal.

Les pieds-bots sont de deux variétés, congénitaux et acquis. Des premiers, il ne sera pas question ici, tan-

dis que je ne m'occuperai que de la variété non congénitale.

Le pied-bot acquis reconnaît dans tous les cas une lésion nerveuse primaire, suivie consécutivement de paralysie et d'atrophie musculaire. [La lésion nerveuse peut être périphérique : névrite, traumatisme, section nerveuse, cal osseux englobant ; ou centrale, et c'est plus généralement le cas, telle la polomyélite infantile.

Nous savons avec quelle préférence la paralysie infantile s'en prend au membre inférieur, plutôt qu'à l'épaule et au bras. Nous sommes réduits à la simple constatation sans explication encore de cette singulière préférence du processus pathologique pour le segment rachidien inférieur.

Toujours est-il que les muscles, privés de leurs centres nerveux trophiques, dégèrent et, ne faisant plus fonction, cèdent à leurs antagonistes sains qui détournent et contournent le membre affectée dans la direction de leur traction.

Voit-on vers les 8 ou 10 ans, ces paralysés des premières années, nous les trouvons en déformation marquée, car à la déviation du pied s'est ajoutée la malformation osseuse. En effet, les os, souvent privés également de leurs centres nerveux trophiques, ont souffert dans leur nutrition, et leur développement en position vicieuse a conduit à une malformation persistante

Quels moyens sont à votre disposition contre cet état de choses ? A la strychnine et au phosphore donnés à l'intérieur lorsque la période aiguë est passée, nous ajoutons le massage et l'électricité d'abord galvanique, puis faradique, à interruption d'abord éloignées puis rapprochées.

La chaussure orthopédique corrigera souvent une déformation peu marquée et suffira à une parésie, plutôt qu'une paralysie vraie et étendue. La bottine de Scarpa nous sera ici de grande utilité. Mais dans la majorité des cas, cette bottine ne suffit pas, car la déformation va s'accroissant.

Au chirurgien alors d'intervenir activement et trois moyens sont à notre disposition.

I. La *Ténotomie* : si elle nous suffit souvent dans le pied-bot congénital, au contraire dans le pied-bot paralytique elle est généralement sans effet. Et cela se conçoit facilement. Elle sectionne un tendon de muscle sain qui a moins le défaut d'être en contracture que de trouver sans antagoniste. Cette ténotomie de muscle sain ne donne pas de force au muscle paralysé, et c'est là le point de la question. Donc pas ou peu à espérer de la ténotomie dans le pied-bot paralytique.

II. L'*Arthrodèse* a fait ici merveille, comme dans le pied-bot congénital et peut-être encore davantage. Elle est tout indiquée dans les cas de grandes déformations rencontrées chez des paralysés de plusieurs années déjà. Ici la ténotomie ne donne rien : il faut aller corriger le squelette déformé et par les surfaces osseuses cimentées

de l'intervention produire une véritable soudure ou ankylose osseuse dans les articulations ballantes et sans cohésion jusque là.

III. Mais entre les cas à peine marqués où la bottine orthopédique suffit et ces déformés qui sont du ressort à peu près exclusif de l'arthrodèse, il est une variété intermédiaire, peut être la plus nombreuse, pour laquelle le chirurgien possède un procédé mitoyen, depuis quelques années en usage et qui se recommande autant par son peu de dangers que par ses excellents résultats : je veux parler de l'*anastomose tendineuse*. C'est un chirurgien de l'école allemande, Nicoladoni, professeur à l'Université de Gratz, qui proposa en 1881, ce nouveau procédé. Voici ses propres termes : " Essayer d'actionner le tendon d'un muscle paralysé par un muscle resté sain." Le premier il le réalisa et publia en 1882, dans les *Archiv. f. Chir.* p. 661., le résultat excellent d'une telle opération pour talus paralytique, où il avait transplanté les péroniers sains sur le tendon d'Achille, pour suppléer au triceps sural paralysé. Plusieurs mois après il présentait au congrès de chirurgie allemande son opéré qui pouvait dès lors étendre le pied et marcher.

Voilà donc l'idée : actionner le tendon périphérique d'un muscle paralysé par un muscle sain auquel il a été fixé par transplantation.

C'est surtout à la jambe où ce procédé est applicable et donne d'excellents résultats. En effet, les 3 groupes paralysés sont les péroniers, le jambier antérieur et les extenseurs, le triceps sural qui commande au tendon d'Achille. C'est donc dire que nous avons affaire tantôt au pied-bot valgus, varus ou talus, le varus étant généralement en même temps légèrement équin.

#### TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Quelques chirurgiens veulent sectionner tout à fait les deux sets de muscles : sains et paralysés, pour anastomoser l'extrémité périphérique du paralysé avec le tronçon central du sain, et vice-versa. Avec la majorité, je préfère sectionner seulement le paralysé, puis ayant incisé longitudinalement le tendon sans y passer l'extrémité périphérique du paralysé, l'y fixer par des points d'arrêt.

Toutes les différentes variétés de pieds-bots paralytiques ont été traités d'après ces principes opératoires, tel que je l'ai vu faire en Allemagne et comme je le constate dans la thèse de Vidal à la Faculté de Lyon, en 1898, et celle de Le Roy des Barres, qui prépare son travail sous l'inspiration de son maître Jalaguier, en 1902.

Je rapporterai, en abrégé, l'observation de deux cas personnels de pieds-bots paralytiques ainsi traités.

OBSERVATION I. C. Aug. L.... 16 ans, attaqué de poliomyélite à l'âge de 3 ans. Valgus au p. droit ; varus ballant p. gauche ; toute la jambe gauche est atrophiée :

os et muscles. Vu la déformation osseuse à ce pied, je fais une arthrodèse typique. Au pied droit ou je constate la paralysie du jambier antérieur et de l'extenseur du gros orteil, je fais la transplantation tendineuse, et anastomose l'extrémité périphérique de l'extenseur du gros orteil sur l'extenseur commun du jambier antérieur sur le tendon d'Achille. Un plâtre immobilise le pied en bonne position, et tout guérit par première intention.

Pied arthrodésé ; solide et se maintenant très bien sans chaussure.

Pied à anostomose tendineuse : moins douloureux qu'avant l'opération ; se maintient sans chaussure mais pas aussi droit que le gauche.

Il résume lui-même ainsi : " Marche plus droit, fatigue encore mais moins qu'avant, et les douleurs beaucoup moins intenses. Si le pied droit (anastomose) était plus solide, mon infirmité serait presque totalement disparue."

Evidemment le pied orthrodésé est plus solide, puisqu'il y a ankylose articulaire au tarse. Pour le droit, j'ai trouvé alors que la lésion ne justifiait pas d'une intervention aussi radicale que l'arthrodèse.

OBSERVATION II.— Eugène C., 11 ans. Poliomyélite 9 ans auparavant. Varus par paralysie des péroniers. Anastomose d'un tendon péronien à l'extenseur commun et de l'autre au tendon d'Achille. Bon résultat ultime un an après l'opération.

Si ce pied ne vaut pas son congénère sain, il est bien amélioré. D'un membre profondément lésé dans sa nutrition et son développement, il ne sera jamais possible d'en refaire un neuf parfaitement sain.

J'ai cru intéressant d'apporter cette contribution personnelle à la mise au point de cette question qui nous intéresse tous, tant médecins que chirurgiens.

Depuis ces deux interventions, il m'a fait plaisir de lire dans le " Philadelphia Med. Journal " d'octobre 1901, le rapport de plusieurs cas ainsi traités par un confrère canadien de Toronto, le docteur MacKinzie.

Cette opération a été peu pratiquée, que je sache, au Canada. Les résultats encourageants que j'en ai vus en Allemagne et en France m'ont suggéré l'idée de vous présenter ce sujet.

Enseignons aux autres comment combattre la Tuberculose.

par M. le Dr J. G. PARADIS, (Montmagny).

(Suite)

Est-ce que cet état de choses ne vous attriste pas ? Est-ce que cette coupable incurie ne vous fait pas monter le rouge de l'indignation à la figure ? Que l'on ne dise pas que j'exagère, là est le mal, là existe un des grands

dangers qui menace notre existence nationale. Nos grandes institutions, nos collèges de garçons, nos pensionnats de jeunes filles ont subi et subissent d'années en années d'importantes améliorations sous ce rapport. Le jour ou l'on aura soustrait l'organisation pécuniaire des écoles élémentaires de nos campagnes aux commissions scolaires telles qu'organisées aujourd'hui, on aura fait un progrès immense dans la bonne voie vers la restauration physique de nos enfants et, partant de toute la race.

La mauvaise alimentation, une nourriture insuffisante, l'humidité des pièces habitées, la privation d'air pur, voilà autant de facteurs, de candidats à la tuberculose. Les sujets exposés à l'une de ces causes prédisposantes, congénitales ou acquises, ne deviendront pas tuberculeux de ce seul fait, mais le mal avec tout son cortège d'accidents, éclatera avec une violence désespérante dès qu'ils viendront en contact avec le microbe phthisiogène. Une autre cause de prédisposition de l'individu à la consommation, c'est l'alcoolisme. L'alcoolique est dans des conditions particulières de réceptivité. Les excès auxquels il s'adonne en lui enlevant toute force de résistance en fait une proie facile et fréquente de la tuberculose. Le cabaret ne constitue pas seulement une cause prédisposante mais il est très souvent une cause directe. Le consommateur tuberculeux sèmera sur le parquet du cabaret ces germes d'infection qui pulluleront par la suite avec d'autant plus de facilité que l'entretien et le nettoyage de ces sortes d'établissements, est moins soigné. Il déposera sur les parois de son verre, par le contact de ses lèvres, des légions de bacilles. Les habitués qui se présenteront au débit après lui, auront donc une chance des plus belles d'absorber avec la liqueur, le poison pathogène.

Nous constatons quotidiennement et plusieurs fois par jour, l'existence de ce fait et l'on ne semble pas devoir y porter la moindre attention. Un seul tuberculeux par son passage dans un débit de boisson, peut donc contaminer un grand nombre des habitués de ces maisons très dangereuses. Que dire des mœurs défavorables qui prennent les jeunes gens dans ces milieux absolument condamnables ; nous n'en parlons bien entendu qu'au point de vue de leur santé.

L'habitation de la famille pèche très souvent sous le rapport hygiénique. L'habitation du cultivateur, comme nous le disions tout à l'heure, est elle-même assez convenable dans nos grandes paroisses. La maison de l'ouvrier à la ville est beaucoup moins bien sous le rapport hygiénique. Comme les maisons d'école, ces logements sont mal construits, mal éclairés, mal ventilés. Il y a une grande réforme à opérer. On a créé à Paris la commission des logements insalubres. Ce corps possède de vastes pouvoirs et rend de grands services. Il dépend de la préfecture de la Seine et il est placé sous la direction d'un médecin inspecteur général. Combien de fois dans notre carrière, déjà assez longue, de méde-



cin de campagne, n'avons-nous pas rencontré de ces maisons, foyer de pestilence, sentines de maladies et de mort. Maisons maudites comme le décrit le Dr Coste. Tout y est dans un désordre tout à fait repoussant ; on y couche, on y boit, on y crache un peu partout. Bien souvent les plafonds beaucoup trop bas, sont encombrés du linge sale de la quinzaine, qu'après un léger savonnage, la femme aura suspendu à égoutter. Les ouvertures y sont soigneusement closes et le parquet est sali par une couche de poussière, de détritius et de crachats. On s'émeut et l'on met sur pied toute la hiérarchie des pouvoirs publics à la seule apparition d'un cas de variole, de diphtérie, de fièvres typhoïdes et l'on a raison. Mais pourquoi restons nous absolument apathique en présence de tant de causes débilitantes et ruineuses de la santé publique ? Je ne parlerai pas de la mauvaise hygiène des grands édifices industriels, des grands magasins des villes, des grands bureaux publics, des voitures publiques, des gares de chemin de fer, etc. Il y aurait un livre intéressant à écrire sur ce sujet. Je resterai donc, à la campagne puisque la campagne se tuberculise si rapidement.

Parlons maintenant de la distribution du bacille de Koch cause immédiate de tout le mal. La tuberculose se transmet par le contact immédiat et au moyen d'un intermédiaire. La cause la plus vulgaire et la plus dangereuse est le crachat. Le tuberculeux comme le reste des mortels d'ailleurs, a la déplorable habitude de cracher partout et sur tout. Ce qui constitue chez l'un un acte de malpropreté qu'on ne peut trop stigmatiser devient chez l'autre un crime qu'on ne saurait punir assez sévèrement. C'est par le crachat et à cause de lui que les agglomérations d'individus sont toujours si dangereuses. C'est par lui que nos maisons d'école de campagne après avoir débilité et appauvri physiquement nos enfants leur inoculent le microbe tuberculeux. Est-il à votre connaissance messieurs, et je vous prie de me pardonner si j'insiste autant sur cette question, est-il à votre connaissance, dis-je, que messieurs les commissaires vous aient jamais payé le luxe d'un crachoir, lorsque vous fréquentez ce qu'on appelle si justement " la petite école " ? N'avez-vous pas été parfois péniblement surpris de voir un de vos petits compagnons bien doué au point de vue physique, issu de parents robustes et bien portants et que vous aviez perdu depuis quelques années, se présenter à vous courbé et souffrant sous le coup de cette terrible tueuse de jeunes gens ? Comme des milliers de victimes de la tuberculose il a pris le germe homicide entre les quatre murs de la maison d'école.

Dans nos maisons à la campagne et dans nos villages, vous avez partout constaté la présence sur le paquet des catalogues ou paillassons. Vous ne sauriez croire quel rôle jouent dans la propagation de la tuberculose, ces nids de microbes. Le tuberculeux ambulante qui promène chez ses amis du canton son existence déchu

est toujours accueilli avec sympathie par notre hospitalière population rurale. On le trouve intéressant parce qu'il souffre ; il serait mal noté celui qui ferait mine seulement de l'éconduire une seule fois. Il faut voir aussi si le pauvre malade abuse de cette complaisance. Aujourd'hui, il va chez son plus proche voisin et demain s'il fait beau et si ses forces le lui permettent on le rencontrera dans l'autre bout de la concession. Ignorant qu'il est un danger qui menace la santé et la vie de ceux qui le reçoivent si bien il prolonge ses visites et il expectore profusément autour de lui et surtout sur le paillason. Ce détail apparemment insignifiant est gros de conséquences désastreuses. Que fait-on de ce morceau de tapis, de ce paillason contaminé ? On le laissera là jusqu'à l'époque de la prochaine grande lessive et dans l'intervalle, c'est des colonies contenant des milliers de bacilles qui séjourneront là dans cette habitation.

Ces bacilles seront aspirés par la famille et par leurs amis. Je ne puis m'empêcher de stigmatiser la grossière habitude qu'ont certaines personnes de cracher jusque dans l'église. Notre éducation sous ce rapport, laisse déplorablement à désirer. Nous sommes en famille, messieurs, et c'est pour cette raison que je vous cause si librement de toutes ces misères.

\* \*

Il est donc parfaitement démontré aujourd'hui que la tuberculose est une maladie bacillaire et conséquemment contagieuse. Le bacille de Koch est l'agent spécifique et nos organes sont les milieux propres à sa culture à sa croissance et à sa transformation en tubercules. Les candidats à la tuberculose ce sont les malins, les lymphatiques, les déchus par quelques causes que ce soient etc.

Que devons nous faire pour nous protéger contre ce mal si redoutable ? Isoler le bacille et transformer les candidats pour leur permettre de lutter. Pour arriver à ce résultat nous croyons que le moyen le plus efficace serait d'inculquer par tous les moyens possibles à nos populations du haut en bas de l'échelle sociale, la véritable connaissance de la genèse de la tuberculose. Montrons fidèlement au peuple ce que c'est que cet ennemi si redoutable et avec son instinct admirable de conservation il saura s'en défendre. La croyance la plus accréditée chez nos populations, c'est que la tuberculose est une maladie héréditaire et on ignore absolument qu'elle est si fatalement, je dirai si facilement contagieuse. On se protège contre la diphtérie, contre la variole, contre la fièvre typhoïde etc. On se protégera non moins efficacement contre le bacille de Koch, lorsqu'on le connaîtra plus amplement. Pour arriver à ce désirable résultat, il faudra introduire dans nos écoles les plus modestes comme les plus fashionables l'étude obligatoire de l'hygiène. C'est cette science admirable qui doit nous sauver. N'est-il pas raisonnable qu'on sauvera notre génération plus facilement et plus sûrement par

la persuasion que par les moyens coercitifs ? Disons à l'enfant d'école et répétons lui tous les jours qu'il doit accorder autant de soins à sa culture physique qu'à sa culture morale et intellectuelle.

L'aphorisme classique *mens sana in corpore sano est* absolument vrai. C'est par l'école que nous répandrons les saines notions de l'hygiène.

Apprenons à l'enfant à respecter son corps au point de vue hygiénique et il se respectera au point de vue moral. Il est démontré que l'hygiène bien appliquée force l'individu à avoir plus de respect pour lui-même au double point de vue physique et morale. Letulle dit avec raison qu'il n'est pas de voyous aux mains et au linge blancs. L'hygiène bien appliquée n'est pas un luxe qui n'est que l'apanage d'une certaine classe de la société, il faut l'introduire de gré ou de force dans toutes les familles, même et surtout chez les plus pauvres et les plus modestes. Le vulgaire crachoir dans lequel on crache est une arme puissamment efficace contre la propagation du Koch. Il faudrait donc écrire des volumes en son honneur. En effet on ne pourra jamais trop insister sur la nécessité de rompre à jamais avec notre malpropre habitude de cracher sur le parquet. Tous les hygiénistes du monde proclament que c'est le crachat qui est le grand facteur de la contamination.

Est-il donc si coûteux de recueillir tous les crachats sans distinction d'origine d'empêcher leur dessiccation de hâter leur destruction ? Si, dit Letulle, par un coup de magie tous les habitants de Paris, d'un commun accord cessaient d'expectorer par terre pour cracher dans leurs mouchoirs, serviettes, et autres objets pour le restant de leurs jours et s'ils pouvaient imposer à leurs descendants la même propreté pratique, en d'autres termes si les crachoirs public et les crachoirs individuels se substituaient à la pratique ignoble du crachat à terre, on peut affirmer que la mortalité par la tuberculose pulmonaire deviendrait une exceptionnelle rareté mais pour qu'une pareille révolution se produise, il faudrait trop d'héroïsme de la part des pouvoirs publics de l'autorité, de l'administration et de l'individu. Ce serait un cataclysme. C'est une habitude invétérée contre laquelle une réforme de nos mœurs ne servira de rien tant que la masse publique ne sera pas convaincue. C'est par l'enfant à l'école qu'il faut commencer la croisade et la continuer avec énergie et persévérance dans la famille, chez les officiers publics. Est-ce que ceux-ci ne devraient pas donner l'exemple ? Vraiment, nous avons plus de confiance dans la bonne volonté de l'enfant.

Dans certains de nos édifices publics, on a bien affiché en grosses lettres, " Ici il est défendu de fumer," il n'y a que dans les voitures publiques de la compagnie des tramways que j'ai vu affichée la défense de cracher sur le plancher. Est-ce que cette invitation n'a pas bien été accueillie du public ? Est-ce qu'elle n'a pas produit d'excellents effets ? Letulle insiste pour la mise

en batterie de crachoirs en tous lieux, dans les gares de chemins de fer, dans l'hôtel des postes, dans les banques les facultés, les églises, les théâtres, les jardins publics, qu'ils soient exposés à tout venant, bien en vue et à profusion.

Ce serait une leçon de choses qui finirait par être comprise. Ce serait une sauvegarde des lois de l'hygiène sociale. Après avoir mis l'enfant et tout le public en garde contre le danger de la contagion par le bacille nous devrions lui apprendre quels sont les moyens de le combattre lorsqu'il en est atteint. Montrons-lui aussi à se tenir en état de non réceptivité, en conservant sa robusse native et en modifiant et tonifiant son tempérament, lorsqu'il a le malheur de naître débile. C'est encore en observant strictement les lois de l'hygiène qu'il atteindra ce double desideratum. En Angleterre on a bien compris la nécessité de faire un grand effort en ce sens, et dans les écoles de la Grande-Bretagne, dans les programmes d'études, on donne la place d'honneur à l'hygiène et on la fait très large. La génération anglaise contemporaine qui s'est imprégnée de ces sages principes, les met aujourd'hui en pratique. Il faut voir qu'elle énorme transformation a subi la grande Ile Britannique au point de vue de la salubrité. Depuis 37 ans, le chiffre de la mortalité par la tuberculose pulmonaire en Angleterre, a tombé de trente sept par mille à vingt par mille. Est-ce que ce résultat n'est pas de nature à nous encourager. Dans le même pays il est une loi qui réglemente la construction des maisons d'écoles et cette loi n'est pas une simple lettre spéculative, n'est pas simplement une belle théorie. Les pouvoirs publics sont inexorables sur ce point. Lorsque nous aurons converti le public à ces deux idées qui manquent à son éducation, la curabilité de la tuberculose d'abord, son évitabilité ensuite par la guerre faite aux expectorations bacillaires, on pourra se dire que l'ère de la restauration commence. En Allemagne on a fait de grands efforts depuis quelques années pour arrêter les progrès toujours croissants de la terrible maladie, et comme en Angleterre, les résultats ont été très heureux. On a d'abord établi dans ce pays les sanatoriums. On en attendait un double résultat ; d'abord le traitement et la guérison des tuberculeux, et en second lieu, la démonstration de la curabilité de la maladie par l'hygiène. Les compagnies d'assurance allemandes ont constaté depuis longtemps déjà que la majeure partie des rentes à servir aux ouvriers devenus incapables de gagner leur vie, allait à des tuberculeux. Et d'un autre côté l'office impérial des assurances contre l'invalidité s'apercevant que sur mille ouvriers devenus invalides de 20 à 24 ans, 548 étaient en commencement ou en activité tuberculeuse, et entre 24 et 29 ans 521 étaient pris par le tubercule. En constatant les grands bienfaits de l'isolement et des traitements méthodiques du malade au début, il créa des sanatoriums populaires, en s'efforçant de faire, par ses médecins, dépister la tuberculose pulmonaire à tous

ses premiers débuts. En apprenant à ses ouvriers intéressés le péril qui les guette, la caisse d'assurance se mit à soigner en sanatoriums, les malades à la minute de leurs premières attaques. De cette manière elle protégeait compagnons et familles contre la contagion ; améliorait toujours, guérissait d'ordinaire les malades soignés à la cure disciplinée et en leur permettant de rentrer à l'atelier, déchargeait d'autant la caisse d'invalidité.

Ces caisses d'invalidité ont déjà trouvé moyen de réaliser un bénéfice de plusieurs millions, de ce chef. Ce résultat apparaîtra énorme si l'on songe à toutes les contagions évitées aussi bien dans les ateliers que dans les familles. Dès la première alerte, le malade est constamment épié par le médecin de la compagnie.

En France on lutte en désespéré contre le mal terrible qui enlève annuellement à notre ancienne mère patrie deux cent mille de ses enfants ; et, comme on calcule qu'un malade traîne en moyenne pendant trois années sa lamentable agonie, c'est six cent mille contagionnés que le bacille atteint, en France, chaque année.

Dans la Province de Québec, nous avons la somme énorme de 10,000 contagionnés chaque année, c'est désastreux ! Il est des vérités tristes à dire, mais je vais les répéter cependant. Nous laissons mourir nos frères par apathie et par ignorance. Ce mal nous enlève nos jeunes gens, dans toute leur activité productive, de vingt à trente ans, et il affaiblit la race. Les fils de tuberculeux sont des sujets pathologiques sur lesquels la société n'a pas le droit de compter. Notre pessimisme ne nous empêche pas de constater un réveil des autorités et une direction d'énergie en faveur de la sainte cause que je vous prêche ce soir.

L'honorable Mr Turgeon à qui je dédis ce modeste mais sincère effort, dans le trop court séjour qu'il a fait au ministère de l'instruction publique de notre province, a jeté un cri d'alarme et cette voix autorisée et puissante sera entendue, nous osons l'espérer. Si ces quelques lignes peuvent contribuer à hâter d'un seul jour les réformes si instamment désirés, je me rendrai le témoignage d'avoir rendu un grand service à mes compatriotes et à mon pays.

## Revue des journaux

### MEDECINE

Chloroforme chez les cardiaques et accidents de la chloroformisation

par H Huchard.

(Suite)

IV

M. LABORDE : Ce dont je me plais, surtout, à remercier mon excellent ami et collègue, M. Henri Hu-

chard (car son amicale bienveillance à mon égard n'a pas besoin, je le sais, de remerciements), c'est de son assentiment presque complet à l'intervention médicalemente que je préconise, en conformité de l'indication rationnelle, prédominante, puisée dans le mécanisme physiologico-pathogénique de l'*accident primitif*, dans la chloroformisation : cet assentiment, de sa part, et de par son autorité et sa compétence, est doublement précieux, et confère à la pratique de l'injection préventive une importance et un appui qui, je l'espère seront entendus.

Je n'ai qu'un regret, c'est qu'il ait, à l'égard de de l'atropine associée la morphine, comme il convient qu'elle le soit (je dis "associée à la morphine", ce qui donne au précepte une signification particulière, dans l'espèce), une répugnance que je ne saurais m'expliquer et admettre, de la part d'un thérapeute expérimenté comme il est : l'atropine, pour laquelle la crainte qu'en ont certains médecins ou chirurgiens, n'est justifiée que par ce fait qu'il ne s'appliquent pas à s'en servir, à la manier comme il convient (je citerai, dans cette même catégorie des médicaments, vraiment héroïques, dans les applications à leur indication réelle, l'*aconitine* qui inspire une terrible appréhension à ceux qui ne savent pas en user) ; l'atropine, dis-je assure, précisément, par son intervention nécessaire dans l'injection préventive, l'action physiologique et médicamenteuse de la morphine, en prévenant, autant que cela est possible selon les prédispositions individuelles du sujet, tout accident de ce côté, notamment le vomissement. L'addition de la *spartéine* achève, du côté du cœur, cette assurance ; et c'est pourquoi je persiste à croire que, loyalement considérée et pratiquée — comme le fait, pour le citer encore une fois, et on ne peut plus à propos, — M. le Dr Langlois, professeur agrégé à la Faculté, elle peut rendre, préventivement, dans la chloroformisation, les réels services que permet d'en attendre son indication rationnelle.

Je n'ajouterai qu'un seul mot, quant à la *morphine*, c'est que je me suis gardé d'omettre le premier et magistral précepte de Cl. Bernard à ce sujet : je l'ai invoqué, en toute occasion semblable ; et si je n'y ai pas insisté dans ma dernière communication, c'est que dans mes précédentes interventions, à propos de cette même et périodique discussion, en 1890 et 1891, et, notamment, dans ma brochure précitée, je l'avais rappelé complètement, commenté, et même étendu par les nouvelles expériences, qu'à bien voulu rappeler M. Huchard, établissant l'action vaso-dilatatrice de la morphine, action également favorable dans l'application dont il s'agit.

Au surplus, je tiens à redire que dans ma communication, je me suis borné à n'envisager que les *accidents primitifs* de la chloroformisation, et leur traitement basé sur leur mécanisme physiologico-pathogénique, me proposant de revenir, s'il y a lieu, sur les accidents consécutifs, dus à l'action proprement *toxique* du chloroforme.

M. LE DENTU : Tous les chirurgiens admirent la

physiologie. Les injections préventives, surtout de morphine, ont été faites depuis longtemps et les chirurgiens n'ont pas continué. C'est qu'il n'ont pas dû bien s'en trouver. Une opération est quelque chose de très compliqué, le shock opératoire déprime le malade. L'injection préalable de morphine pourrait donc augmenter ce shock et rendre le danger du shock nerveux plus grand encore.

M. LUCAS-CHAMPIONNIERE : Il y a des années, j'ai employé l'injection préalable de morphine même avec l'atropine, mais sans spartéine, et les résultats ont été déplorables. Les malades avaient des syncopes et j'ai eu de telles émotions avec ce procédé, que jamais plus je ne l'emploierai.

M. LABORDE : Il y a trop loin de M. Lucas-Championnière à la physiologie, et aux expériences physiologiques, même sur "le meilleur ami de l'homme", le chien, pour que j'aie à lui répondre, sur ce sujet ; je me bornerai à faire remarquer combien est mal choisi son exemple du *morphinomanie* ; ne fût-ce qu'au point de vue de l'observation et de la connaissance *préalables* du malade par l'opérateur.

Je suis plus à l'aise et plus heureux avec M. le professeur Le Dentu, qui, loin d'être un contempteur de parti pris de la physiologie et de ses enseignements, mesmet, je le sais, largement à profit dans ses leçons.

Aussi, de sa part et à l'occasion, un essai de l'injection préventive, selon la formule complète que j'ai donnée, aurait, à mes yeux, une haute valeur.

M. HUCHARD : Je n'ai qu'un mot à répondre à M. Laborde. Je ne suis encore qu'un partisan platonique de son injection préventive, puisque je n'ai pas eu et que je n'aurai sans doute pas l'occasion de la mettre en pratique ; mais j'estime qu'elle est recommandable en raison des propriétés physiologiques des agents médicamenteux dont elle se compose. On doit donc en faire "l'essai loyal", comme il le dit. Mais, je persiste à croire que l'atropine, pourrait être utilement supprimée, surtout pour certains malades qui ne peuvent la supporter. Je savais bien, d'autre part, que M. Laborde s'était appuyé, dans la discussion de 1891, sur les expériences de Cl. Bernard. Mais elles devaient être rappelées et mises en relief dans ce nouveau débat. Quant à l'argument donné par M. Lucas-Championnière au sujet de la résistance très grande offerte à la chloroformisation par les morphinomanes, je ne le crois pas très juste : les morphinomanes sont des malades, et il faut se garder d'assimiler la dose toxique d'un médicament à sa dose thérapeutique.

(Bull. Acad. de méd. de Paris.)

Les selles des tuberculeux ne sont pas moins dangereuses que leurs crachats

par MM. les Drs ANGLADE et CHOCREAUX

Cette proposition s'appuie sur des constatations bactériologiques et des vérifications expérimentales que

nous voulons mettre sous les yeux de ceux — et ils sont nombreux — que préoccupe le problème de la prophylaxie de la tuberculose.

Au premier abord, on pourra être surpris de voir des aliénistes intervenir dans le débat pour y parler d'autre chose que de la tuberculose du système nerveux, en général, ou bien de la tuberculose des aliénés en particulier. Pour notre excuse et aussi pour la clarté des faits, il nous sera permis d'expliquer comment des constatations faites chez les aliénés tuberculeux nous ont conduit à formuler une règle de prophylaxie de la tuberculose.

On sait que le chiffre de la mortalité tuberculeuse est très élevé dans les asiles d'aliénés. "La population annuelle étant de 57,424 aliénés, il y a 672,6 décès par tuberculose, soit 117,11 sur 10.000 malades. La mortalité annuelle par tuberculose en France étant de 43,8, les aliénés paient un tribut presque trois fois plus considérable que les autres habitants." Et ces chiffres sont probablement au-dessous de la vérité ; car les autopsies soigneusement faites permettent souvent de découvrir chez les aliénés, des tuberculoses viscérales insoupçonnées.

Quoi qu'il en soit, il importe de connaître la raison de cette élévation de la mortalité par tuberculose chez les aliénés.

Sans doute on peut admettre qu'ils y sont prédisposés ou qu'ils acquièrent cette prédisposition ; encore faut-il, qu'en outre, ils rencontrent le germe spécial qui la développera, le bacille de Koch.

La Commission de la tuberculose a pensé que, dans les asiles d'aliénés comme ailleurs, ce bacille est véhiculé par les crachats, que ceux-ci constituent le danger, que c'est eux qu'il faut recueillir et soigneusement désinfecter. La circulaire ministérielle du 15 Juin 1901 a prescrit des mesures dans ce sens.

Mais les aliénés tuberculeux qui crachent, sont l'exception. L'un de nous a fait remarquer dans un travail spécial que ce mode de propagation ne peut être considéré comme le plus important dans un hôpital d'aliénés.

1. LA FRÉQUENCE DU BACILLE DANS LES SELLES. — C'est par les selles que les aliénés éliminent les bacilles de Koch ; que ces bacilles viennent du poumon, traversant le tube digestif tout entier, ou qu'ils arrivent directement de l'intestin ulcéré, la tuberculose intestinale — les autopsies le prouvent — est particulièrement fréquente chez les aliénés. Rarement, mais quelquefois primitive, elle succède habituellement à la tuberculose pulmonaire, qu'elle relègue presque toujours au second plan. Dans les ulcérations intestinales le microscope montre le bacille de Koch plus actif que dans tout autre foyer tuberculeux.

Ces faits, nous les avons déjà signalés. Et l'observation, chaque jour, est venue les confirmer en les complétant.

Dans les trois premiers mois de cette année, il y a

eu, dans notre service, 7 malades atteints de tuberculose : 6 aliénés et 1 religieuse infirmière.

Leurs crachats et leurs selles ont été scrupuleusement surveillés. Un seul aliéné a craché et par intermittence. Les autres, déments ou délirants, déglutissaient leurs expectorations. *Dans les selles de tous, le bacille de Koch, souvent recherché, a été toujours rencontré.*

En sorte que nous sommes en droit d'affirmer, en nous basant sur des recherches très nombreuses, que la présence du bacille de Koch est constante dans les selles des tuberculeux aliénés. Si bien que chez nos malades dont on ne peut saisir l'expectoration, et dont l'auscultation n'est pas toujours aisée, nous avons pris l'habitude de faire le diagnostic de la tuberculose par l'examen de leurs déjections.

Le fait de rencontrer des bacilles dans les selles de tuberculeux qui déglutissent leurs crachats ou dont l'intestin est ulcéré, s'il a été incontestablement mal observé et méconnu par les hygiénistes, n'a pourtant rien d'anormal. Il est un peu plus extraordinaire de rencontrer presque toujours, sinon toujours, des bacilles de Koch dans les selles des tuberculeux non aliénés, de ceux qui crachent et ne font pas de la tuberculose intestinale, tout au moins par ulcérations.

Le fait est néanmoins certain. Il mérite de retenir l'attention. A dessein nous avons négligé de parler du septième de nos tuberculeux : une religieuse. Son observation a été notre premier pas dans la voie des comparaisons avec ce qui se passe chez les tuberculeux ordinaires. Dans les selles de cette malade qui crachait n'avait point de diarrhée, ni aucun signe d'ulcération intestinale, la recherche du bacille de Koch, commencée en pleine évolution de la maladie, plusieurs fois renouvelée, a toujours donné un résultat positif. Un examen des crachats, fait parallèlement à celui des selles, nous a donné l'impression, sinon la preuve, qu'il s'éliminait dans le même temps plus de bacilles par la voie intestinale que par la voie buccale.

Cette constatation demandait à être contrôlée par des recherches dans un autre milieu. Elle nous ont été facilitées par la complaisance de nos aimables confrères, MM. Chambay et Becquembois, médecins de l'hôpital d'Alençon.

A la vérité, ces recherches ont porté sur un nombre de cas relativement faible. On nous accordera pourtant que les conditions dans lesquelles elles ont été pratiquées leur donnent quelque valeur.

Dans un service de médecine, le médecin nous désigne cinq malades suspects ou convaincus de tuberculose. Les selles sont recueillies et examinées séance tenante. Dans quatre cas, la présence du bacille de Koch y est constatée. Dans le cinquième, l'examen donne un résultat négatif, mais l'inoculation au cocoye d'un centimètre cube de matières très diluées, pratiquée le 29 Mars 1902, a déjà provoqué, à la date du 10 Avril, une induration fortement suspecte des ganglions inguinaux.

En sorte que presque tous, et probablement tous les tuberculeux atteints ne tuberculose à différents degrés, hospitalisés dans un service, pris au hasard, avaient en même temps des bacilles dans leurs selles. Ils en avaient aussi, sauf un, dans leurs crachats.

Il serait difficile d'admettre qu'il n'y ait là qu'une coïncidence de bacilles traversant accidentellement les voies digestives. Il faut, croyons-nous, envisager le fait, non comme un accident, mais comme une règle dont on pourra mieux compter les exceptions, en opérant sur un plus grand nombre de sujets.

Dès à présent, nous considérons comme démontré : que les aliénés tuberculeux évacuent des bacilles de Koch à peu près exclusivement par les selles ; que le même fait se produit chez les enfants incapables de cracher ; que, parmi les tuberculeux qui ne sont ni des déments, ni des enfants, et qui savent cracher, un grand nombre, sinon tous, évacuent, avec leurs déjections, des bacilles, soit parce qu'ils les avalent, soit parce qu'ils se cultivent dans les ulcérations intestinales.

(*La Presse méd.*)

(*A suivre*)

## INTERETS PROFESSIONNELS

### Société médicale du district de Kamouraska

Les médecins du district de Kamouraska se sont réunis jeudi, le 24 juillet dernier, à l'hôtel Commercial de cette, dans le but de fonder une société médicale du district. Ces sociétés se forment dans toutes les parties de la province, et nous qui sommes placés dans un des plus beaux districts, nous ne pouvons pas raisonnablement nous laisser devancer par nos confrères des autres divisions.

Les avantages de ces sociétés sont indiscutables tant au point de vue de la profession en général, qu'au point de vue des médecins pratiquants en particulier.

En effet, si nos droits et nos privilèges sont mis de côté avec tant de facilité par les législateurs ; si les lois judiciaires nous protègent d'une façon si illusoire c'est que nous ne sommes pas un corps assez compact et assez uni,

Les associations médicales sont de nature à resserrer les liens d'amitié et de confraternité qui doivent exister entre les membres d'une si belle et si noble profession que la nôtre ; et appelées à faire cesser les discussions malheureusement trop nombreuses qui existent entre les confrères d'un même district ; elles stimulent aussi le goût des études et des connaissances nouvelles, et à ce point de vue sont aussi utiles aux pauvres malades qu'aux médecins eux-mêmes.

En tous cas, le bureau de direction de notre société a été formé comme suit :

Président : Dr J. F. Langlais, Trois-Pistoles ;  
 Vice-Président : Dr P. Picard, Fraserville ;  
 Secrétaire : Dr F. E. Gilbert “  
 Trésorier : Dr Art Vaillancourt, “  
 Membre du comité · Dr B. Deschènes, St-Paschal.

Pendant la plus grande partie de cette première séance, on s'est occupé du projet de la création d'un tarif minimum, dont voilà la base :

Accouchement ordinaire n'occasionnant pas une perte de temps de plus de 6 heures (avec 5 visites) en ville.....	\$5.00
Accouchement à la campagne, n'occasionnant pas une perte de temps de plus de 6 heures (sans visite) .....	3.00
chaque heure extra .....	25
Accouchement gémellaire, extra.....	3.00
Application de forceps.....	1.00
Version.....	2.00
Extraction de placenta.....	2.00
Hémorrhagie post partum .....	1.00
Consultation au bureau (?).....	5.00
Consultation avec confrère.....	1.00
1ère visite le jour, ville ou village 7 hrs., a. m. à 6 hrs. p. m.....	.50
Visites subséquentes.....	1.50
Visite à distance n'occasionnant pas une perte de temps de plus de 2 heures ....	.50
Chaque heure subséquente.....	.50
La nuit (extra).....	.50
Visite pour maladie contagieuse (extra).	
S'il s'agit d'une opération chirurgicale ou d'un examen spécial, à toute telle visite, cette opération ou cet examen sera chargé en sus.....	5.00
Certificat d'aliénation mentale.....	5.00
Chloroformisation .....	1.00 à 2.50
Cathétérisme.....	5.00
Amputation d'un doigt.....	10.00
do dans la partie métacarpienne	
Luxation ou fracture de la cuisse.....	15.00 à 20.00
Autres fractures ou luxation.....	5.00 à 10.00
Vaccination.....	.50
Extraction de dent.....	.25
do avec analgésie.....	.50
Ablation de Kyste.....	2.00 à 5.00
Ouverture de panaris.....	0.50 à 1.00
Hydrocèle.....	2.00
Ouverture d'abcès.....	.50
Injection de sérum 10 cc. (visite extra)..	2.50
do do 20 cc. do ..	3.50
Auscultation.....	1.00

La deuxième assemblée à eu lieu le 25 août et la troisième est fixé pour le 2 octobre.

## Coq-a-l'ane médicaux

*Pour aseptiser une plaie.* — Le meilleur moyen pour aseptiser une plaie infectée est d'y appliquer pendant une heure ou deux, un tampon de gaze imbibée d'une solution saturée de permanganate de potasse, puis de remplacer celui-ci par plusieurs couches de gaze imprégnée de peroxidé d'hydrogène. (*Am. J. Surg. & Gyn.*)

*Le lait bouilli.* — A ce sujet, le docteur W. B' Ramson, in Brit, Med. J., dit qu'il n'y pas d'expérience probante qui assure que le fait de bouillir le lait lui enlève aucune de ses propriétés nutritives. Ce lait ne peut produire de scorbut, s'il est employé dans les vingt quatre heures après son ébullition. Malgré que ce procédé, de même que la pasteurisation, ne rende pas le lait absolument stérile, la plupart des agents pathogènes sont détruits. Les spores n'ont guère le temps de se développer si le lait est tenu au frais et s'il est bu avant une douzaine d'heures. La simple ébullition est préférable à la pasteurisation et est plus pratique. Pendant les mois de chaleur, on devra bouillir le lait pendant une demi-heure et le bouillir de nouveau dans quelques heures, s'il n'est pas employé : on détruira ainsi les spores si résistant du bacillus sporogenes enteridis.

Voilà qui est bien. Dites que nos grand'mères n'avait pas et n'ont pas encore raison. *Sint ut sunt, aut non sint* ! Cela a toujours été notre impression qu'il y avait du bon dans les bonnes grand'mères. Comme elles disent : J'en ai toujours ben élevé de même, moé ; pi y sont pas pu morts. ”

*Quelque chose à donner.* — Lorsque le président Lincoln fut pris de la variole, il écrivit à Colfax, l'orateur de la Chambre, de lui envoyer maintenant ceux qui sollicitaient des positions, car il avait quelque chose qu'il pouvait leur donner. (*New Era.*)

*Chez le boucher.* — Le patron : Allons, Jean, dépêche-toi ; Scie la mâchoire de M. Grincheux, met les côtes de madame Fluet dans son panier, envoie les amourettes et les “eaux vertes” chez l'apothicaire Sequard, et n'oublie pas de serrer les rognons de mamselle Bright.

Le garçon, (vivement) : Oui, oui, le patron ; aussitôt que j'aurai fini de couper le jarret de la mère Boidard et de trancher la fesse de madame Grostrain.

*L'ozone.* — Stockwell dit que l'on peut produire facilement un dégagement d'ozone dans une pièce, en suspendant au plafond un paquet d'allumettes préalablement trempé dans de l'eau. (*Med. Times.*)

NIRE.

## NOUVELLES.

## NAISSANCES :—

En cette ville, le 14 du courant, l'épouse de M. le Dr J. A. Rouleau, un fils.

En cette ville, le 25 du courant, l'épouse de M. le Dr P. P. Boulanger, un fils.

A Côteau Station, le 19 du courant, l'épouse de M. J. C. Ducharme, M. D., un fils.

## MARIAGE :—

A Montréal, le 23 du courant, à la chapelle du Sacré-Cœur, église St Jean-Baptiste, M. le Dr L. Dubois, de Chambly-Bassin, conduisait à l'autel Mlle Fabiola Dubois, fille du capitaine Dubois.

La bénédiction nuptiale a été donnée par l'abbé Nazaire Dubois, frère du marié, principale de l'Ecole Normale.

L'heureux couple est parti pour voyage.

REUNION BI-ANNUELLE DU COLLEGE DES MEDECINS  
A QUEBEC

Le Collège des médecins a siégé ces jours derniers à l'Ecole de Médecine de l'Université Laval, pour l'admission des nouveaux esculapes et traiter d'affaires intéressant la profession.

Sur 43 membres, 41 sont présents.

Voici les noms des messieurs qui ont été admis à la pratique de la médecine :

J. P. Paradis, Sault Montmorency ; Wilfrid Laberge, Lotbinière ; Wilfrid Comtois, Ste-Eulalie ; Joseph Ayotte, St Léonard d'Aston ; Albert Paquet, Hôtel Dieu, Québec ; J. A. Sirois, Chicoutimi ; J. P. E. Poliquin, Québec ; J. A. Savoie, St Barthélemi ; Edgar Morin, Hedleyville ; J. E. Verret, Jeune Lorette ; J. Art. Champagne, Berthierville ; Walter Hall, Bécancourt ; C. D. Paradis, Grande Pile, St Maurice ; John McCrae, M. G. Hospital ; R. L. Garner, Ottawa ; Antonio Gauthier, Ste Anne des Plaines ; Chs. B. Biron, Ste Sophie de Lévrard ; Léon Dubois, Chambly Bassin ; Rosario Frigon, Grondines ; J. W. L. Ricard, St Barnabé ; J. Lafleur, Hôpital Général d'Ottawa ; J. Edg. Tanguay, Woonsocket, R. I. ; Zéphirin Thibault, St Aimé ; Jos. Aug. Aubin, Wilfrid Collerette, St Vincent de Paul ; Edouard Verdon, Ste Marguerite ; J. W. Duncan, Bishop ; J. O. Rochon, J. G. Dugas, B. G. Bourgeois, Hôtel-Dieu, Montréal ; Arthur Fournier, Cedar Hall.

Voici la liste de ceux qui ont été admis à l'étude de la médecine sur présentation de leurs diplômes de bacheliers :

MM. Derome, Lucien, Québec ; Lagueux, Pierre, St Romuald ; Bigué, André, Ste Anne de la Pérade ; Nadeau, Léonce, Québec ; Leclerc, J. Odilon, Ange-Gardien ; Gaboury, Jos. A. Alfred, Cap-Rouge ; Verge, Chs. Edmond, Québec ; Vaillancourt, M. J. U., St-Raymond ; Paquet, J. E. Achille, St Nicolas ; Roy, Ludovic, A., Lévis ; Boily, Ludger H., Chicoutimi ; Lemire, Henri, L'Avenir ; Letendre, N. Georges, St Georges de Windsor ; Lamarre, Thomas Louis, Chicoutimi ; Drouin, Adolphe, Ottawa ; Ross, J. A. D. R., Ste Flavie ; Laroche, Wilfrid, St Antonin ; Lacasse, J. O. A., St Anselme ; Jarry, Arthur, St Laurent ; Grenier, M. L. L. Eugène, St Ours ; Cartier, Henri, St Antoine ; St Pierre, Chs. Edouard, Trois-Rivières ; Laurier, Romuald, Laurentides ; Walker, John James, Ormstown ; Paiement, Pierre Adélar, Montréal ; Verschelden, Louis, Montréal ; Champagne, Joseph Ernest, St Norbert ; Costello, J. W., Wolfe, Montréal ; Wilson, Thos, R., Montréal ; Bellemare, Oscar, Louiseville ; Masson, Augustin, D., Montréal ; Pigeon, Arthur, Verchères.

## BIBLIOGRAPHIE

*Diagnostic Gynécologique, Organes Génitaux et Mamelles*, par le Dr GLADO, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu, ancien chef de clinique à la Faculté. 1 volume in-18 de 840 pages avec 109 figures 6 fr. A. Maloine, libraire éditeur 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L'étude pratique du diagnostic gynécologique, établie sur une étude raisonnée des symptômes et sur la discussion approfondie de leur valeur respective, tel est le but qu'a poursuivi l'auteur de cet ouvrage. Celui-ci est donc non seulement un exposé pur et simple du diagnostic, mais aussi un exposé clinique de chaque maladie. L'auteur est d'ailleurs attaché à suivre l'évolution et les variations symptomatiques de l'affection, de manière à ce qu'on puisse diagnostiquer, celui-ci à ses différentes phases, et en déduire le pronostic. Ajoutons qu'outre les éléments recueillis au lit de la malade, il a eu soin de mettre au service du diagnostic tous ceux que pouvaient fournir l'histologie, la bactériologie et, même, dans des cas où cela est nécessaire, l'anatomie pathologique.

Le Dr Glado, dans son traité de diagnostic, a eu l'heureuse idée de réunir les affections de la mamelle à celles des organes génitaux.

Les praticiens et les étudiants trouveront donc une réelle utilité dans la lecture de cet ouvrage, le premier de ce genre consacré aux affections gynécologiques. Ils y trouveront, groupées de la façon la plus claire et la plus méthodique, à côté de nombreux croquis d'après nature, toutes les notions qu'ils auront sans cesse besoin de connaître.

## Supplement Litteraire

### Notes sur un medecin chinois

On parle beaucoup en Chine d'un célèbre médecin chinois qui, depuis quelques années, voit son cabinet fréquenté par les plus hauts fonctionnaires, mandarins à globules de cristal, vice-rois à plume de paon venus des régions les plus reculées du Chansi, du Setchouen ou de la Mandchourie.

Le hasard m'a permis d'avoir des renseignements sur ce confrère d'Extrême-Orient, et je les adresse à mes honorés collègues de la Société de médecine dans l'espoir qu'il pourront les intéresser.

Ce médecin réside à Canton et se nomme Ong Ah Tchih Po tsai ou, plus communément, Ah Tchih. C'est un homme de cinquante à soixante ans environ, de taille peu élevée, ayant une certaine dignité de manières ; il est de la classe mandarine, ayant obtenu le deuxième degré ou Kouc-tjen ; il a donc le droit de porter les insignes des lettrés, le "plastron avec tête d'oiseau" ainsi que la toque à bouton de cristal bleu, mais on ne lui voit que ce dernier ornement. Son père son grand-père et tous ses ancêtres étaient médecins, et il rapporte surtout le succès de ses cures non à son père, dont il fut l'aide, mais à son grand-père qui aurait fait progresser l'art médical dans sa famille et inventé des remèdes nouveaux. Il possède de grands biens et, grâce à sa clientèle étendue, jouirait d'un revenu de près de 75.000 frans ; très populaire dans sa province, il passe pour charitable ; sa tenue est simple quoique d'une propreté parfaite. Il faut un certain temps pour rompre la glace avec lui, mais, dès qu'on est entré dans sa connaissance et son intimité, il n'hésite pas à s'entretenir de sa profession avec les "Barbares de l'Occident". Toutefois, il garde le silence sur certaines questions, quand il s'agit des secrets professionnels dont sa famille a hérité et qu'il veut transmettre intacts à son fils qui s'occupe déjà de médecine avec succès.

Sa mentalité est curieuse à bien des points de vue et, tandis qu'il paraît parfaitement renseigné sur certains sujets, il montre sur d'autres une ignorance pitoyable, frisant le ridicule. Ainsi il se dit versé dans l'acupuncture et déclare pouvoir introduire sans péril une aiguille dans n'importe quelle partie du corps humain, connaît ce que les Chinois appellent les points favorables, les points dangereux et les points morts, et s'est exercé sur un mannequin couvert de cire (afin de cacher les ouvertures que doit connaître bon chirurgien chinois), mais il ignore pourquoi certains endroits passent pour sûrs, d'autres pour dangereux. Il sait aussi qu'il y a des veines et des artères, mais ignore leur position et leurs rapports. Bien que peu versé en ostéologie, il a une certaine habileté pour réduire les fractures et les luxations.

Les questions d'hygiène privée et publique n'ont jamais retenu son attention ; c'est ainsi que les abords de sa maison étaient encombrés de débris d'animaux dont l'odeur se faisait sentir à plus de 100 mètres et qu'il n'a jamais usé de sa haute influence pour assainir les rues de Canton ou recommander des travaux de voirie intéressant la santé générale.

La médecine occidentale l'intéresse, mais il méprise ses théories et sa thérapeutique et ne professe aucune admiration pour notre chirurgie. Il est cependant partisan de la théorie des germes tout en se refusant à admettre qu'il y ait des microbes visibles seulement au microscope et soutient avec énergie que les germes sont des êtres intermédiaires entre les vers et les serpents qui peuvent causer toutes sortes de fièvres. D'après sa doctrine, ces vers ou ces serpents pondraient en grande quantité des œufs qui passent à travers les intestins, les poumons, la peau des malades pour aller faire élection de domicile chez les personnes saines et, par leur reproduction produire de nouveaux désordres.

(*Journ. méd. de Bruxelles*)

### Rudolf Virchow

Le professeur Rudolf Virchow, le célèbre médecin et anthropologiste, est mort le 5 septembre, à deux heures de l'après-midi. Il était né le 13 octobre 1821, à Schivelbein, district de Kaslin (Prusse). Il avait été nommé, en 1849, professeur d'anatomie pathologique à Wurzburg et, en 1856, directeur de l'Institut pathologique de Berlin. Il a été de 1880 à 1893, membre du Parlement allemand, où il faisait partie du groupe progressiste.

Le professeur Virchow s'est éteint doucement et sans souffrance. C'est seulement la nuit dernière que ceux qui l'entouraient se rendirent compte que le dénouement ne pouvait tarder. Son fils, le professeur Hans Virchow, était venu le matin, puis était sorti de la maison, et on a dû le rappeler en hâte. Il n'est revenu que quelques instants avant la mort. Virchow a expiré dans les bras de sa femme. Il avait autour de lui sa fille, qui n'est pas mariée et sa belle-fille.

Les autres parents ont été informés de la mort par télégramme.

Avec Rudolf Virchow, décédé à Berlin, à l'âge de près de quatre-vingt-un ans, le monde perd un des plus grands savants de ce temps, le Pasteur d'outre-Rhin. Car c'est lui qui, à côté de notre immortel Pasteur, a dominé souverainement l'essor extraordinaire qu'ont pris les sciences médicales dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle.

Dans la vie des grands bienfaiteurs de l'humanité, les dates importent peu ; l'œuvre est tout. Qu'il suffise donc de rappeler que Rudolf Virchow est né en Poméranie, le 13 octobre 1821, qu'il fut l'élève de l'Ins-



titut de médecine militaire à Berlin, qu'à l'âge précoce de vingt-deux ans, il soutint sa thèse, et qu'à partir déjà de 1846, ses travaux faisaient autorité dans le monde des savants.

Son œuvre est pour l'humanité en général tout aussi importante que celle de Pasteur, ou, pour mieux dire, les deux savants, français et allemand, se sont mutuellement guidés, influencés et complétés par leurs travaux, d'ailleurs très indépendants, de la façon la plus heureuse pour l'humanité qui souffre, et de la façon la plus utile pour le développement des sciences qui étudient la nature de notre organisme, et le secret de notre vie.

On sait que Pasteur commença par étudier la nature de la fermentation, Il constata d'irréfutable manière que toute fermentation est due à l'action de microorganismes, de bacilles. Et par là il arriva, peu à peu, à reconnaître que toutes les maladies infectieuses, par leur nature, ne consistent, en réalité, qu'en une fermentation spéciale des cellules qui composent l'organisme, fermentation différente dans chaque maladie et due chaque fois à un microorganisme spécial.

Or, il est évident que Pasteur, pour émettre une telle théorie, devait préalablement savoir que le vrai siège des maladies est précisément la cellule. Et c'est là la raison pourquoi l'immense œuvre de médecine et d'hygiène moderne, toute basée sur les travaux de Pasteur, n'aurait jamais été possible, si Virchow n'avait pas vécu en même temps.

C'est Virchow, en effet, qui a prouvé une fois pour toutes que la cellule est le siège de toute maladie, comme d'ailleurs de toute manifestation de la vie. C'est lui qui a établi que le corps humain est une "organisation sociale de cellules" parfaitement équilibrée. C'est lui, enfin, qui a étudié, décrit, expliqué les modifications que subissent les cellules de tous nos organes en état de santé ou de maladie. Et il a prononcé cet avis, qui devait être le point de départ de Pasteur, que toute maladie n'est que l'état d'irritation plus ou moins violente de certaines cellules.

La pénétration mutuelle des résultats scientifiques obtenus par Virchow et Pasteur, la constante influence réciproque qu'il y avait entre eux, quoique leurs relations personnelles fussent très vagues, devaient les pousser l'un et l'autre dans la voie d'une toute nouvelle science, l'hygiène publique.

Tout comme Pasteur en France, Virchow déploya en Allemagne une activité infiniment salutaire dans ce domaine.

L'intérêt qu'il prenait à la vie populaire devait fatalement le lancer dans la politique ; et depuis plus de 40 ans, il a fait partie soit de la Diète prussienne, soit du Reichstag. Il s'est toujours tenu du côté des libéraux avancés. N'avait-il pas, en pleine gloire naissante, après la révolution de 1848, dû fuir sa patrie et rechercher refuge en Bavière ? N'a-t-il pas vécu, ainsi, dans l'exile

pendant onze ans, victime de son opinion libérale, jusqu'au moment où sa nomination à la chaire principale de Berlin s'imposait absolument ?

Et malgré tout ce labeur écrasant, cet homme extraordinaire a fondé, créé de toute pièces presque, en dehors de son domaine spécial, deux nouvelles sciences et qui sont maintenant les joyaux de notre civilisation : l'anthropologie comparée et l'ethnographie.

Rudolf Virchow aura sa place au premier rang dans le Panthéon des esprits dirigeants du dix-neuvième siècle.

(Journal—Gaz. med. belge).

#### Le serment des apothicaires

La chambre criminelle de la Cour de cassation avait à trancher une question purement juridique, concernant le point de savoir si médecins et pharmaciens, quoique exerçant une profession diverse, mais connexe, peuvent se syndiquer. McMornard, l'un des avocats de la cause, qui soutenait l'affirmative, a montré que la profession de pharmacien était, depuis une époque des plus reculées, une dépendance de la profession de médecin, et il en a donné comme preuve le curieux serment qui dès le XIV<sup>e</sup> siècle, était prêté par ceux que l'on appelait alors "apothicaires".

En voici la formule :

"Je jure de ne médire d'aucun de mes anciens maîtres, docteur, pharmaciens ou autres quels qu'ils soient ;

"De supporter tout ce qu'il me sera possible pour l'honneur, la gloire, l'ornement et la majesté de la médecine ;

"De ne pas enseigner aux idiots et ingrats les secrets et raretés d'icelles ;

"De ne rien faire témérairement sans avis des médecins, ni dans l'espérance du lucre ;

"De désavouer et de fuir comme la peste la façon de pratiquer scandaleuse et totalement pernicieuse, de laquelle se servent aujourd'hui les charlatants, les empiriques, les souffleurs d'alchimie à la grande honte des magistrats qui les tolèrent ;

"Le Seigneur me bénisse tant que j'observerai ces choses ?

A la vérité, ne dirait-on pas une page détachée de Molière.

(Gaz. de gyné.)

#### PREMIERE NUIT DE NOCES

La jeune épouse (docteur en médecine) et son époux (docteur en médecine également) échangent les paroles les plus tendres.

Mais l'heure s'avance, le mari devient plus entreprenant et la jeune doctoresse s'abandonne en murmurant : *Dignus es intrare in nostro docto corpore.*

# Travaux Originaux

## DU VERATRUM VIRIDE DANS LE TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE (1)

par M. le Dr E. A. RENÉ DE COTRET.

Professeur adjoint d'Obstétrique, accoucheur de la Maternité.

Monsieur le Président,

Messieurs,

Comme accoucheur d'une maternité depuis bientôt 13 ans, j'ai rencontré un nombre considérable d'éclampsie, et comme professeur d'obstétrique j'ai eu l'occasion maintes et maintes fois d'être appelé par des confrères auprès d'autres cas de cette même terrible manifestation puerpérale.

He bien ! aujourd'hui, si je résumais ma pratique, je dirais : j'ai essayé de tous les traitements moins un et c'est le traitement par la morphine et celui-ci je ne l'ai pas encore employé parce que généralement les autres traitements m'ont réussi.

Le *chloral* et le *bromure de potassium*, tous deux à hautes doses, ne m'ont jamais donné aucun semblant de succès. Pendant l'attaque de convulsion ils sont d'aucun effet ; mais comme prophylactiques, ils sont excellents et je les prescris très souvent quand le régime lacté n'est pas suffisant et qu'il existe des prodromes plus ou moins inquiétants, tels que céphalalgie, vertige, bourdonnement d'oreilles ou surdité, trouble de la vue, gastralgie, vomissement ou albuminurie considérable qui ne cède pas au régime lacté. Je me suis très bien trouvé de ces deux médicaments administrés occasionnellement ou 3 fois par jour suivant les circonstances. Je les donne encore quand le *veratrum viride* a produit son effet et que les convulsions ont cessé. Pendant l'attaque, je le répète, je n'y ai plus recours.

Le *chloroforme*, je le donne quand je fais l'accouchement forcé ou hâté ou quelquefois pendant la première demi-heure qui suit l'administration du *veratrum viride*, pour amoindrir la violence des accès et donner à ce dernier médicament le temps d'abaisser le pouls ; mais encore est-ce très rarement.

Que dire de la *pilocarpine* on ne l'a jamais employée seule, on lui a toujours associé le chloral

la saignée, le chloroforme, etc. Je n'y crois pas : en tout cas je ne m'en suis jamais servi. En plus elle est dangereuse.

Il y a bien d'autres traitements qu'on a essayés et prônés, tels que : inhalation d'oxygène, sérum artificiel, injection sous-mammaire d'iodure de potassium, friction avec gaiacol, etc., etc., qu'il suffise de les mentionner

La saignée, j'en ai souvent fait l'éloge. Lisez *L'Union Médicale du Canada* de 1896 à 1898 et vous y verrez presque à chaque numéro des faits et des écrits qui ont prouvé ma confiance en ce mode de traitement et, en juin 1898, j'écrivais : " j'ai souvent répété que j'étais très enthousiaste de la saignée dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, et que, par la saignée on sauvait souvent les malades éclamptiques quand toutes les autres méthodes de traitement avaient échoué "

Dans ma thèse d'agrégation j'ai rapporté un grand nombre d'observations d'éclamptiques traitées avec succès par la saignée. Je citais 34 cas.

D'un autre côté, si j'ai beaucoup employé autrefois la saignée, j'y ai très rarement recours aujourd'hui ; et pour cause. Dans le même numéro de juin 1898 de *L'Union Médicale du Canada*, j'écrivais encore : " S'il faut voir un miracle pour avoir la foi, je suis aujourd'hui presque convaincu et je puis faire une profession de foi... Dans ma thèse d'agrégation j'ai fortement louée la saignée, tandis que, d'un autre côté, je parlais très peu d'un médicament qui, est, depuis quelques années, hautement prouvé surtout par les Américains. Je nommais le remède, j'en donnais les indications, les effets et je me contentais de dire : " on l'a vanté, et l'on en dit encore du bien. Je croyais qu'il était suffisant de le mentionner. Je laissais mes confrères libres de l'employer. Pour moi je n'y croyais pas parce que les Américains étaient à peu près les seuls à s'en servir et je redoutais leurs louanges. Aujourd'hui je l'ai essayé dans un cas désespéré où tout avait échoué j'en ai vu les effets merveilleux et j'y crois. Ce remède tant vanté dans l'éclampsie puerpérale, c'est le *veratrum viride*. Avant d'y croire aussi fermement que les Américains, je veux en faire une série d'observations que je communiquerai très fidèlement à mes lecteurs."

Voilà, messieurs, ce que j'écrivais en 1898, à la suite d'un succès éclatant dans le traitement de l'éclampsie par le *veratrum viride*. Aujourd'hui, après une longue expérience, je puis renouveler

(1) Lu au Congrès des Médecins de Langue Française, tenu à Québec, 1902.

ma profession de foi et dire : *Pour moi, le veratrum est le spécifique de l'éclampsie puerpérale.* Je l'ai employé dans un grand nombre de cas et toujours il m'a donné les mêmes succès, sans se démentir une seule fois. J'ai rapporté, depuis 1898, plusieurs observations, oui, de très nombreuses observations. J'aurais pu en rapporter beaucoup plus qui sont restées inédites dans mes cartons. Je les publierai peut-être, toutes un jour. Je me contenterai aujourd'hui de citer trois faits, parce que, dans l'un d'eux j'ai observé les effets du veratrum sur le cœur du fœtus in utero ; dans le deuxième, celui d'une malade morte plus d'un mois après l'accouchement et l'éclampsie, j'ai eu l'occasion de constater à l'autopsie les lésions du foie et du rein, et, dans le troisième, celui d'une femme qui, atteinte de scarlatine le lendemain de l'accouchement, eut une attaque de convulsion un mois après. Ce qui me ferait croire que le veratrum aurait un très bon effet dans les convulsions indépendantes de l'état puerpéral.

La première fois que je me servis du veratrum viride, c'était dans un de ces cas qui font le désespoir du praticien. La malade qui souffrait d'amaurose depuis un jour, avait eu 4 accès de convulsions très fortes, avant l'accouchement. Nous avions forcé celui-ci pour arrêter l'éclampsie, et puis les convulsions devenant de plus en plus fortes et se répétant jusqu'à huit fois après l'accouchement, nous étions très découragés. Le chloral et le bromure de potassium à très hautes doses avaient été donnés ; une saignée de 20 onces avait été pratiquée au bas et le sang extrait avait été remplacé par une certaine quantité de sérum artificiel (50 onces). La malade était entourée de bouteilles d'eau chaude. La veille elle avait pris de forts purgatifs. Rien ne faisait.

Nous étions quatre confrères auprès de cette malade et en nommer trois, serait vous dire que la malade ne pouvait avoir de meilleurs aides auprès d'elle.

C'est dans de telles circonstances, et à bout de ressources, que je tentai enfin le précieux remède des Américains. J'eus un plein succès qui étonna mes confrères quand ils l'apprirent. Après une injection hypodermique de 20 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride, le pouls de 168 qu'il était, au moment de l'injection, tomba en l'espace de 30 minutes à 86 pulsations à la minute et quelques minutes plus tard à 46. Ma malade était sauvée, elle n'avait plus d'accès. On pourra lire cette ob-

servation intéressante très détaillée dans l'*Union Médicale* de 1898 page 328 et suivantes.

Depuis j'ai employé toujours avec le même succès le même médicament que je ne crains pas de proclamer le spécifique de l'attaque d'éclampsie.

Comment agit le veratrum ? et comment l'administrer ?

L'action du veratrum viride se porte surtout sur le cœur dont il ralentit notablement le nombre des pulsations, le pouls descendant jusqu'à 50, 40 et même 26 pulsations à la minute.

" La valeur du veratrum dans l'éclampsie, dit Chs Jewett, paraît dépendre de son effet sur le système vaso-moteur. Selon Percy, cité par Peugnet, le veratrum est porté par le sang dans les vaso-vasorum, et par ceux-ci paralyse les nerfs vaso-moteurs, les vaisseaux sanguins perdant ainsi leur pouvoir contractile. Il diminue ainsi le spasme des vaso-moteurs, des vaisseaux cérébraux et l'anémie cérébrale consécutive à l'influence de laquelle les convulsions paraissent être dues. Le veratrum est aussi un déprimant de la moëlle épinière, quoique probablement, comme le croit Peugnet, cet effet soit secondaire à son action sur le sympathique au moyen des nerfs vaso-moteurs."

(à suivre)

## Revue du "Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord" (I)

Contribution à l'étude de la Grossesse Extra-Uterine.

Basée sur observations personnelles.

par M. le Dr COYTEUX PREVOST,

Gynécologue de l'Hôpital Saint Luc (Ottawa)

(Suite)

Voici maintenant l'observation d'un troisième exemple de récurrence de grossesse ectopique, survenue à cinq ans d'intervalle.

Obs. V. Le 4 avril 1895, je fus consulté par Madame O.C. .... âgée de vingt six ans, mariée depuis huit mois. Menstruée régulièrement et devenue enceinte immédiatement après son mariage, elle fit un avortement dont

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.

les suites furent absolument normales. Menstruée en janvier et février, elle fut prise subitement de vives douleurs abdominales, accompagnées de nausées et de vomissements ; un écoulement vaginal sanguin apparut mêlé de caillots, sans rejet de membrane caduque. Elle continua à perdre et dut garder le lit. Deux fois elle éprouva une grande tendance à la syncope. L'écoulement vaginal persista ainsi que les douleurs qui revinrent, à intervalles irréguliers, siégeant dans le côté gauche et accompagnées de pollakiurie. A l'examen vaginal, je trouvai l'utérus dans une position verticale, refoulé vers le pubis, un peu à droite de la ligne médiane, par une large masse occupant tout le cul-de-sac postérieur, excessivement sensible à la pression. Le col est entr'ouvert et après examen, le doigt revient couvert de mucus et de sang.

La malade fut conduite à mon hôpital privé, où je pratiquai une colpotomie postérieure. Une large tumeur kystique apparut, rouge, tendue et fluctuante. J'en fis l'ouverture et en extrayai une grande quantité de caillots sanguins, jaunes noirâtres. L'enveloppe de la tumeur était attachée tout autour aux parois du bassin par des adhérences molles que je rompis facilement et la poche entière fut extirpée. Il me fut impossible de constater l'état des annexes qui n'apparurent à aucun moment dans le champ opératoire, mais les symptômes cliniques me firent croire à l'existence d'un avortement tubaire dans la trompe gauche et aboutissant à la formation d'un large hématocele.

Dans le mois de février 1900, c'est-à-dire cinq ans plus tard, je revis cette malade. Régliée tous les mois pendant six ou sept jours modérément et sans douleurs, elle s'était comparativement bien portée depuis l'opération. L'automne précédent, toutefois, elle avait éprouvé un retard de six semaines ; les règles revinrent ensuite mais irrégulièrement, n'apparaissant que toutes les six ou sept semaines. Le 15 janvier elle fut réglée pour la dernière fois. En février elle eut un retard de plusieurs jours, puis les règles reparurent et le 26 elle fut prise de violentes douleurs abdominales, accompagnées de vomissements et de syncopes. Je la vis le 27 et la trouvai la figure pâle, le pouls rapide et en proie à de vives douleurs dans l'abdomen dont l'exploration fut difficile à cause de l'exquise sensibilité. A l'examen vaginal, je constatai la présence d'une tumeur semi-fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas et je fis conduire la malade à l'hôpital St-Luc où je pratiquai la laparotomie. Je trouvai l'épiploon adhérent à une large masse fluctuante située au fond du bassin du côté droit. En détachant l'épiploon, la poche se ruptura découvrant entre l'utérus et la masse intestinale une longue cavité d'où s'échappèrent de nombreux caillots sanguins qui furent soigneusement enlevés. L'hématocele était borné en avant par la surface postérieure de l'utérus ; en arrière par les intestins. A droite l'appendice était adhérent à la partie postérieure de la tumeur ; à gauche, le sac fœtal ram-

paît sous les annexes du côté opposé, qui apparurent augmentées de volume et contenait un kyste parovarien, de la grosseur d'une prune, auquel la trompe intacte adhérait intimement. La trompe droite était soudée à l'ovaire, rupturée, et tellement altérée qu'il me fut très difficile de reconnaître ses relations anatomiques.

\* \* \*

La récurrence de la grossesse extra-utérine est plus fréquente qu'on ne serait porté à se l'imaginer. Ce fait rendu indiscutable aujourd'hui par le nombre d'observations citées dans ces dernières années nous conduit naturellement à rechercher quelles peuvent être les causes de cette erreur de lieu de l'œuf fécondé.

Quelle est la condition analogue qui joue le rôle de cause d'ectopie dans les deux trompes, se demande Kustner ?

Cette répétition des mêmes accidents serait-elle due à une prédisposition congénitale ou acquise dont seraient affectées les deux trompes successivement atteintes, un arrêt de développement bi-latéral gênant la progression de l'œuf vers l'utérus et l'arrêtant dans une des sinuosités infantiles de l'oviducte, selon l'hypothèse de Freund ?

La deuxième grossesse tubaire ne pourrait-elle pas être causée par les modifications entraînées par la première opération ? Ou bien enfin, ne serait-il pas possible qu'à la suite d'une grossesse utérine antérieure il ne se soit produit des altérations inflammatoires péri ou endosalpingiennes, gênant la progression de l'œuf et rendant apte à l'ectopie un appareil qui jusque là, lorsqu'il était sollicité de loger un œuf fécondé, le logeait en bon lieu ?

Les docteurs Varnier et Sens, dans un travail très consciencieux publié en mars 1901, dans les Annales de Gynécologie, se sont posés ces différents problèmes sans leur donner une solution satisfaisante.

Il est évident que le degré d'intégrité de la trompe qui devra devenir le siège de la récurrence joue un rôle important dans cette question d'étiologie et l'hypothèse d'altération préalable des annexes comme cause prédisposante de grossesse ectopique est absolument séduisante. Des trois cas que je viens de citer, les deux derniers offrent ces conditions d'une manière indiscutable, mais dans l'autre, j'ai pu clairement constater, lors de la première opération, l'intégrité parfaite des annexes du côté opposé. Il est vrai qu'à cette affirmation Duhressen répondra que la trompe ultérieurement gravide peut paraître normale à l'examen macroscopique et offrir pourtant sous le champ du microscope les signes manifestes d'une salpingite catharrhale chronique. D'accord, je ne discute pas, mais je me crois autorisé à tirer de ces diverses opinions les conclusions suivantes :

Puisque la grossesse extra-utérine est toujours un accident sérieux pour la femme qui en est atteinte : puisque la récurrence est reconnue comme relativement fréquente, puisqu'il est impossible de constater de "visu"

l'intégrité de la trompe qui, apparemment saine, peut être néanmoins le siège d'une endo salpingite, condition reconnue favorable à la production de la grossesse ectopique, le chirurgien ne fera qu'obéir aux règles de la prudence, dans le cours d'une opération pour grossesse extra-utérine, en enlevant en même temps les annexes du côté opposé : c'est un moyen radical et efficace de conjurer les dangers que peut réserver l'avenir : quand on ne peut délier le nœuf gordien, on le coupe.

Il me semble entendre les récriminations que ces remarques ne manqueront pas de provoquer de la part des chirurgiens ultra conservateurs, mais je demanderai à ces derniers pourquoi ils veulent, en chirurgie, imiter ceux qui en d'autres lieux, se montrent, comme on dit vulgairement, plus catholiques que le Pape ? Je sais bien que nous pouvons nous trouver placés dans des circonstances exceptionnelles où les parties intéressées sont prêtes à courir tous les risques pour conserver l'espérance d'une progéniture possible ; nous serions alors coupables de ne pas nous rendre à leur légitime désir. — Mais dans le cas contraire — qui, vous l'avouerez, est celui qui se présente le plus souvent —, c'est faire preuve d'un zèle dont l'opportunité est certes bien discutable que d'exposer une pauvre femme à des dangers qui peuvent lui coûter la vie, au nom d'une philosophie plus ou moins orthodoxe.

Puisqu'il est question d'orthodoxie et du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, me sera-t-il permis de vous demander dans quelle situation le chirurgien catholique se trouve placé vis-vis les enseignements de la théologie au moment où, armé du couteau, il va ouvrir le ventre de la mère, détacher délibérément et faire mourir le fœtus souvent vivant et dont l'âme est unie au corps dès le moment de la conception ?

Messieurs, dans un autre milieu, je n'oserais peut-être pas formuler cette question qui ne manquerait pas d'être accueillie par des haussements d'épaule et des sourires de pitié causés par la prétendue naïveté de mes scrupules extra-archaïques, mais malgré les merveilleuses découvertes qui, sur le seuil de ce vingtième siècle, semble justifier la philosophie contemporaine de se permettre toutes les audaces, il existe peut être un certain nombre d'arrières qui, comme moi, ont conservé quelque respect pour les vieilles chansons qui pendant si longtemps ont bercé les misères de l'humanité, c'est à ceux-là que je m'adresse.

Vous connaissez tous à quelles interminables discussions a donné lieu de tout temps la question de savoir quelle conduite devait tenir le médecin catholique en présence d'un cas de dystocie où les jours de la mère étaient menacés par un enfant vivant, refusant absolument d'entrer dans cette vallée de larmes d'une manière ordinaire et naturelle. Faut-il demeurer inactif, faire la craniotomie ou l'opération césarienne ? Or, pour nous catholiques, il ne saurait y avoir d'ambiguïté, le Saint Office s'étant chargé en 1884, de fixer d'une manière

péremptoire le devoir de l'accoucheur en pareille occurrence : " Arrangez-vous comme vous voudrez, mais si le fœtus est vivant, n'y touchez pas : le fœticide est défendu en toutes circonstances."

(A suivre)

#### Traitement de l'appendicite aigue — Indications et contre-indications de l'intervention

par M. le Docteur Fernand MONOD

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, ancien prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, Lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.

Ayant eu le privilège de suivre, presque au jour le jour ce qui a été dit, au cours de ces dernières années, tant à la Société de Chirurgie de Paris, qu'à l'Académie de Médecine, je voudrais résumer devant vous les indications et contre-indications que l'on peut formuler aujourd'hui en présence d'une appendicite aiguë. Mais je vous donne dès maintenant, rendez-vous au prochain congrès, car beaucoup d'entre vous, en apportant alors le résultat de leurs travaux et de leurs observations, aideront à faire la lumière, là, ou n'est encore, hélas, qu'obscurité.

Le premier fait qui semble se dégager nettement des discussions dont je vous parlais et en particulier de celle qui eut lieu à la Société de Chirurgie en 1899, est qu'en opérant dans les 12 à 48 premières heures, on a toutes chances d'enlever un appendice encore libre, de pratiquer une opération facile, pouvant être rapidement conduite, de supprimer le centre même d'où rayonne l'infection, et de mettre ainsi le malade à l'abri de la complication la plus redoutable : la péritonite généralisée d'emblée — cela veut-il dire qu'au premier cri de l'appendice, il faut ouvrir le ventre, d'après l'équation vraiment simpliste préconisée par quelques-uns savoir : appendicite toujours intervention.

Non certainement, car, ce faisant, on irait de propos délibéré au devant de bien cruels déboires. Je pense fermement par contre, qu'à l'heure actuelle, tout médecin devrait avoir gravé dans la mémoire le cri, presque le cri de guerre poussé par le professeur Dieulafoy à l'Académie : " *L'appendicite est une affection chirurgicale* " c'est-à-dire que, au premier soupçon d'appendicite, il faut qu'un chirurgien soit appelé sous les armes, prêt à intervenir aussitôt que l'on aura acquis la certitude absolue, qu'on se trouve bien en présence d'une appendicite, car le vrai danger de ces opérations immédiates est l'erreur de diagnostic toujours possible, au début si facile et dont plus d'un exemple a été rapporté.

S'il y a doute il ne doit pas être en faveur d'une intervention, il faut savoir entendre. Sur ce point l'accord est quasi unanime :

La science, malheureusement, ne procède pas par

équations, et si nous pouvons retenir, cette formule : *appendicite certaine diagnostiquée dans les 48 premières heures = intervention*, nous ne devons la retenir que comme une formule générale, s'adressant à la majorité des cas, en nous souvenant que dans certains d'entre eux il sera plus sage de s'abstenir, soit que nous nous trouvions en présence d'une de ces crises appendiculaires, très légères, ces coliques de l'appendice dont parle Talamon, et qui ne se révèlent que par un seul symptôme : la douleur, soit au contraire que nous nous trouvions en présence d'une de ces formes encore mal connues ou l'appendicite, infection localisée, disparaît devant l'infection générale de l'individu.

Dans le premier cas, en effet, rien ne presse, car l'infection n'est pas encore née, ce n'est qu'un appendice qui demande à se débarrasser soit d'une sécrétion trop abondante, soit d'un calcul qui se forme, ou à se délivrer d'une bride qui le coude, qui le maintient anormalement situé. Mais j'avoue ne pas comprendre ceux qui demandent à entendre sa plainte plusieurs fois avant de répondre à son appel, et il faut être bien certain qu'il ne s'agit que d'une simple contracture appendiculaire pour refuser le bénéfice d'une intervention au premier éveil de ce qui pourra être, du jour au lendemain, la plus foudroyante des affections. Donc il n'est pas nécessaire, en présence d'une simple colique appendiculaire d'opérer en toute hâte ; il est certain au contraire qu'il est plus sage d'attendre la fin de la crise et de n'opérer qu'à froid, si le pouls reste bon, s'il n'y a pas d'élévation de la température, si la défense de la paroi n'est pas trop grande,

Mais il y a des cas où l'on se trouve en présence d'une de ces formes encore mal connues où l'appendicite n'est que " l'expression d'une infection générale pouvant coïncider avec d'autres manifestations gastro-intestinales ou hépatiques, " l'appendice dans ces cas réagissant comme organe de défense en cherchant à localiser l'infection. Pour lutter contre l'infection, l'organisme fait appel à tous ses défenseurs, au foie qu'il arrête les toxines, au rein qui les élimine, au système nerveux dont le rôle, pour être encore mal connu, n'en est pas moins certainement très grand, on peut donc se demander si dans certains cas, et si dans ces cas en particulier, l'action du chloroforme, le traumatisme opératoire n'ont pas pour premier effet de troubler les efforts que fait la nature pour se débarrasser des agents infectieux, de détruire l'équilibre fonctionnel normal de ces défenseurs de l'organisme, de les mettre en infériorité manifeste dans la lutte contre l'infection pour un temps relativement court, soit, mais suffisant pour rendre la lutte non seulement inégale, mais impossible.

On m'accordera donc si l'on accepte cette manière de voir que dans des cas semblables il vaudrait mieux attendre. Malheureusement ces cas sont encore mal connus et, à l'heure actuelle, il est très difficile de les dépister dès le début. J'appelle spécialement votre at-

tention sur ce point, afin que, par vos observations, vous aidiez à établir les signes qui permettront de les reconnaître.

S'il est relativement aisé d'affirmer la meilleure conduite à tenir durant les 24 ou 48 premières heures, il n'en est malheureusement plus ainsi si l'on se trouve appelé au 3e ou au 4e jour d'une appendicite aiguë en évolution, alors que, sur le point de prendre un parti, elle va ou se généraliser, ou, faisant un pas vers la guérison, s'enkyster.

C'est, il faut bien le reconnaître, un cas fréquent, soit que le médecin non encore convaincu que le temps presse ait délibérément pris le parti de temporiser, soit que la famille encore moins éclairée n'ait pas cru devoir appeler le médecin plus tôt. Nombreuses sont les inconnues que l'on a en pareil cas à résoudre : diversité et variabilité, dans sa virulence, de la flore bactérienne appendiculaire, susceptibilité incertaine de la séreuse péritonéale, qui, tantôt défendant le terrain pied à pied, construit comme autant de barrières ses adhérences protectrices, tantôt vaincue sans avoir même lutté se laisse envahir dans toute son étendue avec une foudroyante rapidité, résistance différente enfin de l'organisme suivant qu'il possède ou non pour livrer bataille des organes en équilibre fonctionnel normal. C'est sur ce point que nous trouvons les chirurgiens français divisés en deux camps nettement tranchés, les interventionnistes et les abstentionnistes, les radicaux et les opportunistes comme ils se sont appelés eux-mêmes.

Opérez, opérez toujours disent les premiers ; nous n'avons jamais regretté d'avoir opéré trop tôt, et nous savons trop le long martyrologe des victimes de la temporisation.

En présence d'une appendicite aiguë devant laquelle le péritoine n'accuse aucune défaillance, sachez prendre la responsabilité de la laisser refroidir disent les abstentionnistes.

Messieurs, permettez-moi de vous présenter sans commentaires, les raisons qui militent en faveur de l'une et de l'autre de ces opinions, en commençant par plaider devant vous la cause des interventionnistes.

Leur premier argument est qu'on ne peut, par le traitement médical, conduire à son gré la marche d'une appendicite, ce traitement pouvant atténuer l'élément douleur, mais ne pouvant en aucune façon atténuer la gravité du processus lui-même : partant, devant l'incertitude absolue ou l'on se trouve du résultat que donnera l'expectation, l'opération immédiate présente une gravité moindre, une moindre somme d'aléas. D'autre part, même en admettant que le traitement médical ait conduit l'appendicite à la veille d'une guérison définitive, il est des cas encore trop nombreux où brusquement le malade que l'on croyait guéri est tué par une reprise foudroyante de la maladie. En opérant enfin, on trouve presque toujours des lésions graves de l'appendice et même du péritoine, lésions nullement en rapport avec la

bénignité des signes observés, tant l'appendicite est une affection essentiellement traîtresse dans ses allures.

La localisation, l'enkystement de l'abcès qui, pour les temporisateurs, apparaît comme un pas fait par l'appendicite vers la guérison, est pour les interventionnistes une éventualité comportant de si graves probabilités qu'il vaut mieux prévenir cette localisation par une intervention hâtive que de chercher à la favoriser par un traitement d'attente ; car rien ne prouve en effet que cette localisation sera unique, qu'à côté de l'abcès type de la fosse iliaque droite, il ne s'en formera pas un autre, à gauche par exemple, ou sous-hépatique, ou sous-phrénique ou pelvien, lequel évoluera et tuera le malade à un moment donné.

L'abcès, s'il se forme, pourra se localiser profondément au milieu même des anses intestinales, sans réaction générale ou locale, en quelque sorte à froid et d'autant plus dangereux qu'il sera plus silencieux. Enfin il est très difficile de dire si le gâteau péritonéal qui, pour les abstentionnistes est signe de localisation et invite à la temporisation, ne cache pas sous ses anses intestinales agglutinées et ses adhérences protectrices un très gros abcès qui évolue silencieusement — on s'accorde bien à dire qu'il faut marcher au pas, mais là est précisément la difficulté, car souvent dans l'appendicite la suppuration se fait, s'enkyste, et se rompt sans prévenir à aucun moment de son évolution — or la rupture d'un abcès dans l'intestin pouvait être envisagée comme un moyen de guérison acceptable il y a 20 ans, mais n'est plus de mise de nos jours et la rupture dans la grande cavité est d'autant plus grave qu'elle se fera à une époque plus tardive. La mortalité dans les cas de de péritonite généralisée au 7. 8. 9e jour est effroyable, qu'on opère ou non.

Reste un dernier argument : en admettant même le succès de la temporisation, celle-ci entraîne une perte de temps se chiffrant toujours par semaines et même par mois ce qui est à considérer dans bien des cas.

A ce réquisitoire les abstentionnistes répondent que " lorsqu'une appendicite a été correctement traitée dès son début, l'opération est bien rarement nécessaire pendant l'évolution des accidents aigus " que, par conséquent, il est faux de dire que le traitement médical n'a d'influence que sur l'élément douleur. D'autre part il est certain que " l'examen attentif du malade permet de se rendre compte de l'évolution de la maladie, la localisation des accidents se traduisant par des signes cliniques suffisamment précis pour qu'on puisse espérer ne pas se laisser surprendre par des complications irrémédiables. " Le traitement médical doit donc être considéré non comme un traitement définitif mais comme un traitement d'épreuve.

" Le fait qu'on découvre, en opérant, l'appendice gangrené ou perforé, un abcès circonscrit au centre d'un volumineux empâtement, le fait même qu'il y a du liqui-

de un peu louche dans une partie de la cavité abdominale ne prouve pas du tout que le malade n'aurait pu guérir sans intervention : la phagocytose péritonéale est d'une activité extrême, et les moyens de défense de l'organisme sont puissants, quand on ne les contrarie pas. "

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

**Les selles des tuberculeux ne sont pas moins dangereuses que leurs crachats**

par MM. les Drs ANGLADE et CHOCREAU

(Suite)

#### II. LA VIRULENCE DU BACILLE DANS LES SELLES

— Il ne nous a pas suffi de constater la présence du bacille de Koch dans les selles des tuberculeux de toutes les catégories ; nous avons tenu à mesurer sa virulence.

En inoculant au cobaye  $\frac{1}{2}$  centimètre cube de matière fécale tuberculeuse, même très diluée, on s'expose à voir l'animal succomber, en moins de quarante-huit heures, à la septicémie. Le fait s'est souvent produit au cours de nos expériences. En exagérant la dilution, on arrive néanmoins à éviter la mort immédiate. En ce cas, toujours les animaux inoculés sous la peau, avec un  $\frac{1}{2}$  centimètre cube d'eau, seulement mise en contact avec de la matière fécale d'un tuberculeux, sacrifiés du vingt-huitième au trentième jour après l'inoculation, ont été reconnus tuberculeux après vérification microscopique de leurs organes.

Donc, toutes les fois que la matière fécale d'un tuberculeux ne tue pas le cobaye en quarante-huit heures, elle le tuberculise.

Cela résulte rigoureusement de nos expériences. Si nous nous en étions tenus là, on aurait pu nous objecter que les bacilles reconnus virulents, provenaient peut-être des portions inférieures du tube digestif ulcéré, et que nos expériences prouvent seulement la virulence de ces bacilles, à l'exclusion de ceux qui, ayant parcouru le tube tout entier, doivent être tués par les sucs gastrique, hépatique, pancréatique ou intestinal. Une expérience va nous prouver, entre autres choses, que ceux-là mêmes sont virulents.

La matière fécale bacillifère d'un tuberculeux, qui ne semble pas avoir des ulcérations intestinales, est étalée sur un linge et mise à sécher du 22 février au 15 mars.

Pendant ce temps, le malade dont elle provenait succombe ; l'autopsie prouve que son intestin est idem-

ne d'ulcérations. La poussière de cette matière fécale soumise à la dessiccation pendant 21 jours, est secouée sur une grande quantité d'eau, dont  $\frac{1}{2}$  centimètre cube injecté sous la peau d'un cobaye le tuberculise profondément en moins de 25 jours.

Donc, les bacilles qui ont parcouru l'appareil digestif tout entier sont virulents à leur sortie, et le demeurent au sein des matières fécales desséchées pendant au moins vingt et un jours. Voilà les faits. Quiconque voudra bien s'en donner la peine les pourra aisément vérifier.

III. RECHERCHE DU BACILLE. — Il y a lieu de s'étonner que la recherche du Bacille de Koch dans les selles des tuberculeux n'ait été "qu'exceptionnellement" utilisée comme moyen d'investigation et de diagnostic. C'est, pour les cliniciens, se priver d'un renseignement très utile en présence de ces tuberculoses intestinales, infantiles, etc., dont la reconnaissance est parfois délicate; c'est pour les hygiénistes, s'exposer à méconnaître un des modes les plus importants d'élimination et de propagation du bacille de la tuberculose. On se demande aussi pourquoi cette recherche est considérée comme "difficile" par quelques-uns, "peu pratique" par quelques-autres? Pour vaincre toutes les hésitations à cet égard, il suffira de rappeler la technique que nous avons exposée ailleurs. Étaler sur une lame une parcelle de matière fécale diluée; sécher à l'air libre; fixer en lavant au chloroforme; Ziehl à chaud jusqu'à dégagement de vapeurs; décolorer par l'alcool chlorhydrique; laver; bleu de méthylène; laver; éclaircir à l'alcool-xylo.

La récolte sur lames peut se faire, promptement auprès du malade et la coloration est simple.

Il est bien entendu que l'inoculation au cobaye est, ici encore, le plus précieux des moyens de contrôle.

IV. LES CONSEQUENCES. — S'il est vrai que le bacille de Koch s'élimine exclusivement par les selles chez la plupart des aliénés et chez les enfants tuberculeux; à la fois par les expectorations et par les déjections chez les autres; s'il est vrai, d'autre part, que le bacille, véhiculé par les selles garde sa virulence, il est évident que les tuberculeux de toutes les catégories ne sont pas, somme toute, moins dangereux par leurs selles que par leurs crachats. C'est la conclusion à laquelle nous arrivons logiquement.

Il y aurait d'autres enseignements à puiser dans les faits que nous venons d'exposer.

Ils nous montrent, et nous l'avons fait remarquer chemin faisant, que le bacille peut traverser le tube digestif sans y rien perdre de sa virulence. Promené dans l'intestin des sujets sains, il peut, chez l'adulte, comme chez l'enfant, profiter du plus léger entre-baillement d'une porte dans l'épithélium intestinal, et cela arrive. Nous avons récemment rencontré de la tuberculose exclusivement méésentérique chez un aliéné qui

avait l'habitude de déglutir des fragments de granit. C'est eux qui vraisemblablement ont ouvert la porte au bacille accidentellement introduit dans l'intestin. Il n'est pas bien certain d'ailleurs que le milieu intestinal soit un ennemi pour le bacille de Koch. On a dit que l'intestin est le "paradis" des microbes; mais le bacille de Koch en serait exclu surtout parce qu'il lui faut séjourner dans un milieu pour y coloniser. Nous ne prétendons aucunement affirmer que le bacille de Koch colonise dans l'intestin en dehors des ulcérations intestinales. Dans les selles de quelques tuberculeux ordinairement constipés, on rencontre pourtant des amas de bacilles courts et fins qui rappellent les cultures. Nous nous bornons à signaler cette constatation sans en exagérer l'importance.

Laissant de côté les considérations étrangères au but spécial de cet article, arrivons aux conséquences prophylactiques de la constatation de bacille virulents dans les selles des tuberculeux.

Les hygiénistes ont déclaré et font chaque jour une guerre acharnée aux crachats des phthisiques. Il n'est pas question de modérer cette ardeur louable et de tous points légitime. Nous voulons seulement dire que le bacille de Koch trouve dans les selles, aussi bien que dans les crachats, un moyen de se propager.

Et il est incontestable que ce moyen lui réussit. Les selles des tuberculeux ne sont ni surveillées ni désinfectées, même dans les milieux où l'on se préoccupe le plus d'assurer la prophylaxie de la tuberculose. Est-il besoin d'énumérer les diverses manières dont un tuberculeux peut disséminer les bacilles contenus dans ses selles? Tous les malades, sans exception, risquent de souiller leur literie, les objets de toilette, leurs mains, etc., et quelques-uns comme les enfants, les aliénés, etc., souillent tout et à tout moment. La matière fécale desséchée devient une poussière virulente. L'eau contaminée garde sa virulence; nous l'avons constaté après d'autres expérimentateurs (Galtier). Il serait superflu d'insister sur des dangers qui sont évidents avec cette circonstance aggravante qu'ils sont particulièrement difficiles à éviter.

Dans notre service, nous avons assisté à des faits indubitables de contamination par des selles dont cependant nous connaissions la virulence et dont nous avions prescrit la surveillance et la désinfection. Est-ce à dire que ces dangers ne puissent être conjurés? Non, sans doute. La mesure vraiment efficace sera, dans les milieux hospitaliers surtout, l'isolement des tuberculeux, la surveillance et la désinfection rigoureuse de toutes leurs excréctions, y compris les déjections intestinales. Mais à tous et partout, il faudra inspirer, en même temps que la crainte des crachats, la crainte des matières fécales des tuberculeux.

(La Presse médicale.)



### Contribution au traitement médicamenteux de la tuberculose

Il paraît presque inutile et superflu, dans l'état actuel des choses, de parler du traitement médicamenteux de la tuberculose. Le régime hygiénique et diététique, celui des sanatoria surtout, a une importance capitale, universellement reconnue ; ses trois grands principes sont : le séjour au grand air, une alimentation animale abondante, le repos.

Néanmoins, on ne peut méconnaître les bons effets de médicaments, et il ne faut pas oublier ce mode thérapeutique dans le cas particulier. Les préparations pharmaceutiques, qui ont permis d'obtenir les meilleurs résultats, sont, dit le docteur de Renzi, l'*Ichthyol*, l'*Ichtoforme* et le *salicylate de soude*. (*Berl. Klin. Woch.*, No 19, 1902).

L'*Ichthyol*, ou mieux les préparations ichthyolées, prennent une place importante dans la thérapeutique moderne ; leurs effets bienfaisants dans la tuberculose ont été consignés dans des travaux français, allemands, russes et italiens, et de Renzi nous fait connaître les résultats qu'il en a obtenus dans sa clinique, à Naples.

L'*Ichthyol* fut mis en expérience surtout dans les cas très graves ; son principal fut de diminuer le catarrhe bronchique : les sécrétions expectorées diminuèrent, et les bruits de râle devinrent moins nombreux dans la poitrine. En même temps, le poids du corps augmenta, l'état général s'améliora ; ce ne fut pas là un résultat d'ordre purement suggestif, car, loin de ne persister que les premiers jours de l'administration du médicament, il se manifesta et devint de plus en plus évident, tant que l'*Ichthyol* fut prescrit. (Cette substance a le grand avantage de pouvoir être ingérée très longtemps par les malades, sans qu'il se produise le moindre signe d'intolérance ou d'accumulation.)

Cette augmentation de poids, traduisant une amélioration des échanges nutritifs, s'accompagna d'une élévation de la pression artérielle, qui indiquait un meilleur état de l'appareil cardio-vasculaire. L'influence du médicament sur la fièvre et l'expectoration bacillaire n'apparut que très lentement, si bien que chez un malade, qui présentait tous les signes d'une guérison complète, on trouvait encore des bacilles tuberculeux dans l'expectoration matutinale.

L'*Ichthyol* peut aussi être employé chez les malades qui présentent des hémoptysies, ou seulement des tendances aux hémoptysies, car il est vaso-constricteur. Il doit remplacer dans les cas graves la créosote, si celle-ci n'est pas tolérée.

D'après son expérience, Renzi estime que, pour obtenir de bons résultats, il faut donner l'*Ichthyol* pendant longtemps et à forte dose. Une solution d'*Ichthyol* est préférable à des capsules ou à des pilules : néanmoins il faut savoir dissimuler le mauvais goût de ce médicament. Après quelques essais, l'au-

teur s'est arrêté à la formule suivante :

Ichthyol'ammoniacal.....	25 grammes
Elixir simple (pharmacopée américaine) .....	160 grammes
Eau distillée.....	60 grammes

ou encore :

Ichthyol ammoniacal.....	25 grammes
Eau distillée.....	} à 60 grammes
Alcool rectifié (80o).....	
Sirop de citron.....	} à 50 grammes
Sirop écorces oranges.....	

Une cuillerée à café dans un verre d'eau, une ou plusieurs fois par jour.

Voici d'ailleurs de quelle façon on règle la cure : La première semaine on verse une cuillerée de cette solution dans un verre d'eau, qu'on absorbe par moitié le matin et le soir. La deuxième semaine, deux cuillerées dans deux verres d'eau, en quatre doses, et ainsi de suite. La plus forte dose était de huit à dix cuillerées à café, c'est-à-dire environ 8 grammes par jour. Chez les malades de constitution robuste on augmente la dose tous les trois jours.

Une solution d'*Ichthyol*, que les malades préfèrent encore est la suivante :

Ichthyol.....	10 grammes
Eau de menthe poivrée.....	80 grammes
Sirop simple.....	20 grammes

Une cuillerée à café dans un verre d'eau ; à boire en deux fois.

Renzi a même donné jusqu'à 10 et 11 grammes d'*Ichthyol* par jour, en augmentant chaque fois de deux cuillerées. Ces fortes doses ont été bien supportées par les malades, L'auteur a également obtenu de bons résultats de l'*Ichthyol* en inhalations

L'*Ichtoforme* est un produit récent et encore peu connu. Il résulte de l'action de la formaldehyde sur l'*Ichthyol*, et se présentent sous la forme d'une poudre brun-foncé, qui serait préférable à l'*Ichthyol*, puisqu'elle n'a ni saveur, ni odeur mais qui est plus difficile à employer dans la pratique courante, en raison de son insolubilité. On l'emploie surtout dans les entérites tuberculeuses, pour ce qui est de la question que nous traitons.

L'*Ichtoforme* se donne sans aucun inconvénient à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes, par prises de 10 à 20 centigramme. Il semble avoir une influence heureuse sur les processus entériques de nature tuberculeuse. Il diminue les productions de gaz, les douleurs intestinales, les évacuations diarrhéiques, et par suite améliore l'appétit, augmente l'assimilation.

Le salicylate de soude est spécialement employé contre la fièvre des tuberculeux ; mais auparavant il

faut s'assurer qu'il peut être administré sans inconvénients pour les forces et les reins.

L'auteur se servit de ce médicament pour les malades de sa clinique, et pour ceux de sa clientèle privée. A peu d'exceptions près, la température maxima, qui était de 39 ou 40° auparavant, tomba à près de 37° ; et la température moyenne, qui était de 38, ne fut plus que de 37°. Pendant cette apyrexie, due à l'action efficace du salicylate de soude, les injections de tuberculine restèrent incapables de produire une réaction dans l'organisme.

Dans les cas exceptionnels, où l'on n'obtint aucun résultat, il y eut à noter des complications particulières de la maladie. Dans les premiers temps de la cure au salicylate de soude, la température s'abaisse, ou atteint sa valeur normale ; néanmoins si on supprime brusquement le médicament, la fièvre reprend avec la même intensité ; aussi faut-il toujours entreprendre un traitement, qui doit durer plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois, pour obtenir une chute définitive de la température, et éviter une rechute au moment où l'on cesse le médicament.

D'une façon moyenne, l'auteur donna contre la fièvre une dose journalière de quatre à six grammes de salicylate de soude ; il a pu éviter les accidents d'intolérance, en faisant boire au malade après chaque paquet d'un gramme 200 à 300 grammes d'eau. On lutterait ainsi contre les effets de la vaso-dilatation périphérique, consécutive à l'ingestion du médicament, et on parerait à la dépression cardiaque, peut-être même à l'altération rénale. Lorsqu'il s'agissait d'une fièvre particulièrement intense, et rebelle on donna exceptionnellement des doses quotidiennes de 8 à 10 grammes. La pression cardio-vasculaire, régulièrement mesurée avec le sphygmomanomètre de Riva-Rocci, ne changea pas durant l'administration de doses ne dépassant pas quatre ou cinq grammes ; on dénota une certaine diminution de la pression artérielle (10 à 12 mm. de mercure) avec l'ingestion de fortes doses de salicylate,

Comme conclusion de son travail, Renzi estime qu'il y a grand intérêt à employer l'ichthyol, l'ichtioforme, et le salicylate de soude dans le traitement de la tuberculose.

(Le concours médical.)

**De l'emploi du plasmon chez les tuberculeux**

Observations recueillies à la Maison départementale de Nanterre, dans le service du docteur SAPELIER, par M. DUROISEL, Interne du service

OBSERVATION I. — Tuberculose pulmonaire ; laryngite tuberculeuse. — B..., Jean, 49 ans, ancien terrassier, entré à la maison de Nanterre en 1902, obligé

d'abandonner son métier par suite d'accidents pulmonaires : toux, dyspnée qui ont débuté il y a 4 ans. Hémoptysies abondantes, sueurs nocturnes, expectoration mousseuse et liquide. Extinction de voix persistante. Signes physiques d'une tuberculose des deux sommets arrivée à la troisième période.

Percussion ; bruit de pot fêlé dans les fosses sus-épineuses. Submatité dans toute la hauteur en arrière.

Auscultation : En arrière : fosses sus-épineuses, souffle caverneux. Craquement dans toute la hauteur. Gargouillement des deux côtés en avant sous la clavicle.

Le malade a une inappétence absolue qui l'empêche d'absorber des aliments solides, de sorte qu'il est mis au régime lacté, pas de vomissements, ni de diarrhée.

A son entrée le 10 janvier. 50 kilos 500  
Plasmon jusqu'au 1 février. 50 kilos

Le malade continuant à ne prendre que du lait pendant cette période, il reçoit simplement en plus de son lait deux cuillerées à café de Plasmon. A partir du premier février, on supprime le Plasmon et le 1er mars le poids retombe à 50 kilos.

OBSERVATION II. — Tuberculose pulmonaire ; laryngite tuberculeuse ; pleurésie tuberculeuse avec épanchement à gauche. — M..., Pierre, 57 ans, vidangeur. Entré le 29 novembre 1901. Accidents tuberculeux multiples. Ostéite du fémur droit en 1898 ; tumeur blanche du coude droit, résection en 1899. La même année poussée d'épididymite tuberculeuse, castraliôn à gauche.

En 1900, poussée pulmonaire, hémoptysies abondantes. Entré à l'infirmerie le 29 novembre 1901, on note un épanchement pleural à gauche, diminution de murmure vésiculaire dans toute la hauteur. Craquements secs disséminés. Matité des deux sommets. Plasmon du 1er janvier au 28.

Le 1er janvier..... 63 kilos

Le 1er février..... 63 kilos

Pas de changement

On cesse le Plasmon, diminution rapide : le 1er mars : 53 kilos.

(Le malade, pendant cette période, est soumis au régime lacté à cause de la fièvre : 38° 38°5. Inappétence absolue).

OBSERVATION III. — Bronchite tuberculeuse. — B..., Louis, 37 ans, interprète. Il tousse depuis très longtemps, s'améliore pendant l'été, mais pendant chaque hiver il subit une poussée aiguë, c'est pour cela qu'il entre à l'infirmerie le 27 décembre 1901.

A l'auscultation, on perçoit les râles musicaux de bronchite intense, les fins prédominant, dénotant surtout l'infection des petites bronches.

A la percusion, submatité des deux sommets.

On soumet le malade au premier degré au vin et au plasmon du 1er janvier au 1er février.

Le 1er janvier..... 53 kilos 500

Le 1er février..... 53 kilos

Amélioration notable de la bronchite. Les crachats contiennent les bacilles de Koch.

OBSERVATION IV. — *Tuberculose pulmonaire (deuxième degré)*. — L..., René, 41 ans.

Crachements secs aux deux sommets ; submatité des deux côtés ; crachats nummulaires caractéristiques.

Du 1er janvier au 1er février, il reçoit le 1er degré vin et deux cuillerées à café de Plasmon par jour.

Le 1er janvier..... 62 kilos

Le 1er février..... 64 kilos

OBSERVATION V. — *Tuberculose pulmonaire (deuxième degré)*. — D... Albert, 31 ans.

Anciennes hémoptysies ; expectoration puriforme abondante ; matité des deux sommets ; râles sous-crépitants.

1er janvier, premier degré vin avec côtelette. Il pèse à cette époque 43 kilos.

Il reçoit, en plus, jusqu'au 1er février, deux cuillerées à café de Plasmon par jour.

Le 1er février..... 44 kilos

OBSERVATION VI. — *Adénite tuberculeuse cervicale ; énorme hypertrophie et induration de tous les ganglions du cou ; tuberculose pulmonaire*. — A... Marinette, 20 ans. Accouchée récemment à la Maternité de Saint-Antoine. Mauvais état général ; toux sèche, submatité et diminution du murmure vésiculaire des deux sommets ; inappétence absolue.

Reçoit d'abord le régime maigre avec le Plasmon. Le 1er janvier, l'appétit renaît et on lui accorde bientôt le degré vin.

Le 1er janvier..... 48 kilos

Le 1er février..... 55 kilos

Le 12 février..... 56 kilos

Diminution de la toux ; état général très amélioré à la sortie.

#### CONCLUSIONS

Bien que nos observations soient peu nombreuses, elles démontrent nettement que le Plasmon est un aliment de premier ordre.

1° Chez les tuberculeux, qui, pour une raison quelconque (inappétence, intolérance gastrique, entérite bacillaire, albuminurie) ne peuvent absorber une quantité suffisante d'aliments solides ; le fait d'ajouter au régime lacté deux cuillerées à café de Plasmon par jour maintient le malade au même poids et même peut suffire à le faire augmenter notablement (Observation I et II.)

A partir de la suppression du Plasmon, la diminution de poids peut être très notable. (Observation I et II).

2° Chez les malades dont le tube digestif fonctionne encore bien et qui reçoivent, en plus de leur nourriture, une quantité suffisante quotidienne de Plasmon, l'augmentation de poids est rapide et l'état général s'améliore notablement. (Observations IV et VI.)

(*Journ. de méd. de Paris.*)

## Coq-a-l'ane médicaux

*La cocaïne*. — Le Dr Wingrave (*Lancet*) fait remarquer qu'une solution de cocaïne à 5 % et de sulfate de soude à 2 %, produit l'anesthésie plus rapidement que la cocaïne seule et le degré est aussi profond qu'avec des solutions beaucoup plus fortes.

*La gastroptose et l'entéroptose*. — Le docteur A. Rose, de New-York, et le docteur H. W. Lincoln, de Brocklyn, ont suggéré et ont employé avec d'excellents résultats les bandelettes de diachylon imbriquées pour comprimer le ventre et la région gastrique.

*Proéminence pisiforme*. — Les docteurs H. Koplick et J. Lichtenstein, de New-York, viennent d'attirer l'attention sur un signe nouveau qu'ils ont observé chez les crétins, les idiots et des enfants dégénérés. C'est une proéminence au-dessus de l'os pisiforme, qui semble due à l'hypertrophie des muscles qui s'attachent à cet os. Ils n'ont jamais retrouvé, jusqu'à présent, ce stigmate de dégénérescence chez des enfants parfaitement normaux. (*Arch. of Pediat.*)

#### Utilité d'une hernie.

Diophon passe toujours l'oncle,  
Sans avoir besoin de bateau ;  
De ses boyaux la boule ronde  
Porte son âne et son fardeau.  
Grâce à l'ampleur de sa hernie,  
Il ne se noyera de sa vie.  
Pour voile, il met sa chemise au vent :  
Tritons, vantez-vous maintenant.

(*Lucien.*)

*Impuissance et tabac*. — Le Dr. Le Juge, de Segrais dans un travail présenté à l'Académie de Médecine de Paris montre que les malades qui, à la suite de l'abus du tabac, étaient devenus impuissants, ont retrouvé la virilité en cessant complètement de fumer, et, par contre, que les malades qui n'ont pu se résoudre à abandonner leurs habitudes sont demeurés impuissants malgré les traite-

ments employés pour retrouver leurs génitales. (*Bull de l'Acad.*)

*De l'intercommunicabilité des tuberculoses bovine et humaine.*—Le docteur M. P. Ravenel, bactériologiste de State Live-stock Sanitary Board de Philadelphie, conclut ainsi un long et intéressant travail basé sur des expériences personnelles bien conduites et bien probantes. Les témoignages que nous avons sous les yeux nous obligent à conclure que la tuberculose humaine et la tuberculose bovine ne sont que des manifestations légèrement différentes d'une seule et même maladie et que ces maladies sont intercommunicable. La tuberculose bovine est donc une menace pour la vie humaine. Nous ne sommes pas en mesure de préciser positivement l'étendue de ce danger, mais qu'il existe réellement, nous ne pouvons le nier. Par le passé, il y a eu probablement de la tendance à l'exagération, mais quelque considérable qu'elle ait été elle ne justifie nullement des mesures qui pourraient amoindrir le risque, et ce serait une folie de nous laisser aveugler par elle. L'éradication de la tuberculose bovine est amplement justifiable au point de vue purement économique ; considérée au point de vue de la santé humaine, elle devient un devoir public. (*Penn. Med. Bull.*)

*De l'alkaptonurie.*—Bøedeker a trouvé la premier cas l'urine un corps qu'il a nommé alcaptone. C'est de la pyrocatechine ou de l'oxyphénol : d'où les termes pyrocatechinurie ou Brenzcatéchinurie. Cette substance se retrouve plus souvent dans les urines des enfants que dans celle des adultes et teint les couches en brun-foncé. C'est une substance azotée, jaune, résineuse que l'on croit due à la décomposition de la tyrosine dans les tissus plutôt que dans les voies digestives.

Les urines sont caractéristiques car elles sont incolores lorsqu'elles sont émises, mais exposées à l'air, elles prennent bientôt une teinte brun foncée. Ce changement s'opère plus rapidement si on ajoute de la potasse caustique et la coloration est plus prononcée de haut en bas. Cette teinte est due à la formation d'hydroquinone. L'alcaptone réduit la liqueur cuprique mais non celle de bismuth. Le perchlorure de fer donne une coloration verte.

Garrod (*The Lancet*), dit que l'alcaptonurie se voit entre frères et sœurs, mais ne se transmet pas d'une génération à l'autre. Elle a une tendance marquée à se produire chez les enfants de cousins germains. Elle peut persister durant toute la vie sans apparemment nuire à la santé. Elle apparaît souvent dès les premières heures de la vie.

*Le meilleur agent électoral.*—C'est le suspensoir : parce qu'il maintient les parties, empêche le ballottage et laisse passer le candidat. (*Witkowski.*)

*Nouveau stéthoscope.*—Le docteur Trousseau, de Marseille, vient de présenter à l'Académie de Médecine

un instrument qu'il nomme un *diéchoscope* destiné à utiliser l'audition biauriculaire pour la perception de deux sons différents. Cet instrument serait destiné à rendre de grands services aux cliniciens.

*L'arrosage pour abaisser la température.*—A la Polyclinic Hospital de Philadelphie on emploie le moyen suivant : qui se recommande par sa simplicité et par son efficacité : Une grande toile imperméable est placée sous le patient et la partie inférieure est pliée de façon à conduire l'eau dans un vase placé au pied du lit. La tête du lit est soulevée d'un pied environ. Le patient est recouvert d'un drap que l'on mouille avec un arrosoir ordinaire, contenant de l'eau à une température entre 60 et 70, ou à celle prescrite. Ce procédé évite au patient la crainte et la fatigue, de même que cette légère élévation de la température que l'on observe assez souvent à la suite du bain ou de l'usage de l'éponge. (*Amer. Med.*)

NIBB.

## FORMULAIRE

### POMMADE CONTRE LES CREVASSES DES MAINS

(Steffen.)

L'auteur recommande la pommade suivante, contre les crevasses des mains si fréquentes en hiver, surtout chez les travailleurs de la campagne.

Menthol.....	1 gr. 5
Salol.....	2 " 0
Huile d'olive.....	2 " 0
Lanoline.....	50 " 0

En onction deux fois par jour.

Les douleurs cessent rapidement la peau s'adoucit et les crevasses disparaissent promptement.

### CONTRE LA DIARRHÉE ESTIVALE

Chloroforme.....	3 partes
Ether sulfurique.....	2 —
Acide perchlorique.....	3 —
Teinture de chanvre indien.....	2 —
Sirap simple.....	20 —
Teinture de capsicum.....	3 —
Morphine.....	1 —
Acide cyanhydrique dilué.....	1 —
Essence de menthe poivrée.....	5 —

De 15 à vingt gouttes dans un peu d'eau.

### NOUVEAUX SUPPOSITOIRES

M. Crouzel avait proposé une nouvelle formule pour la préparation des *suppositoires*, dans lesquels doivent

entrer des substances difficilement miscibles, comme des solutions d'extraits. Cette formule était : lanoline anhydre, 3 parties, — paraffine, 1 partie.

Mais M. Dieudonné remarque que les points de fusion de la lanoline et de la paraffine sont trop élevés et que le suppositoire reste intact dans le rectum. Et il donne la formule :

Paraffine.....	1 partie
Lanoline anhydre.....	9 parties
Beurre de cacao.....	21 parties

comme fournissant une masse fusible à 35°, formant un mélange homogène avec les substances les plus diverses. Il recommande d'imbiber les parois du moules avec une solution alcoolique de savon, pour empêcher l'adhérence due à la présence de la lanoline.

---

### NOUVELLES.

---

#### NAISSANCES :—

A Sainte Agathe des Monts, le 26 Septembre dernier, l'épouse du Dr R. Dazé, un fils.

#### MARIAGE :—

—Notre estimable confrère M. le Dr U. Lamy de Sherbrooke a épousé la semaine dernière Mlle Marie-Louise Gadbois fille de M. Alfred Gadbois aussi de Sherbrooke. Nos félicitations.

#### NÉCROLOGIE :—

Toutes nos plus cordiales sympathies sont acquises à notre distingué confrère M. le docteur H. Hervieux, professeur à l'Université Laval et médecin de l'Hôtel-Dieu, qui vient d'avoir la douleur de perdre sa vénérée mère née Dame Virginie Lachaine Veuve de feu J. A. Hervieux en son vivant notaire à St Jérôme.

Mme Hervieux a succombé le 29 septembre dernier à l'âge béni de 62 ans. Les nombreuses offrandes déposées sur la tombe de la défunte et l'affluence aux obsèques indiquent en quelle haute estime on tenait la défunte.

Madame Hervieux était aussi une femme remarquable par son intelligence et par son caractère. C'était une femme vraiment chrétienne.

---

#### Congrès International de Gynecologie et d'Obstetrique

*Tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902*

Les lecteurs de "La Revue Médicale du Canada" liront avec intérêt la reproduction suivante adressée par

dépêche spéciale à notre excellent confrère de la "Presse Médicale" de Paris.

"La séance d'ouverture du Congrès international d'obstétrique et de gynécologie a eu le plus brillant éclat. Le choix du local était des plus heureux ; c'est, en effet, dans une des salles du Capitole magnifiquement décorée de marbres antiques, que se réunirent les congressistes guidés par des huissiers en costumes superbes dessinés par Michel-Ange ; à l'entrée de la salle, des gardes en grande tenue formaient la haie.

Après le discours du ministre de l'Instruction publique M. Nasi qui apporte aux congressistes le salut du roi, M. Palomba, au nom du maire de Rome, souhaite la bienvenue aux congressistes. M. Pasquali, président, et M. Pestalozza, secrétaire du Congrès, présentent ensuite leurs compliments de bienvenue à leurs confrères étrangers. Puis on entend successivement les orateurs officiels des pays représentés au Congrès ; Schautta, Autriche. — Henrotay, Belgique. — Pinard, Paris. — Hofmeier, Allemagne. — Balanos, Grèce. — Veit, Hollande. — Jonnesco, Roumanie. — Kein, Russie. — Castello Pineyro, Espagne. — Engelmand, États-Unis. — Slatcheff, Bulgarie. — Simpson, Angleterre.

Le président donne alors lecture d'un télégramme du président du Conseil des ministres italiens, M. Baccelli, formant des vœux pour la réussite du Congrès et l'on procède ensuite à la nomination des présidents d'honneur : MM. Pinard, et Pozzi sont nommés pour la France, M. Brennan pour le Canada.

Nous avons remarqué parmi les congressistes : pour la France : Budin, Doléris, Lefour. — Autriche : Chroback, Schautta. — Hongrie : Tauffer. — Espagne : Gutierrez, Fernandez, Fargas. — Hollande : Treub, Veit, Kouwer. — Roumanie : Draghiesco, Jonnesco. — Allemagne : Leopold, Zweifel, Hofmeier, Martin, Fehlung. — Russie : Reine, de Ott. — Belgique : Jacobs. — Grèce : Consolas. — Angleterre : Simpson, Macnaughton, Purefoy, Sifelair, Harraks. — États-Unis : Mann, Engelmann, Kelly, Jewett, Cullen, Wakefield, Barton. — Bulgarie : Slavtcheff. — Suède : Alin. — Norvège : Brand. — Suisse : Reverdin, Muller. — Canada : Brennan.

Le discours du professeur Pinard a eu le plus grand et le plus légitime succès ; il a été couvert d'applaudissements par l'assistance très nombreuse dans laquelle on comptait un très grand nombre de Français. "

*N. de la R.* — Nous nous réjouissons au nom de la science médicale Canadienne de l'honneur insigne qui vient d'être conférée à notre sympathique rédacteur en chef, M. le docteur M. T. Brennan, et tous nos aimables lecteurs se joindront à nous pour féliciter de tout cœur celui dont les études remarquables les ont si souvent intéressés. L'honneur rejaillit sur la profession médicale entière qui ne peut qu'être excessivement flattée de la distinction méritée dont les princes de la science en Europe honorent l'un de ses membres les plus distingués.

## Supplement Litteraire

## Les Raisons du professeur Koch

Herr Professeur Koch habite à Berlin, 25, Kurfürstendamm, plus loin que le Thiergarten, au delà du Jardin zoologique.

Tandis que mon collaborateur Jules Huret allait parler de Koch au docteur Garnault, je venais ici pour entretenir Koch du docteur Garnault. Entre ces deux hommes, la querelle sur la transmissibilité de la tuberculose bovine a pris un caractère étrange, inusité, et la voici qui devient tragique. Cependant le docteur allemand demeure impassible. M. Garnault multiplie les lettres, les articles de journaux, les expériences personnelles où il déclare dédier sa vie à la science : il publie un livre violent contre Koch. Ni aux lettres, ni aux articles, ni au livre, Koch ne daigne répondre. Et l'extravagant sacrifice du médecin français le trouve encore obstiné dans son silence. N'est ce donc rien qu'une vie qui s'offre, même follement, pour l'unique beauté de la vérité ? Et Koch ne dit pas un mot, il ne fait pas un geste pour arrêter l'entêtée passion destructive d'un homme qui est un confrère !

Est-ce dédain ? Est-ce défaillance de sa propre certitude ? Orgueil de savant humilié d'avoir à confesser son erreur ? Est-ce au contraire indifférence d'un homme qui a dit : " Ceci n'est pas ", et qui est sûr de sa doctrine ? ..

Voilà ce que je suis venu demander au sphinx, et le sphinx a, cette fois, consenti à parler.

\* \* \*

Le docteur Koch n'est point le savant austère et rébarbatif que j'imaginai. Une luxueuse maison dans un quartier de neuve est solide apparence. Un large escalier de pierre. Un entresol : puis, au premier étage, une impressionnante sonnette de cuivre, qui figure une tête de chimère serrant un anneau entre ses mâchoires. Je soulève l'anneau : c'est là qu'habite le professeur. Dès l'antichambre, tendue de vert-réséda, ornée d'estampes et de bibelots, un air de luxe confortable et solide. A gauche, par une porte ouverte, j'entrevois un petit salon, tendue de soie, avec un divan drapé de soie jaune brochée, des meubles de goût, des photographies, des tableaux : c'est l'intérieur d'un riche amateur ou d'un docteur mondain, où se décèle un œil de femme.

Mais une porte s'ouvre à droite, et voici le docteur Koch, qui m'attendait. Une tête carrée ; des cheveux gris, drus, coupés ras sur un front large, rudement modelé et presque sans rides ; une barbe blanche, courte ; une mâchoire droite et vigoureuse ; et, sous des lunettes qui ne sont pas d'or, des yeux bien ouverts, francs, lumineux, et qui, par moments, brillent singulièrement ; un corps trapu ; des mains larges, avec des doigts forts

et courts, mais pourtant agiles : et j'ai tout de suite l'impression très vive de me trouver en présence d'une force tranquille et malicieuse.

Il était debout devant un petit bureau de noyer ciré, tendu d'un tapis vert. Sous ses yeux, un baromètre, et à sa gauche, une lampe électrique ; devant lui, un fort manuscrit tracé d'une grosse écriture, puis un livre ouvert ; nul imprévu sur cette table de travailleur rangé. Tout autour des murs, couverts d'une étoffe bleue relevée par un large frise à grands dessins, des bibliothèques luisantes, où des livres reliés s'ordonnent avec méthode ; de lourdes et riches tentures aux portes ; sur le tapis vert du parquet, une peau d'ours ; occupant tout un coin, un monumental poêle de faïence colorée de jaune ; puis, un divan qui doit servir de lit ; sur une colonne, un Bouddha médite ; un perroquet s'agite avec mélancolie dans une cage dorée ; un tapis persan est suspendu à l'une des parois de la pièce qui est grande. Tout cela est méticuleusement astiqué, et brille et luit doucement au crépuscule de la journée. Le prof. Koch est un homme d'ordre, et que la science n'a point appauvri.

Pendant deux longues heures, j'ai causé avec lui. Il n'a pas été indulgent au docteur Garnault. Cependant je rapporterai ses paroles exactes, n'ayant point d'autre souci que de transmettre au public français l'opinion du savant professeur allemand.

Son premier geste me dévoila sans équivoque le sens de ce que j'allais entendre.

Il m'avait, avec un accueillant sourire, invité à m'asseoir, et je lui dit aussitôt :

— Je viens vous parler des expériences du docteur Garnault, et c'est l'occasion de sa lettre de vendredi qui m'y a décidé. Vous la connaissez, cette lettre ?

Alors Koch leva la main, sembla chercher sur son bureau un papier absent ; puis il me regarda d'un air narquois, et, soulevant légèrement ses épaules ;

— Mais non, mais non, je n'ai pas lu cela...

Et cela signifiait en toute certitude : " Je n'ai pas le temps de m'occuper de choses pareilles. "

J'étais fixé. Ce n'est pas une confession que je devais m'approprier à recueillir.

— J'ai apporté cette lettre, fis-je.

Et je la lus au docteur Koch.

.....

Le docteur Koch se lève et va, de son pas lourd, quérir une brochure dans l'une de ses bibliothèques. Il la trouve du premier coup, l'ouvre à la page qu'il cherche, et me met sous les yeux une planche où je vois le dessin d'une main sur la face de laquelle apparaît, au milieu d'autres signes, une croix dont les deux branches sont sillonnées de petites boules proéminentes,

— Ceci, explique le professeur, est une main de marin que j'ai examinée et dont j'ai pris une photographie. Ce maletot avait la manie du tatouage, et on lui avait persuadé de se percer la peau d'une infinité de

trous avec une épingle plongée dans du lait. Le lait dont il s'est servi était tuberculeux. Les petites boules que vous apercevez sont des excroissances tuberculeuses, et mon marin ne s'en porte pas plus mal. Nierait-on que ces sortes de granulations soient réellement infectées ? Quand on en coupe des fragments pour les inoculer à des cobayes, animaux essentiellement sensibles, ces cobayes révèlent, au bout de peu de temps, des traces d'infection : la démonstration est lumineuse, elle a été faite irrévocablement par des médecins américains. Mais, au lieu de vous servir de tubercules d'animaux, essayez d'inoculer, de quelque manière que ce soit, la tuberculose d'homme à homme, il en résulte, très rapidement, une inflammation très grave, et une infection générale. Et ceci confirme ce que j'ai avancé : que la tuberculose animale est difficilement transmissible à l'homme.

— Soit, fais-je alors. Mais le docteur Garnault ne s'est pas borné à cette première expérience, Le 15 juillet, il a fait mieux. Il a fixé à demeure, sous la peau de son bras, incisée et décollée, un fragment de tubercule bovin, gros comme un fort pois et pesant environ dix centigrammes.

Voilà donc des tubercules jetés à même dans sa circulation. Que pensez-vous de cela ?

Le professeur sourit, et ses yeux semblent s'animer beaucoup derrière ses lunettes :

— Je vous répète que tout cela n'est ni très sérieux ni très scientifique. Au lieu d'un tubercule bovin, c'est du bouillon de culture que M. Garnault aurait dû s'inoculer : chaque atome de ce bouillon lui eût fourni des millions et des millions de bacilles. C'est ainsi que l'on a procédé dans les fameuses expériences de Kœnigsberg. Le professeur Baumgarin, qui est actuellement à Tübingen, les a minutieusement décrites il y a six mois, et M. Garnault aurait pu méditer ces savantes constatations. A Kœnigsberg, un médecin avait prétendu que les cancéreux étaient inaccessibles à la tuberculose. Pour le vérifier, on a inoculé la tuberculose à un certain nombre de cancéreux, d'ailleurs irrévocablement condamnés. On l'a inoculée sous la peau. Or sept ou huit de ces expériences n'ont donné aucun résultat. Est-ce à dire que le médecin de Kœnigsberg avait raison ? Pas du tout, car il est scientifiquement établi que le cancer et la tuberculose peuvent cohabiter dans le même individu. Mais ce qui en ressort, c'est que la tuberculose n'est pas nécessairement transmissible dans ces conditions. Et M. Garnault n'a fait que répéter sur lui-même les expériences de Kœnigsberg, avec cette différence que, là, on employait selon la vraie méthode, des bacilles cultivés, tandis que lui ne se sert que de fragments de chair sanglante.....

(A suivre)

## DIX PRESCRIPTIONS D'HYGIENE DENTAIRE

par le Dr RÖSE, de Munich.

1° Oublie plutôt de te laver la figure que de te laver la bouche et les dents ;

2° Habitue tes enfants d'aussi bonne heure que tu pourras à l'hygiène dentaire. Ce qu'on néglige dans la jeunesse ne se rattrape jamais plus tard. La conservation en bon état des dents de lait est aussi importante que celles des dents permanentes ;

3° Garde-toi des sucreries et d'une nourriture trop molle. Le meilleur moyen de se protéger contre la carie, c'est de mâcher vigoureusement un pain noir grossier, à croute épaisse ;

4° N'oublie pas surtout de te nettoyer la bouche le soir. Celui qui ne se lave la bouche que le matin ressemble à celui qui ferme la porte de l'étable quand la chèvre est sortie ;

5° Le nettoyage mécanique à l'aide d'une brosse et du cure-dent constitue la base de toute hygiène artificielle ;

6° Les bains de bouche antiseptiques, mais inoffensifs, et une bonne poudre dentifrice sont très efficaces pour compléter l'hygiène dentaire et buccale. Les dentifrices qui sont caustiques pour la muqueuse ou qui décalcifient les dents doivent être rejetés ;

7° Fais visiter tes dents une ou deux fois par an par un dentiste, pour qu'il découvre les foyers morbides et les fasse disparaître avant qu'il soit trop étendus ;

8° Le tartre doit être enlevé de temps à autre ;

9° Les dents et racines malades que le traitement des racines ne saurait conserver doivent être extraites, qu'elles soient douloureuse ou non ;

10° La mère doit donner la préférence aux aliments riches en sels nutritifs (légumes verts, lait, œufs, etc), avant la naissance de ses enfants et pendant l'allaitement, et l'enfant, surtout dans ses premières années, doit faire de même, afin que ses dents se développent le plus possible.

(Journ. med. de Bruxelles—Gaz. med. belge.)

## MARQUE D'ESTIME

—Il nous fait toujours plaisir de mentionner les marques d'estime dont sont l'objet les membres de notre profession.

Dimanche dernier, les amis du docteur Beaudry, de St Jacques l'Achigan, se sont donné rendez vous chez lui, à l'occasion de sa vingtième année de pratique, et lui ont présenté de superbes cadeaux. Tout le comté de Montcalm se trouvait représenté, chaque paroisse ayant tenu à offrir au docteur Beaudry un tribut d'hommages et de félicitations pour les services rendus par lui à son comté.

# Travaux Originaux

## PELADE ET LESIONS DENTAIRES

par M. Dr DAMIEN MASSON

*de l'Institut Ophthalmique,*

Le mot pelade au temps jadis avait le sens qui s'attache aujourd'hui au mot alopecie. Maintenant on réserve ce nom à l'alopecie dite en aires.

Cette singulière maladie est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires qui rendent chauve la partie sur laquelle elles ont leur siège. Ces taches sont complètement dépourvues de poils; tout au plus, dans quelques cas, existe-t-il encore quelques cheveux minces, atrophiés et s'arrachant facilement.

La surface du cuir chevelu est, dans l'étendue des plaques peladiques, mince, brillante, luisante comme l'ivoire, légèrement déprimée à sa partie centrale.

Telle est, en quelques mots, cette maladie dont nous rapportons plus loin un cas, qui nous a paru intéressant à cause de la discussion qui se poursuit actuellement, tant à la Société médicale des hôpitaux qu'à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, l'une et l'autre de Paris, cela va sans dire.

C'est la pathogénie de la pelade qui aujourd'hui comme autrefois occupe et divise les dermatologistes. La plupart en font une maladie parasitaire et contagieuse. D'autres contestent la contagiosité de l'alopecie peladique et son origine parasitaire; ils la considèrent comme une tropho-névrose cutanée. Ces derniers sont principalement représentés par monsieur Jacquet, de Paris, qui affirme sa conviction de la non-contagiosité de la pelade en se proposant comme sujet d'inoculation, à la condition que le malade devant fournir les éléments de cette inoculation, ne soit ni tuberculeux ni syphilitique.

D'après ce spécialiste distingué qui a fait, devant les sociétés précitées, de nombreuses communications sur la pelade, principalement depuis le mois de mars de l'année courante, cette maladie s'observe surtout chez des sujets souffrant ou ayant souffert d'un trouble douloureux ou inflammatoire dans la sphère du trijumeau inférieur. Elle débute

généralement un mois à six semaines après la fluxion ou l'accès névralgique. — "L'alopecie est localisée du même côté que la névralgie et, en outre, on note un cortège de phénomènes sympathiques également homolatéraux: coryza, épistaxis, adénopathie cervicale, erythrose et hyperthermie faciales (oreilles, pommettes), et de l'hyperesthésie neuro-musculaire latente" (1)

L'origine de ces phénomènes résulterait d'une irritation de l'appareil dentaire: carie en activité, abcès alvéolaire, éruption même de la dent de sagesse, port d'un dentier.

Monsieur Jacquet a constaté une relation très directe entre le point de départ et le lieu de développement de la pelade.

Les régions peladophores sont, pour lui, des points d'innervations déficientes, des zones d'innervation minima.

Dans un quart des cas qu'il a étudiés, il a nettement retracé le trouble dentaire. Dans les autres cas la maladie aurait eu pour origine une irritation auriculaire, ou p'autres irritations diverses, isolées ou associées.

Quoiqu'il en soit, la pelade chez notre patient semble bien avoir été occasionnée par une lésion dentaire. Qu'on en juge.

### OBSERVATION.

Charles L... couturier-tailleur, âgé de 18 ans vient nous voir, dans les premiers jours de l'année courante, pour une plaque chauve à la nuque, datant de trois semaines et augmentant progressivement.

Cette plaque s'étend du milieu de la région nuchale vers l'oreille droite. Elle est ovale, mesure sept centimètres de longueur et environ trois centimètres dans sa plus grande largeur. A son niveau on ne constate pas de rougeur, pas d'infiltration, pas de squames, pas de prurit; la peau est blanche comme du lait, les orifices folliculaires sont peu apparents, on dirait une surface d'ivoire. Autour de l'aire dénudée les cheveux n'offrent pas de résistance, ils s'enlèvent à la moindre traction. C'est bien de la pelade et nous instituons le traitement classique:

- 1° Coupe de cheveux taillés ras à l'aide de ciseaux, suivie d'une lotion au sublimé à 1/1000.
- 2° Epilation de la périphérie de la plaque.
- 3° Badigeonnage avec de l'acide acétique cristallisable, tous les quatre jours. Dans l'inter

(1) In *Progrès Médical*, mars 1902.



valle une friction, matin et soir, avec une boulette de coton imprégnée du mélange suivant :

Acide phénique.....	} à 5 grammes.
Teinture d'iode.....	
Choral.....	

Au bout d'un mois l'amélioration est nulle. Nous continuons quand même les attouchements avec l'acide acétique glacial et entre-temps nous faisons faire des applications d'emplâtre Vigo.

Au mois de mai même résultat négatif, quoique nous ayons à plusieurs reprises changé les lotions excitantes. C'est alors que, mis en éveil par les communications de Monsieur Jacquet aux sociétés médicales de Paris, nous examinons la bouche de notre malade et que nous y trouvons plusieurs dents complètement cariées.

Sur notre conseil il va chez le dentiste, et se fait extraire trois molaires du côté droit.

Il revient nous voir une quinzaine après, et nous constatons que l'aire précédemment chauve est, dans sa partie droite, complètement recouverte de cheveux. Cependant, fait curieux, la plaque peladique en disparaissant à droite dépasse maintenant la ligne médiane de la nuque et s'étend légèrement à gauche.

Nous faisons un nouvel examen de l'appareil dentaire et nous nous apercevons qu'il reste encore, à gauche, une petite molaire inférieure entièrement gâtée. Le dentiste est appelé à pratiquer une dernière extraction.

Deux semaines plus tard notre malade était complètement guéri.

## DU VERATRUM VIRIDE DANS LE TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE (1)

par M. le Dr E. A. RENÉ DE COTRET.

Professeur adjoint d'Obstétrique, accoucheur de la Maternité.

De son côté, le Docteur Thad. A. Reamy, de Cincinnati, nous dit ; " Rien de plus frappant que cette promptitude avec laquelle les convulsions cessent, aussitôt que l'effet déprimant du veratrum se fait sentir sur le cœur. . .

" Le pouvoir du veratrum de contrôler immédiatement les convulsions peut être compris,

" quand on se rappelle que cet agent est un des " déprimants les plus puissants du système artériel " et de la moëlle épinière. Le professeur H. C. " Wood, après examen approfondi, nous dit que le " veratrum diminue les pulsations par son action " directe sur le muscle et en stimulant les nerfs " afférents (inhibitory nerves). Il diminue la force " des battements du cœur par une action directe " sur le muscle cardiaque, et il produit une para- " lysis générale des vaso-moteurs " .

Fanton d'Anton, dans sa thèse, rapporte un article du Dr Hurst et répète : " Le veratrum viride est un modérateur nervin, un calmant musculaire, un excitant des glandes. Introduit dans l'organisme, il diminue la susceptibilité des nerfs sensitifs et modifie l'action de la moëlle et des nerfs vaso-moteurs. En même temps, il dissipe le coma et rétablit les fonctions mentales " .

Le veratrum viride ne limite pas son action au cœur. Il la pousse plus loin. Il produit une transpiration abondante quoique son action ici ne soit pas directe, mais due à la dépression artérielle profonde (Wood). Un effet encore plus important, c'est la diurèse prononcée qui suit le relâchement musculaire. Comment se produit cette diurèse ? Très probablement, comme le croit le prof. McCorkle, cet effet est obtenu par le médicament qui combat le spasme vaso-moteur des vaisseaux du rein. Quoiqu'il en soit, on ne peut trop apprécier ce résultat.

Le médicament agit de plus sur l'estomac et l'intestin. C'est un émétique prompt et efficace. Son action sur l'estomac s'accompagne de nausées intenses et de dépression. Les vomissements sont souvent violents et tenaces. Le contenu de l'estomac est d'abord rejeté, puis vient le contenu de la vésicule biliaire. Il ne purge pas généralement, mais occasionnellement il produit des évacuations aqueuses, et quelquefois une diarrhée profuse.

Donné à doses massives, le veratrum peut produire des symptômes de collapsus : le pouls devient très faible, à peine perceptible ; il y a des vomissements très violents, des sueurs froides, de l'abaissement de la température ; les extrémités deviennent froides : on remarque du vertige, de l'obscurcissement de la vue, la dilatation des pupilles, de la faiblesse musculaire extrême, une respiration superficielle et lente, quelquefois de la somnolence, du coma, et de l'insensibilité avec respiration stertoreuse. Nonobstant ces symptô-

(1) Lu au Congrès des Médecins de Langue Française, tenu à Québec, 1902.

mes alarmants, Bartholow prétend qu'on remarque rarement un résultat fatal. " Une once de teinture, dit-il, a été prise sans causer la mort ".

Il va s'en dire que la malade, sous l'influence de fortes doses de veratrum, devra conserver une position horizontale, car la station debout changerait complètement les caractères du pouls et pourrait produire la mort subite.

Après des doses fortes ou répétées, si l'on observait du collapsus ou le moindre symptôme inquiétant de dépression, on n'aurait qu'à cesser le médicament et à donner des stimulants alcooliques ; on fera sur tout le corps des applications chaudes. On administrera également l'ammoniaque par l'estomac ou en injections intra-veineuses ainsi que la morphine en injections hypodermiques, (1/4 gr.) si les nausées et les vomissements persistent, Avec l'alcool on prescrira les teintures d'opium à doses stimulantes.

Il ne faut pas avoir trop peur du grand ralentissement du pouls ; j'ai vu une de mes malades avoir, sous l'influence du veratrum, un pouls de 28 et revenir très vite avec une seule injection hypodermique de brandy.

Le veratrum viride est administré de préférence par voie hypodermique. On pourrait à la rigueur le donner par la bouche, mais l'estomac de l'éclamptique n'est pas sûr pour l'absorption du médicament. Par voie stomacale, on ne peut espérer une action aussi prompte ni un dosage aussi précis que par voie hypodermique.

Maintenant, et voici le plus important, quelle est la dose à injecter ? C'est ici la difficulté que rencontre ceux qui échouent avec ce médicament magique. Pardonnez-moi cette expression, parce qu'elle résume parfaitement ma pratique et mon expérience et celles de tous les accoucheurs qui ont employé judicieusement le veratrum viride. En effet le docteur Thad. A. Reamy, de Cincinnati, nous déclare " qu'il n'y a rien de plus remarquable que la promptitude avec laquelle les convulsions cessent ". Le docteur Jewett de New-York ajoute " c'est un moyen excessivement puissant " : le Dr Sullivan, de San Francisco, qu'il est inappréciable. Ils sont nombreux ceux qui rendent témoignage de sa valeur exceptionnelle dans cette terrible maladie : l'éclampsie.

On doit se guider sur le pouls pour l'administration du remède. Voici ma pratique : si le pouls bat à 120 ou delà, je donne d'emblée, 20 ou 22 gouttes d'*extrait fluide de veratrum viride*. Re-

marquez la forme du médicament " *L'Extrait fluide* ". On pourrait, faute de mieux employer la teinture aux mêmes doses.

Avec un pouls en dessous de 120, mon injection hypodermique variera de 10 à 20 gouttes suivant la rapidité du pouls. Il est préférable d'employer de suite des doses élevées parce qu'on obtient plus vite l'effet voulu et qu'en tout cas, une dose même très élevée est sans danger, voici quelques faits qui le prouvent. Le Dr Reamy, appelé par le professeur Kicly, injecte à une malade 15 gouttes de veratrum, 45 minutes plus tard, 15 autres gouttes. Et comme les convulsions continuaient, le Prof. Taylor, appelé en consultation, injecte, 45 minutes après la dernière dose administrée, 20 autres gouttes. Le pouls tombe à 26 pulsations à la minute et la malade est sauvée.

Dans un cas désespéré, le prof. E. S. Bunker a donné jusqu'à 400 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride, en injections hypodermiques, pendant les 6 premières heures du traitement, et la patiente a guéri.

Donc, innocuité complète, même avec des doses élevées.

Le point le plus important du traitement de l'éclampsie c'est l'arrêt immédiat des convulsions, parce qu'en elles réside tout le danger ; et le danger augmente d'autant plus qu'elles se continuent plus longtemps.

C'est pour nous, comme le dit le Dr Reamy, un grand bonheur de posséder un agent qui arrête aussi rapidement les convulsions, et qui, en même temps, en diminue et en éloigne les causes.

L'injection hypodermique demande à peu près trente minutes pour arriver au maximum de l'effet voulu. Voilà encore, je vous prie de le remarquer, un point essentiel dans le traitement. Il faut accorder 30 minutes au médicament pour produire son action. Si, dans ces 30 minutes l'effet désiré n'est pas obtenu, on devra répéter, remarquez le encore, on devra répéter l'injection à la même dose ou à dose plus petite, suivant la nécessité ou autrement dit la rapidité du pouls.

Quel est donc cet effet voulu ou désiré ? Tous les accoucheurs, qui emploient le veratrum, sont d'accord pour affirmer qu'avec un pouls en dessous, entendez-bien, en dessous de 60 pulsations à la minute, il n'y a plus à craindre de convulsions.

A ceux qui ont essayé le veratrum et qui n'en ont pas eu de bons effets je ferai observer qu'ils ont craint de l'employer aux doses exigées. C'est

ainsi que souvent je suis appelé par des confrères dans des cas d'éclampsie mortels où on s'est contenté d'injecter 5 gouttes d'extrait fluide de veratrum, l'on se plaint ensuite à crier que le veratrum ne vaut rien. Combien de fois j'ai rencontré des confrères mécontents des résultats obtenus avec le veratrum. Quand je m'informais de la dose donnée, je n'étais pas étonné de leur peu de succès. Combien de fois encore on m'a envoyé à la maternité des malades mourant, une heure ou deux après leur arrivée, de la même maladie et pour la même raison ; *Insuffisance des doses*. Ne craignez donc pas, allez-y hardiment, car il s'agit d'une maladie grave et prompte qui demande un traitement héroïque et décisif.

Donc, dose suffisamment élevée et répétée au besoin. Bien plus, il faut maintenir l'effet obtenu pendant à peu près 24 heures et pour cela il faut répéter, à intervalle plus ou moins éloigné, le médicament à dose de 5 gouttes. L'on s'exposerait certainement à de fâcheuses surprises, si l'on supprimait le médicament au bout de 12 heures, à moins toutefois que le cas ne soit très léger, que de fortes doses n'aient été administrées au début ou que les effets du médicament ne soient très manifestes.

Enfin je conclus, comme le faisait le Docteur Jewett, que :

1° Le veratrum est un moyen inoffensif et extrêmement puissant ;

2° C'est un agent éminemment maniable, le pouls étant un guide prompt et précis pour le dosage ;

3° Il est prompt dans son action, et facile dans son administration.

Maintenant une dernière question. Pourquoi j'emploie aujourd'hui le *veratrum viride* de préférence à la saignée qui m'avait donné de si beaux résultats, comme on peut le constater par ma thèse d'agrégation ? Parce que le veratrum a sur le cœur les mêmes avantages que la saignée. Je pourrais ajouter c'est une saignée sans perte de sang ;

Parce que, si la saignée enlève de l'économie une certaine quantité de matière toxique, le veratrum en soustrait autant par son action sur tous les organes : estomac, foie, intestin, rein et la peau ;

Parce que le veratrum m'a réussi souvent quand la saignée n'avait procuré aucun soulagement ;

Parce que le veratrum est plus facile, à admi-

nistrer que la saignée à pratiquer et qu'il répugne moins de faire une injection hypodermique que d'ouvrir une veine ;

Parce que le veratrum est un médicament dont l'administration frappe moins désagréablement l'esprit des assistants et demande moins d'apparat : parce que la saignée est toujours pénible aux parents ;

Parce que le veratrum se donne chez les pléthoriques comme chez les anémiques, et qu'il n'en est pas de même pour la saignée.

Parce que le veratrum s'injecte aussi bien chez les femmes obèses que chez les maigres. Chez les femmes chargées d'embonpoint il est quelquefois, sinon impossible, du moins très difficile de pratiquer la phlébotomie. On est obligé de disséquer et de faire de grands délabrements avant d'arriver sur un vaisseau convenable, comme la chose m'est arrivée une fois ;

Parce que l'effet déprimant du veratrum dure très peu, et qu'il n'en est pas de même de l'affaiblissement qui suit la saignée dans certains cas.

Les seuls inconvénients du veratrum, inconvénients très passagers, ce sont les vomissements et encore ne les voit-on pas toujours. Ils se montrent surtout quand la dose du médicament a été forte d'emblée et que le pouls est arrivé rapidement au point voulu. Je n'y prête même pas attention. La seule précaution que je prenne contre ces vomissements c'est d'empêcher ma malade de se lever ou de s'asseoir. Je la tiens couchée horizontalement.

A ceux qui ne croiraient pas encore à l'efficacité de ce médicament je dirai de l'employer sans crainte et avec confiance, puis ils penseront, diront et feront comme moi.

Ecoutez ce que dit le Dr Wesley C. Norwood :  
 " La plus grande et la plus précieuse puissance  
 " du veratrum, celle qui le distingue expressément  
 " et lui donne tant de supériorité sur tous les autres  
 " médicaments, est son pouvoir de contrôler l'action  
 " du cœur et des artères quand ils sont excités par  
 " une cause morbide, à tel point que ceux qui  
 " sont une fois témoins de ce merveilleux effet sont  
 " dans un étonnement complet et confessent que  
 " cela dépasse tout ce que l'imagination peut con-  
 " cevoir. Il n'est pas plus au pouvoir de l'hom-  
 " me de le décrire de manière à ce que ceux, qui  
 " n'ont pas été témoins du fait, puissent avoir une  
 " idée juste de ses résultats... Qui peut compren-  
 " dre l'étendue du bienfait et de la puissance d'un

“ remède capable, en l'espace de moins d'une heure, de réduire le pouls de 160 à 40 ou même 30 pulsations à la minute ”.

Messieurs, il a été un temps où je n'y croyais pas du tout, parce que je n'en avais jamais vu les effets, aujourd'hui j'ai vu, j'ai été convaincu, et je crois.

Messieurs, un dernier mot. Je finissais ce travail, un dimanche matin le 8 juin, il était 8½ heures, lorsqu'un confrère, un ami me mandait auprès d'une de ses malades. Cette malade, accouchée la veille au soir à 11 heures, venait d'avoir un deuxième accès d'éclampsie. Rendu auprès de la malade, je la questionnais, quand me retournant vers mon ami je lui dis : “ Vois-tu arriver un nouvel accès ”. En effet deux ou trois minutes plus tard l'accès apparaissait très violent. Avant cet accès le pouls était à 138. Je fais de suite une injection hypodermique de veratrum, Je croyais injecter 22 gouttes de veratrum quand en réalité, je n'injectais qu'à peu près 15 gouttes comme je m'aperçus plus tard par ma seringue. 30 minutes après le pouls était encore à 120, je répète une dose de 10 gouttes. Dès lors le pouls baisse si rapidement que mon ami, tout étonné, ne peut s'empêcher d'admirer l'effet merveilleux et de me dire : “ En compagnie d'un mien ami, j'ai déjà administré le veratrum et je n'ai eu aucun effet.”

Savez-vous comment il l'avait administré et combien il en avait donné ? 5 gouttes par la bouche.

Hé bien ! mon ami est maintenant convaincu parce qu'il a vu de ses yeux. Il croit aujourd'hui et c'est sur sa demande expresse que je rapporte ce fait, à la suite de mon travail que je lui ai lu en partant de chez notre malade qui était sauvée.

## Revue du “ Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord ” (1)

Contribution à l'étude de la Grossesse Extra-Uterine.

Basée sur observations personnelles.

par M. le Dr COYTEUX PREVOST,

Gynécologue de l'Hôpital Saint Luc (Ottawa)

(Suite et fin)

Cependants ces décrets sont antérieurs aux connaissances nouvelles réalisées par les progrès des sciences

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.

ces médicales et ne sauraient s'appliquer directement aux interventions chirurgicales réclamées par des conditions pathologiques aujourd'hui parfaitement définies mais que l'on ignorait autrefois. D'un autre côté, il est permis de croire que la règle prohibitive qui nous défend de détruire un fœtus vivant “ in utero ” s'applique également à l'embryon vivant, situé en dehors de l'utérus.

Presque tous les théologiens modernes sont muets sur cette question ainsi présentée sous un jour nouveau.

Le docteur Lembkul, l'illustré casuiste dont l'autorité est universellement reconnue, est le seul qui est côtoyé le sujet. Il dit : Lefœtus cesse d'avoir droit à la vie intra-utérine, non seulement quand il amène un danger pressant de mort à la mère, mais aussi quand il devient évident qu'il lui sera fatal et cela avant sa maturité, d'où il est licite de procéder à son expulsion.”

Or, s'il est vrai que dans le développement extra-utérin le fœtus peut être dès les premiers mois non viable, conséquemment un danger fatal pour la vie de la mère, à causes d'hémorragies ou autres raisons de ce genre dès que le médecin reconnaît les symptômes certains du danger maternel, il peut rompre le lien anormal auquel se rattache la vie du petit monstre humain. Ce n'est pas le tuer directement, c'est le faire tomber, plante parasite, de l'arbre dont il compromet l'existence. Il va périr, on le sait, c'est un résultat qu'on prévoit et qu'on déplore, mais qu'on permet sans le vouloir. Ce qu'on veut c'est sauver une plus noble et une plus précieuse vie humaine.

Le médecin peut donc, sans engager sa responsabilité morale, se rallier sans scrupule à la formule énoncée par Pinard, laquelle domine la thérapeutique actuelle des grossesses ectopiques : “ Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.”

Examinons un peu ce que devient la grossesse extra-utérine non opérée et abandonnée à elle-même.

1° La trompe se brise, une hémorragie plus ou moins considérable se produit, puis le vaisseau rupturé se ferme spontanément et l'embryon, entraîné par l'inondation, péri au milieu du sang épanché qui lui, se coagule dans le Douglas, s'enkyste et constitue l'hématocèle. Peu à peu le sang se résorbe et tout rentre dans l'ordre : ou bien l'infection s'en mêle, un abcès se forme séparé de la grande cavité abdominale par l'exudat péritonéal, un coup de couteau dans le cul-de-sac postérieur et c'est la fin.

A ce propos, doit on considérer toutes les hémato-cèles retro-utérines comme provenant de la rupture de la grossesse ectopique ?

Je n'ai ni le temps ni l'intention d'entrer sur ce sujet dans une longue discussion et j'avoue volontiers que la question est loin d'être tranchée. Il est indiscutable que du sang peut être versé dans le cul-de-sac péritonéal à la suite de conditions pathologiques multiples,

v. g : hémorragie folliculaire de l'ovaire, tumeur maligne de l'utérus ou des annexes, veines variqueuses du ligament large. Doran et d'autres citent des cas d'apoplexie ovarienne dans lesquels la pression intérieure avait rompu l'ovaire en deux parties égales. Gardner cite un cas dû à une tuberculose miliaire des trompes. Cependant ce ne sont là que de rares exceptions et depuis la démonstration de la théorie gravidique de l'hématocèle pelvienne due à Gallard et vulgarisée par L. Tait, cette doctrine a pris une extension telle qu'aujourd'hui la plupart des hémorragies rencontrées dans le bassin sont rangées dans la catégorie des grossesses ectopiques. Pour ma part, je suis tellement convaincu de la justesse de cette proposition que je n'hésite pas à déclarer l'hématocèle d'origine gravidique, même en l'absence de signes, positifs révélés par le microscope, quand les symptômes accusés par la malade ont présenté la marche et le caractère de ceux que l'on rencontre habituellement dans des cas de grossesse extra-utérine. Certes, loin de moi l'idée de prétendre diminuer l'importance des renseignements fournis, dans l'immense majorité des cas, par l'examen pathologique, mais je me demande si les résultats négatifs obtenus au moyen du microscope sont toujours suffisants pour réduire à néant les significations d'un tableau clinique qui, dans certains cas, se présente avec une valeur pathognomonique.

Il me serait facile de citer des exemples d'hématocèles où le microscope n'avait fait découvrir aucune villosité choriale et qui cependant étaient évidemment dues à une grossesse extra-utérine. Des faits de ce genre ont été observés par d'autres. Ainsi le 10 mai 1901, Ruge, dans le but de démontrer l'origine non gravidique d'une hématocèle, s'appuyait en particulier sur l'examen d'une pièce d'hémato-salpinx présentée à la société gynécologique de Berlin et dont l'examen lui paraissait négatif. Sur l'invitation de Veit, qui ne partageait pas son opinion, l'analyse histologique fut reprise avec plus de soin et, à la séance du 12 juillet, Keller représenta la même pièce sur laquelle il avait reconnu manifestement les villosités chorales.

Doleris cite un cas analogue.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, cette question de pathologie offre une importance absolument secondaire, l'hématocèle rétro-utérine réclamant le même traitement, quelle que soit son origine.

2° Si, au lieu de périr au milieu du sang de l'hématocèle, l'œuf résiste à l'accident de la rupture, il s'implante sur un point quelconque de la cavité péritonéale et peut continuer à se développer jusqu'au terme et être extrait vivant au moyen de la laparotomie ; ou bien il meurt à un moment quelconque de son existence intra-abdominale, s'enkyste, se pétrifie et peut persister à l'état de " caput mortuum " dans le ventre de la mère. On a cité des exemples de lithopédion qui ont existé de la sorte pendant vingt, trente et quarante ans, leur pré-

sence au milieu de la masse intestinale ne produisant que des accidents insignifiants.

Si au lieu de se pétrifier de bonne heure, comme dans l'observation IV que j'ai citée plus haut, le fœtus meurt près du terme de la grossesse, il peut devenir la cause de symptômes inquiétants et de nature à embarrasser sérieusement le diagnostic.

En voici un exemple.

OBS. VI. Madame T..... trente-trois ans, mariée depuis neuf ans, a eu deux enfants, le premier il a huit ans, le dernier il y a dix-sept mois ; sept ans de stérilité entre les deux grossesses ; a toujours été régulièrement menstruée. Le 2 juin 1898, apparition des dernières règles ; signes de grossesse pendant les trois mois suivants ; mouvement du fœtus perçus au milieu de novembre. Pendant l'été, elle éprouva quelques douleurs abdominales qu'elle attribua à des crampes intestinales. Vers le commencement de septembre, en sortant du lit, elle fut prise de douleurs abdominales excessivement intenses. Son mari accourt et la trouve presque sans connaissance, les lèvres blanches, la face pâle et couvertes de sueurs. Elle se remet au lit et, durant plusieurs jours se plaint constamment de douleurs à travers l'abdomen. Ecoulement sanguin par le vagin pendant dix jours et finalement rejet d'une membrane caduque caractéristique.

Le médecin de la famille crut que la malade était menacée d'avortement, mais peu à peu tout parut rentrer dans l'ordre et les douleurs disparurent.

Dans le mois de février, elle a de nouveau une crise de douleurs abdominales après quoi elle cesse de sentir les mouvements du fœtus. Pendant un mois elle perdit du sang par le vagin ; l'abdomen qui avait augmenté graduellement jusqu'à ce qu'elle cessât de percevoir les mouvements fœtaux, diminua de volume à partir de cette époque ; toutes les douleurs disparurent et elle devint parfaitement bien.

À la fin du mois de mars, date à laquelle elle croyait devoir accoucher, comme elle n'éprouva aucun signe de travail, elle devint inquiète et fit demander de nouveau le médecin qui parla de provoquer l'accouchement artificiel.

Le 25 avril, c'est-à-dire dix mois et demi après la dernière menstruation, elle vint me consulter à Ottawa. Elle offrait toutes les apparences d'une santé parfaite et n'éprouvait absolument aucune douleur.

À l'examen, l'abdomen qui est le siège d'un développement assez considérable, n'offre pas cependant la tension qu'on observe à la fin de la grossesse ; la peau est mobile sur les muscles sous-jacents. On sent une tumeur distincte sur la ligne médiane ; elle est sphérique, modérément dure, la limite supérieure s'élevant jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et le sternum ; le bord inférieur est situé cinq centimètres au-dessus du pubis ; de chaque côté elle s'étend presque jusqu'aux lignes latérales de l'abdomen. Cette tumeur est mobile de haut en bas et

de gauche à droite, mate à la percussion et légèrement sensible. Le col utérin est gros et ramolli ; l'utérus, mobile, est facilement délimité par la palpation bi-manuelle et on sent le fond audessus de la symphyse du pubis. La tumeur est certainement indépendante de l'utérus et peut être déplacée dans toutes les directions sans que le doigt appliqué sur le col perçoive la sensation des mouvements qu'on imprime à la tumeur. A droite on constate la présence d'une masse séparée de l'utérus par un sillon distinct ; elle est dure, unie non fluctuante et légèrement sensible à la pression.

Sans aucun doute c'est un cas de grossesse extra-utérine. La malade a dû devenir enceinte au moins de juillet et en septembre la rupture a eu lieu. Cependant le fœtus a continué à se développer dans la cavité abdominale jusqu'au mois de février, époque à laquelle il est mort à huit mois au commencement d'un faux travail. L'abdomen alors a diminué de volume à cause de l'absorption d'une certaine quantité de liquide amniotique. Cette tumeur est évidemment constituée par le fœtus et la masse perçue du côté droit doit être le placenta. Le fœtus étant mort depuis deux mois la circulation placentaire est vraisemblablement abolie et les thrombus qui se sont formés permettront probablement l'extirpation de toute l'affaire sans beaucoup d'hémorragie.

L'opération qui fut pratiquée le 29 avril confirma le diagnostic en tous points. Il n'existait plus aucun liquide amniotique, le fœtus libre dans la cavité abdominale était recouvert par une membrane qui l'enveloppait entièrement comme une toile d'araignée. Il était situé transversalement, le dos tourné vers la paroi abdominale, la tête fléchie, plongeait dans la fosse iliaque gauche, le bras droit appliqué sur le côté du corps, l'avant bras fléchi et le coude droit situé superficiellement et formant la limite inférieure du fœtus. Les cuisses étaient fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses. Le placenta était enfoui à droite tout au fond du Douglas ; le fœtus, lui, était attaché par un cordon épais et blanchâtre dans lequel il n'existait plus aucun vestige de circulation. Tout fut enlevé sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. La malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines parfaitement rétablie.

3° Il existe une troisième terminaison de la grossesse extra utérine, plus dramatique et plus solennelle. Je veux parler de ces cas d'inondation péritonéale foudroyante causée par la rupture des vaisseaux de la trompe qui refusent de se fermer spontanément et qui, en quelques heures, mettent la malade en danger de mort. Ici pas d'alternative, il faut ouvrir le ventre non pas demain, mais ce soir, de suite, opérer à la lumière artificielle, en plein collapsus, aller saisir le vaisseau qui donne et y jeter une ligature. Pas de demi-mesures, surtout ne pas commettre l'erreur d'attendre une réaction sur laquelle il ne faut jamais compter, qu'un assistant injecte trois ou quatre c. c. de sérum

artificiel sous les seins pendant que le chirurgien pratique la laparatomie. A l'ouverture de l'abdomen un jet de sang fluide jaillit souvent comme d'une fontaine ; il faut s'en inquiéter, élargir l'incision, aller de suite à la recherche de la trompe rupturée et appliquer une pince sur le vaisseau qui saigne. Alors seulement il faudra s'occuper des caillots semi fluides qui remplissent l'abdomen, les enlever entièrement et procéder enfin à l'extirpation du sac fœtal après ligature des artères.

Ces orages ne prennent pas toujours les proportions d'un déluge ; le plus souvent des hémorragies successives plus ou moins abondantes se produisent, séparées par des accalmies durant lesquelles nous avons le temps de réfléchir. L'écoulement sanguin vaginal persiste, les douleurs reviennent d'une manière intermittente, la fièvre s'allume et l'examen nous permet de constater la présence d'une tumeur rénitente et sensible, facilement circonscrite par la palpation bi-manuelle. Ici encore l'intervention s'impose et ne doit pas être différée, afin de conjurer l'inondation péritonéale que peut produire une nouvelle hémorragie imminente. Que l'on choisisse le vagin ou la voie abdominale, cela dépend des prédispositions individuelles, mais il faut pénétrer jusqu'au corps du délit et en faire l'extirpation.

Quand nous avons affaire à une hématocele éteinte, reliquat inerte d'une hémorragie qui ne menace plus de se produire, la voie vaginale est tout indiquée ; une simple colpotomie postérieure suffit pour nettoyer le Douglas des caillots ou même du pus qu'il renferme. Mais si les accidents encore récents ont conservé une certaine activité, il est à mon avis plus prudent d'ouvrir l'abdomen et d'aller constater de "visu" ce qui se passe, car quelque ferme que soit le diagnostic, l'ouverture du ventre peut toujours nous réserver des surprises, réclamant pour y faire face une combinaison anatomique plus parfaite que celle qui a la prétention de placer l'œil au bout du doigt du chirurgien.

#### CONCLUSIONS

Le médecin général, tout comme le spécialiste, doit être en mesure de reconnaître la grossesse extra-utérine au début, afin de pratiquer ou réclamer une intervention opportune et efficace

On ne saurait affirmer d'une manière certaine l'existence de la grossesse ectopique en l'absence de douleur symptôme qui ne manque presque jamais.

L'apparition de la douleur, quelle que soit son intensité, ne signifie nullement que la grossesse est rupturée, même quand cette douleur est accompagnée de tendance à la syncope, la réaction subjective des lésions de l'appareil tubo ovarien étant soumis à des susceptibilités individuelles réelles et d'observation journalière.

Etant donné la fréquence de la récurrence, et puisqu'on ne saurait affirmer l'intégrité des annexes par un simple examen microscopique, ne vaut-il pas mieux, dans le

cours d'une opération pour grossesse extra utérine, enlever en même temps la trompe du côté opposé ?

Dans l'immense majorité de ces cas, l'hématocèle retro-utérine doit être considérée comme le produit d'une grossesse ectopique, même en l'absence de signes positifs révélés par l'examen microscopique.

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être opérée. Ce traitement indiqué par la chirurgie contemporaine n'engage nullement la responsabilité morale du chirurgien, le fœticide dans les cas de ce genre étant, selon les théologiens, absolument licite "salvo meliori iudicio".

#### Traitement de l'appendicite aigue — Indications et contre-indications de l'intervention

par M. le Docteur Fernand MONOD

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, ancien prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, Lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.

(Suite et fin)

La gravité des abcès en évolution est exagérée. Sur 136 malades que Jalaguier a suivis pendant leur crise aiguë, 121 sont arrivés à la résolution, beaucoup avaient présenté des accidents graves avec des empâtements et des indurations parfois énormes : 62 de ces malades ont été opérés à froid et sur 25 d'entre eux Jalaguier a trouvé des traces d'abcès unique ou multiple soit au voisinage de l'appendice, soit entre les anses intestinales, 9 avaient eu manifestation des destructions de l'appendice par gangrène. Il est donc faux de dire que seule une opération hâtive peut guérir les appendicites même suppurées et perforées. On peut enfin objecter qu'en opérant il est des cas où il est impossible de trouver l'appendice, et que, ce qui en reste après guérison de l'abcès est suffisant pour déterminer une deuxième crise souvent très grave, parfois mortelle qui n'aurait pas eu lieu en enlevant l'appendice à froid.

Tels sont, en résumé, dans leurs grandes lignes, les plaidoyers des deux partis de l'école française. Est-il possible d'en tirer une conclusion ? Faut-il être interventionniste et prévenir le danger, ou non-interventionniste et prendre la responsabilité de laisser évoluer l'appendicite.

Je crois que, sur ce point précis, on peut répondre à l'heure actuelle de la façon suivante : l'avenir du malade sera d'autant moins sombre, c'est-à-dire que les complications et en particulier la péritonite généralisée seront d'autant moins à redouter qu'un traitement médical aura été plus rigoureusement établi dès le début de la crise.

Si le malade a été dès les premières heures immobilisé par l'opium, la glace largement appliquée sur tout le ventre s'il a été soumis à une diète absolue, si

surtout il ne lui a été donné aucun lavement, aucun purgatif, comme il est encore trop souvent d'usage, on a de grandes chances de sauver son malade qu'on opère ou non.

Certes, dit Jalaguier "je trouve singulièrement enviable le repos d'esprit et la paix intérieure des chirurgiens pour qui tout se borne à poser le diagnostic et à prendre le bistouri. Si l'opéré guérit, on se félicite d'avoir opéré... si l'opéré succombe, on se persuade que c'est parce l'on a opéré trop tard, ou avec la plus parfaite bonne foi on range ces cas malheureux, dans la catégorie des opérations pour péritonite généralisée, et l'on se console sans trop de peine de ces succès."

Elève de Jalaguier, j'ai pu suivre et apprécier les résultats qu'il obtenait quand il prenait en main, dès le début, la conduite d'une appendicite, et vous pouvez le croire quand il affirme que l'on observera d'autant moins de péritonites généralisées, que l'on saura mieux traiter l'appendicite dès le début. On a donc le droit d'être abstentionniste devant une appendicite qui, bien traitée dès le début, va prendre un parti, parce que l'on a le droit de compter que ce parti sera le bon — mais il n'en est plus de même si pour une raison ou une autre le malade a été mal traité, ou pas traité du tout, ce qui est encore très commun ; en pareil cas, j'ai la profonde conviction d'après tout ce que j'ai vu et tout ce que j'ai lu, qu'il y a moins de danger à être interventionniste qu'à chercher à reprendre coûte que coûte en main une appendicite en pleine évolution.

Il nous faut maintenant envisager les cas où l'appendicite ayant pris un parti s'est généralisée ou au contraire s'est enkystée.

La généralisation peut se faire d'emblée, sans lutte pour ainsi dire de la part du péritoine, elle est habituellement précoce et se déclare avant le 4<sup>e</sup> jour. Elle peut se faire secondairement c'est-à-dire après une tentative d'enkystement, une défense plus ou moins énergique du péritoine, elle est habituellement tardive et se déclare du 6<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> jour.

Dans les deux cas nous trouvons la majorité des chirurgiens français se rallier à cette formule : s'il y a menace de péritonite généralisée et à plus forte raison s'il y a péritonite généralisée, il faut opérer toute affaire cessante.

Il importe donc de connaître les signes permettant de prévoir que le péritoine ne sera pas à la hauteur de sa tâche. Donc devant une appendicite qui n'évolue pas franchement l'opération sera indiquée en dehors de tout autre symptôme s'il y a : dissociation du pouls et de la température, constipation avec arrêt total des gaz, ou au contraire diarrhée fétide, diminution de la sécrétion urinaire, anxiété respiratoire caractérisée par une soif d'air et une douleur en ceinture, cerclant la base de la cage thoracique, faciès étiré avec aspect typhoïde, langue sèche, agitation sinon délire vrai et une certaine odeur aigrelette de l'haleine sur laquelle Quénu a attiré

l'attention. Du côté de l'abdomen, défense extrême de la paroi, sans signe d'empatement en aucun point, contraction des muscles droits. Douleur diffuse, souvent exquise et étendue à tout le ventre.

Il s'en faut qu'un pareil syndrome se trouve toujours au complet, mais il suffit de l'existence de quelques-uns de ces signes pour commander formellement l'intervention. Nous mettons au premier plan : la *dissociation du pouls et de la température*, sur laquelle Jalaguier a le premier insisté. Devant un pouls à 110 et une température à 99° F., pas un chirurgien, à l'heure actuelle, ne peut hésiter, car la seule chance de sauver son malade est dans une intervention immédiate. De même la diminution de la sécrétion urinaire, la non émission des gaz par l'anus sont des signes de première importance.

Quénu a, dans la séance du 7 mai 1902, attiré l'attention de la Société de Chirurgie sur la diffusion précoce de la douleur à tout le ventre, diffusion qui serait en rapport avec l'infection des ganglions mésentériques : ce signe serait d'autant plus important qu'il pourrait s'observer dans les 24 premières heures, et en indiquant l'empoisonnement des ganglions indiquerait par cela même et la gravité de l'appendicite en cause et la nécessité d'une opération immédiate.

Nous citerons enfin un signe qui suffit à décider Jalaguier à opérer, lui qui cependant n'est pas un interventionniste mais qu'il a lui-même mis en valeur et qui consiste dans " la faible intensité et la disparition soudaine et complète des manifestations locales de l'appendicite, tandis que les phénomènes d'infection générale persiste en s'aggravant ".

Ce signe décèle une forme de l'appendicite d'autant plus redoutable que, non prévenu, on se laisserait aisément tromper à ce calme apparent, survenant ordinairement au 4<sup>e</sup> et au 5<sup>e</sup> jour, mais le pouls qui reste élevé la température qui reste basse, sont suffisants à un esprit prévenu pour saisir toute la gravité de l'heure présente et agir en conséquence. Car ici nous ne nous trouvons plus comme précédemment devant une infection généralisée cherchant à se localiser sur l'appendice, mais bien à une infection ayant débuté par l'appendice et qui se généralise secondairement.

Il ne me reste plus qu'à étudier les cas où l'appendicite s'étant franchement localisée, on se trouve en présence d'un plastron, d'un gâteau symptomatique d'une défense énergique du péritoine, à l'abri de laquelle un abcès peut évoluer sans danger immédiat pour la séreuse.

S'il y a des signes de fluctuation, de suppuration, il faut marcher au pus, ouvrir l'abcès et drainer, personne sur ce point ne peut hésiter. De même si au bout du 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour alors que la fin de la crise doit approcher, si au lieu de s'abaisser la température s'élève, s'il y a de grandes oscillations du thermomètre, ou bien si la température s'abaissant progressivement n'est pas suivie par un abaissement proportionnel du chiffre des

pulsations, s'il y a un ou plusieurs frissons, si les douleurs locales augmentent d'acuité, il faut opérer, et cela surtout si l'empatement qui existe toujours alors devient le siège d'une sensibilité douloureuse à sa partie centrale.

Mais que faire en présence d'un empatement, d'un gâteau péritonéal, alors que rien ni dans les signes généraux, ni dans les signes locaux ne permette de dire si un abcès se forme ou non derrière ces adhérences, surtout quand on sait l'évolution souvent torpide en apparence de ces suppurations enkystées. Les interventionnistes n'hésitent pas à opérer au risque de détruire des adhérences, et de contaminer la grande cavité, au risque même de pratiquer une opération incomplète en ne pouvant enlever l'appendicite, tant ils redoutent l'évolution de ces suppurations, et la péritonite généralisée secondaire d'une fatalité presque absolue. Ils affirment que leur intervention a été toujours sans danger pour la grande séreuse.

Les abstentionnistes au contraire, devant le danger toujours possible d'une contamination directe de la grande cavité au cours de l'opération, devant l'impossibilité très commune de ne pouvoir enlever l'appendice, préfèrent attendre qu'un des signes que je vous ai indiqués leur commande l'intervention.

Sur ce point il n'est pas possible de poser encore une règle de conduite absolue, la publication intégrale des statistiques des deux partis permettra seule de conclure dans un avenir, j'espère rapproché. Vous y contribuerez, messieurs, si, comme je vous en conviais au début, vous apportez au prochain congrès le résultat de vos propres observations.

#### De la suture métallique dans le traitement des fractures\*

Par O. F. MERCIER.

*Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université Laval de Montréal,  
Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.*

Le traitement des fractures a fait, dans ces dernières années, un énorme progrès, et, aujourd'hui, grâce au perfectionnement des appareils, grâce aux rayons X, grâce à l'antisepsie, le chirurgien est à peu près maître de n'importe quelle fracture et peut, en sachant bien utiliser à propos les divers moyens que le progrès nous a acquis, conserver au membre fracturé non seulement sa force et son utilité, mais aussi sa longueur et sa forme normale.

Les anciens appareils si encombrants, qui demandaient tant de surveillance et exposaient à tant de déboires, ont fait place depuis déjà plusieurs années aux si légers et si élégants appareils de Maisonneuve, d'Hergot, de Hennequin. A la longue clisse de Liston avait déjà succédé l'appareil à tractions continues,



si simple et pourtant si efficace et, en même temps, si confortable. Des chirurgiens plus hardis, non contents de ce que nos donnait déjà la gouttière plâtrée, ont imaginé de la perfectionner au point de pouvoir guérir les fractures de jambes tout en permettant au blessé de marcher pendant tout le temps de la consolidation, et ce, sans préjudice pour la guérison, je veux parler de l'appareil ambulatoire.

Enfin, grâce à l'antisepsie les fractures exposées, voir même les grands écrasements avec fractures multiples exposées nous donnent encore de bons, je dirai même, d'excellents résultats. L'embaumement a rendu possible la conservation de ces membres qu'autrefois il fallait sacrifier de suite, de crainte d'infection grave amenant, la plupart du temps, un dénouement fatal.

Puis la suture métallique est venue pour ainsi dire compléter notre arsenal chirurgical, et, question encore tout à fait à l'ordre du jour, nous en sommes à vouloir régler ses indications.

Enfin, viennent les rayons X, le dernier perfectionnement mais non le moins important ni le moins merveilleux. Avec lui nous avons pu constater combien souvent des résultats qui, jusqu'alors, avaient paru irréprochables, le sont peu ; que de fractures, parfaitement consolidées en apparence, nous laissent voir des défauts considérables dans leur mode de consolidation si on les soumet à l'épreuve des rayons X.

Tuffier en France, et Lane en Angleterre ont magistralement attiré l'attention du public médical sur ce fait de la consolidation vicieuse de la plupart des fractures traitées par nos moyens habituels. Tuffier, se basant sur des expériences nombreuses, en est venu depuis déjà une couple d'années à employer presque systématiquement la réduction à ciel ouvert suivie de la suture métallique et de l'enchevillement de l'os fracturé : il a publié, dans la " Presse Médicale ", deux très intéressants articles sur ce sujet, il a ouvert, là, la voie à de nouvelles études, à de nouveaux perfectionnements dans le traitement des fractures.

La valeur de la suture métallique n'est plus discutée aujourd'hui, il s'agit maintenant d'en établir exactement les indications.

Trois circonstances principales réclament la suture métallique :

1° La plupart des fractures ouvertes, surtout : (a) si la réduction et la contention sont difficiles et peu certaines, (b) si la fracture est oblique avec tendance au déplacement avec chevauchement, (c) si la fracture est multiple, (d) si elle siège près d'une articulation, (e) si le siège de la fracture est souillé ;

2° Certaines fractures, non exposées : fracture de Dupuytren avec ou sans arrachement de la malléole interne ; la fracture en V ou oblique du tibia, et certaines fractures articulaires ; fracture de l'olécrâne, fracture de la rotule ;

3° Les fractures vicieusement consolidées, les pseudarthroses, les défauts de consolidation sont aussi justifiables de la suture métallique qui vient alors compléter la résection.

1° *Fractures ouvertes.*— Pour ce qui concerne les fractures ouvertes, la question, je crois, est aujourd'hui parfaitement réglée. Il ne peut y avoir qu'avantage à fixer solidement, en juxtaposition parfaite, des fragments, qui, autrement, se réduiraient difficilement, pour ne pas dire plus, et ne tendraient qu'à se déplacer de nouveau. Ici, le chemin est tout tracé ; la plaie est déjà faite et ce, dans de mauvaises conditions ; l'opération servira non seulement à obtenir une bonne réduction, mais aussi à nettoyer le siège de la fracture, qui est le plus souvent souillée ; il contient même des corps étrangers : terre, débris de vêtements, etc., au besoin à enlever les esquilles vouées à la mortification, et, enfin, à réséquer les fragments qu'il serait impossible de juxtaposer autrement, tel qu'il arrive souvent au cours des fractures multiples.

Non seulement le chirurgien de nos jours ne doit plus craindre l'infection chirurgicale dans une intervention semblable, mais il saura prévenir l'infection causée par le traumatisme lui-même : les merveilleux résultats fournis par l'embaumement en sont un témoignage frappant.

Ainsi donc, pas d'hésitation, et, à moins de contre-indications spéciales, chaque fois que le chirurgien est en présence d'une fracture simple ou multiple compliquée de plaie, si cette fracture est difficile à réduire, et surtout difficile à contenir, son devoir est tout tracé : c'est l'intervention sanglante qui s'impose.

Dans ces dix dernières années, tant dans ma clientèle civile qu'hospitalière, j'ai eu souvent l'occasion de traiter ces fractures graves, et je n'ai jamais eu à regretter d'être intervenu et d'avoir tenté la suture métallique qui, chaque fois, m'a donné d'excellents résultats. Je ne vais pas jusqu'à dire que l'on doit toujours y recourir dans tous les cas indistinctement, mais je crois que, pour la majeure partie de ces fractures, elle est sûrement indiquée. Si les fragments ne peuvent être remis parfaitement en place avec nos moyens ordinaires ; si la contention est difficile et incertaine, il vaut mieux intervenir ; il n'y a rien à perdre et tout à gagner. Que de fois je suis intervenu alors que je croyais trouver peu de dégâts, et, cependant, j'y trouvai de multiples fragments qu'il eût été absolument impossible de remettre en place autrement qu'en opérant à ciel ouvert ; ou bien des esquilles complètement détachées, qui se seraient certainement nécrosées, que j'enlevai de suite, et dont je fus obligé, alors, de réséquer les fragments afin d'obtenir, à l'aide de sutures métalliques bien placées, une juxtaposition parfaite et solide.

Les fractures en V du tibia, si surtout la plaie est de quelque étendue, ne devraient jamais être traitées

autrement que par la suture métallique. L'hiver dernier, (pour faire voir combien la réduction est quelquefois impossible avec les moyens ordinaires), j'avais à traiter une de ces fractures obliques du tibia compliquée d'une petite plaie : j'incisai largement le siège de la fracture, et, après avoir percé les fragments et y avoir ajusté les fils d'argent, je ne pus faire la réduction qu'en saisissant les deux fragments juxtaposés dans les mors du davier de Farabeuf. En les pressant fortement l'un sur l'autre, les os se remirent en place à la façon d'une clef de voûte. Le résultat fut excellent et rapide.

OBSERVATION I. — Dernièrement, je vis une fracture très grave de Dupuytren, avec luxation complète du pied en dehors, fracture du péroné à quatre travers de doigts au-dessus de la malléole, et fracture de la malléole interne, le tibia faisant issue à la partie interne par une plaie transversale d'environ trois pouces. C'était à l'hôpital. Le malade est immédiatement sous l'influence du chloroforme ; j'agrandis l'incision, je lave le mieux possible l'articulation que je trouve remplie de terre ; j'irrigue longuement la plaie dans tous ses recoins d'un jet vigoureux d'une solution antiseptique très chaude au sublimé ; avec des compresses stérilisées et sèches je frotte les fragments et les parties molles pour en détacher les saletés, puis, après avoir rempli la plaie de pommade antiseptique, je pratique la réduction qui s'opère facilement. Je constate alors qu'il y a tendance au déplacement que je corrige à l'aide de deux sutures métalliques placées, d'une part sur la malléole interne arrachée et tenant parfaitement au pied, et, d'autre part, sur l'extrémité inférieure du tibia. Le pied, dès lors, n'eut plus aucune tendance à se déplacer et mon malade guérit rapidement sans encombre, avec une très bonne articulation.

Je n'insiste pas davantage, car la chose il me semble, est frappante. L'opération de la suture métallique, simple, inoffensive, donne une guérison parfaite et, de plus, nous permet de nettoyer, de désinfecter et d'embaumer le siège de la fracture. En réalité, loin d'exposer à l'infection, nous la prévenons d'une manière à peu près certaine.

(A suivre)

## Revue Analytique

### La responsabilité du chirurgien en face des suites post-opératoires

Les statistiques touchant les suites des opérations, donnent lieu dans beaucoup de cas, à des conclusions erronées quant à la valeur de l'opération elle-même.

Tout le monde sait qu'étant données des circonstances particulières, l'opération est, sans contredit, absolument indiquée, et doit être pratiquée, quelque soit le résultat, pour sauver la vie du malade. Personne ne peut nier, dans ces circonstances, l'adresse et la hardiesse des chirurgiens.

Cependant il y a des cas où l'on opère plutôt pour soulager certaines conditions, qui, d'elles-mêmes ne sont pas suffisamment sérieuses pour mettre la vie en danger, mais qui peuvent causer beaucoup de malaise, d'ennui et de douleur. Souvent la condition de la malade est telle qu'elle aime mieux subir une opération, et elle se fie sur le jugement plus éclairé de son médecin, pour déterminer le degré de soulagement qui suivra l'épreuve opératoire. Ce soulagement est quelquefois très grand. Mais l'expérience démontre que beaucoup de cas développent ce que l'on pourrait appeler "des symptômes de substitution", de façon que l'état de la malade, quoiqu'amélioré d'un côté, s'empire d'un autre ; et par conséquent l'opération n'a pour elle aucun effet avantageux.

Probablement la plupart des médecins d'expérience conviendront, qu'un très grand nombre de femmes, qui ont subi une laparotomie pour causes diverses, considèrent l'opération manquée ; non pas parce que le mal particulier, pour lequel l'opération a été faite, n'a pas été soulagé, mais parce que d'autres symptômes associés se sont développés, et rendent la vie tout aussi misérable qu'auparavant. Ainsi nous pouvons citer le cas d'une femme sur laquelle on a opéré pour une salpingite chronique, qui lui causait beaucoup d'ennui et de douleur, mais qui n'était pas d'un caractère assez grave pour mettre sa vie en danger. Quant aux suites de l'opération le retour à la santé fut rapide et parfait, mais la condition générale de la malade s'aggrava. Les douleurs pelviennes furent pirent après qu'avant l'opération, et devinrent à la fin si sévères qu'une seconde laparotomie fût faite. Le chirurgien "trouva et ôta une ligature enkystée" ; mais, malgré le succès de cette seconde opération, la malade souffre encore autant de malaise et de douleur. Ce qu'elle cherchait, c'était la santé ; et le fait, qu'on lui a ôté la cause originelle de sa mauvaise santé pour y substituer une cause nouvelle, n'augmente d'aucun façon son bien-être.

Et encore, il ne faut pas oublier que le choc au système nerveux et l'administration de l'anesthésique produisent des effets, qui durent beaucoup plus longtemps, que ceux qui se manifestent aux yeux du chirurgien, durant quelques heures voire même quelques jours après l'opération. Il se développe des manifestations neurotiques, anémiques, digestives, circulatoires et autres qui demandent la plus grande adresse de la part du médecin après que la malade revient du lieu de triomphe opératoire.

En d'autres termes avant de conseiller une opération le médecin et le chirurgien devraient, non seulement discuter le succès probable pour la malade de l'é-

preuve opératoire, mais aussi la question, si, à la suite heureuse de cette épreuve la dernière condition de cette femme ne sera pas pire que la première. Plus d'une fois des cas d'appendicite chronique ont été opérés, et la vie des malades a été abrégée, par ce qu'ils sont morts peu de jours après de complications post opératoires, quand ils auraient pu vivre des semaines ou des mois avant qu'une autre attaque d'appendicite se fut déclarée.

La découverte des anesthésiques a aussi son mauvais côté puisqu'elle a rendu, avec l'aide de l'antisepsie, presque trop faciles certaines opérations. Après tout, le peuple, qui craint tant le couteau, a dans son ignorance un petit peu raison, et démontre la vérité de l'adage que les enfants de ce monde sont plus sages que les enfants de la lumière, car, quoiqu'ignorants, leur crainte des suites fâcheuses est plus forte que celle de leurs conseillers. H. L.

(*Therap. Gaz*, feb. 1902)

---

**NOUVELLES.**

---

**NAISSANCES :—**

A Varonnes, l'épouse de M. le Dr F. P. Geoffrion, un fils.

**NÉCROLOGIE :—**

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Alfred Letourneau, d'Alpara Michigan, décédé subitement le 7 de ce mois à Arthabaskaville, P. Q., chez son beau frère, M. J. B. Ouellet, où il était en promenade depuis quelques temps. Le docteur qui n'était âgé que de 41 ans, était un ancien élève de l'Université Laval à Québec et ancien Interne de l'Hôpital de Marine.

A Lanorais, est décédé subitement, le Dr Saint-Germain. Le défunt était établi à cet endroit depuis quelques années.

Nos condoléances aux familles si cruellement éprouvées.

---

**NOMME MEDECIN A L'HOTEL-DIEU**

Nous avons le plaisir de présenter à nos lecteurs, M. le Dr J. H. Chalifoux qui vient d'être nommé médecin à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Le nouveau titulaire est né à St Hyacinthe, où il suivit les cours du collège et vint à Montréal faire sa philosophie. Admis à la pratique de la médecine, en 1885, le Dr Chalifoux alla se fixer à Haverhill, Mass., où il pratiqua avec succès pendant neuf ans. Dans ce court laps de temps, il sut, grâce à un travail constant et à une nombreuse clientèle s'amasser une jolie fortune qui devait lui permettre, plus tard, d'aller dans les

grands centres. Lors de son séjour aux Etats-Unis, il eut l'honneur d'être admis, en 1890, après un sévère examen oral et écrit, membre de la Société Médicale du Massachusetts, distinction fort enviée dans les cercles médicaux américains. En 1894, il résolut de revenir au pays, mais avant son départ, le Dr Chalifoux alla suivre



à New-York un cours de trois mois à la Polyclinique. Il se fixa ensuite définitivement à Montréal, où après quelques années de pratique, il se décida à aller en Europe assister aux leçons des maîtres de l'art médical et chirurgical ; c'est ainsi qu'il suivit les hôpitaux de Rome, de Londres, ceux d'Allemagne et de France surtout, où il demeura trois ans.

De retour de Paris depuis quelques mois seulement, le docteur Chalifoux reçoit déjà comme preuve de son mérite sa nomination de médecin à l'Hôtel-Dieu.

Nous profitons de cette occasion pour présenter à notre distingué confrère, nos plus sincères félicitations.

---

**Société médicale du district de Kamouraska**

Le 9 de ce mois, avait lieu la troisième réunion de la société médicale du district de Kamouraska.

Malgré la distance et les mauvais chemins, presque tous les médecins étaient présents.

Le président M. le docteur F. J. Langlais de Trois-Pistoles, a présenté un travail très instructif et très élaboré sur les moyens à prendre pour guérir la consommation et empêcher la propagation de cette terrible maladie.

Plusieurs médecins après lui ont pris la parole dans le même sens.

A la suite de ces travaux scientifiques, l'adoption d'un nouveau tarif, que chacun s'est engagé sur parole d'honneur de respecter, a été résolu. Ce tarif est plus élevé que le tarif actuel ; il sera en vigueur sous peu.

A 5 hrs, nos esculapes se sont séparés pour retourner à la besogne, enchantés de cette réunion si amicale.

La prochaine réunion aura lieu le 11 décembre.

Par ordre,

F. E. GILBERT, M. D. Sec.

## Supplement Litteraire

Les Raisons du professeur Koch

(Suite)

Je fis un geste de surprise et de protestation. Je regrettais de voir le savant professeur manquer de mesure à ce point, et il me semblait bien que cela non plus n'était pas un " procédé scientifique ". Y avait-il du moins, dans ces paroles, la rancune d'un doctrinaire battu en brèche par un batailleur irrespectueux, la revanche d'une vanité blessée, le coup de cravache d'un autoritaire, le dédain d'un maître universel pour un inconnu qui l'assaille de front, ou le propos réfléchi d'un puissant qui assomme un faible ?... Mais non ; je l'écoutais et je le regardais et vraiment je ne percevais, dans son regard ou dans sa voix, ni dédain ni colère. J'y sentais surtout de l'indifférence. Il semblait détaché des choses dont il m'entretenait, et il planait très haut, sans orgueil et sans forfanterie, avec la simplicité assurée d'un savant qui disserte d'un cas.

Cependant oubliait-il qu'une vie était en jeu dans ce débat ? N'éprouvait-il pas un peu d'émotion devant la tragédie qu'il avait déchaînée ? Pouvait-il vraiment, sans excès de jugement, décréter de cabotinage une épreuve qui, peut être, est héroïque et sincère ? Un petit mouvement de son cœur n'allait-il pas, au fond de sa conscience, ébranler la certitude de sa science ? Je le lui demandai. Il me répondit sans embarras, avec une absence de pitié dont, je l'avoue, je fus impressionné :

—Encore une fois, la vie de M. Garnault n'est pas en danger et je répète que c'est un grand malheur que des hommes comme lui puissent inquiéter et induire en erreur le gros du public. Je m'étonne qu'en France, où la science est si brillamment représentée on puisse s'occuper de choses pareilles. C'est en Amérique que M. Garnault aurait dû aller se produire ; il est vrai que, là, il n'eût pas été le premier. Avez-vous oublié l'aventure de miss King qui, devant son émule français, s'est fait inoculer au cou la tuberculose bovine, et dont les photographies réclamières ont empli les vitrines ? Il y a huit mois de cela, et, depuis, on n'en a plus eu de nouvelles : si elle était morte, on le saurait.

Le docteur Koch avait des mots terribles, et qui m'épouvantaient.

—Qu'on laisse ces questions-là aux savants. Des Commissions sérieuses les étudient actuellement en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, partout et il faudra des années et des années avant que la question soit résolue définitivement. Moi-même, je continue mes expériences. Je n'en publie pas les résultats partiels, parcequ'il ne me convient pas de mettre la presse en émeute, comme fait le docteur Garnault, qui recherche surtout les effets de théâtre. Mais je ferai connaître, quand il en sera temps, les conclusions auquel j'aurai abouti.

—Maintenez vous donc l'opinion que vous avez exprimée au congrès de Londres ?

—Je la maintien intégralement, et toutes les recherches que j'ai fait depuis m'y confirment. Je me suis d'ailleurs contenté, à Londres, de reprendre une thèse émise par des savants américains, et l'on ne m'en a arbitrairement donné la paternité que parce que mon nom est peut être plus répandu que le leur. Mais qu'il n'y ait pas d'équivoque. Je n'ai pas dit que la contagion fût impossible ; j'ai dit qu'elle était sans conséquence grave ; j'ai dit aussi que la tuberculose bovine n'est pas transmissible à l'homme par le lait. Le lait n'est pas plus un véhicule de tuberculose qu'il n'est un véhicule du charbon et de la rage : et cela n'est pas contesté, je pense ? Cette proposition est-elle absolue ? Personne ne peut le dire, et je ne le sais pas. Mais la contagion par le lait est, je l'affirme, tellement rare et exceptionnelle qu'il est inutile que le monde entier dépense des millions et des millions à de vaines et inutile protections. Que l'on construise donc des sanatoria, des hôpitaux pour les hommes, et tout cet argent, du moins, sera utilement dépensé. Voilà la vraie question. En réponse à cette proposition, que fait le docteur Garnault ? Il s'inocule des morceaux de chair tuberculeuse ! Ce n'est pas sérieux. La seule expérience à tenter, puisqu'il tenait à se mettre en avant, eût été de s'astreindre à boire, pendant un an, du lait de vache infectée. C'est ce que je lui ai dit quand il est venu me voir, il y a six mois.

—Et il a refusé ?

—Je le crois bien !

—Mais pourquoi ?

Il eut, dans sa barbe drue, un petit rire sec :

—Vous comprenez bien qu'il est moins retentissant de boire du lait que de s'ouvrir le bras !

Le professeur Koch n'avait pas le visage d'un homme féroce ni vindicatif ni envieux. Mais je me retirai de lui avec une angoisse : il y a une beauté sinistre et effrayante dans la certitude d'un savant pour qui sa science ne se trompe pas.

(Georges BOURDON in *Gaz. méd. Belge.*)

### Ce que gagnent les Médecins.

M. Chaillyset, dans une conférence, a donné les renseignements suivants sur ce que gagnent les médecins " Je prendrai d'abord comme exemple, a-t-il dit, M. le Dr Brouardel, l'une des sommités du monde médical. A 28 ans, sa famille avait dépensé 50,000 francs pour son éducation. La première année, il a gagné 650 francs. La 7<sup>e</sup> année 5.100 frs. Et je vous parle là d'un homme hors ligne. — A Paris, il y a actuellement 2.600 médecins. Il y en a 40 qui gagnent de 2 à 300.000 francs ; 50, 100.000 fr. ; 50, de 50 à 100.000 fr. ; 200, de 30 à 50.000 fr. ; 200, de 20 à 30.000 fr. ; et 1.700 gagnent une moyenne de 3.625 francs. — En France, il

y a 16.000 médecins qui gagnent 2.750 en moyenne ”.

Ces chiffres sont malheureusement trop près de la vérité pour ne pas être effrayants. Le chiffre de 3.000 fr., donné ici, ne correspond pas au *gain net* comme on pourrait le croire, mais au *gain brut*. Beaucoup de confrères ne touche pas beaucoup plus de leur clientèle *purement médical*.

(Gaz. Méd. belge.)

#### Une belle opération

Les lecteurs de *El Hadira*, journal tunisien, n° 690 (mardi 3 juin 1902), ont pu se délecter dans le récit d'une bien belle opération :

“ Nous apprenons que le Dr X., médecin en chef de l'hôpital Sadiki, ne cesse de faire des opérations chirurgicales et de délivrer des griffes de la mort, ce qui témoigne de sa parfaite habileté et ce qui indique son intérêt toujours croissant pour le progrès de cette maison médicale dans la voie de la guérison et de l'humanité. Ainsi, se présenta à ses mains dans le milieu du mois courant, un homme de la tribu des Oulad-Ayar, nommé Mahmoud ben Belkassam, la tête fracassée d'un coup de matraque (*karoua*), prêt à mourir. *Le médecin sortit la cervelle du blessé en dehors de ses membranes et changea l'enveloppe*. Il assembla les os de la tête fracassée, dans un ordre tel et de telle sorte, qu'elle devint comme elle était avant. Et avec l'aide de Dieu et l'habileté de ce médecin adroit, ce malheureux obtint les bienfaits de la guérison, et il ne tarda pas à rentrer dans son pays. Puisse Dieu multiplier l'espèce de ce savant et faire, par sa main, le bien de tous ”.

*El Hadira* ne dit pas par quoi on a bien pu remplacer l'enveloppe de la cervelle, ce qui serait cependant intéressant à connaître.

(Gaz. méd. belge.)

#### La folie en Angleterre

Il ressort d'un document officiel qui vient d'être publié qu'il y a, en Angleterre, par 10.000 habitants 33.55 personnes atteintes de folie. La proportion a augmenté régulièrement depuis 1859 où elle n'était que de 18.67 par 10.000 habitants. Au 1er janvier 1902, il y avait en Angleterre et dans le pays de Galles 110.713 aliénés, soit 2.769 de plus qu'au 1er janvier 1901. Au-dessous de trente-quatre ans, on compte un grand nombre d'hommes, mais au-dessus de cet âge les femmes sont en plus grande quantité. Ainsi, sur 200 aliénés âgés de plus de trente-quatre ans, on compte 109 femmes et 91 hommes. Il semble d'après ce rapport, que certaines professions causent plus facilement la folie que d'autres. C'est dans l'ordre suivant que ces professions sont classées : *médecins, avocats, cochers de cab et d'omnibus, actrices, commis voyageurs, marchands de tabac, soldats,*

*fabricants de boîtes, coiffeurs, mécaniciens (sur les locomotives), ramoneurs, marchands des quatre-saisons et mendiants.* La principale cause pour cette augmentation inquiétante est due, surtout dans les classes ouvrières, à la boisson.

(Gaz. méd. belge.)

#### La photographie

Comme moyen de diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.

D'après Henneage Gibbes, l'emploi des plaques orthochromatiques permettrait de démontrer l'existence de l'éruption caractéristique des taches rosées avant que l'œil puisse les percevoir.

Voici comment il conseille de procéder. La tête et la figure du malade étant recouvertes on met à nu la région abdominale. Pour faciliter la mise au point, on colle sur la peau un morceau de papier imprimé. Un aide dirige sur le ventre la lumière d'un miroir. On doit se servir des plus rapides des plaques orthochromatiques. Sur une série de six clichés, deux au moins montreront l'éruption.

Pour le développement des plaques, les meilleurs résultats s'obtiennent avec une solution faible d'hydroquinone ou de paramol.

(Jour. de méd. de Paris)

#### Les asiles d'aliénés ouverts

Le système de la “ porte ouverte ” n'est pas seulement une doctrine économique ; c'est aussi une méthode préconisée par de nombreux aliénistes. C'est depuis quelques années seulement qu'on a commencé, en France, à laisser les fous jouir d'une demi-liberté ou à les placer dans des familles qui en assuraient la garde. Une statistique récente apprend les résultats de ce système. Elle démontre que, plus un asile d'aliénés s'entoure de murailles rébarbatives et prend des aspects de caserne ou de prison, plus les évasions y sont fréquentes. C'est ainsi qu'à Villejuif, qui réalise ce type accompli, sur 1.392 aliénés, il y a eu, en une seule année, 49 évasions, soit un peu plus de 3 pour 100. Au contraire, à Ville-Evrard, qui n'est même pas clôturé extérieurement et où l'on applique la méthode de la plus grande liberté, sur 1,129 malades, on ne relève que 28 évadés, soit environ la proportion de 2.5 pour 100. Encore la plupart d'entre eux sont-ils rentrés de leur plein gré, ayant simplement voulu s'octroyer une journée de vacances ou voir leur famille.

On a même constaté que le seul fait d'avoir clôturé par une baie vive, un champ où se trouvaient des travailleurs atteints de maladies mentales, provoquait des évasions plus fréquentes.

(Gaz. méd. de Paris.)

## Revue du "Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord" (1)

### De la suture métallique dans le traitement des fractures

Par O. F. MERCIER.

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université Laval de Montréal,

Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.

(Suite et fin)

2° *Fractures simples.*— Si, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, nous ne redoutons plus guère les complications qui peuvent survenir à la suite des fractures ouvertes, à plus forte raison l'incision chirurgicale d'une fracture est-elle devenue encore plus inoffensive. Est-ce à dire que cette opération ne présente aucun danger ? Oui, au point de vue chirurgical. Mais, n'y aurait-il que le danger du chloroforme, que ce serait suffisant pour défendre au chirurgien d'intervenir systématiquement dans toute fracture, car, pour la plupart des cas, les moyens dont nous disposons, en dehors de l'opération sanglante, suffisent à nous donner de très bons résultats, au point de vue de la force et de l'utilité du membre, sont excellents. Il est absolument établi qu'un léger raccourcissement ne nuit en rien, et, quant aux déviations dans l'axe de l'os, il suffit que le chirurgien connaisse son affaire et suive bien son malade pour qu'il soit absolument à l'abri de cet accident.

Aussi, la proportion est, pour cette deuxième catégorie, absolument renversée ; dans notre première division nous conseillons la suture métallique pour la plupart des cas ; ici, c'est le contraire ; les appareils suffisent pour la grande majorité des fractures simples, mais il ne faut pas hésiter de recourir d'emblé à la suture métallique pour un certain nombre de fractures que je vais essayer de déterminer.

Pour ce qui est de la fracture de la rotule, ou de l'olécrâne, la question n'a pu, malgré toutes les discussions qui ont été soulevées à ce sujet en ces dernières années, être décidée d'une manière catégorique. Nous obtenons de bons résultats avec les appareils, de meilleurs avec la suture et surtout de plus rapides, mais, d'un autre côté, les appareils sont inoffensifs et la suture, il faut bien l'avouer, ne l'est pas toujours. D'ailleurs, il y a un moyen terme : la suture peut toujours se faire secondairement si le traitement simple a failli ou n'a pas donné de bons résultats. Je crois que le chirurgien doit s'efforcer de reconnaître quels sont les cas où les fragments se laissent rapprocher assez facilement et maintenant en place par les simples appareils ; mais, s'aperçoit

il que le rapprochement est difficile, son devoir est, de suite, de proposer au blessé l'intervention sanglante qui ne sera faite d'ailleurs que quand l'inflammation causée par le traumatisme même sera disparue ; soit huit à dix jours.

J'ai déjà eu cinq fois l'occasion de recourir d'emblée à la suture métallique pour fracture de la rotule. Mon premier cas n'a pas été un succès. Ayant opéré trop tôt, et n'ayant pas vidé complètement l'articulation des caillots qu'elle contenait, il y eut inflammation et suppuration ; mon malade a fini par guérir, mais ce n'est qu'à force de lavages articulaires et de drainage que j'ai pu lui sauver et la vie et son articulation. Mes quatre autres cas ont guéri sans aucun accident ; tous quatre, au bout de 18 à 20 jours, pouvaient marcher assez facilement ; la raideur articulaire fut de courte durée et le résultat définitif excellent, sans écartement et avec une articulation parfaite.

Quoique je n'aie pas eu l'occasion de pratiquer la suture métallique de l'olécrâne, je n'aurais pas d'hésitation à le faire aujourd'hui ; et je la préférerais aux appareils. Ici, d'ailleurs, on a besoin d'un résultat plus parfait, cette articulation du coude demandant plus de souplesse à cause des services qu'on est en droit d'en attendre ; de plus, je craindrais moins l'infection qui, de fait, avec les précautions ordinaires, n'est aucunement à craindre.

Les fractures du bras et de l'avant-bras n'ont pas besoin de la suture métallique, si ce n'est, cependant, la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus où il y a tendance au déplacement à cause de la proximité de l'articulation. Ici encore, c'est question d'appréciation de la part du chirurgien. Malgré tout, la plupart de ces fractures se maintiennent bien avec une bonne réduction et un bon appareil plâtré bien mis en place, mais, plutôt que de risquer une consolidation vicieuse, il vaut mieux intervenir à main armée, car une mauvaise consolidation signifie la perte de la presque totalité des mouvements d'extension et de flexion de cet article.

Il reste deux fractures où, je crois, la suture métallique est absolument indiquée : ce sont deux fractures de jambe : la fracture classique en V, et la fracture Dupuytren avec arrachement de la partie externe du tibia ou de la malléole interne.

Il suffit d'être quelque peu au courant du traitement des fractures pour savoir combien ces fractures sont difficiles à réduire, et surtout à maintenir réduites. Leur histoire d'ailleurs ne parle-t-elle pas assez par elle-même. Que d'instruments n'a-t-on pas imaginés pour leur guérison : la pointe de Malgaigne en est un spécimen frappant. De fait, s'il est une fracture qui ne se consolide jamais que vicieusement, c'est bien la fracture en V du tibia ; seulement, il ne faut pas oublier que, malgré un peu de chevauchement des fragments et de raccourcissement, le résultat, au point de vue utilitaire, peut-être très bon, question d'esthétique et de rapidité de consolidation à part.

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.

Dans ces dix dernières années, j'ai eu à traiter un très grand nombre de ces fractures en V, et je dois confesser que jamais, avec les moyens ordinaires, je n'ai eu de résultats parfaits. J'ai eu quelquefois des retards de trente à quarante jours dans la consolidation, mais toutes ont fini par guérir et me donner d'assez bons résultats ; mais aussi j'ai toujours eu beaucoup d'ennui et de trouble au cours du traitement ; la réduction, même sous le chloroforme, s'est rarement effectuée complètement, et, même quand j'ai pu réussir à juxtaposer exactement les fragments, le chevauchement a presque toujours eu lieu dans la suite, et il m'a fallu me contenter d'une union solide avec axe du membre exactement conservé.

Il n'en est pas ainsi des fractures traitées par la suture métallique, le cercle, etc. J'ai, trois fois, recouru d'emblée à ce traitement pour des fractures obliques du tibia sans complication de plaie, et je n'ai eu qu'à me louer de mon entreprise. Chaque fois, j'ai pu constater que la réduction à ciel ouvert seule était possible, et ce, en m'aidant des forts daviers de Farabeuf. Les résultats ont été parfaits, le traitement consécutif à peu près nul, et la guérison très rapide, même chez un de ces blessés qui était un alcoolique avéré.

J'ai eu aussi des déboires et des ennuis avec quelques cas de fractures de Dupuytren traitée par les appareils. Je n'ai encore jamais eu recours à la suture métallique pour cette fracture, si ce n'est, comme je l'ai cité plus haut, quelquefois, alors qu'il y avait luxation complète avec hernie des fragments. Aujourd'hui, je n'hésiterais pas et je me promets bien de recourir à la suture métallique pour cette fracture qui, à cause de ses tendances à se déplacer, et de sa proximité de l'articulation, ne donne que de mauvais résultats, avec un pied permanemment tourné en dehors. Je passerai un fil de part en part, à travers les deux malléoles, par deux trous juxtaposés de manière à former une anse complète qui encerclera le fragment externe sur l'extrémité interne du tibia ; l'application d'une vis ferait aussi très bien l'affaire. S'il y a arrachement de la malléole interne j'opérerais comme j'ai déjà mentionné, c'est-à-dire que je suturerais la malléole à l'extrémité inférieure du tibia.

Voilà donc les quelques fractures non exposées et les quelques circonstances où je crois que le chirurgien est non seulement autorisé mais tenu de faire la suture métallique des fragments par les procédés connus et que je n'ai pas d'ailleurs l'intention de décrire ici.

3° *Fractures vicieusement consolidées ou absence de consolidation.*— La question n'est pas neuve, aussi n'ai je pas l'intention d'insister sur cette troisième partie de mon sujet. J'ai, jusqu'à ce jour, eu plusieurs cas de mauvaise consolidation à corriger ; j'ai fait, quatre fois, la résection du fémur, que j'ai chaque fois, complétée par la suture métallique. J'ai aussi pratiqué l'ostéotomie avec suture métallique pour deux fractures du tibia

vicieusement consolidées, et j'ai aussi ostéotomisé deux radius : c'est là tout mon bilan. Toutes ces opérations m'ont donné d'excellents résultats. Mes résections du fémur ont toutes été drainées, moins une, et ont guéri avec légère suppuration qui, dans chaque cas, s'est définitivement arrêtée au bout de 30 à 60 jours. Les fils d'argent sont restés enkystés. Je n'ai doute pas que la résection simple des fragments et leur simple juxtaposition avec appareils seraient suffisantes, mais cependant je crois que, du moment que l'on intervient couteau en main, il vaut beaucoup mieux compléter son œuvre par une bonne suture métallique double bien appliquée qui nous donne alors une sûreté complète, et nous met à l'abri du chevauchement des fragments, par conséquent du raccourcissement. Malheureusement, trop fréquemment, surtout quand il s'agit de fractures de cuisse, les fractures de l'avant-bras ne nécessitent généralement pas de fils d'argent, il n'en est pas ainsi pour l'humérus.

Enfin, je crois que, pour cette troisième catégorie de faits, le chirurgien ne doit pas avoir de craintes ni d'hésitations. Pour une fracture non consolidée, avec chevauchement des fragments ou déviation considérable de l'axe, l'intervention sanglante s'impose, et il va s'en dire que la suture métallique est le moyen le plus sûr d'assurer la juxtaposition des fragments. C'est là, en somme, une excellente opération.

#### L'ulcère à hypopion à cent ans d'intervalle

par M. le Dr A.-A. FOUCHER

Professeur à l'Université Laval de Montréal, Médecin en chef de la  
Clinique d'Ophthalmologie, de Rhinologie et d'Otologie à  
l'Hôpital Notre-Dame

Il y a cent ans, les docteurs Demours, père et fils, pouvaient être considérés, à bon droit, comme les représentants attirés de l'ophtalmologie en France, à cette époque. Pierre Demours, médecin de la Faculté de Paris, médecin oculiste du roi, naquit au commencement du dix-huitième siècle et mourut en 1795. Il fut le premier à abandonner la pratique générale de la médecine pour en cultiver une partie déterminée.

Les biographes racontent que la foule de malades qui le consultait était si grande qu'elle ne lui laissait pas le temps de se livrer à la partie chirurgicale de sa spécialité. Les réponses aux mémoires qui lui étaient adressés de toutes les parties de la France forment sept gros volumes in-quarto, tous écrits de sa main. Il trouva le moyen de dérober à l'exercice de sa profession le temps nécessaire pour étendre un peu plus loin les notions d'anatomie, c'est ainsi qu'on lui doit la connaissance de la membrane cornéenne qui porte son nom. Son fils, A.-P. Demours, s'associa de bonne heure à ses travaux et publia, en 1818, trois volumes

qui résumant soixante-quinze années de pratique conjointe.

On retrouve dans ces volumes, avec leur couleur locale, les idées qui avaient cours à cette époque sur la pathologie oculaire. En parcourant ces pages écrites, il y a cent ans, par les plus célèbres oculistes de leur temps, on est étonné de la transformation complète qui s'est opérée dans l'interprétation des maladies de l'œil depuis cette époque. La révolution a été complète dans la classification, le diagnostic, le traitement ; on peut dire que la spécialité ne faisait que naître ; de fait, il y manquait les chapitres les plus importants.

Je ne m'attarderai pas à en faire l'énumération pour arriver immédiatement à la question des affections cornéennes.

La division des ulcères de la cornée, telle que conçue par Ambroise Paré, est reconnue en grande partie utile par Demours. Demours définit l'ulcère de la cornée une destruction partielle soit de l'adde nata, soit d'une ou plusieurs couches de la cornée. Quant au processus intime qui amène cette destruction il n'en fait aucune mention.

L'observation clinique lui a démontré qu'il existe plusieurs variétés d'ulcères quant à leur forme, leur étendue, leur profondeur, leur apparence, leur gravité, leur intensité et les causes qui les produisent.

Il dit que les ulcères superficiels sont prompts à guérir, cependant il fait remarquer que quelques-uns de ces ulcères montrent beaucoup d'opiniâtreté à guérir, si le patient est affaibli ou s'il est sujet à des fluxions. Opiniâtres encore sont les ulcères résultant d'un principe spécifique et surtout dartreux.

Les uns apparaissent enduits d'une matière blanche semblable à la craie mouillée, ils ont des bords légèrement baveux, tandis que les autres ont leurs bords très nets et transparents. Il émet l'opinion que l'ulcère qui siège au bord supérieur de la cornée est très difficile à guérir et il en donne la curieuse explication qui suit : à cet endroit, il est à peu près constamment à l'abri de l'action utile de l'air et toujours mouillé par la liqueur de la glande lacrymale. Il prend quelquefois une forme demi-circulaire et il a vu souvent alors se former un hypopion suivi de la perte de l'œil. Il est évident que cette forme toute spéciale ne lui a pas échappé mais il n'en fait pas une entité morbide distincte et surtout il ne fait aucune mention de la dacryocystite qui l'accompagne généralement. L'auteur explique encore comme suit la formation de certains ulcères : pendant le sommeil, les paupières fermées forment, avec la cornée comme base, un canal triangulaire ou coule la liqueur des larmes, cette partie de la cornée est la plus exposée à l'action de cette matière. S'il arrive donc que la liqueur lacrymale soit chargée de sels acres, capables de corroder le tissu de la cornée, l'ulcère suit la direction de ce canal.

Pour éviter un tel accident l'auteur conseille de se coucher sur le côté opposé à l'œil affecté. Pour ce qui concerne le traitement, il est ancestral au plus haut degré, écoutez plutôt : infusion légère de fleur de Surop ou de Mélinot avec addition d'un demi grain de miel rosat pour un demi septier. Il conseille de ne pas tourmenter les enfants qui refusent ces lotions attendu que les larmes qu'on leur ferait verser leur nuiraient plus que le collyre ne leur ferait de bien.

Pour justifier la non intervention, il trouva l'ingénieuse explication suivante : les fibres de la cornée se régénèrent tout naturellement, il ne s'agit que d'écartier ce qui pourrait troubler le travail de la nature en combattant d'ailleurs la cause de la maladie. Ces fibres entamées laissent suinter une liqueur lymphatique qui se durcit à l'air et forme en se desséchant une concrétion blanche et opaque, matière de la cicatrice qui succède à ces ulcères. Lorsqu'on emploie des collyres dessiccateurs on raccornit les extrémités des fibres rongées et elles perdent pour toujours leur transparence. D'où la conclusion qu'il valait mieux traiter les ulcères à l'eau de rose, et les anciens en usaient largement en vertu de cet autre principe que si ça ne faisait pas de bien ça ne causait aucun mal.

Demours reconnaît que l'hypopion provient de deux sources : soit de la cornée, entre les lames, ou de la membranes séreuse, décrite par son père en 1770.

Lorsque l'hypopion est porté au dernier degré de violence, c'est l'empyème. Pour nous, c'est plus que l'ulcère à hypopion, c'est plus que l'hypopion simple c'est l'indice d'une choroïdite purulente, d'une panophtalmite. Il attribue la cause de l'épanchement de pus dans la chambre antérieure à une violente ophtalmie, une blessure, un coup, un vice spécifique comme la scrofule, la syphilis, à tout ce qui dérange la circulation dans les vaisseaux déliés du globe oculaire. La cause la plus ordinaire lui a paru être l'extension d'une phlegmasie des membranes extrêmes de la cornée probablement, aux membranes internes du globe oculaire.

Mais il voit bien moins souvent l'hypopion causé par la violence de l'ophtalmie que par les fautes de régime, par l'application de topiques contraires, comme cataplasmes, pommades et lotions chaudes avec des collyres actifs, par des infusions trop fortes et surtout par l'emploi des vomitifs pendant l'état de l'ophtalmie très grave. L'effet des soulèvements de l'estomac n'est jamais douteux d'après lui lorsqu'il y a déjà un commencement d'épanchement. On le voit augmenter pendant que le malade vomit comme on le voit diminuer pendant que le sang coule par une saignée faite aux pieds. Des cataplasmes émoullients non seulement donnent fréquemment lieu à la formation de l'hypopion et l'augmente s'il existe déjà, mais préparent la rupture de la cornée en diminuant son res-



sort. On voit là, noyée dans un déluge de suppositions futiles, l'origine réelles de l'hypopion. Il est bien vrai que le pus provient soit de la cornée lorsqu'elle est ulcérée, soit des membranes profondes de l'œil, mais la cause réelle a complètement échappé à Demours et à ses devanciers : l'agent infectant, l'agent vivant qui après avoir élu domicile dans la cornée s'en fait un milieu de culture. On comprend que les cataplasmes aient démontré leur mauvaise effet dans ces cas, on comprend moins bien l'action attribuée aux vomitifs et à la saignée aux pieds.

Peu partisan de l'intervention dans l'ulcère cornéen en général, Demours ne l'est pas davantage dans le traitement de l'hypopion.

L'ouverture de la cornée lui répugne, il prétend qu'on peut s'en dispenser dans un grand nombre de cas, excepté toutefois si l'on veut éviter la perte de l'œil et produire l'atrophie. Il ne peut préciser exactement quand il faut ouvrir la cornée et il prétend que l'expérience seule peut l'enseigner. Toutefois, avant de pratiquer l'opération, il constate le degré de vitalité de la cornée ; si elle est ramollie, le globe de l'œil suppure. Il n'opère jamais chez les enfants, il incise la cornée des adultes quand la formation de la matière a lieu d'abord et qu'il se déclare ensuite des douleurs par irradiations qui semblent partir du globe et s'étendre de ce point aux bords de l'orbite, au sommet de la tête et à d'autres parties ; quand, en un mot, on peut supposer que la présence du pus formant corps étranger est la cause d'accidents symptomatiques, lesquels, à leur tour, peuvent entretenir et augmenter l'épanchement. Il s'abstient quand l'épanchement paraît diminuer la crise des céphalalgies et des douleurs qui se font sentir et il dirige ses efforts contre la cause.

Comme on le voit, des indications opératoires ne peuvent pas être moins précises et plus ambiguës. Il n'est pas étonnant que Demours ait peu opéré dans ces cas, d'autant plus que l'ouverture devait occuper les 2/3 de l'incision pratiquée pour l'opération de la cataracte, et au même endroit, en ne tenant aucun compte de l'emplacement de l'ulcère.

Pour combattre la phlegmasie qui produit l'hypopion, Demours conseillait la saignée aux pieds, à la jugulaire ; des sangsues à la paupière inférieure, à la tempe, en arrière des oreilles.

Chez la marquise de B..., observation 216, p. 367, vol. 2, le traitement est plus héroïque, il prescrit 12 sangsues à la marge de l'anüs et constate que la cornée est mieux le lendemain. Il fait aussi usage de vésicatoires à la nuque ou entre les épaules, de laxatifs, de lavements purgatifs. C'est la pommade au garon sur la nuque, la pulpe de casse et un peu de manne comme laxatif, il fait étuver l'œil un petit nombre de fois avec une décoction de laitue, mais il conseille de ne jamais se servir d'une cuillère pour le baigner, de

faire tous les sacrifices nécessaires afin de procurer au patient de bonnes nuits ; il conseille aussi des promenades en voiture et à pied, lorsque le soleil est prêt de se coucher, il prescrit un choix scrupuleux d'aliments conseille d'éviter le chaud et le froid, les conversations bruyantes près du malade, ce dernier doit très peu parler, éviter tout sujet de trouble, exposer son œil à l'air, et le baigner souvent avec de l'eau commune.

En résumé, la guérison de l'ulcère à hypopion était à peu près complètement laissée aux seules forces de la nature, l'opération qui aurait pu produire d'heureux résultats était pratiquée à la dernière extrémité, en dehors du champ ulcéré et sur une grande étendue.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Des occlusions intestinales pendant la puerpéralité

par M. le Dr Constantin DANIEL

Basant son travail sur les rares observations d'occlusion intestinale compliquant la puerpéralité, sur les quelques faits publiés en France et à l'étranger, et aussi sur des observations personnelles, l'auteur en est arrivé à cette conclusion : que " ce syndrome apparaît assez fréquemment pendant la grossesse, le travail et les suites de couches pour perdre son caractère de rareté clinique et prendre place dans la pathologie de la grossesse à côté des autres complications abdominales troublant la puerpéralité ".

En étudiant les différentes observations cliniques et anatomiques, M. Daniel essaye de donner une description d'ensemble sur l'évolution de cette grave affection au cours de la puerpéralité.

Après avoir étudié l'étiologie de cette complication, il arrive à donner la division pathogénique suivante :

- a) Occlusions causées par la puerpéralité ;
- b) Occlusions apparaissant à l'occasion de la puerpéralité ;
- c) Occlusions indépendantes de la puerpéralité.

Les lésions anatomo-pathologiques se réduisent, dans la plupart des cas observés, soit à des vices de position de l'intestin, soit à la compression directe par l'utérus gravide, soit enfin à l'étranglement par bride. Dans une dernière catégorie, l'auteur étudie les *pseudo-occlusions par paralysie intestinale*.

Le début des accidents se comportant pendant la grossesse comme dans les occlusions chirurgicales ordinaires, il peut passer inaperçu au moment du travail et

dans les suites de couches. En effet, pendant le travail, les différents symptômes sont voilés par les contractions douloureuses de l'utérus ; pendant les suites de couches, les tranchées ou l'infection puerpérale peuvent être des causes d'erreur.

Le traitement doit être surtout chirurgical :

1° Pendant la grossesse, il faut faire la laparotomie, sans tenir compte de la gravité ; 2° pendant le travail, il faut attendre la terminaison de l'accouchement ou même accélérer le travail et, immédiatement après la délivrance, faire une laparotomie ; 3° après l'accouchement enfin, le traitement est absolument identique à celui des occlusions en dehors de la puerpéralité.

(*Rev. prat. d'obst. et de ped.*)

### Les phlébites dans les infections vesicales

par M. le Dr E. VIAN

Cette question peu approfondie a été spécialement étudiée par le docteur E. Vian. Il divise ces phlébites en deux grandes catégories : les phlébites juxta-urinaires et les phlébites à distance.

Dans les phlébites juxta-urinaires on peut rencontrer celles des plexus péri-vésicaux, péri-prostatiques ; dans ce cas, la coagulation se fait dans les grosses veines et détermine des stases importantes dans le territoire correspondant. Il y a également les petites phlébites du réseau veineux sous-péritonéal de la vessie ; dans ce cas, il se forme de petites thromboses bien localisées faisant corps avec la vessie et qui peuvent devenir le point de départ de périocystites et abcès juxta-vésical en cas de suppuration du caillot.

Dans les phlébites à distance, il s'agit ordinairement de la veine fémorale et des veines du mollet.

Elles se produisent ordinairement après un traumatisme sérieux, comme un cathétérisme imprudent ou l'extirpation d'une tumeur vésicale pour les phlébites juxta-urinaires ; quant aux phlébites à distance, les lésions variqueuses anciennes y prédisposent.

Dans les phlébites juxta-urinaires les symptômes locaux sont très vagues, tandis que les symptômes généraux sont très graves.

Parmi ceux-ci il y en a qui sont dus à la gêne mécanique produite par l'oblitération : congestion de l'appareil urinaire ; d'autres sont dus à l'infection : fièvre, pouls rapide, facies pâle etc. Alors le pronostic est fatal parce que, d'une part, il s'agit le plus souvent de l'oblitération de la veine cave et, d'autre part, ces malades sont déjà affaiblis par une infection ancienne.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

### L'agglutination des microbes

par M. le Dr A. JOOS

Le phénomène de l'agglutination est produit par une combinaison chimique entre la substance agglutinable des microbes, la substance agglutinante du sérum et le sel. Nous envisageons la réaction comme étant identique à la précipitation des sels doubles insolubles ; parce que :

- 1° Elle obéit à la loi des proportions constantes ;
- 2° Elle peut se produire en plusieurs proportions pour donner des composés différents ;
- 3° Elle est indépendante, quant à son résultat final, de l'état de dilution ou de concentration de la solution ;
- 4° Elle donne naissance à un corps nouveau, doué de propriétés nouvelles.

(*Journ. méd. de Bruxelles—La med. Oriental*)

### Alimentation rectale

Stadelman étudie l'alimentation par voie rectale dans diverses affections (*Deutsch. Aertze. Zeitung.*). Il prescrit le repos au lit absolu. Le matin, il fait pratiquer un lavement à l'eau pour nettoyer le rectum, une heure après on donne le premier lavement alimentaire puis deux encore dans le courant de la journée. Rost prescrit les lavements de façon suivante : 250 centimètres cubes de lait, un blanc d'œuf, une petite pincée de sel, un peu de farine et de vin rouge (une cuillerée à bouche de chacun) ; en sorte que la quantité de nourriture injectée par jour varie entre 800 et 900 centimètres cubes, soit de 250 à 300 centimètres par lavement. La durée du traitement est d'ordinaire de six jours, mais, bien entendu, celle-ci varie avec la nature de la maladie traitée.

*Ulcère de l'estomac.* — On doit employer l'alimentation rectale quand il se produit des hématomés. Ewald emploie ce procédé dans tous les cas d'ulcère de l'estomac ; il remplace les cataplasmes chauds par des compresses échauffantes, ne fait prendre aucune boisson alcaline, mais prescrit un repos complet de l'estomac pendant une période de six jours. On combat la sensation de soif au moyen de gargarisme et d'ablutions de la bouche.

Le repos complet de l'estomac ou l'intervention chirurgicale, tels sont les moyens de choix à employer dans les cas graves d'ulcère stomacal. Après les six jours de repos complet de l'estomac, on doit revenir à l'alimentation par os, mais avec de grandes précautions, en commençant avec quelques cuillerées de lait et en augmentant progressivement la dose.

Ewald n'emploie pas les doses massives de bismuth présumées par Kussmaul et Fleiner. Ce repos de l'estomac peut être porté au besoin jusqu'à attendre quatorze jours et même 4 semaines. Les lavements salins ou les injections hypodermiques salées sont quelque-

fois nécessaires pour calmer la soif. Quelquefois enfin, les lavements nutritifs occasionnent des douleurs violentes que l'on peut éviter en employant quelques gouttes d'opium ; dans de pareils cas, il faut diminuer le nombre quotidien des lavements et remplacer les autres par des injections de solutions salées qui ne provoquent aucune douleur. Dans les troubles nerveux, le repos complet de l'estomac n'a aucun effet concluant.

*Gastro-succhorée.* — Les résultats du repos stomacal peuvent être bien différents en présence de cette affection, réussissent parfois, ils échouent quelquefois complètement. L'auteur emploie dans cette maladie, des lavages stomacaux avec des solutions au nitrate d'argent à 1/00 dont il injecte 1/4 à 1/2 litre dans l'estomac.

Dans les cas de dilatation ou d'atonie, la cure de repos stomacal peut donner des résultats dans certains cas où les autres traitements ont été impuissants (lavages stomacaux, massage, électricité).

Dans les maladies de l'intestin on peut parfois avoir recours à l'alimentation rectale. L'auteur a traité avec succès deux molades atteints de diarrhée profuse.

En ce qui concerne les carcinomes de l'estomac et du pylore, l'auteur n'est pas d'avis d'instituer dans ces cas, l'alimentation rectale ; il préfère recourir aux grandes injections d'eau salée qui relèvent les forces du malade et permettent, le cas échéant, de pratiquer une intervention chirurgicale. Quant à l'opportunité du repos stomacal et de l'alimentation rectale chez les phtisiques les diabétiques, les chlorotiques atteints de troubles stomacaux graves, on peut dire que les indications dépendent de chaque individu en particulier. Dans certains cas de vomissements rebelles, les résultats peuvent être heureux ; dans les cas où il y a des états de collapsus, il vaut mieux recourir aux injections salines.

(Méd. moderne—Gaz. méd. Belge.)

## OBSTETRIQUE

### De l'interruption thérapeutique de la grossesse envisagée au point de vue de son évolution et de sa signification (1)

par M. le Prof. A. Pinard de Paris

Je dois d'abord rechercher pourquoi la doctrine ayant pour but d'interrompre la grossesse pour sauver la mère, formulée par Louise Bourgeois d'une façon si

(1) Quatrième Congrès Périodique International de Gynécologie et d'Obstétrique, tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902. Extrait de *La Presse Médicale* de Paris.

claire et si précise, pratiquée par elle et par ses successeurs en toute liberté, pourquoi, dis-je, cette doctrine fut ensuite, et pendant si longtemps, attaquée, condamnée et discutée dans sa légitimité. Assurément Jacquemier en expose déjà admirablement les raisons, mais, à mon avis, en partie seulement.

Je reconnais combien il est dans le vrai quand il dit : " La société moderne, tout imprégnée de christianisme dans ses mœurs et dans ses lois, était mal préparée à accueillir une semblable innovation. D'autres causes purement professionnelles, telles que la crainte d'un rapprochement avec des industriels qui sont la honte de la profession, l'accusation prévue de favoriser une coupable industrie, enfin la responsabilité personnelle dans un acte qui présente tous les éléments matériels de délit, devaient paralyser l'initiative des médecins ou les rendre opposants. " Cependant Louise Bourgeois n'hésita pas plus à publier son livre que les Guillemeau, Mariceau, Puzos, etc., à faire connaître leurs observations. Et ils ne furent ni attaqués ni discutés.

C'est que l'indication avait ce caractère d'être aussi positive qu'impérieuse.

Mais, lorsqu'on voulut trouver dans le rétrécissement du bassin une indication d'interrompre la grossesse, l'urgence faisant défaut, les raisons pour ou contre eurent le temps de se produire. La question sortit de la sphère médicale où elle eût dû toujours rester ; des éléments étrangers à la question furent introduits par des personnes ignorantes de la médecine, et, comme toujours quand ces accidents se produisent, le résultat fut : la stérilité, la confusion, l'obscurité.

Il fallut attendre plus de deux siècles que le jugement éclairé, l'autorité de notre grand Paul Dubois vint replacer la question sur son véritable terrain.

Est-elle aujourd'hui considérée, acceptée par tous les accoucheurs, comme elle doit l'être ?

Tel n'est point mon avis.

En effet, on peut constater, en parcourant l'histoire que précède, que si la légitimité de l'interruption de la grossesse est admise par tous, quelques accoucheurs réclament pour la mettre en pratique des garanties de divers ordres. C'est ainsi que mon maître Tarnier conseille de donner à cet acte " de la publicité ", de prévenir " l'autorité judiciaire ". C'est ainsi que quelques accoucheurs demandent le consentement des autorités religieuses.

Non seulement pour ma part je ne saurais partager cette manière de voir et de faire, mais encore je la réprouve absolument.

Pour moi, les autorités judiciaires n'ont pas plus à faire dans les indications de l'interruption thérapeutique de la grossesse, que les autorités religieuses.

Les médecins seuls peuvent et doivent être juges de l'opportunité de l'intervention.

Toute opinion émise sur l'opportunité ou la valeur d'une intervention par des personnes étrangères à la

médecine ne peut avoir aucune valeur, et doit être considérée non seulement comme une atteinte portée à la dignité des médecins, mais encore comme pouvant constituer un danger pour les malades.

Ce que je veux, ce que je réclame ici, comme je l'ai déjà fait ailleurs, c'est le libre exercice du droit que donne le diplôme et dans toute sa plénitude.

Science et conscience, tels sont les deux seuls mobiles qui doivent faire agir le médecin.

Aussi, quand il se trouve en face d'une maladie produite ou aggravée par le fait de la grossesse et menaçant certainement et prochainement la vie, sans aucun souci de l'opinion, sans prendre avis de la "conscience troublée d'un père ou d'un époux", il a le droit imprescriptible et le devoir sacré d'intervenir et d'interrompre la grossesse.

Oh ! je comprends très bien que le médecin, en présence d'un cas semblable, "au moment de mettre en œuvre un acte opératoire d'une aussi grosse portée", réclame l'avis de confrères compétents dans tous les cas où cela peut se faire. Mais cet appel que je demande instantamment, moi aussi, doit être fait bien plus dans le but de déterminer et préciser l'existence de l'indication, que dans celui de faire partager la responsabilité présente ou future.

Il est encore un autre point sur lequel je suis en opposition avec un certain nombre de mes confrères.

*Il faut, disent-ils, quand l'indication existe : prévenir la malade de son état et obtenir son consentement.*

Je repousse absolument, et de toutes mes forces, une telle conduite !

Non, je ne veux ni instruire la femme du danger qui la menace, ni la prévenir que je vais interrompre sa grossesse.

Comment ! sous prétexte de respecter la liberté, vous allez laisser mourir une femme qui se résigne à la mort plutôt que d'accepter l'interruption de la grossesse !

Mais quel est donc l'état de conscience de cette malheureuse, quand l'indication de l'interruption de la grossesse existe ?

Est-ce quand elle est en proie aux hallucinations, quand son système nerveux tout entier est intoxiqué, comme cela est dans les cas de vomissements dits incoercibles, que vous allez vous incliner devant les manifestations de ce cerveau malade ?

Mais alors pourquoi gave-t-on les aliénés qui veulent se laisser mourir de faim ? Pourquoi empêche-t-on les fous de se suicider ? Si ce sont des autoritaires, ceux qui, voyant un désespéré se jeter à l'eau pour en finir avec l'existence, n'hésitent pas, au risque de la leur, à s'y précipiter aussi pour les en retirer, eh bien, je suis de ces autoritaires. Je dirai plus : je répète que le rôle essentiel du médecin est de tout faire pour *conserver la vie.*

Je regrette d'être sur ce point en contradiction avec

mon éminent ami le professeur Fochier, et je proclame que le médecin ne doit pas *tuer* et qu'il ne doit pas davantage *laisser mourir*. Contrairement à lui, je considère qu'il est inhumain de tuer ou de laisser mourir : c'est ainsi que je comprends l'exercice de ma profession et la religion de l'humanité.

Or, au risque d'être fastidieux, je répète que l'intervention qui a pour but d'interrompre une grossesse menaçant la vie de la mère n'est point une opération qui *sacrifie l'enfant*. Le fœticide n'existe pas dans cette circonstance, puisque, si l'on n'intervient pas, le fœtus est fatalement condamné.

L'interruption thérapeutique de la grossesse n'est et ne doit être en réalité qu'une *opération conservatrice*.

#### DES INDICATIONS DE L'INTERRUPTION THERAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE

*On doit interrompre la grossesse quand une maladie produite ou aggravée par elle menace la vie de la femme.*

Telle est l'indication générale, et seule réelle, de l'interruption thérapeutique de la grossesse.

Quelles sont les maladies produites ou aggravées par la grossesse qui peuvent faire naître cette indication ?

Je ne serai pas contredit, je pense, en affirmant que la classification de P. Dubois ne peut et ne doit pas être adoptée.

En effet sa 1<sup>re</sup> classe, comprenant les cas où des phénomènes d'ordre mécanique ou plutôt compressif s'opposent à l'expansion de l'utérus, doit être supprimée. La chirurgie abdominale est venue depuis cette époque démontrer ce qu'elle peut faire dans les cas de tumeur (kystes de l'ovaire, fibromes, etc.) compliquant la grossesse.

Il en est de même de la 2<sup>e</sup> classe, comprenant les déplacements de l'utérus : rétroversion irréductible de l'utérus gravide, etc. Dans ces cas encore c'est la laparotomie et non l'interruption thérapeutique de la grossesse qui doit être pratiquée. Telle est du moins mon opinion, que j'ai émise à plusieurs reprises.

Si la 3<sup>e</sup> et la 4<sup>e</sup> classes renferment des maladies pouvant présenter de véritables indications, elles doivent être, à mon avis, profondément modifiées.

Aussi, les progrès de la médecine, de la chirurgie et, disons-le, de l'obstétrique me conduisent à proposer la classification suivante.

1° *Maladies développées par le fait de la grossesse.* — Hémorragies utérines. — Hydropsie de l'amnios. — Grossesse molaire.

Toxémies gravidiques : Vomissements dits incoercibles, albuminurie, convulsions dites éclamptiques ; névrites toxiques, etc.

2° *Maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse.* — Maladies de l'appareil circulatoire. — Maladies de l'appareil urinaire. — Maladies de l'appareil respiratoire.

Comme on le voit, je ne fais pas mention des maladies aiguës intercurrentes, car il n'en est aucune, pas même le choléra, qui, comme le croyaient les anciens, puisse, selon moi, présenter une véritable indication d'interrompre la grossesse.

Je n'ai pas non plus fait de rubrique pour les maladies du système nerveux, car je n'en connais pas qui puissent fournir l'indication que j'étudie. C'est assez dire que je considère la chorée compliquant la grossesse comme justiciable d'autres moyens thérapeutiques.

(à suivre)

### Des hémorragies "post-partum" et de leur traitement

par M. le Dr Henkel

M. Henkel, assistant à la clinique du professeur Olshausen, consacre son travail à la pathogénie et au traitement de certaines variétés d'hémorragies *post-partum*. Ces hémorragies reconnaissent deux grandes causes : l'inertie utérine et les déchirures du col.

a) Dans l'inertie utérine, le traitement appliqué à la clinique d'Olshausen est le traitement classique (injections chaudes, massages, tamponnements utérins.) Mais, dans certains cas, ce traitement échoue, soit que le sang ait perdu sa tendance à se coaguler (hémophilie, femme déjà anémié), soit que le placenta ait été inséré sur le segment inférieur, et que l'hémorragie provienne de cette partie peu contractile de l'utérus.

Dans ces hémorragies, ayant leur source dans le segment inférieur, voici comment procède l'auteur : on fait un tamponnement serré du segment inférieur, puis on luxe par en haut l'utérus dans son entier, en dehors du bassin, en le pliant en forte antéflexion. Cela fait, on applique un bandage abdominal serré, de telle sorte que le segment inférieur soit comprimé entre le corps de l'utérus par en haut, et la colonne vertébrale par un bas (sacrum ou colonne lombaire).

Dans certaines conditions, alors qu'on peut prévoir une hémorragie *post partum* (hydramios, grossesse gémellaire, inertie habituelle, etc.), Olshausen donne, comme préventif, un peu d'ergotine pendant la période d'expulsion du fœtus.

b) L'auteur insiste beaucoup sur les déchirures du col, comme cause d'hémorragies.

Contre ces hémorragies, le tamponnement peut être très utile. Mais lorsque la déchirure est grande et que l'hémorragie est intense, l'auteur adopte une méthode spéciale : il place une pince de Mu-eux de chaque côté sur le bord interne du ligament large pour pincer l'artère utérine ou une de ses branches. Il laisse ces pinces en place de douze à vingt-quatre heures. Il n'a jamais observé de lésions sérieuses du côté de l'uretère ou de la vessie. La pince de Museux est préférable à la pince-clamp ordinaire qui pourrait produire de la nécrose par

compression. L'auteur préfère aussi ne pas suturer les lèvres de la déchirure du col.

(Presse médicale.)

## GYNECOLOGIE

### Traitement des menorrhagies

(FRITSCH)

Ce gynécologue a abandonné le seigle ergoté dans la pratique obstétricale, mais il en fait largement usage en gynécologie. Tout d'abord, il prescrivait le seigle ergoté en pilules, en utilisant comme excipient le mucilage de gomme. Quant il s'agissait d'obtenir des effets prompts, il prescrivait le médicament dans une potion composée de seigle ergoté pulvérisé 10 gr., alcool 20 gr., acide sulfurique 2 gr., eau chaude 500 gr., le tout devant être réduit par la coction à 200 gr., et additionné de cannelle. Mais cette potion a le désagrément de déteriorer l'estomac.

Depuis quelques temps, Fritsch emploie de préférence l'ergotine, qui est bien tolérée par l'estomac, il prescrit :

Ergotine.....	} à 5 gr.
Seigle ergoté en poudre.....	

Pour f. s. a. pilules n° 100. — A prendre 6 pilules dans le courant de la journée.

Cette médication a pu être continuée pendant des mois, sans inconvénients sérieux, souvent avec un succès éclatant, presque jamais sans résultat.

Dans les cas de dysménorrhée congestive (ménorrhagies), M. Fritsch a obtenu de bons résultats en prescrivant la mixture suivante :

Rec. Extrait d'hydrastis canadensis...	} à 3 gr.
Extrait de gossipium.....	
Ergotine.....	

Pour f. s. a. pilules n° 100. — A prendre 3 de ces pilules dans le courant de la journée.

Enfin, sous le nom de teinture hémostyptique, Fritsch a fait préparer une potion qui présente tous les avantages de celle indiquée en premier lieu, sans être délétère pour l'estomac.

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Pommade mercurielle à base de savon

(YVON)

Le traitement de la syphilis par les frictions mercurielles commence à se généraliser, et paraît présenter

de grands avantages sur l'administration interne des préparations hydrargyriques. Pour rendre son application plus facile, j'ai songé à remplacer l'axonge, base de la pommade mercurielle, par un corps qui éteint le mercure tout aussi facilement, et présente l'avantage d'être soluble dans l'eau. Ce corps, c'est le savon noir.

On prend :

Savon noir (aussi neutre que possible)... 1000  
 Mercure..... 1000

et l'on opère comme avec l'axonge.

" Pendant la préparation, le savon restant longtemps en contact avec l'air, perd l'excès d'alcali caustique qu'il peut renfermer.

" L'extinction du mercure se fait d'une manière tout aussi parfaite qu'avec l'axonge, et beaucoup plus rapidement. La pommade mercurielle ainsi préparée, me paraît se conserver indéfiniment. J'en ai qui, depuis trois ans, n'a acquis aucune odeur et présente le même aspect qu'au moment de sa préparation. Lorsqu'on la délaye dans l'eau, le savon se dissout, le mercure divisé tombe au fond du vase, et l'eau surnageant n'exerce aucune action sur le papier de tournesol. Cette pommade présente la précieuse propriété de ne pas se ramollir sous l'action de la chaleur ; à 80 degrés, elle est aussi ferme qu'à la température ordinaire. Cette pommade a donné de bons résultats entre les mains des praticiens qui l'ont employée : elle n'exerce aucune action locale irritante, et on peut l'enlever par un simple lavage à l'eau froide ".

(J. de méd. de Paris).

**Traitement du cancer de l'estomac**

Il faut d'abord combattre la fétilité et faire de l'asepsie stomacale. Voici les meilleures formules.

Salicylate de bismuth..... }  
 Magnésie anglaise..... } à à 10 gr.  
 Bicarbonate de soude..... }

En trente cachets médicamenteux.

L'autre médication à remplir est de calmer les douleurs souvent fort vives. Pour cela toutes les préparations opaciées peuvent être employées ; gouttes noires anglaises, élixir parégorique, pilules d'opium, injections de morphine associée à l'atropine; par exemple une seringue entière de la solution suivante :

Chlorydrate de morphine..... 10 centigram.  
 Sulfate neutre d'atropine..... 10 milligram.  
 Eau stérilisée..... 20 grammes.

Si les injections de morphine ont le grave inconvénient de produire la morphinomanie, ce danger n'est pas à redouter chez les carcinomateux, et, dans les infections incurables et douloureuses, la morphine nous rend des services incomparables.

Le régime sera absolument végétarien. Il est, en effet, une règle thérapeutique qui veut qu'on laisse reposer l'organe malade ; l'estomac est un organe qui ne peut se reposer ; mais ce qu'on peut faire, c'est de réduire à son minimum le travail digestif, et cela d'autant plus que, dans la majorité des cas de cancers, il y a une diminution dans l'activité digestive du suc gastrique.

Lorsque le cancer siège au cardia, on a les mêmes indications que pour le rétrécissement de l'œsophage c'est-à-dire qu'en dehors des procédés chirurgicaux il faut alimenter le malade avec des aliments liquides ou semi-liquides. Aussi la poudre de viande rend elle dans ces circonstances de très importants services.

Le cancer du pylore, lorsqu'il s'accompagne de dilatation, peut être traité par le lavage de l'estomac ; non pas que ce lavage guérisse le cancer mais il permet de faire un pansement de la muqueuse, de la débarrasser des produits ichoreux sécrétés par le cancer, et de calmer même quelquefois les douleurs provoquées par l'ulcération. On peut employer les lavages à l'eau naphtolée à 1 pour 1000 de naphtol, ou encore ces mélanges de salicylate de bismuth et de salol indiqués plus haut.

(Journ. de méd. de Paris.)

**Traitement des quelques hémoptysies**

LEMOINE, de Lille.

Dans les hémoptysies du début de la tuberculose l'auteur prescrit les règles hygiéniques bien connues : repos absolu au lit, aération de la chambre, aliments de digestion facile, lait, œufs, viande crue ; la révulsion sous forme de bains de pieds courts et très chauds (7 à 10 minutes de durée, 50° en moyenne) ; parfois un lavement purgatif du Codex ; enfin, la sinapisation de la poitrine et des cuisses.

A l'intérieur, il administre le sulfate de quinine au seigle ergoté :

Sulfate de quinine..... 0 gr. 30  
 Ergot de seigle pulvérisé..... 0 " 50

Un cachet tous les matins dans un bol de lait.

Dans les hémoptysies du cours de la tuberculose, on peut employer l'ergotine, bien que son action sur les capillaires du poumon, qui ne possèdent qu'un nombre très restreint de fibres musculaires lisses, soit problématique.

Ergotine..... 0 gr. 01  
 Acide lactique..... X gouttes.  
 Eau distillée bouillie..... 10 gr.

Injecter 1/4 de centimètre cube pour commencer.

Si l'hémoptysie est persistante, on peut avoir recours au tartre stibié ou à l'ipéca.

Laennec et Grisolle prescrivait couramment de

0 gr. 20 à 0 gr. 40 de tartre stibié. M. Lemoine emploie des doses beaucoup plus faibles, soit 0 gr. 05 en moyenne, en plusieurs prises, pour provoquer un état nauséux, sans aller jusqu'au vomissement :

Tartre stibié.....	0 gr. 05
Sirop diacode.....	40 "
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	60 "

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

L'ipéca est donné à la dose de 2 ou 3 grammes, également à doses fractionnées :

Poudre d'ipéca.....	2 gr. à 3 gr.
Sirop d'ipéca.....	40 "
Sirop diacode.....	60 "
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	80 "

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Dans les hémoptysies dues à la rupture d'un vaisseau dans une cavité, l'injection d'ergotine, à la dose d'un milligramme, constitue le moyen le plus précaire.

Dans les hémoptysies des arthritiques, il convient d'employer la révulsion, de favoriser la diurèse au moyen du lait, du carbonate ou de benzoate de lithine (2 grammes par jour) ; d'employer la digitale.

Dans les hémoptysies supplémentaires des règles, les bains de pieds, l'aloès (0 gr. 10 chaque soir) sont des moyens préventifs qui ont leur utilité. Ces hémoptysies sont d'ailleurs souvent liées à la tuberculose.

(J. méd. de Paris)

#### Traitement de la balanite

Lorsque le malade peut décalotter, M. Leredde conseille, dans les cas simples, de laver à fond la face interne du prépuce et le gland à l'eau bouillie, ou à l'eau additionnée de sublimé à 1 pour 10,000, de permanganate de potasse à 1 pour 2,000, d'eau oxygénée à 1 pour 20. Le nettoyage complètement fait, on sèche, on poudre au talc ou à l'oxyde de zinc ou avec :

Dermatol.....	2 grammes.
Oxyde de zinc.....	10 —

et on entoure le gland d'un peu de coton hydrophile ou de gaze aseptique. Puis on fait recalotter le malade ; si c'est impossible, on entoure le gland de gaze sèche.

Les pansements sont recommencés plusieurs fois par jour dans les cas sérieux.

Si le malade ne peut décalotter, il est indispensable de faire des lavages fréquents au moyen d'une grosse seringue armée d'un tuyau fin de caoutchouc qu'on

glisse entre le prépuce et le gland. Le lavage est fait assez longtemps pour que le liquide qui sort de l'orifice glando-préputial n'entraîne plus de pus. Les lavages se font à l'eau, étendue de 1 pour 10 ou 1 pour 20 d'eau blanche, ou à l'eau additionnée de 1 pour 1,000 ou 1 p. 2,000 de permanganate de potasse. Peu à peu on cherchera à faire décalotter le malade.

Si l'inflammation balanique est très intense et qu'on craigne la gangrène, on fera deux fois par jour, des injections avec la solution suivante :

Acide phénique.....	1 gramme.
Alcool.....	10 —

suivies d'injections avec :

Résorcine.....	3 grammes.
Eau.....	100 —

Si l'état s'aggrave malgré ce traitement, il sera nécessaire d'inciser.

(La Presse médicale)

#### Traitement de la chlorose compliquée de phlébite

Chez un enfant atteint de chlorose compliquée de phlébite, M. Carrier (de Lille) employa avec succès un traitement qui peut être considéré comme un traitement type pour les cas de ce genre.

Pour traiter la phlébite, pour prévenir le départ des embolies, il condamna son malade au repos, et immobilisa le membre atteint dans une gouttière, après l'avoir enveloppé d'ouate. Cette immobilisation fut prolongée pendant trente jours. Il exerça ensuite une légère compression.

Pour activer si possible la résolution il appliqua sur le trajet de la veine enflammée le liniment suivant :

Huile de jusquiame ou baume tranquille.....	} à 10 gr.
Chloroforme.....	
Laudanum de Rousseau.....	

Contre la chlorose il utilisa l'immobilisation au lit, et institua une alimentation aussi riche que possible et au goût de l'enfant, sans régime fixe.

En outre, M. Carrier eut soin d'administrer du fer suivant une formule qui lui est propre et qui donne de très bons résultats :

Protoxalate de fer.....	0,15 centigr.
Carbonate de manganèse....	0,25 —
Poudre de gentiane.....	0,25 —
Poudre de rhubarbe.....	0,20 —

En 1 cachet — f. s. a. n° 30 — deux fois par jour avant les repas.

Pour favoriser l'absorption du fer, l'enfant prenait

après chaque repas une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Acide chlorhydrique officinal..... 3 gr.  
Eau distillée..... 300 —  
(*La Presse méd*)

**Traitement du sycosis a la periode Initiale**

A la période initiale et lors des poussées aiguës du sycosis (infection staphylococcique des follicules piloux de la barbe et de la moustache), il faut, suivant M. Lerodde, commencer le traitement par l'application de pansements demi-humides, de ouataplâmes, de pulvérisations, de lotions émollientes ou astringentes. L'emploi de poudres est nuisible, d'après son expérience, quand il y a des pustules en activité. Bien entendu, les surfaces seront au préalable débarrassées des croûtes. On coupera les poils courts aux ciseaux. L'épilation n'est indiquée qu'une fois la période inflammatoire aiguë passée et lorsqu'il existe des lésions déjà profondes tendant à devenir chroniques, ainsi qu'à la périphérie des lésions pour éviter leur extension graduelle ; faite trop tôt, au niveau des lésions, elle peut provoquer des réactions locales ; par contre on peut la pratiquer de bonne heure à la périphérie.

Les pustules peuvent être ouvertes à l'aide d'un scarificateur ; on fait ensuite des pulvérisations ; enfin on peut sécher au coton et toucher le fond des pustules avec de l'alcool boriqué à saturation. On peut, d'autre part, essayer des lotions tièdes, des badigeonnages, soit avec de l'eau d'Alibour à 1 pour 10, soit avec une solution aqueuse d'ichtyol à 2 pour 100, soit avec une solution de résorcine dans l'eau à 2 pour 100.

Le plus tôt possible, et dès que l'état inflammatoire est un peu calmé et reste stationnaire, on appliquera des pâtes molles, par exemple du type suivant :

Huile d'olives..... 10 grammes.  
Eau distillée..... 20 —  
Terre fossile..... 5 —  
Adeps lanæ..... 5 —  
Oxyde de zinc..... 5 —

Plus tard on passe aux pâtes plus absorbantes, celles de Lassar ou de Besnier, couvertes de poudre.

(*La Presse médicale.*)

**Coq-a-l'ane medicaux**

—

Les contre indications de l'adrénaline dans les affections oculaires. — Comme on le sait, cette substance est un constructeur puissant des vaisseaux périphériques.

Le More (*Amer. Medic.*) dit que si le corps ciliaire et l'iris sont envahis, l'adrénaline est contre indiquée et son emploi devient dangereux. Ainsi lorsqu'il y a de la tendance à l'iritis, comme cela se voit souvent dans les ulcères et les inflammations de la cornée, on ne devra pas l'employer. L'auteur cite trois cas d'ulcère simple qui se sont compliqués d'iritis adhésive à la suite d'instillations d'adrénaline ; deux autres cas d'iritis qui allaient bien, firent une poussée aiguë avec formation d'adhérences, aussitôt après l'application du remède.

*Adénopathies bronchiques chez les enfants.* — McM' Officer (*Intercol. Med. J. of Australia.*) — signale le fait qu'il y a beaucoup d'enfants qui présentent des glandes bronchiques augmentées de volume — glandes qui sont si souvent le point de départ de la tuberculose. Une adénopathie qui persiste plus d'une quinzaine de jours doit être regardée comme suspecte et de nature tuberculeuse. On devra donc rechercher soigneusement ces glandes malades et instituer un traitement de suite : le grand air, l'hygiène, le gaiacol, l'huile de foie mourue, etc. ; L'auteur combat la toux spasmodique en faisant évaporer sur une pelle chaude, dans la chambre du malade, trentes gouttes de créosote, avec ou sans menthol, la nuit. A n'importe quel moment une généralisation du processus peut se faire ; les glandes causées peuvent se rompre dans une bronche et produire la suffocation ou une hémorragie.

*Une perle.* — Un de nos confrères qui gère une maison de santé, ayant eu besoin de garde-malades, publia une annonce dans les journaux et reçut, parmi les réponses, celle-ci. Entre parenthèse, notre confrère n'a jamais aimé les charlatans, mais cette fois, il ne pourra pas refuser l'offre généreuse de société qui lui est faite !

" Monsieur, ayant appris par la voix des journaux que vous aviez besoin d'une garde-malade non diplômé pour une maison de santé moi ces se que j'aimerais à avoir une place permanente dans ces maisons-la parce que ge sait soigner toutes sorte de maladie principalement les cas spéciaux avec tous les plantes savages et ge puis vous donner tous les référence désiré à St.....ese à que ge pratique et ge suis'bens encouragé ge suis en promenade de ce temps ici à Montréal et comme tous mes parents demeure à la ville ge me déciderai à y demeuré moi-même Si les gages que vous donnez me convienne Si vous désirez avoir une entrevue avec moi Ecrivez moi aux plus tôt. Car ge suis sur les derniers jours de ma promenade ge pouré vous donner des référence à la ville Comme à Saint X.....Car on me demande aux plus tôt partout il y aura pas obstacle pour cela gai à vous faire remarque que ge ne suis pas une femme pour les accouchement ge suis Capable pour toutes les autres maladie Comme font les Sauvages et ge suis bonne pour vieillier les malades homme ou femme et tant qu'au soin des malades ge nait pas douvrage Choisie pour vue que ge soit payer pour l'ouvrage que ge fait aux malades S,



sela vous Convient Ecrivez aux plus vites ge vous donne mon adresse.....". *Risum teneatis!*

*L'acide oléique dans la colique hépatique.* — D'après Artault de Veve (Rev. de Thérap.) cet acide serait un spécifique contre la lithiase biliaire. Il soulage promptement la douleur des crises et empêche leur retour en s'opposant à la formation des calculs. La dose est de 8 à 10 minimes, en capsules, une tous les matins pendant 10 jours par mois ou pendant les quinze jours qui précèdent une attaque. Il est essentiel que le produit soit absolument pur.

*Excellente mixture expectorante (Thompson.)*

Huile de lin pure.....	15 onces.
Huile de gaulthérie.....	2 drachmes.
“ “ canelle.....	2 “
Acide cyanhydrique dil....	2 “
Glycérine.....	5 “
Siro, simple.....	10 onces.
Eau .....	24 onces.
Mousse d'Irlande.....	½ once.

Faire un émulsion.

*Dose :* De 2 à 4 cuillerées à thé trois fois par jour. Si la toux est bien irritante, on peut ajouter à chaque dose, 1/6 grain de codéine ou de dionine. (*Merck's Arch.*)

NIRE.

## FORMULAIRE

### Pilules de créosote

M. Legendre conseille la formule suivante, 20 pilules, qu'on peut augmenter :

Créosote.....	1 gr
Chaux caustique du marbre.....	0 — 30

Ajouter une goutte d'eau et triturer ; il se forme immédiatement une masse pâteuse, qu'on empêche de durcir en y incorporant :

Savon amygdalin.....	0 gr 40
----------------------	---------

On achève la masse pilulaire avec une poudre inerte.

Ces pilules, qui renferment 5 centigr. de créosote, pèsent environ 15 centigr. chaque ; elles durcissent un peu au bout de quelques jours, mais elles se ramollissent et se désagrègent facilement dans l'eau ; il n'y a donc pas à craindre qu'elles traversent le tube intestinal sans se désagréger.

Si l'on voulait obtenir des pilules conservant une consistance un peu molle. Il faudrait employer un peu

moins de chaux un peu plus de savon.

La formule suivante donne des pilules qui sont un peu plus grosses, mais qui ne durcissent jamais :

Créosote.....	1 gr
Chaux caustique de marbre.....	0 — 20
Eau.....	1 goutte
Savon amygdalin.....	0 gr 50
Poudre inerte; q. s.	

Diviser en 20 pilules argentées,

(*Jour. de méd. de Paris*)

## NOUVELLES.

### NAISSANCE :—

En cette ville, le 12 courant, l'épouse de M. le Dr J. A. E. Beaudoin, un fils.

A Sillery, le 15 octobre dernier, Mme Dr A. Lavoie une fille.

### MARIAGE :—

A Montréal, le 15 de ce mois, M. le Dr John Brennan, conduisait à l'autel Mademoiselle Anonciato Paquette, fille de M. P. E. Paquette. M. le curé Vandellane, de Bridgfall E.-U., est venu spécialement pour la cérémonie.

M. le Dr et Mme. Brennan sont partis pour un voyage aux Etats-Unis.

A l'église St-Patrice, de Québec, le 29 septembre dernier, M. le Dr J. E. Masson de St Lazare co. Dorchester, conduisait à l'autel Mademoiselle M. G. Convey.

La bénédiction nuptiale a été donnée par le Rev. Père Henning C. S. S. R.

Toutes nos félicitations.

### NÉCROLOGIE :—

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr J. L. H. Masson, décédé le 14 du courant à l'hôpital des Frères St Jean de Dieu à Paris, après une courte maladie.

Né en 1869, à Saint-Anicet, comté de Huntingdon, il fit ses études classiques au collège de Montréal et ses études médicales à l'Université de Lille. Il pratiqua d'abord à Montréal, à San Francisco et depuis l'an dernier à Paris.

Le docteur était le frère de notre distingué directeur et collaborateur, M. le Dr Damien Masson de l'Institut Ophthalmique de cette ville, à qui nous offrons nos plus vives sympathies et nos plus sincères condoléances.

## Supplement Litteraire

### Psychologie du brigand Musolino

d'après LOMBROSO.

Maintenant que les experts, appelés à la fois par la défense et l'accusation, ont fait connaître leur avis, il nous paraît intéressant de donner un résumé de l'étude qu'à consacrée au brigand d'Aspremonte le savant criminaliste Lombroso dans l'*Archivio di psichiatria*. Cet auteur classe Musolino entre les *criminaloides* et les *criminels nés*, tenant plus des premiers que des seconds. Il est plutôt *criminaloïde*, parce que ces crimes ont été provoqués par des causes qui, à ses yeux et à ceux de son entourage les justifiaient. Puis il est né dans un pays où l'homicide n'est pas considéré comme un crime aussi grave qu'ailleurs, et où la *vendetta* est regardée comme un devoir.

Dans la conception barbare de la justice qu'il se flattait de rendre, il proportionnait le châtement à la faute ; ainsi il blessait seulement aux jambes celui qui l'avait offensé légèrement. Enfin, tout en présentant des stigmates de dégénérescence, l'asymétrie et le front fuyant, il n'offre pas le type complet du criminel. Et pourtant il est un criminel-né atténué. De l'âge de onze à vingt et un ans, il a commis le délit de violation de domicile, de port d'armes prohibé et de coups et blessures, exploits qui l'ont placé à la tête de la Mafia de son pays. Bien que, par son agilité et sa force, il eût pu gagner très bien sa vie comme charbonnier ou bûcheron, il n'avait l'habitude du travail assidu. Il est tellement inconscient dans le crime qu'une fois, au moment de son arrestation, il a demandé au préfet l'autorisation de tuer deux de ses ennemis qui lui avaient échappé.

Musolino est encore criminel-né par hérédité, ayant eu un grand-père et une tante maternelle apoplectiques, un oncle, un frère et trois cousins condamnés pour des crimes sanglants, et enfin deux sœurs, le père et la tante maternelle épileptiques. Sa sœur Ippolita est très violente mais ce trait est encore plus saillant chez son jeune frère, qui, ayant perdu un sou en jouant avec un camarade, a menacé celui-ci de lui couper la tête, s'il ne lui rendait pas. Enfin, Musolino est criminel-né, principalement parce qu'il est sujet, depuis l'âge de dix ans, à des crises d'épilepsie, maladie qui, ainsi que l'a démontré M. Lombroso, est la base de la criminalité-née.

Musolino a souffert d'accès d'épilepsie six mois avant d'avoir commis les deux homicides manqués qui lui ont valu sa première condamnation. C'est encore l'épilepsie qui lui donne cette agilité extraordinaire qui lui permet de franchir les précipices les plus effrayants, lui communique l'impulsivité et les contradictions de son caractère, et le fait tantôt agité et nerveux, tantôt muet et et hébété comme un idiot, tantôt bestial et féroce, tantôt tout à fait débonnaire. Il a la vanité morbide du

criminel-né ; il est désireux de savoir si la presse s'occupe de lui et veut être jugé par le monde entier. Il se prend pour un personnage de haute importance et croyait même pouvoir se faire élire député pour obliger le Gouvernement à le gracier, ainsi que cela s'est vu en Italie pour des condamnés politiques. Souvent, il s'exclame avec un orgueil profond : " je suis Musolino ! " Il salue la foule avec une dignité royale, en disant : " Adieu popolo ! " Il se compare volontiers au comte de Monte-Cristo. Sa générosité est celle du brigand classique, qui consiste à se faire pardonner des crimes contre autrui avec de l'argent qui ne lui coûte rien. Son intelligence se manifeste dans ses poésies, qui ne sont pas inférieures à celles de beaucoup de méchants poètes italiens, et qui reflète un égocentrisme excessif, comme par exemple, cette poésie :

*Per tia la liberta — per autri la morte.*

Cette intelligence éclate encore plus dans le fait que Musolino a su, tout jeune garçon, se faire nommer chef de la Mafia. Il savait aux plus insignifiants indices reconnaître un traître. Un jour, des agents corrompirent une de ses maîtresses qui lui donna un rendez-vous. Il s'y rendit, mais, la veille du jour fixé ; il emmena la femme avec lui pour trois jours dans les montagnes. Sa vive intelligence se reconnaît encore à l'habileté avec laquelle il a su se défendre contre les poursuites. Il dormait toujours les pieds appuyés contre un arbre, afin d'épier le moindre bruit, qui lui était transmis par le bois. Il avait aussi deux chiens avec lui qu'il plaçait l'un tout près et l'autre à une grande distance du lieu où il se cachait, un tronc d'arbre creusé ou une caverne, de sorte que ces deux chiens, en échangeant leurs aboiements, lui servaient de sentinelles. Son intelligence lui a permis encore d'organiser un système d'espionnage bien supérieur à celui du Gouvernement. Le fait qu'il a été condamné pour avoir tiré le coup et non pour avoir simplement assisté à l'attentat qu'il avait préparé, a pu aussi lui donner le sentiment qu'une injustice avait été commise envers lui. M. Lombroso cite à ce propos plusieurs exemples de criminels chez lesquels la moindre erreur dans la procédure pénale a totalement anéanti la conscience de leur crime.

Une insignifiante erreur dans le jugement est souvent, chez des sujets semblables, le point de départ d'un morbide égocentrisme. C'est ce qui s'est passé chez Musolino, quand le commandant Doria lui reprocha d'avoir tué un carabinier qui faisait son devoir.

Le plus triste, c'est que cette sorte de délire qui, chez Musolino, est tombé sur un fond morbide, a été alimenté, augmenté par l'acquiescement de la populace. Si Musolino avait rencontré autour de lui le silence, la répugnance et l'hostilité, il n'aurait jamais osé se prendre pour un héros.

(*Le temps — La med. Orientale.*)

L. L.

### La prostitution en Chine

Le docteur P. Kosanoff, dans une lettre publiée dans le *Vratch* (vol. 1, n° 13), donne quelques renseignements intéressants sur la prostitution en Chine, telle qu'il a pu l'observer lors de la campagne russe en Mandchourie, l'an dernier. La fréquence des maladies vénériennes chez les soldats russes cantonnés à Inkao fut réellement alarmante. De ces 200 soldats, 18 furent infectés de syphilis, 51 de chancres mous et 82 de blennorrhagie, soit un total de 75,5 p. 100 de maladies vénériennes contractées en Chine! Dans le village d'Inkao, il existait environ 80 maisons mal famées, donnant asile à un très grand nombre de prostituées indigènes.

De plus, la prostitution clandestine est pratiquée sur une grande échelle, parce que les femmes évitent de cette façon la patente que paie la prostituée officielle. Les chances de contamination sont d'autant plus grandes que la Chinoise prostituée vit dans le désintéressement le plus complet de l'hygiène; elle ne pratique aucune ablution; elle vit dans une chambre commune, et les coutumes l'empêchent de se laisser examiner par un médecin homme. Il en résulte naturellement que les affections vénériennes dont elle peut être atteinte ne sont pas soignées ou sont mal soignées.

L'auteur attribue la prostituée en Chine à trois causes: l'état d'esclavage de la femme, les mariages forcés et la misère. Souvent, l'ardent désir de posséder enfin la liberté fait fuir la Chinoise de la maison familiale, qui n'est qu'une prison pour elle; ne pouvant alors se suffire à elle-même, elle se livre à la prostitution. Souvent, les parents vendent leur fille pour se débarrasser d'une lourde charge et par cupidité. Une fois achetée, la pauvre fille — souvent âgée de 15 ans à peine — est traitée comme une esclave, misérablement nourrie et battue pour la moindre résistance aux désirs du maître.

L'auteur a pu observer que les médecins chinois possèdent des remèdes végétaux très efficaces contre les maladies vénériennes et il a pu se convaincre de leur action rapide et bienfaisante.

(*Méd Orientale*)

### L'UNIFICATION DES FORMULES DES MEDICAMENTS HEROÏQUES

Le 15 septembre dernier s'est réunie à Bruxelles une conférence internationale en vue d'arriver à une entente pour donner une composition uniforme aux médicaments héroïques en usage dans tous les pays.

L'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche-Hongrie, la Bulgarie, le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, le Grand-duché de Luxembourg, la Grèce, l'Italie, les Pays Bas, le Portugal, la Russie, la Serbie, la Suède-Norvège, la Suisse et la Turquie ont participé à cette conférence.

### LE COMBLE DE LA PUDEUR

Tout récemment, la direction d'un grand hôpital de Londres chargeait son architecte de construire une annexe destinée à recevoir les non réclamés par les familles. Le jour où le médecin en chef prit possession du lugubre local, il constata qu'il avait deux compartiments, séparés par une paroi en bois. Intrigué, il fit venir l'architecte et s'enquit de la raison de cette séparation.

C'est, répondit l'architecte, pour pouvoir mettre à part les cadavres des deux sexes.

(*Le cri de Paris*)

### CE QUE SONT DEVENUS LES FRERES SIAMOIS

A propos de la récente opération sur les sœurs hindoues, on s'est demandé ce que sont devenus les fameux frères siamois qui s'exhibaient dans toute l'Europe. Il paraît qu'après fortune faite, les deux jumeaux se sont mariés l'un et l'autre. L'un a eu cinq enfants, l'autre six. Ils sont morts en 1874: l'un par suite de la maladie, l'autre par suite de la mort du premier (par hétéro-infection ou hétéro-intoxication).

(*Gaz, degli ospedali delle cliniche.*)

### LA MALADIE DU SOMMEIL

La Société royale de Londres vient d'envoyer dans l'Uganda une mission scientifique chargée d'étudier la maladie du sommeil.

Cette mission est composée de MM. G. C. Low et C. Christy, qui étudieront la partie parasitologique, et de M. Castelani, qui se chargera des études bactériologiques.

Remercier celui qui vous critique' celui même qui vous injurien; il vous sert en vous avertissant de vos défauts.

CH. NODIER.

La haine devient juste quand on ne hait que l'injustice et les crimes, sans haïr ni les injustes ni les criminels.

CHRISTINE DE SUÈDE.

Quant la loi tue un homme qui se repent de son crime, elle tue un innocent.

LAMENNAIS.

Amusante légende d'Henriot:

Une prière laïque dans une préfecture:

— *Dominus vobis* Combes...

— *Et cum spiritu* Trouillot!

Petit jeu des définitions.

Biberon. — Adjoint aux... mères!

## Travaux Originaux

### EMPOISONNEMENT PAR LE BLANC DE CERUSE.

par M. le Dr RENE HEBERT,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Dans une série d'articles publiés par *La Gazette des Hôpitaux* de Paris, No 126, 1901; 49, 1902 et 108, 1902, nous lisons plusieurs observations, entr'autres celles de M. Variot sur l'"Intoxication saturnine chez l'enfant." Dans un premier cas, l'intoxication était due à l'usage d'une trompette à embouchure de plomb, chez un enfant de 8 ans, qui lui causa une paralysie des membres inférieurs. Dans un second cas, la paralysie reconnaissait pour cause, l'usage de goblets en étain plombière.

M. Romme, dans un article de *La Presse Médicale*, de Paris, vient lui aussi de reprendre cette question d'intoxication. Tout cela, nous rappelle l'observation suivante :

Au mois de novembre 1901, madame L... 48 ans, modiste, se présente à la consultation profondément anémiée et se plaignant de ne plus pouvoir se servir de sa main droite. A l'examen, nous constatons de la paralysie des extenseurs de la main droite, surtout du médial et de l'annulaire, liséré des gencives ; la malade a eu des coliques violentes. Elle avoue se servir de cosmétique depuis 5 ou 6 ans et même plus. Au début elle se servait de cosmétiques portant un nom quelconque ; ses moyens ne lui permettant plus d'acheter ces cosmétiques dispendieux, elle se servait depuis un an d'un mélange de blanc de céruse et de Bay-rhum, qu'elle s'appliquait plusieurs fois par jour sur la figure et les lèvres, au moyen d'une éponge.

Un an après le début de l'emploi du blanc de céruse, elle eut des coliques violentes, amaigrissement, perte de forces, d'appétit, etc.

C'est dans l'été de 1901, en juillet, qu'elle s'aperçut de sa paralysie. Après avoir employé quelques remèdes, inquiète, elle vint nous consulter.

Traitement : — Suppression complète de tous cosmétiques, iodure de potasse, toniques, etc.

Aujourd'hui, les forces sont complètement revenues, l'appétit est bon et la malade peut parfaitement se servir de ses doigts, et exercer son métier de modiste.

## Revue du "Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord" (I)

### L'ulcère a hypopion a cent ans d'intervalle

par M. le Dr A.-A. FOUCHER

Professeur à l'Université Laval de Montréal, Médecin en chef de la Clinique d'Ophthalmologie, de Rhinologie et d'Otologie à l'Hôpital Notre-Dame

(Suite et fin)

Il en résultait tout naturellement que la cornée n'offrait plus de vitalité, que les parties saines étaient largement ouvertes à l'infection et en définitive au lieu d'aider à la guérison elle favorisait la terminaison fatale, la perte de l'œil par panophtalmite, ce qui nous explique pourquoi l'auteur y recourait le moins souvent possible et toujours avec une certaine appréhension.

Ce qui étonne le plus en lisant les anciens, c'est de constater que la relation, si intime qui existe entre la dacryocystite et l'ulcère à hypopion leur a complètement échappé ; qu'ils n'aient pas observé cette forme particulière de l'ulcère des moissonneurs causé par des parcelles végétales qui se décomposent dans la cornée : qu'ils n'aient pas été frappés de la forme particulière que revêt cet ulcère infectant. L'état diathésique était tout chez les pionniers de l'ophtalmologie, Sichel et Desmanes pères étaient encore imbus de ces idées au commencement du siècle dernier. Et, comme généralement on tombe fatalement d'un extrême à l'autre, l'ophtalmologie du milieu du siècle dernier a peut-être eu des tendances trop spéciales.

Il en est résulté dans les traitements un peu de négligence pour ce qui concerne l'état diathésique. La réaction s'est opérée depuis, dans le bon sens, l'ophtalmologie s'est éclairée des découvertes faites dans le domaine général et il en résulte qu'elle ne voit pas partout les manifestations d'un vice dartreux, lymphatique, rhumatoïde et autre ; qu'elle ne voit pas non plus seulement ces maladies locales justifiables de traitements locaux, mais qu'elle fait la part qui revient à chaque cas particulier. Les affections cornéennes sont quelquefois d'origine diathésique : je n'en veux d'autres preuves que la kératite parenchymateuse, due à la syphilis héréditaire. Mais il y a aussi des maladies cornéennes purement locales causées par une inoculation directe de matières septiques, et l'ulcère serpiginieux de la cornée en est une preuve évidente.

Considéré de nos jours, l'ulcère à hypopion est le résultat d'une infection cornéenne, c'est un type à part, offrant des caractères particuliers, ayant une marche envahissante et un pronostic très grave. Dès 1870, Soe-

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.

misch en a tracé l'image clinique qui se résume à la description suivante : ulcération à marche essentiellement progressive, rapidité d'évolution, aboutissant inévitablement à la perforation, propagation constante dans une direction déterminée et désignée d'avance par une infiltration boursoufflée et blanchâtre.

L'hypopion en résulte trois fois sur quatre. Début insidieux, généralement au centre de la cornée, ulcère de forme variable, grisâtre, entouré en dedans et en dehors d'un croissant blanchâtre composé de plusieurs petits points. L'ulcère n'est pas profond, les bords sont boursoufflés et l'infiltration progresse ainsi que l'ulcère en dehors des lois de la pesanteur. Le liquide de la chambre antérieure se trouble, le pus apparaît à la partie la déclive, la marche de l'affection peut-être assez rapide pour ronger la cornée en quatre ou cinq jours.

Le pus remplit la chambre antérieure, la cornée devient, en apparence, complètement infiltrée, la perforation a lieu, produisant avec elle une sortie des masses purulentes fibrineuses de la chambre antérieure quelquefois une hernie de l'iris et une cataracte traumatique. Dans les cas les plus heureux ou la perforation est petite et n'est pas suivie de hernie de l'iris la cornée s'éclaircit, on constate que la lésion cornéenne est moins étendue qu'elle paraissait l'être et la guérison s'effectue lentement. Malheureusement, l'action curative de la perforation accidentelle ne s'exerce pas toujours d'une façon constante, il suffit que des masses fibrineuses viennent obstruer la perforation et la marche de l'ulcère peut reprendre son cours. Cette progression, entraîne une plus grande perte de la substance cornéenne et facilite soit le staphyloème cornéen, la hernie de l'iris ou l'apanophtalmite.

Les causes de cet ulcère sont, avons-nous dit, de nature infectante. En 1882 le docteur Angelo Verdesi, de Gênes, émit l'opinion que l'ulcère serpigneux est dû à l'action infectante de micro-organismes, sans pouvoir le démontrer par des expériences de laboratoires qui étaient encore à l'enfance à cette époque. Aujourd'hui il n'y a plus de doute, la bactériologie a entièrement confirmée les prévisions du distingué spécialiste génois et j'ajouterais même qu'on devrait donner rendez-vous à tous les sceptiques de l'infection, s'il en existe encore, sur le terrain cornéen pour leur démontrer pratiquement les traits de ressemblance qui existent, entre la culture microbienne sur agar, dans les tubes et celles qu'on obtient sur la cornée dans les cas d'infection directe. Dans un cas comme dans l'autre on assiste à des troubles dont on peut tracer la marche à l'avance, la progression du trouble est tellement régulière qu'on la croirait sous le commandement d'un chef qui dirige mathématiquement l'assaut et l'invasion de la place.

L'infection peut se produire de deux manières distinctes : du dehors, c'est ce qui a lieu le plus souvent ; et de l'intérieur.

L'infection externe a lieu par des corps étrangers

portant avec eux le germe de l'infection ; où ils sont aseptiques, et ouvrent la porte à une infection qui existe au voisinage de l'œil, c'est le cas le plus fréquent.

Dans le premier cas, je pourrais citer les traumatismes par morceaux de pierre, par de la chaux, ou encore par de produits végétaux qui se décomposent sur place, tel que les barbes de blé, les balles d'avoine, les brins de foin, etc. Ce sont les ulcères des moissonneurs.

Dans le second cas, les corps étrangers ne sont pas septiques par eux-mêmes, ni susceptible de le devenir sur place, mais ils ouvrent la porte à l'infection de voisinage. C'est ce qui a lieu le plus souvent lorsqu'il existe une dacryocystite. On comprend facilement ce qui a lieu : l'épithélium est érodé, le pus de la dacryocystite, en réserve dans le sac lacrymal et baignant continuellement la cornée, pénètre dans la brèche faite à l'épithélium et il se produit une véritable vaccination. Ce sont généralement ces cas qui se présentent ; à un tel point qu'en présence d'un cas d'ulcère infectant il faut immédiatement inspecter l'état du conduit lacrymal.

Enfin l'infection provient de l'économie même au cours de la variole, de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, de la scarlatine ou de la diphtérie. C'est une endo-infection de nature généralement d'autant plus grave qu'il est plus difficile de remédier promptement à la cause qui la détermine.

Apprécié à ce point de vue l'ulcère serpigneux de la cornée devient une entité morbide bien distincte mais offrant encore des caractères particuliers suivant le mode d'infection et surtout suivant la variété microbienne à laquelle nous avons affaire.

Classifier ces diverses infections, en tirer des déductions pratiques, quant au diagnostic et au traitement voilà la direction dans laquelle s'oriente l'étude des kératites depuis trois ou quatre ans. Il est évident que nous voilà bien loin des idées qui avaient cours du temps de Demours et de ses devanciers.

Ces études tendent à substituer aux divisions des kératites à multiplicité de types différents, ou aux simplifications exagérées une division basée sur la notion étiologique et l'observation clinique.

Dans la véritable acception du mot, l'examen clinique doit comprendre en plus de l'examen anatomique de la lésion l'étude de l'évolution de la contagion et de l'étiologie du processus pathologique.

D'après Petit, le bacille de Morax, de Week, de Nesler, de Loeffler, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, auraient quelque chose à faire avec les différentes ulcérations cornéennes. De toutes ces variétés c'est le pneumocoque qui est en cause le plus souvent dans l'ulcère serpigneux avec dacryocystite, et à son siège de prédilection, dans le bord boursoufflé de l'ulcère, et c'est là surtout qu'il faut l'attaquer.

Dans l'état actuel de nos connaissances bactériologiques il n'a pas encore été établi de délimitation bien précises entre les diverses variétés d'ulcères infectant

quant à leur marche, à leur pronostic, à leur traitement, c'est un champ d'études à explorer et il s'écoulera peut-être encore beaucoup de temps avant que nous soyons parfaitement fixés à ce sujet, mais c'est là une voie toute rationnelle et nous avons lieu d'en attendre de bons résultats.

Il existe donc à cent ans d'intervalles, comme on pouvait le prévoir à la suite des découvertes de Pasteur, une ligne démarcation bien tranchée entre l'ophtalmie du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècle. A une classification embryonnaire des kératites s'est substituée graduellement une nouvelle classification basée sur les données anatomiques et bactériologiques.

L'ulcère à hypopion n'est plus une entité morbide confuse confondue avec les autres ulcérations de la cornée, c'est un type à part, ayant sa marche, son évolution et ses caractères spéciaux, c'est l'ulcère avec altération des voies lacrymales avec dacryocystite ou avec rhinite atrophique c'est l'ulcère à pneumocoque. Pourtant, le traitement n'est plus celui de la constitution il ne dérive pas de l'exercice, des saignées à la tempe, à l'anus et au pied, mais il repose sur une désinfection de l'œil malade, sur le débridement des voies lacrymales malades, sur les soins antiseptiques des fosses nasales et sur une intervention chirurgicale qui agit elle-même de façon à débarrasser le plus tôt possible la membrane affectée des micro organismes qui y ont élu leur domicile et qui y trouvent un milieu de culture.

Ces traitements sont rationnels et répondent à notre attente. L'ulcère à hypopion est une des affections les plus graves de la cornée en ce sens qu'il évolue rapidement dans le centre le plus important de la cornée, qu'il à sa suite des taches indélébiles qui nuisent à la vision ou ce qui est pire qui se termine par la panophtalmie, la fonte purulente du globe de l'œil. Sera-t-il toujours nécessaire de recourir à l'examen bactériologique :

Non, car pour cette forme particulière, le diagnostic s'impose, mais le jour n'est pas éloigné où l'on utilisera l'examen bactériologique pour être renseigné sur le diagnostic et le traitement de tous les ulcères cornéens.

J'ai parlé du traitement antiseptique de l'œil malade. Peut-être n'est-il pas hors de propos de fixer ce mode de désinfection. Il comprend les lavages répétés de l'œil avec une solution de bichlorure de mercure au  $\frac{1}{5000}$ , les injections sous-conjonctivales de sublimé au  $\frac{1}{5000}$ , le bleu de méthylène en instillation, la pommade iodoformée et même l'iodoforme en poudre introduite entre les paupières, la cautérisation ignée des bords de l'ulcère ; on a aussi employé la teinture d'iode dans l'ulcère, l'acide phénique, en solution concentrée, le chlorure de zinc. Quant à l'opération chirurgicale elle consiste à ouvrir la cornée au niveau de l'ulcère.

Cette opération mise en vogue par Soemish, a marqué un progrès réel dans le traitement de l'ulcère à hypopion. Elle consiste à ouvrir la cornée au niveau de l'ulcère, à l'aide d'un couteau. Soemish la pratiquait

dans le grand diamètre de l'ulcère, de façon à séparer l'infiltration et deux portions égales.

Ce procédé a pour effet d'évacuer les masses purulentes accumulées dans la chambre antérieure et nous lui devons de nombreux succès. Mais, à côté d'avantages indéniables, cette opération a pour effet d'ouvrir largement les portes de la cornée à de nouvelles poussées d'infection.

Nous lui avons substitué, depuis quelques années, l'ouverture de l'ulcère, dans sa partie la plus profonde, à l'aide d'une fine pointe de galvano-cautère. C'est encore l'opération de Soemish, au moins quant à son principe, mais l'ouverture est plus limitée ; c'est aussi la cautérisation ignée de Martinache et de Gayet; de Lyon, mais une cautérisation centrale limitée et perforante, n'ouvrant pas aussi grande les portes de l'infection, mais permettant tout de même d'établir un drainage de la chambre antérieure, ce qui constitue pour moi la clef du succès à obtenir.

Ce n'est pas un simple caprice qui m'a conduit à procéder ainsi c'est l'insuccès fréquent du procédé de Soemish et des cautérisations ignées superficielles et aussi des traitements antiseptiques ci-haut mentionnés. J'ai été frappé du peu de certitude que donnent ces divers traitements, de la marche quelques fois foudroyante de la maladie et des désordres irrémédiables qui suivent une expectation trop prolongée ; c'est-à-dire une confiance trop aveugle aux seules ressources d'un traitement antiseptique local qui n'imprègne pas suffisamment tout le champ infecté et surtout qui n'atteint pas le liquide de la chambre antérieure.

Je n'hésite pas à dire qu'en présence d'un ulcère infectant qui progresse pendant deux jours en dépit d'un traitement antiseptique, il n'y a pas à hésiter, il faut perforer la cornée immédiatement avec le galvano cautère avant même que l'hypopion se soit produit. On assiste alors à une véritable résurrection de la cornée, à un arrêt immédiat de la maladie et on prévient un ulcère trop étendu qui laisserait des taches indélébiles, définitives et nuisibles à la vision. C'est l'opération de choix sur laquelle on peut compter pour se rendre maître de la maladie.

Depuis que j'ai recours à ce procédé je n'ai plus cette terreur que m'inspirait autrefois l'arrivée d'un cas d'ulcère infectant.

Comment agit cette opération? Je lui attribue deux effets : 1° elle cautérise certainement le champ infecté, dans une certaine étendue ; 2° surtout elle livre l'ulcère aux lavages continuels par le liquide de la chambre antérieure. La chambre antérieure cesse d'être un anatre de microbes, peut-être même que l'humour aqueuse offre une action bactéricide analogue au liquide nasal, buccal et autre.

De plus, l'ouverture ronde, faite au galvano-cautère, reste béante et il est indispensable qu'il en soit ainsi. Si elle se referme trop vite ou que les bouchons fibrineux de l'hypopion viennent en obstruer la lumière, ce qui

arrive le plus souvent, il suffit d'enlever l'obstruction avec une pince à iridectomie.

Il n'y a pas à se préoccuper du pus qui reste dans la chambre antérieure. Le renouvellement constant du liquide aqueux en détermine rapidement la disparition.

Je termine en exprimant l'espoir que mes confrères voudront bien donner au procédé que je préconise dans ces cas où il est indiqué, un essai loyal, et je crois pouvoir leur assurer qu'ils n'assisteront à aucun désastre dans le traitement de cette affection si grave qu'est l'ulcère à hypopion.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Dyspnée et point de côté

L'oppression respiratoire ou dyspnée peut venir de toutes les parties de l'arbre aérien : larynx, trachée, bronches, appareil pleuro-pulmonaire. Elle peut aussi reconnaître des causes générales ou nerveuses, une origine bulbaire ou pneumo-gastrique : l'asthme, l'urémie, nous en offrent les exemples fréquents. Enfin, une lésion du squelette (fracture costale, scoliose, déformation rachitique) un état rhumatismal des muscles du thorax, une névralgie idiopathique, peuvent aussi causer la dyspnée, par douleur ou par appréhension.

Dans le jeune âge, la laryngite striduleuse provoque, par gonflement de la muqueuse, une sorte de rétrécissement glottique aigu, plus effrayant que grave et rapidement justiciable d'un cataplasme très chaud, appliqué au devant du cou et de granules d'*émétine*, donnés de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à vomissement. Chez l'adulte, la dyspnée laryngienne, souvent aggravée de dysphonie et de cornage, présente une origine inflammatoire, tuberculeuse ou syphilitique, dont le traitement varie selon les cas : la chose est facile à comprendre.

Il n'est point rare de constater, à la période de germination des maladies de poitrine, une oppression anormale, qui semble le seul et unique témoignage du stade pré-tuberculeux. Respiration puérile, confuse, rude ou saccadée à l'auscultation, c'est toujours *dyspnée*, soit anomalie de forme ou de rythme respiratoires. Cet état attirera l'attention du praticien sur la nécessité de débarrasser les voies aériennes, tout en fortifiant le terrain organique à l'aide des modifications générales : huile de foie de morue, *sulphydral*, médication arsénicale et phosphatée, cure d'altitude ou thermo-sulfureuses. C'est en nous appliquant aux diagnostics précoces (méconnus ou dédaignés, malheureusement, de la clientèle) que nous aurons chance de lutter à armes égales contre l'ennemi morbide, et de repousser l'invasion microbienne. Eh bien!

l'essoufflement facile, la simple accélération des mouvements respiratoires, suffisent parfois à mettre sur la voie d'une tuberculose à ses débuts, c'est-à-dire essentiellement curable. Cela vaut la peine d'y songer !

Quand l'oppression est due à la bronchite chronique ou à la dilatation des bronches, il faut conseiller le séjour à la campagne, les pointes de feu et les granules de *sulphydral* qui, loin de supprimer le réflexe tussigène empêchent les rétentions sécrétoires, ainsi que la sténose bronchique qui en dérive.

Une forte dyspnée, coïncidant avec une lésion petite et bien circonscrite du poumon et exempte de la cachexie tuberculeuse caractéristique, doit nous faire songer à la syphilis pulmonaire. Alors, les granules de *bi-iodure d'hydrargyre* au milligramme (2 à 6 par jour), constitueront la pierre de touche du traitement. S'il y a hybridité morbide, on ajoutera les préparations iodotanniques ou les granules d'iodoforme.

La dyspnée due à l'asthme nerveux est toujours expiratoire, la poitrine se trouvant distendue par l'air et les muscles inspirateurs contracturés. Cette crise spasmodique spéciale aux neuro-arthritiques, se prévient en dehors des accès, par l'iodure et par l'arsenic. Contre l'accès, je recommande les inhalations d'iodure d'éthyle ou de pyridine, les granules de *lobélie* Charles Chanteaud, à 1/2 milligramme, tous les quarts d'heure, jusqu'à sédation. Je termine par cinq ou six granules d'iodhydrate de morphine, pour concilier le sommeil et calmer l'anxiété, parfois terrifiante, des asthmatiques. Je n'ai pas besoin d'insister, ici, sur l'importance du diagnostic différentiel de l'asthme vrai avec le pseudo-asthme de cause cardiopathique, dont la médication est totalement distincte.

Chez les brightiques et urémiques, la dyspnée est bulbaire et sa cause intime réside dans l'adulteration du sang ; les accès se répètent, toutes les deux ou trois minutes, avec intervalles apnéiques (mode Cheyne-Stockes) La diète lactée, le lavage du sang, les granules de pilocarpine à un milligr. (un tous les quarts d'heure, jusqu'à dix), constituent le traitement.

\*\*\*

Un point de côté dépend toujours d'une névralgie intercostale ou pleuro-phrénique. Cela ne l'empêche pas d'être réflexe et symptomatique d'une multitude d'états morbides. Aussi, le dyspeptique, le dilaté surtout, souffrent de points de côté par refoulement diaphragmatique résultant du développement des gaz. D'autres malades ont une lésion du foie, de l'intestin et rapportent aux thorax douloureux toute leur maladie. Que de fois, personnellement, n'ai-je point guéri, par les sévérités du simple régime alimentaire, d'inquiétantes douleurs de poitrine, qui pouvaient faire songer au syndrome initial de la phtisie.

Les lésions de la peau et des os, les tumeurs compressives (anévrismes, kystes, adénopathies, cancers) sont des causes indirectes de point de côté. C'est un symptôme

me important de la pneumonie, de la pleurésie, de la péricardite, maladies toujours révélées par une auscultation ou une percussion attentives.

Idiopathique, la névralgie intercostale se distingue du rhumatisme (ou *pleurodynie*) par ses trois points classiques d'exaspération paroxystique : vertébral, costal sterno-costal. La névralgie est surtout fréquente et rebelle chez les fumeurs et coïncide, alors, avec un état habituel d'hypertension artérielle, qui nécessite l'emploi des révulsifs, des iodures, de la trinitrine et surtout le renoncement à Nicot, sous peine de sternalgie, qui ne tarde guère à apparaître avec son cortège angoreux aussi pénible que grave. L'association des granules de *gelsemine*, *aconitine hydroferrocyanate de quinine* Charles Chanteaud, m'a permis, récemment, de guérir une névralgie mammaire datant de plus de dix ans : je la signale, ici, à mes lecteurs.

Le phthisique souffre de douleurs interscapulaires et d'hyperesthésies sous-claviculaires, souvent dues à des névrites et à des pleurites localisées adhésives. Le badigeonnage avec le mélange de salicylate de méthyle (30 gr.), teinture de capsicum (20 gr.) et gaiacol synthétique (5 gr.), les ventouses sèches ou scarifiées, le stypage, les compresses d'alcool recouvertes d'ouate et de taffetas gommé, diminuent ou suppriment les douleurs. Dues à des adhérences ou à des foyers de congestion, elles disparaissent, selon Mignon et Bloch, par l'immobilisation thoracique. Point n'est besoin, pour cela, je pense, d'un appareil plâtré : le simple sparadrap des hôpitaux suffit, comme dans les fractures de côte. Je l'ai vu appliquer, étant étudiant, par un vieux praticien qui le tenait lui-même, comme très efficace, d'un médecin du premier Empire ! *Nil sub sole novi.....* Le repos, quel sublime antiphlogistique ! N'est-ce pas par lui qu'on guérit la tuberculose ostéo articulaire ? N'est-ce pas par l'immobilisation, surtout, que nous recherchons la production de tissu fibreux, la sclérose curative, cicatrice pour le présent et barrière pour l'avenir ?

De vives douleurs thoraciques précèdent souvent le zona. On les calme, en donnant, toutes les heures, deux granules de codéine et un de gelsemine : localement, on applique de la vaseline à l'oxyde de zinc, que l'on saupoudre d'un mélange de talc et de dermatol.

L'alcoolique est sujet à des points de côté, particulièrement aux bases des poumons, à la pointe des omoplates, au creux de l'estomac, dans la région des fausses côtes à droite. Le Selditz Charles Chanteaud, à la dose d'une cuiller à café, tous les matins, les ventouses scarifiées, la diète lactée, les granules d'arséniat de strychnine données, dans la journée, à la dose de 2 à 6 par jour, ceux de bromhydrate de morphine, le soir, au coucher (un toutes les demi-heures, jusqu'à sommeil) ne tarderont pas à triompher de cet épi-phénomène, assez constant, quoique mal expliqué, de la toxémie éthylique. Il va sans dire que le médecin profitera de ce douloureux

symptôme pour faire peur à l'alcoolique et profitera de cette intimidation pour lui faire abjurer ses funestes habitudes..... !

(La Dosimétrie)

#### Corps étranger des voies digestives

M. le Dr Kébulé (de Bourgheroulde) rapporte dans la *Normandie médicale*, avoir observé un cas assez curieux de corps étranger des voies digestives.

« Une demoiselle, âgée de 19 ans, dit-il (en vraie Normande), avait perdu ses quatre incisives de la mâchoire supérieure, qu'elle fit remplacer par un dentier en caoutchouc durci et maintenu par un crochet à chaque extrémité se fixant sur la dent canine. (L'appareil mesurait cinq centimètres et demi.)

« En dormant, elle avala son appareil. Le lendemain, je la vis avec mon confrère Bretteville ; la malade n'accuse ni douleur, ni gêne respiratoire, la nourriture passe facilement. Au bout de deux jours, douleur vive d'une durée de quelques heures au niveau de la région du pylore, augmentant par la pression, et la malade étant maigre, ont sent distinctement un corps résistant. Au bout de huit jours, lors de notre arrivée, le matin, la mère nous montre l'appareil. Au lieu d'être rouge, il est verdâtre et sent parfaitement l'odeur de la région qu'il a traversée ; malgré cette preuve, la malade, en nous voyant entrer dans sa chambre, nous dit de suite : « J'ai rendu mon appareil par la bouche ». Nous ne pûmes jamais lui faire avouer qu'il était revenu par la voie basse. Nous nous expliquions difficilement cet entêtement ; mais plus tard, j'appris qu'en fille économe, c'était pour ne pas le remplacer qu'elle n'avait jamais voulu avouer qu'il était revenu par le bas. (*Absolument authentique.*)

Ajoutons que M. le Dr Fleury (de Rennes) a publié presque en même temps, dans la *Revue de stomatologie*, un cas tout à fait analogue. Une femme de 42 ans, qui portait une pièce dentaire, non faite pour elle, l'avalait par mégarde en même temps qu'un bol alimentaire. M. Fleury conseilla de ne rien faire et de surveiller les évacuations. Sans que la moindre douleur se fût jamais produite, pas même la plus petite gêne, dix jours après cet évènement, les choses, ou mieux, la chose alla si bien qu'elle fit son apparition à l'autre bout du tube intestinal. Cette dent était cependant accompagnée de quatre crocs menaçants, aigus, pointus, tranchants. Il ne faut pas donc trop se précipiter de tenter l'extraction, ni de faire l'œsophagotomie externe, si rien n'y oblige.

(Concours méd.—Gaz. méd. belge.)



### Maladie de Basedow par Ingestion prolongée d'Iodure de potassium

L'ingestion prolongée de l'iodure de potassium n'est pas sans danger ; elle peut provoquer des accidents tels que le goître exophtalmique, c'est, du moins, ce qui paraît ressortir d'un fait communiqué à la Société de Méd. int. de Vienne par M. R. Breuer (*Bull. Méd.*).

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-neuf ans qui, dans sa dix-septième année, fut infectée de syphilis par son mari. Bien qu'elle eût subi, à plusieurs reprises, un traitement par les frictions mercurielles, elle contracta, il y a de cela deux ans, une iritis syphilitique pour laquelle un ophtalmologiste lui ordonna l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour, traitement que la malade a suivi, avec quelques petites interruptions, pendant six mois environ. Au bout de ce temps, on vit apparaître chez elle les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow : amaigrissement, tremblement, tachycardie, chaleur de la peau avec transpiration abondante, diarrhée, exophtalmie et goître pulsatile. Sous l'influence d'une médication bromurée et d'un régime alimentaire essentiellement végétarien (l'usage de l'iodure ayant été, bien entendu, suspendu dès le début des accidents), ces troubles diminuèrent d'intensité, mais ils n'en subsistent pas moins jusqu'à présent.

Jamais, auparavant, la malade n'avait présenté de goître, ni aucun symptôme basedowien. Un autre point à relever, c'est qu'on avait affaire ici à une femme syphilitique. Or, le corps thyroïde des syphilitiques tolère bien, d'habitude, l'iodure de potassium. Le cas présent constitue donc une exception à cette règle.

M. Breuer a montré aussi une autre femme chez laquelle le syndrome de Basedow est apparu également à la suite de l'usage interne de l'iodure de potassium ; mais ce fait est moins remarquable que le précédent, attendu que la malade en question avait déjà eu, autrefois, des symptômes basedowiens.

(*Le concours médical.*)

---

## CHIRURGIE

---

### Laparocele gauche congénitale due à un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale

par M. le Dr E. AUDARD

On désigne sous le nom de *laparocèle* les hernies qui se produisent en dehors des anneaux naturels, dans les points où la paroi abdominale est constituée par les trois plans musculo-aponévrotiques du grand oblique, du petit oblique et du transverse, par conséquent entre le rebord des fosses côtes, l'arcade crurale, le bord externe du muscle droit et le bord postérieur

du muscle grand oblique, c'est-à-dire dans la région proprement dite des flancs.

Les laparocèles, en général, se divisant en *laparocèles spontanées* et *laparocèles traumatiques* forment une classe de hernies bien connues ; mais il est un autre groupe de laparocèles sur lequel l'attention a été peu attirée jusqu'à présent : c'est celui des *laparocèles reonnaissent pour cause un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale*. A l'occasion d'un fait de ce genre, observé l'an dernier dans le service de M. Broca, à l'hôpital Tenon, chez un petit garçon de huit ans, et qui fut traité avec succès par la cure radicale, M. Audard a recherché tous les cas analogues qui se trouvaient dans la littérature, et il n'en a recueilli que huit. Cette variété de laparocèles est donc d'une très grande rareté ; aussi leur histoire est-elle encore tout entière à faire.

Au sujet des hypothèses émises pour expliquer leur mode de production, Chaplin s'est demandé si, comme cela a été avancé par Cruveilhier au sujet de certaines hernies diaphragmatiques congénitales, la projection en masse des viscères abdominaux, refoulant devant eux une paroi abdominale en voie de développement, ne pourrait pas être la cause, bien plutôt que la conséquence d'un arrêt dans ce développement. Schenk pense qu'à une période précoce de la vie fœtale, par suite d'un olighydramnios, un genou et la partie inférieure de la cuisse correspondante, appuyés à la paroi abdominale, seraient pressés contre elle par l'utérus, et il en résulterait, au point où s'exerce cette pression, un arrêt de développement partiel de la musculature de l'abdomen.

Ce qu'il faut retenir, au point de vue pratique, c'est que les laparocèles congénitales dont les symptômes et le diagnostic sont ceux des laparocèles en général, peuvent augmenter progressivement de volume, qu'elles ne sont presque jamais bien contenues par les ceintures et les bandages, et qu'elles nécessitent d'ordinaire une intervention sanglante quand les sujets qui en sont porteurs ne meurent pas en bas âge d'autres malformations congénitales concomitantes incompatibles avec la vie ou de quelque affection intercurrente.

(*Revue de gyn. et de chir. abdom.*)

---

### Du diagnostic et de l'intervention sanglante dans les perforations typhiques

par M. le Dr HAGOPOFF (de Constantinople)

On peut conclure d'après ce qui précède que la péritonite par perforation, qui survient au cours de la fièvre typhoïde, est une complication très grave, et, malgré les quelques guérisons spontanées ou médicales que l'on a signalées, son pronostic est des plus sombres. Aussi, dès que le diagnostic est posé, doit-on s'adresser au trai-

tement chirurgical, que l'on considère aujourd'hui comme le seul moyen rationnel et efficace.

Si l'on éprouve parfois quelques difficultés pour le diagnostic, on peut toujours y arriver d'une façon presque certaine, du moins en ce qui concerne la perforation. La douleur abdominale brusque, qui manque rarement, et la contraction de défense musculaire, qui est précoce, sont deux signes précieux qui, combinés aux modifications du pouls et du facies, peuvent déjà nous mettre dans la voie du diagnostic et nous fixer, dès ce moment, sur notre conduite à tenir, car la température ne mérite pas l'importance qu'on a cru devoir y attacher, et les frissons ainsi que la disparition de la matité hépatique, qui paraît un bon signe, sont des symptômes que l'on rencontre assez tardivement.

Les autres complications de la dothiéntérie avec lesquelles il est possible de confondre la perforation pourront néanmoins s'en distinguer souvent assez aisément. Il existe une forme simulant l'occlusion intestinale, dans laquelle l'erreur ne sera heureusement pas préjudiciable au malade, l'opération se trouvant également indiquée dans ce cas.

La coexistence de l'hémorragie et de la péritonite par perforation imprime à celle-ci une modalité clinique spéciale que l'on doit bien reconnaître. L'examen du sang pourrait peut-être, dans ces cas douteux, venir contrôler le diagnostic.

En tout cas, pour assurer le nombre des succès, il faut que l'intervention soit aussi précoce que possible et que le malade puisse opposer une résistance nécessaire pour la supporter. C'est du moins ce qui ressort d'après les nombreuses statistiques dressées à ce sujet ; elles donnent actuellement une proportion de 23 à 26 p. 100 de guérisons.

Les objections qu'on a soulevées contre la méthode sanglante n'ont pas leur raison d'être, vu la connaissance approximative du siège de la perforation, l'unicité, habituelle de celle-ci et la solidité parfaite et rapide des sutures. Même dans les cas désespérés on a observé des guérisons ou des survies parfois longues.

La durée de l'intervention doit être courte, et l'anesthésie sera surveillée. L'incision abdominale peut être médiane ou latérale, simple ou double suivant l'étendue des lésions. Mais le drainage est toujours indispensable, qu'il soit simple ou multiple ; et la suture à la Lembert, à points séparés, sera la règle pour la réparation intestinale. Il ne faut fermer le ventre qu'incomplètement.

Enfin le lavage abondant, chaud, à l'eau bouillie, salée ou non, sera préférable au simple nettoyage avec des compresses, lorsque la péritonite est généralisée, ce qui est le cas habituel.

(Gaz. des hôp.)

## OBSTÉTRIQUE

### De l'interruption thérapeutique de la grossesse envisagée au point de vue de son évolution et de sa signification (1)

par M. le Prof. A. Pinard de Paris

(Suite)

A. MALADIES DÉVELOPPÉES PAR LE FAIT DE LA GROSSESSE. — a) *Hémorragies utérines*. — Quand et de quelle façon les hémorragies utérines peuvent-elles mettre en danger la vie d'une femme enceinte ? Quels sont les symptômes qui constituent l'indication précise, urgente de l'interruption de la grossesse ?

Les hémorragies utérines, je n'ai pas besoin d'insister ici sur ce point, peuvent se déclarer à toutes les périodes de la grossesse, aussi bien dans la première moitié que dans la seconde.

Elles peuvent devenir graves, soit par leur abondance immédiate, soit par leur persistance.

Quels sont les symptômes causés par cette hémorragie abondante d'emblée, ou grave par sa continuité ?

Je considère que la constatation simple d'une grande quantité de sang perdu, tout en ayant de l'importance, n'est pas suffisante pour constituer une indication d'interrompre la grossesse. La décoloration des téguments, les tintements d'oreilles, les tendances syncopales, bien que présentant un caractère alarmant, ne constituent l'indication opératoire que quand, dans ce cortège symptomatique, apparaît d'une façon permanente une accélération du pouls assez accusée pour que le nombre des pulsations soit constamment au-dessus de 100.

Pour moi, qu'elle que soit l'abondance apparente de l'hémorragie, qu'elle que soit sa durée, je considère que l'indication de l'interruption de la grossesse n'existe pas tant que le nombre des pulsations reste au-dessous de 100.

Elle existe, d'une façon nette, précise et urgente quand d'une façon permanente, le pouls bat plus de cent fois par minute.

C'est là le précepte que j'enseigne et que je mets en pratique depuis fort longtemps déjà.

b) *Hydropisie de l'amnios*. — Il est bien entendu que par ce terme, si imprécis d'ailleurs, je n'entends parler que des cas où l'abondance du liquide amniotique est extrême. Et encore dois-je ajouter que la quantité de liquide contenu dans l'utérus ne peut fournir à elle seule, dans tous les cas, une indication suffisante.

La période de la grossesse pendant laquelle se produit l'accumulation du liquide, la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se produit l'augmentation du liqui-

(1) Quatrième Congrès Périodique International de Gynécologie et d'Obstétrique, tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902. Extrait de *La Presse Médicale* de Paris.

de, constituent des éléments dont il faut tenir grand compte.

Il n'est pas très rare de voir des femmes dont l'utérus contenait 6, 8, 10 litres et même plus de liquide amniotique accoucher à terme, tandis que quelquefois, à une période moins avancée de la grossesse, avec une quantité moindre de liquide, des symptômes inquiétants se montrent et forcent à intervenir. Tout dernièrement encore, je vis une jeune femme enceinte de six mois à peine, et chez laquelle des symptômes menaçants me forcèrent à intervenir. Or, la quantité de liquide écoulé, mesurée avec soin, ne dépassait pas 6 litres.

Plus la grossesse est jeune quand se produit l'hydropisie de l'œuf, plus l'augmentation de liquide est rapide, plus le danger sera grand.

Mais l'indication se précise surtout lorsque l'organisme maternel présente l'une des deux conditions suivantes :

Tantôt, avec un œdème plus ou moins accusé, plus ou moins généralisé, se montrent de la dyspnée, de l'orthopnée, des phénomènes asphyxiques.

Tantôt, en même temps que se produit une distension rapide de l'utérus, apparaissent des douleurs abdomino-costales ou diaphragmatiques très vives ; puis la peau devient sèche et terreuse, l'amaigrissement très accusé, et la sécrétion urinaire diminue dans des proportions telles que la quantité totale émise dans les vingt-quatre heures ne dépasse guère 500 à 600 grammes. C'est l'hydropisie de l'amnios dite aiguë ou fébrile. Je dois dire d'ailleurs que je n'ai jamais dans ces cas constaté d'hyperthermie.

Cette forme, qui se rencontre le plus souvent dans les cas de grossesse double avec hydropisie de l'un des œufs ou des deux œufs, peut cependant se rencontrer avec un fœtus unique.

Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, l'interruption de la grossesse est nettement indiquée.

c) *Grossesse molaire, môle hydatiforme.* — Dans les cas de grossesse dégénérée, appelée : grossesse molaire, môle hydatiforme, môle vésiculaire, etc., la femme ne court pas seulement des dangers du fait de l'hémorragie.

Elle est également exposée à une intoxication spéciale, dont les manifestations principales sont les suivantes : la disparition plus ou moins complète de la contractilité utérine, la teinte cachectique des téguments qui diffère de la pâleur ordinaire causée par l'hémorragie seule.

La diminution ou l'abolition de la contractilité des parois de l'utérus doivent particulièrement attirer l'attention, car, au moment de l'intervention, une hémorragie considérable peut se produire et entraîner rapidement la mort, comme j'ai eu l'occasion de l'observer.

Enfin les rapports plus ou moins fréquents de la môle vésiculaire avec le déciduome malin ne peuvent que rendre désirable et aussi rapide que possible l'évacuation de l'œuf dégénéré.

Dans ces cas donc, l'indication s'impose dès que le diagnostic est fait.

Lorsque le diagnostic n'a pu être posé, l'indication peut naître de l'hémorragie.

d) *Toxémies gravidiques. Vomissements dits incœrcibles. Albuminurie. Eclampsie. Névrites toxiques.*

*Vomissements incœrcibles. Vomissements toxiques.* — Depuis que P. Dubois a si magistralement exposé les indications de l'interruption de la grossesse dans les cas de vomissements incœrcibles, les observations lui ont donné raison contre Cazaux ; et il n'est plus un médecin qui à l'heure actuelle conteste cette indication. Mais on a cherché depuis à la rendre encore plus précise.

Je me suis efforcé pour ma part, depuis plus de vingt ans, à la rendre à la fois et plus rare et plus précise. Je m'explique.

Je ne crois pas qu'on puisse considérer aujourd'hui les vomissements incœrcibles comme une maladie, une entité morbide. Ce n'est qu'une manifestation d'une toxémie.

Or, je suis convaincu que par une médication appropriée, appliquée dès le début de l'apparition du syndrome vomissement, on peut le plus souvent, sinon toujours, atténuer d'abord et faire disparaître ensuite les manifestations dues à cette toxémie.

J'ai consacré, cette année, à ce sujet, un certain nombre de leçons qui seront publiées prochainement.

Mais il arrive que, soit par incurie, soit pour une autre cause, on se trouve appelé près d'une femme en proie à une toxémie assez intense pour déterminer des vomissements incœrcibles. Quand doit-on intervenir ?

Depuis P. Dubois, on répond : quand la femme est dans la période fébrile. Or, depuis qu'en médecine on fait usage du thermomètre, il a été reconnu que, dans ces cas, il n'y a pas d'élévation de température. Est-ce que Dubois s'est trompé ? Non. Mais on considérait à son époque toute accélération du pouls comme constituant un état fébrile. Et il y a bien une accélération du pouls.

Aussi, je ne me préoccupe ni de la perte de poids, ni de l'intensité des vomissements. Ce que j'observe avec le plus grand soin : c'est le pouls.

D'après de nombreuses observations, j'ai été amené à conclure que, dès que, chez une femme atteinte de vomissements incœrcibles ou mieux toxiques, l'accélération du pouls est telle que le nombre des pulsations par minute s'élève à plus de 100, il faut de suite interrompre la grossesse.

Si l'on attend, cette intervention deviendra inutile, car la mort surviendra quand même, causée par l'empoisonnement du système nerveux.

b) *Albuminurie.* — Dans cette toxémie, dont la manifestation la plus facile à saisir est la présence de l'albumine dans les urines et constitue ce qu'on appelle l'albuminurie dite gravidique, il peut arriver que l'indication de l'interruption de la grossesse se montre.

Dans ces cas également, le traitement a rendu cette indication bien rare.

Mais quand par exception, chez une femme enceinte dont les urines renferment de l'albumine, le traitement rigoureusement appliqué ne fait pas diminuer la quantité d'albumine, quand l'agitation, l'insomnie se montrent, quand la céphalalgie et les troubles de la vision s'accroissent, quand l'acte respiratoire est modifié, on peut trouver dans ce cortège symptomatique une indication suffisante. Mais, je le répète, cette indication est extrêmement rare, si la femme est soumise strictement au traitement spécial qui est connu de tous les médecins à l'heure actuelle.

c) *Eclampsie*. — Lorsque la toxémie produit des convulsions chez une femme enceinte, doit-on interrompre la grossesse ?

Cette question, quoique déjà bien discutée depuis longtemps, ne peut, je crois, être résolue à l'heure actuelle. Peut-être, et je le souhaite, va-t-on nous apporter dans ce Congrès des documents nous permettant de la résoudre. Mais je ne puis que répéter aujourd'hui ce que je disais au Congrès de Nantes, l'année dernière, à propos d'une intéressante communication de mon collègue et ami le docteur Hirigoyen, de Bordeaux, sur la valeur de l'intervention dans les accès éclamptiques. Je n'ai dans ce traitement qu'une confiance absolument relative. Je l'ai employé dans un cas avec succès, je le reconnais, mais les symptômes observés étaient exceptionnels. De nouvelles statistiques, de nouveaux documents, me semblent indispensables pour entraîner la conviction, car je sais combien les séries heureuses sont trop souvent suivies de séries malheureuses. Jusque là je considère qu'à moins de circonstances exceptionnelles, la nécessité de l'interruption de la grossesse chez une femme atteinte d'accès éclamptiques ne paraît pas suffisamment démontrée. Mon collègue, le professeur Quei-rel, déclara dans la même séance qu'il partageait complètement son opinion.

d) *Névrites toxiques*. — Ici l'indication sera en rapport avec la marche et l'intensité de la maladie.

(A suivre)

## Therapeutique et Matiere Medicale

Traitement pour un enfant d'environ 8 ans. Tuberculeux (tuberculose pulmonaire 1er degre ou debut de 2e degre)

(Dr GILLET)

1° Régime alimentaire. { Viande crue..... 100 gr.  
                                  { Suc musculaire.... 150 gr.

A. — Petit déjeuner, à 7 heures :

Panade { de biscottes ou autre produit analogue :  
          { pain de légumine, etc.  
          { de pain grillé.

ou

Bouillie avec lait et œuf { de farine fine d'avoine  
                                  { ou de malt d'avoine.  
                                  { de farine de maïs.  
                                  { de fleur de lentille (Revalos-  
                                  { cière).  
                                  { de crème de riz, d'arrowroot.  
                                  { de phosphatine, de cacahout.

Ou bien

1 œuf à la coque, mollet.  
1 tranche de jambon cru fumé.  
Pain et beurre.  
1 tasse de lait ou thé léger.

B. — A 10 heures :

Pain et beurre.  
Suc de viande, lait ou thé léger.

c. — Déjeuner, midi :

Viande crue pulpée.

Légumes farineux avec 1 jaune  
d'œuf mêlé

{ pomme de terre.  
          { haricots.  
          { pois, fèves.  
          { lentilles roses.  
          { riz, sagou.

Pâtes alimentaires : macaroni, nouilles, lazagne, ravioli, spaghetti, etc.

Entremets sucrés.

Fromage à la crème ou gruyère.

Fruits, gâteaux bien cuits, etc.

Vin léger ou bière faible, ou extrait de malt additionné d'eau.

Infusion chaude après le repas, tilleul, feuilles d'orange.

Repos après le repas.

D. — Gouter, 3 1/2, 4 heures :

Suc de viande et pain et beurre.

ou

Viande crue pulpée sur du pain et beurre additionné de sel, ou bien en boulettes sucrées (conserves de Damas).  
Lait ou thé léger.

E. — Dîner, 7 heures ou 7 h. 1/2.

Potage tiède, gras ou maigre, avec viande crue pulpée (Tapioca, vermicelle, jus de carotte, etc.)

Œufs préparés de différentes manières { à la coque-pochés.  
                                  { brouillés.  
                                  { omelette { simple.  
                                  { au jambon.  
                                  { soufflée.

ou

Cerveau, ris.

Légumes variés.

Dessert : confitures, compotes, etc.

Vin léger ou bière faible, ou extrait de malt additionné d'eau.

En somme, alimentation copieuse, suralimentation dans laquelle entrèrent, comme élément principaux, la

*viande crue* (pulpée et suc musculaire), les *œufs*, les *farineux*, mais *pas de viande cuite* d'aucune sorte.

2° Matin et soir, *friction* sur le corps avec un vinaigre aromatique, par exemple :

Vinaigre blanc.....	300 gr.	
Essence de térébenthine.....	1 gr.	
Alcoolat de thym.....	} à 2 gr.	
— de girofle.....		
— de lavande.....		

au gant de crin doux ou gant de flanelle.

Ou encore :

Vinaigre blanc.....	300 gr.	
Alcoolat de lavande.....	} à 2 gr.	
— de romarin.....		
— de Fioraventi.....		

Ou bien tout autre vinaigre ou eau de toilette, eau de lavande, eau de Cologne, etc. Au besoin *lotions froides* rapides.

3° *Cure d'air* à la campagne de préférence dans les bois de pins, d'eucalyptus, à l'atmosphère balsamique ; à la montagne pour les uns les Pyrénées (Dax, Pau, Cambo, ou l'Auvergne, le Jura, les Vosges) ; à la mer pour les autres ; Arcachon, Biarritz : l'été, les villes hivernales du midi ; l'hiver, Roscoff, Dieppe, Berck, etc., parfois combinée avec une *cure hydro-minérale* : La Bourboule, Mont-Dore, Alleverd, Bagnères-de-Bigorre, Cauterets, Eaux-Bonnes, Saint-Honoré, Amélie-les-Bains, Saint-Sauveur, etc., pour les principales stations.

4° *Gymnastique respiratoire*. Chaque jour une ou deux séances de 5 à 10 minutes.

5° Au point de vue local :

*Révuision* sur la région des sommets à l'aide de teinture d'iode alternativement du côté droit puis du côté gauche, en avant puis en arrière, sans entamer la peau.

En cas d'irritation trop vive, graisser légèrement avec de la vaseline boriquée, et saupoudrer avec du talc ou un mélange à partie égale de talc et d'oxyde de zinc.

Au besoin, pointes de feu très superficielles.

6° Comme médicaments proprement dits :

*Huile de foie de morue*, blanche simple, à fortes doses, suivant les susceptibilités individuelles, jusqu'à la dose de six cuillerées à bouche dans une journée.

Chez les jeunes sujets qui n'acceptent pas volontiers l'huile en nature, on peut prescrire une émulsion d'huile de foie de morue crémeuse, comme celle-ci :

Huile de foie de morue.....	500 grammes.
Sucre tamisé fin.....	190 —
Gomme arabique pulvérisée... 500	—
— adragante pulvérisée. 5	—
Infusion de café.....	200 —
Rhum, kirsch ou curaçà.....	150 —

Ou bien, d'après la formule de M, le Dr G. Carrière (de Lille) :

Huile de foie de morue blanche.... 1 litre.

Lécithine pure..... 0 gr. 10

Trois à six cuillerées à bouche au moment des repas chaque jour, par entraînement progressif.

Diminuer ou cesser momentanément, s'il y a anorexie par dégoût ou diarrhée par indigestion, principalement pendant l'été.

Remplacer alors par :

Lait..... une petite tasse.

Gros sel de cuisine..... une pincée.

Lécithine..... 0,10 à 0,20 centigr.

Donner 2 fois par jour, le matin et au goûter, comme boisson. Ou bien la *décoction de céréales*.

Autant que possible s'en tenir là. Réserver, pour quelques cas particuliers, le *tannin*, bien accepté sous forme de *cachou*, qui contient à peu près moitié de son poids de tannin et qui est plutôt agréable à prendre à la dose de 0,20 à 0,30 par année d'âge, soit à 5 ans, 1 gr. 20 à 2 grammes environ, mêlé à de la poudre de sucre vanillé, par exemple, ou en suspension dans un julep.

Si on y adjoint le *phosphate de chaux* et les *préparations arsénicales*, on aura à peu près le bilan des médicaments généraux.

L'état local peut créer des indications du moment et nécessiter l'emploi d'autres agents, *créosote*, *encalyptus*, etc.

Pour que les phosphates soient réellement utilisés, il est nécessaire de les prescrire sous forme de sels organiques, glycérophosphate, lécithine.

Les céréales, les légumineux en renferment de grandes quantités bien assimilables ; le jaune d'œuf, les cervelles, le ris, la laitance et les œufs de poisson, les testicules de volaille de même.

*Vie calme, à la campagne*, en plein air. Instruction faite à la maison, programme très restreint. Pas de tension d'esprit prolongée. Leçon de choses, péripatétisme. Projets d'avenir dirigés vers une vie et une profession rurales.

(Gaz. des maladies infantiles)

#### Les injections preventives de serum anti-diphtheri

Il faut se garder, comme nous le disons toujours, d'un enthousiasme excessif pour la méthode de traitement et surtout de prophylaxie de la diphthérie par le sérum antidiphthérique. Certes, nous ne croyons pas sérieusement aux prétendus cas de mort qu'on lui a imputés et qui doivent être mis sur le compte de la gravité de la diphthérie ou du retard apporté à la première injection, mais, chaque jour, de nouveaux faits montrent que le sérum, n'étant pas absolument anodin comme, par exemple, la vaccine, ne peut être imposé obligatoirement dans les écoles ou autres agglomérations d'enfants.

M. Le Gendre cite (Soc. de pédiatrie, 18 mars) 10

le cas d'un enfant de trois mois atteint de diphtérie, et qui, un quart d'heure après une injection de sérum de sérum antidiphtérique présenta une éruption polymorphe généralisée avec œdème de la face et du prépuce. L'œdème dura dix heures environ. L'enfant guérit de sa diphtérie.

Un enfant observé par M. Guinon eut un œdème généralisé, de l'agitation et du délire, une heure après avoir reçu une injection de sérum. L'œdème disparut au bout d'une heure.

La *Semaine Médicale* (30 avril) cite trois observations où les injections de sérum antidiphtérique furent suivies de syncopes.

Le médecin anglais, A. Somers, au cours d'une diphtérie grave, fit une injection de sérum anti-diphtérique et, deux heures plus tard, éclatèrent de phénomènes syncopaux qui furent très inquiétants pendant une demi-heure; une seconde injection fut suivie des mêmes accidents, ce qui exclut l'idée d'une simple coïncidence. Le Dr Saward (de Londres) soignait deux sœurs dont la diphtérie était grave. L'une succomba au collapsus cardiaque, peu de temps après la première injection de sérum; l'autre eut une syncope dont on eut grand peine à la sauver.

(*Le concours médical.*)

## Coq-a-l'ane médicaux

*Précoce.* — On demandait à une femme timide si elle se souvenait de son premier amour.

— Non, répondit elle en baissant les yeux, j'ai eu, à l'âge de dix ans, une fièvre typhoïde qui m'a fait tout oublier. (*Lyon Méd.*)

*Nouvelle médication martiale.* — Le sel de fer qui se trouve dans l'œuf des animaux ovipares et aux dépens duquel se forme la totalité de l'hémoglobine du poulet est un nucléinate de fer. Ce fer serait plus assimilable que tout autre. On le prescrit à la dose de 5 à 30 grains. Cette préparation est encore à l'essai. (Dr Dor. in *Lyon Méd.*)

*Extrême-onction.* — Une malade s'est irrité la peau par une friction trop forte avec la pommade prescrite. A la première visite du médecin elle se plaint, et le médecin réplique: Madame, l'onction est une chose qu'il ne faut pas pousser à l'extrême. (*Lyon Méd.*)

*Indépendance anatomique et physiologique des lobes du foie.* — M. Sérégé, de Vichy, admet que l'indépendance des deux lobes du foie est complète non seulement au point de vue anatomique, mais aussi physiologique. Les faits qui militent en faveur de cette idée sont les suivants:

1. Indépendance décelée par les injections de bleu de méthylène.

2. Constance de la localisation, dans le territoire hépatique correspondant, des embolies provoquées par injections intraveineuses faites dans un territoire intestinal donné et par cela même démonstration de l'existence d'un double courant veineux dans la veine porte.

3. Dosant l'urée dans chaque lobe du foie chez les chiens à diverses heures de la digestion, M. Sérégé a vu que chaque foie fabriquait de l'urée pour son propre compte, à des moments différents et en quantité variable suivant les phases digestives.

De ces faits, et de d'autres trop longs pour analyser ici, il conclut à l'existence de l'accouplement du foie gauche spécialement avec l'estomac et la rate, et à celle du droit avec le pancréas et l'intestin. Ainsi l'insuffisance pourra atteindre un lobe insolément ou les deux lobes en totalité. (*Congrès Toulouse.*)

*Chez le pharmacien.* — Vieille dame. — Donnez-moi une boîte de pilules canines.

Le P. — Qu'est-ce qu'il a votre chien, madame?

V. D. — Je vous apprendrez, monsieur, que mon mari est un monsieur.

Le pharmacien silencieusement produit une boîte de pilules de quinine. (*Ph. Era.*)

*Honneur aux Américains et aux Canadiens.* — Le Dr W. W. Keen a été nommé membre honoraire du 31<sup>e</sup> Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Et en plus président honoraire du Premier Congrès de Médecine égyptien, devant avoir lieu du 19 au 23 déc. 1902.

Le docteur James Stewart, professeur de médecine à l'université McGill, vient d'être nommé Président de l'Association américaine de médecine. *Honneur aux Canadiens!*

*Le varicocèle en rapport avec les tumeurs du rein.* — M. Delobel, en rapportant un cas d'épithéliome du rein, remarque que le varicocèle symptomatique, sur lequel J. L. Petit, Guyon et Legueu ont insisté était peu développé. Comme le développement de ce varicocèle serait dû, la plupart du temps, à la compression des veines spermatiques par les ganglions dégénérés, on pouvait espérer que cette dégénérescence ganglionnaire était peu avancée. L'intervention a montré qu'il n'en était malheureusement pas ainsi, d'où l'on pourrait conclure que la présence de tout varicocèle correspondant à un épithéliome rénal est une contre-indication formelle à toute intervention chirurgicale. (*Lyon Méd.*)

*Cause de l'action hémostatique de la gélatine.* — Cet effet, suivant les recherches de Zibell, serait dû à la présence de sels de calcium.

NIBB.

## FORMULAIRE

### LE BROMURE DE NICKEL CONTRE L'EPILEPSIE

(Da Costa)

Recommande l'emploi du bromure de nickel sous forme de pilules et de sirop.

#### Pilules

Bromure de nickel.....	60 centigr.
Poudre de guimauve.....	40 —
Extrait de gentiane.....	40 —

Faites 12 pilules.

#### Sirop.

Bromure de nickel.....	10 grammes.
Eau .....	120 —
Glycérine.....	15 —
Sucre.....	250 —

Ce sirop présente une belle couleur verte.

Le bromure de nickel se prépare par saturation de l'acide bromhydrique avec le carbonate de nickel, à chaud filtration et évaporation à siccité au bain-marie.

### TRAITEMENT DE L'ALOPECIE ET DU PITYRIASIS

(Jackson)

#### 1° Crème sulfurée.

Cire blanche.....	28 grammes.
Huile de pétrole.....	150 —
Eau de roses.....	75 —
Biborrtte de sonde.....	2 —
Soufre.....	28 —

En cas ou la légère odeur du soufre exhalée par cette crème contre-indique son emploi, l'auteur a recours à l'

#### 2° Onguent de Bronson.

Mercure précipité blanc.....	2-4 grammes.
Calomel .....	4-8 —
Vaseline.....	30 —

### L'ERGOTINE DANS LA GONORRHEE

(ROICKI)

L'auteur considère l'ergotine comme un excellent moyen de guérir rapidement la gonorrhée chronique. Il l'administre simultanément à l'intérieur en pilules et en injections uréthrales, suivant la formule suivante :

Ergotine.....	30 centigrammes.
Eau distillée.....	300 grammes.

Faire plusieurs injections par jour.  
Ces injections sont très bien supportées. Le traitement est applicable dans les hémorrhagies de l'urètre.

### POMMADE ANTIPARASITAIRE

Acide salicylique.....	3
Borax.....	1
Baume du Pérou.....	2
Vaseline.....	20
Essence éther, d'anis.....	V gouttes
Essence de bergamote.....	XV gouttes

(Jour. de méd. de Paris.)

### VARIETES

#### NAISSANCES :—

— Mde Dr P. Sinotte, des Eboulements, un fils.

#### MARIAGES :—

—A Montréal, le 27 courant, M. le Dr Luc Lebel de Fraserville, conduisait à l'autel, Mlle Marie-Louise Itzweire, fille de M. Louis Itzweire de cette ville.

—A Ste Agate de Lotbinière, le 28 de ce mois, M. le Dr P. Langlois de St-Joachim de Shefford, conduisait à l'autel Mademoiselle Amanda Brochu, fille de feu Godfroy Brochu, ancien marchand.

Nos sincères félicitations.

#### NÉCROLOGIE :—

—On annonce de Vancouver la mort du Dr Alfred R. Selwyn., pendant 25 ans directeur du service géologique du Canada. Il est mort d'apoplexie. Il avait été mis à la retraite il y a quelques années.

—A Butte City le 25 de ce mois est décédé le Dr Henri A. Cayley à la suite d'un attentat. Le docteur avait des parents et amis à Montréal. Nos sympathies.

### OREGON STATE MEDICAL SOCIETY.

A sa réunion du 11 septembre dernier, les élections ont donné le résultat suivant : président, Dr Henry Waldo Coe, Portland ; 1er vice-président, F. W. Van Dyke, Grants Pass. 2me vice-président, J. A. Geisen-dorfer, The Dalles ; 3me vice-président, J. P. Tamiesie, Hillsboro, Secrétaire, A. D. Mackenzie, Portland ; Trésorier, Mae Cardwell, Portland : ont été élus conseillers : MM. les Des W. J. May, Baker City ; J. Fulton, Astoria ; Wm. Amos, C. F. Wilson, Ellis, R. C. Coffey, tous quatre de Portland ; C. S. White, Gervais ; S. T. Linklater, Hillsboro ; W. T. Williamson, Salem ; Wm House, Pendleton.

## Supplement Litteraire

## Questions d'honoraires

Parler d'honoraires est toujours délicat pour un médecin. Ceci n'empêche pas que la presque totalité des médecins de notre époque, vivant de leur profession eux et leur famille, ont le souci et le devoir de s'en occuper. On ne discute guère plus la légitimité des honoraires du médecin et sans en faire remonter l'habitude à la fameuse sentence de l'Ecclésiaste : "Honora medicos propter necessitatem...", nous pouvons constater que depuis longtemps et dans tous les pays, les médecins ont coutume de faire payer leurs soins. Il y a cependant des recalcitrants : ce ne sont pas les malheureux qui ont, en France, les soins assurés par la loi d'Assistance, et qui même avant cette loi, recevaient gratuitement les secours médicaux ; ce ne sont pas non plus les ouvriers ou les gens de maigre condition ; ces gens-là sont habitués à se passer de crédit et ils paient comptant. Aux prises chaque jour avec les difficultés de l'existence, recevant régulièrement leur salaire, ils sont persuadés que le médecin est dans une situation analogue et le paient sans attendre. C'est dans la moyenne bourgeoisie que le médecin se trouve en butte aux plus grandes difficultés ; c'est là que les honoraires consisteraient le plus, s'il s'y prêtait, en considération et en politesse. Dans cette classe, on considère trop souvent le médecin comme chargé d'un sacerdoce, et la question d'argent est trop souvent reléguée au second plan. Médiocres de fortune et d'intelligence, ils adaptent facilement et instinctivement la moralité à leurs besoins et à leurs intérêts, et ceci dans tous les pays.

Dans un livre intitulé : *Mémoires d'un Médecin*, livre d'une sincérité touchante où, comme Jean-Jacques Rousseau, l'auteur raconte des faits qui ne sont pas toujours à son éloge, le docteur Veressaieff relate l'histoire suivante :

"Un bourgeois s'était adressé au directeur d'un grand journal russe pour le prier de raconter qu'un médecin avait osé le citer devant les tribunaux pour non-paiement de ses honoraires.

"Et pourquoi ne l'avez-vous pas payé, demanda le journaliste.

— Mais, vous savez, les vacances approchaient, il fallait louer une villa, acheter des costumes d'été pour les enfants et mille autres choses de ce genre."

Nous pouvons citer un fait inédit, qui démontre tout aussi bien l'idée bizarre que le bourgeois qui se croit bien élevé se fait du médecin :

Dans une ville de l'ouest, deux amis se disputent, il y a échange de témoins et une rencontre est décidée. Ces deux personnes avaient le même médecin. Un second praticien est appelé pour un des combattants. Il se lève de bonne heure, se munit d'objets de pansements,

va à quelques kilomètres de la ville, flambe les épées, assiste au combat, perd sa matinée. Son nouveau client est blessé légèrement. Il le panse et le ramène chez lui. Puis attend ses honoraires.

Plusieurs mois après, ne voyant rien venir, il adresse sa note qui s'élevait, je crois, avec les fournitures du pharmacien, à la somme de 50 francs. Le client ne répond pas ; les hommes assez courageux pour risquer une égratignure en duel ne le sont pas assez dans d'autres circonstances de la vie, ils laissent à leur femme la responsabilité de certaines petites lâchetés et c'est à la lettre de Madame que nous emprunterons quelques phrases.

"Du reste, on me dit, écrit-elle, qu'entre hommes il y a une question de délicatesse qui interdit même le moindre commerce à cette occasion et les médecins, pas plus que les témoins, ne sont en général amenés sur le terrain avec de l'argent. Mais, n'étant pas versée dans ces sortes de choses, si vous persistez dans vos prétentions, je serais obligée, à mon grand regret, de laisser à d'autres le soin de régler avec vous cette affaire subtile. Cependant je ne doute pas qu'après avoir un peu approfondi l'observation que je me permets de vous faire, vous la comprendrez sans la moindre hésitation et vous êtes trop intelligent pour que je discute avec vous l'inutile traitement d'une insignifiante égratignure, etc..."

Le confrère qui nous a communiqué cette lettre, nous demandait notre avis. Dans de pareils cas où le point d'honneur est si largement vulgarisé, je crois qu'il n'y a qu'un conseil à donner, c'est de soumettre purement et simplement à la justice les gens qui se font une si bizarre idée de leur honorabilité et je crois que le conseil sera suivi.

Mais le fait cité par le docteur Veressaieff et ce nouveau cas de la... mufferie de notre bourgeoisie moderne ne sont-ils pas caractéristiques ? Nous avons fait des progrès ; et allez donc maintenant citer l'Ecclésiaste et dire : *Honora medicos propter necessitatem, creavit enim infinitum Ens.*

Les médecins sont maintenant créés par des Facultés, et les bourgeois, s'ils continuent à reconnaître la nécessité de leurs services, leur refusent des honoraires.

(Progrès méd. — Gaz. méd. belge)

—♦♦♦—

### Sainte Galette I

Maintenant que le vaste globe impérial et royal repose délicatement dans la dextre de notre auguste voisin Edward VII et que la couronne, non moins royale et non moins impériale, cache sous ses scintillantes pierres la calvitie quelque peu légendaire du plus puissant des monarques, on se demande avec une certaine émotion quelle sera la petite note d'honoraires que réclameront les heureux confrères d'outre-Manche qui ont apporté leurs soins, leur science et leur dévouement à cet



illustre client lors de sa malencontreuse appendicite.

Il est certain que le noble prince, étant donnée surtout l'issue favorable de son opération, ne lésinera pas avec ses médecins ordinaires et extraordinaires et que le *petit mémoire* présenté par l'heureux sir Frederick Trèves, chirurgien émérite, qui a opéré la susdite appendicite, sera d'une assez belle envergure ! Les guinées vont, si je ne m'abuse, danser une fameuse sarabande, et, il faut l'avouer sans honte et sans pruderie grotesque, ce sera justice.

Si l'heureux confrère ne demande pas un million pour son intervention, c'est à rentrer le bistouri dans la trousse ; car (c'est sur cela surtout qu'il doit s'appuyer) il y a des précédents et il ne faut pas gâcher le métier.

Lorsque le roi d'Angleterre n'était que prince de Galles, il eut en 1871 la fièvre typhoïde ; sir William Gull, son médecin d'alors, reçut la somme assez rondelette de \$50,000. Or, depuis cette déjà lointaine époque, tout a augmenté ; il est donc naturel que la note d'honoraires augmente également du triple !

D'ailleurs, ces heureux confrères qui fréquentent les Grands quand ils sont malades, ont généralement une heure assez agréable à passer ; c'est le moment où ils sentent palpiter la sainte galette ! Et soyez persuadés qu'ils n'en font ni plus ni moins que le plus modeste des praticiens ! Quand un malade doit mourir de sa maladie, fut-il roi et fut-il soigné par ceux que dans le monde on a coutume de désigner sous le nom de princes de la science, il faut passer la barque de l'ami Caron ! Et même, généralement, quand on est puissant de ce monde et quand on tombe entre les mains des fameux rois de la médecine et de la chirurgie on a beaucoup plus de chance de passer l'arme à gauche, en un seul mouvement, que si l'on était qu'un pauvre bougre quelconque.

Mais, heureuse ou malheureuse, une fois l'issue arrivée, la forte somme est demandée toujours, empêchée souvent, par les susdits princes de la science.

C'est ainsi que sir Morell Mackenzie, le chirurgien laryngologiste anglais qui opéra le cancer de la gorge de l'empereur Frédéric, palpa la bonne galette ; après la terrible agonie et la mort de son impérial client ; il toucha \$100,000, l'opération ne dura pas une heure.

Les médecins de la reine Victoria furent moins heureux ; ils étaient trois autour de son lit d'agonie (un seul eut suffi, grands dieux !), ils se partagèrent la somme de \$36,000, soit \$12,000 chacun ; c'était quelque peu mesquin.

Lors de l'assassinat du roi Humbert, deux médecins furent appelés ; ils firent acte de présence seulement et touchèrent, néanmoins \$10,000 chacun.

Le confrère qui donna ses soins au vieux pape Léon XIII, ne sut pas profiter de sa chance ; il est vrai qu'il peut se rattrapper encore ; tant que le client n'est pas mort... Pour l'avoir opéré de ce fameux kyste qui fit tressaillir et pâmer pendant quinze jours toute la chrétienté, le docteur Laponi demanda et reçut \$15,000,

c'est pour rien, et le confrère gâta tout simplement le métier. Peut-être reçut-il, en cachette, quelques scapulaires authentiquement bénits, par dessus le marché ; scapulaires dont il a pu se défaire à un bon prix parmi les âmes pieuses ; ce furent ses petits bénéfices, sans ça...

Les chirurgiens américains furent plus... américains lors de l'opération malheureuse de l'infortuné Mac-Kinley, ils réclamèrent \$240,000. Ça c'est le record de la note médicale. Mais, hélas, trois fois hélas ! cette belle galette ne tomba pas dans la poche des infortunés confrères ! Dame justice crut devoir réduire la note et, je crois, 40,000 furent seulement accordés aux Esculapes du nouveau monde.

Et pourtant, en Amérique, le commerce va assez bien pour les médecins, à côté des visites qui se payent, d'une façon courante, de vingt à cinquante et cent dollars, les charcutiers en gros, les épiciers de marque, les marchands d'huile, de pétrole ou de savon, savent payer les soins qu'on leur donne.

Jay Gould donne \$5,000 par an à son médecin ; Sir X... le roi de l'acier, paye \$200 chaque visite ; le roi des trusts actuels des blés, Sir M..., est moins large, la visite n'est tarifée qu'à 25 dollars, mais on lui en fait quatre par jour ; ce prix est le même pour quelques industriels qui ont acquis une belle fortune dans le commerce des saindoux, des graisses et du guano ; ils savent du moins payer, s'ils ne savent pas être toujours polis, ni distingués.

Chez nous, la main est moins généreuse.

Le vieux père Pajot, qui sera difficilement remplacé comme accoucheur et surtout comme professeur, quoi que l'un puisse dire et penser dans le monde officiel, palpa \$20,000 pour accoucher au Brésil la fille de Don Pedro ; de plus on lui donna le grand Cordon de la Rose (en souvenir du cordon ombilical, sans doute).

L'accoucheur de l'impératrice Eugénie reçut \$10,000 pour l'opération qui donna à la France un Bonaparte de plus. Pour une naissance impériale, c'était peu, surtout si l'on considère que l'accoucheur de Mme Van...de...B. toucha sa somme de \$40,000 pour une opération similaire.

Le comte de Chambord donna à Vulpian une somme dérisoire pour sa consultation : les chirurgiens qui ont assisté Carnot lors de sa triste agonie, n'ont rien réclamé ; il en fut à peu près de même pour le Président Félix Ier ; quant aux médecins du papa Grévy, ils n'eurent jamais de fortes sommes à encaisser ; le vieux jurassique était d'une santé de fer et trop avare pour être malade !

On voit que nous sommes loin des sommes fabuleuses du début de cette actualité, et encore j'ai omis une petite note assez suggestive : \$86,000 payés par Jay Gould à un médecin pour avoir soigné sa sœur pendant deux mois !

Ma foi, la main sur la conscience, quand nos confrères ont la bonne fortune de tomber sur un milliardaire ou sur une tête couronnée n'ayant pas fait banqueroute, ils font bien de profiter de l'aubaine : seulement, s'ils étaient moins égoïstes, ils devraient, de temps en temps, appeler en consultation leurs collègues moins heureux, ne serait-ce que pour donner le certificat de décès ; celui du tsar Alexandre a rapporté à Zacharin \$15,000 ! et on peut se déranger à ce prix pour une simple signature.

A ce prix là, moi, j'en donnerai mille par jour !

Et vous ?

(Tribune méd.)

- Dr A. BARATIER.

## Revue du "Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord" (1)

### Traitement radical de l'hypertrophie de la prostate.

par M. le Dr AHERN.

Professeur d'anatomie et de cliniques chirurgicales  
à l'Université Laval.

Depuis la dernière partie du 18<sup>e</sup> siècle, l'augmentation de volume de la prostate sénile était connue comme cause du prosatisme ; mais jusqu'à la fin du siècle qui vient de se terminer, on ne lui opposa qu'un traitement palliatif ou symptomatique — l'hygiène et le cathétérisme.

Il est vrai qu'on avait cru guérir l'affection par l'administration de certains médicaments qui restèrent sans effet ou par la section des obstacles à la miction dont les résultats furent le plus souvent désastreux.

Deux raisons empêchèrent les chirurgiens jusqu'il y a peu d'années, d'attaquer la prostate :

1<sup>o</sup> La gravité des opérations avant l'antisepsie ;

2<sup>o</sup> Les théories pathogéniques qui avaient cours

pour expliquer l'hypertrophie.

Les uns disaient que l'augmentation de volume n'était que l'expression locale d'une maladie générale, l'artério-sclérose ; les autres que c'était la vessie qui était primitivement malade et que l'hypertrophie prostatique n'en était qu'une conséquence.

Ainsi dans ses leçons cliniques 1888, Guyon dit :  
" Je puis ainsi conclure que le traitement radical de l'hypertrophie de prostate n'existe pas et ne saurait exister."

En Angleterre Sir H. Thompson se faisant l'écho de son confrère français écrivait : " Nous avons de bonnes raisons pour conclure qu'aucune opération radicale est possible vu que nous ne pouvons rendre à la vessie la contractilité qu'elle a perdue."

Aujourd'hui nous savons que l'augmentation de volume de la prostate est la cause de tous les symptômes et qu'elle dépend si peu de l'artério-sclérose qu'il n'y a qu'un petit nombre de prostatiques qui soient des artério-scléreux.

Quant à la vessie on ne peut jamais dire qu'elle a perdu entièrement sa contractilité car même dans les cas où cela a semblé certain, l'enlèvement de l'obstacle au passage de l'urine a rendu au réservoir urinaire toutes ses fonctions.

Albarran, Hallé, Moullin, etc, regardent la Prostate Hypertrophiée comme étant essentiellement une tumeur fibro-adénomateuse.

Ainsi la prostate elle-même étant par son augmen-

tation de volume la cause unique de tous les troubles l'indication est de le faire revenir à son état normal ou de l'enlever complètement.

Deux méthodes se présentent : La méthode indirecte et la méthode directe.

La méthode indirecte vise la diminution de volume de la prostate hypertrophiée par une opération sur des organes éloignés qui ont une influence trophique sur elle.

Ce sont la castration bilatérale, la vasectomie, l'angio-neurectomie, la ligature des veines spermaticques, les injections testiculaires sclérosantes, la ligature des artères hypogastriques.

#### CASTRATION

Velpeau avait attiré l'attention sur l'analogie remarquable qu'il y avait entre l'hypertrophie de la Prostate et les fibromes utérins. Quand on eut constaté que ceux-ci s'atrophiaient après l'ablation des vraies, on a cru que la castration ferait pour l'hypertrophie de la prostate ce que l'ovariotomie faisait pour les fibromes utérins. D'ailleurs Hunter avait démontré que chez les animaux, la castration produisait l'atrophie de la prostate.

En 1893 Ramm de Christiansa Châtra le premier prostatique. White de Philadelphie, dans les " *Annals of Surgery* " pour la même année et Albarran et Hallé dans " *Les Annales des Mal. gen. urin.* " pour 1898, publièrent des études très intéressantes d'où on peut conclure que la castration double atrophie la prostate chez tous les animaux expérimentés ; empêche son développement quand elle est pratiquée dans l'enfance chez l'homme ; et en diminue généralement le volume et la consistance chez le prostatique.

Cette diminution peut se montrer dans les premiers jours ou seulement qu'après quelques semaines ou quelques mois et est due en grande partie, quelquefois entièrement, à l'action décongestionnante de l'opération. La congestion peut augmenter d'un tiers le volume de la glande.

Dans certains cas, il y a une atrophie réelle de l'organe, mais elle est tardive, n'est pas constante et n'est pas toujours durable. En somme, il est prouvé que la castration double produit dans la majorité des cas une amélioration notable et souvent une guérison. Mais on ne peut jamais dire d'avance quels sont les cas où l'opération produira d'une manière permanente l'effet désiré. La mortalité est considérable à cause de l'état précaire des malades au moment de l'intervention. Carlier l'estime à 19%.

En 1894 j'opérai deux malades infectés et retentionnistes. Un est mort des progrès de la maladie après quatre mois sans avoir éprouvé aucun soulagement. Tant que l'autre est resté à l'hôpital il n'a senti aucune amélioration. Je n'en ai pas eu de nouvelles depuis.

La répugnance des malades, même les vieux,

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.

aisser emasculer, la gravité de l'intervention et l'incertitude du résultat ont poussé les chirurgiens à chercher d'autres moyens d'arriver au même but.

Ainsi, on a essayé de supprimer les fonctions du testicule en injectant dans l'épididyme des substances sclérosantes telles que la solution chlorure de zinc au 10e, la teinture d'iode, etc. On a même eu quelques succès. Les effets se rapprochent de ceux de la castration ; mais le traitement est long, douloureux et le résultat n'est pas plus certain.

*Opérations sur le cordon spermatique.* La vasectomie, c'est-à-dire la résection des cordons déférents n'amène pas comme on le croyait l'atrophie du testicule ; la mortalité en est considérable vu l'état des malades (13 sur 93 Woods) et elle ne produit de résultats satisfaisants que quand les troubles urinaires sont de nature congestive.

*Ligature en masse ou résection du cordon spermatique.* Exposé à la gangrène du testicule, malgré que Carlier et Bennett prétendent le contraire. Une fois pour varicocèle j'ai lié tous les vaisseaux du cordon et comme résultat il y eut gangrène du testicule.

*Angioneurectomie du cordon,* c'est-à-dire la résection entre deux ligatures de tous les éléments-nerveux du cordon sauf le canal déférentiel, l'artère du même nom et une ou deux veinules qui l'accompagnent. Proposé par Albarran et Moty en 1897, les résultats immédiats paraissent être les mêmes que ceux de la castration.

*Résection des veines spermatiques.* Desnos resèque pour varicocèle les veines spermatiques chez six prostatiques ; les suites opératoires furent simples. Cinq des opérés éprouvèrent du soulagement de leurs symptômes urinaires ; d'abord il y eut diminution de la polakiurie, puis de la douleur et enfin de la rétention. L'amélioration s'est maintenue depuis plusieurs années.

*Ligature des artères hypogastriques.* Se basant sur les bons résultats obtenus par les ligatures atrophiantes dans certaines tumeurs et hypertrophies, Bier fit 3 fois la ligature des artères iliaques internes avec amélioration considérable et diminution de volume de la prostate. Mais c'est une opération très grave surtout chez des vieillards et les résultats sont problématiques.

*Cystopexie.* — Proposé par Krynski, élève de Rydgiér et de nouveau l'année dernière au Congrès des chirurgiens Allemands, Goldman de Fribourg, consiste dans la fixation de la vessie à la paroi abdominale antérieure. Suivant eux la lèvre supérieure du col est attirée en haut et la formation du basfond est empêchée. Il n'y a pas de cas rapportés.

#### METHODE DIRECTE. —

La méthode directe s'adresse à la prostate elle-même pour en diminuer le volume ou pour l'enlever entièrement.

Cette méthode comprend :

1° Les moyens employés pour produire l'atrophie de la prostate en agissant directement sur celle-ci ;

2° ceux employés pour faire disparaître l'obstacle dans l'urètre prostatique ;

3° l'enlèvement total ou partiel de la prostate.

1° *Moyens employés pour produire l'atrophie de la prostate.*

Les *Injections interstitielles*, de teinture d'iode, etc., dans la prostate à travers le rectum ; les ponctions au thermocautère par la même voie sont des moyens inefficaces et dangereux.

LElectrolyse et l'électropuncture exposent à la formation d'abcès, sont douloureux et n'ont pas été employés assez souvent pour permettre de porter un jugement sur leur efficacité. Tout ce qu'on peut dire est que ces interventions décongestionnent la prostate.

2° *Moyens employés pour faire disparaître l'obstacle dans l'urètre prostatique.*

(a) Sonde à demeure.

Mercier se servait de sa sonde métallique coudée introduite dans l'urètre prostatique, le pavillon remonté et fixé sur l'abdomen ; — la portion coudée appuyée sur la paroi inférieure du canal était supposée atrophier la partie correspondante de la prostate.

La sonde à demeure produit le même effet. D'abord elle décongestionne la vessie et la prostate amène un certain degré d'atrophie de celle-ci, et régularise le canal facilitant ainsi l'écoulement de l'urine.

Bazy en 1897 proposa de fixer la sonde à demeure à l'aide d'un appareil spécial pour permettre la déambulation.

Quand par ces moyens l'atrophie se produit elle est rarement considérable et n'est pas permanente.

Harrison fait une boutonnière périnéale dilate considérablement l'urètre et draine. En somme ce n'est qu'une sonde à demeure avec une incision périnéale en plus et l'effet n'est pas plus durable.

(b) *Section des obstacles à la miction par voie urétrale.* — Prostatotomie.

Mercier inventa son sécateur pour diviser par la voie urétrale les obstacles qui siégeaient au col de la vessie, les accidents d'infection et d'hémorrhagie le firent abandonner. Cependant le principe a subsisté. Ainsi Bottini inventa un prostatotome galvanique pour opérer par la voie urétrale.

Modifié par Freudenberg, cet instrument a été employé un grand nombre de fois avec beaucoup de satisfaction. Le but est de détruire partiellement le lobe moyen ou les lobes latéraux ou les trois à la fois au moyen d'un galvano cautère ayant la forme plus ou moins d'un lithotrite. L'instrument fut intruduit en 1872, mais ce n'est que depuis 4 à 5 ans que son emploi s'est étendu.

L'opération de Bottini est courte suivie de peu de shock, ne demande pas l'anesthésie générale, la convalescence est rapide et 50% des opérés sont guéris. Il y a récidive une fois sur douze opérés.

Freudenberg rapporte 683 cas, résultat nul dans 6.5% des opérés, plus ou moins d'amélioration dans 88% ; sur ces 88 les deux tiers sont guéris et les autres un peu améliorés.

L'opération donne des succès à toutes les périodes du prostatisme, et, ce qui est singulier c'est qu'elle semble donner de meilleurs résultats dans les rétentions chroniques complètes que dans les rétentions chroniques incomplètes.

La mortalité 5.5%. Horivity — 10%. Albarran est peu considérable comparés à celle de la castration.

Comme accidents, il peut y avoir de l'hémorrhagie immédiatement après l'opération ou après la chute des escharres, des abcès ou même de la septicémie.

*Section des obstacles par la voie périnéale. Prostatomie périnéale.* La prostatomie périnée proposée par Guthrie en 1842, consiste dans une incision du périnée de l'urètre et de l'obstacle prostatique avec le bistouri comme le fait Harrison, avec le galvano cautère comme le veut Wishard ou avec le thermo cautère que Belfield préfère. C'est une opération qui assure un bon drainage de la vessie, mais qui est plus longue et plus grave que Bottini, exigeant de plus l'anesthésie générale.

L'effet de ces différents procédés de prostatomie n'est pas toujours durable.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Traitement diététique de l'épilepsie

M. le Dr Rudolf Balint expose dans le *Berlin Klin. Wochensh.*, les résultats que lui a donnés le traitement diététique dans l'épilepsie.

MM. Toulouse et Richet ayant remarqué que la privation de chlorure de sodium rendait l'organisme plus facile à imprégner de brome, M. Rudolf Balint a d'abord essayé le régime lacté absolu, mais, comme au bout d'un certain temps, les malades présentaient des troubles digestifs et de la constipation, il se décida à joindre au lait, du pain et des aliments, pauvres en sel (beurre, œufs, etc...), à la dose quotidienne de 300 à 400 gr., plus 2 grammes de sel de cuisine. Le sel du pain fut même remplacé par du bromure de sodium, ce qui présentait l'avantage de ne pas enlever au pain son goût ordinaire, et de faire ingérer au malade un médicament. Bref, le régime se composait d'un litre à un litre et demi de lait, 40 à 50 grammes de beurre, 3 œufs (non salés), 300 à 400 grammes de pain et des fruits. Sa valeur nutritive équivalait à 2.300 ou 2.400 calories,

ce qui est le taux normal de la ration alimentaire. Le sel de cuisine ingéré était environ de 2 grammes ; en outre, le malade absorbait 3 grammes de bromure dans son alimentation.

Les patients réagirent de façons diverses au début du traitement. Quelques-uns n'éprouvèrent aucun changement ; d'autres virent, au bout de deux ou trois jours, le nombre de leur accès subitement augmenter ; chez d'autres, enfin, les crises nerveuses se trouvèrent brusquement supprimées. Cette diversité de réaction ne fut qu'un phénomène de début ; car, le sixième ou le septième jour, tous les cas présentèrent une amélioration remarquable.

Chez les malades qui avaient présenté une augmentation du nombre des accès on vit ceux-ci diminuer brusquement ; chez d'autres, les contractions toniques et cloniques devinrent moins intenses, et se transformèrent bientôt en une simple perte de connaissance passagère, ou un vertige. Des malades, qui avaient de deux à neuf crises quotidiennes, n'en présentèrent plus du tout, au bout de quatre à quinze jours de traitement. Ce résultat s'observa dans 7 cas sur 9 d'épilepsie récente, dans 15 cas sur 19 d'épilepsie invétérée ; bref, dans une proportion de 80%, tous ces cas ayant résisté aux fortes doses de bromure ou aux autres variétés de traitement. Dans 20% des cas, les accès n'avaient pas disparu complètement, mais ils s'espaçaient de plus en plus. C'est pourquoi l'auteur estime qu'on pourrait aussi obtenir leur guérison par une cure diététique prolongée.

La durée du traitement avait en moyenne de trente-cinq à quarante jours. A noter un malade qui présentait de une à six attaques quotidiennes (accès ou vertiges) ; pendant le premier mois du traitement, on vit les crises diminuer d'intensité, et des jours sans crises s'intercaler entre les jours à crises ; le malade fut encore traité pendant deux mois et au bout de ce temps tout phénomène morbide avait disparu.

En même temps que les crises diminuent d'intensité l'état mental du malade s'améliore, et il en est de même de son état général.

Il augmente de poids son teint devient meilleur. Jamais, on n'observe d'accidents provoqués par le brome ; les malades n'absorbent évidemment que 2 ou 3 grammes de brome par jour, mais, comme l'action de ce médicament est rendue plus active par la suppression du chlorure de sodium, on pourrait, cependant, en avoir des effets fâcheux. Un avantage de la méthode, c'est que l'action d'une petite dose de brome sur l'estomac ou l'intestin est plus petite. L'appétit et la digestion restent toujours bons. Jamais l'auteur n'a relevé d'accidents de bromisme, même chez des malades qui suivaient le régime pendant des mois.

Il est bon de continuer ce régime encore pendant un certain temps, après la disparition des crises, car celles-ci pourraient, quoique affaiblies, reparaitre par intervalles. C'est pourquoi il faut, chez les épileptiques,

instituer ce régime d'une façon périodique, afin d'éviter le retour des crises. Peu à peu, d'après la gravité des attaques, on pourra, de nouveau, permettre au malade des aliments plus ou moins riches en chlorure de sodium.

(Le concours médical.)

## CHIRURGIE

### Arthrodèse tibio-tarsienne précoce dans la paralysie infantile

Dans les déformations de la paralysie infantile c'est, d'ordinaire, d'une façon tardive alors que les lésions squelettiques profondes sont constituées, que les chirurgiens interviennent. John DANE fait un plaidoyer en faveur d'une intervention opératoire plus précoce et il en donne des raisons qui méritent d'être envisagées; cette méthode évite l'emploi prolongé d'appareils coûteux, ce qui est à considérer, et présente pour le patient des avantages marqués. Dans les premiers stades de la maladie, en effet, soit un an environ après la période aiguë, les os sont à peu près normaux dans leur forme et dans leurs attaches articulaires. Il n'existe pas encore, à ce moment, de ces déformations considérables contre lesquelles l'acte opératoire devra lutter. En outre, les tissus sont dans un état de nutrition beaucoup plus satisfaisant qu'à une période ultérieure; post-opératoire se fait mieux et plus vite. Les parties cartilagineuses du squelette subissent en totalité la transformation osseuse et on obtient plus facilement une soudure résistante. Le fait de maintenir de bonne heure le pied dans une position à peu près normale prévient les troubles de la statique du membre inférieur: le développement de ce dernier se trouve moins entraîné que si le poids du corps a une tendance sans cesse croissante à se transmettre suivant un axe anormal, comme cela se produit dans les cas de paralysie infantile abandonnés à eux-mêmes.

Enfin, en évitant l'emploi de supporter mécaniques, les masses musculaires plus ou moins frappées par les phénomènes paralytiques, n'ayant pas à subir la constriction des courroies de contention, ont une irrigation sanguine plus libre et se développent dans de meilleures conditions. En raison de ces nombreux avantages, John Dane est d'avis qu'on doit pratiquer l'arthrodèse du cou-de-pied une année environ après que la paralysie est devenue définitive.

(Amer med., — Gaz. des Hôp.)

## OBSTETRIQUE

### De l'interruption thérapeutique de la grossesse envisagée au point de vue de son évolution et de sa signification (1)

par M. le Prof. A. Pinard de Paris

(Suite)

**MALADIES CHRONIQUES AGGRAVEES PAR LE FAIT DE LA GROSSESSE.**—a) *Maladies de l'appareil circulatoire.*— Bien que la grossesse ne puisse faire naître par elle-même des affections cardiaques, elle peut, en aggravant celles qui préexistent, mettre la vie de la femme en danger. Il peut se produire ce qu'on appelle à l'heure actuelle des *accidents gravidocardiaques*, bien étudiés en particulier dans la thèse d'agrégation de mon collègue Porak.

Ces accidents se produisent surtout chez les cardiaques dont les reins et le foie sont atteints en même temps d'impotence fonctionnelle.

Le fonctionnement des reins est particulièrement à surveiller chez les cardiaques.

L'indication de l'interruption de la grossesse dans ces cas n'apparaît que lorsque se montrent avec l'asystolie, des phénomènes de dyspnée et d'asphyxie.

Il est impossible de préciser le moment opportun de l'intervention: chaque cas offre pour ainsi dire une physionomie spéciale; c'est donc à la sagacité du médecin qu'il appartient de le déterminer.

Tout ce que mon expérience a pu m'apprendre, c'est d'abord que l'interruption de la grossesse dans la première moitié est suivie plus souvent de succès que quand elle a lieu dans la seconde, — ensuite que l'intervention a d'autant plus de chance d'être heureuse que l'évacuation de l'utérus aura été plus rapide.

b) *Maladies de l'appareil urinaire.*— La grossesse survenant chez une femme atteinte de *néphrite* peut déterminer des accidents menaçant sa vie. Si ces accidents peuvent se montrer dans toutes les périodes de la grossesse, ils se montrent souvent dès le début.

Les symptômes observés le plus communément dans ces cas sont: la présence de l'albumine en plus ou moins grande quantité dans les urines; la diminution progressive de l'urine excrétée; des troubles psychiques, des manifestations dites urémiques, etc. Ici encore, il n'y a pas de symptôme spéciale, il n'y a pas de critérium constituant l'indication formelle d'une intervention.

C'est dans l'ensemble des symptômes qu'on doit chercher cette indication. Cependant, dans les cas re-

(1) Quatrième Congrès Périodique International de Gynécologie et d'Obstétrique, tenu à Rome du 15 au 21 Septembre 1902. Extrait de *La Presse Médicale* de Paris.

lativement nombreux où j'ai eu à prendre un parti, je me suis surtout appuyé sur la quantité d'urine émise dans les vingt quatre heures.

Tant que la quantité recueillie dans le laps de temps est égale à 800 ou 1000 grammes, je crois que l'intervention n'est pas indiquée, à moins de circonstances exceptionnelles.

Mais dès que la quantité tombe au dessous de ce chiffre et s'y maintient, je crois qu'il est opportun d'interrompre la grossesse.

La *pyélo néphrite* peut être également aggravée par le fait de la grossesse, et à ce point que les jours de la femme soient en danger.

Contrairement à la néphrite, la pyélo-néphrite ne détermine le plus souvent ces accidents graves que vers la fin de la grossesse. Dans ces cas l'intensité de la fièvre, la difficulté plus ou moins grande avec laquelle s'opère la sécrétion urinaire, l'état général peuvent seuls déterminer l'intervention.

C'est en m'appuyant sur l'intensité de ces symptômes que j'ai pu avec mon collègue Lepage, interrompre heureusement la grossesse dans un cas de pyélo-néphrite.

c) *Maladies de l'appareil respiratoire.* — Existe-t-il des maladies chroniques des voies respiratoires qui puissent être suffisamment aggravées par le fait de la grossesse pour faire naître l'indication de son interruption ?

Je dois dire que, parmi les maladies de l'appareil respiratoire, la tuberculose pulmonaire me paraît devoir être seule envisagée. Et à la question posée plus haut, je réponds d'une façon absolument négative.

Que la grossesse assez souvent — mais non toujours — aggrave la tuberculose pulmonaire, je le reconnais ; mais existe-t-il un fait qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardée l'évolution de la maladie et la terminaison fatale ? Je n'en connais pas. Notre indication générale, qui doit primer tout, ne peut donc exister dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Je me suis expliqué du reste sur ce point dans la courte préface que j'ai eu l'honneur d'écrire pour le beau livre de mon éminent collègue et ami le professeur Queirel avec qui je suis en contradiction sur ce point.

J'ai écrit : pour moi, l'indication de l'accouchement provoqué, ou de l'avortement provoqué, n'existe jamais chez une femme enceinte tuberculeuse.

" *En face d'une femme enceinte tuberculeuse, le médecin n'a qu'une chose à faire ; soigner la tuberculose et surveiller simplement la grossesse.* "

Je n'ai rien à ajouter ni à retrancher aujourd'hui à ce que j'ai écrit hier. Je crois du reste ne pas trop m'avancer en affirmant que cette opinion est celle de la plupart des accoucheurs français.

Je termine ce rapport en donnant un tableau résu-

mé de toutes les interruptions de la grossesse pratiquées à la clinique Baudelocque de 1890 à 1900 [inclusivement]. Les observations étant publiées chaque année dans le *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, je n'ai pas cru devoir les reproduire ici.

*Interruptions de la grossesse provoquées à la clinique Baudelocque par le professeur PINARD, de 1890 à 1900 inclusivement, pour des causes autres que le rétrécissement du bassin.*

En 1890, 0 cas.

En 1891, 0 cas.

En 1892, 3 cas. Albuminurie grave. Mort le 6<sup>e</sup> jour (Obs. 196). Rétrécissement mitral (accidents gravidocardiaques). Guérison (Obs. 506). Accidents gravidocardiaque (in extremis). Mort (Obs. 514).

En 1893, 0 cas.

En 1874, 3 cas. Hémorragie très abondante (Guérison (Obs. 873). 2 asystolies, 2 guérisons (Obs. 122 et 1,455).

En 1895, 6 cas. 3 insertions du placenta sur le segment inférieur avec hémorragies. 3 guérisons (Obs. 577, 656 et 1938). Albuminurie. Guérison (Obs. 195). Vomissements incoercibles. Néphrite-Myocardite. Sortie du service, mais mort quelques jours après chez elle (Obs. 1083). Albuminurie. Guérison (Obs. 1845).

En 1896, 2 cas. Hydropisie de l'amnios. Grossesse double. Guérison (Obs. 1013). Vomissements incoercibles. Guérison (Obs. 1885).

En 1897, 2 cas. Eclampsie grave. Dilatation manuelle. Guérison (Obs. 824). Albuminurie grave. Guérison (Obs. 2217).

En 1898, 1 cas. Hémorragie grave due à un décollement prématuré du placenta. Guérison (Obs. 84).

En 1899, 1 cas. Affection cardio-rénale. Mort neuf jours après (Obs. 410).

En 1900, 2 cas. Hémorragies répétées. Guérison (Obs. 389). Grossesse molaire. Mort (Obs. 405).

Total : 20 cas.

En résumé, dans une période de dix années, pendant laquelle 22,708 femmes vinrent accoucher dans mon service, 20 fois l'indication d'interrompre la grossesse fut jugé nécessaire, et 15 fois l'intervention fut suivie de succès.

(à suivre)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Traitement de la méningo-myélite chronique

Stéphane PERSONALI

L'auteur a longtemps appliqué la suspension, mais il n'a pas obtenu de guérisons complètes par ce

procédé. Connaissant les admirables effets du corset plâtré dans le mal de Pott, il a associé ce moyen à la suspension. M. Personali se déclare très satisfait de la combinaison dont il a fait sa méthode de traitement. Depuis dix ans il a suivi 16 cas de méningo-myélite chronique ; il a obtenu 8 guérisons cliniques, 4 améliorations considérables et 4 résultats nuls dont 2 imputables aux fréquentes interruptions du traitement, par le mauvais vouloir des malades.

Il n'est pas question dans cette statistique des méningo-myélites syphilitiques, qui ont leur traitement particulier. Mais, en dehors de cette dernière forme, il ne faudrait pas croire que le traitement de Personali est applicable à toutes les méningo-myélites. En particulier les cas anciens sont à éliminer ; les altérations, trop graves et trop complètes de la moelle sont un obstacle irrémédiable à la guérison. Il s'en suit qu'une condition du succès sera l'application précoce de la méthode.

Voici la technique : M. Personali commence par la suspension, qui doit être quotidienne ; la durée des séances est portée progressivement de 1 minute à 4 dans l'espace de 4 ou 5 jours ; on continue la suspension une douzaine de jours avec des séances d'une durée maxima de quatre minutes. Alors, dans une dernière séance on immobilise le tronc du malade en extension maxima, dans un corset plâtré de Sayre prenant des aisselles aux crêtes iliaques. Pendant l'application du corset, opération qui dure un certain temps, le malade a le droit de se reposer quelque peu sur la pointe des pieds.

Le premier corset est maintenu trois mois pendant lesquels le lit et le décubitus dorsal sont de rigueur. Le malade devra rester absolument immobile pendant les trois premiers jours, temps que le plâtre met à sécher.

Plus tard, on autorise quelquefois le décubitus latéral.

Vers la fin du troisième mois, le malade s'assoit sur son lit et prolonge progressivement le temps pendant lequel il reste assis. Peu à peu il arrive à se tenir debout et à faire quelques pas. Lorsque le malade peut marcher un peu dans sa chambre, on enlève le premier corset, et après des soins de propreté minutieux, on en place un autre, également plâtré.

Dans cette deuxième période du traitement, le séjour au lit est moins rigoureux (sauf pendant le séchage des trois premiers jours) ; cependant il sera bon de recommander une certaine mesure dans l'exécution des mouvements.

Le deuxième corset plâtré est porté deux mois, après quoi on l'enlève pour le remplacer par un corset de forte gaze. On a le soin de coudre l'un sur l'autre les tours de bande, de haut en bas, par six points différents, trois en avant, trois en arrière pour éviter l'affaissement. Le corset de gaze est porté deux ou trois mois. c'est la fin du traitement.

L'effet obtenu par cette méthode est merveilleux. On entrevoit le succès dès le moment où le corset a acquis la solidité voulue, et le premier bon résultat que l'on note est la disparition des douleurs, ce qui soulage grandement le malade. Puis le repos au lit augmente le bénéfice : le malade épuisé engraisse à vue d'œil, et de l'immobilisation, prendre grand soin d'éviter la constipation.

Enfin, il est bon d'ajouter que la reconstitution du malade est favorisée par les injections quotidiennes de préparations arsenicales. M. Personali employait d'abord de la liqueur de Fowler au tiers. Maintenant, il se sert de cacodylate de soude ; il injecte une seringue de Pravaz de 1 centimètre cube de la solution :

Cacodylate de soude.....	2 gr. 50
Alcool phéniqué.....	V gouttes
Eau distillée.....	50 gr.

Mais l'auteur n'attache qu'une médiocre importance à la thérapeutique médicale et donne la préférence aux méthodes physico-mécaniques.

(*Riforma medica. — Journ. de méd. de Paris.*)

#### Traitement de la bronchite avec emphysème

par le Dr M. Albert ROBIN

On peut résumer ainsi, d'après M. Albert Robin, ce traitement :

La première indication est le traitement de la bronchite ; en second lieu, celui de l'emphysème, car un emphysémateux est toujours en état d'opportunité morbide pour la bronchite ; enfin, celui de l'artério-sclérose qui accompagne souvent l'emphysème.

A. Habituellement, contre la bronchite, on se contente de faire de la révulsion au moyen de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés, et de donner quelques opiacés.

Le traitement le meilleur consiste dans l'administration d'un vomitif. Le malade éprouvera un soulagement immédiat, une atténuation des symptômes douloureux et de la dyspnée.

Les vomitifs réalisent le curage des bronches, qu'ils désobstruent ; sous leur influence, l'estomac et les bronches se vident.

Mais cette action mécanique n'est pas leur seul rôle (Robin et Maurice Binet). Ils agissent sur le chimisme respiratoire. Après un vomitif, la ventilation pulmonaire augmente ; la quantité d'oxygène total consommé celle de l'oxygène absorbé par les tissus, et celle de l'acide carbonique produit sont doublées, quelquefois même triplées.

Or, ces malades souffrent d'une insuffisance d'absorption d'oxygène, puisque leur champ d'hématose est diminué par suite de l'encombrement des bronches ; il n'est

pas difficile de comprendre le bien-être qu'ils ressentent aussitôt.

M. Robin emploie l'ipéca seul, chez les enfants. S'il s'agit d'un adulte ou d'un vieillard, il l'associe au tartre stibié et formule ainsi :

Poudre d'ipéca..... 1g50 centigr.  
Tartre stibié..... 0g05 centigr.

Diviser en trois paquets ; prendre un paquet dans un demi verre d'eau tiède, de quart d'heure en quart d'heure.

Le malade redoute surtout les efforts de vomissements qui se produisent dans l'estomac à vide. Afin de les prévenir, dès la moindre nausée, il doit avaler un verre d'eau tiède.

Après le vomitif, le soulagement est immédiat, la respiration se fait plus facilement, l'expectoration est moins abondante ; s'il est nécessaire, on peut recommencer le traitement les jours suivants. Pour juger de l'effet produit, il faut se baser sur la température. Ces malades ont en général de petites élévations thermiques chaque soir. La fièvre monte aux environs de 38 degrés, symptomatique de l'infection bronchique. Après le vomitif, la température redevient normale ; si elle remonte, il y a indication de recommencer le traitement.

Les jours suivants, faire de la révulsion au moyen de ventouses sèches.

B. A cette période, deux médications sont à remplir, soit que le malade tousse peu, soit qu'il ait une toux sèche, quinteuse, fatigante.

1° Le malade tousse peu. Cette toux est utile : elle facilite l'expectoration. Afin de fluidifier les sécrétions bronchitiques, M. Robin emploie les préparations antimoniées, en particulier l'oxyde blanc d'antimoine à la dose de 1 gramme.

Il fait une potion ainsi composée :

Oxyde blanc d'antimoine... 1 gramme.  
Sirop d'ipéca..... 10 à 20 grammes.  
Alcoolate de racines d'aconit xv gouttes.  
Sirop diacode..... 20 grammes.  
Teinture de noix vomique... x gouttes.  
Eau de laurier-cerise..... 10 grammes.  
Eau de tilleul..... 120 grammes.

Tous ces médicaments associés ont des actions diverses qui se combinent, sans se nuire. L'oxyde blanc d'antimoine et le sirop d'ipéca fluidifient les sécrétions bronchiques, rendent l'expectoration plus facile ; l'aconit et le sirop diacode agissent comme dessiccateurs. La noix vomique excite les contractions des muscles bronchiques ; l'eau de laurier-cerise marque le goût de la potion ; l'eau de tilleul sert de véhicule.

M. Robin a eu aussi de bons résultats avec la dionine :

Dionine..... 0g20 centigr.  
Eau de laurier-cerise..... 10 grammes.

De x à xx gouttes par prise, deux à quatre fois par jour.

Il l'associe souvent à la terpine :

Dionine..... 0g01 centigr.  
Terpine..... 0g20 centigr.

Pour un cachet. — De 4 à 6 cachets.

2° Si l'expectoration est excessivement abondante, employer les lavements créosotés, dont l'action est remarquable, car la créosote est un dessiccateur bronchique.

Afin de ne pas irriter l'intestin, on mélange la créosote à une décoction de bois de Panama :

Décoction de bois de Panama à

2 p. 100..... 90 grammes.  
Créosote de hêtre..... 10 —

émulsionner, dont on mettra la valeur d'une cuillerée à café à une cuillerée à soupe dans 100 grammes d'eau bouillie, pour un lavement à garder.

3° Le malade a une toux sèche, violente, fatigante. Le meilleur calmant est le bromoforme, associé à la bryone, à la grindelia robusta et à la jusquiame.

Bromoforme..... xxx à xi gouttes.  
Teinture de bryone..... }  
— de grindelia robusta } 66 xxx gouttes.  
— de noix vomique... }  
— de jusquiame..... }

Alcool..... 25 grammes,  
Sirop diacode ..... 75 grammes.  
Sirop d'écorces d'oranges  
amères..... 100 grammes.

Le malade prendra deux cuillerées à soupe de cette potion, par jour, le plus loin possible des repas, afin de ménager la susceptibilité de son estomac : une le matin au réveil ; la seconde, le soir en se couchant.

C. Après avoir traité l'infection bronchique, on doit s'adresser à l'emphysème. Cette médication comprend trois parties :

1° La révulsion par la teinture d'iode, les vésicatoires, les pointes de feu, les ventouses.

2° L'arsenic à petites doses, sous forme d'arséniate de soude.

Arséniate de soude..... 0g05 centigr.  
Eau distillée ..... 300 grammes.

Une cuillerée à soupe avant le déjeuner et avant le dîner.

M. Robin pense que l'arrhénal donnerait aussi d'excellents résultats. Il serait à essayer. Il associe à l'arsenic l'iode de potassium qu'il fait prendre pendant quatre jours, en alternant avec la solution d'arséniate de soude ;

Iodure de potassium..... 5 grammes.  
Eau distillée..... 300 grammes.



Deux cuillerées à soupe par jour.

3° Un troisième médicament a donner en même temps que l'iodure de l'arsenic, c'est la strychnine, à la dose de 2 milligrammes par jour, suivant une des deux formules suivantes :

Sulfate de strychnine..... 0,02 centigr.  
Eau distillée..... 300 grammes.

Une cuillerée à soupe de cette solution représente un milligramme ; en prendre deux par jour.

Ou bien :

Teinture de fèves de St Ignace 6 grammes  
— de charbon bénit.... 3 —  
— d'ipéca..... 1 —  
— de badiane..... 2 —

De v à VIII gouttes à la fin du déjeuner et du diner.

D. La dernière partie du traitement sera dirigée contre l'artério sclérose.

Cette indication se trouve déjà remplie par l'emploi de l'arséniate de soude, l'iodure de potassium et la strychnine.

Enfin l'hygiène alimentaire jouera un grand rôle, comme préventif des accidents que la sclérose artérielle pourrait provoquer. Le malade s'abstiendra d'alcool, de vin, de café, de bière. Le tabac lui sera interdit. Le régime lacté constituera la plus grande partie de son alimentation. Il sera des plus favorables, puisque l'urine renferme des traces d'albumine. Ainsi que l'a montré M. Huchart, l'hypertension artérielle est augmentée par les aliments carnés. Ces malades doivent prendre peu de viande, seulement une fois par jour, au repas du midi ; le soir, ils doivent être exclusivement végétariens, et même s'abstenir des œufs.

E. Quant au traitement hydro-minéral de ces états, il a des règles bien nettes : en présence d'une bronchite sèche, ordonner une cure au Mont-Dore.

Le malade a un catarrhe abondant ; il lui faut des eaux sulfureuses. De plus, il est artério scléreux. L'indication se trouve complètement remplie par les eaux de Saint-Honoré-les-Bains, qui sont sulfureuses et arsénicales ; elles auront ici une double action : sur la bronchite, par les sulfureux ; sur l'emphysème, par l'arsenic.

En seconde ligne, M. Robin recommande les stations de Luchon, des Eaux Bonnes, de Caunterets. La cure des Eaux-Bonnes est des plus efficaces, lorsque l'expectoration est très abondante. S'il existe en plus quelques troubles gastriques, conseiller la source du Mauhourat, à Caunterets.

(Bull. gén. de thérap.—Gaz. méd. belge)

#### Quelques formules de médications quiniques

Peu de substances sont, en médecine, d'un emploi aussi fréquent que la quinine peu sont aussi difficiles à

manier ; aussi est-il nécessaire d'avoir à sa disposition quelques formules irréprochables et sûres des médications quiniques. C'est au beau livre que M. Pouchet vient de faire paraître que nous empruntons les intéressants détails qui suivent.

Le plus anciennement employé parmi les sels de quinine est le sulfate. La solubilité de ce sel, très faible à l'état normal, peut être augmentée par l'addition d'acide tartrique ou d'eau de Rabel (une goutte d'eau de Rabel dissolvant cinq centigrammes de sel), comme dans les formules suivantes :

Sulfate de quinine..... 1 gramme.  
Acide tartrique..... cinquante centigr.  
Eau distillée..... 10 grammes.  
Sulfate de quinine..... 1 gramme.  
Eau de Rabel..... cinquante centigr.  
Eau distillée..... 10 grammes.

Chaque seringue contient 0,10 centigr. de sulfate de quinine. Pratiquer les injections dans la couche la plus profonde du tissu cellulaire sous-cutané.

Les injections de sulfate étant toujours irritantes et douloureuses, on a proposé de remplacer ce sel par le chlorhydrate neutre.

Chlorhydrate neutre de quinine..... 5 grammes.  
Eau distillée bouillie... Q. S  
pour..... 10 —

Chaque seringue contient 0,50 centigr. de sel.

Le chlorhydro-sulfate de Grimaux est à rapprocher étroitement du chlorhydrate. Il se prescrit ainsi :

Chlorhydro sulfate de quinine..... 8 grammes.  
Eau distillée bouillie..... 6 —

Chaque seringue contient 0,50 centigr. de sel.

Les injections faites avec ces solutions sont encore assez irritantes : on peut diminuer la douleur en ajoutant à la solution une substance analgésique telle que l'antipyrine, qui jouit encore de l'avantage d'augmenter la solubilité du sel quinique.

Chlorhydrate basique de quinine ..... 3 grammes.  
Antipyrine..... 2 —  
Eau distillée bouillie. Q. S.  
pour..... 10 cent. cubes

Une seringue contient 0,30 centigr. de quinine.

On peut encore ajouter au bromhydrate basique dissous dans l'eau un peu d'alcool : la solution ainsi obtenue serait peu irritante.

Bromhydrate basique de quinine..... 1 gramme.  
Alcool à 90 degrés..... 150 centig.

Eau distillée stérilisée..... 750 —

Chaque seringue correspond à 0 gr 10 centig. de sel.

Le mélange suivant solubilise les sels basiques et diminue la douleur de l'injection :

Alcool à 95 degrés..... 25 grammes.

Glycérine..... 35 —

Eau distillée..... 60 —

Employer 1 gramme de sel pour 20 cent. cubes de dissolvant. Chaque seringue correspond à 0 gr 40 centig. de sel quinique.

L'uréthane exalte encore la solubilité du chlorhydrate (Gaglio).

Chlorhydrate basique..... 3 grammes.

Uréthane..... 150

Eau distillée stérilisée..... 3 grammes,

Chauffer légèrement. Chaque seringue correspond à 0 gr 40 centig. de sel.

Le lactate et le valérianate de quinine peuvent être employés en solution aqueuse simple en raison de leur facile solubilité.

Le sulfovinat, provoquant presque toujours des accidents graves, est aujourd'hui abandonné.

Les injections de sels quiniques peuvent se faire dans le tissu sous-cutané, dans les voies respiratoires (Jousset de Belleme), dans les veines. Cette dernière méthode, due à Bacelli, a l'avantage de produire des effets presque immédiats. On injecte dans une des veines du coude 40, 60, 80, 100 centigrammes de la solution suivante :

Chlorhydrate neutre de quinine..... 1 gramme.

Sel marin..... 75 milligr.

Eau distillée bouillie..... 10 grammes

Lorsqu'on veut introduire la quinine dans l'organisme par les voies digestives, il faut d'abord corriger son excessive amertume. Dans ce but on a employé la poudre de fenouil ou d'anis qui, dans la proportion de dix parties pour une de quinine, masque la saveur de cette substance ; le carbonate de magnésie, dont on mélange six parties à une partie de quinine, les sirops acides (sirops tartrique, citrique), les fruits renfermant une notable proportion de ces acides : groseille, orange, limon. On emploie alors une solution renfermant 1 gramme de sulfate pour 50 grammes de sirop. Le café torréfié donne encore de meilleurs résultats. On fait une infusion de café torréfié (15 grammes de café pour 100 grammes d'eau bouillante), et l'on verse cette infusion sur un mélange de 20 grammes de sucre et de 1 gramme de sulfate de quinine que l'on a triturés ensemble au préalable.

L'amertume du sulfate de quinine est également assez bien masquée par le sirop de quinquina.

Sulfate de quinine..... 1 gramme.

Sirop de quinquina..... } à à 20 grammes

Sirop diacode..... } à à 20 grammes

Eau distillée de fleurs d'orange..... 100 grammes

A faire prendre en deux ou trois fois, à une heure d'intervalle.

En cachets, le sulfate ne doit pas être donné seul, sous peine d'irriter violemment la muqueuse digestive : on doit l'associer à une poudre inerte, ou mieux encore à une substance correctrice.

Sulfate de quinine..... 1 gramme.

Poudre de fleurs de camomille..... 5 grammes.

Poudre de belladone..... vingt centig.

Pour 10 cachets.

La forme pilulaire n'est pas très recommandable. On peut cependant prescrire :

Sulfate de quinine..... } à à 1 gramme.

Caféine..... } à à 1 gramme.

Extrait mou de quinquina.... Q. S.

Pour 20 pilules. — De 4 à 10 par jour.

Si l'on veut associer quinine et arsenic, il ne faut pas s'adresser à l'arséniate de quinine qui est, pour M. Pouchet, une combinaison absolument inconstante et variable. Il vaut mieux associer la quinine et l'acide arsénieux comme dans la *mixture antimalarique de Bacelli*.

Sulfate de quinine..... 4 grammes

Acide arsénieux..... six centig.

Tartrate ferrico potassique.. 10 grammes

Eau distillée..... 300 —

A donner par cuillerées à café toutes les heures le premier jour après l'accès de fièvre ; toutes les deux heures le second, etc.

Les lavements et suppositoires du quinine constituent un très mauvais mode d'administration du médicament, à cause du faible pouvoir absorbant de la muqueuse rectale et de l'action irritante que provoque la quinine sur le tube digestif. Cette méthode est particulièrement fâcheuse chez les enfants. Il faut se rappeler à ce sujet que les enfants sont particulièrement sensibles à la quinine, et présentent des phénomènes d'intoxication après l'absorption de doses très faibles. Aussi ne faut-il pas, chez eux, dépasser les doses de 2 à 6 centigrammes au-dessous d'un an, de 8 à 15, d'un à deux ans, de 15 à 40 au-dessus de deux ans.

(Gaz. des hôp.)

## OTOLOGIE

### Un procédé pratique d'extraction des corps étrangers du conduit auditif

M. A. CUCHE (de Lure) prend un drain ordinaire, non fenêtré, coupé perpendiculairement à son axe à chaque extrémité, ayant la longueur d'une cigarette et un diamètre assez petit pour pouvoir glisser facilement dans le conduit auditif; après avoir relevé le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, on introduit l'une des extrémités du drain dans le conduit auditif externe, et on le pousse jusqu'au contact du corps étranger dont on a, au préalable, reconnu le siège. Ceci fait, le médecin met l'autre extrémité du tube entre les lèvres, et aspire énergiquement en rejetant la tête en arrière. A l'aide de cette manœuvre, on parviendrait presque toujours à extraire le corps étranger qui reste fixé par la pression atmosphérique à l'extrémité du drain, celui-ci faisant en quelque sorte office de ventouse. Pour rendre cette ventouse plus adhérente, il est bon de laisser tremper préalablement l'extrémité de l'instrument destinée à recueillir le corps étranger dans l'huile ou du pétrole, de façon à faire prendre au caoutchouc une consistance plus molle et à le rendre plus visqueux.

(Semaine méd., — Gaz. des Hôp.)

## OPHTALMOLOGIE

### Conjonctivites dues à l'électricité

(HAROLD-GRIMSDALE.)

L'inflammation de la conjonctive causée par l'exposition du globe oculaire à la lumière électrique n'est pas rare; elle mérite d'être signalée, car elle est moins connue que sa congénère, la conjonctivite observée en temps de neige (*snow-blindness*). D'après Fuchs, dans les cas sérieux, on note derrière la conjonctive du myosis accompagnant de légères opacités et des érosions de la cornée. Elle guérit d'habitude dans l'espace de quelques jours. L'auteur en cite quelques cas: c'est d'abord celui d'un ouvrier, employé à des travaux d'électricité, et dont les deux yeux étaient ruisselants de larmes et les conjonctives rouges et oedématisées. Il y avait aux confins de la cornée plusieurs petites papules. La vision était notablement réduite. L'avant-veille, le malade avait réparé une lampe à arc qui était restée allumée pendant tout le temps de son travail. En rentrant chez lui, le soir, il présentait de la photophobie et une sécrétion lacrymale abondante. Les symptômes s'amendèrent rapi-

dement sous l'influence de compresses froides et d'instillations de cocaïne. On fit porter au malade des verres fumés pendant quelque temps.

D'autres fois, la cause irritante est de très courte durée. Tel est le cas d'un électricien qui, deux jours avant de consulter, avait produit un court circuit en plaçant des lampes à incandescence. Il eut la sensation d'être aveuglé et, pendant plusieurs minutes, éprouva de vives douleurs. Vers le soir, ces symptômes disparurent. La nuit, il fut éveillé par une démanaison au niveau des paupières qui devint bientôt intolérable; il lui semblait qu'elles étaient couvertes de sable. Les larmes coulaient à flots; toutefois, il n'y avait pas de blépharospasme. A l'examen on trouva sur les paupières, qui étaient injectées, de nombreuses papilles. La vision était normale. La guérison survint au bout de deux jours.

Le traitement consiste au début en instillations d'une solution cocaïnée et en application de compresses froides.

Celles-ci procurent un grand soulagement; ultérieurement, des lotions boriquées suffisent.

(Méd. Press., — Gaz. des hôpi.)

## MALADIES VENERIENNES

### Traitement de la blennorrhée du canal lacrymal par les injections d'eau oxygénée

Par MORISOT, de Tarbes

Après avoir pratiqué le cathétérisme jusqu'à ce que le numéro 3 de la sonde de Bowmann passe facilement, je fais une injection au moyen de la seringue d'Anel, avec paties égales d'eau oxygénée à 12 volumes, débouchée au moment de l'emploi, et d'eau fraîchement distillée bouillie. L'injection se fait à trente degrés environ. A peine quelques gouttes ont-elles pénétré dans le sac lacrymal, qu'un flot de pus bouillonne par les points lacrymaux. Ce phénomène est dû au vide produit par la combinaison de l'oxygène avec les matières albuminoïdes, non seulement la partie du canal lacrymal touchée par la solution est ainsi nettoyée mais le pus remonte des parties inférieures vers la partie supérieure, cela grâce au vide qui se fait et à une sorte d'aspiration dans le canal. (Le même phénomène aurait lieu dans tous les pertuis en suppuration). Il y a là une action mécanique très curieuse qui, jointe à l'effet antiseptique de l'eau oxygénée, contribue au succès obtenu par ce liquide. Le canal lacrymal est ainsi complètement détergé. Trois jours après, je recommence une injection semblable, avec deux tiers d'eau oxygénée et un tiers d'eau distillée. Il est inutile de se servir de la sonde

creuse. Une partie du liquide descend dans la narine, et le pus remonte toujours à la partie supérieure du canal. Après les injections, on peut faire usage de l'eau à 12 volumes, pure, et pratiquer le lavage trois fois par semaine. Le pus fait place bientôt à de la sérosité qui se tarit en quelques semaines. On peut aider le traitement à l'aide de la solution astringente :

Tannin..... 0 gr. 10 centigrammes.  
Glycérine neutre..... 4 grammes.  
Eau distillée bouillie 6 —

en injections intercalées avec l'eau oxygénée, mais toujours sans employer la sonde creuse, afin de ne pas dilater outre mesure le canal, et de ne pas lui faire perdre ses propriétés capillaires, condition qui serait très défavorable à l'écoulement des larmes. Les avantages de cette méthode sont donc :

- 1° Antiseptie complète ;
- 2° Nettoyage mécanique du canal lacrymal ;
- 3° Absence de phénomènes d'irritation qui se produisent souvent avec des solutions de sels minéraux. Une cuisson légère succède au contact de l'eau oxygénée sur la conjonctive ; mais elle cède très vite et est très supportable par elle-même, car la cocaïne n'empêche pas la douleur de l'eau oxygénée.

(Formulaire mensuel).

## Coq-a-l'ane médicaux

*O'est rigolo ;* — Vous lui mettez sur le côté de bonnes applications de papiers Rigollot", comme le savant praticien.

Le soir il revient voir son malade, trouve sur le point douloureux trois ou quatre épaisseurs de journaux *Rire, Sourire, Pêle-Mêle, etc.*

— Mais qu'avez-vous donc mis là, s'écrie-t-il.

— Ce que nous avons mis ! Mais, monsieur le docteur, le marchand de journaux nous a dit qu'il n'y avait rien de mieux comme "rigolo". (*Lyon Méd.*)

*Le veratrum viride dans la pneumonie.* — E. W. Saunders, in *St Louis Med. Rev.*, rappelle les avantages, peut-être trop oubliés de cet excellent remède : 1—Il ralentit le pouls. 2—Il diminue la tension artérielle. 3—Il diminue le nombre et la fatigue de la respiration. 4—Il abaisse la température de un à trois degrés. 5—Le patient éprouve une sensation de bien-être. 6—Les urines augmentent. 7—Il calme la surexcitation nerveuse. 8—L'hépatisation du poumon est précoce et partielle.

*Le bandage abdominal après l'accouchement.* — Il ne semble plus y avoir de doute aujourd'hui sur cette question. Tous les accoucheurs sont d'accord : il est

toujours préférable d'appliquer ce bandage. Ne serait-ce que le bien-être que ressent la femme, ce serait assez.

Mais il est de l'opinion de tous que le bandage aide l'involution utérine, supporte les parois abdominales, prévient l'anémie cérébrale, et semble mettre plus à l'abri des hémorragies post-partum. Ce bandage doit être mis avec intelligence, pour que la patiente soit à l'aise : une trop forte compression est soigneusement à éviter, car elle favorise le prolapsus et la rétroversion utérine.

Nous nous servons toujours d'un bandage à plusieurs chefs (un bandage Sclutot) qui permet une compression uniforme et qui s'adapte donc mieux à la taille de la personne.

*Dans le tramway.* — Un monsieur bien élevé, voyant deux dames debout, s'empresse de céder sa place à l'une d'elles. Puis, se retournant vers la seconde :

— Combien je regrette, dit-il, de n'en avoir qu'une.....

Aussitôt se lève un monsieur âgé et décoré qui, réquerant l'assistance d'un agent, par hasard dans le tramway, lui enjoint d'arrêter "cet individu".

— Je viens de l'entendre, explique-t-il, tenir à deux dames un propos immoral. (*Lyon Méd.*)

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE L'ASTHME CARDIAQUE

1° Chaque matin deux cuillerées de :

Iodure de sodium..... 25 grammes  
Infusion d'aunée..... 300 —

2° Chaque soir, avant le dîner, deux cuillerées à soupe de :

Bromure de sodium... 25 grammes  
Sirop d'aconit..... 50 —  
Infusion de houblon..... 250 —

Traitement de la crise :

1° Mettre les mains dans un vase d'eau chaude.

2° Faire respirer de l'ammoniaque.

3° Donner par gouttes toutes les 5 à 10 minutes (cinq gouttes à la fois) :

Laudanum..... 4 grammes  
Eau de laurier cerise..... 6 —

4° Faire une injection sous cutanée d'une solution :

Sulfate d'atropine..... 0.01 centigr  
Sulfate de morphine..... 0.20 centigr

Eau de laurier-cerise..... 10 grammes  
En dehors des crises, on peut encore employer le

moyens suivants :

Prendre chaque jour avant les deux repas une cuillerée à bouche de :

Iodure de potassium..... 20 grammes  
Sirop de capillaire..... 200 —

Matin et soir, donner une des pilules :

Extrait de stramonium } àâ 0 gr. 10 centigr  
Valérianate de zinc..... }

Pour une pilule.

Tous les deux jours prendre :

Sirop de nerprun..... 30 grammes  
Crème de tartre..... 20 —

(*Jour. de méd. de Paris*)

#### TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCERCIBLES DE LA GROSSESSE PAR LE REPOS ABSOLU DE L'ESTOMAC

M. Gros (de Marseille), rappelle que diverses observations ont montré les bons effets qu'on pouvait obtenir dans certains cas d'intolérance stomacale par la suppression absolue de l'alimentation buccale, remplacée par l'alimentation rectale, méthode préconisée par M. le docteur Tournier (de Lyon) ; à ces faits, qu'il a signalés dans sa thèse, il en ajoute un nouveau, relatif à une femme qui arrivée au troisième mois de la grossesse, souffrait de vomissements incessants, que rien ne pouvait calmer. Après une journée où elle avait vomi plus de vingt fois, l'alimentation fut supprimée à moitié, puis remplacée par cinq lavements alimentaires ainsi composés :

Bronillon..... 150 grammes  
Jaune d'œufs..... n° 4  
Chlorure de sodium..... 1 gramme  
Laudanum..... IV gouttes

Les vomissements continuant le lendemain, l'alimentation fut entièrement suspendue. Les vomissements disparurent alors complètement, et le quatrième jour les lavements furent supprimés, tandis qu'on reprit l'alimentation progressive par de petites doses de lait. Les vomissements ne reparurent plus.

Il est à remarquer que, dans cette méthode, l'alimentation mixte ne donne pas de bons résultats. Il faut supprimer entièrement l'alimentation buccale. D'ailleurs, des malades ont été nourries exclusivement par le rectum durant six, sept jours, et même quinze jours, sans perte notable de poids et des forces.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

#### CONTRE LA FLATULENCE

Naphtol..... 5 grammes  
Magnésie décarbonatée..... 5 —  
Poudre de charb. peuplier.. 5 —  
Essence de menthe. .... II gouttes.

Pour 15 cachets. Un au commencement du repas. S'il y a flatulence et constipation :

Magnésie ..... 5 grammes  
Fleur de soufre..... 5 grammes

En 15 cachets.

(*Ibid*)

#### CONTRE L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE

(Bockhard)

Le 1er jour, 8 à 10 gr. de salicylate de soude, à la dose de 1 gr. d'heure en heure, le 2<sup>e</sup> jour 6 gr. ; suspension du médicament les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> jour, encore 6 gr. le 6<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour. Applications extérieures d'ichtyol, de compresses chaudes, de cataplasmes, bains chauds. (*Lyon méd.*)

#### NOUVELLES.

NAISSANCE :—

A St-Vincent de Paul, comté de Laval, le 19 octobre, l'épouse de M. le docteur Adolphe Allaire, un fils.

MARIAGES :—

Mardi le 29 octobre dernier, en la paroisse de St-Damase, M. le Dr J. A. Lagacé de Nashua, conduisait à l'autel Mlle Joséphine Phaneuf, fille de M. Damien Phaneuf.

La bénédiction nuptiale a été faite par le Rév. J. H. Aphrodise Lagacé, professeur au Séminaire de St-Hyacinthe.

— A Montréal le 4 de ce mois, M. le Dr Emile L'Abbé, de St-Léonard d'Aston, conduisait à l'autel mademoiselle Marguerite Beausoleil, fille cadet de M. Cléophas Beausoleil, directeur des poste à Montréal.

Nos plus sincères félicitations.

## Supplement Litteraire

## L'hygiène de la peau

Ces passages sont extraits d'un article des plus intéressants de M. Jannesson paru dans un numéro récent de l'*Edinburgh Medical Journal*.

\* \* \*

“ L'association du *savon* aux ablutions est devenue une idée fixe pour la plupart des gens ! “ Quoi ! ne pas user de savon dans mon bain ! Mais je ne me sentirais jamais propre ! ”, est la réponse habituelle au conseil donné de s'en abstenir. Il y a quelque vérité dans cette manière de voir, mais si nous considérons que beaucoup de savons employés pour la toilette contiennent plus ou moins d'alcali libre, souvent plus que moins, et que cet excès émulsionne le revêtement protecteur oléagineux de l'épiderme et l'entraîne avec lui, on reconnaîtra que l'usage des savons usuels n'est pas d'un avantage sans mélange. L'introduction par Unna de savons neutres, auxquels un excès de graisse non saponifiée a été ajoutée — *savons surgras* “superfatted”, — constitue un progrès considérable. Il y a maintenant beaucoup de savons “surgras” sur le marché, et quelques-uns sont des plus recommandables, mais il reste à faire pénétrer dans les esprits que ce sont des savons parfaitement bons. Il est très facile d'ajouter de la lanoline ou quelque autre graisse difficilement saponifiable à un savon originairement très inférieur et ensuite de le faire passer comme un savon surgras. Il est donc nécessaire de voir si le savon est fabriqué par une maison recommandable, et il est aussi utile de savoir s'il ne contient pas de beurre de cacao, car, dans ces cas, il n'est pas propre pour l'hygiène de la peau.

*Des savons neutres, faits de graisse pure, et surgras dans la proportion de 3 à 5 pour 100, doivent incontestablement être employés de préférence à tous autres.* Les savons médicamenteux sont médicaux ; ils ne sont pas recommandables pour l'usage ordinaire, mais ils ont leur place, quoique restreinte, dans l'hygiène ou le traitement de certains états pathologiques. La substitution de paquets renfermant du son ou de la farine d'avoine au lieu de savon est recommandable en ce que, par ces substances, l'effet détersif est obtenu pendant que la graisse protectrice est respectée.”

\* \* \*

Un autre élément important dans l'hygiène de la peau est la *qualité de l'eau employée*. L'eau distillée, l'eau de pluie, l'eau de rivière constituent l'eau idéale, mais, en maintes circonstances, leur emploi est impossible. Peu de villes sont alimentées d'eau pratiquement pure. *L'eau dure contenant de la chaux agit de façon nocive sur la peau*, et, s'il y a des méthodes chimiques

pour corriger une telle eau, il n'y en a pas de recommandable pour la masse du public. Une certaine quantité de chaux se dépose dans l'eau qui a été bouillie quelque temps, puis refroidie. Les additions artificielles à l'eau ayant pour but de l'adoucir peuvent être dangereuses. C'est ainsi que le borax, la soude ou l'ammoniaque rendent l'eau alcaline et lui donnent des inconvénients comparables à ceux des savons alcalins. La sensation de douceur (*softness*) donnée par ces substances est trompeuse. Elles se combinent avec la graisse de la peau, la saponifient et laissent la peau âpre (*harsh*) et sèche. Le son, la farine d'avoine ou l'amidon *atténuent les effets nocifs des sels de chaux* et sont en eux-mêmes inoffensifs ; aussi peuvent-ils être fréquemment mélangés à l'eau avec avantage. La *glycérine* ajoutée à l'eau et le *glycérolé d'amidon* sont recommandés en applications après le bain pour obvier aux mauvais effets de l'eau dure (*hard*). Ils agissent grâce à leur pouvoir hygroscopique et tiennent la surface moite (*moist*), mais en même temps ils gonflent les cellules épidermiques et les rendent excessivement tendres. C'est une méthode qui peut prévenir la formation de crevasses par les vents froids et secs.

\* \* \*

Certaines parties du corps sont normalement couvertes de poils, d'autres en sont totalement dépourvues. L'exposition à l'air pendant l'adolescence et la première jeunesse au augmente la croissance, au lieu que protection (*covering*) empêche leur poussée ou en accélère la chute. C'est ainsi que les montagnards écossais accoutumés à porter la jupe courte (*kili*) ont les jambes velues, et que la calvitie est précoce chez les gens de la ville et chez ceux que leur profession amène à porter constamment un chapeau. Quoiqu'il y ait desquamation du cuir chevelu comme du reste du corps, cette desquamation est minime et légère si la chevelure est parfaitement saine. Lui garder son poli habituel est désirable et ne peut être obtenu que par une judicieuse attention. Il est singulier qu'il y ait chez beaucoup de gens des préventions contre le *lavages des cheveux*. Et ces préventions ont probablement deux causes : d'une part, chez les femmes au moins, c'est certainement un travail ennuyeux que de laver et surtout de sécher une chevelure longue et abondante ; d'autre part, quand les cheveux sont lavés avec un savon de toilette ordinaire ou avec une solution de borax comme c'est la coutume, les cheveux restent durs et secs et ont plus de tendance à tomber. Mais le cuir chevelu n'étant pas lavé, les particules épidermiques s'accumulent, dans la plupart des cas, autour des racines des cheveux, et augmentent, si elles ne créent directement les conditions pathologiques. Elles ne peuvent être enlevées par le brossage que s'il est pratiqué vigoureusement, comme avec le peigne fin — une abomination digne d'être à tout jamais bannie — qui ratisse le cuir chevelu et rend la situation

pire qu'avant. Si un savon "surgras" fluide, bien préparé, dans lequel l'alcali est la potasse et non la soude, est répandu sur la tête, et que de l'eau chaude soit ajoutée de temps en temps en quantité suffisante pour produire de la mousse d'abord, puis pour enlever cette mousse et avec elle les détritrus incorporés, les cheveux séchés seront trouvés doux et souples, et le cuir chevelu n'aura aucune sensation de chaleur ou de tension. Au lieu de savon, on peut avoir recours à une *infusion de saponaire* dans l'eau chaude. Elle contient de la saponine qui émulsionne la matière grasse et entraîne la crasse avec elle. *Un autre innocent et excellent schampoing est le jaune d'œuf battu* qui, de semblable manière, se combine à la crasse et en nettoie le cuir chevelu.

Il doit être conclu de ce qui précède que l'usage propre des brosses à cheveux est de lisser et de diriger les cheveux, non d'enlever les pellicules. En conséquence, une brosse à soies longues, souples et largement espacées sera employée, et non une brosse dure et piquante. Un peigne à dents très espacées sera employé pour arranger les cheveux.

En maintes circonstances, il sera légitime d'employer quelque lubrifiant artificiel, et l'huile fraîche d'amandes douces est la substance qui paraît se rapprocher le plus de la sécrétion naturelle. Naturellement l'huile ne peut pas remplacer absolument le fluide sébacé quant à son action capillaire sur la croissance des cheveux. L'huile d'amandes douces est améliorée à ce point de vue par l'addition d'un peu d'huile d'eucalyptus globulus et de résorcine. La première substance tend à l'empêcher de rancir, pendant que la dernière contribue à entretenir la douceur et le poli du cuir chevelu. Cette huile est de même applicable à la barbe et à la moustache et diminue leur tendance à devenir gris. Le meilleur moyen pour l'employer est d'en induire un peu les dents d'un peigne que l'on passe ensuite à travers les cheveux.

(Edenburg med. Journ. — La Presse méd.)

#### Dermite provoquée par les artichauts

M. Jacques Carles. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade du service de mon maître, M. le professeur Ainozan. Les lésions de dermite qu'il présente à la face, au scrotum et un peu aux mains, quoique très étendues, sont banales, et je n'y insiste pas. C'est au simple point de vue de la cause qui les a provoquées que je désire appeler l'attention.

Le métier de cet homme consiste, en effet, à faire des transports d'artichauts, de Macau à Bordeaux. Ses mains sont ainsi sans cesse souillées par le suc qui s'écoule des tiges fraîchement coupées. C'est en portant sans cesse au visage ses doigts chargés de ce principe irritant qu'il a provoqué la dermite dont vous voyez aujourd'hui les marques.

La chose est d'ailleurs bien connue des gens qui

font les transports d'artichauts. Sur 15 hommes qui travaillent avec lui, 4 ont été également atteints de dermite ; 2 au niveau des mains seulement. Ceux qui ont échappé portent habituellement des gants au cours de leur travail.

Notre malade lui-même a déjà été atteint du même mal il y a deux ans sous l'influence de la même cause. D'ailleurs, l'affection, quoique douloureuse, n'est pas grave et guérit en huit à dix jours, soit spontanément du fait qu'on ne touche plus aux tiges d'artichauts, soit grâce à quelques pulvérisations ou quelques pommades.

Il semble que seul le suc qui s'écoule des tiges coupées puisse être incriminé ; néanmoins, s'il faut croire le malade, il y a des gens qui furent pris du même mal pour avoir seulement traversé des champs d'artichauts. Est-ce là le fait d'une idiosyncrasie spéciale ou faut-il accuser le duvet léger qu'on observe sur les tiges des artichauts ?

M. Dubreuilh. Il est curieux de voir que chez ce malade les mains ont été respectées.

Au point de vue pathogénique, je croirais plutôt à l'action irritante des suc qu'à celle du duvet. En effet, les marchands qui revendent les artichauts n'ont pas de semblables éruptions.

M. Carles. Ce que vient de dire M. Dubreuilh est en rapport avec l'immunité des gens qui se servent de gants pour manier les artichauts. Au dire du malade, celui-là ne sont pas atteints. Chez lui, l'épaisseur de l'épiderme des mains peut être la cause de l'absence de lésions à ce niveau.

M. Verger. Si l'interprétation pathogénique de M. Dubreuilh est exacte, les lésions doivent exister aussi chez les gens qui coupent les artichauts.

M. Carles. Elles existent, en effet.

(Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux.)

#### ENSEIGNE ORIGINALE

Le "Gaulois" de Paris signale au comité qui veut restituer au commerce parisien la note originale des enseignes d'autrefois que, rue de Tournon, on peut lire sur une petite boutique de coiffeur l'appel suivant :

"Sta, viator, crede caput auresque mihi".

Ce qui signifie, pour les personnes ignorantes de la langue chère à Virgile : "Arrête-toi, passant, confie-moi ta tête et tes oreilles".

Les gens épris de grec sont également sollicités d'entrer par l'annonce que le service est antiseptique, car, sur un des panneaux, les mots "hypércreeia antiseptica" se profilent en caractères homériques.

Enfin, sur l'autre, le client qui ne connaît ni le latin, ni le grec apprend que : "Ici, maître X... barbier, rassé le sénat, accommode "la Sorbonne et frise l'Académie".

# Travaux Originaux

## LA NEURASTHÉNIE ET SON TRAITEMENT (1)

par M. le Dr C. N. DE BLOIS.

Médecin en chef de l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique des Trois-Rivières, Médecin de l'Hôpital St-Joseph (Trois-Rivières).

Monsieur le Président,

Messieurs,

La *neurasthénie*, introduite il y a à peine trente ans dans le vieux cadre nosologique, est une maladie du système nerveux, extrêmement répandue à l'époque actuelle, et dont la fréquence tend à s'accroître de plus en plus.

Ce n'est pas sans raison qu'on l'a nommée "la maladie du siècle."

A la vérité, cette appellation n'est peut-être pas tout-à-fait juste, puisqu'il semble prouvé par certains auteurs que la *névrose américaine* de Beard a existé de tout temps et dans tous les pays.

Quoiqu'il en soit, notre époque est, comme on l'a dit, particulièrement féconde en neurasthéniques, et vous les rencontrez presque tous les jours, surtout dans la clientèle de ville.

Cela est dû sans doute aux conditions sociales actuelles, et à la lutte pour la vie qui devient de plus en plus âpre de nos jours. Nous pourrions ajouter que l'hérédité neuro-arthritique, les intoxications, surtout l'intoxication alcoolique, auraient droit de revendiquer une large part parmi les causes déterminantes des dérangements nerveux qui sont le propre de notre temps.

Qu'est-ce que la *neurasthénie*? La *neurasthénie*, dit Charcot, est un état de *faiblesse irritable* du système nerveux. C'est une *névrose*, c'est-à-dire une maladie nerveuse purement *fonctionnelle*: elle n'a donc pas d'anatomie pathologique.

On définit encore la *neurasthénie*: un *affaiblissement durable de la force nerveuse*. Cette *névrose* consiste en un trouble de nutrition des éléments nerveux, qui deviennent plus paresseux à réparer les pertes de l'organisme, n'accumulent plus suffisamment d'énergie vitale et usent même le potentiel d'épargne. De là ces dénominations d'*épuisement nerveux*, de *faiblesse nerveuse* qu'on lui applique si souvent.

(1) Lu au Congrès des Médecins de Langue Française, tenu à Québec, 1902.

La *neurasthénie* n'est pas en effet une *entité morbide*; c'est une réunion d'états qu'il faut savoir bien différencier les uns des autres, puisqu'ils comportent un diagnostic et un pronostic absolument différents.

Ces faits ont été mis en lumière par M. Gilles de la Tourette, qui dit qu'il n'y a pas une *neurasthénie*, mais des états *neurasthéniques*. Il y a les *neurasthéniques vrais* et les *faux neurasthéniques* ou *neurasthéniques héréditaires*.

### CAUSES.

Les veilles prolongées, le labeur manuel excessif, le surmenage intellectuel, les chagrins, les émotions, les passions tristes, les grands traumatismes (accidents de chemin de fer), voilà en résumé les principales causes de la vraie *neurasthénie*.

Elle peut quelquefois se greffer sur des affections organiques.

Il y a aussi l'hérédité nerveuse qui crée la *fausse neurasthénie* ou *neurasthénie héréditaire*.

### STIGMATES.

Ils sont de deux ordres, *objectifs* et *subjectifs*

**OBJECTIFS**: Il n'y en a pas ou peu; en effet, ces malades ont parfois une belle apparence de santé.

**SUBJECTIFS**: ce sont généralement des symptômes subjectifs d'ordre psychique.

1° *Céphalée neurasthénique* diurne; elle est particulière, en forme de casque, sensation de casque de plomb; quelquefois la douleur est frontale ou du côté des tempes, enserrant la tête comme dans un étau. Il est rare cependant d'avoir une *hyperesthésie* du cuir chevelu.

Il existe des bouffées de chaleur à la tête. Cette *céphalée* est obsédante, ne dure que le jour, cesse la nuit.

2° *Vertiges*: il est aussi particulier, il n'y a pas de chute comme dans la maladie de Ménière; c'est plutôt une sensation de vide cérébral, avec faiblesse des membres inférieurs qui tendent à se dérober sous le poids du corps.

Le malade voit des mouches volantes, tout paraît gris, terne.

3° *Douleurs*: siégeant à la nuque et même tout le long de la moëlle épinière, se localisant au niveau du sacrum pour former la *plaque sacrée* de Charcot.

4° *Faiblesse des membres inférieurs*, coïncidant avec cette *plaque sacrée* qui siège au sacrum.



5° *Pas d'anesthésie*, ils sentent la piqure ; de plus, il n'y a jamais de troubles urinaires, ni d'abolition des réflexes.

6° Ils sont languissants, entendent moins bien et vont à tout propos consulter les oculistes pour leurs *mouches volantes*.

Ils n'ont rien du tout à la vue, si ce n'est un peu d'asthénopie accommodatrice. Il ne faut pas oublier pour expliquer ces phénomènes que la rétine est un épanchement du cerveau. Ces malades ne peuvent souvent ni lire, ni fixer l'attention.

7° *L'insomnie* est un des symptômes des plus importants et des plus fréquents.

Ils dorment très mal, quelquefois une heure au plus, mais le sommeil n'est jamais réparateur.

8° *Phénomènes gastro-intestinaux*. Ne sont pas dangereux. Ce qui prédomine d'ordinaire chez le neurasthénique, c'est la lenteur et la difficulté de la digestion. Pas de vomissement (rare). Il se plaint que ses aliments lui restent sur l'estomac, il a la bouche pâteuse, l'appétit languissant. Il éprouve aussi des gargouillements dans les intestins, etc.

Dans ces cas, il suffit, dit M. Gilles de la Tourette, de traiter l'état général, et tout s'améliorera. Il ajoute de plus que dans la neurasthénie il n'y a pas généralement de maladie gastrique ou intestinale, à proprement parler ; l'estomac et l'intestin participent à la dépression, à l'asthénie générale de toutes les fonctions, et rien de plus.

#### 9° *Etat mental* :

L'état mental des neurasthéniques varie beaucoup ; les uns sont excités, les autres déprimés ; ce sont généralement des déprimés chez lesquels l'afflux nerveux fait défaut.

L'affaiblissement de la volonté, la méditation inquiète de tous les organes, l'indécision en présence de toutes les déterminations à prendre, le défaut d'aptitude au travail, sont les traits les plus communs de l'état mental de ces malades.

Le jugement dans son ensemble reste sain, chez les neurasthéniques ; ce sont tout simplement des déprimés et non des déviés.

Voilà en résumé tous les symptômes capitaux de la *vraie neurasthénie*, celle que nous envisagerons dans le cours de ce travail.

Voici maintenant un exemple de vrai neurasthénique que nous avons observé, et vous verrez qu'il a eu une cause pour le devenir ; les faux neurasthéniques n'en ont pas.

#### EXEMPLE CLINIQUE.

Monsieur l'abbé X..., âgé de 43 ans, a souffert de neurasthénie pendant 15 ans.

Nous connaissons toute sa famille ; son père est très robuste, sa mère est arthritique.

M. l'abbé X..., n'a pas été malade dans son enfance.

L'affection actuelle se développa au mois de juin 1886 à la suite de plusieurs années d'enseignement et de surmenage intellectuel extraordinaire. Il enseignait à cette époque dans un collège classique. A la longue ses études assidues causèrent une sorte d'habitude nerveuse, se manifestant par une impression — nabilité malade, de la tristesse sans motifs et des défaillances répétées avec insomnies et inquiétudes. Il avait en outre des palpitations du cœur, des digestions pénibles et divers troubles du côté des intestins.

Monsieur X... se fit traiter pendant trois années consécutives, mais sans résultat marqué. On lui conseilla alors d'abandonner l'enseignement et de se livrer au ministère actif à la campagne.

Ce changement amena pendant quelque temps un peu d'amélioration ; mais, au bout de neuf années, les anciens malaises recommencèrent avec en plus les vertiges, la céphalée en casque. Les troubles de l'estomac, les insomnies étaient plus fréquents que jamais. Il présentait des irrégularités de caractère, voyait des mouches volantes. Il était triste, abattu, incapable de tout travail.

Parfois, disait-il, le cœur semblait cesser de battre, d'autres fois il battait avec une rapidité exagérée ; enfin il avait des troubles vaso-moteurs, des transpirations abondantes, et les pieds et les mains étaient le plus souvent glacés.

Ce qui rend ce cas singulièrement instructif, c'est que monsieur l'abbé X..., comme tous les neurasthéniques d'ailleurs, a consulté beaucoup de médecins, même des oculistes pour ses mouches volantes.

On a prescrit pour lui les traitements les plus variés. Quelques-uns ont ordonné le repos complet, l'isolement ; d'autres, les distractions, les voyages. Ces traitements, quoique excellents, et pouvant suffire dans bien des cas, n'ont pas paru améliorer sensiblement son état.

D'autres médecins ont dirigé tous les efforts de leur thérapeutique sur l'estomac, sans s'occuper de l'état névropathique.

Le résultat, c'est que l'abbé X..., se voyant

soumis à une thérapeutique intensive du côté de ses organes digestifs (tel que lavage stomacal, diète sévère, etc.), se crut atteint d'une maladie organique de l'estomac, et son état s'empira d'autant. Le malade était fort découragé: tout avait été essayé en fait de médications, rien n'avait réussi; son mal s'était aggravé à tel point que la vie n'était plus supportable.

C'est dans cet état critique que M. l'abbé X... entra à l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique des Trois-Rivières, sous la recommandation d'un médecin distingué d'une ville étrangère. C'était le 8 mai 1901.

Le traitement suivant fut immédiatement institué.

Douche froide le matin, tous les deux jours, durée 10 secondes; dans l'après-midi douche écossaise. Les autres jours douche écossaise le matin et affusion inférieure dans l'après-midi. Bain électrique statique de quinze minutes, trois fois par semaine. Injection de sérum artificiel, tous les deux jours. A l'intérieur, ferrugineux, bromure de strontium et trional. Le traitement hygiénique et moral ne fut pas non plus oublié.

Le 16 mai, le malade va déjà mieux, le sommeil est meilleur.

Le 1er juin, le vertige diminue, la digestion s'améliore.

Le 5 juillet, le malade ne souffre presque plus de son casque, il digère parfaitement, les transpirations sont disparues.

Enfin le 15 juillet, c'est-à-dire après dix semaines de traitement, l'amélioration allant chaque jour en augmentant, M. X... quitte l'Institut pour entreprendre un voyage de quinze jours que nous lui avons recommandé.

Le 3 septembre, retour à l'Institut, pour continuer la cure durant douze autres jours.

Bref, le 15 septembre 1901, M. X. laissait définitivement l'Institut, se sentant parfaitement guéri et ayant de plus beaucoup engraisé. La cure avait donc duré en tout trois mois et une semaine.

Nous avons rencontré M. l'abbé X. neuf mois après sa sortie de l'Etablissement. Non-seulement la guérison ne s'était pas démentie, mais ce digne prêtre supportait allègrement les rudes fatigues de son apostolat.

Nous ne ferons suivre cette observation d'aucun commentaire; nous signalerons seulement la rapidité du traitement curatif chez un malade

atteint d'une neurasthénie grave de quinze années de durée.

Cette observation est un bel exemple de vrai neurasthénique qui avait vidé sa *pile nerveuse* au travail intellectuel. Il n'avait pu résister au labeur acharné qu'il s'était imposé et était devenu neurasthénique.

Tous ceux qui travaillent trop de la tête s'exposent à faire de la neurasthénie; c'est la maladie des gens intellectuels.

Tous les vrais neurasthéniques sont des personnes ayant éprouvé une grande fatigue cérébrale; c'est cette fatigue du cerveau qui amène la neurasthénie.

Si l'espace nous le permettait, nous pourrions citer une autre observation de neurasthénie grave, où la cause a été non le surmenage intellectuel, mais les chagrins, les contrariétés. Dans ce cas encore, la guérison a été radicale.

Les maladies antérieures, la syphilis, le rhumatisme, etc., peuvent quelquefois produire l'épuisement nerveux.

#### *Faux neurasthéniques :—*

Ils n'ont pas de raisons pour être neurasthéniques; on les questionne, ils ont été neurasthéniques depuis l'enfance, et cet état s'est aggravé. Il n'y a pas de cause, c'est l'exagération de l'état habituel, de plus il y a hérédité nerveuse. Ce sont au fond des vésaniques.

Charcot les appelait les *neurasthéniques héréditaires*. Ils apportent toujours leur *petit papier*, ils ont peur d'en oublier. Souvenez-vous, dit Charcot, du petit morceau de papier, ce sont toujours les mêmes.

(à suivre)

## Revue du "Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord" (1)

Traitement radical de l'hypertrophie de la prostate.

par M. le Dr AHERN.

Professeur d'anatomie et de cliniques chirurgicales  
à l'Université Laval.

#### LA PROSTATECTOMIE

Préconisée d'abord entre 1880 et 1890 fut délaissée durant quelques années pendant que les opérations sur

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.

le testiculé et l'appareil testiculaire avaient la vogue, aujourd'hui elle se pratique partout de plus en plus. La prostatectomie est l'enlèvement de la prostate. Elle est partielle ou totale.— Elle se pratique par la voie hypogastrique, par la voie périnéale ou par les 2 à la fois.

*Prostatectomie par la voie sus-pubienne.*— La voie sus-pubienne convient surtout pour l'extirpation des parties de la glande qui font saillie dans la vessie en empêchant l'évacuation. Elle peut servir aussi pour l'enlèvement complet de la glande.

On fait la taille sus-pubienne et après examen de la vessie si on trouve une tumeur pédiculée on l'enlève d'un coup de ciseaux ou par la torsion. Si c'est une excroissance sessile sur une des lèvres du col deux coups de ciseaux en V en font l'ablation. Quand la P. Hyp. fait un bourrelet tout autour de l'extrémité vésicale de l'urètre et proémine dans la vessie, une section en coin sur la lèvre postérieure de ce bourrelet lève l'obstacle. Quand les lobes latéraux font saillie dans le réservoir de l'urine, on incise la muqueuse au sommet de la tumeur on la dissèque un peu de chaque côté et alors on peut avec le doigt énucléer les masses hypertrophiées. Il faut avant de terminer, explorer l'urètre avec le doigt pour s'assurer que le canal est libre.

Si la vessie est aseptique elle peut être fermée laissant une sonde dans l'urètre, sinon il faut faire le drainage hypogastrique par les tubes Guyon Perier.

L'hémorrhagie est généralement peu considérable et est arrêtée par des irrigations chaudes, par le tamponnement pendant quelques minutes, par la suture ou par un tamponnement méthodique autour des drains.

La mortalité jusqu'ici a été assez considérable, 10, à 12% car la plupart du temps l'opération a été faite en dernier ressort et les malades n'étaient pas en état d'endurer une opération sérieuse. Mais sur des sujets aseptiques exempts d'affection rénale, la mortalité devra être peu considérable. C'est une opération présentant très peu de gravité quand il s'agit simplement d'enlever une petite tumeur pédiculée ou même sessile par 1 ou 2 coups de ciseaux. Mais quand il faut euclner des masses considérables dans les lobes latéraux laissant dans la périnée une cavité impossible à drainer c'est plus sérieux et dans ces cas on doit faire une boutonnière périnéale pour le drainage. Malgré ce qu'en dit Albarran 21 cette opération a beaucoup de vogue surtout en Angleterre, et aux Etats-Unis.

*Résultats.* — Au Congrès international de 1901, Desnos a rapporté 31 opérations. 3 morts. — Résultats nuls ou mal connus. 3 — aggravations. 4 — améliorations ou guérisons. 21.

Il peut y avoir récurrence.

#### OBSERVATIONS PERSONNELLES

1896 janvier 8 — I. I. 80 ans.— Sondé pour rétention aigue il y a deux jours ne peut uriner car la vessie est pleine de caillots. Après avoir essayé sans succès

d'empêcher l'hémorrhagie, je lui fis une cystotomie sus-pubienne. Je constate alors la présence d'une petite tumeur prostatique, pédiculée, implantée sur la lèvre postérieure du col. Je l'enlevai par torsion. Le malade anémié et injecté mourut au bout de 7 jours.

1896 — Le 8 janvier je fus appelé auprès de P. V. âgé de 59 ans, qui quatre jours auparavant, avait été sondé pour une rétention aigue. Il avait saigné depuis et sa vessie était pleine de caillots. Après avoir essayé en vain d'assurer l'évacuation facile du réservoir urinaire — le 12 janvier, je fis une cystotomie sus-pubienne et découvris une saillie prostatique médiane dont le pédicule  $\frac{1}{2}$  pouce de large était implanté sur la lèvre postérieure du col. Après avoir incisé la muqueuse autour du point d'implantation j'enlevai par torsion l'excroissance, et suturai la muqueuse. Puis je fermai la vessie autour des tubes Guyon Perier. La guérison se fit sans incident. Vu ces jours derniers, le malade me dit, qu'il ne se sonde que rarement et alors c'est parce qu'il aura été obligé de se retenir trop longtemps d'uriner. Il urine 3 fois la nuit et n'a jamais d'hématurie.

F. A.— Cultivateur, 56 ans, marié. Se présente à l'Hôtel-Dieu en mai 1902, se plaignant de douleurs très fortes dans le bas-ventre avec irradiations du côté de la verge. Il y a 40 mois il fit sans cause connue une rétention qui l'obligea à se sonder pendant 5 à 6 jours. Depuis lors il souffre. Le moindre mouvement provoque des douleurs intolérables. Les mictions sont fréquentes, toutes les 15 minutes, et sont brusquement interrompues quelquefois. — Les urines contiennent du sang et du pus. Il passe quelquefois de petits calculs. La vessie est très intolérante et contient un calcul volumineux. La digestion est mauvaise. Le malade a eu des frissons et de la fièvre. Sa température varie entre 99,5 et 101 Fah. Les vaisseaux sont thrombotiques et son pouls est misérable. — *Diagnostique*, hypertrophie, prostatique et calcul vésical.

9 mai, Opération — Anesthésie par chloroforme, bien supportée.

Tentative de lithotritie mais impossibilité de vérifier les prises.

*Lithotomie sus-pubienne.*—Le calcul d'un volume considérable était fixé, entre une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule formée par le lobe droit de la prostate hypertrophiée et la paroi postérieure de la vessie contractée dessus. Section de la muqueuse au sommet de la tumeur, énucléation de celle-ci et d'une autre plus petite du côté opposé, avec les doigts. Pas de sutures — Tubes Guyon — Périer et sonde à demeure.

Après l'opération température au-dessous de la normale — Mort dans 36 heures.

J'aurais dû simplement enlever la pierre d'abord et faire plus tard la prostatectomie.

#### PROSTATECTOMIE PERINEALE

La prostatectomie périnéale est partielle ou totale ;

se fait avec ou sans ouverture de l'urètre et de la vessie par le périnée.

*Prostatectomie périnéale sans ouverture de la vessie ni de l'urètre.*

*Procédé de Dittel*<sup>22</sup>. — Incision antero-postérieure à gauche de l'anus, courbe à concavité interne, commençant au milieu du raphé périnéale et se terminant au sommet du Cocey. Le rectum est poussé en arrière et à droite, la face postérieure de la prostate est exposée et dans chaque lobe latéral un coin de tissu prostatique est enlevé. Ce procédé donne trop peu de jour.

*Procédé de Nichol.* — D'après ce procédé l'opération se fait par les voies hypogastriques et périnéales sans ouvrir par le périnée ni la vessie ni l'urètre. — L'opération de Nichol est pratiquée comme suit : Cystotomie sus-pubienne — incision médiane du raphé périnéale. — Séparation du rectum de la prostate — Incision de la capsule prostatique — Enucléature de la glande avec les doigts de la main droite ou les pinces tandis que les doigts de la main gauche dans la vessie refoulent la prostate vers le périnée.

Albarran fait la même opération avec les modifications suivantes : Au périnée il fait l'incision de Proust, enlève la glande par morcellement au moyen d'une pince coupante de son invention

*Procédé de Baudet.* — Incision médiane du raphé. L'extrémité postérieure de cette incision se bifurque, les deux branches se riant en arrière et en dehors vers les ischions. La prostate étant exposée sa capsule est incisée sur la ligne médiane et relevée de chaque côté. La glande est divisée dans le même sens et les deux moitiés sont enlevées par morcellement.

Ces opérations sont des prostatectomies partielles du sous-capsulaires et sont peu graves si les malades ne sont pas trop infectés.

Prédal dit que dans les cas de survie un résultat favorable petit ou grand a été atteint dans les 53 cas qu'il a relevés.

*Prostatectomie périnéale avec ouverture de l'urètre*  
— Prostatectomie totale.

*Procédé de Gosset et Proust.* — Une mèche de gaze dans le rectum — Un cathéter métallique dans la vessie — Incision transversale du périnée en avant de l'anus. — Cette incision s'étend d'une tubérosité ischiatique à l'autre et est courbe, à concavité postérieure. Incision latérale s'étendant de l'extrémité gauche de la première au coceyx, concave en dedans et passant à gauche de l'anus.

Division de la peau et du fascia superficiel puis dans l'incision antero-postérieure séparation de la partie latérale du rectum de la graisse qui emplit la fosse ischio-rectale dans l'incision prérectale le bulbe est découvert ; isolé et tenu en avant. Le rectum est poussé en arrière. Arrivé au bec de la prostate il y a un plan de clivage qui permet facilement de séparer cet organe du rectum. Cette séparation doit être effectuée aussi haut que possi-

ble. Alors une valve vaginale est introduite pour protéger l'intestin et le tenir en arrière. Pour faciliter cette manœuvre un coup de ciseaux est donné dans les fibres antérieures du releveur de l'anus de chaque côté. Alors, en incisant sur la ligne médiane postérieure la capsule celluleuse de la prostate on peut facilement énucléer celle-ci.

Si on veut faire une résection partielle on peut comme Dittel réserver un coin dans chaque lobe latéral sans ouvrir l'urètre.

S'il s'agit de l'oblation totale de la glande il faut en faire une hémisection postérieure et en même temps inciser l'urètre prostatique, saisir chaque moitié avec une pince à griffes et en faire la résection. Ensuite fermer la vessie et l'urètre sur une sonde à demeure. Suture le reste de la plaie y laissant un petit drain pour le cas où la suture de la vessie ou de l'urètre céderait. "

*Gravité.* — Dans les *Hunterian lectures* 1892, Moullin rapporte 94 cas de prostatectomie sus-pubienne avec une mortalité de 20 par cent. Il fit remarquer que dans les premiers 47 cas la mortalité était de 25% tandis qu'elle n'était que de 15% dans les 47 derniers. Il prédit que : avec des méthodes perfectionnées et entre les mains de chirurgiens habitués à faire l'opération la mortalité diminuerait considérablement. En effet, (en 1902, Albarran dit que la prostatectomie périnéale est une opération peu grave et il rapporte 35 prostatectomies périnéales pratiquées sur des malades pris au hasard de la série, sans choix tous infectés et dont l'âge moyen était 63 ans. Un seul est mort, 5 semaines après l'opération. La mortalité a donc été de 28%, 31 de ces cas ont pu être suivis ; sur ce nombre il y avait 2.8 guérisons complètes et 2 grandes améliorations.

#### OBSERVATIONS PERSONNELLES

F. P. un tout petit homme, un journalier de 67 ans, marié depuis trente-sept ans. Entre à l'hôtel-Dieu le 7 janvier 1902 pour une rétention incomplète aiguë, *antécédents* : Avait eu 2 gonorrhées dans sa jeunesse. Depuis 10 ans, il avait des troubles urinaires sans cependant en souffrir beaucoup. Il urinait une fois la nuit et plusieurs fois le matin. Quand il se retenait longtemps, le début de la miction était difficile, il avait retard dans l'arrivée de l'urine au méat. Le 1er janvier 1902, sans aucune cause connue il se trouva dans l'impossibilité de vider sa vessie, on le sonda et il n'a pu uriner seul depuis. A son arrivée il urinait par regorgement et la vessie était infectée.

Après y avoir passé 17 jours il sort de l'Hôpital où il a appris à se sonder ayant la vessie à peu près à l'état normale. Onze jours plus tard, le 4 février, il revenait à l'Hôtel-Dieu son cathéter cassé dans l'urètre, la vessie très infectée et ne pouvant plus se cathétériser. Les sondages réguliers, le nettoyage à l'eau boratée les injections nitratées triomphèrent de l'infection, mais le malade restait toujours rétentionniste et était incapable de se

sonder. Il accepta la Prostatectomie que je fis le 22 février.

Anesthésie au chloroforme. Opération de Gosset et de Proust telle que décrite plus haut. Il y avait un petit abcès dans le lobe droit de la prostate.

Un doigt passé dans la vessie par l'ouverture de l'urètre facilita beaucoup l'enlèvement des parties postérieures des lobes latéraux qui faisaient saillie dans le réservoir urinaire, ainsi qu'une excroissance en croupion de poule du lobe moyen. Le diamètre transverse du détroit inférieur étant très court le champ était rétréci et rendait difficile la suture de l'urètre que je laissai ouvert. Après avoir mis une sonde de Pezzer dans la vessie et un gros drain dans le périnée je fermai un peu ce dernier.

3 mars l'urine était normale. Le 20 la sonde à demeure est enlevée mais est remise 4 jours plus tard à cause d'une fistule urinaire. Le 15 mai, la fistule est guérie et le malade urine seul. Revu le 25 juin il est parfaitement bien et la miction est normale.

Sur 100 hommes ayant dépassé 55 ans, 34 ont l'hypertrophie plus ou moins considérable de la prostate. Parmi ces 34 il y en a 18 qui n'en souffrent point, qui n'ont pas de symptômes cliniques. Pour les autres au nombre de 16, la prostale hypertrophiée est un néoplasme, une tumeur, qui produit à cause de son volume, de sa position et de la manière dont elle se développe des symptômes urinaires qui amènent la mort dans un temps plus ou moins long après des souffrances considérables.

De plus, sur 100 *prostatiques* 14 fois l'hypertrophie est due à une néoplasie épithéliale de nature maligne qu'il n'y a aucun moyen de distinguer des autres hypertrophies prostatiques ni par les symptômes fonctionnels ni par les signes physiques. Il est évident que cette tumeur, cause efficiente du prostatisme, doit subir le même sort que les néoplasmes incommodes qu'on rencontre ailleurs, c'est-à-dire l'ablation : nous ne sommes pas habitués à envisager le traitement de l'hypertrophie prostatique de cette manière. Cela n'est pas encore entré dans nos mœurs mais cela viendra. Il y a 15 ans nous n'avions pas non plus l'habitude d'opérer les cas de typhlite et pertyphlite, cependant aujourd'hui sous le nom d'appendicite elles donnent lieu à un grand nombre d'interventions et on recommande même de les opérer tous. Est ce à dire qu'il faille opérer tous les prostatiques ? certainement non. Ainsi on n'opérera pas :

1° Ceux dont l'hypertrophie ne produit aucun symptôme ;

2° Ceux qui sont à la période prémonitoire ou première période ;

3° Ceux dont l'état général est trop grave pour leur permettre d'endurer une intervention sérieuse. A ces derniers on pourra quelquefois suggérer un Bottini.

A tous les autres prostatiques on proposera une

prostatectomie. Il faut opérer le plus tôt possible et ne pas attendre que le malade soit mourant pour intervenir.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### L'eau oxygénée dans le traitement de la diphtérie

Il y a trois ans, M. le Dr E. Riegler, professeur à la faculté de médecine de Jassy, a préconisé contre la diphtérie des pulvérisations d'eau oxygénée associées à des insufflations d'acide iodique. D'après un médecin militaire russe, M. le docteur N. Novikov (*Revue nationale de médecine et chirurgie pratique*) le peroxyde d'hydrogène, employé à l'exclusion de toute autre médication, donnerait, dans les cas de diphtérie, des résultats tout aussi encourageants que la sérothérapie, en ce qui concerne, du moins, le nombre des guérisons. Les fausses membranes se détacheraient, il est vrai, moins rapidement que sous l'influence des injections de sérum antidiphtérique, mais en revanche, l'action dépressive de la toxine diphtérique se trouverait, dans une certaine mesure, paralysée par l'eau oxygénée, qui favorise les oxydations.

M. Novikov recommande habituellement aux malades de se gargariser, nuit et jour, avec du peroxyde d'hydrogène à 3 p. 100 étendu d'eau (2 ou 3 cuillères à bouche pour un verre d'eau). Dans les cas où il s'agit de tout petits enfants qui ne savent pas se gargariser, M. Novikov prescrit de l'eau oxygénée à l'intérieur, en formulant ainsi qu'il suit :

Peroxyde d'hydrogène...	5 à 7 grammes.
Eau distillée.....	85 —
Sirop simple.....	15 —

Afin d'activer le décollement des pseudo membranes, il est bon de pratiquer, deux ou trois fois par jour des badigeonnages de la gorge avec de l'eau oxygénée à 3 p. 100. Ces applications, qui ne sont point douloureuses, ne doivent pas, cependant être répétées trop souvent, car elles pourraient déterminer, à la longue, de l'œdème du voile du palais.

Ajoutons que les gargarismes à l'eau oxygénée ont aussi donné, entre les mains de M. Novikov, d'excellents résultats contre les angines non diphtériques et dans diverses stomatites surtout d'origine mercurielle.

(*Med. moderne.*)

### Traitement de la tuberculose pulmonaire

Ainsi que le contait le professeur Landouzy dans son rapport à un des derniers congrès de la tuberculose, " la sérothérapie appliquée à la tuberculose ne nous a pas encore donné de résultats assez appréciables, assez constants, assez complets, pour que nous nous croyions en puissance d'un traitement spécifique, immunisateur et curateur ".

Néanmoins, suivant la remarque de l'éminent maître, les expériences d'Arloing sur l'agglutination des bacilles de Koch par le sérum d'animaux immunisés nous permettent d'entrevoir assez intimement la biologie du bacille de la tuberculose pour que, par cette voie, nous ne désespérons pas de lutter contre lui.

Un point assez curieux, et qui fut peu relevé, de la communication d'Arloing peut nous suggérer d'utiles considérations à l'égard du traitement de la tuberculose. Le professeur de Lyon n'a-t-il pas constaté que le sérum d'animaux soumis à l'ingestion ou à l'injection de solutions créosotées jouissait de ce même pouvoir agglutinant dont on détermine aussi l'apparition en mithridatisant les animaux par des doses de toxines progressivement croissantes ? Ainsi la créosote provoque dans l'organisme la même réaction que les toxines du bacille de Koch. Ne doit-on pas rapprocher ces faits de l'usage empirique de la créosote dans la lutte contre la tuberculose et devons-nous pas croire que nous avons là un agent médicamenteux d'autant plus précieux qu'il n'agit pas seulement comme un antiseptique pulmonaire, mais encore en influençant spécifiquement la vitalité du bacille ? C'est donc encore par l'emploi de la créosote que nous pouvons le mieux, jusqu'à présent, traiter la tuberculose pulmonaire.

Mais les indications thérapeutiques fournies par un tuberculeux, si simple que soit son cas, n'en sont pas moins multiples. La consolidation du terrain organique intervient de prime abord. Nous savons de longue date que la phosphaturie annonce et dénonce les tuberculoses torpides, que l'organisme s'appauvrit en se décalcifiant. C'est pour répondre à cette simple indication que nous ordonnons journellement la phosphate de chaux aux tuberculeux. Sans doute, après l'administration du phosphate de chaux, la phosphaturie augmente, mais il ne s'ensuit pas que la médication soit inutile. Il se produit là un phénomène analogue à l'accroissement de la dénutrition azotée lorsqu'on augmente la quantité d'albumine alimentaire. La désassimilation se fait aux dépens des phosphates ingérés et laisse stables les phosphates constitutifs.

Mais il importe de ménager la muqueuse gastrique des tuberculeux. Il ne faut pas oublier que certains médicaments, en altérant l'intégrité stomacale causent plus de dommage qu'ils n'apportent de bénéfice réel. Le cas est particulièrement grave, lorsqu'on s'adresse à des tuberculeux qui ne résistent que par le fonctionnement normal des voies digestives.

Dans la médication créosotée, par exemple, on emploie parfois des préparations qui déterminent des lésions dont la gravité est en raison de la causticité de ces produits et de la durée de leur contact avec la muqueuse. Nous avons cependant un moyen bien simple d'enlever complètement à la créosote sa causticité et, qui plus est, d'en faire un médicament aussi utile aux voies digestives qu'aux lésions tuberculeuses elles-mêmes ; c'est de la dissoudre et de la diluer.

Sous cette forme de " solution complète et fortement étendue ", la créosote est privée de toute action irritante et constitue pour le tube digestif des tuberculeux, un antiseptique nécessaire et un excellent tonique. Elle relève promptement l'appétit, surtout si l'on a soin de l'administrer associée au chlorhydro-phosphate de chaux. Ce sel est, en effet, un adjuvant actif de la médication créosotée ; il agit non seulement comme reconstituant, mais aussi comme eupeptique par la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qu'il contient, les tuberculeux étant généralement des hypopeptiques.

Ces conditions d'emploi raisonné des deux substances les plus communément indiquées dans la tuberculose pulmonaire sont réalisées dans la Solution Pautauger au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté : de là son usage avantageux, devenu classique, dans le traitement de la bronchite tuberculeuse.

## GYNECOLOGIE

### Extrait thyroïdien dans le traitement de la menstruation douloureuse

M. Stimson discute l'emploi de l'extrait thyroïdien dans la dysménorrhée et la névralgie ovarienne. La thérapeutique est peu armée contre cette état pathologique et l'emploi des opiacés n'est pas sans inconvénients. Le repos, le décubitus dorsal, les applications chaudes apportent quelque soulagement. Mais bien des sujets sont dans l'impossibilité de garder le lit pendant plusieurs jours à chaque époque menstruelle.

L'extrait de glande thyroïde constitue un remède de grande valeur, des doses moyennes suffisent à produire des effets marqués. En 1901, une malade, qui souffrait à chaque période au point d'être complètement impotente pendant plusieurs jours, venait consulter l'auteur ; celui-ci employa successivement et sans résultat tous les remèdes usuels. L'examen de l'abdomen et du bassin ne montrait rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes. La dilatation du col donna une légère amélioration pendant quelques temps. Comme la malade était atteinte d'obésité, on la mit au traitement thyroïdien et tous les troubles de la menstruation disparurent. Le même moyen fut employé depuis à chaque période menstruelle avec le même succès. M. Stimson, ayant

appliqué la même méthode à un grand nombre d'autres malades, a obtenu d'excellents résultats dans presque tous les cas. Naturellement, quand il existe des lésions utérines ou annexielles, c'est au traitement chirurgical qu'on devra recourir.

(*Amer. Jour. of obst. — Gaz. des hôp.*)

## OBSTETRIQUE

### Traitement de l'éclampsie

(MAYGRIER)

Le premier symptôme de l'éclampsie étant souvent l'albuminurie, il importe de mettre au repos et de soumettre au régime lacté exclusif toute femme enceinte dont les urines sont albumineuses.

Ce régime sera continué au moins huit jours : au bout de ce temps, la femme sera à l'abri de l'éclampsie (Tarnier).

Une fois l'éclampsie déclarée, il faut à la fois débarrasser l'organisme des principes toxiques qui l'encombrent, et calmer l'excitabilité des centres nerveux.

Une saignée de 300 à 500 grammes sera pratiquée. Jadis Depaul retirait jusqu'à 1.200 à 1.500 grammes de sang. Ces larges soustractions sanguines ne sont plus employées : elles diminuent par trop la résistance de la malade. M. Maygrier fait suivre la saignée d'une injection sous-cutanée équivalente du sérum présentant la formule suivante :

Chlorure de sodium.....	8 grammes
Eau distillée.....	1,000 —

On administrera un grand lavement suivi d'un lavement purgatif, on fera prendre 150 à 200 gr. de lait toutes les deux heures : si la malade ne peut avaler, on la gavera, et si les dents sont serrées, on introduit la sonde par la voie nasale.

L'excitabilité des centres-nerveux et l'agitation seront amendées par le chloroforme et le chloral. Mais on n'administrera pas le chloroforme à hautes doses dans la crainte d'ajouter, comme l'a dit M. Budin, une intoxication médicamenteuse à l'intoxication éclamptique : on se contentera de verser quelques gouttes sur un mouchoir au moment des périodes d'excitation. De même pour le chloral : les doses de 12 à 15 grammes recommandées jadis sont trop élevées. A prescrire des lavements :

Hydrate chloral.....	4 grammes
Jaune d'œuf.....	n° 1
Lait.....	200 grammes

Les Allemands recommandent la morphine : on pourra y recourir avec précaution. Quant aux bains chauds conseillés par Bar, ils excitent avantageusement

la fonction rénale, mais ils sont souvent d'administration difficile.

Pendant les attaques on retiendra la femme dans son lit, on l'empêchera de se mordre la langue en appliquant une compresse au-devant des arcades dentaires. Ce sont là de petites précautions qu'il ne faut pas négliger.

Faut-il débarrasser l'utérus ?

Il n'y a pas lieu de provoquer l'accouchement, car l'éclampsie peut persister après l'accouchement et d'autre part, la grossesse peut continuer après l'éclampsie.

Quelques auteurs. Halberstma en particulier, qui admet que l'éclampsie tient souvent à une compression des uretères, sont allés jusqu'à proposer et pratiquer l'opération césarienne. Cette opinion est peu soutenable. Pour se décider à intervenir, il faudrait voir survenir des accidents graves : anurie ou élévation thermique par exemple ; en dehors de ces conditions, il ne faut pas interrompre la grossesse et se contenter d'attendre.

Par contre, dès qu'il y a un commencement de travail, l'expectation n'est plus de mise. Si la dilatation marche lentement, élargissons-la par l'entrée des deux indications dans le col, suivant le procédé de Bonnaire. Aussitôt qu'il sera possible de pénétrer dans l'utérus, délivrons la mère par le forceps, la version ou l'extraction, suivant le cas. Ici, il ne convient plus de tergiverser ; autant l'on doit avoir de répugnance à intervenir pendant la grossesse, autant il faut apporter de décision et de promptitude à accélérer le travail quand il est commencé, et à terminer rapidement l'accouchement.

(*Journ. des prat. — Journ. de méd. de Paris.*)

## OPHTALMOLOGIE

### Du traitement des blessures de l'œil par grains de plomb

Le Dr Valois, de Moulins, a rapporté dans le *Centre médical* (septembre 1902) deux observations de blessures de l'œil par grains de plomb et les a fait suivre des réflexions suivantes :

“ Au lieu de faire de la présence ou de l'absence du grain de plomb dans l'œil, la base de conduite à tenir, il est bien plus logique de considérer les dangers courus par l'organe, par suite de la situation de la plaie. Il me semble que la conduite devra dépendre de l'examen clinique de l'organe. Cet examen nous fera voir aussitôt dans quelle région est la plaie. Elle pourra être cornéenne ou péri-cornéenne.

1° Elle est cornéenne : dans ce cas, les soins sont ceux de toute plaie de la cornée : antisepsie, atropine et compression. Je ne parle pas, naturellement, du cas où l'infection de la cornée s'est produite du fait, soit du

corps étranger, soit de la conjonctivite, ou des voies lacrymales. De même, le traitement des complications telles que cataracte traumatique, large déchirure de la cornée, devra être fait. Le repos absolu sera indiqué également pour favoriser l'enkystement du corps étranger, s'il est contenu dans le globe oculaire.

2° Elle est péri-cornéenne : dans ce cas, étant donné la conformation sphérique du globe, la plaie est ordinairement ciliaire, ou, si la partie d'entrée ne l'est pas, le plus souvent par suite de la direction du projectile, celui-ci intéresse le corps ciliaire. La blessure de cet organe est donc le cas le plus fréquent.

Dans ces cas de blessures du corps ciliaire, dans lesquelles le plus souvent l'iris vient faire hernie entre les lèvres de la plaie, il me semble que les complications de cyclite doivent être surtout à éviter. Celle-ci reconnaît pour cause le pincement de l'iris entre les bords de la plaie. La conduite à tenir alors, devrait donc être la suivante, à mon avis :

Il faudrait procéder au débridement de la plaie, de façon à pouvoir libérer totalement l'iris, puis il faudrait attirer l'iris au dehors et faire une irridectomie la plus large possible. Ce procédé aurait l'immense avantage de libérer complètement l'iris et d'éviter un pincement entre les lèvres de la plaie cicatrisée. La cautérisation de l'iris enclavé est complètement insuffisante, car il est impossible de détruire complètement l'iris dans ce cas, avec l'aide du galvano-cautère. "

Si, malgré cela, les phénomènes de cyclite s'accroissent et que l'atrophie du globe devienne à redouter, que faudra-t-il faire ?

Dans ce cas, l'ophtalmie sympathique est moins à redouter que dans les autres cas de blessure oculaire par corps étrangers, qui peuvent être septiques, et l'expectation pourrait être tentée, si les malades en donnaient le loisir. Mais les poussées successives de cyclite, sans la moindre influence et la crainte de l'ophtalmie sympathique, leur rendent l'existence impossible, et ils réclament comme une délivrance l'énucléation de l'œil blessé.

(*Bull. méd.*)

#### Traitement de l'hyperhémie des paupières

L'hyperhémie du bord libre des paupières s'observe principalement chez les femmes blondes à peau fine, lymphatiques, dont elle fait la désolation lorsqu'elles sont coquettes. Cette rougeur des paupières s'exagère à la moindre irritation, elle devient plus intense à l'époque des règles, et la constipation la rend bien plus marquée. Elle s'exaspère de même par les efforts d'accommodation, lecture, écriture, travail quelconque sur des objets fins et rapprochés. Aussi, est-il nécessaire, dans ces cas, de s'assurer qu'il n'existe pas un vice de réfractations que l'on corrigerait par des verres appropriés.

D'après M. Chevallereau, cette affection exige avant tout un traitement hygiénique. Lorsqu'il ne suffit pas, les malades sont améliorés par les applications de compresses astringentes avec la solution suivante :

Sulfate de zinc..... 5 grammes  
Eau distillée..... 500 —

Dans cette solution, portée à 30° environ, on trempera des tampons assez épais de ouate hydrophile que l'on maintiendra sur les paupières fermées pendant vingt minutes environ matin et soir, en les renouvelant toutes les deux ou trois minutes, lorsqu'ils seront séchés ou refoidis.

(*Presse médicale.*)

## PEDIATRIE

### Traitement de l'épilepsie infantile par la bromuration sans sel

Depuis les recherches de MM. Richet et Toulouse, recherches relatives au traitement de l'épilepsie par la bromuration sans sel, un certain nombre d'auteurs, MM. Toulouse, J. Ch. Roux, etc., en France, Nœcke et Rumpf, en Allemagne, ont essayé d'appliquer cette méthode thérapeutique au mal comitial de l'adulte. Mais, jusqu'à présent, on ne semble pas avoir beaucoup pensé à traiter de la même façon l'épilepsie infantile ; les pédiâtres en restent toujours aux méthodes classiques ; celles-ci sont loin, comme on sait, d'être sans inconvénients ; le bromure, donné à doses suffisantes, produit souvent de graves accidents d'intoxication ; d'autres fois il reste inactif, quelle que soit la dose employée. Aussi, MM. HALLE et BABONNEIX ont-ils songé, sur les conseils de M. Méry, à soigner trois épileptiques par la bromuration sans sel, et à noter soigneusement les résultats obtenus.

Dans ces trois cas, la disparition complète des crises a été la conséquence immédiate de la bromuration sans sel, et la preuve qu'il y a eu, entre ces deux phénomènes, non une simple coïncidence, mais une relation de cause à effet, a été fournie par la dernière observation où il a suffi que l'enfant reprît le régime ordinaire, pour voir les crises réapparaître. Les heureux effets observés semblent donc bien relever de la façon dont le bromure a été administré.

En quoi consiste donc la méthode thérapeutique de l'hypochloruration chez les épileptiques ?

Déjà entrevue par Paracelse, qui recommande de remplacer le sel par le gui dans l'alimentation des comitiaux, la bromuration sans sel a été surtout préconisée par MM. Richet et Toulouse. Dans une série de communications, ces auteurs expliquent ainsi le mode



d'action de cette méthode : " En privant, dans une certaine mesure, l'organisme de chlorure, on doit le rendre plus sensible à l'action des bromures. Comme, selon toute vraisemblance, les actions médicamenteuses sont dues à l'inhibition des cellules par tel ou tel poison, les actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition des cellules pour les poisons est plus intense, et, par conséquent, elle doit être augmentée pour les alcalins thérapeutiques par l'absence des sels alcalins alimentaires."

MM. Richet et Toulouse ont donc soumis deux épileptiques à un régime alimentaire spécial représentant environ 2 grammes de chlorure de sodium, la consommation habituelle de NaCl étant environ de 14 grammes par jour et par homme. Ils leur ont administré en même temps une très faible dose de bromure : 2 grammes le plus souvent. Sous l'influence de ce traitement, le nombre des accès et le nombre total des accidents ont diminué, et ont même, dans certains cas, complètement disparu. Dans la statistique fournie à la Société médicale des hôpitaux, M. Toulouse indique une diminution de 92 p. 100 pour les accès, de 75 p. 100 pour les vertiges, de 80 p. 100 pour tous les accidents. L'amélioration a duré autant que le traitement pour disparaître dès qu'on a remis les malades au régime ordinaire. Les résultats obtenus par M. Jean-Ch. Roux dans une série de quatre cas, ceux de Nœcke confirment les conclusions de MM. Richet et Toulouse.

Il existe diverses façons de prescrire la bromuration sans sel. La plus simple consiste dans la mise au régime lacté. Un litre de lait contenant environ 1 gr 50 de NaCl par jour, on peut, en ayant soin de donner suffisamment de lait, ou en ajoutant au régime lacté un peu de pain, arriver à faire ingérer au malade la quantité de sel strictement nécessaire à l'organisme, quantité que les physiologistes évaluent à 2 gr 50 ou 3 grammes par jour. Le lait agit, dans ce cas, comme facteur important d'hypochloruration ; il agit ainsi en diminuant les fermentations gastro-intestinales, dont le rôle est si considérable dans l'apparition des accès épileptiques (Rumpf). Au régime lacté absolu on a quelquefois substitué le lacto-végétarien ou régime mixte avec ou sans viande. Dans leurs cas, MM. Hallé et Babonneix se sont contentés de supprimer le pain, qui contient toujours une certaine quantité de sel, et de prescrire des bouillies, des purées sans sel, et, comme boisson, du lait.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on veut traiter l'épilepsie par la bromuration sans sel, il faut chez les enfants, comme chez les adultes, se souvenir de deux préceptes importants. Le premier c'est qu'une certaine quantité de sel, 2 à 3 grammes par jour au minimum, est absolument nécessaire à l'organisme, et, qu'il faut, par conséquent, l'assurer au malade par un régime bien compris. Le second, c'est que l'organisme, dans l'état d'hypochloruration, est beaucoup plus sensible à l'action des bromures qu'à l'état normal et qu'il est nécessaire, pour

éviter les phénomènes d'intoxication, de ne pas dépasser les doses de 2 grammes chez l'enfant, de 4 grammes chez l'adulte. A la condition de suivre ces préceptes, l'hyperchloruration ne donne aucun incident, elle ne provoque pas l'albuminurie, comme on l'a quelquefois soutenu, elle ne diminue pas la résistance de l'organisme à l'infection : bien au contraire, elle semble amener rapidement chez l'enfant une amélioration rapide et durable. Aussi mérite-t-elle d'être essayée systématiquement dans tous les cas d'épilepsie infantile.

(Revue mens. des mal. de l'enf.)

## DERMATOLOGIE

### Traitement des folliculites

Les folliculites sont dues à l'infection staphylococcique des orifices pilo-sébacés.

Elles peuvent survenir secondairement au cours d'une dermatose : eczéma, impétigo, acné, favus — ou bien être provoquées par une application médicamenteuse : thapsia, huile de croton, teinture d'iode, huile de cade, mercuriaux, etc. : par un traumatisme (épilation). Quand elles surviennent en apparence spontanément, elles n'en sont pas moins subordonnées à un mauvais état général que l'analyse des urines permet souvent de dépister et qui révèle la présence, suivant les cas, de sucre, d'albumine, d'hyperacidité urinaire.

#### I. — Traitement des miliaires pustuleuses

Dans les cas aigus ou les pustules se multiplient rapidement, se borner aux pansements humides d'eau bouillie, de sérum physiologique ou de la solution suivante :

Acide borique.....	10 grammes
Acide salicylique.....	5 —
Borate de soude.....	11 —
Eau.....	1000 —

De plus, on pourra faire des lotions répétées, tièdes avec l'eau d'Alibour forte (Sabouraud) :

Eau distillée camphrée filtrée.	300 grammes
Sulfate de zinc.....	7 —
Sulfate de cuivre.....	2 —
Safran.....	0 gr. 40

Dans l'intervalle des éléments éruptifs, on peut appliquer une pâte de zinc :

Oxyde de zinc.....	20 grammes
Vaseline blanche.....	40 —

ou la pâte de zinc de Lassar :

Vaseline .....	} à 10 grammes
Lanoline.....	
Oxyde de zinc.....	

Dès qu'il y aura de l'amélioration, ou d'emblée dans

les cas bénins ayant peu de tendance à l'extension en surface et en profondeur, appliquer une pommade ou une pâte contenant de l'acide salicylique, de la résorcine du calomel :

Acide salicylique...	1 gr. 50
Résorcine.....	0 gr. 50 à 2 grammes
Calomel ou oxyde jaune de mercure	0 gr. 50 à 1 gr. 50
Amidon.....	} à 12 grammes
Oxyde de zinc.	

(Leredde.)

ou bien encore une pâte soufrée, dont on surveillera les effets :

Soufre précipité.....	4 grammes
Oxyde de zinc.....	6 —
Terre fossile.....	2 —
Axouge benzoïque .....	20 —

On peut encore employer le soufre sous forme de lotion, à appliquer en badigeonnages au pinceau chaque soir :

Alcool à 90°.....	15 grammes
Soufre précipité.....	15 —
Eau de roses.....	100 —

Quand la miliaire pustuleuse est consécutive à l'épilation, il suffit de quelques cataplasmes de féoule, de lotions d'alcool salolé au 100<sup>e</sup> ou d'alcool boriqué à saturation.

Dans les miliaires professionnelles des extrémités, pansements à l'eau bouillie, puis applications de pâte simple.

## II. — Traitement des pustulations disséminées discrètes

Ici interviennent des causes générales. La levure de bière et surtout l'acide phosphorique officinal (V à XX gouttes par jour) sont indiquées.

Le traitement local consiste dans l'abrasion de chaque pustule avec des ciseaux fins flambés, et la cautérisation avec une goutte de teinture d'iode, après épilation du poil central.

S'il y a induration profonde, toucher le centre avec la pointe du galvano-cautère.

Sabouraud recommande encore les bains généraux au sulfate de zinc, à raison de 1 gramme par litre, 2 bains par semaine, d'une demi-heure durée.

Quand la pustulation est de cause traumatique parasitaire (gale, phtiriasis) elle guérit d'elle-même après disparition de la cause. L'épilation est le traitement par excellence des pustulations du favus ; on le complète par les lotions d'alcool camphré ou boriqué.

## III. — Traitement des pustulations régionales, médicamenteuses.

Suppression de la cause ; application de :

Baume du Pérou.....	1 gramme
Vaseline.....	20 —
Oxyde de zinc.....	5 —

## IV. — Traitement des pustulations consécutives à une dermatose.

Dans les intertrigos, frictions vigoureuses avec :

Teinture de benjoin.....	15 grammes
Teinture d'iode.....	10 —
Alcoolat de lavande.....	30 —

(Sabouraud).

Quand la pustulation complique un eczéma chronique, se borner au pansement humide.

## V. — Traitement du sycosis.

a) De la moustache.

Traiter la rhinite antérieure : épilation des poils de l'orifice nasal et de la narine ; irrigations nasales, matin et soir avec de l'eau très chaude contenant 10/00 de sulfate de zinc ou avec deux litres d'eau de Saint-Christau :

Le soir introduire dans les narines :

Bioxyde rouge de mercure...	0 gr. 50
Oxyde de zinc.....	3 grammes
Vaseline.....	20 —

Ouvrir les pustules chaque jour, une à une, avec une aiguille et les toucher avec de l'alcool boriqué à saturation.

Puis, pendant le jour, appliquer une pommade à l'oxyde rouge.

La nuit, pansements humides maintenus par une toile caoutchoutée que retiennent deux liens noués derrière la tête, ou essayer d'emblée la lotion soufrée :

Soufre précipité.....	} à 10 grammes
Alcool à 90°.....	
Eau de roses.....	} à 50 grammes
Eau distillée.....	

A la période de dermite hypertrophique, épilation et pansements humides.

b) Des joues.

Le traitement de choix est la galvanocaustique.

(Revue de thérap. méd. ch.)

## Traitement du pityriasis avec ou sans eczéma : seborrhéique

par le Dr GAUCHER

Le traitement doit être général et local.

Le premier a pour but d'assurer le bon état des voies digestives. Les malades étant des hypochlorhydriques, on donnera la limonade chlorhydrique à 3 grammes d'acide par litre, un demi verre coupé avec

partie égale d'eau ou de vin, à prendre en mangeant.

On exclura de l'alimentation toutes les substances fermentées ou facilement fermentescibles, telles que le bouillon gras, le bouillon de viande, les ragouts, les sauces.

On supprimera le gibier, la charcuterie, les poissons, les coquillages. Le poisson de mer pêché et mangé de suite n'est pas nuisible.

Il faut interdire les choux, les tomates, l'oseille, les asperges, les fromages fermentés, le vin pur, le café, les liqueurs.

Pour combattre la constipation, on prescrira la cascara sagrada :

Extrait fluide de cascara	} à 50 à 60 gr.
sagrada.....	
Glycérine.....	

une cuillerée à café le soir au milieu du repas.

Pour le traitement local, il y a deux topiques principaux. le soufre et le mercure. Il ne faut pas employer les deux en même temps parce qu'ils donneraient naissance à du sulfure noir de mercure qui noircirait la peau. On nettoiera d'abord la tête à l'aide d'une substance dissolvante.

1° Avec de l'eau chargée de bicarbonate de soude (5 ou 100/0) ;

2° Avec la solution suivante :

Borax.....	15 grammes
Ether sulfurique.....	15 —
Eau.....	250 —

Agiter avant l'emploi parce que l'éther surnage ;

3° Avec la décoction de bois de panama ;

4° Avec l'éther de pétrole rectifié à 0,70.

Cette substance ne doit pas être employée en présence d'une lumière ou d'un feu allumé dans la chambre ;

5° Avec de l'eau ammoniacale, qui est le meilleur dissolvant et suffit à guérir l'eczéma séborrhéique.

Une cuillerée à café d'ammoniaque dans un verre d'eau : on se lave avec la solution ainsi obtenue, et en 15 jours ou trois semaines l'eczéma disparaît. On se sert d'eau tiède, et on ajoute un peu d'alcool pour que la chevelure sèche plus vite.

Le soufre s'emploie sous forme de soufre précipité qui n'est pas irritant et qu'on incorpore à la vaseline à 1 p. 10. Cette pommade a l'inconvénient de graisser la tête ou en lotion faite tous les soirs avec une solution de polysulfure de potassium au centième.

On peut ajouter de la teinture de benjoin en quantité double de celle du sulfure pour masquer la mauvaise odeur.

Le mercure s'emploie sous forme de pommade et sous la forme de lotion :

1° Pommade au turbith à 1 p. 10.

2° Lotion :

Sublimé.....	0 gr, 20
Alcool.....	200 gr.

Dans les deux modes de traitement par le soufre et par le mercure, on a recours à des excitants qui activent la poussée des cheveux. Le meilleur excitant, c'est l'alcool à 90°. Dans l'alcool, on peut faire dissoudre du chloral et de la résorcine :

Sublimé.....	0 gr. 20
Alcool à 90°.....	200 gr.
Chloral.....	4 gr.
Résorcine.....	2 gr.

On peut remplacer une partie de l'alcool par 5 grammes de teinture de noix vomique ou la solution faible de sublimé, ou le soufre précipité, ou la teinture de cantharide ou la teinture de quinquina ou la teinture de jaborandi.

(Revue int. de méd. et de ch.—Revue de thérap. méd. ch.)

## NOUVELLES.

### NÉCROLOGIE :—

Nous regrettons d'apprendre la mort du Dr J. O. Bourget, décédé le 6 de ce mois à St-Joseph de Lévis, après quinze jours de maladie seulement. Le docteur n'était âgé que de 34 ans.

Admis à la pratique de la médecine avec très grande distinction en 1892, le regretté défunt a voulu se fixer de préférence au milieu des siens à St-Joseph de Lévis.

Le Dr J. O. Bourget avait épousé le 10 janvier 1894 Mlle Marie-Elmina Caron de l'Islet, une fille adoptive du célèbre capitaine Bernier.

Il laisse pour pleurer sa tombe une épouse inconsolable et quatre jeunes enfants.

Les funérailles ont eu lieu lundi dernier.

Nos sincères sympathies à la famille si cruellement éprouvée.

— Les funérailles de feu le Dr Joseph Masson, décédé à Paris, le 14 octobre dernier, chez les Frères Hospitaliers de St-Jean-de-Dieu, ont eu lieu mardi, 4 novembre, à St Anicet, paroisse natale du défunt. La dépouille mortelle était arrivée à Montréal le jour précédent, par le steamer "Corinthian" ; le corps fut transporté à bord du vapeur "Richelieu", nolisé pour la circonstance. Un grand nombre de parents et d'amis se rendirent à bord du bateau et accompagnèrent jusqu'à St Anicet, les restes mortels du Dr Masson.

Mous réitérons à notre distingué et ami, M. le Dr Damien Masson ainsi qu'à sa famille l'expression de nos plus sincères condoléances.

## Supplement Litteraire

### Les commandements du secretaire general de congres

*Lu au banquet d'Aix-les-Bains, par M. le docteur F. Berlioz, secretaire general du Congrès d'hydrologie.*

Longtemps d'avance tu t'y prendras  
 Pour ne pas choir piteusement.  
 La semaine tu travailleras  
 Et le dimanche même ment.  
 Nuit et jour tu penseras  
 A recruter des adhérents.  
 Des circulaires tu enverras  
 Et des avis pareillement.  
 Les rapporteurs tu presseras  
 Pour leur travail très souvent.  
 L'imprimeur tu surveilleras  
 Car il retarde tout le temps.  
 L'administration tu solliciteras  
 Et l'on t'écouterait courtoisement.  
 Aux compagnies tu demanderas  
 Des permis résolument ;  
 Et tu les obtiendras  
 En général facilement.  
 Ton président tu honoreras  
 Et les vices pareillement.  
 Les délégués tu placeras  
 En bons poste naturellement.  
 Les dames tu accueilleras  
 De ton sourire gracieusement.  
 Des discours tu prononceras  
 Aussi courts qu'intéressants.  
 Des toasts tu porteras  
 De plus possible spirituellement,  
 Des excursions tu organiseras  
 Et des banquets agréablement.  
 Quand toutes choses bien fait tu auras  
 Les congressistes seront contents.  
 Après tu te reposeras  
 Si tu le peux un court moment  
 Et puis tu reprendras  
 Ton labour quotidiennement.

(Gaz. des hôp.)

### Le medecin de theatre sur la scene

Le *Journal* commentait, récemment en ces termes une lettre de M. le Dr P. Archambaud, sur les médecins de théâtre, parue dans la *Revue médicale* (Paris) du 17 septembre.

"La plupart des médecins de théâtre constituent ce que l'on est convenu d'appeler des physionomies parisi-

ennes. Grands amateurs de spectacles, la soirée passée au théâtre est pour eux un délassement des travaux de la journée. Lorsque, d'aventure, un spectateur ou un interprète devient subitement souffrant, le docteur lui prodigue les soins les plus rapides et les plus éclairés. Car il est toujours là, le médecin du théâtre ; c'est une erreur de croire, comme l'affirment les mauvaises langues, qu'il donne ses fauteuils à ses amis, voire à ses fournisseurs. M. le docteur Archambaud, secrétaire de leur Syndicat et directeur de la *Revue médicale* (Paris), nous l'affirmait hier encore : le service est des mieux faits, des mieux assurés.

Le Docteur Jojo, cette pièce dans laquelle le médecin de service envoie à sa place un avocat de ses amis, qui ordonne, pour une crise de nerfs, un kilo de sulfate de cuivre à absorber dans les vingt-quatre heures, c'est la légende.

La réalité vaut infiniment mieux " (*Journal*, 1902, 17/9).

Si la protestation est justifiée, le choix de l'exemple de l'ami du Dr Jojo l'est beaucoup moins. Car, dans la pièce d'A. Carré, qui eut 85 représentations à Cluny, en 1888, il n'y est pas question de médecin de théâtre, mais bien d'un amoureux qui, "trouvant que le meilleur moyen de s'introduire près d'une femme était de se faire passer pour médecin" (1), (Acte 3, scène 6), est amené à signer, dans des circonstances très drôles, du nom de son ami le médecin, une ordonnance "où il était question de phosphate de zinc, arseniate de cuivre et autres produits indigestes à prendre tous les quarts d'heure". Le pharmacien du quartier fait arrêter le médecin, dont on a usurpé la signature et qui, d'ailleurs, n'a pas de peine à se disculper.

Au surplus, voici le scénario de cet hilarant vaudeville, qui fut joué la première fois à Cluny le 16 mars 1888.

"Josephin Bichard, avant son mariage, était un joyeux luron. Il exerçait la médecine, et, grâce à ses privilèges de spécialiste pour dames, il menait une vie des plus gaies. Dans le monde où l'on s'amuse, il était connu sous le nom de Dr Jojo, et adoré. Depuis, il s'est marié, et a renoncé à la fête, c'est-à-dire à la médecine. Il adore sa femme Eugénie et jouit d'un bonheur parfait et surtout de la plus belle oisiveté du monde. Cette oisiveté effraie ses beaux parents, les Courtelin.

M. Courtelin, après avoir essayé vingt refus de son gendre, emploie les grands moyens pour le rendre à la médecine. Il met une plaque de Bichard : "Consultations de une heure à trois heures : sonnez fort !", fait imprimer et partout distribuer des cartes et insérer des avis dans les journaux. Les clients arrivent et Bichard les met à la porte. Josephin a pour ami un nommé Oscar Dutilleul, qui aime Blanche, la sœur d'Eugénie. Il en fait l'aveu à Josephin, qui lui promet d'intervenir quand le dit Oscar aura jeté sa gourme. Sur ces entrefaites, arrive une lettre d'une voisine, Mme Cocherel,

qui réclame les soins de Bichard. Celui-ci refuse d'y aller. Oscar y va à sa place. A peine est-il parti qu'une clientèle arrive, introduite par Courtelin : c'est Ida une ancienne amie du Docteur Jojo. Puisqu'on veut qu'il fasse de la médecine, il en fera comme autrefois pour se rappeler le passé. Il se met alors à danser avec Ida, le pas du Kangourou, un pas de caractères des plus échevillés. Les beaux-parents attirés par le bruit, dansent aussi, persuadé qu'Ida a la danse de Saint-Guy et que c'est un commencement de traitement. Mme Cocherel a voulu attirer chez elle le Docteur, pour éprouver sa fidélité conjugale. C'est Oscar qui vient. Il n'est pas réservé du tout ; aussi Hermance Cocherel enferme Oscar dans sa chambre et envoie chercher Mme Bichard. Celle-ci, croyant que son mari la trompe, se précipite dans la chambre obscure où est Oscar, et lui administre une superbe paire de soufflet. Mais Bichard se présente à son tour et Hermance s'aperçoit de son erreur. Pour faire sortir Eugénie, elle enferme Bichard dans la salle de bains. Les Courtelin arrivent cherchant leur fille. M. Courtelin agacé par sa femme, l'enferme à son tour dans la salle de bains ; c'en est trop : Hermance se trouve mal, on lui met une clef dans le dos. Quand elle revient à elle, elle se déshabille pour la retirer.

Courtelin mis au courant de ce qui se passe, se trouve mal à son tour : même remède. Il se déshabille aussi pour retirer la clef. Vous voyez l'effet, le grand effet, quand arrive le mari d'Hermance, commissaire de police, qui, devant le costume équivoque de sa femme et de Courtelin, croit à un flagrant délit d'adultère. Tout s'explique et s'arrange comme vous pensez bien. Oscar épousera Blanche ; débarrassé de tous les ennuis que la médecine et son beau-père lui ont créés, reprendra son douce farniente ; Hermance et son mari sont réconciliés ; les Courtelin retournent dans leur province.

La scène représente le cabinet du médecin aux 1er et 3e actes.

(Gaz. méd. de Paris. — Gaz. méd. Belge.)

#### Le record des accidents

M. Pierre Bffel, ouvrier industriel, actuellement à Racine-Wis, dans l'Etat de New-York, paraît être l'homme le plus malchanceux du monde, tout en ayant une chance extraordinaire. C'est lui, en effet, qui détient le peu enviable record des accidents graves. A l'âge de vingt ans, un jour qu'il travaillait dans une usine, une scie circulaire lui coupa aux trois quarts les deux mains, et ce fut la gloire légendaire d'un chirurgien de Buffalo que de les avoir recousues de façon à rendre une guérison complète possible. Il avait assez des usines, et, capable de travailler de nouveau, se mit couvreur de toits. Fâcheuse idée ! Trois jours après, il tomba de la hauteur d'un troisième étage et se brisa deux tibias. Après six mois d'hô-

pital, il ressortit dans la rue et fut écrasé par un fiacre. Résultat : deux côtes fracturées. Plus tard, il trouva l'occasion de se briser d'abord le bras gauche, puis le bras droit, et enfin tomba par la fenêtre pour se fendre le crâne. Quelques années se passèrent : déjà une inquiétude l'envahissait à la pensée que rien ne lui était plus arrivé. Aussi, pour revenir à sa saine tradition, se fractura-t-il les deux pieds sous un bloc d'acier, et accomplit il, un au plus tard, son chef-d'œuvre, voire de se faire aplatir sous une charge de pierres qui ne laissa que la minorité de ses os indemnes. Cet exploit lui valut deux ans d'hôpital. Le jour de sa sortie, il roula en bas d'un escalier et eut une hernie grave. Enfin, il y a quelques jours, s'étant fait cantonnier, il souleva une pierre, tomba et se cassa encore une fois le bras droit. On l'a fait entrer de nouveau à l'hôpital, où les médecins ont été émerveillés par les états de service de cet homme-phénix.

(Le Journal = Le Progrès méd.)

#### Un rentier à l'Hospice de Bicêtre

M. Louis Manini, dans un article du *Matin* du 7 octobre intitulé : "Charité ingénieuse", cite le fait suivant :

" Il y a quelques mois, un pensionnaire de l'hospice de Bicêtre s'est retiré dans une maison qu'il a fait construire en Saône-et-Loire avec l'argent qu'il a gagné à l'hospice. Ce faux indigent a réalisé cinq mille francs de rente dans la fabrication des filets pendant vingt ans. Il occupait plus de cinquante pensionnaires de l'hospice et avait loué aux environs de l'hospice un vaste local qui lui servait d'atelier, il gagnait de douze à quinze mille francs par an et ne payait aucune patente, bien entendu. "

Ces faits ne sont pas uniques et l'exploitation de l'Assistance par des faux pauvres est un fait banal. Il suffit pour cela de faire une enquête même superficielle sur la situation des malades admis dans les services hospitaliers.

(Le Progrès méd.)

#### L'ACCIDENT DE LA CZARINE

Berlin, 24 septembre : On apprend, d'après une source médicale très sérieuse, qu'elle a été la véritable cause de l'accident survenu à la czarine. La czarine était déjà enceinte de quelques mois, lorsqu'on s'aperçut que sa grossesse la faisait dépérir rapidement. Au bout de quelques temps, les médecins eurent l'assurance que l'enfant attendu n'était pas viable. Les complications se précipitèrent à tel point que pour sauver la mère, il fallut la délivrer artificiellement. Toutes les autres assertions sont inexactes.

(Petite Gironde)

# Travaux Originaux

## LA NEURASTHENIE ET SON TRAITEMENT (1)

par M. le Dr C. N. DE BLOIS.

Médecin en chef de l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique des Trois-Rivières, Médecin de l'Hôpital St-Joseph (Trois-Rivières).

(Suite)

### TRAITEMENT.

Abordons maintenant l'étude de la thérapeutique des états neurasthéniques. Sur ce sujet je vous assure que les auteurs se sont donnés libre carrière. On a préconisé tant de traitements que le praticien ordinaire est souvent fort embarrassé, lorsqu'il s'agit de choisir le meilleur procédé, celui qui devra guérir son malade.

Ces incertitudes proviennent de différentes causes, d'une, entre autres, que personne n'oserait contester, à savoir que la plupart des traitements préconisés ont eu le tort de se réclamer d'une pathogénie différente.

Cette thérapeutique pathogénique de la neurasthénie a été critiquée fort spirituellement par M. Brissaud, et nous n'avons pas à la décrire.

On devra autant que possible éviter la multiplicité des "drogues", car il n'est peut-être pas de sujets qui les supportent plus mal que les neurasthéniques.

Si l'on pouvait, disent MM. Proust et Ballet, dresser le bilan des méfaits des médications dites toniques et reconstituantes, des hypnotiques variés, bref des produits pharmaceutiques dont sont surchargés les traitements plus ou moins bien avisés qui sont entrés dans la pratique journalière, on se demanderait si les neurasthéniques ne sont pas les obligés, ou les victimes de la médecine.

Nous avons été appelés par un concours de circonstances toutes particulières, aussi bien par nos fonctions d'hydropathe et d'électrothérapeute, à soigner un grand nombre de neurasthéniques. Quelques-uns nous ont été envoyés par des médecins des Trois-Rivières, de Montréal, de Québec et des districts environnants. Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de leur en exprimer toute notre gratitude.

(1) Lu au Congrès des Médecins de Langue Française, tenu à Québec, 1902.

Voici la technique de notre méthode :

### TRAITEMENT HYGIÉNIQUE ET MORAL.

L'importance du traitement psychique doit être considérable, dans une maladie où le malade perd toute confiance en sa santé, en sa force, en son pouvoir de s'occuper de ses intérêts, ou, comme dit M. Brissaud, "il ne pense plus qu'à sa bête."

Le premier devoir du médecin sera donc de convaincre le neurasthénique qu'il n'existe chez lui aucune maladie organique, et que par conséquent son mal est parfaitement curable par un traitement bien dirigé et suffisamment prolongé. Ne jamais oublier l'expression du poète anglais : "The best inspire of hope is the best physician" (Coleridge).

Il faudra chercher à gagner sa confiance, écouter patiemment le récit de ses souffrances, compatir à ses maux, le persuader qu'ils sont réels, et surtout bien se garder de lui déclarer qu'il est un malade imaginaire. Le malade imaginaire d'ailleurs n'existe pas en médecine (Déjerine).

La confiance du malade dans son médecin est la première condition de la guérison. En lui prouvant que l'on dit toujours la vérité, on finit par obtenir une confiance qui suffit à ramener l'espoir. On peut lui citer des exemples de malades guéris, en un mot, le rassurer constamment sur son état, lui affirmer que rien n'est perdu, et chercher à faire naître en lui la croyance en une guérison plus ou moins prochaine.

Il faudra encore, dit M. Gaston Lyon, le persuader que les médicaments n'ont que peu d'influence sur la neurasthénie et que les *moyens physiques* seuls ont une action curative.

Indépendamment de cette influence morale reconfortante que le médecin est appelé à exercer sur le malade par ses paroles et son attitude, il existe une foule d'autres moyens hygiéniques dont la mise en œuvre peut influencer de la manière la plus heureuse l'état mental de ces malades.

Tels sont : le *repos physique et intellectuel*, la "diète morale", les distractions, les occupations sagement ménagées. Notons encore l'*isolement* du bruit de la ville, des affaires, l'*éloignement du milieu où s'est développé l'état neuropathique*, le séjour à la campagne ou dans un établissement spécial d'hydrothérapie.

Tous ces agents thérapeutiques constitueront un appoint précieux dans le traitement psychique de cette catégorie de malades.

THÉRAPEUTIQUE DE LA DÉPRESSION ET DE  
L'ÉRÉTISME NERVEUX.

Pour combattre ces deux ordres de symptômes '*l'hydrothérapie*' est sans contredit le mode de traitement le plus efficace que nous possédions, mais le point important est de savoir comment l'appliquer.

Il n'est pas indifférent de donner un bain, une lotion ou une douche à un neurasthénique.

Le procédé de choix, c'est la douche froide d'une durée de 10 secondes, et jet brisé, sur le tronc les membres supérieurs, les membres inférieurs, (sauf la tête et la nuque), et se terminant par un jet plein sur les pieds. Cette douche est un des meilleurs toniques que nous possédions, et elle remontera rapidement les forces, si elle est appliquée de manière à avoir une réaction rapide.

Après la douche, le malade sera essuyé, frictionné, et prendra un exercice modéré afin de faciliter la réaction. Cette douche devra être administrée une fois par jour seulement, de préférence le matin, et répétée trois fois par semaine. Si l'on trouve nécessaire de faire deux applications par jour, on donnera dans l'après-midi, soit une affusion inférieure froide, soit une douche écossaise.

On ne devra jamais faire plus de deux applications par jour.

Une excellente combinaison, c'est la suivante ; nous pouvons la recommander en connaissance de cause, car nous l'avons adoptée à la suite d'expériences successives et prudemment conduites, en tenant toujours compte de la susceptibilité et de la tolérance de nos malades.

*Douche froide*, très courte, (5 à 10 secondes), percussion faible, donnée le matin.

Dans l'après-midi, *douche écossaise*. Ces deux applications seront répétées tous les deux jours.

Les autres jours on administrera *une douche écossaise* le matin et une *affusion inférieure* froide dans l'après-midi.

Continuer ainsi pendant 15 jours ou un mois selon l'irritabilité du sujet, période de repos de 8 jours et recommencer.

Cette combinaison est la meilleure que nous connaissons, parce qu'elle est bien supportée par la plupart des neurasthéniques chez lesquels elle ne tarde pas à faire renaître l'appétit, le sommeil et l'énergie nerveuse.

Mais il est évident que pour produire tous ces effets, ce traitement doit être continué pendant un temps suffisamment prolongé.

Un, deux et trois mois sont généralement nécessaires pour conduire la cure au résultat désiré.

Chez les sujets à réaction faible ou trop excitable que l'eau froide impressionne trop vivement, de même que chez les neurasthéniques rhumatisants et arthritiques, on devra se servir des douches écossaises.

Ces douches sont à la fois toniques et sédatives, et n'ont pas les inconvénients que présentent les douches froides chez les malades de cette catégorie.

Par contre dans les formes de neurasthénie où l'angoisse domine, ou encore chez les cérébrasthéniques se sont les douches froides qui réussiront le mieux.

Au cas où l'absence d'une installation suffisante rendrait impossible l'administration des douches, on se servira du drap mouillé, des lotions froides et des bains. Mais je me hâte d'ajouter que ces procédés hydrothérapiques, tout en étant excellents, ne sont pas toujours bien supportés, ni suffisants.

Pour nos résumer, nous dirons que quelque soit le procédé hydrothérapique adopté, il est nécessaire que les applications d'eau soient très courtes, nous souvenant toujours que les procédés les plus doux sont souvent ceux qui réussissent le mieux, et que dans bien des circonstances les moyens trop énergiques ont aggravé la maladie.

La modération dont parlent les auteurs, c'est l'emploi de la douche froide très courte, de la douche tiède, des douches écossaises et des affusions.

Telles sont, croyons-nous, les données générales qui doivent servir de guide au médecin dans l'application des méthodes hydrothérapiques, applicables à la cure de l'épuisement nerveux.

*L'électricité statique* mérite, elle aussi, de trouver sa place dans le traitement de la dépression nerveuse.

Le malade est placé sur un tabouret isolant, en communication avec la machine électrique et y reste, suivant les cas, de 10 à 20 minutes pour prendre le bain statique.

Dans la forme cérébrale, on dirigera sur la tête le souffie, ou mieux la douche électrique. Les mêmes procédés combatteront la céphalée et l'insomnie. Dans la forme spinale et la parésie des membres les étincelles et les frictions seront appliquées sur la colonne vertébrale et les membres.

Pour être efficace, ce mode de traitement devra être longtemps continué ; il sera suspendu puis

repris, chaque période ne devant pas toutefois dépasser plus de 15 séances.

Le bain statique est un puissant sédatif, en même temps qu'un régulateur du système nerveux; il contribue par ce fait à diminuer les douleurs (topoalgie, plaque sacrée de Charcot), etc.

Il agit en outre sur l'état général : on sait en effets, ainsi que l'ont démontré l'éminent professeur d'Arsonval, du Collège de France, et le docteur Romain Vigouroux, le savant électrothérapeute de la Salpêtrière, on sait, disons-nous, que le bain statique à la propriété précieuse d'augmenter considérablement les échanges nutritifs, condition favorable au malade atteint de neurasthénie, qui presque toujours est en même temps un arthritique, c'est-à-dire un ralenti de la nutrition.

L'hydrothérapie remplit à peu près les mêmes indications ; elle tend à procurer aux nerfs une nutrition meilleure et à calmer l'incitabilité excessive de la substance nerveuse.

Le docteur Chéron, dans la séance de l'Académie des Sciences du 5 août 1895, a démontré l'effet merveilleux de cette thérapeutique par les agents physiques dans les maladies nerveuses, particulièrement la neurasthénie.

Il a prouvé à l'évidence, dans cette communication que toutes les stimulations portées sur la grande surface sensitive ; douches, massage, bains, frictions, électricité, etc., déterminent chez les sujets en état d'anémie une hyperglobulie instantanée.

Il en est de même de l'ascension des montagues et des injections de sérum artificiel.

INJECTIONS DE SERUM ARTIFICIEL.

Les frictions, le massage, la gymnastique sont des moyens thérapeutiques excellents.

On peut en dire autant des simples injections de sérum artificiel à la dose de 5, 10, 15 et 20 grammes répétées deux à trois fois par semaine, avec la seringue à air comprimé du Dr Chéron, ou celle de Parke Davis. Ces injections ont donné à M. Chéron, ainsi qu'à M. Maurice de Fleury, des succès constants.

Voici la formule du Dr Chéron dont nous nous servons très souvent :

Acide phénique neigeux...	1	gramme.
Chlorure de sodium pur...	2	grammes.
Phosphate de soude.....	4	—
Sulfate de soude.....	8	—
Eau distillée.....	100	—

Nous injectons ce sérum artificiel à la dose de 5 à 10 grammes, tous les deux jours.

Le Dr Maurice de Fleury utilise la formule suivante :

Sulfate de soude.....	} à à	1 gramme.
Chlorure de sodium.....		
Phosphate de soude.....		
Acide phénique neigeux....		50 centig.
Eau stérilisée.....		100 grammes.

Il débute avec 1 ou 2 grammes et augmente graduellement jusqu'à 10 grammes.

Ces injections salines relèvent la tension artérielle et déterminent une stimulation appréciable du système nerveux.

D'après M. Maurice de Fleury, c'est le tonique par excellence de la neurasthénie.

M. Crocq (de Bruxelles) a recommandé les injections sous-cutanées de phosphate de soude à dose de 6 centigrammes par jour ; il considère ces injections comme un excellent nervin.

(A suivre)

Revue du "Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord" (I)

Progrès à faire dans le traitement mercuriel.

par M. le Dr LEREDDE, Paris.

Depuis plus de six mois je me suis occupé de la question des affections parasymphilitiques et j'ai été amené à penser que le terme "parasymphilitique" pouvait être appliqué à des affections telles que la neurasthénie et l'hystérie de la période secondaire qui sont d'origine et non de nature syphilitique, et qui se rencontrent plus fréquemment chez les non syphilitiques que chez les malades atteints de syphilis, mais que des maladies comme le tabès et la paralysie générale qui sont presque exclusives, sinon exclusives, aux syphilitiques ne pouvaient être déclarées d'origine syphilitique et non de nature syphilitique.

Je me suis demandé pourquoi le Prof. Fournier, qui a établi cette notion de la parasymphilis, avait cru que le tabès, la paralysie générale, d'autres maladies, sont incurables par le traitement spécifique et je me suis aperçu que de côté et d'autre on avait publié des observations en nombre respectable déjà, où le tabès

(1) Congrès tenu à Québec les 25, 26 et 27 juin dernier.



et la parralyse générale avaient été guéris par le traitement mercuriel fait par le Prof. Fournier chez les malades qu'il avait considérés comme parasyphilitiques n'avait pas été un traitement insuffisant et si par hasard ces malades n'auraient pu guérir traités d'une autre manière. Or, on sait que, depuis quelques années, le traitement par les injections de calomel a pris une extension importante, et a permis de guérir des accidents rebelles aux autres méthodes de traitement hydrargirique.

La notion de la parasyphilis est supérieure à l'époque où les injections de calomel ont pris l'extension que l'on sait, et où le traitement mercuriel a été fait d'une manière plus énergique.

J'ai déjà recueilli un certain nombre d'observations de paralysies améliorées ou guéries par le calomel et j'ai publié récemment une observation de tabès à marche rapide guéri par le calomel.

Le calomel a-t-il donc une action spécifique dans la syphilis ? Je fus très frappé en entendant un jour une communication de M. Albert Robin concernant une malade atteinte d'accidents oculaires graves ayant résisté au traitement par le calomel et ayant guéri par des injections de benzoate de mercure. En étudiant l'observation, je m'aperçus que les injections avaient été faites à une dose infiniment supérieure à celles qu'on emploie d'habitude, puisqu'elle était de 5 ctgr. par jour. En réfléchissant à la question, je fus moins surpris et je fus conduit à admettre les opinions que j'ai soutenues récemment, qui ont déjà eu un certain retentissement et qui conduisent à modifier sur quelques points importants le traitement mercuriel dans la syphilis.

J'ai remarqué que tous les sels couramment employés en injections solubles ont rencontré des partisans, que chacun a déclaré que le sel dont il se servait était supérieur aux autres et cependant aucun sel n'a démontré sa supériorité d'action d'une manière réelle. Je me demandai si, réellement, il existait des raisons d'admettre que tel sel fut supérieur à tel autre au point de vue de l'efficacité et si l'action des sels n'était pas due simplement à la quantité de mercure qu'ils contiennent. Or les sels mercuriels employés d'une manière courante ne contiennent pas des doses de mercure semblables puisque le cyanure de mercure contient 79 p. 100, le sublimé 73 p. 100, le bi-iodure 44 p. 100, et le benzoate 45 p. 100.

L'action du calomel se comprend si l'on pense que l'on introduit en une semaine une quantité de mercure supérieure à celle qu'on introduit par un autre sel employé d'une manière courante et la supériorité des injections insolubles sur les injections so-

lubles est due simplement, me semble-t-il, à ce que, jusqu'ici, on a employé des doses de sel soluble beaucoup trop faibles.

Il est prouvé aujourd'hui que l'on peut injecter chaque jour, à un syphilitique, 6 et 7 ctgr. de benzoate de mercure et de bi-iodure. J'ai même pu injecter 3 ctgr. de cyanure, chaque jour, à des syphilitiques. Par suite on peut injecter, sous forme de sels doubles, des doses bien supérieures à celles qu'on a injectées jusqu'ici.

Ces notions établies conduisent à modifier le traitement syphilitique sur un certain nombre de points.

Je dois d'abord remarquer que l'on doit attacher la plus grande importance à la quantité de mercure injecté dans l'organisme puisque c'est par elle qu'on s'explique facilement la supériorité d'action de certains procédés sur certains autres.

J'ai pu établir la loi suivante :

Un accident syphilitique rebelle à une quantité de mercure A peut guérir par une quantité  $A \times a$  a quelle que soit la valeur de a.

Etant donné l'importance de la quantité de mercure introduite dans l'organisme, il est nécessaire de faire le traitement des accidents syphilitiques graves ou rebelles uniquement sous forme d'injections mercurielles car elles sont le seul moyen à notre disposition pour savoir quelle quantité de mercure nous introduisons dans l'organisme.

Dans les accidents syphilitiques qui atteignent le système nerveux, il est urgent d'agir le plus rapidement possible. On se servira donc d'injections solubles à la dose de 6 à 8 ctgr. de benzoate ou de bi-iodure par jour, ou d'injections de cyanure ou de sublimé à la dose de 2 ou 3 ctgr.

Dans les accidents nerveux à évolution lente, tels que ceux qu'on a appelés parasyphilitiques, on injectera des sels solubles aux doses précédentes, mais on pourra se servir de calomel en modifiant la technique indiquée jusqu'ici.

Le calomel a un effet précieux, c'est d'agir brutalement. L'injection de calomel est suivie de phénomènes locaux et généraux qui démontrent une résorption rapide du mercure injecté.

On pourra, comme je l'ai fait, dans les accidents parasyphilitiques, employer le calomel sous forme d'injections de 10 ctgr. la première à un jour déterminé, la deuxième seize jours après la première, la troisième, six jours après la deuxième, la quatrième cinq jours après la troisième.

Je n'ai pas encore rapproché les injections d'avantage car, dans ces conditions, on détermine un affais-

sement et un amaigrissement marqués et je ne rapprocherai les injections que chez les malades chez lesquels je n'observerai pas ces phénomènes. Bien entendu, l'état du rein et des urines doit toujours être surveillé.

Les mêmes considérations sont applicables aux accidents syphilitiques graves, en dehors du système nerveux. On doit agir le plus énergiquement possible. Dans ces cas on fera pénétrer sous forme d'injections solubles, la plus forte dose de mercure possible dans l'unité de temps.

Lorsque ces accidents seront graves par les phénomènes à début rapide qu'ils peuvent déterminer, on agira par les injections solubles aux doses que j'ai indiquées de manière à introduire, dans le plus bref délai possible, la plus grande quantité de mercure possible.

Tels sont les principes qui doivent, pour moi, guider les médecins dans le traitement des accidents syphilitiques graves. J'expose, en ce moment, sur ce point, des idées personnelles, mais qui ont, je crois, le mérite d'être extrêmement simple et de reposer sur des raisonnements faciles à comprendre. Je ne pense pas du reste que le traitement mercuriel, tel que je l'indique ne puisse être perfectionné. La question des injections intra-veineuses, particulièrement, est à reprendre et, d'autre part, on peut se demander si certains sels organiques ne permettront pas d'agir encore plus énergiquement que nous pouvons le faire, sans déterminer les effets toxiques que nous aurions avec les sels actuels en élevant les doses. Mais ce que je veux indiquer en ce moment, c'est la possibilité de faire le traitement mercuriel mieux qu'on ne le fait à l'heure actuelle et de réaliser un progrès sur les règles aujourd'hui suivies par tous les syphiligraphes.

## Revue des journaux

### MEDICINE

#### L'eau oxygénée comme épilatoire

Suivant M. Gallois, l'eau oxygénée fournit un procédé simple, inoffensif et indolore de faire disparaître les poils trop visibles.

Ayant lu que l'eau oxygénée permettait de décolorer les taches de rousseur, M. Gallois l'avait employée dans ce but. Au cours de ces essais il vit qu'elle était capable de détruire les poils anormalement pig-

mentés. D'ailleurs on sait depuis longtemps que le bioxyde d'hydrogène appliqué sur les cheveux les décolore et permet de leur donner la teinte vénitienne.

Voici la technique, des plus simples, que M. Gallois a décrite à la Société de thérapeutique :

On imbibe un tampon de coton avec de l'eau oxygénée et on l'applique sur la région que l'on veut épiler.

On le laisse en place quelques minutes. On renouvelle cette application tous les jours jusqu'à ce que le résultat désiré soit obtenu. Supposons qu'il s'agisse de poils de la lèvre supérieure : très rapidement ces poils pâlissent et ne constituent plus qu'un duvet incolore absolument imperceptible. Si l'on persiste à faire les applications, ces poils devenus follets se cassent et disparaissent.

Le procédé n'est pas douloureux et ne cause aucun accident. L'inconvénient est que le poil n'est pas détruit et qu'il faut recommencer les applications d'eau oxygénée, mais pour les femmes ces applications ne sont pas des complications, elles s'ajoutent aux autres menus artifices de leur toilette ordinaire. Une recommandation est à faire, c'est d'éviter que l'eau oxygénée ne vienne humecter une étoffe à laquelle on tient, car elle détruit les tissus de même qu'elle brûle les poils.

(*La Presse méd.*)

#### Quelle viande peut-on permettre aux albuminuriques

Lorsqu'on apprend la clinique et la thérapeutique, on se meuble la tête d'un certain nombre de dogmes plus ou moins scientifiques que l'expérience et le temps se chargent de démolir un par un, dans la suite. L'histoire en a cependant enregistré des centaines qui ont été ainsi renversés, puis ressuscités plus tard. Aujourd'hui, voilà encore un de ces dogmes qui tombe, comme la clinique avait pu le faire pressentir à beaucoup d'entre nous.

Lorsqu'on autorise un malade atteint de néphrite à manger de la viande, on a toujours soin de lui recommander les viandes blanches, car les viandes noires sont généralement considérées comme nuisibles dans les affections de reins. Toutefois, les travaux de MM. Offer et Rosenqvist ayant démontré que les différences chimiques existant entre les viandes blanches et les viandes noires ne sont pas plus considérables que celles qu'on rencontre entre deux viandes d'espèce différente, il devenait nécessaire de rechercher si le dogme thérapeutique en question repose sur une base sérieuse ou sur un simple préjugé.

Dans ce but, MM. les docteurs M. Kaufmann,

assistant de M. le professeur K. von Noorden, médecin en chef de l'hôpital urbain de Francfort-sur-le-Mein et L. Mohr (de Francfort-sur-le-Mein), ont étudié chez les patients—dont 3 brightiques et 2 atteints de néphrite parenchymateuse chronique — l'effet d'une alimentation déterminée sur l'excrétion azotée, sur le taux de l'albumine urinaire et sur le cours de la maladie: la quantité d'aliments restant constante, on donnait au sujet, pendant la première période de l'expérience, de la viande de boeuf à laquelle on substituait, dans la seconde phase, une viande blanche (veau, poulet brochet); dans quelques cas, on intercala une ou plusieurs périodes de régime lacté, pour comparer l'effet de ce régime à celui de l'alimentation carnée. De plus, nos confrères ont utilisé deux observations inédites qui leur ont été communiquées par M. von Noorden et dont l'une fut poursuivie sans interruption pendant deux mois.

La conclusion que MM. Kaufmann et Mohr tirent de l'ensemble de ces faits, c'est que la qualité de la viande n'a pas d'action immédiate sur les sécrétions azotées et sur l'albumine urinaire. Tantôt, c'est avec le régime lacté que coïncide le minimum d'albuminurie, tantôt avec l'alimentation à la viande de boeuf; dans d'autres cas encore, la substitution du régime de la viande noire à celui de la viande blanche est sans influence sur la composition de l'urine. Cette composition varie fréquemment, il est vrai, mais il s'agit là de fluctuations spontanées qu'il est impossible de mettre sur le compte de l'alimentation; celle-ci n'a pas non plus d'effet appréciable sur l'état des patients. (Sem. Méd. août 1902.) En résumé, si l'état du malade permet l'usage de la viande, la nature de celle-ci est indifférente, et on peut autoriser le patient à manger la viande qui lui convient le mieux, à condition qu'elle soit fraîche.

(*Le concours médical.*)

#### Diarrhée cholériforme grave (Infection général secondaire)

par M. le Dr BERCHON

Nous fûmes appelé d'urgence le 23 juillet 1902, à 5 heures du soir, pour donner nos soins au nommé Mart... âgé de 52 ans, terrassier, demeurant rue Basfroi.

Ce malade, ayant très chaud, avait, pendant son travail, de 2 à 3 heures de l'après-midi, bu une certaine quantité d'eau glacée qu'il évalué lui-même à un litre et demi.

A 4 heures et demie, il est pris de diarrhée et de vomissements, et ses camarades le trouvant presque

sans connaissance, refroidi, et craignant une issue fatale, le ramènent chez lui en toute hâte. A 5 heures, nous trouvons le malade présentant tous les symptômes d'une diarrhée cholériforme grave. La peau est froide, principalement aux extrémités qui sont cyanosées.

Temp. rectale 36°2. Temp. axillaire 35°5. Le pouls est petit, accéléré. On compte 95 pulsations à la minute.

A l'auscultation de la poitrine, on note l'existence d'une légère dyspnée. A part cela, l'examen de la poitrine est négatif.

Le coeur ne présente rien d'anormal.

La langue est sèche.

Le malade, mis dans son lit, est entouré de briques chaudes, de bouteilles d'eau chaude, et recouvert de vêtements chauds.

Nous prescrivons le traitement suivant :

Administrer au malade un lavement aromatique chaud, composé de: mélisse, sauge, thym, menthe poivrée, à 10 grammes pour 100 grammes d'infusion, y ajouter 40 grammes de rhum et XV gouttes de laudanum de Sydenham.

De plus, absorber une infusion de café noir très forte, et pendant que l'entourage prépare le lavement, nous faisons au creux de l'estomac une injection hypodermique de XX gouttes d'eau bouillie dans laquelle nous avons fait dissoudre 3 granules composés anticholériques Charles Chanteaud, composés de :

Arséniate de strychnine .....	½ milli.
Hyosciamine.....	¼ —
Bromhydrate de morphine.....	I —
Aconitine .....	½ —
Digitaline .....	½ —

Le soir, à 8 h. ½, nous revoyons le malade. Les vomissements avaient cessé. Il persistait une légère diarrhée jaune, sans caractères bien évidents.

L'abdomen est normal, indolore à la palpation.

Le foie et la rate ne présentent rien de particulier.

Il existe une anurie à peu près complète.

Pas de crampes.

Les symptômes algides s'amendent progressivement.

Temp. rectale, 36°8. Temp. axillaire, 36°.

Nous prescrivons alors pour la nuit un de ces mêmes granules composés, toutes les demi-heures, à prendre par la bouche, et nous recommandons à l'entourage de ne plus les donner que toutes les heures et demie environ dès que le malade aura la peau chaude et que les extrémités ne seront plus cyanosées.

Le 24 juillet au matin, l'état du malade avait sin-

gulièrement changé. La chaleur était revenue depuis onze du soir. Plus de cyanose. Temp. rectale, 37°2, axillaire, 36°5.

Le pouls est à 85. Les pulsations sont plus fortes; la respiration est calme.

Pas de changement au point de vue de l'état du tube digestif.

Le malade a émis environ 120 grammes d'urine almunieuse.

On continue les granules composés toutes les heures et demie.

En présence de cette amélioration, l'entourage revient à l'espoir de sauver le malade, et il y a tout lieu de supposer que la convalescence va être rapide.

Le 25 juillet, l'état général s'améliore, cependant, le soir du même jour et la nuit du 25 au 26, sont franchement mauvais: insomnies, quelques cauchemars, le malade est agité.

Il n'y a plus de selles ni de vomissements.

Le 26 au matin, la peau est moite, la température rectale est de 39°5; axillaire, 38°7. Le pouls est à 110, de force et d'amplitude normales. Le malade vient d'uriner 100 grammes de liquide chargé d'albumine. La fièvre et l'état des pupilles qui sont normales nous font éliminer l'idée d'urémie.

Le coeur, les poumons, le foie, la rate, ne présentent rien d'anormal.

Les voies digestives seules accusent de l'anorexie et une légère diarrhée sans aucun caractère.

Cet état fébrile, sans localisation, nous fait porter diagnostic d'infection secondaire.

Traitement: diète complète.

Un granule de "sulfhydryl" toutes les demi-heures.

Un granule de la "trinité dosimétrique" toutes les demi-heures également, à prendre dans une demi-tasse de grog.

Le soir, l'état infectieux persiste, quoique légèrement modifié. La température est voisine de celle du matin, et n'a pas augmenté. Le pouls est toujours entre 105 et 112.

Légère diarrhée dans la journée: 4 selles.

Le 27, à 9 heures du matin, nous trouvons le malade assis sur son lit, beaucoup moins assoupi, le visage presque gai, et accusait depuis le milieu de la nuit une grande amélioration.

La température est 38°9 dans le rectum, 38°1 dans l'aisselle.

Une seule selle normale pendant la nuit. La peau est moite, le malade plaisante avec son entourage.

Nous faisons alors diminuer le nombre de gra-

nules: un granule de la "trinité dosimétrique" toutes les heures et demie, et un granule de "sulfhydryl" en même temps. Grog chauds, café noir fort. Le malade déclare prendre volontiers un peu de lait.

La quantité des urines émises dans cette journée est de 800 grammes.

Quelques traces d'albumine.

Le 28, l'amélioration persiste. Régime lactée complet.

1 granule de "sulfhydryl" toutes les heures et demie.

1 granule de "trinité dosimétrique" toutes les trois heures.

Le 29 au matin, temp. rect., 37°8; axill., 37°.

La convalescence est arrivée. Le "sulfhydryl" est continué pendant quinze jours à raison de douze granules par jour. Le régime lacté complet jusqu'à disparition de l'albumine, et "l'arséniate de strychnine" est donné à la dose de un granule quatre fois par jour.

Le 1er août, le malade allait se rétablir définitivement à la campagne après quinze jours de repos.

#### Réflexions

Cette observation est intéressante au triple point de vue de l'action bienfaisante qu'a exercée la médication dosimétrique sur le malade qui en fait le sujet.

1° Contre la diarrhée cholériforme avec algidité et cyanose. Nous nous sommes trouvé en présence d'un cas grave, qui, s'il eût été accompagné d'autres cas semblables dans le voisinage, ou en temps d'épidémie, eût pu être inscrit d'emblée sous la rubrique: choléra.

Les granules composés "anticholériques" Charles Chanteaud, ont rapidement calmé les vomissements et les crampes, ramené la chaleur et excité la diurèse.

2° Contre l'infection secondaire, la "trinité dosimétrique" a rapidement fait tomber la température dont l'élévation, aussi bien que l'abaissement des jours précédents, était une cause de mort pour notre malade.

3° Enfin le "sulfhydryl" a exercé, dans ce cas, son rôle toujours bienfaisant de désinfectant énergique et "l'arséniate de strychnine," cet incitant vital par excellence, nous a rendu, seul, les services que nous attendions de lui pendant la convalescence, de même qu'il nous avait puissamment aidé par son association avec les autres alcaloïdes pendant les phases aiguës de la maladie.

(La Dosimétrie)

### D'un traitement simple des ulcères variqueux de jambes.

par M. le Dr DUFOUR, de Fécamp.

Parmi les maladies que rencontre fréquemment le médecin dans la clientèle ouvrière, il en est une qui ne laisse pas que d'être difficile à guérir et qui occasionne de vives douleurs à ceux qui en sont atteints: je veux parler de l'ulcère variqueux de jambes.

Un grand nombre d'artisans en arrivent à croire que rien ne peut combler les vastes ulcérations dont ils sont porteurs, parfois depuis dix et même vingt années.

Ce n'est, bien souvent, que par hasard, en les soignant pour d'autres affections, que l'on découvre leurs maux de jambes.

Lorsqu'ils viennent consulter le médecin, c'est bien plutôt au début, dans la forme initiale de l'ulcère variqueux, à la période la plus pénible.

La forme chronique, aux vastes plaies, paraît être moins douloureuse, soit parce que le sujet s'est résigné à sa condition, ou que la sensibilité a fini par s'éteindre quelque peu.

Bien des traitements ont été proposés contre cette maladie; les uns et les autres donnent des résultats heureux, mais tous sont inconstants.

Il en est un que je mets en pratique depuis plusieurs années et qui m'a donné toute satisfaction :

1° Parce qu'il calme "bien" et "vite" les douleurs ;

2° Parce qu'il cicatrise assez rapidement les ulcérations nouvelles et anciennes; petites et grandes ;

3° Parce qu'il est à la portée de tous ;

4° Enfin parce qu'il permet la continuation du travail quotidien.

C'est la feuille de chou (*Brassica*). Les espèces employées sont de celles du pays: le chou vert de préférence (*Br. acephala*), ou le chou pommé (*Br. capitata*): le chou ondulé ou frisé présente beaucoup de nervures, mais il peut également servir.

Mode d'emploi.—Après avoir bien lavé la feuille de chou, on l'essuie soigneusement et on abruse avec des ciseaux les nervures trop saillantes, puis avec un corps cylindrique (bouteille ou autre), on roule en pétrissant la feuille, tout en lui conservant son homogénéité. On la laisse macérer dans de l'eau boriquée (40 pour 100) pendant quelques heures (du soir au matin ou du matin au soir) et on l'applique sur la région ulcérée en grandeur proportionnelle à la lésion que l'on a bien détergée et nettoyée avec un antiseptique quelconque.

On recouvre d'une tarlatane non apprêtée ou d'un linge souple en plusieurs doubles et on enroule

modérément le pied et la jambe avec une bande de caoutchouc en feuille de sept à dix mètres.

Deux pansements par jour; un matin et soir en nettoyant chaque fois la plaie bien entendu.

Avant de connaître cette médication, j'employais avec avantage des fomentations astreingentes recouvertes également de la bande élastique, mais jamais la douleur ne disparaissait aussi rapidement qu'avec cette dernière méthode. De plus, il était nécessaire que pendant quelque temps le malade se tint immobile, sans travailler.

Avec le traitement brassicien, le malade éprouve un très grand soulagement et bientôt la plaie se comble sans qu'il soit astreint au chômage, chose bien précieuse pour un ouvrier.

Le nombre de cas que j'ai eu l'occasion de soigner de la sorte, s'élève à dix et pas une fois la guérison n'a manqué de se produire.

Pour les petits ulcères au début, si pénibles, en huit ou quinze jours, tout a été fini. Dans de vastes ulcérations, trois, quatre, six semaines sont nécessaires.

En contraignant le malade à ne pas omettre de porter toujours sa bande une fois guéri, je n'ai pas vu de récidive.

La bande, pour l'ouvrier, paraît bien préférable au bas élastique, car il peut en graduer la pression suivant les besoins et suivant la gêne qu'il ressent à la fin d'une journée de travail.

A quoi faut-il attribuer cette action analgésiante et cicatrisante de la feuille de chou? Sans doute à quelqu'huile essentielle; mais nulle part je n'ai trouvé d'indication sur ce point.

Peut-être quelques-uns seront-ils intéressés par le sujet et voudront-ils rechercher le principe actif dans ce cas, je le souhaite vivement, car la chose en vaut la peine. Mais quoi qu'il advienne, j'ai cru de mon devoir de faire connaître cette méthode qui m'a rendu service et dont les malades qui l'ont employée ont gardé un agréable souvenir.

(Gaz. Méd. belge.)

### Le pronostic des polynevrites.

par M. MAURICE PERRIN.

Les polynevrites peuvent avoir diverses "terminaisons."

La "guérison" est la terminaison normale après une durée de plusieurs mois, plus rarement de quelques années, parfois même après complications (envahissement des nerfs essentiels) et symptômes graves.

La "mort," quelquefois précoce, quelquefois subite, a pour causes les plus importantes l'atteinte du nerf pneumo-gastrique, les paralysies des muscles respiratoires ou des muscles de la déglutition. Elle peut être due aussi à une affection intercurrente, à diverses complications en rapport avec la cause de la polynévrite, ou à l'évolution d'une maladie dont la polynévrite n'est elle-même qu'une complication.

Après guérison de la polynévrite, il peut y avoir des "résidus," tels que les rétractions tendineuses, qui amoindrissent les fonctions motrices, si bien traités qu'ils puissent être. Plus grave est le "passage à l'état chronique" des troubles périphériques (paralysies atrophiques étendues, troubles sensitifs, pas de troubles sphinctériens) ou des troubles psychiques. La chronicité peut être due à la persistance de l'intoxication causale, à son action simultanée sur le corps de la cellule et sur les nerfs, ou au passage à la "phase polyomyétique": alors, la cellule étant altérée dans son prophoplasma, il n'y a plus de régénération possible, ni pour la portion centrale du neurome, ni par suite pour ses prolongements.

Quel sera "l'avenir" des individus qui ont été atteints de polynévrite? Les polynévrites peuvent récidiver, en ce sens que, le terrain restant le même, le retour d'une maladie infectieuse ou la persistance d'une cause toxique renouvelle son effet; de plus, le fait d'avoir eu une polynévrite est, dans certains cas, la preuve de l'imprégnation profonde de l'organisme par certains poisons (alcool, plomb, etc.) ou d'une prédisposition nerveuse qui est une tare pour l'individu et pour ses descendants: dans ces cas, il y a lieu de faire des réserves pour l'avenir. Quant aux polynévrites infectieuses survenues chez un sujet sans prédisposition nerveuse apparente, elles ne donnent pas les mêmes inquiétudes, bien que les nerfs puissent être considérés, du fait d'une première atteinte, comme ayant une résistance amoindrie. Ici on peut être relativement rassuré pour l'avenir. Par prudence, le médecin ne doit jamais se contenter d'avoir aidé à la guérison d'une polynévrite, il doit aussi à la fois faire éviter les récives possibles et améliorer le terrain par les mesures d'hygiène physique et morale appropriées à chaque cas particulier. Le pronostic éloigné bénéficiera donc des conseils du médecin et de la docilité du malade.

(*Rev. méd. de l'Est*)

**Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques et les personnes saines; signe de Musset**

par M. H. FRENKEL.

Grâce à un dispositif particulier, l'auteur a pu en-

registrer les pulsations de la tête qui constituent le "signe de Musset;" il a reconnu ainsi que chaque secousse se compose d'une oscillation principale coïncidant exactement avec la systole cardiaque et suivie d'une ou plusieurs oscillations secondaires. Cette oscillation principale se compose d'une partie positive dont l'amplitude est en rapport avec l'énergie de la contraction cardiaque et avec la tension artérielle, et d'une partie négative, dont l'amplitude est souvent plus grande que celle de la partie positive. Les oscillations secondaires sont en nombre variable et paraissent dues à l'inertie de la tête. Enfin, ces oscillations céphaliques peuvent avoir une direction antéro-postérieure, latérale ou antéro-latérale, et on peut obtenir chez le même sujet des tracés très nets avec des points d'appui différents de l'appareil explorateur.

Jusqu'ici, le signe de Musset n'avait été rencontré que dans des cas d'insuffisance aortique et d'anévrisme de l'aorte. Pourtant déjà, il y a deux ans, dans un article paru dans "la Presse médicale" (14 novembre 1900), M. Frenkel l'avait signalé chez un malade atteint de pleurésie à gros épanchement. Mais il ne semble pas qu'on puisse l'attribuer, dans ce cas, à la pleurésie, car il a persisté après la disparition de l'épanchement, ni non plus à une insuffisance aortique latente, sans souffle diastolique à la base, comme l'a prétendu M. Valentino, dans un article de la "Revue de médecine" du 10 mai 1902; en effet, le seul signe positif d'insuffisance aortique que présente ce malade est un pouls de Corrigan, et tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui à ne pas le considérer comme caractéristique de cette affection.

De plus, à l'aide de la méthode graphique, M. Frenkel a pu retrouver le signe de Musset chez un certain nombre de sujets sains, indemnes de tout passé artériel et non athéromateux; parfois même, dans ce cas, les oscillations étaient visibles à l'oeil nu. Aussi conclut-il que ce qui donne lieu à ces secousses rythmiques de la tête, ce n'est pas telle ou telle affection cardio-vasculaire, mais bien l'énergie de la contraction cardiaque, celle-ci devenant particulièrement prononcée dans les cas avec hypertension artérielle, et surtout quand il y a hypertrophie du ventricule gauche.

(*Revue de médecine*)

**Resultats éloignés anatomiques et clinique de la nephropexie**

par M. H. DURET (de Lille)

Les nephropexies, "bien faites," donnent des résultats "définitifs" et "permanents," absolument sa-

tisfaisants au point de vue de la "fixation anatomique" du rein, et au point de "vue fonctionnel." — Il importe, cependant, d'être judicieux dans le choix des indications auxquelles on obéit, pour entreprendre cette opération: en particulier, dans les entéroptoses totales, elle ne saurait donner que des résultats imparfaits.

(*J. des sciences méd. de Lille*)

## CHIRURGIE

### Trepanation pour troubles consécutifs à une fracture ancienne du crâne

par A. BROCA.

Par une anomalie singulière, je me trouve amené à prendre la parole, dans cet amphithéâtre de la clinique gynécologique, pour vous expliquer quelle conduite nous devons tenir dans un cas de lésion traumatique du crâne chez un enfant du sexe masculin. Cet enfant, dont l'histoire est à divers égards très instructive, a été admis dans le service il y a quelques jours par M. Pozzi, qui a bien voulu me reconnaître quelque compétence sur le sujet et confier le malade à mes soins.

Dans ses grands traits, l'observation est assez simple: nous sommes en présence d'accidents cérébraux consécutifs à une fracture ancienne du crâne et vous allez conclure avec moi, j'espère, que l'indication opératoire est assez claire. Mais parmi les troubles aujourd'hui observés tous ne sont pas faciles à interpréter, et en particulier je vous dirai tout de suite, pour prendre le taureau par les cornes, qu'un des plus importants d'entre eux, sinon le plus important, une surdité complète, échappe à notre compréhension.

Je ne vous dissimule donc pas cette obscurité, en raison de laquelle il me sera impossible de vous donner, sur l'avenir du sujet, un avis nettement motivé, mais j'estime que, cela mis à part, il reste dans cette histoire clinique assez de points bien étudiés pour que vous emportiez d'ici quelques notions précises.

#### I

Le garçon que je vous présente est âgé de vingt-cinq mois. Comme développement physique, c'est un bel enfant, qui paraît à première vue vigoureux, mais qui marche avec difficulté: pas plus aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs il n'a de muscles paralysés, mais il marche les jambes écartées, en penchant en avant une tête qui entraînerait le corps s'il ne donnait la main à sa mère.

C'est déjà un trouble fort important; et surtout vous constatez que l'enfant est sourd, mais d'une surdité complète, telle qu'il semble n'entendre aucun bruit, telle qu'il en est arrivé à ne plus parler. C'est un sourd qui est devenu muet.

Vous savez en effet que la parole n'est pas une fonction primordiale du cerveau: l'enfant vient au monde doué de l'audition et possesseur d'un cerveau susceptible d'éducation phonétique. Il entend les sons, s'en souvient et par imitation les reproduit, en apprenant peu à peu à leur attribuer l'articulation et le sens dont ils sont revêtus dans notre langage courant. Donc, nous parlons parce que nous avons d'abord pu entendre et emmagasiner les sons, et il semble bien que dans la surdi-mutité congénitale le trouble principal soit la surdité: le sujet est muet parce qu'il est sourd.

La surdi-mutité congénitale n'est évidemment pas une infirmité des plus communes; le nombre des sourds-muets est au total assez faible. Mais ce qui est particulièrement exceptionnel, c'est de rencontrer un enfant qui, ayant déjà commencé à parler, soit rendu muet par une surdité assez absolue pour couper court à toute éducation phonétique ultérieure, assez précoce pour que disparaissent rapidement les traces de l'éducation déjà commencée; or, c'est ce qui paraît avoir eu lieu dans le cas actuel.

Tous les accidents, en effet, remontent à un trauma crânien qu'a subi l'enfant à l'âge de dix-neuf mois, le 19 novembre 1901. Il a reçu un coup de pied de cheval au-dessous et en arrière de la bosse pariétale gauche. D'où, pendant une heure, perte de connaissance complète, sans incontinence des sphincters toutefois, et pendant quatre jours hébétude, absence de parole, refus de nourriture, constipation opiniâtre. Puis les choses se sont arrangées, si bien qu'au bout de cinq ou six jours on pouvait lever le blessé et que tout semblait rentré dans l'ordre. Que s'est-il passé au juste du côté de la plaie? la mère n'est pas explicite sur ce point. Nous savons seulement que la guérison a été rapide, et d'autre part la cicatrice étroite et souple que nous voyons aujourd'hui est l'indice sinon d'une réunion immédiate parfaite, au moins d'une suppuration à peu près nulle. Et cependant il me paraît certain que cette plaie, au premier abord insignifiante, a été l'origine, pour une bonne partie au moins, des phénomènes pour lesquels nous sommes aujourd'hui convoqués.

Quels sont, en effet, les facteurs de gravité des fractures du crâne? Les lésions osseuses par elles-mêmes ne sont que d'intérêt accessoire, tandis que celles de l'encéphale jouent le premier rôle. Mort

prompte ou lente, paralysies persistantes, déchéance psychique, tout cela provient des lésions méningo-encéphaliques primitives ou consécutives, produites soit immédiatement par la force vulnérante, soit secondairement par l'infection.

Il me semble certain que chez l'enfant la gravité immédiate des traumatismes crâniens est, à violence égale, moins grande que chez l'adulte, et cette assertion est confirmée par l'observation de notre malade pendant les premiers jours: malgré l'intensité des accidents primitifs, le rétablissement fut rapide et parut d'abord complet. C'est que, chez l'enfant, l'attrition cérébrale est en général plus profonde que chez l'adulte au niveau même du foyer de fracture, mais moindre à distance; or, ce qui tue tout de suite les blessés, c'est la commotion ou la contusion par contre-coup bien plus que la laceration directe du cerveau. Mais tout n'est pas dit quand cette étape a été franchie: et notre malade s'est en effet tiré moins heureusement du deuxième pas.

Après une semaine de bonne santé apparente, c'est-à-dire environ quinze jours après l'accident, l'anorexie et l'hébétéude revinrent et l'enfant dut rester au lit pendant deux mois, souffrant à peu près chaque jour, surtout l'après-midi, de crises durant cinq ou six heures: il poussait des cris perçants et portait sans cesse ses doigts dans les conduits auditifs externes, mais ne présentait ni paralysies, ni contractures, ni convulsions, ni vomissements. La santé néanmoins se rétablit peu à peu et l'enfant put se lever. Mais au bout d'une quinzaine il fut pris de vomissements avec un peu de fièvre qui durèrent deux ou trois jours, et c'est à ce moment que les parents constatèrent, du jour au lendemain, une surdité bilatérale et complète. Puis peu à peu l'enfant est devenu moins loquace: au point qu'aujourd'hui il ne parle plus; tout au plus prononce-t-il encore, de temps en temps, le mot "maman."

## II

Cette histoire est celle d'une méningite relativement bénigne, terminée par guérison, et la porte d'entrée de cette infection secondaire ne peut être cherchée que dans la plaie cutanée.

Deux portes d'entrée peuvent en effet donner accès à la méningite: ou bien une plaie cutanée fait communiquer les méninges avec l'extérieur, à travers la fracture de la voûte, ou bien une fissure irradiée à la base déchire à la fois un cul-de-sac arachnoïdien et la muqueuse d'une cavité naturelle. C'est même à cette déchirure simultanée que les fractures de la base du crâne doivent leur seul signe pathognomonique, mais inconstant, l'écoulement au dehors du liquide

céphalo-rachidien. Or, chez notre malade on n'a observé aucun symptôme de fissure irradiée à la base et cela concorde, malgré la violence du trauma initial, avec ce que nous savons sur la rareté des fissures de la base du crâne chez l'enfant. Je vous ferai, en outre, remarquer que l'on ne voit pour ainsi dire jamais guérir la méningo-encéphalite consécutive aux fractures de la base, tandis que l'on voit encore assez souvent se circonscrire celle qui vient compliquer les fractures de la voûte avec plaie. Cela se comprend assez bien, car dans ce dernier cas nous sommes jusqu'à un certain point armés pour limiter la diffusion du mal en débridant et en drainant la plaie; et même sans cela, dans les formes bénignes d'infection, l'écoulement spontané des liquides septiques au dehors peut être suffisant. C'est impossible, au contraire, pour une étroite fissure de la base, faisant communiquer les méninges avec une cavité naturelle dont l'asepsie est irréalisable.

Nous sommes donc conduits à admettre que ces troubles cérébraux, dont le début a été un peu retardé, sont imputables à une méningite légère et cela explique bien l'incertitude de la marche, les modifications de caractère. Mais pourquoi l'enfant est-il devenu sourd? A cette question je ne puis vous apporter de réponse plausible.

La première idée qui vient à l'esprit, dans un cas de surdité consécutive à une fracture du crâne, est de songer à une fracture transversale du rocher avec déchirure du nerf auditif; et de temps à autre, quoique assez rarement, les deux pyramides se trouvent brisées simultanément. Or si on dit parfois que la fissure crânienne irradiée à la base n'existe pas chez l'enfant, on admet une assertion erronée: j'ai vu—quoique, il est vrai, pas à dix-neuf mois—des fractures du rocher démontrées par l'examen clinique et par l'autopsie. Mais dans le cas particulier, il n'y a eu aucun symptôme immédiat ou secondaire de fracture de la base; ni sang, ni liquide céphalo-rachidien ne se sont écoulés par l'oreille; il ne s'est nulle part d'ecchymose à distance caractéristique; il n'y a pas eu de paralysie faciale, dont il ne resterait d'ailleurs aujourd'hui aucune trace.

Le seul signe actuel en rapport avec la possibilité d'une lésion pétreuse est un léger strabisme interne de l'oeil gauche. Il y a, en effet, un mouvement spécial de bascule dans lequel la pointe du rocher s'arrache et le nerf moteur oculaire externe se trouve déchiré ou comprimé. Mais depuis quand l'enfant louche-t-il? Nous l'ignorons, et la mère aussi: ce qui nous prouve que ce symptôme a toujours été assez léger pour être méconnu, tandis que d'ordinaire, même quand il doit s'atténuer par la suite, le strabisme in-



terne consécutif aux fractures du rocher est au début trop net pour passer inaperçu.

Le tympan est des deux côtés absolument normal: au point qu'on ne puisse même pas admettre raisonnablement qu'il ait subi lors du trauma une déchirure de quelque importance. Il est vrai que cela doit vous faire faire quelques réserves sur la possibilité d'une fissure du rocher sans symptômes révélateurs: car les écoulements caractéristiques de sang ou de liquide céphalo-rachidien ne se manifestent au dehors, dans le conduit auditif externe, que si le tympan est rompu.

Mais contre cette hypothèse s'inscrit en faux l'histoire racontée par la mère. Vous devez toujours tenir jusqu'à un certain point pour suspectes les analyses symptomatiques faites par les profanes. Cependant les commémoratifs sont dans le cas particulier trop nets pour être négligés, et nous devons partir de cette donnée que l'ouïe s'est perdue assez longtemps après le trauma au bout de trois mois environ, et à la suite d'accidents méningés.

Il ne nous est pas facile d'aller plus loin et en particulier nous ignorons si la lésion causale est corticale ou périphérique: cette analyse symptomatique, toujours délicate, est tout à fait impossible chez un enfant aussi jeune, qui paraît n'entendre absolument rien et qui surtout ne répond rien du tout.

Un dernier doute devait être levé avant d'attribuer à la seule influence du trauma la genèse de ce symptôme mal expliqué et c'est à propos de lui que, par acquit de conscience, vous m'avez entendu poser à la mère les questions qui nous mettent habituellement sur la piste de la syphilis héréditaire. Il est, en effet, des surdités complètes et non congénitales qui relèvent de cette cause; et dans un cas aussi peu clair les coïncidences les plus anormales doivent être recherchées. Or l'enfant est né à terme et n'a jamais présenté de symptômes suspects, il s'est élevé sans encombre jusqu'au jour du trauma; les frères et soeurs de même; la mère n'a fait aucune fausse couche.

En sorte que, malgré son peu de vraisemblance, l'hypothèse la moins mauvaise est de croire à un reliquat de méningite diffusée vers la base, quoique l'intégrité de toutes les autres paires crâniennes soit insolite. C'est encore plus admissible que de croire à une destruction bilatérale aussi limitée, aussi symétrique des centres corticaux—d'ailleurs mal connus—de la fonction auditive. Quant à la survenance assez tardive de cette paralysie, elle est rare, mais est loin d'être en désaccord avec ce que nous savons sur les conséquences éloignées des traumas crâniens.

(à suivre)

## FORMULAIRE

### VAPORISATION DANS LES CHAMBRES DE MALADES

(Deguy)

Mettre dans un demi-litre d'eau à évaporer une cuillerée à café du mélange suivant :

Eucalyptol.....	10 gr.
Essence de thym.....	} àà 5 gr.
Essence de citron.....	
Essence de lavande.....	
Alcool à 90° .....	100 gr.

(Gaz. méd. belge)

### NOUVELLES.

#### NAISSANCE :—

A St-Claire, Dorchester, le 15 courant Madame Docteur J. A. N. Chabot, une fille.

#### MARIAGES :—

Un joli mariage a eu lieu à l'Archevêché de Montréal le 6 du courant, entre M. le Dr A. Bernard, pharmacien, de St-Henri de Montréal, et Dame Marie Corinne Elizabeth Boudreault, veuve de feu P. Fred. Despars en son vivant médecin de St-Hyacinthe. Le marié était accompagné de son père, M. Bernard, de Belœil, et M. P. A. Boudreault, avocat L. R., de Montréal, père de la mariée, accompagnait cette dernière. La messe du mariage a été dite par le Rêvd M. Bernard, curé de Sorel et frère du marié, qui a aussi fait la bénédiction des époux.

— Montréal, le 15 de ce mois, M. le Dr C. A. Daigle, professeur agrégé à l'Université Laval de cette ville, conduisait à l'autel Mademoiselle Josephine Desjardins, fille de M. le professeur L. E. Desjardins.

L'heureux couple est parti pour un voyage aux Etats-Unis.

#### NÉCROLOGIE :—

L'hon. M. le Dr Lanctôt, conseiller législatif, vient d'être frappé dans ses plus chères affections, par la mort de sa jeune fille Camilla, décédée le 9 de ce mois.

Nous comprenons l'étendue du enagrin qui accable M. Lanctôt. La pauvre morte était sa joie, son orgueil.

Qu'il veuille bien accepter nos plus sincères condoléances, pour lui et sa famille.

## Supplement Litteraire

### Les voleurs de cadavres

Indianapolis, (Indiana), 26 octobre.—Le grand jury a jusqu'à présent relevé vingt-cinq chefs d'accusation contre plusieurs médecins auxquels les nègres, voleurs de cadavres, avaient vendus ceux qu'ils avaient enlevés de leurs sépultures dans différents cimetières de cette ville, et on dit que ce n'est pas tout.

Plusieurs arrestations sont imminentes, car il a été prouvé que les docteurs accusés, non seulement achetaient ces cadavres pour les différents collèges de médecine où ils font leurs cours, mais que de plus ils revendaient, avec de bons profits, ceux dont ils n'avaient pas besoin aux collèges de médecine d'autres villes. C'est ainsi qu'il a été établi que les trente cadavres retrouvés dans un magasin attenant à une fabrique "d'ice cream" de Louisville (Kentucky) proviennent des cimetières d'Indianapolis et ont été expédiés dans cette ville par ces commerçants d'un nouveau genre.

Un grand nombre de cadavres ont été expédiés de la même façon à Louisville, Cincinnati et Chicago.

### Mort de la femme à barbe

La "femme à barbe" de Barnum, qui a exhibé ses favoris jusque dans les plus petits villages de l'Amérique et dans toutes les villes du monde civilisé, est morte le 22 octobre de la tuberculose à son domicile, 187 Cornelia street, Williamsburg.

Jamais enfant arrivant à l'âge d'homme avec un léger duvet sur la lèvre supérieure, jamais vieux brave à la barbe hirsute ne fut plus fier des dons de la nature à ce point de vue que la "femme à barbe" de Barnum, qui, pendant la plus grande partie des 37 années qu'elle a vécu, s'est fait gloire de ses favoris si abondants que peu d'hommes peuvent se vanter de les avoir égalés.

Dans la vie privée, la "femme à barbe" s'appelaient Mme Annie Donovan. Elle vint au monde dans un petit village perdu au fond de la Virginie, où sa naissance causa une grande émotion. L'enfant avait en effet des moustaches à son entrée dans la vie, et un tel bruit se fit autour du phénomène nouveau-né qu'un agent de Barnum qui parcourait le monde en quête d'une originalité en entendit parler, vint le voir et obtint de ses parents l'autorisation d'exposer l'enfant aux regards curieux des masses populaires. Il l'amena à New-York et quand la petite fille atteignit

d'Ann street. Il tenait l'enfant dans sa main, la présentait aux assistants, et, dit la chronique, la barbe du bébé était déjà si longue qu'elle couvrait les doigts de Barnum. Ce fut d'ailleurs avec lui que la "femme à barbe" passa toute sa vie de phénomène. Il la louait streets. Il tenait l'enfant dans sa main, la présentait aux assistants et, dit la chronique, la barbe du bébé était déjà si longue qu'elle couvrait les doigts de Barnum. Ce fut d'ailleurs avec lui que la "femme à barbe" passa toute sa vie de phénomène. Il la louait cependant quelquefois à d'autres musées de curiosités, mais ne l'abandonnait jamais.

Dans le dernier voyage que la troupe de Barnum fit en Europe, la "femme à barbe" remporta un succès sans précédent, surtout en Espagne, où les favoris sont si appréciés, même sur les visages féminins, et où jamais l'on n'avait vu une femme posséder une si belle barbe de sapeur.

Ce voyage d'ailleurs, s'il flatta sa vanité professionnelle, fut désastreux pour sa santé, car c'est en Europe qu'elle contracta la maladie qui vient de l'emporter.

Elle a exprimé avant de mourir le désir d'être enterrée avec les favoris qui ont fait sa gloire et son dernier voeu sera respecté. Elle était la seconde fille d'une famille de douze enfants, dont aucun ne présentait de particularité remarquable.

Le certificat de santé pour le mariage en Espagne.

A la séance solennelle de la rentrée des cours et tribunaux, à Madrid, le ministre de la justice, dans son discours d'usage, a parlé de la nécessité de certaines réformes judiciaires. Parmi celles-ci, il a mentionné l'intervention obligatoire du médecin dans toute demande d'inscription pour le mariage, et la délivrance d'un certificat relatif à la santé et aux conditions physiologiques des postulants.

"Il importe, a dit l'orateur, de ne pas contribuer à peupler les hôpitaux, les asiles d'aliénés et les bagnes, par des unions conclues sans aucune prudence, et il est nécessaire que le juge municipal refuse de procéder à des mariages que la science estime devoir être funestes, car tout est préférable à de telles unions, plus regrettables que le suicide même."

Nous ne savons quel accueil sera fait au-delà des Pyrénées à cette proposition; mais il est à noter que c'est la première fois en Europe que le rôle social du médecin dans l'acte du mariage est officiellement indiqué.

### Une rectification nécessaire

par M. le Dr R. FISSOT.

Dans un livre tout récent, M. le professeur de Forel, psychiatre très distingué et naturaliste bien connu, parlant—très incidemment, du reste,—de la dosimétrie, l'appelle une "variété de l'homéopathie."

Sous la plume d'un inconnu, cette affirmation nous eût fait hausser les épaules; avec la paternité de M. Forel, elle prend une importance qui nous oblige à dire à son auteur: Monsieur, vous êtes mal renseigné, vous êtes dans l'erreur, dans une erreur profonde. Nous connaissons, du reste, trop bien l'impartialité et le sens scientifique très élevé du savant professeur pour douter, qu'après les explications que nous allons lui donner, il ne vienne à de plus justes notions sur la Médecine dosimétrique.

C'est un fait connu que les doses médicamenteuses qu'emploie l'homéopathie sont impondérables et intangibles, qu'elles échappent à nos sens et à nos réactifs. Ces médicaments sont ceux d'être éthers, hallucinés, extatiques, ou encore d'amateurs ignares. Or, nous ne sommes rien de cela. Nous vivons sur la terre et notre médecine est scientifique, basée qu'elle est sur la physiologie et la pharmacodynamie, telles qu'elles sont enseignées dans les traités classiques. Cela signifie que nous connaissons l'effet des remèdes contenus dans notre arsenal, remèdes dont la liste, mois après mois, publiée en seconde page de la "Dosimétrie," avec indication du poids de substance active contenue dans chaque granule. Ces doses — les analyses de M. Houdas, le prouvent, — ne sont pas infinitésimales; elles sont si bien pondérables qu'elles sont très exactement pesées.

Ces doses, toutefois, peuvent paraître petites, trop petites; elles le seraient si elles étaient espacées; mais — et ceci est le propre de la dosimétrie, — nous employons des doses rapprochées, répétées jusqu'à effet. La pureté et la grande solubilité des granules Charles Chanteaud permettent leur très rapide absorption; 10 minutes après ingestion, nos alcaloïdes circulent dans l'organisme. Qu'arriverait-il si nous attendions 2 heures avant de donner un nouveau granule? Ce nouveau venu trouverait place libre parce que son prédécesseur aurait déjà été éliminé. De là le principe des doses rapprochées. Après 10 ou 15 minutes, un premier granule n'a-t-il pas produit son effet, vite nous lui envoyons du renfort sous forme d'un nouveau granule, et si, un quart d'heure plus tard, l'effet ne s'est pas produit, eh bien, nous continuons nos doses jusqu'à obtention du résultat voulu. En agissant ainsi, nous avons la certitude que l'organisme ne

reçoit que juste la dose nécessaire et rien de trop, rien de trop peu.

Un exemple fixera notre pensée :

Voici un malade atteint de vomissements; nous lui prescrivons: hyosциamine, cicutine, cocaïne et strychnine, un granule de chaque espèce de  $\frac{1}{4}$  d'heure en  $\frac{1}{4}$  d'heure jusqu'à cessation du symptôme, puis ensuite nous attaquons la maladie causale.

Cinq à six doses — doses absorbées rapidement et sans réaction de la muqueuse, à cause de leur petitesse et de la solubilité de leur véhicule, — suffisent. Ceci n'est pas de la fiction, mais de l'expérience quasi-journalière.

Eh bien, pour arriver à ce résultat, il a fallu 24 granules, renfermant ensemble 13 à 14 millig. de substance active, et administrés en 1 heure et demie. Les doses employées par la médecine ordinaire dans le même laps de temps eussent-elles été de beaucoup supérieures?

Pour renfermer semblable quantité de substance active, il eût fallu quelques milliers de globes homéopathiques gros comme le soleil. Pareils granules, je ne me chargerais ni de les avaler ni de les faire avaler!

Je conclus: Nous, dosimètres, nous ne sommes pas homéopathes; nous ne voulons l'être à aucun prix. Pour mon compte, si jamais je le devenais, je me hâterais de consulter un psychiatre, parce que j'éprouverais les plus vives appréhensions quant à l'intégrité de mes cellules cérébrales.

### Le testament de Schenk

Le Dr Schenk, ancien professeur d'embryologie à la Faculté de Vienne, vient de mourir. Parmi les nombreux travaux qu'il a publiés, il convient de signaler ceux qui ont trait à la détermination du sexe de l'enfant à volonté, en soumettant la mère à un régime spécial.

On sait que sa méthode n'a guère eu de succès, spécialement à la Cour de Russie.

On parle beaucoup du testament de ce monomane.

Le professeur viennois a, paraît-il, laissé derrière lui des manuscrits curieux relativement à sa théorie de la détermination des sexes.

Dans ce testament scientifique, il ne prétend pas seulement qu'on peut s'arranger de façon à choisir le sexe des enfants qu'on aura. Il prétend aussi que, moyennant un certain régime imposé à la mère, on peut déterminer d'avance aussi la vocation et les dispositions morales de l'enfant à naître et décider, par exemple, qu'on va donner le jour à un peintre, à un musicien, à un boxeur, à un militaire, à un philanthrope, à un criminel, etc. etc.

Les manuscrits de Schenk, développant cette étrange théorie, seront publiés prochainement. Nous les attendons sans impatience.

# Travaux Originaux

## LA NEURASTHENIE ET SON

### TRAITEMENT (1)

par M. le Dr C. N. DE BLOIS.

Médecin en chef de l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique des Trois-Rivières, Médecin de l'Hôpital St-Joseph (Trois-Rivières).

(Suite et fin)

#### VOYAGES.

MM. Proust et Ballet critiquent spirituellement les praticiens qui invitent d'une manière quelque peu banale, tous leurs névropathes à voyager.

Ce qui est certain, c'est que dans la majorité des cas, se sont plutôt les petits voyages qui sont indiqués, surtout au moment de la convalescence.

Ils seront alors l'un des meilleurs moyens d'obtenir la distraction sans effort, de tirer le malade de ses réflexions sur lui-même, sur la désorganisation de ses organes et l'arrêt de leurs fonctions.

On le fera toujours accompagner par un ami.

#### MÉDICATION.

Le traitement pharmaceutique de la neurasthénie n'existe pas. Donc peu de remèdes : le plus efficace, dit Brissaud, c'est le fer.

En cas d'excitation et d'insomnie, un remède s'impose : les trois bromures, ou le bromure de strontium (para-javal) donnés à petites doses, et associés au chanvre indien ou à l'hyoscyamine.

On pourra aussi donner le tétronal, le sulfonal et surtout le trional à bonnes doses. Ce dernier est un hypnotique sûr et sans danger.

On pourra joindre avec avantage aux bromures de l'arséniate de soude.

Les glycérophosphates de chaux, de soude, le kola sont aussi recommandés ; mais la meilleur tonique, encore une fois, c'est le fer ; choisir la préparation la mieux supportée et la mieux absorbée.

Nous prescrivons volontiers le poptonate de fer et manganèse de Gude ou de Frosst, ou encore l'haemogen de Wampole.

Le fer a une action incontestable sur l'asthénie.

#### ALIMENTATION.

Le régime n'a rien de spécial dans la neurasthénie : c'est le régime mixte, banal, qui est applicable à la majorité des cas d'atonie gastro-intestinale.

Trois repas par jour sont suffisants ; le principal sera celui du midi.

Choisir de préférence les viandes noires, grillées, ou rôties sans sauce, les cervelles bouillies, les œufs, les purées de légumes, le lait et les fruits.

Surveiller la régularité des repas et le bon fonctionnement de l'intestin.

La ration alimentaire devra être augmentée, non pas brusquement, mais lentement et progressivement, de manière à rendre la suralimentation possible à un estomac récalcitrant. Cela est une affaire de dose, de ponctualité et de patience.

Si le malade saufferait d'atonie gastro-intestinale grave, insister sur le *repos absolu*, lequel est un moyen presque toujours souverain.

#### TRAITEMENT DE WEIR MITCHELL.

Weir Mitchell, dans son "*Traité méthodique de la neurasthénie*", donne une grande importance à l'*isolement* et au *repos*, auxquels il ajoute le *massage*, l'*électricité* et la *suralimentation* ; c'est que, d'après cet auteur, pour constituer un état de santé favorable, l'augmentation de l'embonpoint doit être accompagnée d'amélioration dans la quantité et la qualité du sang, d'où le traitement complexe qu'il préconise.

Nous avons recommandé l'*isolement* dans une maison de santé, loin de la famille et des occupations habituelles du malade. Quant au *repos*, il sera forcé, dans ces conditions où la promenade constitue la seule distraction. Nous admettons que le repos est par lui-même un puissant moyen curatif, et qu'il peut suffire dans certains cas ; mais nous ne voulons pas d'un repos au lit, qui ne ferait qu'affaiblir le malade inutilement. Le *massage* est certainement une bonne pratique.

Quant à l'électricité, nous préférons, nous l'avons dit, le bain électrique (électricité statique) aux courants d'induction de Weir Mitchell.

Comme on le voit, la méthode du célèbre médecin de Philadelphie est insuffisante. Il n'est question dans ce traitement, ni d'hydrothérapie, ni

(1) Lu au Congrès des Médecins de Langue Française, tenu à Québec, 1902.

de lumière, ni d'air, ni de chaleur, ni de gymnastique.

Aussi médecins et malades ont si bien compris ses lacunes graves, qu'ils l'ont aujourd'hui à peu près abandonné.

Un procédé fort employé en Allemagne pour combattre le vertige et la céphalée, c'est l'*affusion inférieure froide*. Ces affusions sont bien supportées, décongestionnent le cerveau, tout en tonifiant les malades.

#### TOPOALGIES.

Contre les topoalgies si fréquentes chez les neurasthéniques, nous avons employé avec succès les étincelles statiques, les douches écossaises, et surtout le pinceau faradique (avec la bobine à fil fin et intermittences rapides). Les badigeonnages à la teinture d'iode (*loco dolenti*) vous donneront aussi de bons résultats ; mais il faudra qu'ils soient faits de plusieurs couches de façon à ne les renouveler que tous les cinq jours.

La topoalgie a été décrite par M. Paul Blocq comme une sorte de neurasthénie locale. On constate une douleur fixe localisée à une région variable mais en rapport avec un district délimité.

nous avons vu un joli cas de topoalgie chez un neurasthénique en consultation avec un confrère. Ce malade présentait une douleur au niveau de l'aîne. Cette douleur était constante, durait depuis deux années, et de plus avait résisté à tous les moyens employés. A l'examen on ne constatait absolument rien. Nous l'avons traité avec les douches écossaises, les étincelles statiques et la faradisation *loco dolenti*, à l'aide du balai électrique. Ce traitement nous a donné de bons résultats.

Nous avons aussi traité d'autres cas de topoalgie avec succès au moyen des injections de sérum artificiel.

#### CONCLUSION ET RÉSUMÉ.

Après cet exposé, toute question de régime alimentaire mise à part, nous pourrions résumer la thérapeutique des états neurasthéniques à ceci : "*Calmer le système nerveux, fortifier le malade.*"

Pour remplir cette double indication, on ne saurait trop le répéter, il faut peu compter sur les médicaments, car, l'organisme répond mal à leur action ; mieux vaudra s'en tenir au traitement hygiénique et moral, avec l'hydrothérapie rationnelle et l'électricité à l'intérieur.

Nous venons de décrire cette méthode de

traitement dans tous ses détails, et nous n'y reviendrons pas.

Nous ferons seulement remarquer que pour ce qui regarde l'application des agents physiques, tels que l'eau, l'électricité, etc., c'est surtout de leur association dans une médication mixte, complexe, ou chacun viendra apporter à l'organisme son excitation propre, que dépendra la guérison. Tout traitement unique, dit M. Guimbail, toute prescription d'un seul agent physique est d'avance stérile.

A maladie générale, multiple, traitements généraux et multiples.

Ceci revient à dire que la "*thérapie physique*" des états neurasthéniques devra se faire autant que possible dans un établissement spécial, capable de réaliser en même temps les meilleurs conditions de traitement physique, d'hygiène, de repos et d'isolement.

Contre l'*asthénie générale*, c'est-à-dire contre cette *insuffisance du potentiel nerveux*, on emploiera tous les stimulants de l'énergie nerveuse, à savoir l'hydrothérapie, l'électricité, les injections salines, les ferrugineux, les frictions, le massage.

Tous ces moyens sont excellents.

Les excursions, les voyages seront aussi d'un puissant secours, mais surtout au moment de la convalescence.

Voilà en résumé les moyens généraux qui conviennent à la plupart des cas ; on en variera, selon les circonstances, le mode d'emploi et les doses.

Maintenant si nous consultons nos observations personnelles, au nombre de 83, nous constatons que 62 cas de neurasthénies vraies ont été guéris radicalement au moyen de cette méthode de traitement. Dans 6 cas surtout, la guérison a été rapide et remarquable.

Un point important à noter dans ces observations, c'est que la plupart des malades, avant de s'adresser à nous, avaient subi sans résultat appréciable les traitements les plus variés (repos, isolement, voyages, etc.) ; c'étaient donc des cas rebelles.

Comme améliorations importantes, nous avons relevé 19 cas, dont 6 étaient pour ainsi dire guéris.

Mentionnons aussi deux insuccès complets chez deux malades à hérédité nerveuse fort chargée.

La durée du traitement a été en moyenne de 2 à 5 mois ; en général la guérison complète ne demande pas plus de 3 mois.

Ces résultats aussi remarquables qu'heureux, nous encouragent à préconiser la méthode qui nous les a valus ; méthode dont les éléments (*bain statique, douches écossaises, douches froides, affusions, injections salines, ferrugineux, psychothérapie*), ne sont pas nouveaux dans leur individualité, mais dont le groupement et l'application judicieuse au traitement de la neurasthénie nous ont parus supérieurs aux méthodes de systématisation exclusive préconisées par certains auteurs.

23 Avenue Laviolette, Trois-Rivières.

Remarques de M. le professeur BROCHU président général du Congrès de Québec, séance du 26 juin 1902.

Monsieur le professeur BROCHU félicite le docteur DeBlois de son travail très instructif, et corrobore entièrement tout ce qu'il vient de dire.

Il est heureux d'ajouter que le traitement préconisé par l'auteur est fondamental, puisé aux sources même de l'enseignement.

Il attache une grande importance au traitement psychique, et affirme que cette combinaison judicieuse de plusieurs agents physiques au traitement de la neurasthénie est excellente. C'est l'enseignement d'ailleurs qu'il donne à ses élèves à l'Université Laval.

Les brillants résultats obtenus par cette thérapie physique ne sont pas des effets de suggestion comme on se plaît si souvent à le dire.

Il a pour sa part traité un grand nombre d'états neurasthéniques par le traitement hygiénique et moral, avec les douches écossaises, les douches froides, les injections de sérum artificiel, l'électricité statique, etc., et dans l'immense majorité des cas, ce mode de traitement lui a donné la plus entière satisfaction. Même dans le cas de neurasthénie héréditaire, il a employé le même traitement avec des résultats surprenants.

## Revue des journaux

### MEDECINE

Les ventouses scarifiées

par M. le prof. G. LEMOINE.

Définition.—C'est une application de ventouses

sèches accompagnée d'un écoulement sanguin déterminé par des scarifications cutanées; la scarification étant une incision superficielle et peu étendue.

Technique.—On commence par faire une application de ventouses sèches, après avoir préalablement lavé à l'eau savonneuse tiède et lotionné à l'alcool et au sublimé la région désignée. Dès que l'on constate la production de la tuméfaction et de la congestion sous l'influence des ventouses sèches, on prépare l'instrument scarificateur, bistouri au rasoir de préférence, et l'on procède à la scarification exclusivement au niveau des portions du tégument soulevées et congestionnées, en tenant l'instrument à la façon d'un archet.

Les ventouses étant enlevées, l'opérateur placé du côté convenable, à gauche, s'il s'agit de scarifier le dos, à droite du malade s'il s'agit du ventre, saisit l'instrument de la main droite, et, tendant la peau de la main gauche, il incise rapidement et superficiellement dans l'aire de la calotte tuméfiée. Le sang coule presque aussitôt, par gouttelettes séparées, puis en minces filets qui finissent par se réunir; un aide l'essuie aussitôt en aval de la plaie.

Les mêmes incisions sont faites sur chacun des emplacements de ventouses.

Il faut agir très rapidement, car l'effet dérivatif ainsi obtenu est d'autant plus énergique que les incisions sont faites plus vite après l'enlèvement des ventouses sèches; ce fait, d'ailleurs, s'explique très bien: la congestion déterminée par l'aspiration ne durant que peu de temps après la cessation de celle-ci. Les incisions doivent être faites parallèlement les unes aux autres à une distance de deux à quatre millimètres et ne doivent pas dépasser l'épaisseur du derme; dans certains cas, où la dérivation doit être assez énergique sur une petite surface, il faut, après avoir scarifié dans un sens, recommencer la scarification au niveau de la même calotte, dans un sens sensiblement perpendiculaire au premier.

Faut-il, après la scarification, laisser simplement couler le sang ou remettre des ventouses au niveau des zones inasées ?

Les avis sont partagés sur ce sujet. J'estime pourtant que la seconde façon de faire possède une supériorité sur la première. En effet, elle augmente l'effet dérivatif en augmentant le taux de l'émission sanguine; elle en prolonge la durée et, troisième avantage, qui tout en étant d'un autre genre n'en a pas moins son importance, elle supprime la manoeuvre nécessaire par l'issue du sang, qui, sans essuyage, irait souiller le lit du malade.

Quand on veut faire suivre les scarifications d'une nouvelle application de ventouses, il faut procéder de la façon suivante: on enlève comme première ventouse celle placée dans la partie la plus déclive, on en scari-

fié la base et, très rapidement, on la remet en place; on passe ensuite à celles situées sur le même plan horizontal, puis à celles placées plus haut. Comme le sang ne s'écoule pas immédiatement après la scarification, on arrive, en allant vite, à scarifier presque à blanc sans observer de filet de sang; celui-ci se collecte dans les ventouses, puis se coagule. Au bout de quelques minutes, trois à six le plus souvent, le suintement sanguin s'arrête spontanément: il ne persiste qu'au niveau des points où l'incision a été plus profonde. On enlève alors les ventouses. L'application est terminée. On la fait suivre d'un pansement antiseptique: gaze boriquée, ouate aseptique et ceinture de corps.

L'emploi d'un simple bistouri ou mieux, d'un rasoir m'a toujours paru préférable à celui des instruments plus ou moins compliqués, connus sous les noms de scarificateurs de Bondu, de Gilgencrantz, de Sarlandière, d'Heurteloup, etc., de sangsue artificielle, de bdellomètre; ces appareils sont d'un maniement quelquefois difficile; en outre, on ne peut en mesurer les effets aussi exactement qu'on le fait avec le bistouri et il est toujours difficile de les nettoyer et de les stériliser.

Mode d'action.—Avec une application de ventouses scarifiées, on ajoute, à l'effet dérivatif des ventouses sèches, l'effet spoliatif déterminé par une émission sanguine locale. La ventouse scarifiée agit, par conséquent, non seulement sur la répartition du sang, mais encore sur sa masse. Il résulte de cette double action une diminution de tension au niveau des veines du réseau vasculaire, assurant la circulation au point d'application des ventouses scarifiées; la tension veineuse diminuant, la stase sanguine qui accompagne toute inflammation diminue aussi. Conséquemment à cette diminution de la stase veineuse et de la tension veineuse, la circulation se fait mieux et les phénomènes inflammatoires, tels que la formation d'exsudats et la douleur, sont très heureusement modifiés. Ces effets retentissent sur les organes sous-jacents avec une intensité variable, suivant la richesse des anastomoses vasculaires qui les unissent à la peau; ils se traduisent généralement par une décongestion plus ou moins accusée.

L'action générale des ventouses scarifiées est peu marquée, car la perte sanguine est toujours peu importante et se fait lentement. Elle se traduit, dans certains cas, comme dans la pneumonie, par une diminution de la fièvre et par l'atténuation des phénomènes d'excitation et de fatigue liés à la douleur locale, que les ventouses scarifiées font souvent disparaître.

Indications thérapeutiques. — L'indication des ventouses scarifiées se présentent souvent; d'une façon générale, elle doit être posée toutes les fois que l'on doit lutter contre une menace congestive assez accen-

tuée, chez des sujets dont l'état général ne permet pas de recourir à la saignée générale.

Pneumonie.—L'emploi des ventouses scarifiées est souvent très utile. Chez les individus assez âgés, légèrement pléthoriques, atteints d'une forme congestive de pneumonie, les ventouses scarifiées doivent être appliquées le plus possible au début de la maladie.

On posera un nombre variable de ventouses, 6 à 12, au niveau du poumon malade, et plus particulièrement à l'endroit du souffle et de la matité; cette application sera faite en arrière dans la plupart des cas, et ne sera faite en avant que si les signes de l'affection sont manifestement beaucoup plus accentués en avant qu'en arrière. Après la scarification, on reposera les ventouses sur le thorax; de cette façon on déterminera une dérivation assez marquée et une saignée locale suffisante pour combattre la congestion.

Sous l'influence de cette médication, le point de côté diminue, la dyspnée s'amende, la ventilation pulmonaire augmente et souvent on observe un abaissement de la température, qui peut aller jusqu'à un degré.

Congestion pulmonaire.—Certaines formes de congestion évoluant chez des individus jeunes, résistants, à tempérament sanguin, indiquent formellement l'emploi des ventouses scarifiées; c'est ainsi que la congestion pulmonaire idiopathique, la congestion d'origine grippale, la congestion des artério-scléreux et des brightiques devront être traitées par ce moyen. Contre la congestion pulmonaire brightique, il est absolument nécessaire de recourir aux émissions sanguines locales chez les individus dont l'état général ou l'âge avancé contre-indique la saignée générale; dans ce cas, on appliquera sur la poitrine un nombre assez considérable (une quinzaine environ) de ventouses que l'on reposera après la scarification.

Pleurésie.—L'indication des ventouses scarifiées doit être posée toutes les fois qu'il existe un point de côté très violent et que le malade est assez vigoureux. La pleurésie diaphragmatique, en particulier, en indique presque toujours l'emploi de même que la pleurésie puerpérale.

Péricardite aiguë.—Les ventouses scarifiées doivent être employées toutes les fois que la dyspnée est vive et suffocante à la période de début avant la constitution de l'épanchement. L'application doit comprendre un petit nombre de ventouses, 3 à 6, appliquées au niveau de la région précordiale; elle sera répétée tous les 3 ou 4 jours, tant qu'il existera des phénomènes aigus.

Myocardite aiguë.—Quand la douleur précordiale est très vive à la phase de début, c'est-à-dire d'érythisme cardiaque, il est indiqué d'appliquer une ou deux ventouses scarifiées et de répéter cette applica-

tion si la douleur persiste aussi intense.

Endocardite aiguë.—L'indication précédente se retrouve ici dans les mêmes circonstances; quand la tachycardie et la douleur précordiale sont très marquées, les ventouses scarifiées doivent être appliquées en petit nombre, 2 à 4. Elles donnent, dans le traitement de cette maladie, des résultats supérieurs à ceux obtenus par les autres médications externes.

Péritonite puerpérale.—Appliquées au début de la péritonite puerpérale, les ventouses scarifiées ont donné de bons résultats à Hervieux: " Sous leur influence, et dans les cas les plus graves, les plus inévitablement mortels, le phénomène douleur, qui joue un si grand rôle dans la série des accidents caractéristiques de cette horrible maladie, était toujours considérablement atténué et suivi d'un soulagement très sensible. Le météorisme abdominal subissait du même coup un amoindrissement notable. Dans le traitement curatif de la péritonite puerpérale, elles constituent un auxiliaire puissant, dont l'absence ne pouvait être remplacée que très imparfaitement par les sangsues, et qui n'exposent jamais, comme celles-ci, à des hémorragies regrettables."

Arthrites puerpérales.—Les phénomènes douloureux sont très heureusement influencés par une application de ventouses scarifiées.

Congestion hépatique.—La congestion hépatique qui apparaît à la suite des maladies infectieuses ou consécutivement à des troubles gastro-intestinaux exige quelquefois l'emploi des ventouses scarifiées. Cette indication doit être satisfaite chaque fois qu'il existe de vives douleurs au niveau du foie et que l'état général du sujet ne s'oppose pas à une déperdition sanguine, car dans la plupart des cas, l'application des ventouses doit être répétée. On appliquera ici une dizaine de ventouses couvrant l'hypochondre droit depuis le rebord costal jusqu'à la fosse iliaque.

Congestion splénique.—L'indication des ventouses scarifiées est assez rare dans le traitement de cette affection; néanmoins elle est susceptible de rendre de grands services chez les paduléens jeunes, non anémiés, atteints de congestion graves ne cédant pas aux ventouses sèches.

Néphrite aiguë.—Les ventouses scarifiées ne sont indiquées que lorsqu'il existe une contre-indication à l'usage de la saignée générale. En effet, le traitement véritablement héroïque de la néphrite aiguë grave avec urémie est la saignée au pli du coude, mais si l'âge du sujet ou sa faiblesse s'oppose à l'emploi de cette médication, il faut, dans les cas graves, avoir recours aux ventouses scarifiées, largement appliquées au niveau de la région lombaire, de chaque côté de la colonne vertébrale.

Nous avons dit ailleurs que la circulation du rein subissait, plus que celle des autres organes, les modifications vasculaires du tégument susjacent; ceci nous permet de comprendre l'action très efficace des émissions sanguines locales vis-à-vis des manifestations de la néphrite aiguë.

Dans ce cas, les ventouses devront être appliquées en grand nombre, une vingtaine environ, dix de chaque côté; les scarifications seront faites assez profondément, car ici, il vaut mieux faire couler trop de sang que pas assez, et, en outre, on scarifiera dans les deux sens, au niveau de l'emplacement de chaque ventouse.

On pourra ainsi faire une saignée locale d'une quantité suffisante pour enrayer la marche de la maladie. Si les symptômes ne s'amendaient pas après une première application, on serait parfaitement autorisé à la recommencer aussi largement le lendemain et pendant trois ou quatre jours, à la condition expresse de replacer le liquide sanguin soustrait à l'organisme, par une quantité équivalente de sérum artificiel.

Myélites aiguës diffuses.—Les ventouses scarifiées réussissent très bien contre l'élément congestif qui accompagne toujours l'élément infectieux. Il faut les appliquer le long du rachis, à des intervalles assez rapprochés, tous les quatre à six jours environ, tant que durent les phénomènes aigus: douleurs dorsales, irradiations douloureuses, contractures.

Contre-indications.—Elles sont déterminées par la spoliation sanguine; aussi, les ventouses scarifiées seront contre-indiquées chez les malades très affaiblis, chez les convalescents d'affections hémorragiques, chez les hémophiliques, les jeunes enfants et les vieillards.

## CHIRURGIE

### Sarcome primitif du vagin chez l'enfant

par M. RABE.

Il s'agit d'une enfant de 16 mois, se plaignant depuis un mois de violentes douleurs dans le bas-ventre, d'apparition intermittente, et accompagnées de fréquence et de difficulté dans les mictions. L'examen de la région vulvaire décèle immédiatement l'existence, au niveau du vestibule, d'une masse charnue, du volume d'une petite noisette, de coloration gris rosé, qui semble s'engager dans le méat, et le diagnostic de polype de l'urètre est d'abord porté. Mais le cathétérisme de l'urètre est facile et une inspection plus attentive montre que la tumeur émerge de l'orifice du vagin, dont la cavité est distendue et boursée de masses charnues, analogues d'aspect et de consis-



tance à celle qui faisait saillie au dehors. En aucun point il n'y a traces d'ulcération. Il fut assez facile de sectionner, avec la pointe de ciseaux courbes, cette grappe charnue près de son point d'implantation. On retira une tumeur en grappe, de volume relativement considérable, formée d'éléments de consistance molle, de coloration gris perle, rappelant exactement l'aspect des polypes muqueux des fosses nasales. L'examen histologique montra la nature sarcomateuse de cette tumeur, qui d'ailleurs récidiva rapidement, si bien que le chirurgien dut, quelques jours plus tard, faire après laparotomie, l'ablation de l'utérus et du vagin; l'utérus était indemne, mais tout le vagin de son insertion au col à l'extrémité inférieure était hérissé de végétations granuleuses, pouvant faire croire à une dégénérescence papillomateuse diffuse de la muqueuse. L'enfant mourut au sixième jour de broncho-pneumonie, et l'autopsie permit de constater l'absence de participation de la vessie et du rectum à la dégénérescence cancéreuse, et la persistance d'un segment de la paroi vaginale, haut de 5 à 6 millimètres, resté adhérent au pourtour de l'orifice inférieur, et tapissé par des végétations sarcomateuses, amorces d'une récurrence. La malignité du sarcome s'est traduite ici d'emblée par une aptitude fâcheuse à gagner en superficie. La totalité de la muqueuse vaginale participait à la dégénérescence et cette diffusion de la tumeur rendait illusoire toute intervention chirurgicale.

#### De la résection sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductibles de la hanche

par M. G. GAYET.

Il résulte de l'étude des observations réunies par l'auteur que la reposition sanglante de la hanche est une excellente méthode qui a fait ses preuves et qui mérite de devenir le traitement classique des luxations anciennes et irréductibles.

Peu grave par elle-même, elle donne des résultats bien supérieurs aux autres méthodes: parfois restauration fonctionnelle idéale, presque toujours mobilité permettant une marche à peu près normale; c'est celle qui combat le mieux le raccourcissement du membre et le supprime souvent.

La reposition sera possible dans la plupart des cas à condition qu'on utilise une bonne technique. L'incision externe sur le trochanter sera presque toujours suffisante, contrairement à ce qu'on craignait jusqu'ici. Les mêmes règles s'appliquent au traitement des luxations pathologiques consécutives aux maladies aiguës, leurs lésions étant remarquablement

semblables à celles des luxations traumatiques. Par contre, dans les luxations traumatiques, la reposition trouvera rarement ses indications en raison de l'état général, des altérations osseuses et des dangers de réveiller le processus mal éteint. Elle pourra rendre des services cependant dans certains cas bien déterminés.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

#### Les tractions rythmées de la langue contre l'intoxication oxycarbonee

M. Laborde, à propos de la mort de M. Zola par l'oxyde de carbone, rappelle que dans ces intoxications le décès a lieu par asphyxie. Or, pour lutter contre celle-ci, aucun moyen n'est aussi simple et aussi sûr que les tractions rythmées de la langue. M. Laborde rapporte à ce propos des cas d'intoxication grave par l'oxyde de carbone où cette méthode a fait merveille. Il montre que, dans des faits où les inhalations d'oxygène et les injections d'éther sont restées sans effet, les tractions rythmées de la langue ont fait réapparaître les phénomènes mécaniques de la respiration qui ont permis la ventilation pulmonaire et la reprise de l'hématose.

M. Bourquelot lit un très important rapport sur les travaux de la conférence internationale de Bruxelles pour "l'unification des formules des médicaments héroïques."

(Ibid)

#### Traitement de l'hydrocèle par le chlorure de zinc

Voici le procédé indiqué par M. Fieux dans sa thèse inaugurale (Lyon 1902).

Les précautions antiseptiques ordinaires étant prises, on commence par ponctionner l'hydrocèle avec l'aiguille de la seringue et par retirer une quantité de liquide variable suivant le volume de la tumeur. Si l'on a affaire à une hydrocèle très volumineuse, il faut retirer une certaine quantité de liquide, 50, 100 grammes, ou même plus: si elle est de volume moyen, 20 à 30 grammes suffisent; enfin si c'est une petite hydrocèle, quelques gouttes suffisent. Dans ce dernier cas, on peut même s'abstenir de toute évacuation, à moins que la tumeur ne soit très tendue. L'évacuation préalable a pour but de diminuer la tension du liquide de l'hydrocèle et de permettre ainsi que la solution de chlorure de zinc se mêle mieux à ce liquide et arrive plus facilement au contact des différents points de la paroi de la poche.

Cela fait, on injecte alors, suivant le volume de

l'hydrocèle, de un quart à une seringue de Pravaz, d'une solution de chlorure de zinc au dixième. Mais, on doit ici faire une recommandation: il est très important, pour avoir un bon résultat, que la solution soit préparée depuis peu; il est même préférable que, pour chaque nouvelle injection, on fasse préparer une nouvelle solution. En effet, le chlorure de zinc en solution aqueuse s'altère un peu à l'air; il se forme une certaine quantité d'oxychlorure de zinc qui précipite et qui se dépose dans le fond du flacon; de sorte qu'au bout d'un certain temps la solution employée devient moins riche en chlorure de zinc, dans la proportion de 7 pour 100 environ. Il faut aussi employer du chlorure de zinc sec et de l'eau distillée et bouillie. Perrier insiste, avec juste raison, sur les détails de préparation de la solution; il en faut très peu pour chaque injection, M. Fieux conseille la formule suivante :

Chlorure de zinc... . . . . . 1 gr.  
Eau distillée et bouillie... . . . . . 10 gr.

L'injection ne doit pas être poussée brusquement, mais très lentement, goutte à goutte, en faisant varier l'aiguille, en la dirigeant dans tous les sens, pour faire la vaginale et on continue un peu ces malaxations de la vaginale. En même temps, on malaxe doucement après l'injection.

Cette petite intervention facile à mener à bien, pour éviter le mélange de la solution injectée au liquide même sans beaucoup d'habitude, n'est pas plus douloureuse qu'une injection de morphine, du moins au moment où on la fait. Nul besoin d'injection de cocaïne préalable; on n'a à redouter ni syncopes, ni convulsions. La piqûre du testicule ou l'hématocèle traumatique ne sont pas à craindre non plus; enfin nul risque de la pénétration du médicament dans le tissu cellulaire du scrotum.

Les suites varient un peu. Ordinairement, la réaction est très peu prononcée, et le séjour au lit inutile. Cependant il est plus sage de faire garder le lit au malade pendant deux ou trois jours. En général, peu après l'injection le patient ressent quelques douleurs, peu vives d'ailleurs, dans la région testiculaire, s'irradiant le long du cordon vers l'abdomen; dans un certain nombre de cas, les malades n'ont ressenti aucune douleur. Il peut y avoir un peu de rougeur du scrotum, qui donne au malade la sensation d'être plus volumineux et plus lourd. Dans deux cas, la réaction s'est traduite par une nouvelle formation de liquide, d'où augmentation de volume de l'hydrocèle pendant les deux ou trois jours qui ont suivi l'injection. Mais la guérison, dans ces cas, n'en a pas été moins rapide.

Tous ces phénomènes s'atténuent rapidement en

trois ou quatre jours, et le volume de la tumeur commence à diminuer; en un temps qui varie de quinze à vingt jours, en moyenne, la guérison est à peu près complète.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

### Corps étrangers métalliques dans les tissus et dans les cavités

par M. H. FOLLET.

Dans les plaies cavitaires du crâne et du thorax, comme dans les plaies des membres, il ne faut pas sacrifier aux préjugés vulgaires sur la nocivité du projectile en lui-même et sur la nécessité de procéder, à travers de graves dangers, à sa recherche et à son extraction. Ici comme aux membres, il sera plus profitable au malade de favoriser l'enkystement silencieux. Si l'on ne peut obtenir ce résultat, l'intervention sera indiquée, plutôt pour parer aux accidents, évacuer des collections purulentes, etc., que pour procéder à l'extraction même du corps métallique qui, d'ailleurs, peut s'éliminer avec les collections auxquelles on donne issue. Ces interventions secondaires sont souvent très graves.

En ce qui concerne les blessures abdominales, mes conclusions sont absolument différentes, et la conduite à tenir sera radicalement opposée. Toute temporisation doit être écartée et l'intervention primitive, immédiate, érigée en système absolu, non pour chercher le projectile, mais pour prévenir des accidents mortels, inévitables si l'on n'opère pas tout de suite.

### Trepanation pour troubles consécutifs à une fracture ancienne du crâne

par A. BROCA.

(Suite et fin)

### III

L'intervention secondaire d'une méningite adhésive nous rend compte, en outre, de l'état local du crâne au niveau de l'ancienne fracture.

A ce niveau, un peu en arrière et au-dessous de la petite cicatrice, la partie postérieure et inférieure du pariétal gauche est enfoncé sur une surface large à peu près comme une pièce de 5 francs et là vous sentez sous le doigt une bande dépressible, courbe à concavité inférieure, large d'environ 1 centimètre sur 3 à 4 de long. C'est bien là une perte de substance de la boîte crânienne, car les battements systoliques du cerveau y soulèvent notre doigt, et même vous voyez les

battements sans rien toucher, si vous regardez la région à jour frisant.

Il vous paraîtra sans doute tout à fait simple d'expliquer la formation de ce trou par la perte d'un morceau d'os au moment du trauma, que cet os ait été enlevé primitivement, ou qu'il se soit secondairement nécrosé. Mais je ne crois pas que cette opinion soit justifiée. La plaie a sûrement été petite; la cicatrice n'adhère pas à l'os et siège à 2 bons centimètres audessus et en avant de la fente osseuse; en dehors d'elle, il n'y a aucune trace d'une intervention opératoire, dont la mère n'eût d'ailleurs pas perdu le souvenir, pas plus qu'elle n'aurait pu ignorer une suppuration prolongée avec issue d'esquilles. Ces constatations rendraient, chez l'adulte, les choses incompréhensibles, tandis qu'ils vont très bien avec ce que nous savons sur les fissures de la boîte du crâne chez l'enfant en bas âge.

En principe, la consolidation osseuse des fractures du crâne est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte; et en fait elle est souvent observée. Mais dans le tout jeune âge, audessous de deux ans, alors que l'ossification crânienne est encore d'une moindre solidité, alors que le jeu des sutures leur permet de se laisser distendre excentriquement sous l'action de l'expansion cérébrale, un phénomène analogue, bien analysé dès 1883 par Weinlechner et en 1886 par Lannelongue, peut se passer au niveau des fissures accidentelles des os de la voûte. Au lieu de se combler comme il est de règle, la fissure s'élargit peu à peu. Vous comprenez que l'intervention du rachitisme — nulle et d'ailleurs inutile dans le cas particulier — puisse prolonger de quelques mois la période pendant laquelle cette modification est possible.

Voilà déjà un premier point, mais ce n'est pas le seul.

Tandis que chez l'adulte le périoste est assez fortement adhérent à la face externe des os de la voûte et que la dure-mère est au contraire facile à en décoller, l'inverse s'observe chez l'enfant: d'où ce fait, qu'aujourd'hui je me borne à constater, que la dure-mère est la plupart du temps déchirée le long de la fente osseuse, que les bords de cette fente viennent contusionner l'écorce et qu'à travers cette solution de continuité de l'os et de la dure-mère le liquide céphalorachidien, mêlé de plus ou moins de sang, vient s'accumuler sous le périoste intact qu'il décolle. D'où une tumeur liquide, très volumineuse parfois, qu'on appelle la céphalohydrocèle traumatique.

Que devient cette tumeur? Cela dépend des os. Quelquefois il ne s'établit pas d'adhérence entre les méninges et la brèche osseuse, en sorte que, la communication restant libre, la collection sous-périostée de liquide céphalo-rachidien de se renouveler dans la

poche extra-cranienne, de façon que la tumeur se résorbe, et qu'il reste seulement une fissure, peu à peu élargie, au fond de laquelle on sent battre le cerveau.

Mais cela ne va pas sans des altérations concomitantes du cerveau dont l'inflammation chronique, quelquefois progressive, peut aboutir à des lésions très graves, et même à la porencéphalie traumatique. Il y a un degré auquel les lésions ne sont plus susceptibles d'amélioration et le sujet est voué à des infirmités physiques et psychiques plus ou moins accentuées, parfois peu à peu aggravées.

Je m'en tiens, pour aujourd'hui, à ces quelques notions sur la céphalohydrocèle traumatique: il fallait vous les donner, puisque les lésions que vous constatez au crâne doivent vous être expliquées, mais je n'entre pas dans de plus longs développements, car l'intérêt principal de l'observation est de discuter l'opportunité et les résultats possibles d'une intervention chirurgicale.

#### IV

Tout à l'heure je vous ai dit, en passant, que la gravité immédiate, "quoad vitam," des traumatismes cérébraux paraissait être moindre chez l'enfant que chez l'adulte. Au rebours, les troubles psychiques éloignés semblent plus à redouter. On affirme bien, sans doute, que certains enfants, jusque-là peu intelligents, ont dû à une violence sur la tête leur supériorité cérébrale ultérieure; et on a coutume, à l'appui de cette assertion, de citer Grétry et le père Mabilion. A supposer que ce ne soit pas là une de ces légendes dont on entoure volontiers l'enfance de ces hommes marquants, c'est en tout cas une exception. Ce n'est pas à cet équilibre cérébral harmonieux que fait allusion le "coup de marteau" par lequel le vulgaire caractérise volontiers l'état psychique de certains hommes: et, à la moyenne, c'est sûrement le vulgaire qui a raison. Car souvent les sujets blessés gravement à la tête présentent à la suite, à une échéance très variable, des accidents très variés: paralysies motrices ou sensorielles, folie, épilepsie, idiotie. Il n'est pas surprenant que la fréquence de ces accidents soit plus grande chez l'enfant, car chez le sujet jeune les fonctions cérébrales sont en voie de formation, de coordination, d'évolution. Pour toutes se passe, à un degré et en une forme variables, ce que j'ai cherché à vous faire comprendre pour la surdité. L'avenir est surtout compromis lorsqu'aux lésions traumatiques initiales se sont surajoutées des lésions irritatives secondaires; ou lorsque sur le cerveau une compression s'exerce de façon permanente.

Chez notre malade, la compression est nulle ou à peu près. L'enfoncement léger, en assez large surface, que je vous ai décrit n'a pas grande importance

et par contre la fissure peu à peu élargie donne du jeu au cerveau; de même que lui en donnent les sutures d'autant plus souples, les os d'autant plus malléables que le sujet est plus jeune. Mais sur la jolie radiographie que M. Infroit a faite et que je mets sous vos yeux, on voit au niveau de l'enfoncement une sorte d'ombre triangulaire qui nous permet de nous demander s'il n'y a pas un fragment qui s'est engagé sous les bords de la fissure principale, de même que certains glaçons filent sous la couchè intacte autour des points où l'on brise la glace sur un lac. Je ne crois pas beaucoup à cette hypothèse, mais elle n'est pas impossible, et c'est un motif pour trépaner, de façon à ne sûrement pas laisser contre l'écorce cérébrale une semblable cause d'irritation.

D'autant mieux que, si je ne trouve pas ce fragment, je suis à peu près sûr de pouvoir détruire entre l'os, les méninges, l'écorce cérébrale, les adhérences qu'y a laissées la méningite. J'élargirai la brèche osseuse jusqu'à rencontrer la dure-mère saine, et cette libération du cerveau ne peut qu'être utile.

A quoi aboutirai-je? Je n'en sais absolument rien. Toute promesse pour l'avenir est imprudente quand on entreprend une trépanation pour accidents d'origine traumatique, même quand les symptômes nets sont en relation avec des lésions extérieures qui les expliquent sans difficulté. A plus forte raison ne puis-je m'engager à rien dans un cas dont l'interprétation clinique est des plus obscures.

Le seul phénomène paralytique constaté est la surdité. Je crains de ne rien pouvoir contre elle: non point parce qu'elle a été tardive et parce qu'elle est déjà assez ancienne; certaines paralysies motrices ayant eu ces allures ont donné au chirurgien de fort beaux résultats, et je vous rappellerai quelques observations de Hammond, Bennett, Boinet et Février.

En principe, notre criterium pour établir l'indication opératoire dans les cas de ce genre est la présence ou l'absence de signes cliniques propres à la dégénération secondaire descendante des tubes nerveux dépendant des centres encéphaliques lésés. Pour les paralysies motrices, je n'ai pas besoin de vous rappeler la valeur sémiologique de la contracture secondaire; avec elle va de pair, pour le nerf optique, l'atrophie dont nous pouvons juger, par l'examen ophtalmoscopique, au niveau de la papille. Mais pour le nerf auditif, rien de semblable n'est à notre disposition: et c'est encore bien pis lorsque, comme ici, nous ne pouvons même pas déterminer si la paralysie est centrale ou périphérique, lorsque nous sommes incapables de dire pourquoi cette paralysie, si localisée, est bilatérale et non unilatérale.

Nous devons donc considérer notre cas comme un de ceux où nous ne sommes guidés par aucune

paralysie localisée. Les vraies indications, c'est la modification du caractère devenu hargneux, c'est la gêne, le manque de solidité de la marche, c'est l'ensemble de ces phénomènes qui me fait soupçonner que la déchéance cérébrale constatée tient pour une bonne part aux reliquats de la méningite non supprimée survenue quelques jours après la fracture. Il est très possible que même pour cela, nous n'obtiendrons pas grand'chose: aussi n'aurait-on jamais songé à opérer avant l'avènement de l'antiseptie. Mais aujourd'hui nous sommes à peu près sûrs, si nous n'améliorons pas le malade, de ne pas le tuer et même de ne pas aggraver son état. D'où cette conclusion, radicalement inverse de celle à laquelle arrivaient volontiers nos pères: "Dans le doute, ne t'abstiens pas."

C'est pour cela que je vais opérer. La mère est bien avertie que nous ne répondons de rien, que nous espérons cependant une amélioration du caractère et de la marche; que la surdité, au contraire, nous semble irrémédiable. Elle nous a donné carte blanche, et elle a eu raison, car malgré toutes ces incertitudes la trépanation est le seul moyen à notre disposition pour limiter un peu les tares cérébrales, déjà commençantes, dont son enfant est menacé. Et, si, malgré cela, il reste sourd et devient peu à peu idiot épileptique, ma conviction formelle est que l'opération n'y aura été pour rien.

## V

L'opération a été pratiquée le 20 juin 1902, M. Pozzi voulant bien me servir d'aide. Après incision cruciale, j'ai d'abord vu que sous l'ancienne cicatrice il y avait quelques cheveux enkystés dans la profondeur contre la surface du cerveau, où un tissu fibreux assez dur adhérait à la fois à la peau, à l'écorce cérébrale et aux bords de la fissure osseuse. Il n'y avait pas de fragment osseux enfoncé dans la substance cérébrale. Les bords osseux ont été libérés, puis largement réséqués à la pince-gouge, jusqu'à reposer sur la dure-mère saine; les tissus morbides ont été le plus possible, dans l'aire de la trépanation, excisés aux ciseaux courbes. Réunion sans drainage.

La réunion immédiate a été obtenue sans alerte, rien n'a été à noter dans les suites opératoires. Les fils ont été coupés au huitième jour, et l'enfant a quitté l'hôpital dans les derniers jours de juillet. Il était certainement amélioré, m'a écrit M. Beausse, chef de clinique, en ce sens qu'il pouvait marcher seul et même courir, qu'il n'avait plus les mêmes colères qu'auparavant, que son caractère était moins hargneux. Mais la surdité n'était en rien modifiée.

(Gaz. méd. belge)

## OBSTETRIQUE

### Malformation du vagin et de l'uterus accompagnée d'hematometrié et d'hematocolpos supérieur. Hystérectomie abdominale totale.

E. VILLAR (de Bordeaux)

Il y avait chez ma petite malade absence de la partie inférieure du vagin, atrésie plus ou moins complète du colutérin, un petit hémato-colpos dans la partie supérieure du vagin, l'hématométrie; les ovaires et les trompes étaient bien développés.

Il eût été dangereux de poursuivre l'opération par la voie vaginale; mieux encore, il eût été impossible de pratiquer une opération utile par cette voie.

L'hystérectomie abdominale pouvait seule donner un résultat satisfaisant.

D'après ce que j'ai lu et en tenant compte de mon cas personnel, je suis porté à croire que bien souvent la voie vaginale devra forcément céder le pas à la voie abdominale, dans le traitement des malformations vagino-utérines.

En effet, plus d'une fois l'intervention par voie vaginale sera impraticable, inutile ou dangereuse.

Bien des malades qui ont succombé à une opération vaginale auraient guéri après laparotomie.

On devra toujours s'efforcer de faire un diagnostic aussi complet que possible. On pourra ainsi, dans les cas come le mien, s'adresser directement à la voie abdominale.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## Therapeutique et Matiere Medicale

### Traitement des vertiges optique dans la pratique journaliere

M. le Dr Lapeyre, de Fontainebleau, publie, dans le "Journal de méd. et de chir., de Lucas-Championnière la très curieuse observation suivante:

Les vertiges provenant d'une lésion de l'oreille sont très fréquents dans la pratique journalière. Assez souvent, leur origine est méconnue, bien plus souvent encore attribuée à un trouble d'un autre organe, l'estomac, les yeux, etc.

Cette cause d'erreur de diagnostic provient sans doute de ce que le médecin non spécialiste est beaucoup plus "près" des malades relevant de la médecine générale que des maladies de l'oreille. Et cela, non seulement parce qu'il est plus habitué à les soigner, mais surtout parce qu'il se sent beaucoup plus à

même de lutter contre une gastrite, par exemple, que contre une otite moyenne.

C'est une loi de psychologie qui nous incite à croire que c'est l'ennemi contre lequel nous nous sentons le mieux armé que nous rencontrerons le plus souvent sur notre route.

Et cependant il ne serait pas téméraire d'affirmer que la plus grande partie des vertiges proviennent d'une lésion de l'oreille.

Dans la pratique journalière, et c'est surtout à ce point de vue-là que je me place, il importe au médecin de pouvoir se rendre compte s'il est à même de pouvoir soigner la cause de ce vertige, ou si, au contraire, il a devant lui un malade dont l'affection doit être traitée par un spécialiste.

Si le malade est une personne âgée, à tendance à l'artério-sclérose, si dans son passé pathologique on ne relève aucun accident qu'on puisse incriminer (chute sur la tête, opération de l'oreille moyenne, insolation, coup de froid, ou bien encore bougirage des trompes ou insufflation à la Politzer intempestivement ordonnés), s'il n'y a pas de syphilis, on peut diagnostiquer qu'une otite moyenne est la cause des vertiges.

De plus, ce vertige a des caractères particuliers qui permettent de le distinguer des vertiges provenant d'autres organes.

C'est habituellement une sorte de tournoiement qui commence subitement sans prodromes. Il est souvent accompagné et précédé de bourdonnements dont l'intensité, comme l'a décrit Ménière, augmente au moment des vertiges. Tout à coup, les choses environnantes paraissent bouger; les unes tournent sur elles-mêmes, les autres, semblent s'enfoncer en terre ou se dresser devant soi. Souvent survient un état nauséux, qui peut aller jusqu'au vomissement.

Quelquefois ces vertiges sont provoqués par un changement de position. Le malade, étant assis, se lève et aussitôt il est pris d'un balancement et d'une sorte de "tantage" à grandes oscillations, plus inquiétantes encore pour l'entourage que pour le malade lui-même habitué aux inconvénients de sa maladie.

Contrairement aux vertiges des neurasthéniques, la question du lieu n'intervient pas.

La durée de ces vertiges est généralement assez courte, 5 à 10 secondes, et, malgré leur caractère de chronicité ils ne subissent pas beaucoup d'aggravation. L'état semble rester stationnaire.

Ce genre de malades peuvent très bien être traités par leur médecin habituel et cela par des moyens très simples.

Je mets en première ligne les massages du tympan.

Il est inutile de se servir des masseurs spéciaux (masseurs Symol ou analogues): en se plaçant toujours au point de vue pratique on a tout intérêt à simplifier encore l'instrumentation et à les remplacer par un tube de caoutchouc muni de deux embouts; autrement dit un tube otoscope avec deux oreillons, dont l'un est en verre, l'autre en cuir bouilli, pour ne pas les confondre.

Le malade met l'un des deux oreillons dans sa bouche, et l'autre dans l'une des deux oreilles, celle où il accuse généralement des bourdonnements.

Matin et soir, on fait 8 à 12 succions énergiques. Si l'oreillon placé dans l'oreille est suffisamment obturateur, le malade perçoit nettement l'effet qu'il produit sur son tympan.

Ce traitement bien souvent m'a amené des guérisons radicales, ou tout au moins de grosses améliorations.

Voici deux observations que je tiens à citer comme très typiques:

M. C..., âgé de 68 ans, très bonne santé: sans antécédents personnels intéressants, est pris un jour, en faisant une promenade, de troubles vertigineux qui l'inquiètent et lui font demander son médecin. Comme il était gros mangeur, on incrimine son estomac. Purgation, régime diététique. Les choses ne s'améliorent pas. Dix à douze jours après, nouveaux vertiges: ceux-là plus accentués, dans sa chambre, les murs, le parquet, les meubles, lui semblent danser une sarabande; il tombe à terre et les vomissements alimentaires paraissent.

Tout rentre dans l'ordre, lorsque quelques jours plus tard, dans une promenade, il est pris de ces mêmes troubles, et sentant que le sol "lui manque sous les pieds," il est obligé de s'asseoir pendant une demi-heure sur un tas de sable.

L'ayant vu à ce moment, je lui ordonne le massage avec le masseur Symol, et un mois après, les vertiges avaient cessé. Je fais continuer assez longtemps les massages, lorsqu'un jour l'instrument qui servait à les faire s'étant détérioré ils se trouvent supprimés par cette cause fortuite; 3 semaines après, les accidents avaient reparu.

2<sup>e</sup> Observation.—M. Z., âgé de 80 ans, est atteint de vertiges depuis 5 ou 6 ans. Un jour, étant sur une échelle, il fut pris de ces mêmes vertiges et fit une chute assez grave. Chez ce malade, les vertiges sont surtout provoqués par un changement de position. Étant assis, s'il se lève, il est pris d'un mouvement de tantage qu'il est obligé de s'agripper aux meubles. Ce vertige dure environ 3 à 5 secondes.

Un jour, j'assistais à une crise qui fut précédée d'une aura. Le malade poussa un cri, pâlit, et, comme pris subitement d'un état ébrié, chercha un appui; aucun changement du côté de l'ouïe avant ou après la crise, si ce n'est des bourdonnements. Je lui fais commencer les massages à l'aide du petit instrument en forme de tube otoscope muni de deux oreillons.

Huit jours après, il n'y avait aucune modification, mais je m'aperçus, en le faisant faire devant moi, que le malade se servait très mal de son appareil. Je lui appris moi-même à s'en servir et après une nouvelle semaine les vertiges avaient disparus.

J'ajoute que, chez ces deux malades, on ne pouvait accuser le traitement d'être suggestif, car tous deux étaient plutôt sceptiques et semblaient très peu disposés à croire à son efficacité.

J'ai donné à son dessein ces deux observations dans lesquelles je ne me suis servi que du massage du tympan, exclusivement. J'ai négligé le traitement par le salicylate, ou la quinine, ces traitements employés seuls ne m'ayant jamais donné de résultats aussi favorables.

Quant aux bougirages des trompes, l'insufflation à la Politzer, ou les autres traitements chirurgicaux, je considère qu'ils ne peuvent être employés que par le spécialiste, et il serait tout à fait téméraire à un médecin de vouloir se servir de ces moyens très délicats, s'il n'en avait, au préalable, fait une longue étude spéciale. Le massage du tympan peut et doit être fait par le malade lui-même.

(Le concours médical.)

#### De la position inclinée contre le mal de mer

Il y a longtemps que le Pr Terrier, dans de nombreuses conversations, nous a signalé les relations qui existent indiscutablement entre les effets du mal de mer et ceux de l'anesthésie chloroformique. Ayant remarqué, d'autre part, l'influence de la position inclinée à la Trendelenburg sur la chloroformisation (on sait qu'elle permet souvent d'éviter les vomissements, accident très fréquent), nous avons eu l'idée d'appliquer cette méthode du "plan incliné (au moins relativement, sinon à 45°), en la combinant avec le "calage," dans une récente traversée que nous avons faite de la baie de Bourgneuf.

Comme tous les médecins au courant de la question du mal de mer savent que nous sommes l'une des plus extraordinaires victimes de ce terrible ennemi du navigateur, nous avons expérimenté sur nous-même et obtenu un résultat encourageant, que nous croyons devoir consigner ici.

Dans ce voyage, qui a duré environ une heure, sur nos six compagnons de route, quatre furent atteints; ce furent les trois femmes (trois artistes parisiennes) et une petite fille; les hommes ne souffrirent pas. Mais de nombreux passagers furent frappés. Quant à nous, nous restâmes dans la "position horizontale inclinée pendant toute la traversée, bien calé par notre pardessus le long du bordage; et nous n'eûmes "pas alors un seul vomissement," tandis que, si nous n'avions pas pris cette précaution, nous aurions certainement été atteint dès la sortie du port de Pornic.

Par malheur, cinq minutes avant d'amarrer le navire à l'estacade de Noirmoutier, le matelot de service nous força à déloger et à nous remettre "debout," pour préparer les amarrés d'accostage. Cela suffit. Instantanément, nous fûmes pris de vomissements intenses, qui durèrent encore deux heures après le débarquement... Il a fallu une demi-bouteille de champagne glacé pour nous guérir complètement!

Cette expérience prouve une fois de plus que la position horizontale et le calage sont des moyens excellents; et que, probablement, la "position inclinée" à 45° a une réelle valeur, qu'il reste à étudier d'ailleurs.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

### BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule: 1 Fr. (Librairie J.-B. Baillièrre et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Ces "Conférences de médecine clinique" comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Voici le sommaire des trente fascicules des "Conférences pour l'Internat": I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Coeur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Oeil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. — X, Moelle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Oesophage et Estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII, Abdomen. — XVIII, Pancréas, Rate, Péritoine. — XIX, Reins, Uréters. — XX, Vessie et Urètre. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Accouchements. — XXIII, Organes génitaux de l'homme. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre Inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

### NOUVELLES.

#### NAISSANCE :—

A Sainte-Bridgite d'Iberville, le 15 courant, l'épouse de M. le Dr C. W. Beaudoin, un fils.

#### NÉCROLOGIE :—

En cette ville, le 19 courant, à l'âge de 15 jours, Marie, Madeleine, Charlotte, Françoise, enfant de M. le Dr L. N. Delorme.

— En cette ville, le 23 courant, à l'âge de 7 ans, 9 mois et 8 jours, Jeanne, fille unique de M. le Dr McNamara.

— Le docteur Ferguson, récemment du Sanatorium de Sainte-Agathe, qui obtenait, il y a quelques semaines la médaille de la "Royale Humane Association" pour sa conduite envers les malades de cette institution lors de l'incendie, est mort le 19 de ce mois, âgé de 29 ans.

— A l'occasion des funérailles du regretté Dr Jos. O. Bourget, de Lauzon, une réunion de médecins, confrères et amis du défunt, a eu lieu chez H. le Dr Sirois, sous la présidence de M. le Dr Ladrière, le Dr Eugène Lacerte agissant comme secrétaire.

Les résolutions suivantes ont été adoptées :

Proposé par MM. les docteurs W. Lamontagne et J. R. Beaulieu, secondé par MM. les docteurs N. Lacerte et H. Hamelin :

Que les confrères ont appris avec une vive douleur la mort du Dr Bourget; que la profession perd en lui un membre aussi distingué par ses talents que par son affabilité et son esprit de bonne confraternité.

Proposé par M. le Dr Sirois, appuyé par M. le Dr Alfred Roy :

Qu'ils prient madame Bourget de vouloir bien accepter pour elle et ses enfants leurs sincères sympathies dans le deuil cruel qui les frappe.

Proposé par M. le Dr Dorion, secondé par M. le Dr Morin :

Que copies de ces résolutions soient transmises à la famille et aux journaux.

# Supplement Litteraire

La medecine chez les Annamites

par le Dr MONGEOT.

Comme appoint à nos réflexions, il nous semble que quelques renseignements sur la médecine indigène ne sont pas hors de mise, car ils jetteront aussi quelque lumière sur ces questions obscures dans lesquelles il faut tenir le plus grand compte des pratiques, des usages universellement admis de temps immémorial. Malgré tous les efforts de la civilisation et du progrès pour pénétrer les masses populaires que les récentes conquêtes de la France ont placées sous notre domination en Extrême-Orient, il est certaines croyances ataviques, certaines théories séculaires profondément enracinées dans l'âme des Annamites, que le contact civilisateur ne détruira pas encore de longtemps. Si les indigènes ont adopté les nombreuses améliorations adoptées par la science moderne, il ne faut pas croire qu'ils soient hantés du désir d'abandonner, à bref délai, les coutumes enracinées qui font partie de leur vie courante. Cela est vrai, surtout en ce qui concerne les pratiques médicales.

Pour bien faire comprendre combien nous sommes sur ce point en désaccord avec leurs idées, citons les observations d'un vieux Cochinchinois sur ce sujet :

De toutes les observations, celle qui a produit chez moi le plus grand étonnement dans mes études sur les Annamites, c'est la façon dont ils exercent la médecine, le mépris qu'ils professent à l'égard de la pharmacopée européenne et de nos médecins en général.

J'ai pris sur le vif quelques observations sur l'exercice de la médecine, annamite dont je suis heureux aujourd'hui de faire bénéficier mes compatriotes.

Il n'y a jamais eu, à proprement parler, des écoles spéciales pour l'enseignement de la médecine dans l'empire annamite. Toutefois, nous devons à la vérité de reconnaître que les médecins de la maison royale faisaient école à Hué, sans cependant professer leur art dans des chaires universitaires.

Une poignée d'élèves, fils pour la plupart des premières familles de la capitale, se groupaient autour des plus célèbres astrologues du monarque, pour recevoir de vive voix leurs enseignements, consistant généralement dans l'explication des livres anciens venus de Chine; ils assistaient aussi à leurs cliniques, et leurs seuls titres à la confiance populaire étaient simplement d'avoir été l'élève de tel ou tel médecin re-

nommé. Au bout de quelques années, l'étudiant en savait autant que le maître sur toutes les maladies qui affligent l'humanité.

Mais ce n'est pas tant sur l'historique de l'art médical chez les Annamites que sur les procédés employés par eux pour reconnaître et guérir toutes les maladies que je veux insister ici. L'art de la médecine est resté stationnaire, depuis des milliers d'années, chez les Giao-Chi (Pieds-Fourchus), surnom donné aux Annamites à cause de leur facilité de préhension avec leurs pieds, dont le gros orteil est presque opposable; il remonte aux temps les plus reculés, et il est, tel que nous le voyons aujourd'hui, contemporain des plus vieilles sociétés annamites.

Les fils de l'Annam n'ont, en somme, rien inventé, et à part les nombreux procédés empiriques des médicastres et des astrologues, tout leur a été enseigné par les livres chinois, dont la plupart remontent à des milliers d'années d'existence.

On dit souvent que l'art de la médecine a fait en réalité peu de progrès de par le monde; il n'est pas de pays où cette science soit restée plus stationnaire qu'en Annam et en Chine depuis 2,000 ans.

Le médecin annamite est un phénomène: il exerce généralement son art de père en fils, depuis les ancêtres les plus reculés.

Il a peu étudié dans les livres, mais le bagage scientifique s'est accru d'un grand nombre de secrets à chaque génération. Avec ce qu'il sait, il peut guérir toutes les maladies connues et, à part les opérations chirurgicales, il tentera toutes les guérisons. Les Annamites professent un souverain mépris pour l'art de la chirurgie; ils affirment que, sans le secours du scalpel, du bistouri, toutes les affections, toutes les plaies, toutes les déformations traumatiques doivent céder à l'emploi judicieux et à la vertu curative des simples de la nature.

Le médecin (ong-thây-thuôc), M. Tabac, comme traduisent les Annamites, parce que le tabac (thuôc) a été et est un de leurs médicaments favoris — ou, mieux, le maître des remèdes, est appelé près d'un malade. Si le patient est trop avancé, il récuse ses services, car il y va de sa bonne renommée de guérir tous ses malades lorsqu'il a traité à forfait la guérison d'une maladie. S'il espère pouvoir juguler le mal à brève échéance, c'est une affaire d'entente entre le malade et lui. Le patient paiera une certaine somme d'avance et le gros du complément après guérison.

Le médecin est obligé de fixer le nombre de jours ou de mois pour rendre son homme valide, sans quoi son art est mis en suspition. De plus, le malade doit s'apercevoir au bout de quelques jours de l'heureuse influence du traitement; si, en dépit des médecines administrées par le "thây," son état reste stationnaire, le



patient va chercher un autre esculape plus habile que le premier.

J'ai connu de riches Annamites affligés d'une maladie de langueur reconnue incurable par les médecins de l'Europe, qui ont épuisé toute la liste des médecins chinois et annamites de la capitale et des provinces du Bas-Annam. Ils se donnaient pour raison, en guise de consolation suprême, qu'ils n'avaient pas encore rencontré le remède adéquat à leur mal. Les Annamites, avec eux les Chinois, s'imaginent qu'il existe dans la nature un remède infaillible pour chaque maladie; cette maladie, quoique semblable aux autres du même genre, peut varier suivant le tempérament et la disposition de chacun. Dans ce cas, le remède varie également, mais il existe et il suffit de réussir à mettre la main dessus.

Quand un médecin a consenti à mener à bonne fin un traitement quelconque, il fournit lui-même les remèdes; le patient sait rarement ce qu'il absorbe et il n'en a cure, tant est grande sa confiance dans le "ong thây-thuôc."

Les médecins chinois sont généralement pharmaciens-herboristes. Il en est à Saïgon et à Cholon qui jouissent auprès des Annamites d'une vogue inouïe. Et, de fait, pourquoi ces herboristes, fils du Ciel, ne jouiraient-ils pas d'une réputation véritable, puisque, à ma connaissance, ils ont guéri chez des Annamites de marque, même chez des Français, des diarrhées tenaces, des dysenteries chroniques et incoercibles, des dyspepsies anciennes et jusqu'à, chez un fonctionnaire annamite très connu à Saïgon, une hémoptysie d'une gravité exceptionnelle, que toutes les lumières de la science médicale européenne n'avaient pu enrayer (1).

(1) Par l'emploi du ko-sam auquel, depuis bientôt six ans, nous avons déjà dû tant de succès.

J'assistais à la consultation, et, dans mon scepticisme longtemps raisonné, j'admirais la contenance tranquille et réfléchie de ce grand médecin du Ciel-Empire.

Autour de la couche de l'illustre malade qui, dans la journée, avait vomi un litre de sang pur, les parents, consternés, buvaient pour ainsi dire les paroles du médecin. Et quand il eût parlé, un rayon de soleil sembla illuminer ces figures glabres, ces rebelles du progrès, auxquels la vie du moribond tenait à cœur d'une manière si étroite. Après avoir longuement interrogé, le Fils du Ciel se mit en devoir de tâter le pouls du malade, opération toujours délicate chez les indigènes, car les professionnels habiles doivent, au battement des artères, reconnaître non seulement la nature du mal, mais aussi son siège exact dans l'organisme.

Le tâtement du pouls dura trente minutes à la

main droite et à la main gauche. L'esculape chinois s'était recueilli et semblait écouter plutôt que sentir sous ses doigts, dans le vague lointain de l'observation, les prodromes divers de la maladie interne. Il se leva comme mû par un ressort, les yeux toujours fixés sur le visage du malade: "Je vous guérirai, dit-il, d'une voix résolue, non pas définitivement, car, dans votre état actuel, votre mal n'est pas absolument curable, mais je vous garantis contre ses atteintes pendant une période de dix ans."

Le Chinois fit son prix, relativement peu élevé, et, envoyant un de ses aides chercher des médecines pressantes, il resta toute la journée auprès du moribond.

Je revis mon ami quinze jours plus tard. Non seulement, sa faiblesse avait disparu, et ses vomissements sanguins cessé, mais il était comme transfiguré, tant les remèdes du guérisseur avaient produit chez lui des effets salutaires.

Depuis un an, sa santé s'est maintenue, non avec la force robuste du jeune âge, mais il paraît en dehors de toute atteinte grave mettant ses jours en danger.

Rien de plus curieux que la consultation d'un médecin chinois chez un riche Annamite.

Il n'est pas nécessaire que le médecin soit en contact direct avec le patient pour bien saisir son affection au battement de ses artères. On raconte que les médecins de Hué, qui ne pouvaient pénétrer, d'après les usages et les rites du palais, dans le harem du monarque, arrivaient tout de même à établir journellement la clinique des femmes malades aimées du roi. Ils leur faisaient attacher autour du poignet un fil de soie qui communiquait avec l'extérieur par des trous ménagés dans la cloison épaisse. Les célèbres médecins de Sa Majesté annamite arrivaient ainsi, dit-on, à connaître toutes les maladies des favorites royales sur le visage desquelles les simples mortels ne pouvaient jeter leurs yeux sous peine de mort.

L'opération du tâtement du pouls est toujours soignée, car les médecins doivent tout reconnaître à sa plus ou moins grande force ou à sa variation. Les Annamites sont persuadés que leurs médecins possèdent à cet égard une science supérieure à celle des Universités occidentales, et qu'ils ne peuvent se tromper s'ils sont tant soit peu habiles dans leurs diagnostics.

(à suivre)

Ayant eu six Philis, un candide amoureux.  
Coula, sans le vouloir, de longs jours malheureux.  
Souvent femme avarié  
Bien fol est qui s'y fie.

—Daim.

# Revue des journaux

## CHIRURGIE

### Traitement des fractures des membres

Une des questions à l'ordre du jour du dernier Congrès Belge de chirurgie a été celle du traitement des fractures des membres. De nombreuses communications ont été faites sur ce sujet, et, parmi les principales, nous retiendrons surtout celles des Drs Tuffier et Loubet et du Dr Bilhaut, de Paris, qui sont du plus haut intérêt par le nombre et l'importance des faits cités, la compétence de leurs auteurs et l'incontestable utilité pratique de leurs conclusions.

Nous avons déjà eu l'occasion de traiter la question de la thérapeutique des fractures des membres et de préconiser le massage comme le meilleur et le plus parfait des moyens curatifs, ainsi que l'a montré le Dr Lucas-Championnière; mais nous estimons que la méthode du massage ne saurait être suffisante pour tous les cas et qu'en somme, il y a toujours place pour les études et les recherches de procédés plus perfectionnés, applicables dans certaines conditions spéciales. Ce n'est donc pas une série de méthodes nouvelles destinées à supplanter le massage que nous étudierons aujourd'hui, mais des méthodes adjuvantes.

#### I

Communication de M. Le Dr Bilhaut.

M. Bilhaut insiste, tout d'abord, sur la nécessité d'appliquer le traitement aussitôt que possible après l'accident. Ce traitement doit consister en une réduction soignée et pour laquelle le chirurgien suffisamment exercé par l'étude du nu doit s'efforcer de rendre à la région son aspect habituel.

Dans tous les cas où il y a un déplacement marqué, la réduction doit être effectuée sous le chloroforme.

"Le chirurgien sera utilement guidé, dans les manœuvres de réduction des fractures diaphysaires, par l'examen à l'écran fluorescent. Je conseille pour cela d'installer dans le laboratoire de radiographie le matériel nécessaire pour la réduction et la contention des fractures.

La radioscopie, suffisante pour l'examen des diaphyses, sera complétée par la radiographie dans le cas de fractures épiphysaires pouvant être accompagnées de luxation; la prise d'une radiographie de face et de profil est nécessaire pour éviter les erreurs d'interprétation.

La contention doit être faite dès que les manoeuvres

de réduction auront été exécutées, et je préfère, à l'appareil à gouttière, l'enveloppement total du membre au moyen de bandes de tarlatane frottées de plâtre. Une légère couche d'ouate suffira à parer à un serrage qui serait un peu trop énergique.

Les jointures seront mobilisées de bonne heure; on aura très utilement recours au massage. Dans l'intervalle des séances de massage, on remplacera le membre fracturé dans l'appareil amovible.

Pour les fractures compliquées de plaie, on les soignera par les moyens antiseptiques et on les immobilisera avec des appareils construits de telle sorte que les pansements puissent être aisément renouvelés.

L'ouverture d'un foyer de fracture, pour pratiquer la suture osseuse, doit être considérée comme un traitement tout à fait exceptionnel et réservé aux seuls cas où le chirurgien aura acquis la certitude de ne pouvoir obtenir la réduction.

La fracture de la rotule est la seule qui soit justifiable de la suture osseuse.

L'olécrâne fracturé peut guérir par création d'un cal osseux, solide, permettant le retour de la fonction, grâce à l'immobilisation en attitude droite, et à la condition formelle de remplacer fréquemment l'appareil et de produire des mouvements passifs de flexion."

Nous avons eu l'occasion récemment de décrire une opération nouvelle préconisée par M. Legueu pour la cure de la fracture de l'olécrâne et qui se nomme le cerclage de l'olécrâne.

L'absence totale de consolidation à la fin du temps normal du traitement d'une fracture donne lieu à l'intervention sanglante. Elle consiste dans la libération des parties solides qui, le plus ordinairement, font obstacle à la formation du cal et à l'union osseuse.

On complètera par un avivement des fragments osseux et leur suture suivie d'immobilisation dans le plâtre.

#### II

Communication de MM. Tuffier et Loubet.

D'après ces auteurs, la réduction anatomique des fractures est beaucoup plus difficile à obtenir et beaucoup plus rarement obtenue qu'on ne l'a écrit. Les signes cliniques sur lesquels on s'appuyait pour admettre la coaptation sont toujours incertains, souvent trompeurs: ils doivent céder le pas à la radiographie, qui nous renseigne seule sur l'existence de la fracture, le nombre des fragments et leur situation respective.

Ce mode d'investigation donne des résultats valables et légitimes, si on a soin de prendre 2 épreuves, de face et de profil, avant et après les tentatives de réduction, et si ces épreuves sont exécutées dans les mêmes conditions optiques. De l'examen de ces épreuves, nous pouvons conclure, pour les fractures

avec un déplacement notable, que l'irréductibilité est la règle et la réduction anatomique est la grande exception. Toute radiographie unique n'a aucune valeur.

L'anesthésie du malade, la traction suffisante et l'immobilisation dans un appareil plâtré, donnent des résultats imparfaits. L'extension continue bien faite donne des résultats meilleurs, mais la preuve et les limites de son efficacité n'ont pas été scientifiquement exposées. Les "réductions cliniques" ainsi obtenues peuvent être suffisantes et elles le sont dans le plus grand nombre de cas, elles corrigent les déviations suivant l'axe, suivant la direction qui sont les plus importantes, mais elles sont impuissantes à amener la coaptation suivant la longueur et l'épaisseur. Il est impossible de poser à l'heure actuelle des règles précises pour montrer où doit s'arrêter une réduction clinique. Nous croyons toutefois que la coaptation des surfaces fracturées est une garantie contre la formation d'un cal volumineux, exubérant, origine des troubles fonctionnels permanents et progressifs. C'est pourquoi, dans tous les cas où la radiographie nous montrera cette coaptation insuffisante, nous pensons qu'il faudra avoir recours à la réduction à ciel ouvert.

Les fractures apophysaires (tubérosités de l'humérus, du fémur, du calcaneum), souvent méconnues, seront justiciables, soit de l'immobilisation dans une position spéciale, le bras écarté à angle droit du tronc pour certaines fractures humérales, soit de la suture, soit de l'ablation des fragments s'ils sont multiples avec suture du cartilage à la nouvelle surface cruentée (procédé chondroplastique). Le résultat fonctionnel sera sans contredit meilleur que si on laisse se produire une consolidation vicieuse par un cal volumineux.

Les fractures diaphysaires, réduites à ciel ouvert, seront soumises à une coaptation exacte, en sacrifiant le moins possible les esquilles nécessaires à la résistance de l'os; le maintien de la coaptation sera assuré par l'engrènement exact des surfaces fracturées, ce qui suffit parfois, ou par une suture de fil de bronze d'aluminium — en se rappelant que l'abandon de corps étrangers dans les plaies doit être réduit à son minimum. Ce sont surtout les fractures de la jambe et certaines variétés moins nombreuses de la clavicule qui rentreront dans cette catégorie.

Les fractures épiphysaires, articulaires, accompagnées de grands déplacements radiographiquement constatés et non réductibles, doivent relever du seul traitement sanglant, qui est leur traitement normal et non un "ultimum refugium," suivant l'expression de Revue Médicale Vingt-huit Twenty-eight cmfw König. Pour la rotule, l'olécrâne, la démonstration est faite. Nous avons cherché à faire rentrer dans ce cadre la tête de l'humérus, le coude, les condyles fémoraux. L'extrémité supérieure du fémur, les mal-

léolaires échappent à l'intervention, et pour certaines fractures graves de l'extrémité inférieure du radius, on tend à récuser toute réduction sanglante.

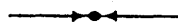
Pour toutes les fractures qui sont justiciables de a réduction à ciel ouvert, la précocité de l'intervention, la suture des surfaces fracturées et la reconstitution anatomique des extrémités articulaires aussi parfaite que possible, nous éviteront seuls les troubles fonctionnels graves qui mènent souvent l'articulation à l'ankylose ou le membre à une impotence fonctionnelle relative.

### III.

En somme, la chirurgie moderne, toujours plus audacieuse, veut traiter par la suture directe les extrémités osseuses fracturées: c'est évidemment la méthode rationnelle et scientifique, mais il faut avant tout: 1° que la fracture soit toute récente et qu'on n'ait pas laissé à l'épanchement le temps de se produire; 2° que l'asepsie et l'antisepsie les plus rigoureuses soient fidèlement observées. Toutefois, pour les fractures juxta-épiphysaires et épiphysaires, rien ne vaut l'application d'une bonne gouttière plâtrée amovible que l'on retire tous les jours pour pratiquer le massage d'après la méthode du Dr Championnière. La difficulté de la suture directe est précisément l'abondance des esquilles et des fragments pointus qui se désagrègent lorsqu'on cherche à les coapter à découvert et qui empêchent le rapprochement exact de toutes les surfaces désunies. Dans la diaphyse, ces esquilles sont peu gênantes; au besoin on peut les régulariser à la pince coupante, mais aux épiphyses, ce serait s'exposer à de graves mécomptes que d'en essayer la régularisation; autant vaudrait faire tout de suite la résection.

Donc, tout en acceptant les progrès modernes, montrons-nous circonspects dans leurs applications et réservons la suture directe osseuse pour les cas vraiment irréductibles sous le chloroforme excepté toutefois pour les fractures de rotule ou d'olécrâne, qu'il vaut certainement mieux suturer. La demi-immobilisation, l'extension continue et le massage constituent seuls, après une bonne réduction et une rectiligne coaptation, les procédés les plus sûrs et les plus universellement applicables.

(Le concours médical.)



## MEDECINE



### Les hemorrhoides

par M. le Dr E. TOUSSAINT.

Mon intention n'est pas de faire ici l'histoire de

cette incommode affection.

Je veux seulement donner à mes lecteurs quelques conseils sur le traitement curatif des poussées fluxionnaires si fréquentes chez les arthritiques qui ne surveillent pas suffisamment leur régime, et qui se laissent aller plus qu'il ne convient à leur instinctive gourmandise.

Sans entrer dans une discussion scientifique sur la nature, les causes, les variétés des hémorroïdes, nous admettons que les hémorroïdes sont des varices rectales, varices causées par un afflux trop considérable ou par un écoulement trop lent du sang des vaisseaux qui rampent le long de cette portion de l'intestin.

Cet afflux sanguin ou cette lenteur dans le reflux du liquide nourricier, en un mot "cet état fluxionnaire, peuvent être prévenus par un traitement prophylactique, arrêtés par une médication appropriée et par un régime diététique sévère; et même à jamais guéris, par certaines pratiques d'hygiène qui n'ont rien de pénible, ni de désagréable.

Quand un arthritique quelque peu porté sur sa bouche accepte une invitation à un bon repas, il peut être à peu près certain de trouver le lendemain dans ses urines un dépôt plus ou moins abondant de sable rouge, ou bien de ressentir les symptômes d'une poussée d'hémorroïdes.

Le gibier, la charcuterie, le poisson de mer, le vin pur, sont en effet rarement absorbés par un arthritique, même très bien portant, sans amener chez lui une suractivité de la fonction digestive, une fluxion sanguine de l'intestin, et, par suite, une sensation de tension, de brûlure dans le fondement.

En présence d'un hémorroïdaire qui souffre, que faut-il faire pour le soulager "tuto, cito et jucunde?"

Avant tout, il faut faire cesser le spasme du sphincter anal.

Nous avons pour attaquer ce spasme deux remèdes :

1<sup>o</sup> Les granules de "sulfate d'atropine;"

2<sup>o</sup> Les granules composés contre les spasmes douloureux, qui peuvent être employés concurremment, et qui hâtent la fin de la constriction et du ténesme.

En combinant ces granules, avec des lotions émollientes, des bains de siège, des vaporisations faites localement à l'aide d'un appareil "ad hoc," on parvient à soulager les malades en quelques heures.

Je fais prendre, généralement, un granule de "sulphate d'atropine" toutes les trois heures, et, dans l'intervalle, un granule composé toutes les heures.

En cinq ou six heures, parfois même en un temps moindre, le spasme anal est rompu, et les tumeurs sanguines peuvent être réduites sans douleur, ou bien rentrent d'elles-mêmes.

Mais le premier point seul de la médication est rempli.

Il convient alors de s'attaquer au flux sanguin exagéré, et à la congestion passive du tube digestif, en modifiant l'hypertension des vaisseaux. Pour ce faire, le sel de "Sedlitz Charles Chanteaud" est un merveilleux agent.

Je le donne dissous dans une tisane rafraîchissante (orge perlé ou graine de lin, sucrée avec du miel), de façon à amener des selles liquides, sans violence (2 cuillerées à soupe pour un litre, à boire en deux jours).

En même temps, j'ordonne "l'arséniate de soude" à raison de 6 granules par jour; 2 granules avant les trois repas.

Ces repas doivent être légers, et composés de potages maigres, oeufs à la coque, viande blanche, légumes verts ou purée de pomme de terre au lait. Il faut supprimer le vin, ou tout au moins le boire très étendu d'eau.

Afin d'éviter les récurrences, le régime, pendant plusieurs semaines, doit être très surveillé; et si le sujet atteint est coutumier du fait, il faut absolument qu'il renonce à tout ce qui constitue les jouissances des gourmets.

Il doit dire adieu au café noir, aux vins fins, aux liqueurs, à tous les plats de haut goût; voire même aux ordinaires hors-d'oeuvre à la mode sur toutes les tables aisées, tels que: anchois, sardines, homard en boîte, thon mariné, etc.

Et s'il a la constance de faire chaque matin un lavage sérieux de son canal digestif avec un demi ou un verre d'eau de "Sedlitz," de se soumettre à une diététique sagement ordonnée, pendant des mois et des années, j'affirme qu'il n'aura plus aucune poussée d'hémorroïdes.

J'ai traité un grand nombre de gens très éprouvés par cette affection; des jeunes gens fêtards, des hommes faits bon-vivants et amoureux des mets délicats. J'ai toujours réussi à les tirer de peine, quand ils ont consenti à suivre mes avis.

J'ai très souvent à la mémoire le cas d'un professeur de musique un peu bohème, atteint d'hémorroïdes internes, peu douloureuses, mais qui, "à la moindre petite noce" (et il en faisait souvent), saignait abondamment; ce qui forçait le pauvre homme à se garnir comme une femme, sous peine d'inonder tous les sièges où il s'asseyait.

J'ai ordonné à ce client :

- 10 Le jour des crises, 4 à 5 granules " d'atropine ;
- 20 Une petite dose quotidienne de sel de " Sedlitz Charles Chanteaud ;
- 30 Un grand lavement d'eau froide, après chaque selle ;
- 40 Un régime simple et frugal ;
- 50 Deux granules " d'arséniate de soude " avant les repas, pendant quinze jours chaque mois.

Ce malade s'est admirablement guéri et, depuis de longues années, n'a plus rien senti. C'est une cure radicale.

(La Dosimétrie)

---

## GYNECOLOGIE

---

### Indication et résultats de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus

par M. S. PEZZI.

Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus ne procure presque pas de guérisons définitives; il donne rarement une guérison prolongée au delà de deux ans; il existe pourtant, à titre d'exception, des guérisons prolongées dont la moyenne varie entre quatre et six ans, et quelquefois davantage.

Ne sont pas justiciables de l'hystérectomie les cas où le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus de manière à diminuer beaucoup sa mobilité et à indurer largement les parties voisines. Un traitement palliatif par le curage et la cautérisation ignée, répétée autant qu'il est besoin pour détruire les fongosités, peut alors donner des survies assez longues et est d'une bénignité absolue.

Le rôle des ganglions dans les accidents terminaux où dans la récurrence post-opératoire a été exagéré. La compression des uretères (cause prédominante des accidents graves) est rarement due à l'adénopathie, mais bien à la propagation de proche en proche au tissu cellulaire voisin. La récurrence a lieu non pas tant par le développement à distance de l'adénite néoplasique que par l'infiltration de la cicatrice qui s'indure et s'ulcère sur place. L'extirpation des ganglions ne peut, du reste, jamais avoir la prétention d'être complète et ne semble avoir que peu d'influence sur le retour des accidents qui provoquent la mort. La voie abdominale ne saurait donc être uniquement indiquée par la nécessité d'enlever les ganglions.

L'hystérectomie abdominale est plus grave que l'hystérectomie vaginale, en augmentant les chances

d'infection. Elle doit être réservée aux cas spéciaux où la laparotomie donne des facilités particulières.

Ces cas nombreux où la voie haute est préférable sont ceux où l'opération par le vagin offre des difficultés par suite des conditions suivantes: étroitesse ou atrophie de ce conduit, friabilité extrême ou disparition du col, amincissement considérable de la paroi antérieure de l'utérus ou envahissement étendu des culs-de-sac vaginaux.

La laparotomie est encore préférable quand le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour nécessiter le morcellement par la voie vaginale (cancer volumineux du corps; cancers compliqués de fibromes, de grossesse, de pyométrie ou de pyosalpinx).

Enfin, l'hystérectomie abdominale est indiquée toutes les fois que la mobilité de l'utérus est diminuée et qu'il y a une induration dans son voisinage. Seule elle permet bien, en effet, de dépasser en connaissance de cause les limites de l'utérus, de poursuivre une trainée néoplasique et surtout de bien dégager les uretères dans les tissus qui ont perdu leur souplesse (cette dernière indication est, à mes yeux, la principale).

Plus grave que l'hystérectomie vaginale, elle n'entraîne pas cependant un pronostic opératoire trop sombre; comme toute opération, elle gagne en bénignité, au fur et à mesure que se perfectionne la technique, ainsi que le démontrent les plus récentes statistiques.

Les grands délabrements produits par l'extirpation du tissu cellulaire pelvien, le curage du bassin, la poursuite élevée de la chaîne ganglionnaire constituent des opérations dont la gravité paraît excessive eu égard au résultat qui peut en être obtenu. Dans les cancers au début, une opération plus simple (ablation seule de l'utérus) peut donner d'excellents résultats, et, dans les cas avancés, en présence d'une maladie dont la terminaison certaine est la mort à brève échéance, un traitement palliatif bénin est préférable à un traitement pseudo-curatif dangereux; l'opération la meilleure est alors celle qui donne le moins de chances de mort immédiate tout en procurant soulagement et survie notables.

L'hystérectomie vaginale, qui expose moins à l'infection, reste le traitement de choix dans les cas malheureusement trop rares où l'utérus cancéreux est demeuré mobile, et où les parties voisines sont sans induration (restent encore alors certaines indications pour la voie haute qui ont été spécifiées ci-dessus.

(La Presse méd)

---

**Therapeutique et Matiere Medicale**

**L'extait de pichi-pichi sec dans les maladies des voies urinaires**

M. Friendlander, de Berlin, a étudié à nouveau ce médicament destiné aux maladies des voies urinaires, qu'il avait déjà signalé dès 1893. L'extrait fluide de pichi-pichi semblait contenir des substances possédant les propriétés des balsamiques sans en avoir les inconvénients. Maintenant, l'expérience et les études cliniques ont permis d'assigner à ce nouveau remède sa place dans la thérapeutique des maladies des organes génito-urinaires.

L'auteur a pu, dans ces derniers temps, remplacer l'extrait fluide par un extrait sec, de goût et d'odeur aromatiques, présentant la forme d'écailles brunes et brillantes et qui lui semble préférable comme forme à l'extrait fluide. On prépare l'extrait sous forme de tablettes comprimées à 0 gr. 25 qui représentent une cuillerée à café de l'extrait fluide. Ces tablettes sont d'un brun clair, d'odeur agréable et sont facilement acceptées par les malades. L'auteur les a expérimentées sur lui-même et formule ainsi les résultats de son expérience.

9 h. 45 du matin. Il prend une tablette à 0 g. 25. Dans 50 centimètres cubes d'urine fraîchement émise, le papier rouge au lakmus est facilement coloré en bleu si l'on ajoute 10 gouttes de liqueur de potasse officinale.

1 heure. L'urine a une odeur faible de pichi, le papier rouge au lackmus est coloré en bleu par 18 gouttes de potasse caustique dans 50 centimètres cubes d'urine.

3 h. 45. L'urine a une odeur de pichi très appréciable, il faut 36 gouttes de potasse pour colorer en bleu le papier rouge.

5 h. 45. Le papier rouge de lakmus est coloré en bleu par l'addition de 48 gouttes de potasse.

7 h. 45. Il faut 36 gouttes de K pour colorer le papier.

10 heures du soir. 30 gouttes suffisent.

Le jour suivant à 10 heures du matin, il faut encore 23 gouttes de liqueur de potasse pour colorer le papier réactif. Aucun trouble, ni du côté des reins, ni du côté de l'estomac ou de l'intestin.

Cet exemple montre que l'extrait sec possède la propriété d'acidifier fortement l'urine comme l'extrait fluide, et que ses propriétés ne sont pas diminuées. L'extrait sec de pichi a été essayé dans un grand nombre de cas de gonorrhées avec lymphangite, oedème, etc., il a donné de bons résultats. Les douleurs sont calmées, la sécrétion est tarie assez promptement, l'ir-

ritation est calmée. Les excellents effets obtenus ont fait espérer que le remède serait efficace dans le cas de cystite.

La possibilité de rendre l'urine acide ne suffit pas toujours à rendre inoffensives les bactéries qui se trouvent dans la vessie, le bactérium coli, entre autres, se trouve souvent dans l'urine ocide. Aussi l'auteur a-t-il essayé d'ajouter à son remède un astringent comme le tanin et un antiseptique comme le salol. Il compose ainsi son mélange :

Extrait sec de pichi... . . . . 0 gr. 25  
Salol et tanin... . . . .ââ 0 gr. 125

dont on fait des tablettes à 0 gr. 50.

L'auteur cite quelques observations qu'il lui a été permis de suivre, et portant sur des malades atteints de blennorrhagie aiguë, cystites et prostatites. Les résultats furent excellents et rapides. Le Dr Lewy a nommé les tablettes formées du nom de "tablettes urostériques."

(Nouveaux Remèdes.)

**Traitement du zona**

Ce traitement a un triple but, de guérir les vésicules, de prévenir la suppuration et de calmer les douleurs névralgiques.

Pour cela, "Journal des Praticiens," on peut employer la colle de zinc à l'ichthyol, des vernis solubles à l'eau, le thiol à 10 p. 20 et le gélantha à l'ichtyol.

Dupus et Scharff ont recommandé la résorcine, Neisser, la collodion à l'iodeforme. Le nitrate d'argent qui a été également préconisé n'est pas sans dangers (Brocq).

Lorsque les bulles sont confluentes et déjà crevées par places, on aura recours aux poudres ou aux pâtes. Parmi les poudres, il convient de mentionner l'oxyde de zinc et l'oléate de zinc. Buzzi recommande la poudre de thiol à 10 ou 20 p. 100. Unna la poudre à l'ichtyol.

On peut formuler :

Tannin . . . . .  
Sous nitrate de bismuth... . ââ 2 gr.  
Oxyde de zinc... . . . .  
Amidon... . . . .ââ 5 gr.

Lassar préfère le nosophène, Franck le tannoforme.

Si les poudres semblent irriter, employer les pâtes de zinc et d'amidon (Brocq), de zinc résorcinée à 2 p. 100, des pâtes ichtyolées à 3 p. 100, après avoir préalablement crevé les bulles. Voici une formule de Kaposi:

Cire jaune. . . . .	10 gr.
Huile d'olives. . . . .	30 gr.
Extrait aqueux d'opium. . . . .	0 gr. 40
Leitstikow (Maladie de la peau) préconise :	
Acide borique. . . . .	2 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne. . . . .	0 gr. 50
Vaseline jaune. . . . .	22 gr.

Toujours recouvrir de ouate ou de mousseline.

Dans le zona gangréneux ou suppuré, pansements détersifs humides et saupoudrer ensuite avec de l'iodol ou de l'iodoforme et terminer par des poudres inertes.

Contre l'élément douleur, utiliser la morphine, le chloral, la belladone, le bromhydrate de quinine (Wolff). Schoemaker préconise 3 pilules par jour de :

Pyrophosphate de fer. . . . .	2 gr.
Acide arsénieux. . . . .	0 gr. 06
Sulphate de quinine. . . . .	2 gr.
Pour 30 pilules.	

Jamieson conseille XX à XL gouttes par jour de la mixture :

Teinture de noix vomique. . .  
— gelsemium à 5 gr.

Kaposi a vanté l'arsenic, l'antipyrine.

Scharff préconise une injection de 2 ou 3 grammes de liquide anesthésique de Schleich dans l'espace intercostal, tout près de la colonne vertébrale.

(*Med. moderne*)

#### Les injections sous-cutanées d'huile camphrée

Ces injections composées d'une partie de camphre pour 9 parties d'huile d'olive, n'ont guère été employées jusqu'ici qu'à titre d'excitants, dans les états de collapsus. Depuis longtemps d'ailleurs, M. Huchard se sert très fréquemment de cet excellent procédé comme stimulant et tonique général dans une foule de cas de maladies dépressives, dans les cardiopathies, les affections rénales, etc. Or, il résulterait des observations de M. Alexander (de Berlin), qu'elles constituent un moyen thérapeutique précieux dans plusieurs affections :

1° Comme agent abortif, au début des "angines folliculaires, les coryzas et les pharyngo-laryngites aiguës." Une seule injection à un gramme suffit.

2° Dans les bronchites catarrhales.—Après la quatrième injection, l'expectoration finit par disparaître complètement, même dans les cas les plus graves.

3° Dans les pneumonies fibrineuses.—Elles abaissent la température d'un degré environ et améliorent

notablement l'état général. Elles sont particulièrement indiquées chez les vieillards, les individus débiles et atteints de faiblesse cardiaque.

4° Dans la phtisie à la 3ème période.—Les sueurs nocturnes et la fièvre hectique disparaissent souvent après une première injection, et toujours après la troisième la toux et les crachats diminuent; les forces se rétablissent, le sommeil devient calme, l'appétit renaît. Elles diminuent l'intensité et la durée des hémoptysies, préviennent leur retour.

Dans la tuberculose du larynx, les douleurs de la gorge s'apaisent et la voix devient plus sonore.

Ce traitement a pour effet de soulager le malade et de prolonger la vie. Il échoue en cas de diarrhée profuse.

5° Dans la chloro-anémie et les affections cardiaques elles sont très utiles.

En raison de son action cumulative, on constate généralement de la céphalagie, et un sommeil agité, après la 5ème injection quotidienne d'un gramme. Aussi, convient-il, pour arrêter les effets, de suspendre la médication durant huit jours au moins.

(*Ibid*)

#### Traitement de la goutte et de ses parentes par le jus de citron

(Dr VIGNES)

Dès 1844, le jus de citron a été employé dans la Revue Médicale Vingt-quatre Twenty-four traitement du rhumatisme articulaire aigu par des médecins français et anglais, avec tantôt des succès, tantôt des insuccès. Je l'ai employé moi-même dans différents cas de cette maladie; je déclare que le jus de citron n'a aucune action dans le rhumatisme articulaire aigu qui n'est pas de nature goutteuse.

Voilà ce qui explique l'alternative des succès et insuccès anglais et français.

Il y a cinq ou six ans, je traitais un rhumatisme articulaire aigu qui résistait à tous les traitements (salicylate, iodure, etc.) En désespoir de cause, je donnai de l'eau de Martigny à haute dose. Le lendemain les douleurs étaient amendées, la fièvre avait cessé et je trouvais sur un pied la plus belle manifestation goutteuse. En continuant l'usage de cette eau merveilleuse, mon malade, quelques jours après, était complètement débarrassé de sa maladie. J'avais trouvé la raison pour laquelle le jus de citron réussit dans certains cas et échoue dans d'autres.

Règle générale, le citron ne réussit que dans les cas où il y a excès d'acide urique.

Une manière pratique et peu coûteuse de s'assurer de la présence de l'acide urique en excès sans avoir re-

cours à l'analyse: c'est de faire uriner le sujet pendant huit jours dans le même vase, de vider le dit vase tous les matins, et de ne pas procéder à son lavage, s'il y a un dépôt briqueté rouge, vous pouvez hardiment donner le jus de citron, et votre dépôt par l'administration de ce produit disparaîtra le jour même ou quelques jours après.

Le jus de citron produit un bien être immédiat:

- 1° Suivant la quantité donnée.
- 2° Suivant l'âge du malade.
- 3° Suivant la vieillesse de la maladie.

Le traitement de la goutte par le jus de citron est très dur, j'en donne quinze tous les matins à jeun.

Cela fait deux verres et demi à trois verres de liquide.

Le jus de citron est très long à digérer; il faut compter trois heures et demie à 4 heures avant d'en voir opérer la digestion. Tous mes confrères se figurent que les malades doivent éprouver des douleurs horribles siégeant dans l'estomac — c'est l'erreur la plus grande — ; l'estomac n'a rien à craindre.

J'ai eu des malades qui en ont pris jusqu'à 36 dans la matinée à jeun, sans éprouver la moindre douleur d'estomac.

Il peut se produire au moment où le sujet prend ce médicament, une gêne, peut-être même de la douleur qui disparaît au fur et à mesure de sa digestion.

A l'heure actuelle, je l'ai donné ou je le donne à plus de six cents goutteux et le traitement m'a toujours réussi.

Si quelques jours après le dit traitement, le malade éprouvait des douleurs du côté de l'estomac (ce que je n'ai jamais constaté jusqu'à présent), je suis bien persuadé que ce serait la goutte qui serait venue se localiser dans cet organe et dans ces conditions je n'hésiterais pas à donner le jus de citron. Il est probable que les douleurs disparaîtraient comme par enchantement.

La goutte se porte sur tous les organes, yeux, nez, dents, cerveau, coeur, sein, articulations, utérus, etc.

Chez l'homme, elle affecte de préférence les articulations, le coeur et le rein.

Chez la femme, les manifestations de la goutte se portent en grande partie sur les organes internes, le foie, estomac, rate, utérus, etc.

Les manifestations goutteuses ne sont pas très fréquentes sur les articulations des femmes.

En fait d'alimentation, je permets tout à mes malades, à la condition qu'il n'y ait pas d'excès. J'ai vu des sujets ne jamais boire ni vin, ni alcool subir des crises terribles. Moi-même, sans faire d'excès, je ne me prive absolument de rien; je bois à mon déjeuner une bouteille de vin blanc; je prends mon café régulièrement avec un verre d'Armagnac.

On l'a appelée à tort la maladie des riches.

Je soigne un tas d'ouvriers qui en sont atteints et des personnes qui ne boivent que de l'eau.

Les signes avant coureurs d'une attaque de goutte, se traduisent généralement par des fourmillements, un froid aux extrémités des doigts du pied et de la main, par des crampes dans les jambes, par un paquet hémorrhoidal et un malaise général que l'on ne peut définir. Il se produit également des accidents neurasthéniques, qui vont même jusqu'à des crises épileptiformes. Jen ai vu un cas de ce genre.

Le jus de citron, je ne saurais trop le répéter, est toujours inoffensif pour l'estomac à n'importe quelle dose.

Comme je l'ai dit plus haut, il doit être pris le matin à jeun.

Plus on en donne, plus vite l'effet se fait sentir et plus vite les malades sont soulagés.

Plus un malade est âgé, plus long est toujours le traitement. Chez les sujets de 30 à 40 ans, la maladie est très vite enrayée; mais, je le répète, pour la personne âgée, il n'en est plus de même. Le malade, tout en éprouvant un soulagement immédiat, est obligé de continuer le traitement de quinze citrons par jour pour parer à toutes les petites attaques successives qui se produisent à chaque changement de temps. L'hiver de cette année a été terrible pour tous les goutteux.

J'ai le soin, pour ne pas se laisser produire la cachexie goutteuse chez la personne âgée, de donner concurremment avec le jus de citron une préparation ferrugineuse.

Voici celle que je donne habituellement pendant des mois.

Je fais prendre matin et soir, une heure avant le repas, une cuillerée à bouche de la solution suivante:

- Citrate de fer . . . . . 10 gr.
- Extrait de rhubarbe . . . . . 1 gr.
- Sirop d'écorces d'oranges . . . . . 250 gr.

Le jus de citron donne généralement de l'appétit.

Il produit, suivant les tempéraments, tantôt de la constipation, tantôt un relâchement. S'il produit ce dernier effet, ne rien tenter pour l'arrêter; laisser faire, cela produira de la décongestion dans cette maladie congestive par excellence.

S'il produit de la constipation, aucun inconvénient à donner de temps en temps un lavement, ou bien un léger laxatif.

(Gaz. med. de Paris.)

**Traitement de la diarrhée chronique par l'acide chlorhydrique**

(M. SOUPAULT)

Il s'agit de ces diarrhées idiopathiques, indépen-



dantes de toute altération anatomique importante de l'intestin et de toutes infections et intoxications locales ou générales.

Chez quelques malades, la diarrhée n'apparaît que par périodes de plusieurs mois séparées, par des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels les selles sont normales ou bien où il existe une constipation plus ou moins opiniâtre. Chez tous on observe une très grande susceptibilité de l'intestin et une tendance déplorable à avoir des poussées de diarrhée aiguë très abondantes sous l'influence de causes en apparence peu importantes.

L'aspect des selles, leur nombre, le moment où elles se produisent, sont sujets à de nombreuses variations, et se combinent différemment, de sorte qu'on observe un grand nombre de types de la maladie. Cependant, il semble que, pour un même sujet, le syndrome se présente avec une assez grande uniformité.

Contre ces diarrhées tous les traitements sont essayés et ne donnent que des résultats médiocres, la plupart du temps de peu de durée ou nuls. Au contraire, l'acide chlorhydrique produit des effets à la fois constants, rapides, durables.

Il faut prescrire l'acide chlorhydrique à forte dose: c'est là une condition essentielle du succès. Les petites doses donnent des résultats toujours incomplets, souvent nuls.

Les doses qui ont paru utiles varient entre un à deux grammes "pro die" quelquefois, mais rarement plus. L'acide employé est l'acide chlorhydrique pur officinal. Cette préparation renferme 38 pour 100 d'acide anhydre.

On peut l'ordonner sous forme de gouttes. On prescrit alors X, XV ou XX gouttes, au commencement du repas dans un verre d'eau sucrée pure ou mélangée d'un peu de suc de citron.

On peut aussi formuler la limonade suivante :

Acide chlorhydrique pur officinal.	6 à 8 grammes.
Sirop de limons . . . . .	200 grammes.
Eau . . . . .	800 grammes.

Ces deux modes d'administration sont également bien supportés par les malades. On a rarement eu à noter de l'intolérance. Cependant pour les personnes qui se plaignent de l'âcreté de la solution, on pourra ajouter à la solution indiquée un demi ou un blanc d'oeuf battu, selon la formule donnée par Linossier.

Les doses suffisantes varient suivant le cas. On peut tirer les indications de l'abondance de la diarrhée, de la fréquence des selles, de leur état de fluidité, de l'existence ou non de la lienterie, de la durée de la maladie, surtout du degré d'acidité du suc gastrique. Ces indications n'ont rien d'absolu et il faut souvent procéder par tâtonnements, commencer par des doses moyennes

pour diminuer ou augmenter selon les cas.

Lorsqu'on est arrivé à la dose suffisante, les effets du médicament se font sentir très rapidement, en deux ou trois jours dans beaucoup de cas, en huit jours au maximum. Les coliques disparaissent, les selles diminuent considérablement de nombre, se réduisent à une ou deux: leur consistance augmente et les matières se moulent. Bref, l'amélioration se fait très vite sentir et la guérison complète survient.

Ces effets remarquables sont dus à l'action propre de l'acide chlorhydrique. Souvent il est arrivé pour expérimenter le médicament de n'ordonner aucun régime alimentaire spécial ni aucun traitement adjuvant. Les effets ont été aussi brillants.

M. Soupault prescrit, en outre, un régime alimentaire assez sévère, des cachets antiseptiques après les repas.

(Société de thérap. 1902)

### Pathogénie et traitement du glaucome

par le Dr ZIMMERMAN.

Dr. Darier.—J'ai suivi avec un vif intérêt les travaux de mon ami le Dr Zimmermann sur le glaucome.

Les conceptions pathogéniques qu'il vient de nous exposer lui sont venues à la suite de nos discussions de l'an dernier sur le glaucome; elles sont longuement étudiées dans une monographie de 200 pages qui n'eût pas été à sa place ici, mais dont j'ai pu prendre connaissance.

Je tiens à vous citer seulement trois observations sur les 40 recueillies par l'auteur; elles vous donneront une idée de l'importance pratique que peut présenter le travail de notre confrère de Stuttgart.

Partant de cette idée que le glaucome a pour cause un déséquilibre de la tension intra-vasculaire subitement et anormalement abaissée et la tension intra-oculaire, qui reste presque invariable, M. Zimmermann, pour égaliser les deux tensions, a pensé que, dans bien des cas, au lieu de diminuer le tonus oculaire par une iridectomie, il pouvait être préférable d'élever la tension artérielle par les cardiosthéniques comme le "strophantus" ou "l'adonis vernalis." L'ex-  
raison.

Chez un homme de 57 ans, opéré d'un oeil par iridectomie pour un glaucome inflammatoire subaigu avec bon résultat, il se produisit, au bout de 18 mois, un glaucome subaigu, de l'autre oeil avec crises journalières et diminution de la vision à 4-50. Avant d'en venir à l'iridectomie sur cet oeil, le Dr Z. essaya d'abord d'enrayer les crises journalières par le strophantus. Ces crises, qui duraient en général quelques  
périence lui aurait en maintes circonstances donné

heures, disparaissaient après l'ingestion de strophantus, si bien que le malade fut bientôt à même de supprimer complètement ses attaques de glaucome pour ainsi dire au gré de sa volonté.

Après quelques mois, les crises disparurent complètement et depuis 4 mois le malade ne prend plus de strophantus et  $T = + 1-2$ .

2° M., 43 ans, a perdu l'oeil droit par glaucome chronique simple malgré une iridectomie pratiquée en 1890, tension toujours élevée  $+ 2$ .

Depuis 1895, glaucome prodromique de l'oeil gauche traité par la pilocarpine 1 à 2 pour 100; malgré ce traitement, la vision baisse et le champ visuel diminue progressivement du côté nasal jusqu'à  $25^\circ$ .

Depuis un an, le strophantus a été employé avec succès: la tension est normale, il n'y a plus d'auréoles autour des lumières. Dès que le malade sent venir une attaque de glaucome il prend une dose de strophantus. Depuis 6 mois, il n'a plus eu aucune véritable attaque de glaucome.

3° M. . . , 23 ans, opéré de myopie par discision puis extraction du cristallin, complications glaucomeuses avec élévation de tension jusqu'à  $T + 2$ , et cela à plusieurs reprises et chaque fois guérison par le strophantus.

4° Chez un malade atteint de "glaucome malin" ayant évolué jusqu'à la cécité malgré l'iridectomie, l'autre oeil fut conservé sans opération par l'emploi continu de la teinture de strophantus.

Je ne puis citer les autres cas relatés par notre confrère; je veux seulement ajouter que j'ai en ce moment 3 cas en observation à ma clinique que je traite par le strophantus. J'ai observé un abaissement manifeste de la tension intra-oculaire dans tous les cas, mais dans un seulement j'ai pu supprimer complètement la pilocarpine. Dans le deuxième, j'ai pu la suspendre assez longtemps, tandis que le troisième avait de nouveau des auréoles dès qu'il suspendait l'emploi de la pilocarpine malgré un abaissement marqué de la tension intra-oculaire.

Sachant par expérience combien irrégulières sont les teintures de strophantus, j'ai préféré me servir d'un produit qui s'est acquis une légitime notoriété dans le monde médical et j'ai prescrit à tous mes glaucomeux les granules de strophantus Catillon à la dose de 2 à 6 par jour en en surveillant l'effet sur le pouls qui devient ferme et un peu plus haut.

Cette thérapeutique du glaucome ne prétend pas remplacer l'iridectomie, mais elle peut rendre de réels services dans bien des circonstances où l'opération n'est pas indiquée ou doit être différée.

### Le tubage du larynx a la campagne

M. le Dr Bertucat, de Saint-Bonnet-le-Château, rapporte dans le "Lyon médical" l'observation de trois cas de croup qu'il a eu à traiter à la campagne et chez lesquels il a employé le tubage et les injections de sérum. Comme jusqu'ici on a considéré le traitement par le tubage comme peu praticable à la campagne en raison de la surveillance qu'il nécessite, c'est avec un réel intérêt qu'on lira les conseils de technique donnés par M. Bertucat.

Les instruments indispensables sont :

Une série de 6 tubes gradués avec mandrins articulés ;

Un manche universel pour mandrins ;

Un écarteur des mâchoires de Denhart ;

Une pince extractrice du Dr Rabot ;

"L'enfant maintenu par un aide, l'écarteur des mâchoires mis en place, j'aborde le larynx latéralement, mais j'évite autant que possible de toucher avec l'index gauche les aryténoïdes, de plonger dans la cavité du larynx, comme il est recommandé de le faire, afin de ne pas provoquer de spasme du larynx. Je me contente d'aller immédiatement à la recherche de l'épiglotte, que je rabats fortement en avant sur la base de la langue qui se trouve du même coup ramenée en avant très fortement. Cette manoeuvre a pour but de faire disparaître la saillie souvent considérable de la base de la langue qui gêne l'introduction du tube et le fait dévier, si on n'y prend garde, vers la paroi postérieure du pharynx et de là dans l'oesophage: ce procédé m'a toujours réussi.

"Un seul aide suffit: je le prends quelconque, et ce n'est pas là l'une des moindres supériorités du tubage sur la trachéotomie que de pouvoir opérer pour ainsi dire tout seul son malade.

"J'enlève toujours le fil, car il y a trop d'inconvénients à le fixer à la joue de l'enfant.

"L'extraction est peut-être plus difficile que le tubage, mais on y arrive vite avec un peu d'habitude, en observant les mêmes précautions que pour le tubage. Une seule fois, au début, je n'ai pu y parvenir avec l'extracteur, mais j'ai réussi très bien en ayant recours au procédé que préconise le docteur Rabot: enfant couché sur les genoux d'un aide, la tête ramenée et baissée par son propre poids en dehors du genou droit de l'aide, immobilisation du larynx par la main droite en appuyant sur la grande corne de l'os hyoïde, écarteur des mâchoires mis en place, l'index gauche est glissé sous la tête du tube qu'il fait basculer en avant.

"Aucun de mes malades n'a eu de complications thoraciques, cela tient sans doute au milieu dans lequel je me trouvais, et à ce que j'ai eu affaire à des cas

isolés et non à une épidémie du croup.

“Ce qui rend si élevée la mortalité dans les hôpitaux, ce sont les complications thoraciques: streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, sont fournis par le milieu encombré des hôpitaux.

“Seul, mon dernier malade a conservé la voix rauque: comme le cas est récent, il y a tout lieu de croire que cette raucité disparaîtra à bref délai.

M. Bertucat se promet d'ailleurs de suivre ses malades à ce point de vue-là et de faire un examen laryngoscopique dès que leur âge le permettra.

Les résultats obtenus prouvent que l'on peut mettre efficacement un tube à un enfant sans qu'il soit nécessaire d'établir un gardien expérimenté autour du malade, et que l'on peut faire un tubage à des distances relativement considérables de l'endroit où l'on habite.

#### Traitement du rhumatisme chronique

La “Rev. int. de Méd. et de Chir.” analyse les leçons de M. Alb. Robin sur le rhumatisme chronique. Ce rhumatisme offre quatre grandes variétés: le rhumatisme chronique simple, qui succède au rhumatisme aigu ou subaigu; le rhumatisme localisé, soit à la hanche (*morbus coxae senilis*), soit au niveau de la troisième phalange (nodosités d'Heberden); le rhumatisme fibreux qui imprime des déformations, parce qu'il frappe les ligaments et les tendons; enfin, le rhumatisme noueux à début lent et progressif, frappant les petites articulations; les seuls troubles généraux qu'on puisse lier à cette affection sont des symptômes de dyspepsie: or, le traitement général qu'on lui oppose, c'est l'iodure de potassium et le salicylate de soude; M. le professeur Robin s'élève contre cette routine et affirme la nécessité d'appuyer ce traitement sur des données pathologiques exactes, c'est-à-dire sur le résultat de l'examen des échanges dans cette affection. Cette étude montre qu'il y a diminution des échanges respiratoires, des fermentations gastriques et lactiques; l'acide lactique s'élimine en combinaison avec les bases de l'organisme, ce qui produit une déminéralisation et une désalcalinisation de l'individu.

Le traitement doit donc agir en première ligne: sur les troubles stomacaux; contre les fermentations lactiques, le professeur Robin emploie le fluorure d'ammonium à la dose de 0 gr. 20 pour 300 grammes d'eau, dont il prescrit 2 cuillerées à soupe par jour, prises au milieu de chaque repas; contre l'excès de cet acide lactique, il ordonne des poudres alcalines.

L'affection rhumatismale elle-même est justiciable de l'iodure de potassium, mais M. Robin pense qu'il ne faut pas le donner trop longtemps et qu'il est bon

de l'associer à l'arséniate de soude; pendant huit jours il institue la médication iodurée, pendant huit jours, salicylique, et ainsi de suite, en alternant. En même temps, M. Robin alterne l'emploi des strychniques et celui des hypophosphites ou glycérophosphates.

Pour combattre les lésions osseuses, les ankyloses et les rétractions des tendons, l'auteur conseille le massage, les mouvements, l'électricité, les bains de vapeur térébenthinés, et les bains d'air chaud sec de 120 à 170 degrés, selon la méthode Tallermann.

Les stations thermales et les bains de boue (Barbotan, Dax, Saint-Amand) peuvent parfois donner un résultat favorable.

#### La pyélo-néphrite et son traitement

La pyélo-néphrite, état inflammatoire et suppuratif des bassinets et canalicules rénaux, est une affection d'origine ordinairement infectieuse et presque toujours deutéropathique. Elle succède à des rétentions répétées de l'urine, à la lithiase néphrétique, à la cystite aiguë ou chronique, à la prostatite, au rétrécissement uréthral. Il s'agit d'une infection “ascendante,” qui s'opère par des microbes et bactéries variés: *terula* de Pasteur, bacille de Miquel, bactérie pyogène de Falle, gonocoque de Neisser et, le plus souvent, bacille commun du côlon.

Sous l'action de la pyélo-néphrite, le malade s'amaigrit et se cachectise à vue d'oeil. Il est en proie à une fièvre parfois très violente, avec frissons et type rémittent: hyperthermie vespérale de 39° à 41°, rémission matinale de 38° à 39°, dans les cas aigus. Il accuse une douleur pongitive, au niveau du rein enflammé, et cette douleur s'exaspère par le pression. Son estomac devient intolérant et irritable, sa bouche pâteuse et sèche, sa langue rôtie, son pharynx sec et rouge-saumon. Il se plaint souvent de pyrosis, de flatulences, de congestions de la face, avec envies de dormir aux moments des digestions. La constipation est assez habituelle, la peau sèche et cryesthésique. Quant aux urines, elles s'alcalinisent et se putréfient aisément. Ce sont les urines “rénales” de Guyon, riches en albumine rétractile, pauvres en urée.

La marche de la pyélo-néphrite est essentiellement chronique, lente et insidieuse.

Lorsqu'on veut instituer un traitement rationnel, il est, d'abord, indispensable, de remonter à la cause pour la faire disparaître ou tout au moins la traiter. C'est ainsi que la lithiase, les cystites, les gonococcies doivent être l'objet d'une thérapeutique protopathique particulière, que nous n'avons pas loisir d'exposer aujourd'hui.

C'est, avec une bonne hygiène générale, le traite-

ment dosimétrique qui nous a paru posséder le plus de prise sur l'affection, au point d'avoir le pouvoir de retarder indéfiniment telle intervention chirurgicale qui paraissait urgente: notre savant confrère le Dr Le Grix (un maître en dosimétrie) en a cité, naguère, des exemples fort probants, un, entre autres, qui le touchait de très près, si j'ai bonne mémoire.

Parmi les modificateurs de l'hygiène, il faut citer, en première ligne: la cure d'air et la cure d'eaux (en choisissant, de préférence, les eaux de lixiviation ou de "drainage," comme Vittel, Evian, Contrexéville, Capvern et "tutti quanti"); les frictions stimulantes sur la peau (mélange d'alcool camphré, d'eucalyptol et de térébenthine), le régime vestimentaire de laine, le séjour prolongé au lit, les climats d'hiver, les bains de vapeur simple ou térébenthinée. En fuyant les vicissitudes atmosphériques, en préservant la peau des influences rhumatismales ou "à frigore," on évite ces conjections rénales répétées, qui aggravent et éternisent la pyélo-néphrite assez habituellement.

Comme alimentation, il faut recommander la diète lactée, les potages, les décoctions d'orge et d'avoine, les oeufs frais, les crèmes renversées, le fromage à la crème, les légumes en purées, préparées au lait, les fruits cuits et quelques viandes blanches. Comme boissons, les infusions de buchu, de bourgeons de sapin, d'arenaria, de chiendent, de barbes de maïs, etc., conviennent au lavage des voies urinaires. Les grands bains de son prolongés, les bains de siège, les cataplasmes laudanisés, ne sont point à négliger non plus, malgré la banalité de leur usage. Parfois, on réfrène très bien les poussées aiguës par les ventouses sèches ou les pointes de feu lombaires. Enfin, les lavages vésicaux avec l'acide borique au 100e ou le silicate sodique au 250e s'imposent, en cas de cystite concomitante.

On entretiendra la liberté du ventre en prenant, chaque matin, une cuiller à café de "Sedlitz Charles Chanteaud," avec un verre d'eau minérale. L'exonération intestinale qui en résulte décongestionne le plexus veineux périnéal et supprime les compressions mécaniques de l'appareil urinaire, tout en imposant silence aux spasmes nerveux.

Passons, maintenant, au traitement dosimétrique proprement dit. A tout seigneur, tout honneur. Les granules "d'arbutine" au centigramme à la dose de 12 à 15 "pro die," jouissent de propriétés antizymotiques et diurétiques fort remarquables. "L'arbutine" n'exerce aucun retentissement fâcheux sur l'appareil digestif, au contraire. De plus, c'est un merveilleux tonique de la muqueuse urinaire.

Glucoside cristallisable, extrait des feuilles de

busseroles ("arbutus uva ursi," Linnée), "l'arbutine" se transforme, dans le sang et dans le rein, en se dédoublant en éthers benzoïques et en "hydroquinone à l'état naissant. Or, "l'hydroquinone" est un antiseptique puissant, qui clarifie et désodorise les urines les plus sanieuses et les plus fétides, enrayant ainsi l'infection purulente progressive de l'appareil uro-poiétique. "L'arbutine" triomphe aussi de l'atonie des fibres lisses. Son action n'est aucunement toxique, puisqu'on peut en prendre 1 gramme et plus sans danger. Je considère, pour ma part, ce glucoside comme bien supérieur à tous les balsamiques, qui constipent le rein, sans aucun avantage de fidélité anti-zymotique compensant leurs dangers.

Les granules "d'acide benzoïque" Charles Chanteaud empêchent l'uricémie, retardent la fermentation ammoniacale et entraînent le glycocelle hors du bassin: il faut en donner 3 à 6 aux repas, jusqu'à cessation des décharges uriques. En cas de grosse prostate et de catarrhe vésical, les granules "d'iodoforme" lutteront contre la septicité et l'hypersécrétion: je les alterne avec ceux "d'acide salicylique," qui ont, en plus, le pouvoir de combattre le ténisme rhumatismal.

Contre l'élément douleur, nous possédons dans le "camphre monobromé," la "cicutine," "l'iodhydrate de morphine," les plus merveilleux agents. Pour prévenir les hématuries, on doit donner, toutes les heures, un ou deux granules "d'ergotine" à un centigr., afin d'exciter les vaso-moteurs et de contracter utilement les fibres lisses des petits vaisseaux, qui donnent tant de perte de sang. L'action décongestive et ischémiant de "l'ergotine Charles Chanteaud," calme d'ailleurs, sensiblement, tous les symptômes pénibles et empêche les stases sanguines dans les éléments du rein.

Comme variante de "l'ergotine," je conseille les granules "d'acide tannique" ("ad libitum") que je regarde comme très supérieurs aux préparations si vantées, d'hamamelis, n'agissant guère, d'ailleurs, que par leur tannin. Enfin, grâce aux granules Charles Chanteaud de "bromhydrate" et "d'hydro-ferrocyanate de quinine," nous abaissons la température fébrile, tout en diminuant la tension sanguine du bassin, qui prépare les raptus congestifs et entretient les processus pyélo-néphritiques à l'état chronique.

(La Dosimétrie)

#### Traitement interne des végétations adrénales

M. Lapayre, dans un article du "Journal de Médecine," insiste sur l'efficacité du traitement iodé, mais à la condition de donner l'iode à dose élevée. C'est

ansi qu'à un enfant de 3 à 5 ans, il donne environ de 30 à 50 gouttes de teinture fraîche d'iode par jour ! ce qui correspond à 0,10 d'iode métallique. Il commence par six gouttes, trois par jour dans l'eau sucrée, ou du lait ou du vin de Malaga, et augmente chaque jour d'une goutte, ce qui fait 48 gouttes au bout d'un mois. Il est allé jusqu'à 70 gouttes par jour. Dès l'apparition des phénomènes d'iodisme, il diminue la dose quotidienne d'une goutte. Pas de trouble gastrique; l'appétit est plutôt augmenté. D'ailleurs l'iode s'élimine très rapidement; 50 heures après la suspension de l'iode, l'on n'en trouve plus de trace dans l'urine. Chez les adultes il est allé jusqu'à 200 gouttes.

Lucas-Championnière affirme avoir obtenu d'aus- si bons résultats avec l'iodure de potassium à faibles doses longtemps continuées; il ne dépasse pas 0,25 par jour, et au-dessous de 10 ans il prescrit seulement 0,12; soit 10 gr. d'iodure: 150 gr. d'eau; une fois par jour, avant le repas une cuillerée à café, pendant deux à trois semaines.

## NOUVELLES.

### NAISSANCE :—

A Salem, Mass., le 18 novembre, au No 39 rue Harbor, l'épouse de M. le Dr J. P. Roullet, une fille.

### MARIAGES :—

A St-Jacques le 27 de novembre, M. le Dr J. Z. Beaumin, de St-Jean Deschaillons, conduisait à l'autel Mademoiselle Rosanna Paris.

Nos félicitations.

### MARIAGES A L'HORIZON :—

On annonce pour le mois de janvier prochain, le mariage de M. le Dr J. A. Simard de Providence, R.I., avec Mademoiselle Yvonne Bélanger, fille de M. L. J. Bélanger, avocat, de Québec.

### NÉROLOGIE :—

Nous avons le regret d'annoncer la mort de l'hon. T. X. P. Larue, M.D., ancien conseiller Législatif, décédé à St-Augustin de Portnuf.

— Le D. Geo. Caldwell Stephen, autrefois de Montréal, cousin de Lord Mount Stephen, est décédé samedi, à Evelyn's Garden, Londres. Il était gradué des universités McGill, de Londres et de Cambridge. Il laisse une épouse qui est la fille de M. S. B. Bur- land, de Montréal.

— La profession Médicale vient de faire une perte douloureuse dans la personne de M. l'abbé Frédéric Louis Conzague Colin, le vénérable supérieur de St-Sulpice, décédé jeudi de la semaine dernière.

Son zèle pour l'éducation s'est manifesté à plusieurs reprises par des œuvres telles que la fondation, en cette ville, de l'Université Laval, de l'hôpital Notre-Dame, du séminaire de philosophie, de l'école polytechnique, du collège canadien à Rome.

Les funérailles ont eu lieu mardi et ont été des plus imposantes.

Les étudiants des trois facultés de l'Université Laval assistaient au grand complet avec drapeau en tête.

La Faculté de Médecine était représenté par MM. les Drs J. P. Rottot, L. B. Durocher, A. Lamarche, L. A. Demers, A. A. Foucher, L. D. Mignault, M. T. Brennan, Hervieux et Duval.

## La lutte contre la tuberculose

Il y a eu samedi après-midi à la Galerie des Arts une assemblée très nombreuse de citoyens éminents à laquelle assistait Son Excellence le Gouverneur-général. Cette assemblée était convoquée sous les auspices de la "Charity Organisation Society", de Montréal, pour étudier les moyens à prendre pour prévenir ou guérir la tuberculose. L'honorable sénateur Drommond présidait et parmi les médecins présents on a remarqué Sir William Hingston, M.D.. MM. les Drs Roddick, E. P. Lachapelle, J.E. Dubé, Adami, Laphorne Smith, Barclay, E. P. Benoit, Lafleur, Duncan McFachran, Arthur Richer, Maud Abbott, etc., etc.

Lord Minto dit quelques mots et ensuite plusieurs motions importantes ont été proposées par MM. les Drs E. P. Lachapelle, Adami, Roddick, Sir William Hingston, et autres.

Les messieurs dont les noms suivent ont été nom- més membres du comité d'organisation :

Docteurs Adami, Birkett, Blackader, Boulanger, Cléroux, Dubé, Finley, Hamilton, Sir Wm Hingston, docteurs Hutchinson, Lachapelle, Laberge, LeCava- lier, Lafleur, LeSage, Martin, Molson, Arthur D. Pat- ten, Hugh Patton, Pelletier, Perigo, Richer, Smith, A. D. Stewart, W. G. Stewart, Von Eberts.

Le comité exécutif se composera des personnes suivantes, avec pouvoir de s'adjoindre : docteurs Rod- dck, Lachapelle, Blackader, Adami, Richer, col. Bur- land, MM. Geo. Gillespie, C. M. Holt, R. H. Lane M. Bovey et E. P. Stearns,

## Supplement Litteraire

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LE DR BROCHU AU  
BANQUET QUI LUI A ÉTÉ DONNÉ PAR SES  
CONFRÈRES LE 12 DU MOIS DER-  
NIER A L'HOTEL ST-LOUIS  
A QUÉBEC.

Je ne saurais vraiment trouver d'assez justes expressions pour vous dire combien je me sens touché par les démonstrations flatteuses dont je suis l'objet ce soir; et il me sera bien difficile, tout en vous remerciant ma plus vive et ma plus sincère gratitude, de traduire fidèlement les sentiments émus que réveillent, au plus profond de mon âme, les témoignages de haute appréciation et de cordiale sympathie, qui viennent de m'être exprimés au nom de tous.

Quel que soit le mérite que l'on veut bien m'accorder pour les quelques services que j'ai pu rendre à la cause de nos intérêts professionnels, et tout en acceptant, pour une part, les éloges par trop bienveillants qui me sont adressés, je ne saurais cependant



M. le Dr M. D. BROCHU

Professeur à l'Université Laval de Québec, officier d'Académie.

me reconnaître de titres valables pour des égards aussi marqués: c'est véritablement trop d'honneur à me faire.

J'entrevois surtout, dans ces témoignages, remplis de si délicates intentions, la preuve de votre très grande générosité de sentiments et un reflet de cette bonne et douce confraternité que nous avons eu tant à coeur de faire revivre parmi nous, depuis quelques années, qui ajoute un charme si agréable à nos relations professionnelles comme elle fait l'honneur de tout notre corps médical, dans cette bonne ville de Québec.

Tout me porte à reconnaître également dans cet

hommage si désintéressé de la part de nos confrères et amis, une autre preuve non moins touchante de cette amitié courtoise et généreuse qui fait oublier leurs propres mérites à ceux qu'elle inspire, afin de rendre un hommage plus éclatant au mérite de ceux qu'ils veulent particulièrement honorer.

Je ne saurais assez dire, de plus, combien je suis profondément touché de ces marques d'estime et de chaleureuses sympathies, que sont encore venus ajouter à cette brillante manifestation, nos chers étudiants en médecine de l'Université, dans une démarche toute spontanée qui témoigne bien de la haute considération et de la reconnaissance qu'ils gardent envers chacun de leurs professeurs. Tels sont bien, d'ailleurs, les sentiments que vient d'exprimer, dans les termes les plus heureux, leur distingué président, qui les représente si dignement dans ce banquet. Je les en remercie de tout coeur. Tant de liens intimes nous rattachent, dans notre rôle de professeurs à cette brillante jeunesse, qui résume à nos yeux les plus belles espérances de l'avenir, pour notre profession comme pour notre nationalité.

De tous les souvenirs ineffaçables que j'emporterai de cette démonstration, l'un des plus chers à ma mémoire sera certainement celui qui me rappellera cette démarche pleine de délicatesse de la part de nos très estimables élèves en médecine.

Je ne surprendrai personne dans cette assemblée, si, tout en satisfaisant au devoir de la reconnaissance envers les organisateurs de ce magnifique banquet, j'exprime que l'éclat et les proportions qu'ils ont su donner à cette fête intime, dépasse tellement ce que me semble comporter mes quelques mérites, que je ne puis me défendre, tout d'abord, d'un sentiment de véritable confusion.

Et ce qui ajoute encore à ce sentiment, c'est de recevoir de tels tributs d'éloges et de reconnaissance de la bouche même du vénérable doyen de notre profession, lui qui aurait, pour appuyer ses titres à de pareils égards, une carrière si longue et si bien remplie; de ce professeur émérite qui fut notre maître à tous, toujours estimé, et qui depuis près de quarante ans fait l'honneur de l'enseignement médical dans notre Université; de ce médecin éminent et toujours zélé qui, sur le terrain où se discutent nos intérêts professionnels, s'est toujours montré sur la brèche, chaque fois qu'il s'est agi de défendre les privilèges de nos institutions classiques et universitaires, et dont le nom restera attaché à tous les progrès et à toutes les réformes qui ont marqué l'évolution de la Médecine dans cette province.

(à suivre)

### La médecine chez les Annamites

par le Dr MONGEOT.

(Suite et fin)

Après avoir inspecté le pouls d'un patient, l'esculape doit dire sans se tromper: "Vous avez telle ou telle maladie; son siège est à tel endroit, elle débute de telle et telle manière, vous avez chaud ou froid " dans le ventre, etc., etc." Les Chinois, dans leurs livres médicaux, reconnaissent l'existence de deux grands principes, le froid et le chaud. C'est dans ces deux catégories que sont classées toutes les maladies humaines, et c'est à l'opposition, à la lutte que se livrent ces deux principes dans l'organisme, que se rapportent les souffrances qui assiègent le genre humain.

Les maladies ne sont pas cataloguées ainsi que chez nous, par les Sino-Annamites; leurs noms et classifications se résument à peu de chose, le "ventre" constituant la portion centrale et générale de l'individu humain.

Un Annamite, malade du poumon ou du cœur, dira qu'il a mal au ventre aussi bien que s'il souffre des reins ou de la vessie. Le ventre est le pivot de l'organisme au centre duquel les Orientaux ont placé toutes les affections morales, telles que l'amour, la haine, le désir violent, le souvenir et la reconnaissance. Ils disent qu'un ingrat a le ventre mauvais ("cai bung xâu qua), ils désirent ardemment dans le ventre et se souviennent également dans le ventre des mauvais traitements qu'ils ont subis: "Quelle détermination pensez-vous prendre?" demande-t-on à un Annamite. Il répond invariablement: "Attendez que j'ai pensé dans mon ventre, et je réfléchirai." Le cerveau n'est rien pour eux ou peu de chose, le grand sympathique de l'homme n'atteint pas de pareilles hauteurs. L'appréhension ou plutôt la méfiance que les indigènes de l'Annam professent à l'égard de la science médicale européenne n'est pas seulement l'apanage des classes populaires, les lettrés et tous les Annamites qui ont reçu une éducation soignée nourrissent le même mépris pour nos substances pharmaceutiques (à part quelques médicaments, comme la quinine, certaines préparations mercurielles, l'iodoforme, etc.). S'ils usent de nos préparations dans les maladies bénignes, ils désertent rapidement nos officines dans le cas où un mieux sensible ne se fait pas sentir au bout de trois jours. Ils donnent pour expliquer ces préférences des raisons contre lesquelles la logique est sans recours: "Les Français, habitués, eux, à user des médecines européennes, peuvent se trouver bien de leur emploi, mais un Annamite, habitué également aux remèdes du pays, irait à une mort certaine s'il voulait se mettre indistinctement à l'usage des deux théories."

L'hôpital est considéré par les indigènes comme un lieu de désespérance où vont mourir infailliblement

tous ceux qui en passent le seuil. Pour ces naïfs, tout homme conduit à l'hôpital, pour une maladie un peu grave, est un homme condamné d'avance, et il n'en est pas un seul qui ne vous conseille en même temps comme tentative suprême d'essayer les remèdes annamites ou chinois.

L'indigène, toujours un peu avare, lorsqu'il s'agit de son extérieur familial, devient d'une prodigalité extraordinaire quand il s'agit de rechercher le médecin qui viendra à bout de sa maladie. Si l'aisance sourit au foyer domestique, il n'est pas de célèbre médocastre, sur toute l'étendue du territoire, qui coûte trop cher pour être mandé auprès du patient; mais la confiance disparaît bien vite dans ces âmes d'enfants naïfs, le médecin et ses remèdes sont envoyés à tous les diables si, au bout de quarante-huit heures, le mal n'a pas diminué. Les médecins annamites prétendent qu'il n'est au monde aucune maladie incurable et, sans sourciller, ils traiteront, jusqu'à la dernière minute, la tuberculose la plus cavernueuse, la plus accentuée: des simples, ils passeront aux procédés empiriques, tels que la décoction du fiel de corbeau, l'infusion des os de singes, le bouillon de cailloux roulés trouvés au sommet des montagnes et qui, pendant des siècles, ont bu la rosée du matin.

Tous les Annamites instruits, même ceux qui ont fait leurs études en France, retournent tôt ou tard à ces pratiques, poussées par les instincts ataviques qui siègent profondément entre eux. Eh! mon Dieu! faut-il donc tant accuser la science nébuleuse de tous ces fils de la nature que des illuminés à l'âme généreuse voulurent un jour assimiler à nous, comme si deux termes si éloignés fournis par deux civilisations diamétralement inverses pouvaient s'adapter ensemble et former un tout homogène aussi pratique que productif. Et que dirons-nous de notre science officielle, retardataires que nous sommes, lorsqu'il nous est donné de constater son impuissance à chaque pas? En dépit de la pénurie complète d'Académie médicale, les Annamites parcourent comme tous les mortels, souvent jusqu'à une belle vieillesse, le cycle de la vie. Se portent-ils plus mal que nous? Qui pourrait le dire? Sans doute, les dernières découvertes de la bactériologie et l'adoption générale de la vaccine ont diminué le chiffre de la mortalité dans des proportions remarquables. Une connaissance plus étendue de l'hygiène fera peu à peu disparaître les conditions mauvaises de leur habitat. Mais, quant à répandre universellement l'emploi de notre pharmacopée européenne, il est probable que ce progrès n'est réservé qu'à nos successeurs des siècles futurs.

Ce n'est pas tant la variété que l'originalité des remèdes employés par les Annamites dans leur pharmacopée officielle qui frappe au premier abord. Cette nomenclature extraordinaire, qui prête à rire, doit nous rappeler cependant qu'à une époque peu éloignée, notre codex renfermait des préparations non moins empiriques.

(Méd Orientale) 13

## UNIVERSITE LAVAL, MONTREAL FACULTE DE MEDECINE

A l'occasion du 25ème anniversaire académique de l'Université Laval, de Montréal, *La Revue Médicale* croit bon de publier un numéro spécial, dédié à cette œuvre éminemment nationale.

Depuis 15 ans, l'enseignement supérieur catholique, a marché à pas de géant dans la voie du progrès. Nous n'avons en effet presque rien à envier à nos concitoyens de nationalité et de religion différentes. Les capitaux constituent un puissant facteur, il est vrai, et si, de ce côté l'élément canadien-français a eu quelque peu à souffrir, il y a suppléé par un déploiement plus grand d'énergie et d'abnégation. Pour s'en convaincre il suffit de se reporter à quelques années en arrière, et de se rappeler les débuts presque humiliants de notre université dans les mansardes d'un coin du château de Ramesay.

Il n'y a pas longtemps de cela, car celui qui écrit ces lignes n'a pas encore courbé sous le poids des années, et pourtant quel grand changement s'est opéré. Si le refuge décrépit

qui fut témoin des labours de nos courageux devanciers dans l'étude de la médecine, a mérité le nom pompeux de château, de quel nom doit-on qualifier le somptueux édifice de la rue St-Denis, où se presse aujourd'hui une jeunesse nombreuse et avide de science.

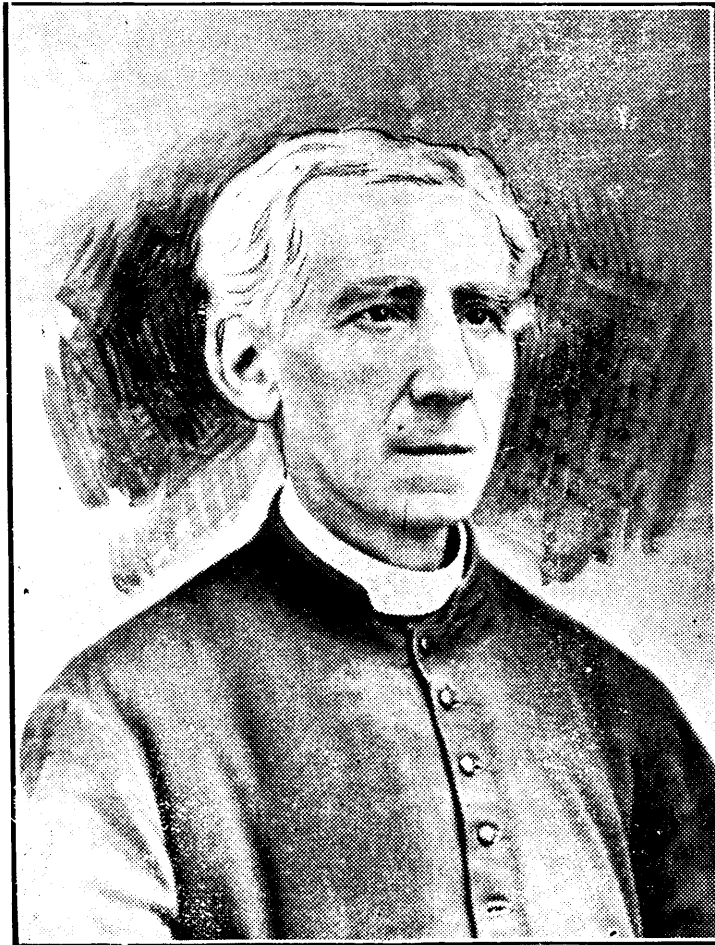
C'est aux Messieurs du Séminaire de Saint-Sulpice que nous sommes redevables, d'une pareille institution et des améliorations importantes qui y ont été faites cette année.

Ce fut surtout l'œuvre du dévoué monsieur Louis Colin que la mort vient d'enlever trop tôt à notre respectueuse affection et c'est un devoir pour nous de déposer sur sa tombe à peine refermée, le double hommage de nos vifs regrets et de notre profonde gratitude.

Nous ne voudrions pas blesser la modestie des Messieurs de Saint-Sulpice en insistant

trop sur leur générosité, mais ils ont acquis un droit éternel à notre reconnaissance. *La Revue Médicale* publie aujourd'hui un numéro souvenir, spécialement consacré à la Faculté de Médecine Française, la plus importante de la Puissance. S'il se glisse quelques omissions, ou quelques erreurs dans les esquisses biographiques que nous plaçons sous vos yeux, nous réclavons d'avance l'indulgence des professeurs et celle des lecteurs.

Comme historienne de notre Université, nous ne croyons mieux faire que de reproduire quelques extraits de l'allocution prononcée par



FEU L'ABBE LOUIS COLIN

le vice-recteur de l'Université Laval, à Montréal, monsieur le Chanoine Alfred Archambault, lors de l'ouverture officielle de l'année académique, le 8 octobre 1902.

Nous espérons qu'en 1927, lors du cinquantième anniversaire de l'Université, monsieur le Vice-Recteur d'aujourd'hui—peut être alors investi de la dignité épiscopale.— sera encore au milieu de nous pour retracer l'historique de cette seconde période universitaire.

DR WM. JAS. DEROME.



## LA SCIENCE MEDICALE A MONTREAL DEPUIS 50 ANS JUSQU'A NOS JOURS

par le professeur J. P. ROTTOT.

Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal.  
Président du Conseil Médicale de l'Hôpital Notre-Dame,  
médecin du Séminaire de Saint-Sulpice et de  
la Communauté des Sœurs de la  
Charité (Sœurs Grises)

Il est un âge dans la vie,  
Où chaque rêve doit finir.  
Un âge où l'âme recueillie  
A besoin de se souvenir.

Quoique mes rêves ne soient pas encore finis, je suis cependant rendu à l'âge où l'on éprouve le besoin de jeter un regard en arrière, de vivre de nouveau dans le passé, d'évoquer le souvenir de nos plaisirs, de nos travaux et de nos espérances dans l'avenir. Souvenir qui répand un charme sur toutes les scènes de la vie de l'étudiant, et qui devient de plus en plus précieux à mesure que le temps nous en éloigne. Ces réminiscences nous feront connaître les débuts de notre Ecole de Médecine, la science médicale à cette époque, et les étudiants d'alors.

En comparant le présent avec le passé, on pourra s'assurer que la médecine n'est pas restée dans le "statu quo," qu'elle a marché de l'avant comme les arts, l'industrie et les autres sciences. Nos détracteurs, je le sais bien, refusent d'admettre cela, vu, disent-ils, qu'on meurt aujourd'hui comme on mourait alors. Cependant, si l'on veut y mettre un peu de bonne volonté, j'espère pouvoir aujourd'hui les convaincre, ainsi que tout le public, que la science médicale a fait de véritables progrès depuis cinquante ans (Je parle ici seulement comme canadien-français).

L'enseignement médical avait toujours été donné, et était encore donné à Montréal exclusivement en anglais par les professeurs du Collège McGill, en 1842.

A cette époque les médecins canadiens-français, avec un certain nombre de leurs confrères d'origine anglaise, négligés par le Collège McGill, fondèrent l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Au début les cours furent donnés dans les deux langues, mais l'enseignement en anglais fut discontinué au bout de quelques années. Comme pour bien d'autres institutions, les commencements de celle-ci furent des plus modestes. La première installation consistait en quatre ou cinq chambres situées au deuxième et au troisième étage d'une maison sur la rue St-Urbain, dont le bas était occupé par une boutique de forge.

Notre petite salle de dissection pouvait contenir à peine trois ou quatre sujets; et comme nous ne con-

naissions pas alors les substances employées aujourd'hui pour conserver les cadavres, l'air imprégné des gaz provenant de ces corps en décomposition était tellement infect qu'il nous fallait vraiment un courage surhumain pour en faire la dissection. Nous supportions néanmoins cela bravement, tout en payant, à tour de rôle, un tribut à la nature, par une maladie intestinale très sévère.

Heureusement au bout de quelques jours nous en sortions indemnes et vaccinés contre toutes les maladies infectieuses présentes et à venir. Je crois que cette protection, vraie ou supposée, a eu pour effet de nous débarrasser de cette crainte exagérée des microbes qui trouble tant aujourd'hui le public en général, et nos médecins en particulier. Quelques livres de médecine, plus ou moins anciens, constituaient la bibliothèque de l'école. Les professeurs fournissaient eux-mêmes les instruments et les substances absolument nécessaires à leurs démonstrations. L'Hôpital des Sœurs de l'Hôtel-Dieu était alors sous le contrôle d'un de nos professeurs, le Dr Munro, mais son entrée nous était interdite. Il nous fallait suivre les cliniques à l'hôpital anglais, où nous étions tolérés. La Maternité mise à la disposition des élèves était si peu considérable que durant ma cléricature, je n'eus qu'un seul cas de maladie, sous la direction d'une sage-femme d'origine irlandaise. Cependant, malgré les désavantages, nous n'aurions pas voulu, pour rien au monde, abandonner notre Alma Mater, que nous supportions par pur patriotisme. Il faut bien le dire aussi, la science de nos professeurs et les talents des élèves suppléaient amplement à cette pénurie. Cette existence précaire disparut au bout d'un certain temps; Mgr Bourget, qui nous avait toujours témoigné beaucoup de sympathie, établit notre institution sur des bases plus solides, mettant à notre disposition les salles des hommes de l'Hôtel-Dieu, et la Maternité des Sœurs de la Miséricorde. Nous commençâmes à regarder l'avenir avec plus de confiance.

Cependant tout n'était pas encore rose pour les étudiants. Nous avions un problème très difficile à résoudre: la loi nous obligeait d'étudier l'anatomie; les hôpitaux et les autres institutions publiques refusaient de nous fournir les sujets nécessaires, et la loi nous défendait de nous en procurer ailleurs. Nous étions entre Charybde et Scylla. Mais comme de deux maux, il faut choisir le moindre, nous mimâmes la loi de côté, et nous nous procurâmes les sujets dont nous avions besoin en faisant des excursions dans les campagnes.

Nous allions déterrer les cadavres dans les cimetières, la nuit, souvent à une température de vingt degrés au-dessous de zéro. Malgré les fatigues et les dangers auxquels nous nous exposions, on entrepre-

ait les excursions avec plaisir, avec entrain; on y mettait de la vanité. Quand les succès couronnaient nos efforts, nous étions acclamés par nos confrères: on avait conquis un titre de gloire.

Je me rappelle qu'un élève partit un jour, seul, pour une expédition lointaine. Chemin faisant il recrute deux aides précieux, un cousin et un ami, deux braves canadiens, que les fatigues et les dangers en perspective n'effrayaient pas. Après une longue marche, on arrive au village désiré. La lune dans son plein brille avec éclat, il fait un froid intense, pas de lumière dans les fenêtres, calme parfait, tout le monde dort; on se rend avec précaution au cimetière situé derrière l'église. "Maintenant, dit l'étudiant, sautons dans le cimetière et rendons-nous à la fosse avec les outils, une hache, une pelle et une corde, nous n'avons pas une minute à perdre." Le cousin qui avait, sans doute, réfléchi durant le trajet, dit: "Moi, je n'y vais pas, je reste dans la voiture pour avoir soin du cheval." "Moi non plus, dit l'autre, je me tiendrai dans le chemin, et si je vois quelqu'un venir, je vous avertirai." Notre futur Esculape fut donc forcé de s'aventurer seul. Il ôte son habit pour travailler plus à l'aise. Il enlève avec sa pelle la terre jetée tout dernièrement dans la fosse; puis, avec une imprudence qui n'appartient qu'à la jeunesse, il entreprend de briser le cercueil avec sa hache. La raisonnance produite par chaque coup porté était tellement forte, tellement retentissante qu'elle semblait devoir réveiller tout le village, et faisait trembler nos deux sentinelles jusque dans la moëlle de leurs os; ils s'imaginaient à chaque instant voir sortir les gens de leurs maisons. Il faut qu'il y ait un dieu pour les étudiants comme pour les ivrognes, car notre écervelé réussit à sortir le cadavre de la fosse et à le transporter dans la voiture sans aucun fâcheux résultat. Ce fut pour les deux amis la première et la dernière expédition.

Une autre fois, un jeune médecin nous fit savoir qu'un de ses malades venait de mourir et que son cadavre était à notre disposition dans le cimetière. Il nous avertissait en même temps d'agir avec prudence, parce que les parents se rendaient tous les soirs au cimetière pour monter la garde, et qu'ils étaient armés. Faites de même, nous dit-il. On reçut la nouvelle avec joie. Cette expédition nous promettait des émotions. Quatre des plus résolus se mirent en route et arrivèrent au cimetière vers deux heures du matin. Nous explorons avec soin l'endroit où nous devons entrer. N'entendant et ne voyant rien, nous franchissons la clôture, puis nous marchons avec précaution, lentement afin de ne pas donner l'éveil à nos ennemis. Circonstance favorable, le temps était sombre. Nous approchons

enfin de la fosse, sans que le moindre bruit nous ait fait soupçonner la présence de quelqu'un. Bonne chance, les gardiens doivent être partis, nous allons réussir, quand un formidable coup de fusil se fait entendre. On avait tiré sur nous. Un des nôtres avait même reçu quelques grains de plomb dans les jambes. Mais personne ne bougea. On était brave alors, on ne connaissait pas la peur, et la peur ne nous connaissait pas. En avant, dit le plus âgé de nous, notre capitaine, puisqu'on ne peut pas réussir par la ruse, il faut employer la force. "Arrêtez, dit le Nestor de la bande. Dans quelle fausse position serions-nous, dit-il, si notre combat devait se terminer par mort d'homme, songez que nous n'avons pas encore notre licence." "C'est vrai, dirent les autres, la prudence est la mère de la sûreté." Et, sur ce, au lieu d'avancer, nous nous sauvâmes.

Les élèves d'alors ne ressemblaient pas à ceux d'aujourd'hui. Après sept ou huit ans passés au collège, ils arrivaient à Montréal libres de toute entrave, avec la soif de la liberté; c'était une vie nouvelle; nous avions hâte d'en jouir. Les rapports qu'on nous faisait des excentricités, des actes d'indépendance, d'insubordination même de la part des étudiants d'Europe, nous paraissaient dignes d'admiration; nous cherchions à les imiter. L'esprit du temps, comme l'on dit, contribuait beaucoup aussi à nous pousser dans cette voie. Dans les villages la jeunesse cherchait à se distraire, à s'amuser, c'était à qui jouerait le plus de tours aux autres. Aussi les élèves s'en donnaient-ils beaucoup de joie à leur arrivée à la ville. Le public les excusait, et riait même de leurs farces lorsqu'ils y mettaient de l'esprit. Mais dans leurs échaffourées, ils dépassaient parfois les bornes.

Les autorités civiles et judiciaires intervenaient alors, et ramenaient la paix et le bon ordre, mais toujours par des procédés paternels, comme si nous n'aurions tous formé qu'une seule et même famille. Les élèves n'épargnaient pas même leurs professeurs. Je ne permets d'en parler parce que c'est un temps qui ne reviendra plus. Nous nous amusions un jour des efforts inutiles qu'un professeur faisait pour sortir sa voiture de la cour de l'Ecole; son cheval n'obéissait pas, il allait toujours du côté opposé à la volonté du docteur. Nous avons changé les guides de chaque côté de la bride.

Le professeur de chimie voyait parfois toutes ses expériences manquer, on avait changé ses réactifs.

Une autre fois, un professeur en entrant dans la salle des lectures, aperçoit un magnifique fauteuil à la place de sa modeste chaise. Un étudiant se lève et fait au professeur un joli discours, le priant de vouloir bien accepter ce fauteuil, offert par ses élèves, comme un témoignage de leur estime et de leur reconnais-

sance. Le professeur s'y installe tout joyeux et tout reconnaissant. A peine a-t-il commencé sa lecture, qu'un homme de police entre brusquement dans la salle. "Que venez-vous faire ici, lui dit le docteur. "Monsieur, je viens chercher le fauteuil sur lequel vous êtes assis." "Mais, répond le docteur, le fauteuil est à moi, il vient de m'être donné par mes élèves." "Cà se peut, dit l'homme de police, mais ce fauteuil a été enlevé la nuit dernière d'une maison de la rue Ste-Elizabeth, à tel numéro. . . Vous savez, docteur." . . . "Oui, oui, je sais, je sais, prenez votre fauteuil et sortez." Les donateurs reçurent une semonce comme ils n'en avaient jamais eue. En comparant les élèves des deux époques, on voit combien est grand le contraste entre eux. Alors on cherchait d'abord le plaisir, et la sagesse ensuite. Aujourd'hui on fait tout le contraire. La loi médicale d'alors était plus favorable aux étudiants que celle d'aujourd'hui. Elle exigeait, il est vrai, quatre années d'étude, mais en travaillant beaucoup, on pouvait, avec l'aide de son patron, se faire recevoir au bout de deux ans. Le Gouvernement Provincial imite à présent nos patrons. Il vient en aide à ceux qui ne sont pas en conformité avec la loi.

L'Ecole de Médecine a été dans une position d'infériorité vis-à-vis les autres universités durant plusieurs années. Celles-ci avaient des privilèges qui les mettaient pour ainsi dire au-dessus de la loi. En vertu de leur charte elles délivraient à leurs élèves un diplôme qui leur donnait droit à la licence du Collège des Médecins sans examen. Tandis que les certificats donnés par l'Ecole n'avaient aucune valeur; les élèves devaient passer un examen devant le Bureau pour avoir leur licence. Malgré cela, cependant, l'Ecole prenait plus d'importance d'année en année, et après une lutte qui est encore dans la mémoire de tout le monde, elle a réussi à obtenir, sous l'égide de l'Université Laval, une position qui donne à ses élèves tous les privilèges universitaires. De plus, grâce à la sollicitude et à la générosité des amis de notre institution, nous pouvons donner aujourd'hui à nos élèves une éducation théorique et pratique complète. En comparant le présent avec le passé, nous sommes vraiment étonnés des progrès que nous avons faits en tout genre et sous tous les rapports. Lorsqu'on regarde l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Notre-Dame, la Maternité des Secours de la Miséricorde, notre magnifique bâtisse universitaire, avec sa bibliothèque, ses cabinets de physique, de chimie et d'électricité, pourvus de tous les instruments nécessaires aux cours qu'on y donne, nous sommes tentés de jeter un coup d'oeil d'envie sur la position actuelle des professeurs et des élèves.

Jetons maintenant un coup d'oeil rapide sur les

progrès de la science médicale durant les 50 ou 60 ans qui viennent de s'écouler.

Avant d'entrer dans le mérite de la question, laissez-moi vous dire que les chirurgiens n'entreprenaient jamais alors une opération sans éprouver un véritable serrement de coeur. Le chloroforme n'était pas encore découvert. Il fallait attacher solidement le malade sur la table d'opération. Il me semble entendre encore les cris de douleur que chaque coup de scalpel arrachait à ces pauvres malheureux. Cependant avant de quitter pour toujours l'Ecole, notre professeur d'anatomie, nous fit constater un jour les merveilleux effets de ce remède qu'on venait de découvrir, le chloroforme. On mit sur la table un chat que deux élèves maintenaient pendant qu'on lui faisait respirer le chloroforme. Après quelques minutes, "le chat dort," nous dit le docteur. "Je vais faire maintenant des incisions sur les diverses parties de son corps sans qu'il accuse la moindre douleur." En effet, nous assistons avec étonnement à l'opération. "A présent, je vais lui ôter le chloroforme, et le chat va se sauver comme s'il n'avait rien eu." On ôte la serviette qui enveloppait la tête du chat, mais le chat ne remue pas, le docteur le pousse—pas de mouvement; il le soulève, le lâche, le chat tombe inerte sur la table: il était mort! Le docteur était bien excusable, c'était la première expérience qu'il faisait. Cet accident arrive encore de nos jours, mais moins souvent. Pour constater les progrès de la science, il faut savoir ce qu'elle était il y a soixante ans. Depuis longtemps, toutes les théories qui avaient eu leurs jours de gloire depuis Hippocrate, avaient été mises de côté, les unes après les autres, de sorte qu'on ne suivait pas aucun système en particulier il y a soixante ans. Je ne veux pas dire qu'on soignait en aveugle. Autrement on aurait mérité la réputation que Molière avait faite aux médecins. On avait adopté un certain eclectisme, en glanant un peu partout ce que l'expérience et le raisonnement avaient reconnu comme bon dans chacune des anciennes théories médicales.

Peu satisfaits de cet état de chose, les médecins, en attendant et espérant cette théorie merveilleuse qui doit les mettre tous d'accord, se sont mis à l'oeuvre et ont travaillé à l'envie, durant ce demi siècle, au perfectionnement de la science médicale.

On n'a jamais remarqué, à aucune époque, autant d'efforts et de persévérance, et on n'a jamais vu autant de progrès, dans un si court espace de temps.

Toutes les branches de la médecine ont marché de l'avant sous cette forte impulsion. Tous les jours des aperçus nouveaux, des découvertes nouvelles sont venus éclairer des points obscurs. La matière médicale ne s'est pas laissée dévancer dans cette lutte. On serait

même tenté de se plaindre de la surabondance de remèdes qu'elle nous donne, mais comme ils sont rendus plus efficaces, par un mode de préparation plus soigné et plus perfectionné, et qu'ils contribuent considérablement au soulagement des malades et à la satisfaction du médecin, nous sommes heureux de les accepter.

Deux nouveaux facteurs: le microscope et le thermomètre, sont venus augmenter nos moyens de diagnostiquer. Je regrette beaucoup, cependant, que l'étude et la connaissance du pouls aient été presque complètement négligées.

Dans cette marche vers le progrès, la chirurgie tient certainement la tête, tant par sa hardiesse, parfois exagérée, que par la perfection de ses opérations et par ses succès.

Mais la découverte qui a le plus enthousiasmé les médecins, est certainement celle des microbes par Pasteur. Enfin, se disait-on les uns aux autres, on a donc découvert la vraie théorie médicale; c'est la science rendue à sa plus simple expression. Le microbe, voilà l'ennemi: une seule cause et un seul traitement, l'antiseptie. C'est l'âge d'or qui s'ouvre pour les médecins. A l'avenir, tout ce qu'il nous faudra pour pratiquer sera un microscope et un sérum. Heureusement, il n'en a pas été ainsi. Conformément à ce système, l'antiseptie fut largement employée; on fut néanmoins bientôt obligé d'inventer la phagocytose pour venir en aide aux antiseptiques. Malgré cela, les succès n'ont pas encore répondu entièrement à nos espérances. Les chirurgiens ne paraissent pas croire beaucoup à l'efficacité de la phagocytose, car ils font le possible et l'impossible pour empêcher les microbes d'entrer dans le système. Il y a même des médecins qui mettent en doute son existence. Pour ma part, je regretterais infiniment qu'il en fut ainsi. C'est si consolant de savoir que nous possédons un régiment de cellules, dont la seule fonction est de guetter l'entrée des microbes dans nos organes, et de se précipiter sur eux pour les dévorer; ce qu'elles font parfois avec tant d'avidité qu'elles en meurent.

Quoique les chirurgiens n'emploient pas, tous, les mêmes précautions, et que, néanmoins, les plaies guérissent à peu près le plus souvent par première intention, on se demande si, avec l'asepsie et les nouveaux procédés, tels qu'employés maintenant, on n'obtiendrait pas les mêmes résultats, au moins dans certains cas. Avant la découverte des microbes et des antiseptiques, les plaies guérissaient aussi quelquefois par première intention. Malheureusement, on n'attachait pas alors autant d'importance, qu'on le fait aujourd'hui, aux soins de propreté. Les précautions que l'on prend aujourd'hui dans la toilette de la plaie et pour la fermer contribuent aussi beaucoup au succès de l'opération.

En démontrant l'existence des microbes, entrevue par des médecins de la plus haute antiquité, Pasteur a rendu un service immense à l'humanité. On peut combattre plus facilement son ennemi quand on le connaît. Pasteur et d'autres nous enseignent comment on peut se protéger contre les microbes. Nos succès ne sont pas toujours satisfaisants; mais l'avenir nous fournira probablement des procédés plus efficaces.

Ce n'est certainement pas nuire à la réputation de Pasteur en disant que les microbes ne peuvent pas servir de base à une théorie médicale, tout simplement, parce que les microbes ne sont qu'une cause de maladies; et, comme il y en a beaucoup d'autres, nous aurions autant de théories que de causes.

N'ayant pas encore une théorie médicale satisfaisante, nous sommes donc encore aujourd'hui, à part les progrès signalés, au même point où en étaient nos prédécesseurs, il y a cinquante ans; et nous traitons nos malades d'après les mêmes principes.

Comment se fait-il que nous soyons encore sans une théorie que la profession médicale puisse accepter?

C'est parce qu'on a trop divisé et subdivisé l'organisme humain, en attachant trop d'importance à ses différents tissus ou organes.

On a ainsi perdu de vue l'homme complet, vivant et agissant non pas par une partie de son être, mais par son être tout entier, et on a cherché à bâtir une théorie sur une partie plutôt que sur le tout. Voilà l'erreur. Pour qu'une théorie puisse être complète et vraie, il faudrait qu'elle fut fondée sur tout l'organisme humain, et qu'en la formulant, elle nous donnât une idée complète de notre être, des fonctions de nos organes, des lois qui les gouvernent, et des rapports qui existent entre nous et le monde extérieur.

Comme vous le voyez, cette question de théorie médicale embrasse presque toutes les sciences, surtout celle de la matière, de sa nature, de sa formation, de ses effets et de ses transformations. Si dans l'étude de ces divers sujets obscurs que nous sommes forcés de faire à la hâte, nous commettons des erreurs, nous aurons au moins la consolation d'être en bonne et nombreuse compagnie. Nous allons commencer par ce qui sert de base à l'univers entier, la matière.

On considère généralement la matière comme une chose vile et méprisable. N'oublions pas qu'il a fallu la toute puissance d'un Dieu pour la créer. Plus nous l'étudions, plus elle nous étonne par sa nature, par ses variétés de forme et par ses effets. Cependant, les corps organiques et inorganiques, que nous voyons, ne nous donnent pas une idée juste de la matière. Ils ne sont que les produits de la combinaison des éléments primitifs ou simples les uns avec les autres. Connaît-

on les éléments simples qui ont servi à former l'univers ?

Comme rien ne se perd dans la nature, on doit pouvoir les trouver et les reconnaître à certaines propriétés; car toute substance doit avoir une propriété qui est la manifestation de son existence. Sans propriété, pas d'existence, et sans existence, pas de propriété. La propriété d'un corps est inhérente à sa nature. C'est son principe vital. C'est en vertu de ce principe qu'il vit, qu'il agit, qu'il se défend contre les causes externes et internes qui tendent à sa destruction. La science nous fait-elle connaître les éléments simples créés à l'origine du monde. Elle en nomme un certain nombre qu'elle considère comme tels, surtout, parce qu'on n'a pas pu encore les décomposer. Elle en laisse d'autres de côté malgré les preuves de leur existence et de leur activité; comme, par exemple, l'électricité. Cette substance est certainement la plus simple, la plus répandue, la plus active, et la plus puissante de la nature. Elle paraît être la cause de tous les phénomènes qu'on observe dans l'univers.

Les propriétés de l'électricité, entre autres, l'attraction et la répulsion, commencèrent à agir dès son existence; de ce moment le mouvement fut créé. Les premiers phénomènes de la vie matérielle sont donc dus à l'électricité. C'est par elle que les éléments simples, quels qu'ils soient, se combinèrent ensemble dans des proportions différentes, pour former d'abord l'air, l'eau, la terre et tous les astres dans l'immensité des cieux. On peut considérer cette transformation des éléments simples ou primitifs comme la première évolution de la matière.

La deuxième évolution commence après la formation complète de la terre; évolution peut-être plus surprenante que la première, puisque la matière inorganique va produire des êtres organisés. Les rayons du soleil, aidés de l'air et de l'eau, agissant sur l'humus qui tapisse toute la surface de la terre, donnent naissance à des composés nouveaux, à des cellules aussi nombreuses que variées, possédant la propriété de se nourrir, de se développer, et de former des êtres organisés et distincts les uns des autres, constituant le règne végétal.

La troisième évolution de la matière, toujours par les mêmes procédés, a produit le règne animal. L'esprit humain reste véritablement confondu à la vue des merveilles incompréhensibles de la création. Il lui est surtout impossible de comprendre comment la matière inorganique puisse former des êtres doués de sensibilité et d'intelligence. Dans ces diverses transformations de la matière dans cette marche inconsciente vers le progrès, il faut nécessairement qu'elle ait été conduite par une intelligence surnaturelle et divine.

La succession régulière des êtres, sans la transformation d'une espèce en une autre, nous fait encore voir l'action de cette même puissance. Pour qu'il en soit autrement, pour qu'il y ait changement d'espèce, il faudrait que l'être put donner à sa progéniture des propriétés qu'il ne possède pas.

S'il n'y a pas eu d'exception pour l'homme, son existence provient de la formation et de l'évolution d'une cellule. D'ailleurs, quelque soit la manière dont il a été créé, il doit toujours son existence à Dieu. Une fois formé, l'homme devient créateur à son tour. Le nouvel être qui lui devra la vie commence encore par une cellule fécondée. Cette cellule, mise en contact avec les organes de la mère, en absorbe, par endosmose, les liquides, qui lui servent de nourriture. Cette cellule, sans nerfs, sans vaisseaux, se développe et forme une quantité considérable de nouvelles cellules, toutes différentes les unes des autres, lesquelles doivent former nos tissus, nos organes, l'homme enfin. Nous venons de voir que l'homme a été formé par l'évolution d'une seule cellule. Pour continuer son existence, il va lui falloir maintenant le concours de toutes ses cellules. Après sa naissance, ne recevant plus sa nourriture toute préparée, il devra la préparer et l'élaborer lui-même.

Vous savez par quels admirables procédés les aliments introduits dans l'estomac, sont transformés en chyle ou sang blanc, comment le chyle mêlé au sang veineux est transformé ensuite en sang artériel, et chassé par le cœur dans tous les vaisseaux capillaires. Comme les vaisseaux ne communiquent pas avec les cellules, le sang transsude en partie à travers les parois des vaisseaux, et se répand dans les mailles du tissu cellulaire et vient en contact avec les cellules fixe de tout le système. Ce liquide est de même nature que celui fourni par la mère à l'enfant. Il constitue la véritable nourriture de l'homme. Mais, avant d'être absorbé et incorporé par les organes, il faut qu'il soit de nouveau élaboré par leurs cellules. Autrement, le liquide étant partout de même nature, les nouveaux tissus seraient tous identiques.

Tous les autres organes contribuent à l'accomplissement de ce travail de nutrition, soit par leurs sécrétions, soit par l'excrétion des substances nuisibles à la santé. Le système nerveux, en donnant la sensibilité aux organes et en les stimulant, y joue aussi un rôle important.

On admire, à juste titre, le mécanisme et le fonctionnement de ces machines employées dans l'industrie; mais il n'y a rien de si étonnant que le nombre, la variété et la délicatesse de nos organes, ainsi que leurs procédés pour élaborer et transformer dans leurs

propres tissus des substances d'une nature tout à fait dissemblables.

Il ne faut pas oublier que quoique le corps forme un tout complet, chaque cellule conserve sa vitalité propre et indépendante; elle vit, elle agit par elle-même, et, parfois même, sans l'aide du système nerveux, par exemple, dans certains cas de paralysie. On voit donc que l'élément cellulaire est la base de notre organisme, qu'il en constitue l'élément fondamental, et que toutes les fonctions de nos organes se font par lui.

Virchow a donc eu raison de baser sa théorie sur l'élément cellulaire. Seulement, pour que cette théorie soit complète, il faudrait l'appuyer non pas sur l'élément cellulaire d'un seul tissu ou d'un seul organe, mais sur les éléments cellulaires fixes ou libres de tout le système.

On pourrait donc conclure que la santé et la vie dépendent de nos cellules. Quand elles fonctionnent bien, c'est la santé; quand elles ne fonctionnent plus, c'est la mort. On pourrait pareillement définir la ma-

ladie le résultat d'une altération fonctionnelle ou organique des éléments cellulaires.

Les fonctions cellulaires consistent dans leur nutrition, dans leur prolifération, dans la formation de substances nécessaires à la santé, dans la sensibilité des cellules nerveuses. Si l'une ou l'autre de ces fonctions se fait mal, vous aurez des symptômes et des effets particuliers. Que la nutrition se fasse mal, qu'elle soit trop active ou trop faible, vous aurez la pléthore ou l'anémie, de même que pour la prolifération, vous aurez l'hypertrophie ou l'atrophie; formation de néoplasmes, si les cellules nouvelles sont formées anormalement.

Si l'élément nerveux agit trop, vous aurez excès de sensibilité et d'activité, avec tous les phénomènes de l'irritation et de l'inflammation. Dans le cas contraire, vous aurez diminution ou perte complète de la sensibilité ou de l'activité des organes avec ses conséquences, etc. Les maladies doivent donc être toujours en rapport avec les fonctions cellulaires.

1656 rue Sainte-Catherine.

## HISTORIQUE DE L'UNIVERSITE LAVAL A MONTREAL.

Notre Université catholique à Montréal est entrée dans la 25<sup>e</sup> année de son existence. Les débuts n'en furent pas seulement modestes, il furent pénibles, mouvementés, presque orageux. Grâce à la persévérance des uns, au dévouement et à la générosité des autres, à la bonne volonté de tous, l'œuvre cependant a marché. Peu à peu, le calme se fit, les questions brûlantes furent prudemment écartées ou réglées à l'amiable. Une liberté d'action plus grande et plus en rapport avec de légitimes exigences furent accordées par le Saint-Siège. Les esprits, jusqu'alors divisés par de regrettables malentendus, se rapprochèrent. Le pays tout entier vit avec joie des facultés sœurs, faites pour se comprendre et s'unir, marcher vers un même but en parcourant les mêmes sentiers, travailler de concert, au prix des plus nobles sacrifices, au relèvement des études préparatoires à la profession médicale. Cette profession exige, en effet, surtout de nos jours, une science étendue et variée le tact d'un diagnostic sûr et pénétrant, le souci de l'être moral et religieux envisagé par delà l'être physique : conditions essentielles, si les médecins veulent être de vrais sauveurs d'hommes et s'ils désirent que leur vocation s'élève à la hauteur d'un véritable apostolat.

A la phase critique de l'épreuve, succéda une période de paix, d'harmonie et de développement. Le

personnel de l'université quitta sans regret, vous me croirez facilement, son obscur domicile de la Place Jacques-Cartier et vint s'installer dans le superbe édifice qu'il occupe maintenant, et pour la construction duquel le séminaire de Saint-Sulpice a donné, outre le terrain, la somme de \$80,000.00.

De nouvelles chaires de droit et de médecine ont été créées. Les cours de ces deux facultés sont aujourd'hui suivis par près de 400 disciples de Thémis ou d'Esculape.

L'école polytechnique et l'école vétérinaire se sont successivement affiliées à notre université et dès l'automne prochain nous aurons la satisfaction de voir la première de ces écoles prendre possession du magnifique édifice dont les fondements vont être jetés ces jours-ci, et qui restera l'une des gloires de notre architecture nationale.

Des bibliothèques, des musées, des laboratoires, des salles de jeux, sont sortis comme par enchantement de l'initiative intelligente de nos amis, de la précieuse sympathie de nos bienfaiteurs.

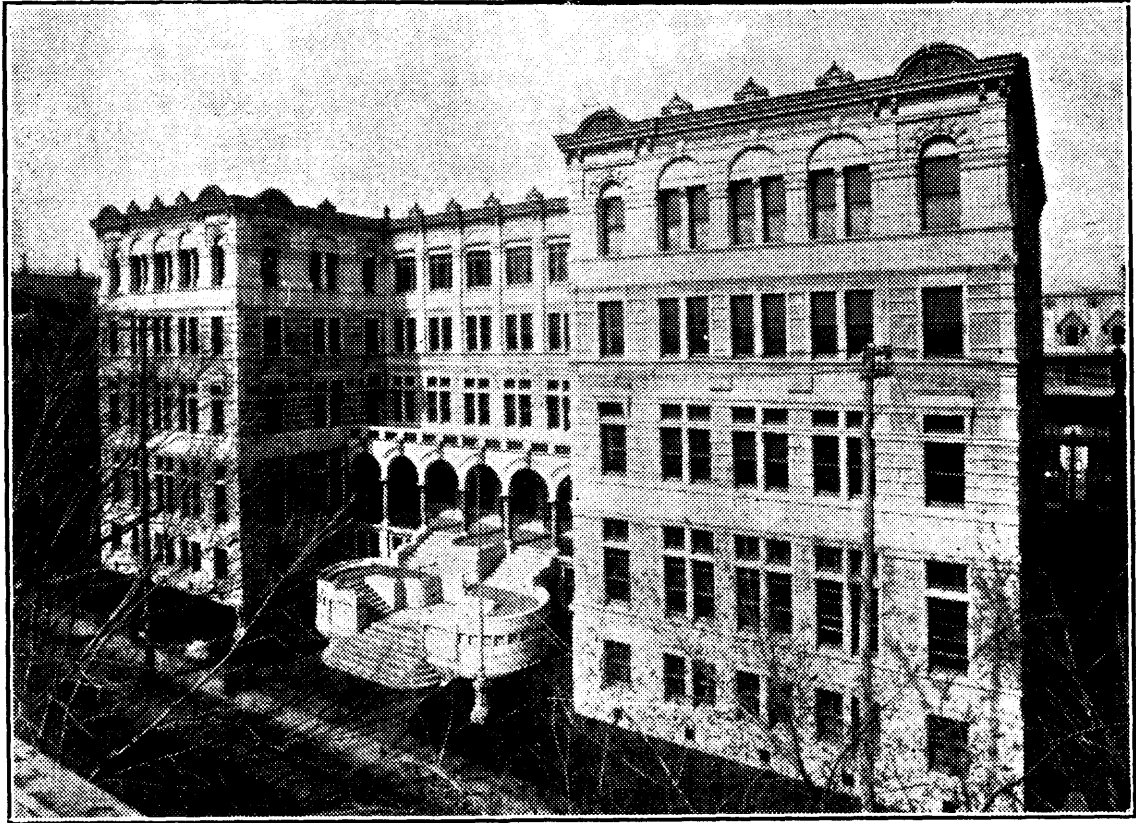
Une chaire de littérature française a été fondée, et le public de Montréal a prouvé par son assiduité aux conférences des lundi et mercredi, qu'il sait apprécier et

goûter tout ce qui peut ajouter à ses connaissances et lui procurer les joies de l'esprit.

Ainsi il semble que nous avons raison d'être satisfaits de l'œuvre accomplie en une période relativement courte, et qu'il nous est permis d'envisager l'avenir avec confiance.

Fidèle à sa mission, l'Université Laval à Montréal continuera à diriger vers le progrès moral, intellectuel et esthétique, les jeunes générations confiées à sa garde.

Elle s'efforcera de leur inspirer chaque jour d'avantage l'amour du vrai, du bon et du beau, de les initier aux mystères de la science, de les préparer efficacement aux luttes de la vie ; elle travaillera à les mêler au mouvement grandiose qui emporte le monde vers des horizons toujours plus larges et à des hauteurs que le passé n'aura pas connus, si le monde, dans cet essor sublime se laisse diriger par la foi.



UNIVERSITE LAVAL

## HISTORIQUE DE L'ECOLE DE MEDECINE DE MONTREAL.

L'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal est une institution assez ancienne. D'après l'acte d'incorporation qui fut sanctionné le 25 mars 1845, il appert que déjà depuis deux ans les Drs Arnoldi, Badgley, Munro, Sutherland, et Nelson, avaient donné des cours publics de médecine, et avaient commencé la formation d'une bibliothèque et d'un cabinet d'anatomie. En conséquence, Sa Majesté, etc., etc., la constitua en corporation.

Dans cette première école les cours se donnaient en anglais et en français, et un vieux citoyen m'affirme que professeurs et élèves se réunissaient dans

une ancienne maison, qui se voit encore, dans le bas de la rue St-Urbain, et qui est occupée actuellement par un forgeron.

Il paraîtrait que dans ces temps reculés il y avait déjà certaines divisions entre les confrères, et que la nouvelle école avait été fondée pour tenir tête à ceux que l'on appelait la "clique" de l'Université McGill. Quoiqu'il en soit, je sais que plus d'un membre fondateur céda, plus tard, à l'influence de l'institution qu'il avait voulu combattre, et, qu'en conséquence, la jeune école devint, sous peu, franchement canadienne-française. Un de ceux qui a contribué le plus à lui

donner son caractère national, est feu le Docteur Coderre, un patriote, emprisonné dans les sombres jours de '37, et, qui parlait encore dans sa vieillesse avec enthousiasme des Fils de la Liberté, et de leurs faits et gestes.

J'ai appris de lui que, peu après son entrée dans la corporation, un incendie détruisit le musée et la bibliothèque sur lesquels on avait fondé la pétition pour incorporation, et, qu'en conséquence, l'École avait transporté ses pénates sur la rue Lagachetière, dans une vieille maison qui se voit encore, dans la cour de la "Boutique de l'Aqueduc."

C'est pendant le séjour de l'École dans la maison de la rue Lagachetière, que la plupart des anciens praticiens du district firent leurs études médicales. C'était le temps où "l'expédition" était à la mode, et, pour ainsi dire, nécessaire, pour l'obtention des sujets, et l'étudiant se faisait une gloire de participer à ces aventures nocturnes, où il y avait généralement juste assez de danger pour leur donner du piquant.

Il y avait alors neuf membres de l'École, les Drs Beaubien, d'Orsonnens, Bibaud, Rottot, Peltier, Coderre, Munro, Trudel et Brosseau. Tous sont disparus sauf notre doyen.

Je n'ai jamais su trop pourquoi, mais l'École déménagea de nouveau, et allait se loger sur la rue Craig, dans une maison qui avait été très belle dans son temps—"Oum mutatus ab illo!—elle est occupée à présent par des fils d'Abraham qui y tiennent un magasin de seconde main. Ceux qui voudraient la trouver n'ont qu'à se rendre au numéro 577 Craig, et, en arrière de quelques constructions plus ou moins modernes, ils verront se dresser l'antique demeure où nos aînés suivaient leurs cours.

En 1872, l'École acheta des Dames de l'Hôtel-Dieu, un terrain voisin de l'Hôpital, et y fit construire un édifice assez considérable. C'était la première fois qu'elle se trouvait "chez elle," et elle occupa cette maison jusqu'à l'époque de l'union définitive avec la Faculté Laval. La mort, qui semblait avoir oublié les membres de la vieille corporation, se mit, tout-à-coup, à faire des siennes dans leurs rangs, et l'on vit disparaître successivement les Drs Beaubien, Peltier et Bibaud, de sorte, qu'à la fin de l'année 1881, les anciens membres de l'École qui restaient étaient les Drs Munro, d'Orsonnens, Trudel et Coderre, les Drs Rottot et Brosseau ayant passé à la Faculté Laval. Les nouveaux membres étaient les Drs Durocher, Beaudry et Brunelle. Le Docteur Munro étant mort au printemps de 1882, trois nouveaux membres furent admis : les Docteurs Hingston, Desjardins et Mignault,—ce qui faisait le nombre exact, permis par l'acte d'incorporation, c'est-à-dire dix membres.

Pendant l'année 1883, l'orage qui grondait déjà depuis longtemps, se décharna tout-à-coup sur l'École, et elle se vit remerciée par les Soeurs de l'Hôtel-Dieu, en obéissance à un ordre de Mgr Fabre, et puis ses membres encoururent la censure ecclésiastique,—et puis, un beau jour, le Dr Desjardins, qui était allé présenter la cause de l'École à la Propagande, obtint le fameux "suspende omnia" qui ramena la paix et sauva l'institution. Vers la fin de cette même année, Mgr. Henri Smeulders, Commissaire Apostolique, vint à Montréal pour prendre connaissance de l'état des affaires. En 1884, le Docteur Chartrand fut admis membre de la corporation, le Dr Trudel étant mort en novembre 1883. En 1887, le Dr Georges Beaudry mourut, et le Dr Poitevin prit sa place en 1888. A l'automne de cette année, le Dr Coderre suivit ses anciens collègues, et sa place au conseil ne fut pas remplie.

En 1889, commencèrent de nouvelles tentatives d'union avec la Faculté Laval, et, après une année de lutttes et de difficultés, la Législature de Québec adopta définitivement le projet de loi qui unissait les deux facultés.

Le 1er juillet 1891, les membres de la nouvelle faculté s'assemblèrent pour la première fois. Selon l'acte, la Corporation de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal pouvait se composer de vingt-trois membres, et, à cette première assemblée, il y en avait vingt-deux, le vingt-troisième n'ayant jamais été nommé. Les premiers officiers furent le Dr L. B. Durocher, président; le Dr H. E. Desrosiers, secrétaire, et le Dr L. A. Demers, trésorier. Pendant la session 1891-92, les cours primaires se donnèrent sur la Place Jacques-Cartier, et les finals ainsi que la dissection dans la bâtisse de l'avenue des Pins. A l'automne de 1895, l'École déménagea encore une fois, et alla occuper l'édifice universitaire de la rue St-Denis. Si la mort semblait avoir, comme je viens de le dire, oublié, pendant quelques années, les membres de l'ancienne école, elle s'est dédommée depuis l'union, car, pendant l'espace de onze ans, l'on a vu disparaître les Drs Paquet, d'Orsonnens, Poitevin, Desrosiers, Laramée, Dagenais, Fafard, Brosseau, et Brunelle, et le Dr Elzéar Berthelot, qui mourut avant la consommation de l'union. Le Dr E. P. Lachapelle, ancien membre de la Faculté Laval, est entré de nouveau dans la Corporation, ce qui porte le nombre des membres actuels à treize.

Un mot, maintenant, sur les rapports de l'École avec l'Hôtel-Dieu. Le 15 novembre 1849, dans une séance à laquelle assistaient tous les membres, savoir: MM. Munro, Beaubien, Bibaud, Trudel, Coderre, Peltier et Boyer, l'École adopta une requête aux Dames



de l'Hôtel-Dieu, les priant de lui confier le service médical de leur hôpital, et, après plusieurs pourparlers, les conditions furent arrêtées, et le service médical s'est continué aussi sans interruption depuis au-delà d'un demi-siècle.

C'est en 1867 que l'Ecole s'est affiliée avec l'Université Victoria, car, avant cette époque, ne pouvant donner de diplôme à ses élèves, ceux-ci étaient obli-

gés de passer un examen "ad practicundam" devant le Collège des Médecins et Chirurgiens. Cela peut paraître étonnant lorsque l'on songe que l'Université McGill donnait elle-même ces diplômes, mais il faut se rappeler que le Canada était alors sous le régime de l'union, et que Québec et Ontario n'avaient qu'une seule et même législature.

L. D. MIGNAULT.

## FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE LAVAL A MONTREAL.

En 1877, sur l'initiative du docteur E. P. Lachapelle, un groupe de médecins de Montréal, désirant avoir en cette ville une université catholique, s'adressèrent au délégué apostolique, Mgr Conroy, et, s'appuyant sur le décret "inter varias sollicitudines," lancé par Rome, l'année précédente, obtinrent de l'Université Laval à Québec, la création d'une succursale dans la métropole. On put croire un moment que l'Ecole Victoria, affiliée à l'université protestante de Cobourg, se joindrait au mouvement, et qu'il n'y aurait qu'une seule faculté de médecine à Montréal, mais, à la dernière heure, des malentendus survinrent, et la Faculté de Médecine de l'Université Laval dut s'organiser seule. Les membres fondateurs furent les docteurs, J. P. Rottot, nommé doyen, E. P. Lachapelle, A. T. Brosseau et J. B. A. Lamarque; ils s'adjoignirent, pour compléter le cadre de

l'enseignement, les docteurs A. Dagenais, J. A. Laramee, A. G. A. Ricard, C. M. Filiatrault, J. E. Berthelot, S. Lachapelle, N. Fafard, S. Duval, A. A. Foucher et H. E. Desrosiers. Les premiers cours se donnèrent au Château Ramezay, que l'Ecole Normale venait d'évacuer pour prendre possession de sa nouvelle bâtisse, au Parc Logan (aujourd'hui Lafontaine), et que le gouvernement voulut bien mettre à la disposition de la nouvelle faculté. En 1880, la fondation de l'Hôpital Notre-Dame vint compléter l'organisation et plaça la faculté sur un pied stable et efficace. La Faculté de Médecine Laval progressa d'année en année; ayant à peine à son début une douzaine d'élèves inscrits sur son rôle, elle comptait lors de l'union, en 1890, plus de cent vingt-cinq élèves, et l'agencement de ses cours ne laissait rien à désirer.

## HOTEL-DIEU DE MONTREAL.

L'établissement de l'Hôtel-Dieu remonte à la fondation de Montréal. C'est à la générosité de Madame de Bullion et au dévouement de Mademoiselle Mance, que les premiers colons furent redevables de ce bienfait.

En 1643, Madame de Bullion, frappée du nombre de blessés, sans asile, à la suite des guerres contre les sauvages, donna, pour l'érection d'un hôpital, 42,000 livres, dont 36,000 devaient être placées en rentes pour l'hôpital, et 6,000 devaient être employées à construire les premiers bâtiments. Deux ans après, elle éleva le capital à 60,000 livres.

Le 8 octobre 1643, les bâtiments étaient en état de recevoir les malades. Cette maison qui n'était que de bois offrait cependant toutes les commodités qu'on pouvait raisonnablement demander dans une institution de ce genre, eu égard à l'état de la colonie naissante. Comme l'expérience avait montré que la Pointe, dite, dans la suite, à Callières, où le fort avait été

construit, n'était pas à l'abri des inondations, on établit l'hôpital sur un terrain plus élevé, le même qu'occupait l'Hôtel-Dieu il y a encore cinquante ans, à l'angle des rues St-Sulpice et St-Paul. Une cuisine, une chambre pour Melle Mance, une autre pour les servantes, deux pièces pour les malades, le tout formant un bâtiment de soixante pieds de long sur vingt-quatre de long,—ce fut tout ce qui composa d'abord l'Hôpital de Ville Marie. Il n'était pas plutôt achevé qu'il se trouva assez de malades et de blessés pour le remplir, à cause des attaques journalières des Iroquois.

En 1645, la Compagnie des Cent Associés envoya à Melle Mance le premier ameublement pour sa maison, mobilier bien nécessaire à l'Hôtel-Dieu: comme matelas, draps de lit, et autres linges, vaisselle d'étain et de cuivre, médicaments pour les malades et instruments de chirurgie; en plus, deux boeufs, trois vaches et vingt bœbis.

Afin de mettre l'établissement à l'abri des attaques des sauvages, l'on fit environner d'une forte clôture en pieux, l'enclos qui mesurait quatre arpents carrés. Les seigneurs de Montréal firent construire deux redoutes auprès de l'Hôpital, et les fournirent de toutes les armes et munitions nécessaires en cas d'attaque, spécialement de deux pièces d'artillerie.

En 1653, un grand nombre de colons, la plupart ouvriers, étant venus se fixer à Ville Marie, M. de Maisonneuve les employa à construire un grand corps de logis à la suite des bâtiments de l'Hôpital pour suffire au nombre des malades. Ce corps de logis construit en bois de charpente, avait environ quatre-vingt pieds de long et trente de large, sur vingt de haut. A une extrémité se trouvait l'église; le reste de ce bâtiment formait une grande salle pour les hommes, et

Il y avait alors deux chirurgiens, qui, pour toute rétribution, ne recevaient de l'institution que quinze écus chacun, pour le service de chaque année. Les bâtiments méritaient à peine ce nom et tombaient en ruine de toute part: la salle où étaient les malades était étayée en dedans et en dehors.

L'évêque de Québec, ayant constaté par lui-même l'insuffisance du local, ordonna aux religieuses de construire. Ce qu'elles firent la même année. Le bâtiment devait avoir cent trente pieds de longueur et trente-un de largeur, afin qu'on put y établir un dortoir à double rang de cellules; enfin, trois étages, sans y comprendre un vaste grenier. On construisit sous une partie du bâtiment de grandes caves de soixante pieds de long, voutées en pierre et parfaitement éclairées. Enfin, aux deux extrémités du



HOTEL-DIEU DE MONTREAL — MLLE MANCE

on y ménagea une grande porte qui leur donna vue dans l'église.

Par suite de mauvais placements, plus de la moitié des sommes léguées par Madame de Bullion, ayant été perdues, l'Hôpital tomba dans un état voisin de la détresse, au point que l'on fut plusieurs fois sur le point d'en fermer les portes.

Cette maison, disait Mgr de St-Valier, en 1688, n'a que onze à douze cents livres de rentes, et, cependant, j'ai vu par ses comptes qu'on dépense de 7,000 à 8,000 francs par année, parce qu'il y a toujours un nombre considérable de malades."

L'Hôpital contenait alors quarante-sept malades, bien que les troupes, qui étaient allées en guerre, ne fussent pas encore de retour.

bâtiment, on éleva deux pavillons de vingt-cinq pieds sur trente-un, semblables, pour la hauteur, au reste de l'édifice. Les religieuses prirent possession de cette bâtisse le 21 novembre 1694, lorsque le premier étage était encore à peine en état de les recevoir.

Les constructions n'étaient pas encore terminées, lorsque, dans la nuit du 23 au 24 février 1695, elles furent complètement détruites par un incendie. Les malades, au nombre de vingt-six, furent transportés au Séminaire où les Messieurs de St-Sulpice leur firent donner tous les soins nécessaires.

Les travaux de reconstruction furent poussés avec tant d'ardeur que le 21 octobre de la même année, les malades pouvaient réintégrer leurs salles.

L'Hôpital continua à se maintenir tant bien que

mal, plus dénué que jamais des biens de la terre, jusqu'à 1721, lorsqu'il fut de nouveau complètement détruit par un deuxième incendie. L'on mit alors en délibération la question de savoir si l'on ne cesserait pas complètement d'assister les malades. Pour n'en pas venir à cette triste nécessité, l'on fit des quêtes et l'on réussit à obtenir du roi un secours de 10,000 livres. Malgré tout, ce ne fut que trois ans et demi plus tard, que les religieuses et les malades purent rentrer dans leurs nouvelles constructions, en pierre, cette fois-ci.

En 1733, la variole éclata à Montréal, et fut si universelle que les hospitalières reçurent dans leurs salles plus de cinq cents malades; pendant quatre mois, elles eurent continuellement près de cent soldats à soigner.

tenant aux pauvres, ne furent pas tous consumés par le feu, mais on ne conserva que quelques matelas, très peu de linge et une partie des objets de la pharmacie.

Le gouverneur et l'intendant cherchèrent immédiatement une maison assez spacieuse pour loger les malades et les religieuses. Ils jetèrent les yeux sur la résidence de M. de Montigny, voisine de la chapelle de Notre-Dame de Bonsecours, et sur une autre, contigue à la précédente, qu'ils firent disposer pour le service des malades. Pour donner aux religieuses la facilité de se rendre à l'église de Bonsecours, sans sortir de leur clôture, on construisit, le long de la rue, une palissade de pieux qui les séparait du public.

Pendant qu'elles étaient dans cet endroit, une maladie infectieuse, de nature inconnue, se déclara dans l'Hôpital, et fit mourir, en quelques jours, neuf religi-



HOTEL-DIEU VUE DE FACE

Le tremblement de terre de 1732 causa de grands dégâts à l'Hôpital; le Conseil vota aux hospitalières une somme de 640 livres pour en atténuer les conséquences, mais avant même que l'on eut reçu cette somme, tous les bâtiments furent de nouveau réduits en cendres. Il n'en resta que les murs qu'on espérait malgré leurs dégradations, pouvoir remettre en état, mais la pierre de taille des portes et des croisées n'était plus d'aucun usage. Enfin, l'estimation de la dépense pour remettre les bâtiments dans leur état primitif, sans y ajouter aucun embellissement, fut portée par M. de Léry à la somme de 80,000 livres, sans compter ce qu'il fallait pour se procurer les meubles et les effets nécessaires à un pareil établissement.

Les religieuses perdirent la plupart de leurs papiers et jusqu'à leurs registres. Les meubles appar-

euses. Les autorités firent alors fermer les portes de l'Hôpital pendant près d'un an.

Grâce à une somme de 10,000 livres que leur accorda le roi, le 11 avril 1735, les religieuses reprirent la construction de leur institut. Elles purent y retourner à l'automne de la même année. Voici quel était alors l'état du bien temporel des malades. Le revenu des pauvres, qui était entièrement distinct du revenu des religieuses, ne s'élevait qu'à \$5,000 livres. Au moyen de ce revenu, les religieuses étaient obligées de pourvoir à la subsistance et aux médicaments des malades, qui étaient communément au nombre de 35 à 40; la plupart, traités gratuitement, de fournir les lits, les couvertures et le linge, enfin d'entretenir, en tout temps, cinq domestiques pour le service de la maison.

En 1745, la famine et le typhus firent d'affreux ravages dans le pays. Les religieuses de l'Hôtel-Dieu alors au nombre de 21, perdirent cinq de leurs membres, emportées par le fléau.

Pendant la guerre de sept ans, à la suite de laquelle le Canada fut cédé à l'Angleterre par la France, le nombre des malades devint si extraordinaire, que les religieuses, ne pouvant les recevoir tous dans leurs salles, les placèrent d'abord dans leur église; puis leur cédèrent leur propre dortoirs, dont elles firent abattre les cloisons et où elles placèrent une centaine de lits.

En 1756, le gouverneur et l'intendant ordonnèrent la construction de deux nouvelles salles, en charpente, dans les jardins de l'Hôpital. Malgré la place que procurèrent ces deux nouvelles salles, le nombre des malades et des blessés devint si considérables qu'on se vit forcé de rapprocher les lits, ce qui occasionna une sorte de fièvre maligne dont un grand nombre furent atteints. Les religieuses perdirent encore cinq de leurs membres.

En 1760, le 8 septembre, Ville Marie tomba au pouvoir des Anglais.

Le sort de l'Hôpital fut bien meilleur que les religieuses ne s'y étaient attendues. Le 25 septembre, le général Amherst envoya aux hospitalières un cadeau qu'il accompagna de ce billet : "Amherst, en reconnaissance pour les soins que les Soeurs ont eu des malades anglais, leur envoie deux cents écus et deux douzaines de vin de Madère. Ce ne sont que les gages du bien que je veux à l'Hôtel-Dieu de Montréal, qui peut compter de la part de la nation britannique à la même protection dont elle a joui sous la domination française."

Toutefois, après toute ces guerres, le pays fut plusieurs années dans un état d'extrême misère, et il serait difficile de faire connaître toutes les privations dont l'Hôpital eut à souffrir. La chapelle dût servir pendant plusieurs années au service du culte protestant. Malgré leur pauvreté, les religieuses construisirent, en 1771, une muraille pour leur clôture, qui n'avait été jusqu'alors formée que de pieux.

En 1790, l'on dut fermer le noviciat, par suite du manque de sujet; il en fut ainsi pendant cinq années consécutives.

Pendant la révolution française, en 1792, les religieuses perdirent encore une fois, leurs capitaux, placés en ce pays, et retombèrent dans un état voisin de la misère. La Sœur LePailleur résolut de mettre l'Institut en état de se subvenir à lui-même par sa propre industrie; elle établit une boulangerie; et, bientôt, elle vendit, par jour, jusqu'à deux cents pains de six livres; car, certaines saisons, elle en vendit jusqu'à trois cents. Un certain nombre de religieuses se mirent à faire des ouvrages de couture pour les per-

sonnes du dehors; elles apprirent à dorer et exécutèrent un grand nombre d'ouvrages en ce genre pour le service du public. En 1795, elles commencèrent à fabriquer des cierges, ce qui fut une ressource assez considérable; en 1798, elles établirent une savonnerie.

Pendant la guerre américaine, le gouvernement britannique demanda à la Mère LePailleur de recevoir dans son Hôpital les soldats malades, à l'usage desquels on désirait qu'il fut destiné. On lui offrit, en même temps, pour chaque soldat malade, un schelling par jour, avec la ration ordinaire. Elle accepta cette proposition tant pour le soulagement des troupes que pour augmenter les revenus de l'Hôpital des pauvres, qu'elle mit en bon état par ce moyen.

De 1760 à 1810, l'Hôtel-Dieu reçut dans ses salles 12,237 hommes et 8,707 femmes.

En 1821, l'Hôtel-Dieu, après bien des démarches, recouvra les fonds qui avaient été perdus en France pendant la révolution.

Un dénouement si inespéré et qui faisait rentrer l'Hôpital en possession de sommes assez considérables, donna aux hospitalières la pensée de rebâtir leur maisons. Ces bâtiments, consumés trois fois par l'incendie et toujours réparés avec les mêmes murs, inspiraient de vives inquiétudes.

Au mois de mai 1826, l'on démolit l'Hôpital, et on le reconstruisit avec de nouveaux matériaux. Le tout fut terminé en octobre 1827. Jusqu'à cette époque, les salles ne contenaient que trente-deux lits chacune; les salles du nouvel hôpital en contenaient cinquante.

En 1842, l'on ajouta à la salle commune, deux autres salles de vingt-deux lits chacune, ce qui porta à cent le nombre de lits pour les pauvres.

De 1810 à 1860, l'Hôpital reçut dans ses salles 30,547 hommes et 30,632 femmes.

En 1861, le 21 janvier, le local n'étant plus en rapport avec les besoins de la population, l'établissement fut transféré sur l'avenue des Pins, entre les rues du Parc et St-Urbain.

Ce nouveau local contient 250 lits, et reçoit, en moyenne, 2,500 malades par année.

Depuis 1887, l'Hôpital s'est augmenté d'un dispensaire—un des plus beaux de l'Amérique—où sont traitées les maladies des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles. Chaque année, plus de 600 personnes reçoivent dans ces salles les soins de deux médecins spécialistes, outre les patients qui se présentent en grand nombre au dispensaire. Le nombre des pauvres externes, secourus, soit par consultations ou prescriptions gratuites, s'élève, par année, à 3,800. Nous donnons, ci-après, la liste de tous les médecins qui se sont succédés à l'Hôtel-Dieu, depuis sa fondation.

T. Bouchard, Chirurgien, 1659-1663; M. l'abbé

Souart, S.S., 1660-1684; M. Hamelin dit Lafontaine, Chirurgien, 1670-1674; J. Gaillard, Chirurgien, 1672-1680; A. Rapin, Chirurgien, 1679-1686; J. Martinet dit La Tour Blanche, Chirurgien, 1686-1690; N. Catrin, Chirurgien, 1689-1695; J.-Bte Leriche, Chirurgien, 1694-1698; A. Foustier, Chirurgien, 1698-1708; D. Thacumur de La Source Chirurgien, 1699-1715; J. Benoit, Chirurgien, 1715-1726; S. Silvain, Chirurgien, 1725-1730; P. Lafond, Chirurgien, 1730-1746; Chrs. Jos. Alex. De Feltz, Chirurgien, 1745-1769; P. J. J. Laboissière, Chirurgien, 1757-1763; J. J. Lartigue, Chirurgien, 1763-1765; D. De Bonne, Chirurgien, 1765-1774; F. Auger, Chirurgien, 1774-1780; A. Vallien, Chirurgien, 1778-1782; Ed. Sym, Chirurgien, 1782-1807; W. Silbi, Chirurgien, 1807-1829; N. D. Silbi, fils, Chirurgien, 1807-1829; P. Beaubien, Chirurgien, 1829-1880; R. Nelson, Chirurgien, 1829-1849; N. Vallée, Chirurgien, 1829-1847; P. Munro, Chirurgien, 1837-1843; P. C. Munro, fils, Chirurgien, 1837-1880; L. G. Bibaud, Chirurgien, 1849-1876; H. Pelletier, Chirurgien, 1849-1877; J. E. Coderre, Chirurgien, 1849-1888; E. H. Trudel, Chirurgien, 1849-1883; Ths. E. D'oronnens, M.D., C.M., L.L.D., 1849 — L. Boyer, Chirurgien, 1849-1866; R. McDonnell, Chirurgien, 1852-1860; H. Howard, Chirurgien, 1852-1860; A. David, Chirurgien, 1852-1860; J. P. Rottot, Chirurgien, 1860-1878; W. H. Hingston, M.D., D.C., L.L.R.C.L., 1860; A. T. Brosseau, Chirurgien, 1868-1878; L. E. Desjardins, C.M., Oculiste, 1870; A. D. Dagenais, Chirurgien, 1872-1878; A.

Macdonald, Chirurgien, 1875; G. Grenier, M.D., 1872-1876; G. O. Beaudry, M.D., Chirurgien, 1873-1887; J. A. S. Brunelle, Chirurgien, 1875; A. N. Ricard, 1875-1878; J. A. Laramée, 1876-1878; A. B. Craig, 1876-1884; E. P. Lachapelle, 1876-1878; L. B. Durocher, 1877; H. Lemery, Chirurgien, 1877-1878; S. Duval, 1878-1879; A. Lamarche, Chirurgien, 1876-1878; G. Archambault, 1877-1878; Joseph Gagnon, M.D., 1879-1889; Joseph Desjardins, M.D., L.G.R., Oculiste, 1879; F.-X. Trudel, M.D., 1879; J.L. Germain, M.D., 1879-1880; Alphonse Piché, M.D., 1880-1884; L. D. Mignault, A.B., M.D., C.M., 1881; L. A. Demers M.D., C.M., 1882; A. B. Champagne, M.D., C.M., 1882-1884; F.-X. Girard, M.D., 1882-1883; J. A. Roy M.D., 1882-1883; N. Beaupré, M.D., Oculiste, 1882-1886; H. Merrill, M.D., Chirurgien, 1883; Hon. A. N. Paquet M.D., C.M., 1883; J. Alp. Prieur, M.D., 1884-1885; J. A. Leblanc, M.D., C.M., 1884; J. P. Chartrand, M.D., C.M., 1884; A. F. Simard, M.D., C.M., 1885-1886; J. M. Beausoleil, M.D., C.M., 1886; Geo. Baril, M.D., C.M., 1886; Jos. Lespérance, M.D., C.M., 1886; A. J. B. Rolland, M.D., Oculiste, 1887-1889; Ths. Couture, M.D., C.M., 1887-1888; E. E. Laurent, M.D., C.M., 1888-1890; F. Dupont, M.D., C.M., 1888-1889; E. A. Pôtin, M.D., C.M., 1888; G. J. Moreau, M.D., C.M., 1889; A. Gadbois, M.D., C.M., 1889; N. Rivet, M.D., C.M., 1890; L. E. Fortier, M.D., C.M., 1890; Geo. Faribault, M.D., C.M., 1890.

L. E. FORTIER.

## HOPITAL NOTRE-DAME.

L'hôpital Notre-Dame est né de la nécessité des circonstances secondée par un effort viril. La nouvelle faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, se trouvait, en 1879, sans hôpital pour ses élèves; ses professeurs, loin de se laisser effrayer par les obstacles, redoublèrent, au contraire, d'énergie et d'activité, jusqu'à ce que M. l'Abbé Rousselot, curé de Notre-Dame, cédant aux instances du Dr E. P. Lachapelle, vint se joindre à eux pour fonder l'hôpital nouveau. Il fut convenu que M. Rousselot, dont la bonté et la charité étaient proverbiales, paierait de ses deniers personnels le loyer, le chauffage et la nourriture des malades, tandis que les professeurs prenaient à leur charge l'ameublement, les salaires, la pharmacie, l'installation générale et tous les frais occasionnés par le traitement des patients et le maintien de l'hôpital. L'ancien hôtel Donegana fut loué, de Madame Furness, pour \$400 par année; on y fit faire immédiatement pour plus de \$8,000 de réparations,

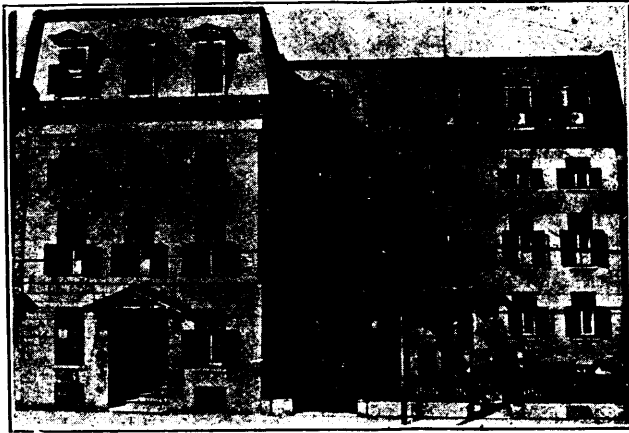
avant même que l'hôpital fut incorporé, et alors que les souscriptions ne s'élevaient pas à \$200; tous les professeurs de la nouvelle faculté se constituèrent en bureau médical; les soeurs de charité (Soeurs Grises) voulurent bien se charger de l'économie interne et du soin des malades, et envoyèrent douze religieuses, avec Soeur Perrin, comme supérieure. Le 26 juillet 1880, l'Hôpital Notre-Dame était béni solennellement par Monseigneur Fabre, évêque de Montréal, et le lendemain, le 27, après la première messe, célébrée par M. Rousselot, l'hôpital ouvrait ses portes au public.

Dès le premier hiver, les malades affluèrent à l'hôpital. En décembre 1880, on dut organiser un service régulier de dispensaires et le nombre de lits fut porté, grâce à la générosité des citoyens, de vingt-cinq à cinquante; le dispensaire des maladies des yeux et des oreilles fut ouvert en mars 1881. Du 27 juillet 1880 au 31 juillet 1881, on admit dans les

salles de l'Hôpital Notre-Dame 772 malades et on en traita 1,609 au dispensaire. Dès la première année, les souscriptions s'élevèrent à \$10,066, dont \$4,000 souscrites par le Séminaire de Québec, \$1,500 par la Faculté de Médecine Laval, \$1,000 par le Séminaire de Saint-Sulpice et \$1,000 par le gouvernement provincial. Cet heureux début engagea les fondateurs à donner à leur institution une stabilité plus grande, en demandant une charte d'incorporation, qui leur fut accordée par la législature de Québec, le 30 juin 1881. En même temps, un concordat fut signé avec la communauté des Soeurs Grises, leur confiant le soin des malades et l'économie interne de l'hôpital. La charte de l'hôpital a été renouvelé et amendée en 1898, pour mieux correspondre aux besoins de l'oeuvre grandissante, et un nouveau concordat a été fait en 1900, avec les Soeurs.

Drolet, Guillaume Lamothe, Jacques Grenier, Henri Masson, J. E. Berthelot, L. J. A. Surveyer, J. A. Laramée, etc., etc. L'Hon. L. J. Forget a été le premier président du Bureau des Gouverneurs.

Depuis, l'Hôpital Notre-Dame n'a fait que prospérer et que s'agrandir, soutenu constamment par des souscriptions publiques, des legs généreux, des fêtes de charité, etc. Vingt-quatre religieuses sont attachées à l'établissement, sous la direction de Soeur Mailloux, hospitalière diplômée de Tolédo; trente-huit médecins font partie du bureau médical, dont le Dr E. P. Lachapelle, l'un des fondateurs de l'institution, est le président en même temps qu'il est surintendant général de l'hôpital. Le Bureau des Gouverneurs, présidé par M. C. P. Hébert, comprend 187 membres, parmi lesquels nous relevons les noms de M. l'abbé Colin, de Lord Strathcona, des hono-



HOPITAL NOTRE-DAME

La première supérieure de l'hôpital, nous l'avons dit, fut Soeur Perrin, une femme énergique et dévouée. Le premier bureau médical, constitué par les professeurs de la Faculté de Médecine, se composait de MM. les docteurs J. P. Rottot, E. P. Lachapelle, A. Dagenais, J. A. Laramée, A. T. Brosseau, A. G. A. Ricard, A. Lamarche, C. M. Filiatrault, J. E. Berthelot, S. Lachapelle, N. Fafard, H. E. Desrosiers, S. Duval, A. Foucher. Le docteur Desrosiers fut en outre, le premier interne de l'hôpital avec le docteur Isaïe Cormier, comme assistant. Le Rév. M. Rousselot fut le président du premier Bureau d'Administration, dont faisaient partie MM. C. P. Hébert, E. A. Généreux, R. J. Devins, avec les docteurs J. P. Rottot, E. P. Lachapelle et A. Dagenais; et nous relevons sur la liste des premières dames patronnesses, les noms de Lady Lafontaine et de Mmes J. R. Thibaudeau, J. J. Loranger, L. O. Loranger, M. Laframboise, E. R. Fabre, J. P. Rottot, Gustave

Berthiaume, Boyer, Forget, Masson, Ouimet, O'Brien, Pagnuelo, Pérudeau, Rolland, J. R. Thibaudeau, Alfred Thibaudeau, Béique, de MM. Barbeau, Bruchési, Dérome, De Serres, Dupuis, Faucher, R. Forget, Globensky, Gravel, Grenier, L. H. Hébert, Z. Hébert, J. Hudon, Kent, Laferrière, Laporte, Laviolette, Martin, Ménard, Moncel, Meunier, Pepin, Renault, Préfontaine, Rainville, Provost, Roy, St. Louis, Lemay, Turcotte, etc., etc. Les dames patronnesses, au nombre de plus de 200, ont pour présidente, Mme J. R. Thibaudeau, pour trésorière, Mme L. O. Loranger, et pour secrétaire, Mme A. T. Fitzpatrick.

Dès la seconde année de son existence, l'hôpital Notre-Dame, ayant été incorporé, achetait pour \$30,000, dont \$10,000 payés comptant, la propriété de Madame Furness; dix ans plus tard, en 1891, il achetait du juge Berthelot une propriété avoisinante; et, enfin, quelques années plus tard, s'agrandissait en-

core à l'ouest, en acquérant la propriété de la succession Masson.

Aujourd'hui l'hôpital Notre-Dame dépense chaque année, pour son maintien, une somme qui varie de \$28,000 à \$30,000; il se compose de trois corps de logis, faisant face sur la rue Notre-Dame et la rue du Champ-de-Mars, et peut hospitaliser 125 malades. Il hébergea l'année dernière 2,200 patients, donna 20,028 consultations dans ses dispensaires et remplit 24,246 prescriptions. Il est pourvu d'un service rapide d'ambulance, subventionné par la ville; les sorties s'élevèrent, l'an dernier, à 768. Les dispensaires qui se donnent à différentes heures de la journée, sont actuellement au nombre de huit, divisés comme suit: médecine générale (6 médecins), chirurgie générale (4 médecins) des yeux et des oreilles (3 médecins), des enfants (2 médecins), des femmes (3 médecins), des maladies nerveuses (2 médecins), des maladies de la peau (1 médecin) de dentisterie (3 dentistes). Les services internes comprennent le service de médecine (7 médecins), le service de chirurgie (3 chirurgiens), le service des yeux (2 oculistes), le service des maladies des femmes (2 gynécologistes), un laboratoire de bactériologie (3 médecins), une pharmacie (3 soins) et un corps de médecins internes (5 médecins.) Tous les médecins attachés à l'Hôpital Notre-Dame font partie du bureau médical. En voici les noms: MM. les Drs J. P. Rottot, E. P. Lachapelle, L. A. Demers, S. Duval, J. B. A. Lamarche, S. Lachapelle, A. R. Marsolais, J. D. Gauthier, A. A. Foucher, M. T. Brennan, I. Cormier, G. Villeneuve, O. F. Mercier, E. P. Benoît, T. Parizeau, L. de L. Harwood, R. Trudeau, R. Hébert, J. A. Lesage, H. Duhamel, J. A. St. Denis, Ls. Désy, J. A. Ricard, E. Garceau, L. J. Lemieux, A. Ethier, N. Fournier, L. J. J. Curran, C. N. Valin, E. P. Chagnon, A. Bernier, Alph. Mercier, A. Derome, F. A. Fleury, A. Brosseau.

La procure est sous la direction de Soeur Ste-Praxède. Mlle Mongeau et M. Hector Bellemare sont chargés de la tenue des registres d'inscription des malades, et M. Siméon St-Michel est l'agent collecteur des contributions annuelles.

A part l'organisation hospitalière et médicale, l'oeuvre de l'Hôpital Notre-Dame comprend encore trois autres organisations: 1° le Bureau des Gouverneurs; 2° l'Association des Dames Patronnesses; 3° l'Ecole des Garde-Malades.

Le Bureau des Gouverneurs se compose de tous les bienfaiteurs qui, ayant souscrit \$100, continuent à donner \$10 par année. Ce bureau élit, tous les ans, neuf de ses membres qui, avec trois médecins nommés par le Bureau médical et un représentant du Séminaire de St-Sulpice, choisi par le Supérieur de

cette maison, forment le Bureau des administrateurs. Ce bureau est composé, cette année, de M. C. P. Hébert, président, de MM. E. A. Généreux, Bernard Tansey, l'Hon. J. R. Thibaudeau, l'Hon. Juge Loranger, O. Faucher, R. Forget, A. Turcotte, G. De Serres, Drs J. P. Rottot, E. P. Lachapelle et A. R. Marsolais et du représentant du Supérieur du Séminaire de St. Sulpice, M. l'abbé R. Labelle. Le Dr E. P. Benoît est le secrétaire de ce bureau. M. Alphonse Turcotte remplace M. E. J. Barbeau comme trésorier de l'hôpital. C'est le Bureau d'Administration qui est chargé de subvenir aux frais d'entretien de l'hôpital, qui s'élèvent, nous l'avons dit, à \$30,000 par année. Par ses soins, les dons et souscriptions, l'année dernière, ont atteint la somme de \$16,065.75. L'état des recettes et des dépenses est publié chaque année dans un rapport distribué aux souscripteurs et aux bienfaiteurs de l'oeuvre, et qui fait connaître toutes ses opérations.

L'Association des Dames Patronnesses donne aussi chaque année son rapport. Cette association s'occupe des oeuvres suivantes: 1° l'Organisation de fêtes de charité pour suppléer aux besoins de l'administration et, de ce chef, elles ont déjà versé au-delà de \$53,000 dans la caisse de l'hôpital, produit de dix-sept fêtes de charité, kermesses, bazars et tombolas; 2° l'Oeuvre du dîner de Noël, qui recueille chaque année une quantité considérable de provisions de bouche; 3° l'Oeuvre de la lingerie, sous la direction de Mme C. P. Hébert, qui fournit à l'hôpital le coton, la toile, etc., dont il a besoin pour les vêtements des malades, le linge de leur lit, les pièces à pansement, etc.; 4° enfin, l'Oeuvre du Pain, sous la direction de Mme Snowdon, qui fait souscrire à deux cents ou trois cents familles un pain par mois, et reçoit, en outre, des dons en argent et en nature. C'est le dévouement et l'industrie féminine mis au service de l'hospitalisation des malades; c'est dire que leurs services sont très utiles et fort appréciés.

L'Ecole des Garde-Malades a été fondée, il y a trois ans; elle a pour but de créer des garde-malades instruites, qui, munies d'un diplôme, pourront ensuite gagner leur vie dans les familles. Douze jeunes filles, appartenant à d'excellentes familles, en suivent en ce moment les cours. Ces jeunes filles doivent demeurer à l'hôpital pendant trois ans, elles sont placées directement sous le contrôle des Soeurs, qui sont chargées de les initier aux détails du service hospitalier. Elles suivent, en outre, un cours régulier de leçons, données par des médecins attachés à l'établissement, et subissent des examens sérieux. Les Soeurs attachées à l'hôpital suivent aussi ces cours depuis 1898 et subissent les mêmes examens avant de recevoir leurs diplômes.

Tel qu'il est, le service de l'Hôpital Notre-Dame est tout-à-fait bien organisé. Les autorités n'ont plus qu'un désir: recueillir les fonds nécessaires pour rebâtir l'hôpital et s'installer dans un édifice moderne et approprié aux besoins de l'institution. Un comité spécial, chargé de cette oeuvre de première importance, a été organisé l'année dernière, et s'occupe des nouveaux plans de l'hôpital, qui sera construit sur la rue Sherbrooke; en face du parc Lafontaine, sur un terrain acheté par M. Rodolphe Forget au prix de \$28,000.

L'Hôpital Notre-Dame vient d'entrer dans sa

vingt-troisième année d'existence; il a rendu jusqu'aujourd'hui, à notre population, de bons et loyaux services. Quelle belle récompense ce sera de l'installer, à ses noces d'argent, dans un édifice mieux approprié à ses besoins. Les malades y trouveront plus de confort dans leurs misères, les religieuses et les médecins plus de satisfaction dans leur travail, les directeurs et les bienfaiteurs, plus de fierté dans leur générosité. Ce sera la consécration d'une oeuvre qui fait honneur à notre race et à notre religion.

E. P. BENOIT.

## LA MATERNITE CATHOLIQUE DE MONTREAL.

La Maternité n'a pas toujours été aménagée aussi convenablement qu'elle l'est aujourd'hui. Qui ne se rappelle cette petite bâtisse qui s'élevait encore, il y a à peine quinze ans, à l'encoignure des rues St-Hubert et Lagauchetière. Tout juste si l'on voyait, pardessus la palissade qui l'entourait, la cheminée et le faite de cette maison hospitalière qui avait dérobé

cents femmes enceintes, qui nous arrivent à tout âge de la grossesse.

Chaque année, de soixante à soixante-dix étudiants suivent les cliniques de la Maternité. Ils sont divisés par comité de six membres. A tour de rôle, chaque comité est appelé à suivre les différents cas d'accouchement. Ainsi, une femme est prise des



MAISON DE FONDATION RUE WOLFE

au déshonneur plusieurs milliers de jeunes filles.

Aujourd'hui, l'édifice, sans avoir des proportions colossales, a un aspect assez majestueux, et fait honneur à la ville de Montréal. A la place de l'ancienne maisonnette, nous avons un superbe bâtiment à cinq étages. Nous recevons annuellement de quatre à cinq

douleurs de l'enfantement elle descend du quatrième étage, réservé aux gestantes, dans la salle du Bon-Pasteur (salle d'accouchement). La garde-malade en charge pratique le toucher et se rend compte de l'état du col, etc. Elle demande de suite à la soeur hospitalière d'avertir, par téléphone, un des comités.

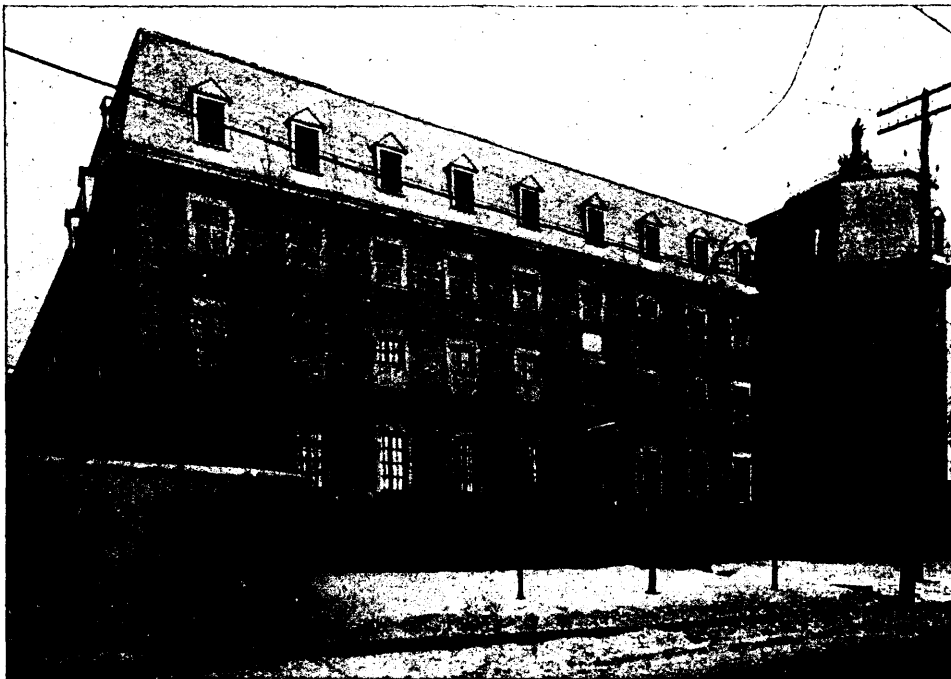


Chaque étudiant, en s'inscrivant à la Maternité, donne son adresse et le numéro du téléphone qui l'appellera. En outre, nous avons un annuaire de l'Université, nous indiquant les heures des cours et des cliniques, d'où il est facile d'appeler les comités. Malgré tout le bon vouloir des religieuses-hospitalières, les étudiants perdent souvent des cas. Quelquefois, la parturiente nous joue un tour. Elle connaît la présence des carabins aux accouchements; aussi n'avertira-t-elle la garde-malade qu'au moment de l'expulsion du foetus. Elle descend à la salle du Bon-Pasteur, mais il est trop tard pour demander un comité. Parfois, c'est une malade qui nous arrive du dehors, à la dernière période du travail; et, parfois, ce qui est fréquent, nos carabins sont en faute.

contraire, ils doivent recommencer leur examen qu'ils prolongent autant qu'il est nécessaire.

Les autres étudiants du comité pratiquent le palper et l'auscultation. Je suis heureux de le dire hautement, un grand nombre d'étudiants sont très forts en palper. Pendant ce premier examen de la malade, les étudiants sont interrogés sur tout ce qui peut se rapporter au cas présent, et même, je prolonge mon interrogatoire quelquefois jusqu'à deux ou trois heures. Je leur explique ou leur fait expliquer sur le mannequin les présentations, les positions; je leur fait faire des applications de forceps sur le même mannequin.

Si l'accouchement ne se termine pas de suite, les étudiants descendent à leur salle d'attente ou s'ab-



HOSPICE DE LA MATERNITE, RUE SAINT-HUBERT

Le comité appelé est au complet (vous pensez bien qu'il a fallu plus de cinq minutes pour le réunir); il monte à la salle du Bon-Pasteur, où le Dr E. A. René de Cotret, accoucheur de la Maternité, attend après avoir fait son diagnostic du cas ou des cas.

Il va s'en dire que les règles de la plus stricte asepsie et antisepsie sont observées scrupuleusement.

Deux étudiants pratiquent le toucher, en observant minutieusement tout ce que le doigt rencontre à la vulve, dans le vagin ou au col de l'utérus. L'état du col, la forme de la poche des eaux, la présentation et la position attirent spécialement leur attention. Ces deux étudiants me communiquent leur diagnostic que je confirme s'il concorde avec le mien; dans le sens

sentent, suivant la marche du travail, pendant deux ou trois heures après lesquelles ils viennent renouveler leur examen, généralement encore sous ma surveillance. Dans certains cas, quand les accouchements sont longs, les étudiants voient la même malade plusieurs fois.

Quand l'accouchement se termine, c'est un étudiant qui est l'accoucheur, toujours sous l'oeil de son professeur qui le guide.

La loi oblige chaque élève à suivre au moins douze accouchements. Tous nos étudiants actifs et laborieux se font un devoir de dépasser de beaucoup le nombre exigé par la loi; car, la plupart, ont une vingtaine d'accouchements à leur crédit.

L'étudiant accoucheur suit la délivrance ou l'aide au besoin; il examine le placenta et les membranes. On assiste à la toilette de l'enfant.

Pour les accouchements ordinaires, le nombre des étudiants est de six; pour les cas de dystocie ou extraordinaires, ce nombre s'élève à douze ou plus.

Nous avons dans la salle d'accouchements deux tables de travail. Elles sont d'un modèle assez récent et dû à l'invention du docteur de Cotret. Elles sont en métal émaillé.

La salle du Bon-Pasteur ou d'accouchement, mesure vingt-quatre pieds par vingt pieds et six pouces. Elle a une grande fenêtre sur trois de ses faces. La chambre voisine ou infirmerie, ou salle des accouchées, est longue de cinquante-cinq pieds, et large de vingt. Elle contient quatorze lits, y compris celui de la garde-malade. Quatre grandes fenêtres, exposées continuellement au soleil, lui donnent la lumière. Elle est réservée aux accouchées pauvres (celles qui sont vues des étudiants).

L'infirmerie des demi-payantes mesure trente-deux pieds par vingt, est éclairée par trois fenêtres, et contient dix lits. Puis vient une autre salle de vingt-deux pieds par vingt, réservée aux gardes-malades.

De l'un ou l'autre de ces deux premiers appartements, les malades passent, après une dizaine de jours de séjour au lit, dans la salle des convalescentes, longue de quarante-cinq pieds sur vingt-deux.

Sur le même étage il y a une salle à manger, et un appartement réservé aux cas douteux de contagion. Cet appartement comprend un corridor, où l'on trouve des armoires, des tables, un poêle à gaz. Sur ce corridor donnent deux chambres, dont l'une de 17 pieds par neuf, et l'autre de 17 par 12 1-2. On y met certains cas dont le diagnostic n'est pas parfaitement établi quand à la contagiosité et à l'infection. Les gardes-malades enfermées avec les malades dans cet appartement n'en sortent qu'après désinfection. Encore sur le même étage, est une pharmacie.

Notre pavillon d'isolement, assez loin de la Maternité (quelques cents pieds), se compose de deux chambres très vastes, et d'un corridor, qui relie ces deux chambres. Une des chambres peut recevoir, en cas de nécessité, 5 ou 6 lits, et l'autre, 4. Une des chambres donne sur le jardin, et l'autre, sur la cour intérieure.

Tous nos lits sont en fer forgé, et sont réduits à leur plus simple expression: un bon sommier, un large "piqué," et un imperméable, plus les couvertures nécessaires à l'état des malades. Le matelas n'est toléré que dans le lit de la garde-malade.

Le dortoir des gestantes contient soixante-treize

lits et peut même en contenir beaucoup plus au besoin. Le dortoir est au cinquième étage. Le quatrième étage, divisé en plusieurs grandes chambres, est réservé aux œstantes qui s'occupent à divers travaux.

Tous les étudiants ont accès, les jours de cliniques, dans la grande salle des accouchées pauvres, dans la chambre St-Roch (ou des douteuses), et au pavillon d'isolement quand il s'y trouve des malades infectées.

Il se donne régulièrement deux cliniques par semaine (mardi et samedi) auprès des accouchées. Ces cliniques sont, en plus, des cliniques données auprès du lit des parturientes. Les cliniques du mardi et du samedi ont lieu de 9 à 10 heures du matin, et sont données par M. le professeur Lamarche, ou, en son absence, par son adjoint, le Dr de Cotret. Les leçons auprès du lit des parturientes sont faites par le Dr de Cotret: elles durent une, deux ou trois heures, suivant les cas. Une attention toute spéciale est donnée au toucher, au "palper" et à l'auscultation, ainsi qu'aux manoeuvres sur le mannequin.

E. A. RENÉ DE COTRET.

## BIOGRAPHIES

Dr J. P. ROTTOT

L'une des plus belles figures de la profession médicale parmi les canadiens-français, est, sans contredit, celle du Dr Jean Philippe Rottot, qui naquit à l'Assomption, le 3 juillet 1825, du mariage de Pierre Rottot, marchand, et de Melle Short. Après un brillant cours d'études au collège de Montréal, Jean Philippe Rottot étudia la médecine et reçut son certificat de capacité de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal en 1847. Son patron était le Dr Al-lard, de Beloeil. Après quelques années de pratique à St-Césaire et à St-Hyacinthe, le docteur Rottot vint s'établir à Montréal, où il fut nommé successivement professeur de botanique, de toxicologie et de pathologie externe à l'Ecole de Médecine de Montréal, en même temps que chirurgien à l'Hôtel-Dieu. Finalement, le Dr Rottot devint professeur de pathologie interne et de clinique interne. En 1878, conjointement, avec les Drs E. P. Lachapelle, J. B. A. Lamarche, feu le Dr Brosseau, et d'autres jeunes professeurs de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie, qui avaient des droits à faire respecter, il fonda la Faculté de Médecine Laval, Université Laval, où il continua à se dévouer à l'enseignement. A

ce moment, l'Hôtel-Dieu, fermant ses portes aux étudiants de Laval, les professeurs de cette dernière institution durent fonder l'Hôpital Notre-Dame pour assurer l'enseignement clinique; le Dr Rottot fut encore au nombre des plus zélés travailleurs. La lutte entre les deux écoles de médecine se continua jusqu'à la fusion de l'Ecole Victoria et de Laval. Calme, pacifique, le Dr Rottot ne recula pas devant la lutte, il se jeta dans la mêlée, où clergé et laïques se coudoyèrent



J. P. ROTTOT, M. D.

plus d'une fois, et sut, par son esprit conciliateur, mais ferme et énergique, diriger les choses vers une sage entente dont la fusion des deux écoles a été le couronnement, pour le plus grand bien de notre province et de notre Université Laval, dont il est le doyen.

Le Dr Rottot est aussi l'un des doyens de la profession, car il compte plus de cinquante années de pratique active. Quoique chargé d'années, le Dr Rottot est encore jeune, et reste ce qu'il a toujours été, fin et charmant causeur, littérateur reconnu, doué d'une mémoire extraordinaire. Le Dr Rottot fait encore de la pratique et sa longue expérience, doublée d'un jugement vif et sain, le fait recherché comme médecin consultant, par ses confrères, dont il a su mériter l'estime et la confiance, à cause de ses manières affables, ses bons égards, et sa délicatesse quasi proverbiale.

Le docteur Rottot est clinicien en chef de la Faculté, et tous, élèves et médecins, savent apprécier la grande valeur de l'enseignement qu'il donne, enseignement basé comme il est sur les progrès que la médecine fait, et, surtout, sur ce fond d'expérience profonde et variée que le docteur Rottot a recueillie depuis au-delà d'un demi-siècle; ses grandes connaissances pratiques des maladies il les murie, les a éprouvées par la pratique, par l'enseignement. Tous savent ses idées personnelles sur l'inflammation, sur le pouls, sur les microbes, sur les traitements modernes. Tous se rappellent son sourire fin, quasi narquois, ses ques-

tions piquantes lorsqu'il interroge finement le jeune confrère aux idées enthousiastes. Tout en lui semble alors dire: Vous vieillirez, vous acquièrerez de l'expérience comme moi; car au médecin, encore plus qu'à l'élève en médecine peut-être, l'expérience précieuse du docteur Rottot, profite. Et, souvent, on entend dire: "Pourquoi ne parle-t-il pas plus?" Même les malades se permettent cette question. Mais tous connaissent la valeur et respectent le mutisme de ce vieillard expérimenté et érudit.

Le docteur a déjà été échevin de la ville de Montréal, et, à plusieurs reprises, il a honoré la présidence de la Société Saint-Jean-Baptiste.

Parmi les nombreuses études publiées par le Dr Rottot, nous tenons à signaler tout particulièrement plusieurs savants et originaux travaux sur "l'Inflammation" et divers extraits de clinique.

#### Dr L. B. DUROCHER

Le Dr Louis Benjamin Durocher, qui a été l'une des figures les plus marquantes de la profession médicale au Canada, naquit en 1830, à St-Antoine, comté de Verchères. Le docteur est un des doyens de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Après avoir fait ses études classiques au Collège de St-Hyacinthe, où il se distingua par ses talents, il vint étudier la médecine à Montréal, et gradua en 1853, à l'Université de Cobourg et à Toronto.

Le Dr Durocher exerça d'abord sa profession



L. B. DUROCHER, M.D. C.M.

avec succès pendant dix-sept années à Terrebonne, puis, vint à Montréal, où, après quelques années de pratique, à peine, il eut la satisfaction d'avoir acquis la confiance générale et l'estime de ses confrères.

Comme professeur à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, le Dr Durocher a toujours su défendre les droits de cette Ecole, et c'est, surtout, au moment de tentative d'union avec l'Université Laval,

qu'il combatit fermement pour le maintien de cette École.

Lors de l'union, le Dr Durocher fut nommé doyen et président de la faculté de médecine jusqu'en 1892. Il fut en même temps, professeur de jurisprudence médicale et de médecine mentale, chaire qu'il occupa encore aujourd'hui.

Le Dr Durocher a écrit dans une foule de journaux de médecine, et l'on peut juger de ses talents littéraires par le rapport qu'il fit, en collaboration, avec M. A. Bourgoin, Ecr., sur les asiles d'aliénés, en 1888, au lieutenant-gouverneur de la province de Québec.

M. le Dr Durocher épousa, en 1883, Melle Elizabeth Desjardins, soeur de M. le professeur L. E. Desjardins, M.D., et du Dr Henri Desjardins, tous deux savants oculistes de cette ville.

### SIR Wm H HINGSTON

Sir William Hales Hingston, chevalier, M.D., est le fils de feu S. J. Hingston, lieutenant-colonel du 100<sup>ème</sup> régiment de ligne, et naquit à Hinchinbrook, comté de Huntingdon, Prov. de Qué., le 29 juin 1829. Il reçut sa première éducation à l'école de sa place natale, et fit ses études classiques au Collège de Montréal. Au sortir du collège, il étudia la pharmacie pendant quelque temps, puis la médecine à l'Université McGill, où il fut gradué en 1851. Il se rendit alors en Europe où il décrocha le diplôme du Collège Royal des Chirurgiens d'Édimbourg, et remporta des diplômes de France, de Prusse, d'Autriche et de Bavière. C'est le premier Canadien admis membre de l'Académie Impériale Léopold, à Vienne.

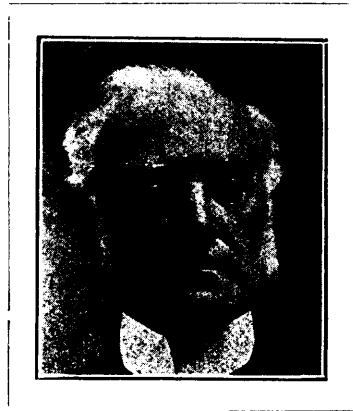
De retour au Canada, il débuta dans la pratique, sur la rue McGill, et se créa, en peu de temps, une clientèle des plus enviables, tant au Canada qu'aux États-Unis, où il est très avantageusement connu.

Somptueusement installé sur la rue Sherbrooke, le Dr Hingston est, aujourd'hui, un des doyens de la profession et sa réputation de chirurgien est quasi universelle. Entré comme simple médecin de service, à l'Hôtel-Dieu, lors de son retour, le Dr Hingston ne tarda pas à faire sa marque comme chirurgien. Le Dr Hingston est aujourd'hui chirurgien en chef de cette institution. Il y occupe le poste de professeur de clinique chirurgicale depuis un très grand nombre d'années. La précision et la clarté de son enseignement le font justement apprécier des étudiants en médecine, et lui assurent leur admiration et leur reconnaissance lorsque, plus tard, ils sont devenus ses confrères.

Le Dr Hingston est non seulement un causeur à l'esprit vif et délicat, mais aussi un écrivain au style

facile et élégant, dont la verve a maintes fois su intéresser le lecteur dans les sujets médicaux qu'il a traités. Sans parler des nombreux et importants travaux qu'il a publiés sur la chirurgie, mentionnons celui qu'il a présenté (1885), sur "The Climate of Canada and its Relations to Life and Health," et qui lu a valu de la part d'une autorité en pareille matière, le compliment suivant : "Le travail le plus complet sur le sujet, écrit dans un style des plus agréables."

Aucun membre de la profession (au pays), n'a reçu autant d'honneurs que lui, de la part des Universités et des sociétés savantes du monde entier. Entre autres, mentionnons le titre de D.C.L., conféré par le Collège Bishop, de l'Université de Lennoxville; celui



SIR WM. H. HINGSTON, M.D., D.C.L., L.R.C.S.

de L.L.D., par l'Université Victoria, Toronto, et quelques années plus tard, le même degré "ad eumdem," par l'Université d'Ottawa. En 1900, lors du centenaire du Collège Royal des Chirurgiens, de Londres, il fut invité à entrer dans cette association dont les membres se recrutent parmi l'élite des chirurgiens, et il reçut le titre de F.R.C.S. Au dîner qui suivit cette nomination, présidé par Sir Wm. McCormac, et où tous les membres étaient présents, le Dr Hingston fut placé à la table d'honneur avec le Prince de Galles, actuellement le roi Edouard, Lord Salisbury, Lord Rosebery, Lord Lister, etc., etc. En 1892, il fut invité à présenter un travail sur la chirurgie à l'Association Médicale de la Grande Bretagne, et la presse médicale de l'Angleterre lui décerna des éloges bien mérités pour la manière dont il s'est acquitté de sa tâche. C'était la première fois que l'Association Médicale de la Grande Bretagne sortait de ses limites brumeuses pour choisir un conférencier sur la chirurgie; c'était un honneur non seulement pour le Dr Hingston, mais pour le Canada tout entier.

Lors d'une visite subséquente, en Angleterre, sa présence à l'assemblée du "British Medical Association," alors en Congrès, à Brighton, remarquée par

Sir Walter Foster, président du Conseil de l'Association, donna lieu à une résolution présentée par le président lui-même, dans le but de suspendre les règlements limitant le nombre des membres honoraires de l'Association, afin de faire élire membre honoraire un candidat de son choix, qu'il présenta lui-même, à peu près dans les termes suivants : " Il se trouve parmi nous, un chirurgien du Canada, dont la réputation n'est pas limitée à son pays seulement. Nos membres ordinaires se chiffrent par milliers, mais nous surveillons avec un soin jaloux, l'entrée des membres honoraires, dont le nombre, du reste, est très restreint. Le temps est propice de conférer cet honneur au Canada, dans la personne de son grand chirurgien, M. le Dr Sir William Hingston." Cette présentation fut acclamée à l'unanimité. En 1875, le Dr Hingston a été élevé à la dignité de Chevalier Commandeur de l'ordre de St-Grégoire, et créé Chevalier par sa Majesté la reine Victoria, en 1895. L'année suivante, Lord Aberdeen l'appelait au Sénat du Canada.

Le Dr Hingston a dû se laisser élire maire de Montréal, en 1875, et refuser un second terme alors qu'il était élu par acclamation. Ce fut lui qui établit le département de l'hygiène dans notre ville et qui présida à ses débuts. Le Bureau Central d'Hygiène, lors de la grande épidémie de variole en 1885, fut aussi présidé par lui. Ce Bureau a servi de modèle aux autres Provinces de la Puissance.

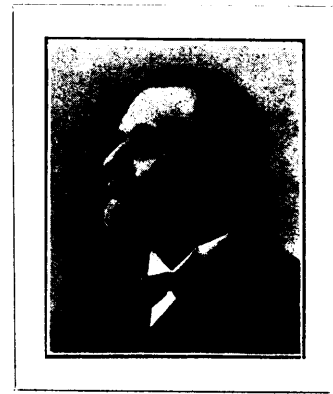
Le Dr Hingston fut le premier chirurgien à pratiquer l'extirpation de la langue et de la mâchoire inférieure chez le même individu, et la néphrectomie (enlèvement du rein). La précéance, pour ces opérations avait été longtemps accordée aux Allemands, ensuite aux Français et aux Anglais; aujourd'hui, il est admis que le Dr Hingston précéda les Allemands d'un an au moins, et les Français et les Anglais, d'une période beaucoup plus longue. Quoique porteur d'un nom anglais, Sir William est, avant tout et surtout, Canadien de cœur. Dans sa vie privée et publique, il a donné plus d'une preuve de son admiration et de son attachement pour les Canadiens Français.

Le Dr Hingston occupe non seulement une position enviable dans le monde médical et politique, mais aussi dans le monde de la finance. Il est président de la Banque d'Epargne de la Cité et du District et directeur dans plusieurs de nos institutions financières les plus en vue. Nonobstant la multiplicité de ses devoirs publics, l'intérêt des élèves passe toujours le premier. C'est vous dire que Sir William est toujours au poste pour la clinique et son service de l'Hôtel-Dieu.

## Dr L. E. DESJARDINS

En écrivant, en tête de cette biographie, le nom d'un des praticiens spécialistes les plus éminents dont s'honore notre profession, nous n'avons cru mieux faire que de reproduire les notes suivantes, tirées du "Cyclopedia of Canadian Biography."

Le Dr Louis Edouard Desjardins est né à Terrebonne, le 10 septembre 1837. On voit par le "Dictionnaire Généalogique," de Mgr Tanguay, que ses ancêtres vinrent en ce pays il y a plus de deux cents ans. Il a épousé Mademoiselle Emélie-Zaïde Paré, deuxième fille d'Hubert, l'un des associés de la grande



L. E. DESJARDINS, M.D., C.M.

maison commerciale—l'une des plus importantes de Montréal à cette époque—fondée par M. F. Souigny. De ce mariage, sont nés plusieurs enfants. L'aîné des fils est dans l'industrie; deux autres sont entrés dans la Compagnie de Jésus.

Le Dr Desjardins commença ses études classiques au Collège Masson, de Terrebonne, et les termina au Séminaire de Nicolet.

Ayant été admis à la pratique de la médecine, il se fixa à Montréal, mais quelques sept ans plus tard, il fit son premier voyage en Europe pour y étudier l'ophtalmologie. A son retour, il créa un département spécial à l'Hôtel-Dieu pour le traitement des maladies des yeux. En 1872, il fit un deuxième voyage en Europe pour se perfectionner davantage dans la science dont il avait fait sa spécialité. Il suivit les cliniques de Borvinan et de Critshelt, à Londres, et celles de Giraud, de Teulon, de Wecker, de Sichel et de Meyer, à Paris. Durant son séjour à Londres, il eut l'honneur d'être admis à faire partie du Congrès International d'Ophthalmologie.

A son retour à Montréal, en 1873, il fonda l'Institut Ophtalmique de l'Asile Nazareth, où on traite gratuitement les maladies des yeux, et on donne, en même temps, une clinique sur cette branche de la science médicale aux étudiants. C'est la première institution du genre qui ait été fondée à Montréal.

Le Dr Desjardins fut aussi un des fondateurs de la "Société Médicale," et du journal "L'Union Médicale." Il a collaboré, pendant plusieurs années, à cette publication. En 1887, de concert avec l'honorable Dr Paquet, le Dr Hingston et le Dr J. M. Beausoleil, il fonda aussi la "Gazette Médicale," de Montréal.

Depuis 1870, il est chirurgien oculiste de l'Hôtel-Dieu, et professeur d'ophtalmologie à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, maintenant affiliée à l'Université Laval.

Il fut un des fondateurs et un des amis les plus dévoués du journal "L'Etendard." Vers le même temps, c'est-à-dire en 1883, il contribua puissamment à faire nommer une commission royale pour s'enquérir de l'administration des écoles catholiques de Montréal; et, devant cette commission, il plaïda vigoureusement la cause des parents. Nommé membre de la commission des écoles catholiques de Montréal en 1894, il en profita pour faire prévaloir ses idées; et il a rendu des services importants à la cause de l'enseignement primaire en cette circonstance.

Durant les difficultés qui s'élevèrent entre l'École de Médecine Victoria et l'Université Laval, à partir de 1876, il fut un des défenseurs actifs de l'École. A la suite d'une interprétation erronée des décrets de Rome, autorisant la création d'une succursale de Laval à Montréal, l'archevêque de Québec, qui devint ensuite cardinal, Mgr Taschereau, et presque tous les autres évêques de la province, avaient entrepris de détruire l'École de Médecine afin d'agrandir le champ de Laval. L'École entreprit de défendre ses droits contre l'épiscopat; en juin 1883, Mgr Taschereau prononça contre l'École sa célèbre sentence, la déclarant en état de révolte contre l'Eglise. Le Dr Desjardins fut alors délégué auprès de Rome pour présenter l'appel de l'École. Ceci n'arrêta pas le cours des condamnations, et les évêques de Montréal, de St-Hyacinthe et de Sherbrooke lancèrent, à leur tour, leurs sentences contre les professeurs de l'École, ses élèves, et même contre les parents de ceux-ci. Le Dr Desjardins, ayant réussi à se faire entendre par le Saint Siège, l'ordre favorable "suspende omnia" fut accordé et télégraphié à Montréal le 24 août 1883. Au mois de septembre suivant, Mgr Smeulders fut délégué par le Saint Siège, comme commissaire apostolique, avec pouvoir de régler définitivement les difficultés existant entre Laval et l'École de Médecine; et, après plusieurs années, un règlement avantageux pour cette dernière fut finalement obtenu.

N.D.L.R.—M. le Dr Desjardins est de plus, musicien. Il vient de doter son Alma Mater d'une messe en musique, où l'on retrouve tous les cantiques de Noël, qui se chantaient de son temps, au collège. Un

connaisseur dans l'art, Monsieur Guillaume Couture, en a fait une critique des plus flatteuses.

### Dr E. P. LACHAPELLE

Le docteur E. P. Lachapelle est né au Sault au Récollet, le 21 décembre 1845, de Pierre Persillier Lachapelle et de Marie Zoé Toupin, son épouse. Il entra au Collège de Montréal en 1857, y suivit le cours classique complet, et s'inscrivit, en 1865, à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, qui lui confia le diplôme de docteur en médecine en 1869.

Le docteur E. P. Lachapelle ouvrit un bureau à Montréal, et, tout de suite, entra dans la vie active. Son ami et confrère de classe, Louis Riel, étant, en 1873, poursuivi par le gouvernement à la suite de l'insurrection du Nord-Ouest, le docteur E. P. Lacha-



E. P. LACHAPELLE, M.D.

pelle le cacha quelque temps chez lui et chez des amis, et prit ensuite part au mouvement politique qui amena Louis Riel à s'inscrire comme député de Provencher à la chambre d'Ottawa et assura sa défense et celle d'Ambroise Lépine par J. A. Chapleau, au procès qu'ils eurent à subir à la cour criminelle de Winnipeg, en réponse à une accusation de meurtre pour l'exécution de Scott, pendant la rébellion. Il a été, depuis, parmi ceux qui s'intéressent à l'avenir du fils de Riel.

Vers la même époque surgit la question universitaire, qui fut l'occasion, comme on le sait, d'une bataille acharnée entre les partis adverses. Le docteur E. P. Lachapelle fut, avec le docteur J. P. Rottot, et quelques autres jeunes professeurs de Victoria, l'un des plus ardents promoteurs de l'Université Laval, et réussit, avec ses amis, en 1878, malgré la plus vive opposition, à faire établir une succursale de cette université à Montréal. Deux ans après, en 1880, pour assurer l'existence de la nouvelle Faculté de Médecine, il fonda, avec M. le curé Rousselot, les professeurs de la faculté, et quelques amis dévoués, l'Hôpi-

tal Notre-Dame, dont il est demeuré le surintendant et l'âme dirigeante, et qui est aujourd'hui établi sur un pied d'organisation et d'efficacité remarquables. Commencée sans ressources, cette institution est devenue l'une des plus florissantes qui nous ayons parmi nos institutions de charité.

Travailleur infatigable et énergique, organisateur de premier ordre, le docteur E. P. Lachapelle trouvait encore moyen pendant la campagne universitaire, de s'intéresser au Bureau Provincial de Médecine. C'est lui, qui, en 1877, par l'entremise de Chapleau, avec qu'il était resté en bonnes relations depuis le procès de Riel, fit, à Québec, promulguer une nouvelle loi de médecine qui permit aux médecins canadiens-français de la province, lors de la fameuse élection à Trois-Rivières, de prendre dans la direction du bureau provincial, la part prépondérante à laquelle ils avaient droit. Le docteur E. P. Lachapelle demeura trésorier du nouveau bureau jusqu'en 1889, époque à laquelle il cessa d'y représenter l'université; en 1898, il prit la direction d'un nouveau mouvement de réforme qui rencontra un plein succès, et il est demeuré depuis président du Collège des Médecins.

Mais l'oeuvre principale du docteur E. P. Lachapelle a été la création du Bureau Provincial d'Hygiène. Il y fut amené indirectement par l'épidémie de variole de 1885. Ayant, cette année là, fait partie du Bureau Central de Santé, il eut l'occasion de juger quel bien l'hygiène publique pouvait accomplir, et, l'année suivante, à sa demande, le gouvernement Ross-Taillon, appuyé par Honoré Mercier, faisait adopter une loi permettant la création d'un Bureau Provincial d'Hygiène, qui fut organisé l'année suivante (1887), par l'Hon. Honoré Mercier, parvenu au pouvoir; le ministre nomma le Dr Lachapelle président et le Dr Elzéar Pelletier secrétaire du nouveau bureau. Ce bureau, recevant une allocation annuelle de \$10,000 seulement, est devenu une institution d'utilité publique dont l'influence heureuse se fait sentir dans toute la province. Ce bureau a un département des statistiques et un laboratoire expérimental des mieux organisés; il publie un bulletin sanitaire et un rapport annuel. La loi d'hygiène publique préparée par les soins de ce bureau et promulguée en 1901, est considérée comme l'une des plus parfaites qui existent à l'heure actuelle.

Lors des fêtes de Champlain, à Québec, en septembre 1898, le gouvernement français, voulant profiter de l'occasion pour décorer quelques canadiens-français ayant rendu des services à la chose publique, conféra au docteur E. P. Lachapelle le titre de chevalier de la Légion d'Honneur, pour ses travaux en hygiène publique et sa coopération à l'oeuvre de l'Université Laval. Le docteur E. P. Lachapelle a encore

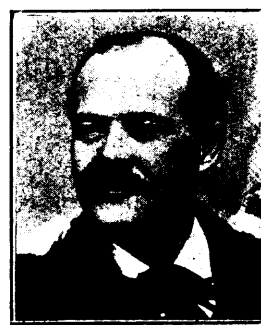
à son actif l'administration et la rédaction de "l'Union Médicale du Canada," de 1876 à 1882, et l'organisation, avec M. Daubigny, de l'Ecole Vétérinaire Française à Montréal. Il est, en outre, directeur du Crédit-Foncier et censeur de la Banque Provinciale.

En 1900, le Dr E. P. Lachapelle représenta le Conseil d'Hygiène de la Province au Congrès International d'Hygiène, à Paris, et le gouvernement de la République Française lui envoya, l'année suivante, les palmes d'officier de l'Instruction publique (juin 1901).

Le Dr E. P. Lachapelle est rentré à la Faculté de Médecine de l'Université Laval en 1897; il occupe la chaire d'Hygiène.

### Dr A. LAMARCHE

Fils d'Edouard Lamarche et de Cathérine Constant, Jean-Baptiste Adolphe est né à Montréal le 9 avril 1849.



A. LAMARCHE, M.D.

Le Dr Lamarche fit ses études avec distinction, jusqu'en rhétorique inclusivement, au Collège de Terrebonne; puis, vint au Collège de Montréal, couronner son cours d'étude par deux années de philosophie.

Doué d'une nature ardente, le Dr Lamarche ne put résister à l'enthousiasme qui souffla sur le pays, lors de la fondation du premier détachement des Zouaves Pontificaux, et s'enrôla pour l'Italie en 1868, où il servit deux ans sous les couleurs papales.

Revenu au Canada, en 1870, il commença ses études médicales, la même année, à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et fut reçu médecin trois ans après. En 1873, le Dr Lamarche prit sa licence et compte actuellement 29 années de pratique active, sans parler du temps qu'il pratiqua dans les Etats du Michigan et de l'Ohio, Etats-Unis, alors qu'il n'était qu'étudiant.

Après sa licence, notre jeune Esculape s'installa à

Montréal. Son activité, sa facilité d'élocution et son goût naturel pour le travail, l'avaient fait remarquer de ses professeurs, qui le nommèrent, la même année, prosecteur d'anatomie à l'École de Médecine et de Chirurgie, où il cumula, un peu plus tard, les fonctions de lecteur en histologie, jusqu'à la fondation de l'Université Laval, en 1878, alors qu'il devint professeur en titre, d'anatomie, poste qu'il conserva jusqu'à la fusion de l'École de Médecine et de Chirurgie avec Laval en 1890. On lui confia la chaire d'obstétrique à cette époque. Le Dr Lamarche, qui donne encore le cours théorique d'obstétrique, devint aussi, à la mort du Dr Dagenais, en 1896, professeur de clinique obstétricale. Lors de la fondation de l'Hôpital Notre-Dame, en 1881, il remplit les fonctions de professeur de chirurgie, poste auquel semblait l'appeler sa longue préparation comme prosecteur et professeur d'anatomie, mais il abandonna bientôt cette branche de l'enseignement, pour s'adonner tout entier à celle qui avait toutes ses préférences, à l'obstétrique.

En 1877, le Dr Lamarche, avec le Dr E. P. Lachapelle, fut directeur de "l'Union Médicale du Canada."

De 1882 à 1900, il se trouva seul propriétaire de cette revue qui eut, successivement, pour rédacteurs les Drs Desrosiers, M. T. Brennan, aujourd'hui rédacteur en chef de la "Revue Médicale," et le Dr E. P. Benoit.

Charmant causeur, professeur éclairé, et concis, à la physionomie spirituelle, le Dr Lamarche a su, non seulement s'attirer l'admiration des étudiants, mais, aussi, se faire aimer d'eux, parcequ'il est, avant tout, leur ami. Mais pour avoir été carabin avec les carabins, le Dr Lamarche n'a rien sacrifié de la dignité professionnelle, n'a jamais permis la moindre infraction à l'autorité ou à la discipline, durant son cours.

M. le Dr Lamarche est le père de feu le Dr Amédée Lamarche, ancien interne en chef de l'Hôpital Notre-Dame, où une mort prématurée vint le surprendre au poste du devoir et l'enlever à l'affection de ceux qui le connaissaient. Le Dr Lamarche supporta cette cruelle épreuve avec résignation, et déversa le trop plein de son affection paternelle, sur son deuxième et unique enfant, Paul, maintenant en versification au Collège de Montréal.

#### Dr L. A. DEMERS

Né le 6 janvier 1850. Fit son cours classique complet au Collège de Montréal, étudia la médecine à l'École de Médecine et de Chirurgie affiliée à l'Université de Cobourg, Ontario, dont il obtint le diplôme

de Docteur en Médecine et de Maître en Chirurgie en 1874. L'École de Médecine lui confia la démonstration et la prosection d'anatomie de 1879 à 1882, et il fut chargé du cours d'anatomie descriptive durant une partie de la session 1882-83. Dans ce temps-là les étudiants en médecine allaient eux-mêmes enlever les sujets nécessaires à leurs études d'anatomie.

Lorsqu'en 1886 le Dr Craig, professeur de pathologie interne et de clinique interne, tomba malade, l'École de Médecine voulut confier les deux chaires au Dr Demers, mais celui-ci préféra prendre la chaire de pathologie interne et d'y consacrer tout son temps.



L. A. DEMERS, M. D., C. M.

Cette chaire fut définitivement remportée par le chargé de cours dans le concours ouvert dans ce but.

Après avoir fait le service pendant près de vingt ans dans les salles de l'Hôtel-Dieu, le Dr Demers est passé médecin visiteur dans les salles de médecine de l'Hôpital Notre-Dame, position qu'il occupe depuis quatre ans.

Il a passé les années 1893 et 1894 dans les hôpitaux de Paris, et ses maîtres préférés ont été Jaccoud, Dieulafoy, Laudouzy, Hanot, Potain et Lancereaux avec lequel il a fait plus de cinq cents autopsies.

C'est à son retour d'Europe qu'il a fait connaître et vulgariser l'herpétisme et l'arterio-sclérose. Notre regretté collègue, feu le Dr A. T. Brosseau, ne désignait pas autrefois le Dr L. A. Demers sous d'autre nom que le "Dr artério-sclérose." Un autre professeur dit: "Soyez certain que si le Dr L. A. Demers examine un cadavre passé la cinquantaine, il vous montrera des plaques plus ou moins organisées à l'origine de l'aorte, des coronaires rétrécies, des plaques lacteuses dans l'estomac, un rein retractoré, des ostéophytes dans les articulations des genoux; car, il suit ses sujets presque chez Moyagni (salle d'autopsie). Quand il examine un jeune malade il ne néglige jamais de s'enquérir s'il a eu des saignements de nez, des migraines, hernies, dartres, cors aux pieds, varices, hémorroïdes, peurpuéra, pointes de hernies, plus



tard hernies. Car, de nos jours, il faut, autant que possible, montrer aux élèves qu'il y a des malades bien plus que des maladies.

### Dr S. LACHAPELLE \*

Le Dr Sévérin Lachapelle naquit à St-Rémi, comté de Napierville. Tout jeune encore, il entra au Collège de Montréal. En 1868, un mouvement se faisait parmi les Canadiens pour porter secours au Roi Pontife, Pie IX. Le jeune Sévérin n'avait alors que dix-sept ans. Trempé pour la lutte, caractère généreux et sympathique, courageux et brave jusqu'à la témérité, il fut un des premiers à s'enrôler dans le premier détachement des Zouaves Pontificaux.

Pendant son séjour à Rome, notre jeune zouave se distingua par les vraies qualités du soldat: l'intrépidité, la constance imperturbable, l'ardeur belliqueuse



S. LACHAPELLE, M.D.

et la bonne humeur. Un acte de bravoure lui obtint le grade de caporal, puis, de sergent.

Après deux années de service, il revint à Montréal, encouragé, réconforté pour la vie, par les nombreuses bénédictions de Pie IX, retrempé dans les principes d'une foi inébranlable.

En 1870, il commença ses études à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et, en 1874, il entra dans la carrière que son bon vieux père achevait de parcourir. Il fit ses premières armes à St-Constant, pendant deux ans. En 1876, il sacrifiait une nombreuse clientèle, qu'il s'était faite bien promptement, et vint s'établir à Montréal, où il choisit St-Henri, comme lieu de sa résidence. Bientôt après, l'Université Laval était fondée à Montréal, et le Dr Sévérin Lachapelle était nommé un de ses professeurs; depuis lors, il enseigne les études intéressantes de l'hygiène, des maladies des enfants et la pathologie générale. Depuis deux ans, il est le directeur médi-

\* Ces notes biographiques sont en partie extraites des "Souvenirs de Maisonneuve."

cal de la Crèche de la Miséricorde, où des réformes importantes opérées, nous permettent d'espérer une survie inconnue jusqu'ici.

Aujourd'hui le Dr Sévérin Lachapelle continue à habiter la ville de St-Henri, se livrant sans cesse à une pratique qui lui reste fidèle, malgré ses nombreuses occupations, et voyant augmenter continuellement sa réputation dans le traitement des maladies des enfants, pour lesquels il a une passion sans précédent, son dicton est qu'il est dévoré par le microbe de l'amour des enfants malades.

Il est l'auteur de plusieurs ouvrages d'hygiène: "La Santé pour Tous," le "Manuel d'Hygiène de la Province de Québec," le seul recommandé dans les écoles par le Conseil d'Hygiène de cette province, et "Femme et Nurse," ou ce que la femme doit apprendre en hygiène et en médecine, ouvrage qu'il a publié au commencement de cette année et qui a eu un grand retentissement.

Marié, en 1874, à Demoiselle Elise Demers, fille de Louis Demers, maître-boucher, de Montréal, il est le père de trois enfants: Maria, aujourd'hui Madame Almanzor Archambault, médecin; Sévérin, courtier d'assurance, et Ernest, étudiant en médecine, les seuls survivants d'une nombreuse famille.

En 1892, les électeurs du grand comté d'Hoche-laga lui prouvèrent leur confiance, en le choisissant unanimement leur représentant aux Communes. C'était la récompense naturelle et bien méritée d'un dévouement inaltérable au parti conservateur, pour lequel il n'hésita jamais de prodiguer son temps et les secours de sa puissante parole.

### Dr S. DUVAL

Né à St-Jean Port Joli, en 1852, du mariage de L. Z. Duval, N.P., et de Eléonore Verreault, le Dr Sa-



S. DUVAL, M.D.

luste Duval commença ses études au Séminaire de Québec, en 1863, et y demeura jusqu'en troisième. En 1867, il vint terminer ses études classiques au Sémi-

naire de Ste-Thérèse, pour se livrer, en 1872, à l'étude de la médecine à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université Victoria de Cobourg.

Diplômé en 1876, il fut nommé médecin interne à l'Hôtel-Dieu de Montréal, poste qu'il garda jusqu'à l'année suivante quand il fut appelé au professorat à l'École Normale Jacques-Cartier. Le Dr Duval enseigne les mathématiques et la physique dans cette institution, depuis 1877.

En 1879, le Dr Duval fut professeur de physiologie à l'Université Laval, chaire qu'il occupe encore aujourd'hui.

Le docteur Duval est aussi professeur à l'École Polytechnique depuis 1884. C'est vous dire que le Dr Duval est, avant tout, professeur, et qu'il s'est toujours livré à l'enseignement théorique.

Le Docteur Duval a consacré tous ses moments à l'étude des sciences; comme électricien, il n'a peut-être pas son égal au pays, c'est l'Edison du Canada.

#### HON. J. J. GUERIN

Le Dr J. J. Guerin est né à Montréal, le 4 juillet 1856. Son père était ingénieur civil. Il fit ses études au Collège de Montréal et prit ses diplômes de docteur en médecine à l'Université McGill, où.



HON. J. J. GUERIN, M D., C.M.

Pendant sa cléricature, il se fit remarquer comme un des étudiants les plus forts de cette institution.

Reçu médecin, il se livra à la pratique médicale à Montréal. En 1880, il fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, puis, quelque temps après, il alla suivre à Paris les cliniques de Potain et de Charcot. Quatre années après sa nomination de médecin de l'Hôtel-Dieu, il fut nommé assistant professeur de clinique médicale, puis, enfin, professeur titulaire, en 1889, lors de l'union.

Comme clinicien, le professeur Guerin a un genre spécial, il s'occupe surtout de faire apprendre

à ses élèves les maladies du poumon et du cœur. Très habile dans le diagnostic de ces affections, il s'évertue à rendre ses élèves aussi compétents que possible en auscultation, et tous ceux qui l'ont suivi se rappelleront avec quelle facilité et quelle rapidité il peut faire un diagnostic. C'est à juste titre qu'il est considéré une autorité en pathologie cardiaque. Plein de bonté pour ses élèves, il remplit ses fonctions de clinicien avec un dévouement constant. Son enseignement est clair, son diagnostic facile, rapide certain et précis. Aussi les étudiants qui l'écoutent avec respect et confiance accourent-ils en grand nombre à ses cliniques, qu'il sait, du reste, rendre intéressantes en les illustrant de nombreux cas typiques.

Le Dr Guerin jouit de l'estime et de la considération de ses concitoyens, et, en particulier, de ses compatriotes, et il a été longtemps président de la Société St-Patrice.

En 1885, le gouvernement fédéral l'honora de sa confiance en le nommant expert médical pour régler les réclamations des militaires malades ou blessés pendant la campagne du Nord-Ouest.

Tout récemment encore, l'Université Laval de Québec, lors de la fête de son cinquantenaire, le gratifia du titre honorifique de docteur en médecine.

Le Dr Guerin donne aussi libre cours à son activité dans le champ de la politique. Libéral, il représente le quartier Ste-Anne au parlement provincial depuis sept ans. Il fut élu pour la première fois en 1895 par une majorité de 95 voix, de 1,250 voix de majorité en 1897, et par acclamation en 1900. Il est ministre de la Couronne depuis cinq ans, et est un de ceux à qui l'avenir sourit encore.

#### Dr A. A. FOUCHER

Issu du mariage de François Foucher et de Odile Brien dit Desrochers, le 10 avril 1856, à St-Jacques l'Achigan. Achille A. Foucher, après de brillantes études classiques au collège de Joliette, commença l'étude de la médecine en 1875, à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et fut reçu docteur en 1879. Se sentant pris d'un attrait tout particulier pour l'étude des maladies des yeux, du nez, des oreilles et de la gorge, le Dr Foucher se rendit en Europe, où il séjourna deux ans. Paris, cependant, eût la préférence, il y étudia dix-huit mois.

Doué d'un talent facile, le Dr Foucher sut se distinguer par son ardeur au travail, aussi ses professeurs l'appelèrent-ils, en 1881, l'année de son retour, à l'enseignement, en le nommant professeur titulaire d'ophtalmologie, d'otologie, de laryngologie et de rhinologie à la faculté naissante de médecine, Université

Laval, à Montréal. Il fonda, la même année, le dispensaire d'ophtalmologie, d'otologie, de laryngologie et de rhinologie à l'Hôpital Notre-Dame, et fut chargé de l'enseignement clinique. Ce même poste lui fut confié lors de la fusion de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, avec la faculté de médecine de l'université Laval, à Montréal. Ce dispensaire, aujourd'hui un des premiers de la ville de Montréal, ne promettait pas un aussi grand succès, lors de ses



A. A. FOUCHER, M. D.

débuts si humbles, dans un coin du vieil hôtel Donégana. Au Dr Foucher en revient tout le mérite, comme, aussi, tout l'honneur d'avoir été le pionnier dans cette voie, car ce fut le premier dispensaire canadien-français où furent spécialement traités les maladies des yeux, du nez, de l'oreille et de la gorge.

Le docteur a un peu de tout, il est électricien, littérateur et musicien. Ce dernier talent n'est peut-être pas son moindre, mais nous n'en parlerons pas, car nous ne nous reconnaissons pas la capacité de faire une critique d'art. Quant au premier qualificatif, une visite au laboratoire d'électricité de l'Université, dont il a charge depuis 1898, vous convaincra facilement qu'il n'en est pas à ses débuts. Le Dr Foucher ne s'est pas contenté de garder pour lui le fruit de ses observations, il a largement collaboré aux revues médicales, comme le prouve la liste suivante de travaux qu'il a publiés :—

Névrotomie optico-ciliaire, "Union Médicale du Canada," 1880; La papille optique dans quelques affections cérébrales, Ibid., 1881; Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux, Ibid., 1882; Importance de l'hygiène des yeux et des oreilles, "Journal d'hyg. populaire," 1883; Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice, "Un. Méd. du Canada," 1883; La cataracte, Ibid., 1883; Contribution à l'étude du jequirety, Ibid., 1883; Névrite optique et affections cérébrales, Ibid., 1884; Mélanosarcome de la choroïde, Ibid., 1884; La cécité des couleurs dans les rapports avec les chemins de fer et la marine, Ibid., 1884; Indications cliniques fournies par la pupille, Ibid., 1885; Des corps étrangers de l'oreille, Ibid., 1885; Empoisonnement par la cocaïne,

Ibid., 1885; L'antipyrine contre la douleur, Ibid., 1887; Mycosis de l'arrière-bouche, Ibid., 1887; Des kératites, Ibid., 1888; Maladies de l'oreille et du rhinopharynx, Ibid., 1888; Revue des travaux d'Otologie et de Rhinologie pour l'année 1887, Ibid., 1888; Du glaucome, Ibid., 1889; De l'inflammation folliculaire du conduit auditif, Ibid., 1890; Traitement des polypes du nez et nouveau modèle de polypotome, Ibid., 1890; Contribution à l'étiologie de la dacryocystite, Ibid., 1891; Des végétations adénoïdes du pharynx, Ibid., 1892; A few remarks on the treatment of purulent conjunctivitis, "Annals of opht. and otology," 1893; Dermoïde de la cornée, "Un. méd. du Canada," 1893; Leçons cliniques sur les traumatismes de l'oeil, Ibid., 1894; La myopie dans ses rapports avec l'hygiène scolaire, "Bull. de la Soc. d'Hyg. publ. améric.," 1894; Traité pratique des maladies des yeux, des oreilles, du nez et du pharynx, Montréal, 1894; A few modifications in the operating process of adenoid tumors, "Ann. of ophtalmol. and otol.," 1895; Epithélioma du pavillon de l'oreille, "Un. méd.," 1895; Trois cas de maladies des yeux d'origine dentaire, Ibid., 1895; Anomalie de la pharyngienne ascendante, Ibid., 1896; Rapport à la Société française d'Ophtalmologie de Paris sur le trachome du Canada, 1896; Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé le sinus maxillaire, attonoïdal et spénoïdal, "Un. Méd. du Canada," 1897; Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'oreille, Ibid., 1897; Inflammation aiguë de l'anthrax d'Hgmore, Ibid., 1899; Anomalie du pavillon de l'oreille et occlusion du conduit auditif externe, Ibid., 1901; L'obstruction nasale et ses conséquences, Ibid., 1901.

#### Dr L. D. MIGNAULT

Le Dr Louis Daniel Mignault naquit à Worcester, Mass., Etats-Unis, le 3 juin 1856, du mariage de P. B. Mignault, médecin, et de feu Dame Cathérine O'Cal-



L. D. MIGNAULT, A.B., M.D., C.M.

laghan. Son père s'est distingué, comme patriote, durant les troubles de 1837; fait prisonnier par les Anglais, il parvint à s'échapper et se réfugia aux Etats-Unis, où il étudia la médecine à l'Université de Harvard. Après des études préliminaires à Worcester, Louis Daniel Mignault fit un cours classique complet

au Collège Ste-Marie, qu'il quitta en 1876. Cédant alors, probablement, à un penchant naturel à la famille, qui compte, en effet, dix-sept médecins, il s'inscrivit étudiant en médecine à l'Université McGill, et sortit, quatre années plus tard, avec les honneurs du diplôme. A peine reçu, le Dr Mignault fit un voyage prolongé en Europe, et vint s'établir à Montréal, en 1881. A la demande du Dr Brunelle et du Dr D'orsennens, il fut chargé, par l'Ecole de Médecine et de Chirurgie, de donner, du jour au lendemain, le cours d'anatomie. Le Dr Mignault dût faire un tour de force, car, en même temps qu'il avait à travailler à la préparation de son cours, il lui fallait apprendre le français, qu'il ne possédait pas suffisamment pour l'enseignement, et qu'il parle encore aujourd'hui avec un accent anglais très prononcé. A la mort du Dr Munro, le Dr Brunelle, devenant professeur de pathologie externe, le Dr Mignault fut nommé, en juin 1882, professeur titulaire d'anatomie et membre de la corporation de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal. En 1887, à la mort du Dr Geo. Beaudry, il fut chargé du cours de physiologie. En octobre 1887, le Dr Mignault épousa Melle Caroline Bertrand, de l'Isle Verte, fille de feu Charles Bertrand, seigneur de l'endroit. Nommé secrétaire de l'Ecole, en 1884, il conserva cette charge jusqu'en 1891, lors de l'union pour laquelle il travailla avec ardeur. Dans la nouvelle corporation, le Dr Mignault garda la chaire de physiologie jusqu'à la mort du Dr Poitevin, en 1893, et devint alors professeur d'anatomie. En 1895, il succéda au Dr Desrosiers, comme secrétaire "pro tempore" de l'Université Laval, et fut nommé définitivement secrétaire de la Faculté, l'année suivante, position qu'il occupe encore aujourd'hui.

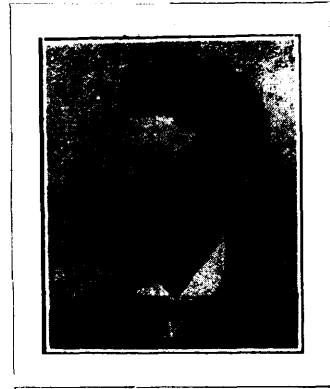
Le Dr Mignault est médecin consultant d'un grand nombre d'institutions religieuses, entre autres, du couvent des Dames du Sacré-Coeur, de la maison-mère des Soeurs de Jésus et de Marie, des Soeurs de l'Hôtel-Dieu, du Collège Ste-Marie et de quelques maisons des Frères des Ecoles Chrétiennes, etc., etc.

Le Dr Mignault écrit facilement l'anglais et le français, et est un polyglotte distingué. Sa clientèle est tout-à-fait cosmopolite—anglaise, française, italienne, allemande, yiddesh.

#### Dr J. P. CHARTRAND

Joseph Pierre Chartrand naquit le 28 janvier 1861, à St-André Avelin, et est le fils de M. Joseph Chartrand, notaire, et de Dame Léocadie Bélanger. Après un brillant cours d'étude au Collège de Joliette, il étudia la médecine à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie, affiliée à l'Université Laval, et prit

ses degrés de M.D., C.C. en 1883. Le docteur alla d'abord s'établir à Acton Vale, mais après un séjour de seize mois, il revint à Montréal, où il fut nommé professeur de chimie à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie, après concours. Il remplit cette charge jusqu'en 1891, alors qu'il partit pour Paris. A son re-



J. P. CHARTRAND, M D.

tour, on le nomma successivement professeur de toxicologie, charge qu'il occupa pendant un an, puis, professeur d'anatomie pratique à l'Université Laval, chaire qu'il occupe encore.

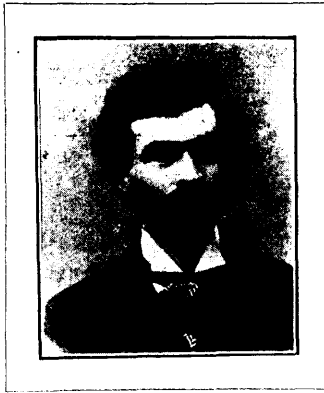
#### Dr M. T. BRENNAN

"Labor omnia vincit," ce dicton résume la vie d'un des médecins spécialistes les plus distingués de notre métropole, et dont le nom figurerait avantageusement à côté des célébrités du vieux monde. Travailleur infatigable, autant que vif et facile, d'une activité quasi proverbiale, d'une énergie et d'un caractère au-dessus du commun, le Dr Michel-Thomas Brennan a mis à contribution toutes ces qualités pour s'élever, par ses connaissances, au premier rang dans la profession qu'il exerce avec un si grand succès. Il naquit à Montréal, en 1862, et fut, presque aussitôt, laissé orphelin et sans ressources; sa mère mourait, en effet, peu de temps après lui avoir donné le jour, et le confiait à une de ses amies qui le suivit pas à pas et vit encore, entourée du respect et de l'attachement de son fils adoptif.

Il étudia à l'Ecole Normale Jacques-Cartier, et, laissa, de bonne heure, présager ce que peut donner une précoce ardeur au travail, secondé par une intelligence vive. C'est dans cette institution que le Dr Brennan se brisa, dès son jeune âge, aux difficultés de l'enseignement. En effet, à peine avait-il fait quelques années qu'on lui confia les élèves d'une classe inférieure et ainsi de suite tout le temps de son cours d'études, jusqu'à ce qu'enfin, ses études terminées, il devint professeur à l'Ecole Normale. Il occupa ce poste,

avec peu d'intervalles, pendant vingt-cinq ans. Il y inaugura le cours d'hygiène scolaire.

Il occupa, pendant une année, la charge de commissaire d'école de la ville de Montréal. En 1880, il subit, avec succès, l'examen pour l'admission à l'étude de la médecine, devant les examinateurs du Bureau Provincial de Médecine et de Chirurgie, et entra à l'Université Laval de Montréal, où il fit ses études médicales. Quatre années plus tard, il fut gradué, avec grande distinction. L'année suivante, le Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame le nomma médecin interne de l'Hôpital, charge qu'il continua à remplir pendant au-delà de cinq années consécutives, à la satisfaction de tout le monde. C'est là qu'il développa son goût pour la chirurgie et se fit remarquer pour son aptitude toute spéciale à cette branche de l'art médical.



M. T. BRENNAN, M. D.

En 1890, le Dr Brennan quittait l'internat mais restait attaché à l'Hôpital, en qualité de chirurgien. Ce fut lui qui créa la section de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame, qui fut témoin de son dévouement et de son zèle pour les malades. Ses débuts, dans la spécialité, furent des plus heureux et l'encouragèrent à faire des études spéciales à New York et en Europe.

Pendant plusieurs années, il fut secrétaire de l'Hôpital.

Le Dr Brennan fut nommé agrégé à l'Université Laval en 1887, et attaché au cours de chimie et d'électricité médicale. Plus tard, il donna la pathologie générale, et puis fut chargé du cours d'histologie, d'anatomie pathologique, de bactériologie et de gynécologie à la Faculté de Médecine de Laval, jusqu'au remaniement du curriculum des études médicales, alors qu'il fut nommé professeur de clinique gynécologique. Le Dr Brennan a été et est membre de plusieurs sociétés médicales et savantes, entre autres: l'Association Médicale du Canada, la Société Médicale Chirurgicale de Montréal, l'Association des Internes de l'Hôpital Notre-Dame, la Société Antiquaire et Numismatique de Montréal, et de la Société Française de Prophylaxie

Sanitaire et Morale de, Paris; un des vice-présidents de la section d'anatomie pathologique de la British Medical Association au Congrès de Montréal, 1897; vice-président d'honneur de la section canadienne au IV<sup>ème</sup> Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique, tenu à Rome, en septembre 1902; American Health Association.

Il y a de tout en lui: du mathématicien, du physicien, du chimiste, et même du musicien. Il a des connaissances étendues et des aptitudes incomparables pour en doter les autres.

Le Dr Brennan a été, de 1887 à 1895, secrétaire de la rédaction de "l'Union Médicale du Canada." Il est un des fondateurs de "La Revue Médicale du Canada," et il en est le rédacteur en chef depuis 1899.

Voici la liste de certains travaux du Dr Brennan :

Empoisonnement par la nitrobenzine, "Union médicale du Canada," 1887, p. 449. Notes cliniques: 1° Spasme sous-mentonnier; 2° Le réactif de Wedekind—compression des nerfs sus-orbitaires, "Union méd. du Can., 1888, p. 457. La chirurgie usuelle antiseptique, Ibid., 1888, p. 512. Hygiène scolaire et domestique des enfants, Ibid., 1889, p. 17. La lithiase biliaire traitée par l'huile d'olive. (Communication faite à l'Association des internes de l'Hôpital Notre-Dame, mai, 1889). Utérus bifide—mort par métrorragie. (Ass. Int. H. N.-D.—"Un. méd. Can., 1889, p. 292. Maladie de Paget. (Ass. Int. H. N.-D.—"Un. méd. Can., 1889, p. 398.) Deux cas de vice de conformation de l'anus. Ibid.—Ibid., 1889, p. 456. Hystérectomie pour inversion utérine—mort. Ibid.—Ibid., p. 456. Monoplégie brachio-crutale, Ibid.—Ibid., p. 565. Trois cas de méningite tuberculeuse. Ibid. p. 567. Péricardite purulente—pyohémie.—Note d'autopsie. Ibid., 1890, p. 12. Cancer de l'ovaire—opération—mort. Ibid., 1890, p. 12. Tétanos à la suite d'une colpoperinéorrhaphie. Ibid.—Ibid., 1890, p. 63. Hydronéphrose double et pneumonie grippale. Ibid.—Ibid., 1890, p. 66. Symphyse cardiaque et pneumonie grippale. Ibid.—Ibid., p. 66. Appendicite. (Note d'autopsie, No 15, H. N.-D., 1890. Notes sur la pneumonie grippale à forme descendante. (Ass. Int., 1890.) Absence du vagin, de l'utérus et des ovaires. (Ass. Int.—"Un. méd. Can.," 1890, p. 72.) Prophylaxie des maladies utérines, "Un. méd. Can.," 1890, p. 225. Leucocytémie splénique. (Note d'autopsie. No 23, H. N.-D., 1890.) La fécondation artificielle comme correctif des déviations utérines. (Ass. Int.—"Un. méd. Can., 1891.) Symphyse cardiaque chez un tuberculeux; pleurésie et carie tuberculeuse de la 2ème vertèbre lombaire. (Notes d'autopsie, No 43, H. N.-D., 1891.) De la blennorragie lacunaire et glandulaire. (Ass. Int.—"Un. méd. Can., 1893, p. 65. De la vaginotomie postérieure. "Un. méd. Can.," 1894, p. 337. De la vaccination aseptique. Ibid., p. 338. A few remarks on school hygiene, "American Health Ass.," Sept., 1894. A plea for aseptie vaccination, Ibid. Epithéliome de l'oesophage et de la trachée. (Note d'autopsie, No 63, H. N.-D., 1895.) Le rôle des lymphatiques de la tête dans les infections. (Ass. Int.—Cité

par Wm. Jas. Dérome, "Un. méd. Can.," 1896, p. 439.) Papillome énorme de l'ovaire. Opération, guérison. (Rapportée par Wm. Jas. Dérome, "Un. méd. Can.," p. 443, photographie, p. 499, 1896.) Nouvelle méthode d'hystéropexie. (Ass. Int., oct., 1896.) Les rapports entre la blennorrhagie et l'infection puerpérale. (Ass. Int., "Un. méd. Can.," 1897, p. 142.) Kyste paraovarien adhérent à la trompe. Ibid., Ibid., p. 141. Cancer primitif de l'oesophage. "Un. méd. Can.," 1897, p. 335. De la varicocèle, sa cure radicale par la ligation double et l'excision des veines, combinées à la résection étendue du scrotum. (Ass. Int., oct., 1898. "La Revue Médicale," vol. II., p. 145.) Traitement des hydarthroses par les badigeonnages à l'acide phénique pur. "La Rev. méd. du Can.," 1899, vol. III, p. 57. Myomes utérins multiples—grossesse—myomectomie. Ibid., p. 145. Tumeur crânienne opérée pour symptômes épileptiformes—amélioration. (Docteurs Brennan et Chagnon, Ass. Int., nov. 1899. Observation inédite, notée dans la "Rev. méd.," p. 192. Hématômes tubaires rupturés. (Ass. Int., Obs. inédite, notée dans la "Rev. méd.," p. 192. La sympathiectomie abdominale chez la femme; 14 opérations. (Ass. Int. Obs. inédites, mars, 1900. Notées dans la "Rev. méd.," p. 338. Pyloroplastie pour rétrécissement spasmodique et vomissement incoercibles—guérison. (Obs. inédite—Ass. Int., mars, 1900. Notée dans la "Rev. méd.," p. 338.) Note sur la gravité des laparotomies sus-ombilicales, surtout dans les maladies du foie. (Ass. Int., mars, 1900. Obs. inédite.) Note sur la gasoline en chirurgie. "La Rev. méd.," vol. III, (1900-1901, p. 1.) Le cathétérisme et le lavage de la vessie chez la femme. Ibid., p. 1. Inversion utérine irréductible. Nouvelle technique opératoire. Guérison. Ibid., p. 57. Note sur le traitement de la folliculite de l'aisselle par la gazoline. Ibid., p. 137. La panniculite et la cellulite extra-génitale ou juxta osseuse. Ibid., p. 193. Cystotomie sus-pubienne avec drainage dans les infections de la vessie chez la femme. Ibid., 1899. Déontologie en gynécologie et sujets collatéraux. Ibid., 1899. Traitement des lydarthroses par l'acide phénique. Ibid., 1899. De l'examen de la patiente—l'interrogatoire. Ibid., 1899. Les irrigations vaginales et les hautes injections rectales en gynécologie. Ibidem, 1899. Hernie de la ligne semi-lunaire de Spigel, opération, guérison. Ibid., 1900. Hernie sus-ombilicale de la ligne blanche; hernie gastrique. Ibid., 1900. Kyste du mésantère—Hématome de la trompe droite. Ibid., 1900. Les désordres urinaires chez la femme. Ibid., 1900. Evidement préalable et hémisection médiane antéro-postérieure dans un cas de fibrome intraligamentaire enclavé et d'utérus fibromateux. Ibid., 1900. Panniculite de la cellulite pelvienne extra-génitale ou extra-osseuse. Ibid., 1900. Note sur le traitement de la phlegmabia alba dolens par une solution picriquée. Ibid., 1900. Inversion utérine, nouvelle technique opératoire, guérison. Ibid., 1900. Anesthésie par la voie lombaire, certaines particularités. Ibid., 1901. De l'intervention abdominale dans l'inversion utérine irréductible—note complémentaire. Ibidem. Kystes multiples et tumeur fibreuse congénitale concygiens. Ibidem, 1902. Une nouvelle position pour l'examen gynécologique. Ibid., 1902. De

l'emploi de l'huile d'olive stérilisée dans les opérations abdominales. Ibid., 1902. Un cas de rapidement fatal de malaena chez le nouveau-né. Ibid., 1902. De l'importance qu'il y a de donner aux élèves en médecine un enseignement pratique sur les différentes méthodes d'anesthésie. Ibid., 1902. Note sur la transmission des maladies vénériennes par les sièges des latrines. Ibid., 1902. La mouche, comme agent de propagation des maladies, et comme milieu de métamorphose microbienne. Ibid., 1902. Nouvelle opération pour la cure de l'inversion utérine irréductible et instrument pour opérer la réduction. (IVème Congrès International d'Obstétrique et de Gynécologie, Rome, 1902.) De la sympathiectomie pelvienne. Ibid., titre, Ibid. De la cellulite juxta-osseuse pelvienne chez la femme. Ibid.

### Dr H. HERVIEUX

Quoique encore jeune, le Dr Hervieux a su triompher de toutes les difficultés du "struggle for life," et ne s'est arrêté que lorsqu'il a pu dire "Je suis arrivé." Né en 1862, à St-Jérôme, du mariage de J. A. Hervieux, notaire, et de Virginie Lachaine, notre futur esculape fit ses études classiques à Ste-Thérèse, puis vint étudier durant deux ans la philosophie au



H. HERVIEUX, M.D.

Collège Ste-Marie. Il commença ses études médicales en 1882, à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et fut diplômé en 1886. Il débuta comme praticien à Ste-Philomène, comté de Chateauguay, puis alla se fixer à Beauharnois, où il est encore avantageusement connu. Après six années de pratique à la campagne il élit domicile à Montréal, dans le quartier St-Joseph, et fut attaché, peu de temps après, au personnel médical de l'Hôtel-Dieu, où il fait encore du service. Le Dr Hervieux fut l'heureux candidat élu, en 1894, lors du concours pour la chaire de thérapeutique. En 1900, le Dr Hervieux a été nommé professeur titulaire de thérapeutique. Le Docteur est directeur de "l'Union Médicale du Canada," et l'un des plus zélés collaborateurs de cette revue.

### Dr G. VILLENEUVE

Le Dr Villeneuve est né en 1862. Il est le fils de Joseph Edouard Villeneuve, en son vivant, évaluateur des douanes, et de Juliette Fortin, soeur de l'Honorable Dr P. Fortin, ancien commandant de "La Canadienne," député, ministre et sénateur, et nièce de Ludger Duvernay, fondateur de la Société St-Jean-Baptiste.

Le Dr Villeneuve est un ancien élève de St-Sulpice. Il a fait, d'une façon brillante, ses études classiques au Collège de Montréal, et les plus hautes récompenses ont couronné ses efforts. Avant d'arriver au poste éminent qu'il occupe aujourd'hui, le Dr Villeneuve a eu une carrière très variée. Il a été, pendant plusieurs années, l'un des principaux officiers de l'Assemblée Législative de Québec. L'étendue de ses connaissances en droit constitutionnel et la sûreté de son jugement en pratique parlementaire, l'ont fait



G. VILLENEUVE, M. D.

hautement apprécier des orateurs éminents sous lesquels il a servi, comme l'Honorable juge Wurtèle, l'Honorable P. E. Leblanc et le regretté F.G. Marchand, ancien premier ministre.

Le Dr Villeneuve fut aussi militaire, et a fait la campagne du Nord-Ouest de 1885, comme capitaine commandant la compagnie No 5, du 65ème Bataillon C.M.R. Il prit part à toutes les opérations de l'armée de campagne d'Alberta, sous le commandement du Général Strange, et fut présent à la bataille de la Butte aux Français.

Le docteur a fait ses études médicales à l'Université Laval, de Montréal, et les compléta par deux années passées à Paris, en 1889 et 1890. Le Dr Villeneuve qui eut toujours une prédilection marquée pour les maladies nerveuses et mentales et la médecine légale, suivit surtout les cours de l'illustre Chariot, à la Salpêtrière, de Ball à Ste-Anne et de Brouardel, à la morgue de Paris.

Ces études toutes spéciales, le signalèrent à l'attention des ministres de Québec, quand fut créé le poste d'assistant surintendant médecin à l'Asile St-

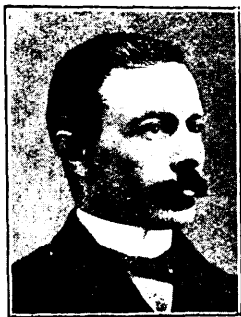
Jean de Dieu, et il en devint le premier titulaire, en février 1894. Le Dr Villeneuve se rendit immédiatement en Europe, pour se perfectionner dans l'étude des maladies mentales et devint l'élève de Magnan, l'éminent médecin de l'Asile Ste-Anne, de Paris, et le plus célèbre de tous les aliénistes contemporains. A son retour d'Europe, le Dr Villeneuve fut promu surintendant médical de l'Asile St-Jean de Dieu, par suite de la mort prématurée du regretté Dr Duquette, qui a laissé de si bons souvenirs chez tous ceux qui ont été à même d'apprécier son caractère élevé et ses qualités remarquables. Quant à la manière dont M. le Dr Villeneuve a rempli les fonctions de sa charge, nous ne pourrions mieux faire que de répéter ce que Son Honneur L. A. Jetté, lieutenant-gouverneur de la province de Québec, a dit de lui, dans un discours prononcé à l'Asile St-Jean de Dieu. " Mes rapports sociaux " m'ont donné l'occasion de rencontrer quelquefois les " médecins de la maison, et je suis heureux de pouvoir " rendre hommage à leur compétence. Et, puisque " j'en ai l'occasion, je me permettrai de dire que les " rapports du surintendant médical, M. le Dr Ville- " neuve, sur les cas spéciaux qui me sont soumis, en " ma qualité officielle, sont remarquables de clarté et " de précision, et satisfont pleinement ceux qui doivent " s'en autoriser dans l'exercice d'une très importante " fonction."

Le Dr Villeneuve est, de plus, médecin expert de la cour du coroner et des tribunaux. En cette qualité, il a été mêlé à toutes les grandes causes criminelles qui se sont déroulées dans ces dernières années. En 1895, le Dr Villeneuve a été reçu, au concours, professeur adjoint de médecine légale et de médecine mentale, à l'Université Laval, de Montréal, et, depuis 1901, il est professeur titulaire de clinique des maladies mentales. Dans le but d'organiser l'enseignement clinique des maladies mentales, en rapport avec sa chaire, le Dr a fait, cette année, un quatrième voyage d'étude en Europe, à Paris; il s'est spécialisé dans l'étude des maladies nerveuses, sous Raymond, à la Salpêtrière; des maladies mentales, sous Magnan, à Ste-Anne, et de la médecine légale des aliénés, sous Garnier, à la préfecture de police. Le docteur Villeneuve est gouverneur à vie et membre du bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame, membre de la Société Médico-Psychologique de Paris et de la Société de Médecine Mentale, de Belgique.

### Dr E. A. RENE DE COTRET

Elphège Adalbert René de Cotret, fils de feu L. D. René de Cotret, avocat, et de Melle Emélie Pinet, naquit à Montréal le 6 octobre 1861. Après avoir

terminé son cours commercial, il entra au Collège de Montréal, en 1877, et y fit ses classiques. En 1884, il commença l'étude de la médecine à l'Université Laval de Montréal, et fut gradué en 1888. Le Dr De Cotret débuta dans la pratique à St-Césaire, qu'il quitta au bout de huit mois pour venir se fixer à Montréal. En 1889, il fut nommé assistant accoucheur de feu le Dr Dagenais, à la Maternité, et professeur adjoint



E. A. RENE DE COTRET, M.D.

d'obstétrique, en 1896, après concours. Il succéda au Dr Dagenais, à la mort de ce dernier, 1896, comme médecin du Collège de Montréal et comme accoucheur à la Maternité. Le Dr De Cotret est médecin des Soeurs de la Miséricorde. Il épousa, en 1888, Melle Rose A. Content.

Le Dr De Cotret est un travailleur qui ne recule pas devant les difficultés; la liste suivante de ses travaux en est une preuve :

"Traitement de l'éclampsie puerpérale; thèse de concours pour l'agrégation, 1896. (Cette thèse a paru aussi dans "l'Union Médicale du Canada" et "La Clinique," 1896.) "Hospice de la Maternité," dans "l'Union Médicale," novembre 1897. "Des affections du sein pendant la période puerpérale," dans "l'Union Médicale," 1898; "De l'éclampsie," dans "l'Union Médicale," 1898; Môle hydatiforme," dans "l'Union Médicale," 1898; "Eclampsie puerpérale," dans "l'Union Médicale," 1898; "Monstruosité fœtales," dans "l'Union Médicale," 1898; "Formation de monstrues," dans "l'Union Médicale," 1898; "Oblitération du col chez les femmes enceintes," "Union Médicale," 1898; "Comme quoi la pyohémie puerpérale produit des accès de fièvre, suivis de sudation," dans "l'Union Médicale," 1899; "De l'éclampsie puerpérale," "Union Médicale," 1899; "Grippe et puerpéralité," "Union Médicale," 1899; "Phlegmatia alba dolens," "Union Médicale," 1899; "De l'albuminurie de la grossesse et de l'éclampsie," "Union Médicale," 1899; "Soins à donner avant, pendant et après l'accouchement," "Union Médicale," 1899 et 1900; "Fœtus morts dans l'utérus et môles hydatiformes," "Union Médicale," 1900; "De la délivrance," "Union Médicale," 1900; "Du forceps," "Union Médicale," 1900; "Albuminurie pendant la grossesse," "Union Médicale," 1900; "Infection puerpérale, sérum de Marmorek et abcès artificiel," "Union Médi-

cale," 1901; "Etude critique sur l'emploi du sérum antistreptococcique dans l'infection puerpérale," "Union Médicale," 1902; "Du veratrum biride dans l'éclampsie puerpérale," (Congrès Médical de Québec et dans "l'Union Médicale," 1902).

**Dr L. N. DELORME**

Le Docteur Louis Napoléon Delorme, fils d'un riche cultivateur de St-Jacques de l'Achigan, naquit en cette même paroisse, en 1863, fut envoyé, plus tard, au Collège de Joliette, pour y faire ses études classiques.

En 1882, s'étant décidé pour la profession médicale, il se présentait à l'Université Laval de Montréal pour y suivre les cours.

Quatre ans plus tard, ayant obtenu, avec distinction, ses degrés de M.D., il est aussitôt nommé médecin interne à l'Hôpital Notre-Dame, poste qu'il occupa jusqu'en 1889, alors qu'il se décida à entrer dans la pratique active de sa profession et choisit la Pte St-Charles pour s'y livrer.

Peu de temps après, l'Université Laval lui confiait la chaire d'anatomie pratique, position qu'il occupe encore aujourd'hui.

Par son intelligence et son activité, le Dr Delorme a su se créer une des plus jolies positions parmi les membres de sa profession. Il est membre de plusieurs sociétés de secours mutuels. En septembre dernier notre confrère, attiré par le désir de s'instruire, se rendait à Rome pour prendre part au Congrès International de Gynécologie. Durant ce voyage le Dr Delorme en a profité pour visiter les principales



L. N. DELORME, M. D.

villes de l'Angleterre, la France, la Belgique et l'Italie.

A Paris, le Dr Delorme, dirigé par le Dr Récaulier, ami des Canadiens, a parcouru avec grand intérêt les salles d'anatomie pratique de la grande faculté de médecine, et a eu l'honneur d'être présenté à l'un des plus grands maîtres en anatomie, le professeur Farabocuf.



Le Dr Delorme a épousé, en 1888, mademoiselle Marie-Philomène Letourneux, fille de M. C. H. Letourneux, marchand de ferronnerie.

### Dr L. E. FORTIER

Médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à l'Université Laval, et à la tête d'une clientèle nombreuse, le Dr Fortier jouit de l'estime de tous ceux qui le connaissent. Il fit ses études classiques, avec distinction, au Collège Ste-Marie, dont il fut l'un des plus



L. E. FORTIER, M.D.

brillants élèves, aussi ses maîtres fondaient-ils de grandes espérances sur sa précoce ardeur au travail.

Travailleur au collège, travailleur à l'École de Médecine et de Chirurgie, où il fit ses études médicales, et fut gradué en 1880, le Dr Fortier l'est encore aujourd'hui aux heures de loisir que lui laissent les soucis d'une forte clientèle. Il trouve moyen, en effet, de se retremper dans la lecture des classiques grecs et latins et français, et de publier des travaux qui charment et instruisent.

Le Dr Fortier aime sa profession, et il aime sa clientèle, qui est répartie parmi toutes les classes de la société; on le retrouve toujours le même au chevet du pauvre, dans les mansardes, comme auprès des favorisés de la fortune, dans les demeures les plus somptueuses: simple, modeste, sympathique.

Le Dr Fortier débuta d'abord à la campagne et s'établit successivement à Fortierville comté de Lotbinière, puis, à Stanfold, lorsque l'École de Médecine le nomma démonstrateur d'anatomie, en 1890. Pendant les troubles de 1880-91, lors de l'union de l'École de Médecine et de l'Université Laval, on le chargea de remplacer le professeur de matières médicales, qui avait résigné sa chaire. Après la fusion, le docteur retourna à son ancien poste de démonstrateur d'anatomie, charge qu'il occupe encore aujourd'hui.

Le Dr Fortier est aussi journaliste. Durant trois ans, il a été le rédacteur de "La Gazette Médicale," et

à aussi fait partie de la rédaction de "l'Union Médicale" et du "Journal d'Hygiène Populaire." On retrouve de lui plusieurs articles fort documentés sur "l'Union des Universités," "Les Droits de l'École," "La Ventilation des Maisons," "La Théorie Microbienne," "l'Alcool, sa nature et ses effets," qui, soit dit en passant, a eu le mérite d'être traduit en anglais pour une encyclopédie médicale. Il publia aussi plusieurs études sur l'anatomie et la dissection, et, tout dernièrement encore, nous avons le plaisir de publier dans "La Revue Médicale" une étude fort intéressante et savante: "Faut-il former les jeunes gens qui se destinent aux professions libérales, par l'étude des humanités, ou par l'étude des sciences."

Dr Fortier est médecin de l'Hôtel-Dieu depuis 1800.

### Dr O. F. MERCIER

Né à Montréal en 1867, du mariage de feu Joseph Mercier, carrossier, et de Zoé Gauthier, le Dr Oscar Félix Mercier, commença ses études classiques en 1880 au Collège de Montréal. Elève de cette institution jusqu'en 1885, le Dr Mercier la quitta pour le Collège des Jésuites, où il fit sa rhétorique et commença immédiatement après, c'est-à-dire en 1886, l'étude de la médecine, à l'Université Laval, où il fut reçu docteur en 1890. Il passa ensuite deux années à Paris, pour se livrer à l'étude de la chirurgie. De retour au pays en 1892, il entra à l'Hôpital Notre-Dame, comme assistant chirurgien. En 1893, l'Université Laval l'appela au nombre de ses agrégés et



O. F. MERCIER, M.D.

lui confia la petite chirurgie, et, deux ans plus tard, en 1895, le cours de médecine opératoire. En 1899, le Dr Mercier fut nommé professeur adjoint de clinique chirurgicale, et, à la mort du Dr A. T. Brosseau, en 1900, il fut chargé de l'enseignement clinique à l'Hôpital Notre-Dame.

"The Canadian Medical Association" vient d'ho-

norer le Dr Mercier, en le nommant, cette année, vice-président pour la province de Québec.

Le Dr Mercier parle et écrit facilement; il sait rendre sa clinique intéressante et trouve le temps de collaborer à diverses revues médicales.

Le Dr Mercier a épousé en 1895, Melle Alexina Rolland, fille de l'Hon. J. D. Rolland.

### Dr G. T. MOREAU

Georges Théophile Moreau, fils de feu Clément Moreau, cultivateur, et de feu Marie-Louise Marchand, naquit à Batiscan, comté de Champlain, en l'année 1855. Il était le Benjamin d'une famille de dix enfants.



G. T. MOREAU, M.D.

Après avoir fait de brillantes études au Séminaire des Trois-Rivières, où il eut pour professeur de rhétorique Monsieur l'abbé Cloutier, aujourd'hui évêque du diocèse des Trois-Rivières, notre jeune philosophe n'hésita pas à demander à son père de l'envoyer à Montréal pour prendre rang parmi les étudiants en médecine. C'était alors en 1876. Après de sérieuses études médicales de quatre années, le jeune fils d'Esculape obtint, avec distinction, ses degrés de docteur en médecine de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Aussitôt, notre nouveau médecin se rendit dans la république voisine, et débuta dans l'exercice de sa profession à Warren, R.I., où, durant sept années, il se dévoua au soulagement de ceux qui reclamaient ses soins. Dès son arrivée dans cette ville, le Dr Moreau entreprit d'améliorer la condition de nos frères exilés et, dans ce but, il ne manqua aucune occasion de faire valoir leurs droits, aussi, avant son départ, eut-il la satisfaction de voir ses efforts couronnés de succès par la construction d'une église catholique et l'érection d'une école canadienne.

Pris de nostalgie, il revint au pays et se fixa à Montréal, dans le quartier St-Jean-Baptiste, qu'il ha-

bite encore aujourd'hui, et où il a su se créer une belle clientèle.

Peu de temps après son retour au milieu de nous, l'École de Médecine et de Chirurgie le nommait professeur agrégé, et l'administration de l'Hôtel-Dieu le demandait pour faire partie de son personnel, comme médecin visiteur de cette importante institution.

En 1893, le Dr Durocher, professeur de médecine légale, ayant été empêché, par la maladie, de donner son cours, le Dr Moreau fut chargé de le faire, et les élèves qui l'ont entendu alors, ainsi qu'à ses cliniques à l'Hôtel-Dieu, se rappellent comment il savait les intéresser. Quatre années plus tard, on lui confiait une chaire d'anatomie pratique—chaire qu'il occupe encore aujourd'hui.

Le Dr Moreau est médecin de plusieurs sociétés de bienfaisance. Avec ses confrères, c'est un des hommes les plus courtois que l'on puisse rencontrer, toujours prêt à leur rendre service.

Marié en 1881, à Delle Marie Odile Marchildon, de Batiscan, fille de feu Thomas Marchildon, en son vivant, négociant et député au parlement, sous l'union du Haut et Bas-Canada, le Dr Moreau vit aujourd'hui au milieu d'une petite famille qui fait sa joie.

### Dr A. N. RIVET

Le Docteur Alfred Napoléon Rivet, né à Montréal le 1er juin 1865, a fait ses études classiques au Collège Ste-Marie. En 1884, il commença ses études médicales à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, où il fut gradué en 1888. Pendant les trois premières années d'études médicales, il fut attaché comme clerc au bureau de feu le Dr Brunelle, et



A. N. RIVET, M.D.

la dernière année, comme interne à l'Hôtel-Dieu. Aussitôt reçu médecin, il passa l'examen de la licence pour la pratique de la médecine dans Ontario, et s'installa à Embrun, comté de Russel. En 1889, il revint dans la province de Québec, à St-Jean Chrysostôme, comté de Chateaugay, pour se fixer enfin définitive-

ment à Montréal, l'année suivante. Il fut, la même année, nommé démonstrateur d'anatomie, à l'École de Médecine, et, lors de l'union de celle-ci avec l'Université Laval, il continua comme tel jusqu'en 1900, alors qu'il fut chargé du cours de chimie, en remplacement de feu le Dr Norbert Fafard. Le Dr Rivet est allé se perfectionner à la source de l'enseignement français, dans l'intérêt du cours qui lui fut confié il y a quelques années, et nous lui souhaitons, dans le professorat tout le succès qu'on est en droit d'attendre d'un travailleur intelligent. Ses manières affables, son dévouement et son assiduité à ses devoirs professionnels lui ont mérité la confiance et l'estime de ses compatriotes.

#### Dr T. PARIZEAU

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame, chargé du cours de pathologie externe et de thérapeutique chirurgi-



T. PARIZEAU, M.D.

cale à l'Université Laval de Montréal. Le Dr Téléphore Parizeau naquit à Montréal, en 1867, et fit ses études classiques chez les Jésuites. En 1889, fut admis à l'étude de la médecine et fut d'abord élève de l'École de Médecine Victoria. L'année suivante, passa en France, et obtient son inscription à la Faculté de Paris. Au cours des six années de son séjour là-bas, eut l'avantage de suivre les leçons de maîtres tels que Barth, Chauffard, Rendu, en médecine; en chirurgie, L'abbé, Michaux, Tillaux, Guyon, Pierre Delbert, Nicaise. A l'Institut Pasteur, il compléta par des notions bactériologiques, les connaissances de microscopie, prises dans les laboratoires des différents services qu'il traversa.

En juillet 1896, publia comme thèse, une étude sur le "Traitement chirurgical de l'Arthrite Blennorrhagique."

De retours au pays, obtint du Collège de Médecine, la licence d'exercer dans la province de Québec, sur présentation de son titre de docteur en médecine

de la Faculté de Paris. Il fut, peu de temps après, attaché à l'Hôpital Notre-Dame, d'abord comme pathologiste, puis comme chirurgien de service, conjointement avec le docteur Oscar Mercier.

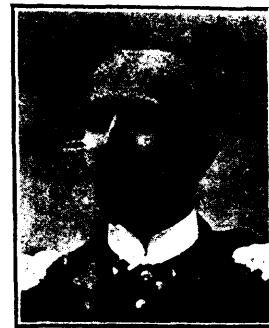
La Faculté de Médecine de Laval, lui fit l'honneur de le nommer professeur agrégé en 1896, et, en 1897, le chargea du cours d'anatomie pathologique et de bactériologie, qu'il donna jusqu'à l'an dernier. A la mort du regretté docteur Brunelle, il fut prié de donner le cours de pathologie externe et de technique chirurgicale.

#### Dr E. P. BENOIT

Né à Mottréal, le 25 décembre 1869, Emmanuel Persillier Benoit, passa successivement par l'école de Boucherville (1877), le Collège de Montréal (1882), l'École Normale Jacques-Cartier (1884); puis, obtint son brevet du Bureau Provincial, pour l'admission à l'étude de la médecine, en 1888.

Quatre années plus tard, muni du titre de Docteur en Médecine de l'Université Laval, le Dr Benoit entra, comme interne, à l'Hôpital Notre-Dame, mais, dû, la même année, pour des raisons de santé, quitter ce poste.

Au mois d'octobre 1892, le Dr Benoit s'installait à St-Albert, Territoire du Nord-Ouest, qu'il quitta en 1894, pour revenir à Montréal. L'année suivante, en 1895, le Dr Benoit ouvrait un bureau, conjointement avec le Dr E. P. Lachapelle, et devint, tour à tour, ré-



E. P. BENOIT, M. D.

dacteur de "l'Union Médicale du Canada," en remplacement du Dr H. E. Desrosiers (1895-1900), assistant médecin du service de médecine et secrétaire de l'Hôpital Notre-Dame (1896); professeur de matière médicale à l'École de Médecine Comparée, Française (1897); secrétaire du Comité Electoral des Médecins de la Province, lors de l'élection des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, en 1898; professeur suppléant de patholo-

gie interne, à l'Université Laval (1899); médecin de la Prison de Montréal (1901).

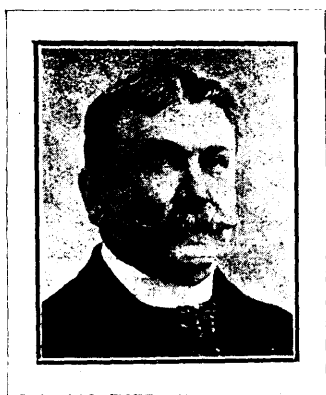
Les quelques notes qui précèdent, disent un peu la précocité ardeur au travail du docteur, qui possède, en plus, un remarquable talent d'écrivain. Lorsqu'encore étudiant en médecine, il aida à feu le Dr Desrosiers pour la compilation de certains articles de son traité de thérapeutique, tel qu'il appert dans la préface de l'ouvrage. Pendant les cinq années qu'il consacra à la rédaction de "l'Union Médicale du Canada," outre un grand nombre de travaux personnels, il sut donner une tournure intéressante au journal et triompher du plus grand ennemi de l'écrivain, le lecteur.

Nous relevons parmi les travaux du Dr Benoit: "La Nutrition et ses Maladies," ("Union Médicale du Canada," 1896.) "La Géographie Médicale de la Moëlle Epinière," (Ibid., 1899.) "La Leucocythémie et ses Signes Essentiels." (Ibid., 1899.) "Môle Hydatide, avec Ascite," (Ibid., 1899.) "Tuberculose Miliaire Aiguë du Poumon à Forme Suffocante," (Ibid., 1899.) "Diagnostic Précocé des Fièvres Eruptives," (Ibid., 1899.) "Hygiène des Enfants pendant l'Été," (Ibid., 1900.)

Disons, pour terminer ces quelques notes, que notre jeune et distingué ami est célibataire, mais, nous osons l'espérer... non endurci.

#### Dr H. MERRILL

Fils d'un négociant bien connu de Montréal, et de Melle Charlebois, dont le père était médecin, le premier Canadien-Français ayant pratiqué la médecine à Montréal, Gustave Henri Merrill naquit en 1854.



H. MERRILL, M. D.

Après de fortes études au Collège Ste-Marie, il étudia la médecine à l'École Victoria et au McGill. Il fut gradué en 1876. Le Dr Merrill se livre surtout à la chirurgie, étant, depuis une quinzaine d'années, l'assistant de Sir William Hingston. En 1896, le Dr Merrill a été nommé chef de clinique externe à l'Hô-

tel-Dieu, et, trois ans après, agrégé à l'Université Laval.

Le Dr Merrill est médecin du Collège Ste-Marie et du Séminaire de Philosophie. Dernièrement, les Soeurs de l'Hôtel-Dieu l'ont appelé à remplacer feu le Dr Brunelle.

#### Dr L. J. V. CLEROUX

L. J. Vitalien Cléroux, né à St-Martin, en 1855, fit ses études à l'École Normale Jacques-Cartier, et enseigna ensuite à St-Lin, durant deux années. Il suivit les cours de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, fut admis à la pratique en 1877, et s'établit à Montréal. Il fit partie du Bureau des Gou-



L. J. V. CLEROUX, M. D.

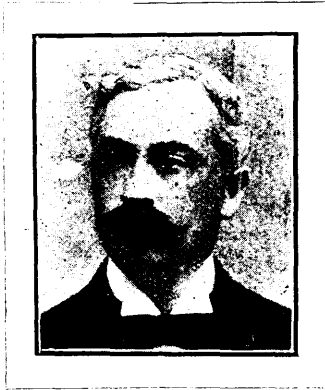
verneurs, de 1898 à 1901, et travailla alors ardemment au programme des études médicales. En 1899, il était nommé administrateur de l'Université Laval, comme représentant de la profession médicale; en 1900, il fut nommé agrégé de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal, et médecin de l'Hôtel-Dieu.

#### Dr A. R. MARSOL AIS

Talent, énergie, fermeté de caractère, voilà tout ce qu'il faut pour se frayer un chemin à travers les difficultés de la vie.

Possédant, à un haut degré, toutes ces qualités, le Dr Avila Romuald Lemire-Marsolais, a accompli tout ce que l'on était en droit d'attendre de lui. Né à Ste-Béatrice, comté de Joliette, en 1859, il se distingua de bonne heure à l'école de son village natal, et fit ensuite de fortes études au Collège de Montréal. Au sortir de cette institution, il étudia la médecine à l'Université Laval, Montréal, et, là encore, par un travail constant et consciencieux, il sut être gradué, en 1883, avec tous les honneurs. La même année, il fut nommé interne en chef de l'Hôpital Notre-Dame, où il avait passé sa dernière année de cléricature,

comme assistant interne. En 1884, le Dr Marsolais se fixa à Montréal, et, en peu de temps, se créa une clientèle des plus enviables. Un an plus tard, il épousa Melle Corinne Laviolette, fille de l'honorable J. G. Laviolette, M.C.L. Nommé, peu après, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, le Dr Marsolais continua à y faire du service et à se dévouer avec un zèle infatigable au soulagement des malades. Il a été agrégé à l'Université Laval en 1900. Toujours anxi-



A. R. MARSOLAIS, M. D.

eux de se perfectionner dans l'art si difficile de guérir, le Dr Marsolais passa l'année de 1889, à parcourir les grands centres de l'enseignement, en Europe, et revint se fixer à Montréal, reprendre sa vie laborieuse, entièrement consacrée à sa nombreuse clientèle. Les confrères l'honorèrent de plusieurs charges de confiance, telles que délégué des anciens élèves de l'Université Laval, à Montréal; au syndicat financier de la même Université, et registraire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

M. le Dr Marsolais est, depuis six ans, gouverneur de l'Hôpital Notre-Dame, et membre du comité exécutif des gouverneurs, et du bureau médical de cette même institution. M. le Dr Marsolais est médecin de la "Light, Heat & Power Company" et de la "Montreal Street Railway Company," et tient ses bureaux au No 159 rue St-Denis.

#### Dr J. D. GAUTHIER

Monsieur le Dr Jérôme D. Gauthier, l'un des praticiens les plus en vogue de la ville, naquit à St-Martin en 1859. Il commença ses études à l'école des Frères St-Viateur à St-Eustache, et les termina à l'École Normale Jacques-Cartier. Le Dr Gauthier fut inscrit étudiant en médecine en 1879, c'est-à-dire l'année de l'inauguration des cours de médecine à l'Université Laval, à Montréal. Il fut reçu médecin en 1883, et s'installa à Montréal, où il compte une des plus nombreuses clientèles.

Le Dr Gauthier fut attaché à l'Hôpital Notre-Dame en 1883, et continue à faire du service, comme assistant en médecine.

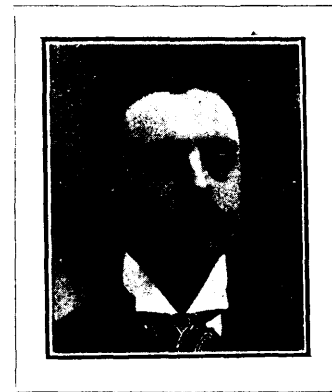


J. D. GAUTHIER, M.D.

Le Dr Gauthier est aussi agrégé de l'Université Laval, depuis 1899.

#### Dr DeL HARWOOD

Louis de Lotbinière Harwood naquit à Vaudreuil le 27 avril 1867. Après avoir fait ses études classiques à Ste-Thérèse et à Rigaud, il étudia la médecine à l'Université Laval, à Montréal, et fut gradué en 1890. En quatrième année de médecine, il entra comme interne à l'Hôpital Notre-Dame, et devint premier interne en mai 1890. L'année suivante, le Dr Harwood faisait ses débuts dans la pratique active,



DeL HARWOOD, M. D.

qu'il abandonna en 1894 pour aller en Europe, surtout en France, se livrer à des études spéciales. De retour au pays, le Dr Harwood se livra exclusivement à la gynécologie et entreprit un second voyage en 1896, dans le but de se perfectionner dans la spécialité.

Le Dr Harwood fut nommé assistant au service de gynécologie à l'Hôpital Notre-Dame, en 1896, et agrégé à l'Université Laval en 1899.

En 1892, le Dr Harwood épousa Melle Marie Masson, de Terrebonne.

**Dr C. N. VALIN**

Le Dr Charles Narcisse Valin est âgé de 43 ans. Après avoir fait un cours classique complet au Séminaire de St-Hyacinthe, il commença ses études médicales à l'Université Laval de Québec, y subit, avec succès, les épreuves de bachelier en médecine, et vint compléter ses études à l'Université Laval, à Montréal, où il prit ses degrés de docteur en médecine, en 1884.

Après avoir exercé pendant quelques années à Beloeil, le Dr Valin se rendit en Europe où, durant un an, il suivit avec assiduité et intérêt les leçons des savants maîtres des meilleurs hôpitaux de Paris, Vienne,



C. N. VALIN, M.D.

Berlin et Bruxelles. De retour au pays le Dr Valin vint se fixer à Montréal où, son amour pour le travail fut bientôt remarqué et lui valu d'être appelé à faire partie du bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame où on lui confia la clinique de dermatologie qu'il continue encore aujourd'hui. Durant deux ans il fut aussi chargé du poste de chef du laboratoire de pathologie au même hôpital.

En 1889, l'Université Laval le nomma professeur agrégé et lui a confié, cette année, le cours d'hygiène.

Le Dr Valin est actuellement vice-président de la Société Médicale de Montréal, au succès de laquelle il a contribué par de nombreux travaux dont un, entre autres, a attiré l'attention d'un journal aussi sérieux que les "Annales de Urinologie de Paris," qui en fit une analyse très flatteuse. Ce travail a pour titre: "Observation d'un cas de pseudo-tabes de nature hystérique, chez un homme," puis, un autre cas: "Observation d'un cas de tabes dorsal spasmodique chez un adulte." Une troisième observation d'un cas de "Spasme laryngé chez l'adulte," a fort intéressé les membres de la Société de Médecine, ainsi que les rapports de deux chancres syphilitiques extra-génitaux, et de deux cas de lèpre nerveuse. Dans l'intéressant travail que le Dr Valin nous a donné sur ces deux derniers cas, il s'est efforcé à nous prouver la curabilité de la lèpre et sa contagiosité.

Enfin, les lecteurs de "l'Union Médicale" ont parcouru avec intérêt les travaux originaux que notre confrère y a publiés en assez grand nombre depuis quelques années, et qui démontrent en lui un sérieux observateur.

Nommé secrétaire de la section de médecine, pour le district de Montréal, au Congrès Médical qui a eu lieu à Québec en juin dernier, le Dr Valin a largement contribué au succès obtenu par ce Congrès.

**Dr R. HEBERT**

Le Dr René Hébert est né à Montréal en 1869. En septembre 1880, le jeune Hébert entra au Petit Séminaire de Montréal pour y faire ses études classiques, qu'il terminait en 1888. Se sentant attiré vers la profession médicale, il se présenta aussitôt devant les examinateurs du Bureau des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, qui le jugèrent digne de franchir ce premier pas dans la carrière qu'il voulait embrasser.

Durant l'automne de cette même année, le nouveau disciple d'Esculape commençait ses cours de médecine dans la vieille bâtisse du Château Ramzay, rue Notre-Dame, servant alors d'abri à l'Université Laval à Montréal.

Au début de sa quatrième année de cléricature, M. Hébert eut la bonne fortune de faire partie du personnel des internes de l'Hôpital Notre-Dame, comme assistant-interne, position qu'il a continué à occuper à la satisfaction de tous, durant une année encore, après avoir conquis ses degrés de docteur en médecine de l'Université Laval.



R. HEBERT, M.D.

Le Dr Hébert s'embarqua alors pour l'Europe, pour aller y poursuivre ses études médicales. Durant son séjour à Paris, qui a été de près de trois ans, notre jeune confrère s'est attaché surtout au service des célèbres professeurs: Potain, Lancereaux et Dieulofoy, et a donné une attention toute particulière aux maladies du coeur et des poumons.

De retour à Montréal, en 1895, le Dr Hébert était nommé médecin de l'Hôpital Notre-Dame, puis, l'année suivante, assistant du Dr Rottot, dans le service de médecine interne, et, enfin, (1899), l'Université Laval l'appelait à prendre place au nombre de ses professeurs agrégés.

En 1898, le Dr Hébert épousait Delle Marie Auger, fille de feu le notaire Auger, ancien registraire de Montréal-Est.

Le Docteur R. Hébert est le fils de Charles P. Hébert, de l'importante maison Hudon & Hébert et président du bureau d'administration de l'Hôpital Notre-Dame, dont il est un des fondateurs et l'un des plus forts soutiens.

Le Dr Hébert est aussi l'un des gouverneurs à vie de ce même Hôpital.

#### Nr E. P. CHAGNON

Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé de la clinique des maladies mentales et nerveuses; médecin de l'Hôpital Notre-Dame.



E. P. CHAGNON, M.D.

Membre de la Société Médico-Psychologique de Paris, de la Société de Médecine Mentale de Belgique, de l'American Medico-Psychological Association, de la Société Médico-Psychologique de Québec.

#### Dr H. H. DUHAMEL

Parmi nos jeunes agrégés, le Dr Henri Masson DuHamel, occupe une position des plus enviées, position qu'il a su se créer par l'énergie et la fermeté de volonté qui le caractérisent, qualités qu'il a su si bien mettre à profit pour acquérir la science nécessaire à la pratique de l'art auquel il se dévoue.

Fils de feu M. Jos. DuHamel, C.R., de Montréal, Henri Masson DuHamel, fit de fortes études classiques au Collège Ste-Marie, et alla passer quelques temps au "Eastern Business College" de Poughkeepsie,

N.Y. De retour à Montréal, il fallut faire le choix d'une profession, la médecine eut la préférence, et, en 1891, l'Université Laval décernait le titre de Docteur en Médecine, avec grande distinction au Dr Henri Masson DuHamel.

Médecin à 24 ans, et interne à l'Hôpital Notre-Dame, n'était pas assez pour notre ambitieux et jeune



H. M. DUHAMEL, M.D.

esculape; l'horizon de ses ambitions s'étendait au-delà. Il lui fallait aller puiser la science à sa source—en Europe, à Paris, à Vienne, à Berlin. C'est dans ces grands centres intellectuels que le Dr DuHamel alla se perfectionner dans la spécialité qu'il exerce avec un si grand succès. Deux voyages n'étaient pas trop pour lui. Au retour du second voyage, il ouvrit une clinique à la maison-mère des Soeurs de la Providence qu'il dut abandonner lors de sa nomination comme assistant dans le service d'ophtalmologie, de laryngologie, d'otologie et de rhinologie à l'Hôpital Notre-Dame en 1899. C'est au cours de la même année qu'il fut nommé agrégé à l'Université Laval.

Les bons soins du docteur ont inspiré les vers suivants à un patient reconnaissant :

Les yeux, la gorge, les oreilles  
Et le nez des bons Canadiens,  
Maintenant ne craignent plus rien.  
Ils ont la veine sans pareille  
D'avoir le dictaire Éternel—  
Le Docteur Henri DuHamel.

Vous, dont l'optique est en détresse,  
Ou le tympan se racornit,  
Souvenez-vous de son adresse  
Deux cents soixante-six St-Denis.  
Son reconnaissant,

LUCIEN BOYER.

#### Dr A. ETHIER

Le Dr Aldège Ethier naquit à Saint-Luc-de-Curran, Ont., en 1867. Il fit son cours classique chez les Messieurs de Saint-Sulpice, au Petit Séminaire de

Montréal. Ses études de médecine se firent à l'Université Laval, à Montréal, d'où il fut gradué avec distinction en 1892.

Peu de temps après, il fut nommé interne-en-chef de l'Hôpital Notre-Dame, poste riche en responsabilité et en expérience, qu'il occupa avec honneur pendant sept ans. Puis, il fut, durant trois années, l'assistant du Dr Brennan, à la maison de santé de celui-ci.

L'honorabilité et le dévouement dont le Dr Ethier fit preuve dans l'accomplissement de son devoir, firent que ses chefs reconnurent en lui un médecin travailleur et consciencieux auquel ils pouvait se fier. Aussi, eut-il bientôt une preuve de cette confiance méritée que l'on posait en lui, car l'Université Laval, dès 1899, le nomma professeur agrégé à la



A. ETHIER, M.D.

clinique externe, et, en 1901, l'Hôpital Notre-Dame l'élevait au poste d'assistant chirurgien de l'institution.

A diverses reprises, durant son temps d'internat il fit des voyages d'étude aux hôpitaux des États Unis.

Il y a à peine quelques semaines que le Dr Ethier est de retour d'Europe, où il a passé près de deux ans adonnés à l'étude, surtout au perfectionnement de ses connaissances chirurgicales. Durant son séjour à Paris, il a été interne à l'Hôpital Saint-Michel de Paris, sous la direction du Dr Récamier, qui est secondé par les docteurs Noël Hallé et Paul Petit, tous trois chirurgiens, gynécologistes de renom. En France, il a suivi des cours spéciaux et privés de bactériologie, donnés par le professeur Roux; sur les maladies des voies urinaires, par le professeur Guyon et messieurs les docteurs Cathelin et Motz, à l'hôpital Necker; à l'hôpital Saint-Antoine, il a porté une attention particulière aux rayons X, etc.

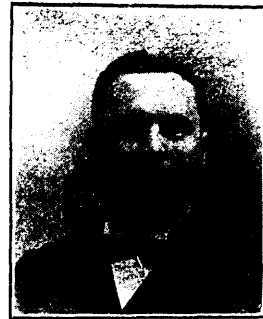
En 1901, le Dr Ethier fut admis membre de l'Association des Chirurgiens français, de la Société d'Urologie et de la Société Française de Prophylaxie sanitaire et morale. Il fut membre et assista au grand Congrès International de Gynécologie et d'Obstétri-

que qui eut lieu à Rome au mois de septembre dernier.

Le Dr Ethier est revenu d'Europe prendre la direction du Dispensaire de Chirurgie de l'Hôpital Notre-Dame. Il a l'intention de se livrer à la pratique de la chirurgie générale, de la gynécologie et, surtout, des maladies des voies urinaires.

### Dr A. BERNIER

Le Dr Arthur Bernier naquit à Montréal, le 10 octobre 1873, du mariage de C. T. Bernier, marchand, et de Melle J. A. R. Bellefeuille. Après de fortes études au Collège Ste-Marie, d'où il sortit avec les honneurs du baccalauréat en 1893, il étudia la médecine à l'Université Laval, et fut gradué en 1897. Il entra alors comme interne à l'Hôpital Notre-Dame, mais il quitta ce poste pour un voyage en Europe, d'un an, qu'il consacra à des études spéciales, surtout à l'Institut Pasteur. A son retour, il fut agrégé à l'Université Laval, et nommé démonstrateur de bactériologie et d'anatomie pathologique. L'année suivante,



A. BERNIER, M.D.

il fut nommé médecin du dispensaire à l'Hôpital Notre-Dame, et, au cours de la même année, il fut chargé du laboratoire de cette institution.

Le Dr Bernier vient d'être chargé du cours de bactériologie en remplacement du Dr Parizeau, qui a été chargé du cours de médecine externe.

Le Dr Bernier semble marié à la science. . . . il est encore célibataire. . . .

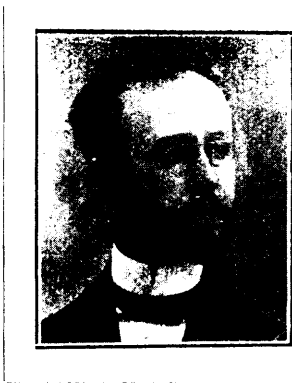
### Dr E. VIROLLE

Le Docteur Eugène Virolle, dont le père, Pierre Virolle, est d'origine française, est né le 18 janvier 1874, à Montréal même.

Après avoir fait de solides études au Collège des Rév. Pères Jésuites, de la rue Bleury, le jeune Virolle, consultant ses goûts, se décida pour la médecine et suivit les cours dans la nouvelle bâtisse de l'Université



Laval, de la rue St-Denis, où il se faisait distinguer de ses professeurs par son assiduité au travail—ce qui lui valut d'être choisi parmi ses confrères pour remplir les fonctions de prosecteur d'anatomie et assistant au laboratoire de bactériologie et de pathologie à l'Hôpital Notre-Dame.



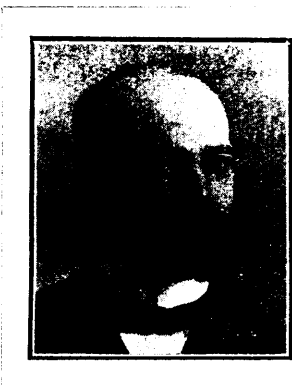
E. VIROLLE M.D.

Gradué avec grande distinction en 1898, il alla se fixer à la Pointe St-Charles, où il a toujours exercé depuis.

Puis en 1900, l'Université Laval le nommait professeur agrégé d'anatomie pratique, position qu'il occupe encore actuellement.

#### Dr G. E. LARIN

Le Dr G. E. Larin, assistant professeur de clinique médicale, est né à Montréal le 5 septembre 1867. Son père, F. X. Larin, était un des associés de l'honorable Louis Renaud, marchand de provisions. En 1877, il entra au Collège de Mont-



G. E. LARIN, M.D.

réal où il fit ses études classiques. En 1890, il obtint son diplôme de docteur en médecine de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Il alla ensuite suivre les cliniques de Potain, Charcot, Guyon, Pinard, et Laucereaux. Pendant le séjour de deux

ans et demi qu'il fit à Paris, il fut à titre de remplaçant, chef de clinique de Laucereaux, à Levallois-Perrel. A son retour, il s'établit à Montréal, et se livra très activement à l'exercice de sa profession. En 1892, il fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, puis nommé agrégé de la Faculté, l'an dernier. En 1895, il écrivit une thèse sur l'obstétrique, "De la conduite à tenir dans l'accouchement à terme pendant la période de délivrance," il écrivit aussi quelques articles de médecine, qui parurent dans la "Gazette Médicale de Montréal.

Le Dr Larin épousa, en 1896, Melle Blanche Allard, fille de Mr Louis Allard, ancien échevin de Montréal, et ancien évaluateur du Crédit Foncier. De ce mariage naquirent quatre enfants, dont deux vivent.

#### Dr C. A. DAIGLE

Né en 1867, à Bécancourt, comté de Nicolet, le Dr. C. A. Daigle a fait ses études classiques au Collège des Trois-Rivières, d'où il sortit en 1888, pour étudier la médecine à l'École de Médecine et Chirurgie de Montréal, et fut gradué en 1892 à l'Université



C. A. DAIGLE, M.D.

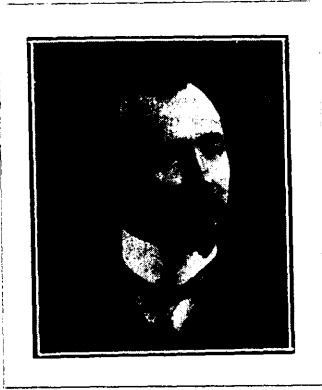
Laval, à Montréal. Durant ses études médicales, le Dr Daigle fut préparateur des cours de physiologie et de chimie. De 1895 à 1897, il a fait des travaux de pathologie avec le Prof. Bruère, pathologiste à l'Hôpital Victoria, et, en 1900, a suivi les leçons du Prof. Letulle à Paris. En compagnie du Dr M. Weinberg, chef de laboratoire à l'Hôpital Boucicaud, il a exécuté des travaux de laboratoire. A son retour, il a été agrégé à l'Université Laval, en 1901, et nommé démonstrateur de bactériologie et d'anatomie pathologique. Au cours de la même année, il a été chargé de l'organisation d'un laboratoire d'analyse et de bactériologie, pour le service de la Maternité et de la Crèche de la Miséricorde. L'Université vient de le nommer pathologiste à l'Hôtel-Dieu, en remplace-

ment du Dr Dubé. Le Dr Daigle écrit avec facilité et a collaboré à plusieurs reprises aux revues médicales de cette ville.

Le Dr. Daigle vient d'épouser Melle Joséphine Desjardins, fille de notre distingué et sympathique professeur, M. le Dr E. Desjardins.

### Dr E. ST JACQUES

Le Dr Eugène St-Jacques, récemment chargé du cours d'anatomie pathologique à l'Université Laval, fit ses humanités au Séminaire de St-Hyacinthe, où il prit ses degrés de B.A. en 1892. Fils de médecin, son père, le Dr Eugène St-Jacques, étant un des vieux praticiens de St-Hyacinthe, dont il est actuellement le maire, il choisit, naturellement, la carrière médicale et fit ses études à l'Université Laval, de Montréal.



E. ST-JACQUES, M.D.

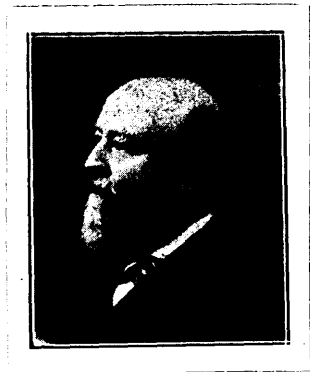
Après une première année aux hôpitaux américains, il partait pour les vieux pays et faisait d'abord un séjour de deux ans à Paris, donnant son temps spécialement à la chirurgie et à la gynécologie, sous Tillaux et Tuffier, Pozzi et Segond. Il étudia avec Letulle, alors chargé de l'anatomie pathologique à la Faculté de Paris, et partit pour aller compléter des études de pathologie sous Kuster, à Bonn, et Virchow à Berlin.

Familier avec la langue allemande, il sut tirer les meilleurs avantages d'un long séjour aux cliniques d'outre-Rhin. Avec Witzel, à Bonn, Bergmann et Koerte, à Berlin, et Trendelenburg, à Leipsick il put étudier l'école de chirurgie allemande. Un séjour de quelques mois à Vienne, chez le professeur Albert, et à Bruxelles, avec le professeur Jacobs, termina ces études aussi longues que sérieuses.

Revenu au pays, il accepta la surintendance de l'Hôtel-Dieu, et passait bientôt au personnel médical de cette institution où il est attaché au service de chirurgie.

### Dr E. J. BOURQUE

Edmond Joseph Bourque, fils de Edouard Bourque, cultivateur, de la paroisse de l'Epiphanie, et de Dame Olive Lachapelle, né le 20 janvier 1843, entré au Collège de l'Assomption en 1854, confrère de classe de Sir Wilfrid Laurier. Reçu médecin le 10 octobre, 1865, gradué de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal; a pratiqué la médecine générale à St-Valentin de l'Isle-aux-Nois, durant sept ans, et à Montréal, durant treize ans. En 1885, allait étudier, à Paris, la spécialité des maladies mentales, sous le célèbre professeur Magnan. Choisi comme médecin en chef de l'Asile St-Jean de Dieu, il y exerce sa



E. J. BOURQUE, M.D.

spécialité depuis 17 ans. A été professeur de clinique des maladies mentales à l'Université Laval, depuis 1885 jusqu'en 1895. Admis comme membre de la Société Médico-Psychologique de Paris, en 1889, à l'occasion d'un travail, lu au Congrès de Médecine Mentale, tenu à Paris, cette même année; aussi, membre de la Société de Médecine Mentale de Belgique. Marié, en 1867, avec Mademoiselle Iphigénie Desjardins, soeur de l'Hon. Alphonse Desjardins et des Drs Edouard et Henri Desjardins, oculistes. A eu 8 enfants, dont les trois aînés sont religieux: un jésuite, un dominicain et une Dame du Sacré-Coeur. Le quatrième est le Dr Edmond Bourque, gradué de l'Université Laval, avec très grande distinction, établi, depuis un an, dans la ville d'Ottawa, après avoir subi de brillants examens à Toronto.

### Dr E. E. LAURENT

E. E. Laurent naquit à Louiseville, Que., le 1er novembre 1861, du mariage de Etienne Laurent, cultivateur, et de Emélie Dionne.

Il commença ses études classiques au Séminaire de Nicolet, en 1873, et les termina au Séminaire des Trois-Rivières, en 1881. En mai 1884, il commença ses études médicales à l'École de Médecine et de Chi-

rurgie de Montréal, alors faculté de l'Université Victoria, de Cobourg, Ont. Il obtint ses diplômes de docteur en médecine et de maître en chirurgie, en avril, et sa licence, en mai 1888. La même année, il était nommé médecin interne à l'Hôtel-Dieu, où il passa deux ans; et, agrégé à l'École de Médecine, où on le chargea des cours d'histologie, d'anatomie pathologique et de botanique.



E. E. LAURENT, M.D.

Bien que d'une santé chancelante, et n'ayant qu'un étudiant pour l'assister à l'hôpital, il sacrifiait volontiers ses récréations et son sommeil pour parvenir à mener de front l'accomplissement de ses devoirs d'interne et la préparation de ses cours sur les trois matières arides que ses professeurs de la veille avaient bien voulu lui confier, sans aucune sollicitation de sa part.

Il continua ainsi jusqu'en 1891, époque de la fusion Laval-Victoria.

Trois ans après il était de nouveau nommé professeur de botanique à l'Université Laval.

Il a toujours pratiqué à Montréal, 276 rue Centre. Le 7 janvier 1891, il épousa Melle Marie-Anne Cécilia Champoux, fille aînée de M. J. E. Champoux, notaire et député protonotaire. Il n'a pas d'enfants.

### Dr J. C. S. GAUTHIER

Le Dr Gauthier, d'Upton, est le fils d'un médecin, qui a occupé une place honorable parmi les membres de la profession médicale de la cité de Montréal. Sa mère, anglaise d'origine, se maria deux fois. Le Dr Gauthier, dont nous donnons la biographie, appartient donc à une famille qui n'a pas fourni moins de cinq membres à la profession médicale canadienne-française. Né à Montréal en 1856, il entra au Collège de l'Assomption en 1866, où il fit son cours classique. Il commença ses études médicales à l'Université Victoria en 1876, pour les terminer en 1879. Si nous consultons le registre médical du Collège des Médecins,

nous trouvons trois docteurs Sivallon-Gauthier, licenciés dans la province de Québec. Le plus ancien est le premier mari de sa mère, le second, est son père, et, le troisième, est le Dr Gauthier, d'Upton. Chose remarquable ces trois médecins ont étudié à la même école de médecine, ayant les mêmes professeurs: les Drs Munro, Bibeau, Peltier, D'orsonnens, etc., etc.

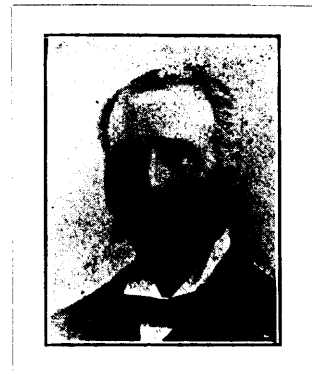
Immédiatement après sa réception, le Dr Gauthier partit pour Upton, comté de Bagot, où il pratiqua sa profession depuis 1879, et où il a conquis l'estime et la confiance d'une excellente clientèle, dispersée dans un large circuit des cantons de l'est.

En 1875 et 1896, on trouve le Dr Gauthier au premier rang des concurrents pour les chaires de matière médicale thérapeutique et obstétrique, à l'Université Laval.

La Faculté, reconnaissant le mérite et les aptitudes du Dr Gauthier, le nomma alors, en 1876, professeur adjoint du cours d'hygiène, à l'Université Laval.

Le Dr Gauthier a été deux fois choisi par ses confrères pour représenter le district de St-Hyacinthe comme gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, 1891 à 1898. Depuis 1890 jusqu'en 1898, le Dr Gauthier a rempli la charge d'assistant auprès de l'Université Laval.

Le Dr Gauthier s'est toujours occupé des intérêts de la profession médicale, il est un des fondateurs de la Société Médico-Chirurgicale du district de St-Hyacinthe, dont il fut le vice-président, et occupa ac-



J. C. S. GAUTHIER, M.D.

tuellement la charge de secrétaire. Le Dr est le champion des intérêts professionnels contre les empiètements des associations mutuelles. Dans sa paroisse, comme dans son district, pendant qu'il remplissait la charge de gouverneur du Collège des Médecins ou qu'il assistait, comme membre des différents congrès de médecine, il a toujours pris une part active à toutes les discussions scientifiques et d'intérêt professionnel. Le gouvernement de la province de Québec l'a choisi

en 1897, comme l'un des coroners du district de St-Hyacinthe.

Parmi les travaux scientifiques signés par le Dr Gauthier, qu'il nous soit permis de citer les deux thèses qu'il a soutenues lors de deux concours à l'Université Laval de Montréal. Une de ces thèses traite de la "Digitale," et l'autre, du "Traitement de l'éclampsie puerpérale." Les journaux médicaux de la province, publient, de temps en temps, des articles sur différents sujets de médecine, dus à la plume du Dr Gauthier, d'Upton.

Le Dr Gauthier, épousait en 1887, Mademoiselle Emilia St-Germain, fille aînée de feu le Dr J. K. L. St-Germain, de St-Hyacinthe. Deux filles et un garçon, qui font l'orgueil et le bonheur de notre ami, sont nés de ce mariage.

## BIBLIOGRAPHIE

### Traité élémentaire d'anatomie, de physiologie et d'hygiène privée.

par M. le Dr PAUL E. PREVOST.

Chef de la Statistique du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

Ce petit livre, illustré, d'une centaine de pages, est écrit en un style simple et précis, afin de ne pas fatiguer l'esprit de l'enfant, facilement distrait, s'il n'est pas intéressé. Le but du professeur est d'instruire en rendant son enseignement agréable et, souvent, récréatif. Il sera toujours certain d'un bon résultat, s'il emploie, dans ce but, des livres qui contiennent une définition courte des choses, une explication claire, avec, en plus, une illustration, rendant plus simple et plus intéressante l'étude des divers sujets. Le livre du Dr Prévoost remplit toutes ces conditions. Une étude rapide des principaux organes du corps humain et de sa charpente osseuse, de la nutrition, de l'assimilation et des excréments, des notions courtes et précises sur l'importance de l'air, des dangers de l'alcool, de l'utilité des bains et des soins particuliers qu'il faut donner à sa toilette quotidienne.

Traitant de l'hygiène à l'école, l'auteur, en illustrant sa pensée par des desseins appropriés, s'apitoye, avec raison, sur les positions vicieuses de l'enfant qui écrit ou qui étudie. Quelques leçons sur les maladies contagieuses, sont exposées avec simplicité, rendant ainsi des sujets arides, compréhensifs pour tous les esprits, et nous estimons que le jeune enfant, l'adulte même, devront profiter de ces notions élémentaires.

Le livre du Dr Prévoost est destiné aux écoles primaires, et, je crois, dit Françoise, dans son "Journal," appelé à combler une grande lacune dans les études de l'enfant, en lui faisant connaître de ces sciences, les notions utiles et essentielles au bien-être physique.

"Rédigé sous formes de questions et de réponses, orné de gravures très nettes, aisément comprises, ce petit ouvrage rendrait de grands services dans nos écoles élémentaires et ailleurs, d'autant plus qu'il est complété par des notions rudimentaires sur la gymnastique rationnelle, tendant au bon fonctionnement des muscles, des organes et des articulations." (Appréciation de M. Chartrand, instituteur au Collège de Kingston).

Les gouvernements de tous les pays se préoccupent plus que jamais du bien-être et de la santé du peuple, et ils reconnaissent l'importance et la nécessité de donner à la jeunesse une instruction plus solide, une éducation plus complète. C'est dans ce dernier but qu'une hygiène pratique fait maintenant partie intégrante de l'enseignement donné dans les écoles. Il est vrai que cet enseignement est admis en principe, dans notre province, mais il faut voir comme il est rejeté au second plan, et le peu d'émulation qu'on y met à enseigner à l'enfant les soins à donner à son corps, pour conserver sa santé, entretenir et augmenter sa vigueur.

Heureusement qu'il se fait, actuellement, un grand mouvement en faveur de l'éducation, et une ligue de l'enseignement est en voie de se former, à l'instigation d'âmes généreuses et patriotiques. En croyant à la sincérité de ce grand et noble effort, nous espérons que l'on arrivera à quelque chose de pratique. Pour ce, et pour compléter l'éducation de la jeunesse, il est indispensable, de nos jours, de mettre à côté de l'écriture, de la lecture et de l'arithmétique, une connaissance suffisante des lois de l'hygiène.

Epris du désir de voir la nouvelle génération instruite et en parfait état de santé, je dirai, avec M. Chartrand: "Que le gouvernement devrait prendre à son compte ces excellents petits ouvrages, les faire imprimer par centaines de mille, et en faire une distribution gratuite dans toutes les familles de la province. La dépense en serait minime, et les résultats peuvent en être incalculables. C'est une grande oeuvre à accomplir, et je serais heureux de voir un de nos progressifs députés à la Législature, prendre l'initiative d'une pareille oeuvre."

## Notes pratiques sur l'hydrothérapie, l'électricité et les rayons X.

par le C. N. DEBLOIS, Trois-Rivières.†

Spécialiste pour les maladies chroniques, Directeur de l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique des Trois-Rivières.

Le Dr De Blois a eu l'excellente idée de publier, sous forme de brochure, une étude très instructive sur les "agents physiques et naturels." A proprement parler, c'est une monographie tout à fait moderne, tant par sa conception que par son style et par les idées qui y sont exposées.

L'auteur traite, avec compétence, de moyens thérapeutiques de premier ordre, qu'il connaît bien et emploie, avec grand succès, à son Institut des Trois-Rivières. Médecin en chef de l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique des Trois-Rivières, depuis au-delà de six années, il lui a été donné de bien voir et de beaucoup pratiquer. Partisan convaincu de cette "thérapeutique par les agents physiques," dont l'efficacité est désormais surabondamment prouvée par l'observation, l'auteur a voulu vulgariser, surtout parmi ses confrères, l'emploi de ces puissants agents curatifs dont l'étude est, malheureusement, trop négligée dans notre pays, parmi ceux qui sont travailleurs.

L'auteur commence par nous faire un exposé synthétique de l'histoire de "l'Hydrothérapie," de son importance, des diverses pratiques hydrothérapiques, de leur mode d'application et des résultats qu'on peut en attendre. Ces notions sont, en effet, indispensables à connaître, si l'on veut mettre à profit toutes les ressources précieuses de ce traitement.

L'eau n'est pas une panacée, un remède à tous les maux. L'auteur ne tombe pas dans "ces exagérations qui compromettent les meilleures causes." L'Hydrothérapie doit être employée par un médecin spécialiste. "Il ne suffit pas, en effet, comme beaucoup le pensent, pour se conserver en santé ou se guérir, de se traiter par l'eau n'importe où et n'importe comment. Méthode complexe et variée dans ses effets, mettant en jeu les principaux appareils organiques, l'hydrothérapie a besoin, plus que tout autre médication, d'être administrée avec prudence, suivant des formules et des règles qui varient avec chaque cas particulier, et pour la bonne administration desquelles une surveillance médicale compétente est indispensable."

Puis, vient l'étude de la "sudation," de "l'électricité," sous toutes ses formes, bain électrique, galvanisation, faradisation, bain hydro-électrique. L'auteur traite encore des "inhalations d'ozone," qui donnent

d'excellents résultats chez les anémiques, les diabétiques, et. La "cataphorèse," (la transfusion des médicaments à travers la peau), qui peut servir à la cure de la tuberculose, est l'objet d'un chapitre spécial. La "gymnastique," le "massage" sont d'excellentes pratiques qui jouent un rôle important dans ces dernières années. Nous signalerons enfin l'étude sur les "Rayons X." "Il est possible de voir au travers du corps humain le squelette des côtes, des vertèbres, des os du bassin, ainsi que le coeur, les poumons, le foie, le diaphragme, on peut voir les battements du coeur."

Très utile pour le diagnostic précoce de la tuberculose, au moyen de certains signes radioscopiques importants: "diminution de clarté et d'étendue de l'image pulmonaire du côté malade, diminution d'abaissement de l'une des moitiés du diaphragme." L'auteur conclut, avec M. Bécclère, "que le médecin a le devoir de soumettre à l'examen radioscopique tous les malades chez qui il suspecte ou redoute la tuberculose."

Le Dr De Blois, tout en déclarant que la thérapie physique constitue le traitement fondamental des maladies chroniques, admet qu'il donne souvent des "médicaments" pour hâter la guérison. C'est-à-dire que l'auteur n'est pas systématique, et il mérite nos plus sincères félicitations pour avoir conduit à aussi bonne fin cette partie si utile et si négligée de la thérapeutique.

Nous sommes sûr que les médecins liront, avec intérêt, cette brochure, et nous espérons que dans les maladies chroniques si rebelles à la thérapeutique ordinaire, ils songeront plus souvent à utiliser les importantes ressources qui leur sont offertes par l'emploi des agents physiques et naturels. Il est reconnu, d'ailleurs, aujourd'hui, par les écoles française et allemande, dont l'auteur est l'élève distingué et convaincu, que ces agents sont les véritables pratiques capables de modifier la nutrition générale et de régulariser les fonctions nerveuses.

Nous concluons donc, que cette monographie mérite une mention spéciale, et nous entretenons l'espoir que son succès sera un puissant encouragement à tous nos confrères, et surtout à son auteur qui le mérite à coup sûr.

# Travaux Originaux

## LE CANCER DE LA MATRICE.

par A. LAPHORN SMITH, B.A., M.D., Laval.

Membre du Collège Royal des Chirurgiens, Angleterre ; Professeur de gynécologie à l'Université de Vermont à Burlington ; Professeur de gynécologie de l'Université Bishop à Montreal ; Chirurgien-en-chef de l'hôpital Samaritain pour les femmes ; Gynécologue à l'hôpital Western Montréal, etc.

J'ai choisi ce sujet parce que je crois que c'est dans ce champ que nous trouverons nos plus grandes chances pour sauver la vie à nos malades. Notre chemin n'est pas difficile à suivre; nous avons tout simplement à croire implicitement quelques axiomes et, ensuite, à agir selon eux sans une seule heure de délai plus qu'il en est absolument nécessaire.

Le premier axiome, c'est que toute femme portant un col de matrice déchiré est surtout sujette à mourir de cancer, tandis, qu'au contraire, du moment que cette déchirure est cousue, ses chances de mourir de cancer deviennent très petites.

Ce doit être alors un devoir de conscience d'expliquer l'importance de cette question à toutes les femmes, avant ou bientôt après leurs accouchements, afin qu'elles consentent nonseulement à être examinées, mais qu'elles recherchent même l'examen. Si nous pouvons introduire le bout du doigt dans le canal cervical ou si nous pouvons sentir un (?) sur l'une ou l'autre lèvre du col, nous devons insister pour que cette déchirure soit cousue, ou si c'est une déchirure très prononcée, nous devons faire l'amputation du col malade, ce qui est facile par ma nouvelle méthode, sans perdre une seule goutte de sang, et sans laisser aucune trace de l'opération, et, en même temps, rendant une déchirure impossible à la prochaine accouchement.

Je peux me rappeler d'un grand nombre de très futiles cas où les femmes ont négligé de suivre mon conseil urgent de se faire opérer et qui ont payé de leur vie comme amende, mais je ne mentionnerai que deux, parce qu'elles sont sur le point de mourir et parceque une d'entre elles est venue me voir pendant que j'écrivais ces pages. Hier, une femme est arrivée

mourante dans l'ambulance, à l'Hôpital Samaritain; je ne l'avais pas vue depuis au-delà de quinze ans. Elle m'a dit hier que mes derniers mots alors étaient: " Si vous ne faites pas recoudre votre matrice, vous mourrez de cancer à l'âge de quarante-cinq." Je ne pensais pas dans le temps que mon pronostic serait vérifié, pour la simple raison que je pensais qu'elle suivrait mon conseil et qu'elle se ferait opérer. Mais, malheureusement, elle a consulté un autre médecin qui lui a dit que c'était nullement nécessaire de se faire coudre la matrice, et, pourvu qu'il n'y avait pas de cancer dans sa famille, il n'y avait aucun danger pour elle. Cette opinion là la rendit heureuse dans une fausse sécurité, et quand elle a commencé à perdre encore après avoir eu la ménopause à l'âge de quarante-deux ans, elle croyait que c'était sa seconde jeunesse. Quand les pertes devenaient effrayantes elle allait encore consulter les faux prophètes, et cette fois-ci, ils lui ont fait perdre une année précieuse en lui donnant des drogues au lieu de faire un examen immédiat. Au bout d'un an elle cessait de les croire et elle est venue consulter un de mes anciens élèves, le Dr Warren, qui a tout de suite insisté sur un examen, et au bout de cinq minutes, après qu'il l'eut vue pour la première fois, il a fait le terrible diagnostic de cancer de la matrice. Il l'a envoyé à l'Hôpital Samaritain où je lui ai fait un curettage le lendemain, une opération radicale étant hors de la question. L'organe entier était une masse nécrosée que j'ai pu enlever par morceaux et les ligaments larges étaient solidifiés. Elle n'a vécu que quelques jours.

L'autre cas était une belle femme, de seulement trente-trois ans, à laquelle j'ai conseillé la suture d'une matrice déchirée, il y a deux ans quand elle m'a consulté pour la première et unique fois, et quand j'ai insisté sur un examen. Ses affaires ne lui permettaient pas de suivre mon conseil dans le moment, mais elle m'a promis de revenir se faire opérer au bout d'un an. Elle a gardé sa promesse, car juste au quatrième, elle est venue faire ses arrangements pour l'opération sur le col déchirée; mais j'étais rempli d'horreur de trouver tout le cervix une masse de cancer, que j'ai enlevé à la curette et brûlé au Paquelin. Pour des raisons personnelles, je l'ai envoyée à un de mes amis, opérateur distingué de New-York, pour faire enlever la matrice immédiatement, mais il n'avait jamais vu cette

maladie chez une femme is jeune et il pensait que ça pouvait être autre chose. Il a fait examiner des coupes par les pathologistes, mais ces derniers n'ont pas pu décider avant trois mois, et, alors, c'était trop tard. Aussitôt qu'ils eurent fait leur rapport que c'était du cancer, mon ami a enlevé la matrice et les ovaires; mais il était trop tard pour sauver la vie à la malade, et maintenant elle est mourante de récurrence dans les ligaments larges.

Le second axiome que je vous prie d'accepter, c'est: "Qu'on doit considérer toute femme victime du cancer de matrice, jusqu'à preuve contraire, que lorsque ayant passé la ménopause, commence à saigner encore, soit régulièrement soit irrégulièrement." C'est seulement depuis que moi et mes amis ont commencé à faire attention à ce symptôme, seul diagnostic, que je reçois des cas de cancer assez à bonne heure pour n'avoir pas de mortalité opératoire ni de retour de la maladie subséquemment.

Dans une semaine, j'ai enlevé, à l'Hôpital Samaritain, trois matrices pour cancer. La première femme était envoyée par le Dr Smythe, et quoiqu'il ait fait son diagnostic en dedans de cinq minutes après l'avoir vue pour la première fois, et malgré que sa matrice fut enlevée en dedans de deux jours, aujourd'hui, six mois après l'opération, elle meurt, parce que au temps de l'opération, le cancer s'était déjà étendu au-delà de la matrice quand celle-ci fut enlevée. Chez les deux autres qui furent opérées la même semaine, il n'y avait pas de douleur, pas d'écoulement fétide, pas de cachexie cancéreuse; il y avait un seul symptôme, qui vaut tous les autres, c'était des hémorragies survenant chez une femme qui avait dépassé la ménopause. Dans un cas il y avait une petite ulcération dans l'angle d'une déchirure du cervix; mais quand la matrice fut enlevée et coupée en deux à travers cette plaie on pouvait voir facilement que le cancer avait rongé toute l'épaisseur du col moins un huitième de pouce. Cette femme n'est pas morte et je ne crois pas qu'elle meure de cancer; elle vit aujourd'hui et paraît en bonne santé. La troisième femme n'avait pas même une érosion du cervix, et mes assistants pouvaient à peine croire que j'enlèverais la matrice seulement, parce que elle avait des hémorragies quelques années après la ménopause, le seul autre symptôme à part de celui-ci étant l'augmenta-

tion de volume de la matrice, double de sa grandeur naturelle. Mais je l'ai enlevée, et plus tard, en la coupant en deux, c'était facile de voir l'ulcération rougeâtre qui provenait de l'hémorragie; dans le voisinage de la corne gauche et envahissant la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine. Elle aussi est parfaitement bien aujourd'hui. Maintenant, pourquoi attendre dans ces deux cas jusqu'à ce que la maladie ait eu le temps d'aller au-delà de la matrice, ce qui rend la mortalité de l'opération plus grande et la mort ultime par le cancer certaine?

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Action du jus de raisin sur l'organisme

H. MORAIGNE.

Sous l'influence du jus de raisin (cure de raisin), il se produit:

"Une augmentation de la diurèse;

"Une diminution du degré d'acidité des urines;

"Une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique;

"Une action dérivative sur l'intestin (action laxative);

"Une diminution des fermentations intestinales;

"Une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée et cela sans que la perfection de cette désassimilation azotée soit diminuée;

"Une fixation de graisse dans l'organisme;

"Une suractivité de la fonction hépatique et en particulier de la sécrétion biliaire. Cette propriété est fort importante et explique les bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques;

"Par son pouvoir d'épargne des matières azotées et de fixation des graisses ajouté aux sels minéraux du raisin, la cure de raisin se trouve indiquée dans les maladies à dénutrition rapide et à échanges exagérés, telles que la tuberculose. Elle fournit, en effet, grâce aux hydrates de carbone qui y sont contenus, des principes combustibles qui protègent ceux de l'organisme, etc."

Tous ces faits sont d'une réelle importance. Ils montrent que le jus de raisin agit sur plusieurs grandes fonctions de l'organisme; ils font ressortir ses multiples propriétés thérapeutiques et permettent d'expliquer — et même d'en prévoir de nouveaux — les nombreux et bons résultats relatés par les médecins des stations uvales dans les diverses affections ou états pathologiques que nous avons énumérés au début de ce travail et qu'il est inutile de rappeler.

La médication par le raisin a un grand avantage, c'est d'être acceptée avec plaisir par presque tous les malades et en particulier par les enfants. Elle est absolument inoffensive et peut être continuée de nombreuses semaines sans inconvénients.

Comme le chasselas est abondamment répandu en France, qu'il est cultivé à peu près partout et qu'il atteint une maturité parfaite, nous pouvons, au sein de notre famille, sans faire de voyages dispendieux et sans même nous déplacer, utiliser cette médication naturelle trop peu connue chez nous, qui est aussi simple qu'elle est facile et agréable, et dont les effets salutaires sont constatés chaque année sur un grand nombre de personnes.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

### Les variations de l'alcalinité du sang

par M. MARCIL LABBE

Ce n'est donc pas à la leucocytose qu'il faut attribuer les variations du pouvoir alcalin du sang dans les maladies. Il est probable que ces variations tiennent en grande partie à la quantité des sels alcalins du plasma, à la manière dont se font les réactions chimiques dans l'organisme et l'élimination des sels au cours des états infectieux.

Dans les états pathologiques comme la goutte, le diabète, l'arthritisme, encore très mal connus au point de vue pathogénique, mais qui tiennent surtout, ainsi que M. Bouchard l'a établi, à des modifications survenues dans les mutations organiques et à des troubles de la nutrition générale, il semble que l'étude des réactions chimiques du sang devrait avoir une grande importance; comparée à celle de l'urine, cette étude permettrait d'apprécier l'élimination des substances salines qui, comme les phosphates, les carbonates, les urates, paraissent jouer un grand rôle dans les phénomènes d'assimilation et de désassimilation. On pourrait par cette étude comparative, mieux que par l'étude seule de l'urine, apprécier s'il y a élimination exagérée ou, au contraire, rétention de ces matières salines. En un mot, on aurait là un excellent moyen de voir comment s'effectue la nutrition et de caracté-

ser des diathèses par excès ou insuffisance d'élimination, par hyperacidité ou hypo-acidité.

Quand on considère la constance de la réaction alcaline du sang à l'état physiologique, la rapidité avec laquelle le taux normal de l'alcalinité se rétablit après qu'on l'a modifié artificiellement, on conçoit l'importance des altérations persistantes de l'alcalinité du sang.

Si la modification passagère de l'alcalinité est en rapport avec une infection ou une intoxication aiguë, la modification persistante traduit un véritable état diathésique qu'il y aurait tout intérêt à préciser, afin de pouvoir le combattre par les moyens appropriés.

"Pratiquement," le dosage de l'alcalinité du sang peut-il donner des renseignements utilisables pour le diagnostic et le pronostic des maladies?

A ne considérer que les maladies infectieuses, il semble que le rapport constaté entre la résistance à l'infection et l'alcalinité du sang puisse permettre de fonder un pronostic sur l'hémo-alcalinité.

Si cette méthode est légitime, elle n'est ni assez sensible ni assez simple pour entrer dans la pratique; de même que plusieurs autres méthodes hémato-scopiques imaginées dans ces derniers temps, comme l'étude du réseau fibrineux, l'étude des ferments du sang, elle ne possède pas assez de rigueur pour qu'elle doive primer et faire oublier les règles cliniques du pronostic; la difficulté d'interpréter les résultats, la complication de la technique en font une méthode de laboratoire et non une méthode clinique.

Dans les maladies de la nutrition, dans les diathèses, l'étude de l'alcalinité serait sans doute très intéressante pour caractériser l'état diathésique et pour diriger le traitement. Malheureusement, cette étude est encore complètement à faire, et la méthode encore à trouver. Ce n'est qu'en perfectionnant la technique qu'on pourra avoir des résultats, et en la simplifiant qu'on pourra utiliser ces résultats dans la pratique de la médecine.

Alors seulement l'étude de l'alcalinité du sang permettra de fonder une thérapeutique nouvelle, applicable non seulement au coma diabétique, mais à tous les états diathésiques caractérisés par l'hypo-acidité ou l'hyperacidité des humeurs de l'organisme.

(La Presse méd.)

### Inconvénient de l'eau oxygénée commerciale

par M. COURTADE.

La composition de l'eau oxygénée du commerce est très variable, quant à la nature et la quantité d'acide qu'elle contient; certaines eaux oxygénées renferment de l'acide fluorhydrique qui est très corrosif



pour la peau. Une de mes malades ayant, de son propre chef, substitué de l'eau oxygénée commerciale à l'eau oxygénée médicinale qu'elle employait d'habitude, fut atteinte d'une ulcération rebelle du conduit auditif. Celle-ci guérit rapidement dès que les pansements furent supprimés.

Un auteur, dont j'ai oublié le nom, a proposé d'ajouter à l'eau oxygénée commerciale de l'éther: l'adjonction de cet agent détruirait l'acidité du liquide tout en fixant l'oxygène et permettant ainsi une longue conservation d'un produit aussi altérable que l'est l'eau oxygénée. Il y aurait lieu de la part de nos collègues de la Société de thérapeutique, pharmaciens, de contrôler cette expérience et de voir si l'eau oxygénée ainsi modifiée peut devenir propre à l'usage médical.

(Méd Orientale)

**Observation de cholécystite simulant l'injection pendant les suites de couches; opération; guérison**

par M. PINARD.

Il s'agit d'une femme à bassin vicié par asymétrie, chez laquelle, à la suite de l'accouchement à terme de son troisième enfant (application du forceps) on fit une injection utérine, qui fut suivie immédiatement d'agitation extrême, pouls à 130°, douleurs abdominales atroces, persistant pendant plusieurs heures.

La température revint à la normale, puis monta à 39°, en même temps que survenaient des vomissements; ce qui détermina une nouvelle injection utérine, qui donna lieu aux mêmes phénomènes que précédemment.

On observa alors, en outre, une diarrhée sanguinolente, avec douleurs localisées tout le long du colon, et des éructations douloureuses, avec oedème de la langue, haleine extrêmement fétide et douleurs musculaires généralisées.

Ces phénomènes persistent pendant dix jours. A ce moment on sentit, dans la région de la vésicule biliaire, une induration qui était le siège d'une douleur très vive, et que la malade avait déjà constatée, en l'appelant son "orange."

Le diagnostic de cholécystite fut porté d'autant plus sûrement qu'on apprit que la malade avait eu auparavant trente crises douloureuses en quatre mois.

La laparotomie montra une tumeur avec phénomènes de réaction péritonéale et qui contenait 400 grammes de liquide purulent: c'était la vésicule biliaire, laquelle ne renfermait aucun calcul.

La température monta à 41°, puis baissa au bout de quarante-huit heures, et bientôt on trouva dans le pansement un calcul gros comme une noisette.

La guérison fut complète, sans fistule.

M. Pinard insiste sur ce fait que, dans ce cas, tout le monde croyait à de l'infection puerpérale.

Les accidents ont sans doute éclaté à la suite du déplacement de la vésicule biliaire.

MM. Legendre et Guinon pensent que le contenu de la vésicule s'est transformé au moment du trauma obstétrical; ils ne s'expliquent pas l'oedème buccal.

M. Lepage a observé une femme chez laquelle, à la suite de basiotripsie pour enfant mort, il y eut de la fièvre et des frissons.

Or, deux mois plus tard, survint une cholécystite suppurée qui fut opérée, et qui amena la guérison.

(Ibid)

## OBSTETRIQUE

**Sur le besoin d'organiser des consultations spéciales pour les femmes enceintes**

Docteur A. Antonacopoulos.—Messieurs. Dans ces dernières séances la Société s'est occupée, à l'instigation du distingué spécialiste en la matière qu'est M. Hagopoff, des dangers qui menacent les femmes enceintes et, partant, de la nécessité qu'il y a pour elles de consulter de temps en temps, ou à l'occasion d'un symptôme pathologique, des médecins instruits, et de ne pas s'abandonner aux conseils des sages-femmes, ignorantes pour la plupart et insuffisantes pour leur tâche. M. Hagopoff a retracé d'une manière remarquable les effets déplorablement dont l'accoucheur devient très souvent le témoin, effets dus aux conseils et soins donnés en cas de besoin par ces femmes, supposés instruites, dont pourtant la plupart sont souvent preuve d'ignorance ou de négligence imparadonnables. Exception doit être naturellement faite pour quelques honorables dames, sachant exercer leur métier d'une manière suffisamment scientifique, et surtout limiter leurs interventions jusqu'au point où l'invitation d'un médecin devient inévitable.

Devant cet état de choses, plusieurs opinions ont été échangées au sein de la Société. Par la bouche de son honorable Président, elle a souhaité que l'enseignement des sages-femmes devienne dans l'avenir plus solide et surtout que la création d'une Maternité viennoise donner aux futures sages-femmes l'occasion et le terrain nécessaires pour un stage d'exercices pratiques, assurément indispensable à leur instruction. La Société a partagé aussi le vœu que les femmes enceintes soient de temps en temps visitées par des médecins; mais elle a rejeté la proposition d'entreprendre une motion adressée au grand public en fa-

veur de ce desideratum. Il n'y a pas à revenir sur cette décision, pour laquelle j'ai, d'ailleurs, aussi voté. En effet, outre les difficultés inhérentes à cette entreprise, difficultés qui sont presque insurmontables, ou au moins au-dessus des forces de la Société, il y a lieu de considérer que les conseils pour ainsi dire académiques seraient, en somme, tout à fait infructueux. Pour ce démontrer, demandons-nous pourquoi les femmes du peuple s'adressent aux sages-femmes plutôt qu'aux médecins? Assurément, ce n'est pas par ignorance ou par mauvaise volonté. Le peuple est assez intelligent pour comprendre qu'une femme enceinte sera examinée et soignée bien mieux par un médecin, et surtout par un spécialiste, que par la sage-femme du voisinage. Mais les moyens lui manquent de s'adresser à chaque instant au médecin. Celui-ci doit être payé à chaque visite, et c'est là la cause principale qui éloigne de lui la clientèle pauvre. Outre ceci, en visitant sa cliente, il fera ses prescriptions, donnera ses conseils, et s'en ira ou congédiera sa cliente jusqu'à une nouvelle invitation ou visite de celle-ci chez lui. Tout autre est la manière de procéder de la sage-femme. Elle accourt chez la malade même sans être invitée et sans la prétention d'être payée immédiatement, ni d'être payé à un tarif fixe; elle sera payée plus tard, après l'accouchement pour tous ses soins en bloc, et payée selon les résultats de ses soins et l'issue, heureuse ou malheureuse, de toute l'affaire. D'autre part, la sage-femme ne se contente pas de formuler des prescriptions; elle reste souvent pendant des heures et des jours entiers auprès de sa cliente, fait elle-même l'application des moyens thérapeutiques, remplace même la malade dans les soins de son ménage, si celle-ci a besoin de repos. Bref, elle fait le rôle de médecin en même temps que de garde-malade et de parente ou amie affectionnée. Vous direz qu'elle devrait se restreindre à ces deux derniers rôles, et abandonner le premier à qui de droit. C'est ce qui arrive en effet dans des cas sérieux, lorsqu'un médecin est enfin appelé. Mais nous devons avouer que, dans la plupart des cas, les petits soins que réclame l'état des femmes enceintes sont en somme heureusement accomplis par les sages-femmes. Ces succès de leurs pratiques dans des cas insignifiants encouragent le public à recourir aussi à elles dans des cas plus sérieux. Ici la faute n'est pas au public, mais aux sages-femmes, ignorantes et sans conscience. Par conséquent, la question revient encore à la même solution, que ce n'est pas au public qu'il faut s'adresser pour discréditer les sages-femmes, qui sont utiles et indispensables, mais qu'il est à souhaiter que l'instruction de celles-ci devienne meilleure

et suffisante, pour qu'elles puissent distinguer les cas légers, qu'elles seraient capables de traiter seules, des cas sérieux pour lesquels elles doivent réclamer un médecin.

Je suis entré dans ces détails pour répondre en passant à un cri qui a été entendu au sein de la Société, cri trop intransigeant, s'adressant contre la constitution même de la corporation des sages-femmes. L'image que je viens de vous présenter, d'après nature, montre assez le besoin que la société a de cette institution. Revenant au but de ma communication, je repète, Messieurs, mon opinion, que les conseils purs et simples, adressés au grand public, seraient tout à fait infructueux. En effet, il ne suffit pas de dire aux femmes enceintes : Allez consulter un médecin. Il faut aussi leur indiquer le moyen de consulter un médecin à titre gratuit. Ce serait là le plus grand bien pour ces pauvres femmes. Et pour prendre un exemple récent et connu de nous tous, lorsque le professeur Budin, à Paris, s'occupait de l'effrayante mortalité des nourrissons, il ne s'est pas contenté de faire savoir aux mères pauvres que leurs connaissances ou les conseils de leurs sages-femmes étaient erronées ou insuffisantes et qu'elles devaient aller consulter de temps en temps un médecin, mais il a fondé sa fameuse consultation des nourrissons et invité les mères à s'y rendre. Je n'ai pas besoin de vous dire quel a été dès le premier moment le succès de cette innovation, dont l'exemple a été immédiatement suivi par beaucoup d'autres services hospitaliers dans Paris et aux provinces, par des Sociétés philanthropiques et par des Oeuvres spécialement fondées dans ce but.

Messieurs, je viens en somme proposer à la Société de prendre l'initiative de la fondation de consultations gratuites pour les femmes enceintes. Avant de vous exposer mon opinion sur l'organisation de ces consultations je consacrerai quelques mots à l'état de choses actuel. En ce moment, à vrai dire, il n'y a guère de consultation gratuite pour les femmes enceintes. Il est vrai que tous les spécialistes les reçoivent un ou deux jours par semaine gratis et leur prodiguent volontiers leurs conseils, mais on ne peut naturellement pas se contenter de la bonne volonté des individus. D'ailleurs tous les pathologistes, par exemple, font de même et reçoivent aussi les pauvres souffrants gratis, mais ça n'empêche pas que les consultations médicales des hôpitaux et des Sociétés philanthropiques soient chaque jour bondées. Et, tandis que dans les hôpitaux il y a des jours fixes pour les consultations médicales, chirurgicales, ophthalmologiques, laryngologiques etc., on ne voit au-

cune part un jour de la semaine destiné exclusivement pour les femmes enceintes et un spécialiste attaché à ce service. Les quelques femmes enceintes, qui viennent consulter sur leur position, sont bien admises, je le reconnais volontiers mais elles sont entremêlées parmi les autres malades, hommes et femmes, et le médecin de service n'a ni le temps nécessaire, ni les dispositions spéciales pour les examiner comme il faut. C'est ce qu'on voit surtout aux consultations de chirurgie, quelquefois même de pathologie interne. C'est là quelque chose de très insuffisant, on en conviendra, et cette sorte de consultation n'est pas faite pour encourager les femmes enceintes à la fréquenter. J'ai été au service d'un des plus grands hôpitaux de notre ville, l'hôpital grec de Yédi-Koulé, j'ai visité divers autres hôpitaux, mais je n'ai nulle part rencontré un service spécial pour la consultation gratuite des femmes enceintes. Il y en a même où on éconduit les femmes qui pourraient venir consulter, en leur disant que nous n'avons pas un service pour les femmes enceintes, nous n'avons pas un médecin spécialiste, adressez-vous aux accoucheurs en ville. La Société des Dames Grecques de Péra, la "Philoptochos," est le seul établissement où j'aie rencontré un service exprès pour les femmes enceintes ou portant des maladies spéciales à leur sexe, avec chambre séparée, table d'examen, irrigateurs et tout le matériel nécessaire. Ce service est dû à l'initiative du très distingué directeur du Dispensaire de la dite Société, et notre honorable sociétaire, M. le docteur Limarakis; il se fait chaque lundi et jeudi et est dirigé en ce moment par l'un de nos accoucheurs les plus estimés M. le docteur Avlonitis, le secrétaire général de notre Société. Il pourra nous dire quelques mots sur son fonctionnement, qu'il a organisé en commun avec M. Limarakis. Il est possible qu'il existe aussi dans quelque hôpital ou autre dispensaire un service pareil que je ne connais pas; mais, en tout cas, cela est très insuffisant puisque le plus grand nombre et les plus connus de nos hôpitaux n'en ont pas.

Messieurs, je viens de vous proposer, pour remédier à ce manque de moyens pour les femmes enceintes, de recourir aux conseils d'un médecin, que la Société prenne l'initiative de la fondation de consultations spéciales pour elles. Si vous acceptez en principe cette proposition, nous nommerons, je pense, une commission, qui étudiera la question et nous présentera un rapport sur la manière de poursuivre ce but. Pourtant, permettez-moi de compléter ma proposition en vous indiquant sommairement un plan de conduite. La Société rédigera une circulaire adressée aux hôpitaux, dispensaires et autres établissements analogues, dans lesquels fonctionnent des

consultations médicales; elle exposera le préjudice fait aux femmes enceintes par le manque de consultations gratuites spéciales pour elles, et recommandera à tous ces établissements de fonder, à côté de leurs autres consultations, une consultation aussi pour ces femmes, mais consultation "spéciale," faite à des jours fixes spéciaux et confiée à un "spécialiste." Peut-être il y aurait avantage à fonder une même consultation pour les femmes enceintes et celles souffrant d'affections du système génital, comme cela a été fait au dispensaire de la "Philoptochos;" mais cette particularité sort du cadre de mon entretien. Heureusement la bonne volonté ne manque pas aux directeurs de tous ces établissements; d'autre part, nous avons en ce moment un grand nombre d'accoucheurs, qui se feront sans doute un plaisir de s'attacher à un hôpital ou dispensaire et de faire une consultation sur leur spécialité. Conduite de cette façon, la campagne de la Société a toutes les chances de réussir. Il ne s'agit plus de s'adresser au grand public, mais de rappeler un besoin à des hommes de science et de dispositions philanthropiques, et de faire un appel à leur zèle pour l'organisation d'un service qui ne coûte rien dans les établissements publics. Nul doute, selon moi, que les médecins, directeurs et conseils d'administration des établissements en question se feront un honneur de se devancer les uns les autres dans la mise en pratique d'une mesure aussi simple et aussi bienfaisante.

M. Avlonitis.—Il y a plus de cinq ans que je suis chargé de la consultation gynécologique au dispensaire de la "Philoptochos." Elle est fréquentée plutôt par des femmes portant des maladies spéciales à leur sexe que par des femmes enceintes, ce que j'attribue à ce que la double nature de cette consultation n'est pas encore bien connue du public. Je dois ajouter qu'il existe aussi à la "Philoptochos" un service pour les accouchements à domicile, dans lequel je suis secondé par la corporation de gardes-malades de cette Société de bienfaisance. Le vœu de M. Antonacopoulo pour la généralisation de cette sorte d'assistance est tout à fait digne de notre attention, et les femmes pauvres n'auront qu'à en profiter.

M. Serpossian appuie la proposition de M. Antonacopoulo. Il ajoute qu'il serait temps de créer dans les hôpitaux non seulement des consultations externes pour les femmes enceintes, mais aussi des services d'accouchement réguliers.

M. Macris considère comme difficile l'organisation de tels services, et souhaite que le Gouvernement remplisse plutôt cette lacune par la fondation d'une clinique d'accouchements.

M. Ritzo.—Je crois pouvoir dire que la municipi-

palité a déjà pris la décision de fonder une telle clinique.

M. Apéry.—Son Excellence Omer Bessim Pacha a obtenu l'autorisation de fonder à Stamboul une clinique d'accouchements. Mais cela ne répond pas au vœu émis par M. Antonacopoulo, vœu qui est d'un intérêt plus général. J'appuie donc la nomination d'une commission qui discutera ce qu'il y aurait à faire sur ce point.

La nomination d'une commission étant adoptée par la majorité des voix, MM. Avlonitis, Hagopoff et Antonacopoulo en sont nommés membres.

Hodara Bey fait une communication sur l'action de la chrysarobine dans la pelade (sera publiée plus tard).

M. Remlinger.—La remarquable communication de M. le docteur Hodara touche à une question extrêmement intéressante, qui passionne depuis quelques années les sociétés de dermatologie: la question de la nature de la pelade. On sait qu'il existe deux théories à ce sujet, la théorie parasitaire suivant laquelle la pelade est contagieuse, et la théorie non parasitaire, ou théorie nerveuse, suivant laquelle la contagion de la pelade n'existerait pas.

En faveur de la théorie parasitaire, on fait valoir certains faits où l'origine de la pelade paraît bien avoir été la contagion (une dame se coiffe un instant de la perruque de son fils atteint de la pelade et contracte la maladie). On fait valoir aussi certaines épidémies de pelade et aussi les microorganismes isolés par divers auteurs (Malassez, Von Schlen, Vaillard et Vincent-Sabouraud) des plaques peladiques.

En faveur de la théorie nerveuse, on avance les cas où la pelade succéda à une émotion vive (cas connu sous le nom de cas de l'enfant du Bois de Boulogne). On fait ressortir les contradictions qui existent entre les auteurs au sujet de l'agent pathogène de la pelade, etc. Cette théorie nerveuse a été tout récemment rajeunie par un dermatologue français: Jacquet. Pour Jacquet, la pelade n'est pas contagieuse mais elle se manifeste chez des individus d'un tempérament spécial (mollesse des chairs, laxité de la peau, troubles variés de la sécrétion urinaire), à l'occasion de lésions de névralgies dentaires. M. Jacquet a remarqué, en effet, et que la pelade était précédée souvent de névralgies dentaires, et que les plaques apparaissaient du côté qui était le siège des névralgies.

Je demanderai à l'éminent dermatologue qu'est M. le docteur Hodara, s'il est contagioniste ou non contagioniste. A-t-il vu des faits certains de contagion? Croit-il à la spécificité du cocco-bacille de Sabouraud? Enfin a-t-il eu l'occasion d'observer la

relation admise par Jacquet entre le développement de la pelade et les lésions dentaires?

M. Hodara.—Mes observations ne me permettent pas de me prononcer pour l'une ou l'autre opinion sur l'étiologie de la pelade. Quant aux lésions dentaires, dont parle M. Jacquet, je ne les ai pas remarquées jusqu'en ce moment.

Après lecture des bulletins de la mortalité et des bulletins sanitaires de la semaine, la séance est levée.

(*La méd. Orientale*)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### La levûre de bière dans les affections pulmonaires des vieillards

M. le Dr Lardier recommande le traitement systématique des phlegmasies pulmonaires par la levûre de bière; il insiste surtout sur celui de la bronchite aiguë, non à la période de crudité, mais à celle de coction, et de la bronchite chronique. Au début de l'hiver, chez l'individu prédisposé au catarrhe bronchique, elle peut être préventive. A la période de défervescence de la pneumonie aiguë, la levûre, chez le vieillard, empêche le mal de tourner à la chronicité. Dosage: 2 à 3 cuillerées à café de levûre sèche dans de l'eau sucrée, du lait, ou en cachet. Pour Lardier, c'est surtout un modificateur de la sécrétion broncho-pulmonaire et un tonique.

(*Le concours médical.*)

### Traitement de la coqueluche par les bains d'air comprimé

Chs ROCAZ et G. DELMAS;

Rocaz et Delmas ont traité une cinquantaine de coquelucheux par les bains d'air comprimé.

Les enfants étaient placés avec leurs parents dans deux grandes cloches, réservoirs métalliques hermétiques, éclairés par plusieurs hublots de verre épais. Dans ces cloches on comprimait de l'air soigneusement filtré. La pression de l'air variait de 10 à 40 centimètres de mercure. La compression se faisait lentement, une minute par centimètre de mercure; la période de pression stable variait entre une demi-heure et une heure; la période de décompression était d'une durée double de la période de compression.

Cette méthode thérapeutique a, pour Rocaz et Delmas, l'avantage de diminuer l'intensité, la durée et la fréquence des quintes, d'abrégé la durée totale

de la coqueluche, de modifier avantageusement le catarrhe bronchique d'améliorer l'état général du petit malade.

#### Traitement de l'incontinence d'urine par les injections épidurales sacroes

Au Congrès d'Urologie M. Loumeau, (Bordeaux) rapporte 9 cas d'incontinence d'urine traités par les injections épidurales de sérum ou de cocaïne. Dans 8 cas, il s'agissait d'incontinence nocturne infantile avec pollakiurie diurne; dans le neuvième, l'incontinence était permanente et due à la dilatation excessive de l'urètre. Ce dernier cas resta indifférent aux injections pratiquées et ne guérira vraisemblablement pas sans une intervention chirurgicale. Les autres malades, au contraire, furent très favorablement influencés, bien qu'à des degrés divers, par la méthode de Cathelin. Quatre d'entre eux furent rapidement guéris et le sont restés depuis plusieurs mois; les quatre autres virent seulement disparaître la pollakiurie diurne et l'un deux a, en outre, vu son incontinence nocturne devenir moins fréquente, et plus discrète. Tous ces cas avaient précédemment été traités par les médications de toute nature généralement préconisées en pareille circonstance. M. Loumeau pense qu'avec un peu plus de persévérance dans l'application de ce traitement, d'ailleurs très simple et inoffensif, malgré quelques petits accidents sans grande importance survenus entre ses mains, les malades de la seconde catégorie auraient guéri comme ceux de la première. Il n'a pas constaté que la cocaïne fût plus efficace que le sérum qui, dans un cas notamment, a paru nettement plus actif.

(Le concours médical.)

## OPHTALMOLOGIE

### Conjonctives granuleuses

M. Melconian, de Beyrouth, publie dans le "Journal des Praticiens," un nouveau mode de traitement des conjonctivites granuleuses par la médication iodée. On formule ainsi: iode métallique 0,05, vaseline liquide 10 gr. Usage externe. Si les granulations sont récentes, les yeux délicats, les sujets très jeunes: iode métallique 0,05, vaseline liquide 15 à 20 gr. Rarement la solution à 1 : 100, parce qu'elle est trop irritante, tandis que la solution à 1 : 400 (0,05 : 20) ordinairement suffit à guérir les granulations aiguës ou subaiguës. Après s'être bien savonné les mains, on nettoie l'oeil avec de l'ouate imbibée d'une

solution d'acide borique ordinaire, on retourne délicatement les paupières confiées à la main gauche, on imbibe de la solution iodée le pouce libre, et avec celui-ci l'on "frotte" à plusieurs reprises les granulations, et les paupières sont refermées et sont tenues fermées 5 à 10 minutes. L'application est faite deux fois par jour. De plus, dans le milieu du jour, deux gouttes dans chaque oeil. Si la réaction au médicament est trop vive, commencer par la pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1 : 100. La durée du traitement peut être de 2 à 6 mois.

L'auteur affirme énergiquement ici la supériorité de l'iode sur le sulfate de cuivre; "jamais de cicatrice"—la conjonctivite reste souple; le sulfate de cuivre, au contraire, cautérise, racornit, durcit, raccourcit la muqueuse.

Ne doivent pas être confondues les "hypertrophies papillaires" (qui accompagnent toutes les conjonctivites chroniques et sont facilement curables) avec les "granulations vraies qui sont transparentes et d'apparence vésiculaire" formant des taches blanchâtres, rondes par opposition aux hypertrophies papillaires constituant des saillies opaques vasculaires, à reflet plutôt couleur de chair.

(Le Concours Médical.)

## SYPHILIGRAPHIE

### Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques

par M. LEREDÉ.

Les opinions opposées à l'emploi régulier des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis remontent à quinze ou vingt ans, époque où la technique n'était pas réglée, et n'ont plus de raison d'être. L'avantage essentiel des injections est qu'elles permettent d'obtenir du traitement mercuriel le maximum d'effets utiles, en évitant les effets nuisibles.

Pour juger de la supériorité thérapeutique d'un procédé de traitement sur un autre, il importe d'adopter un critérium unique: je propose de prendre l'effet du traitement sur les syphilides tertiaires, palmaires, plantaires et linguales. Nous sommes en droit d'attendre à la thérapeutique mercurielle de tous les autres accidents de la syphilis, les règles que nous aurons pu tirer de l'observation de ces accidents. On ne peut prendre comme critérium l'action des divers procédés sur les syphilides secondaires. L'important est aujourd'hui de régler la technique du traitement des accidents rebelles, en particulier au niveau du système nerveux.

Contrairement à M. Jullien, je crois que les injec-

tions de sels solubles à très hautes doses, par exemple d'hermophényl aux doses de six à huit centigrammes par jour, sont plus actives que les injections de calomel à 10 centigrammes par semaine, parce que l'activité thérapeutique me semble liée à la quantité de mercure introduit dans l'organisme dans l'unité de temps.

(*La méd. orientale*)

## PEDIATRIE

### L'acétomino est-elle synonyme de mort du fœtus

par M. AUDIBERT

Acétonurie n'est pas synonyme de mort du fœtus. Qu'il y ait des cas positifs, qu'ils soient même très nombreux, c'est possible; mais il y en a de négatifs et, n'y en aurait-il qu'un, nous pouvons affirmer "que la mort du fœtus n'entraîne pas nécessairement de l'acétone dans les urines de la femme enceinte."

Mais, nous le répétons, le cas que nous rapportons ici n'est qu'un numéro qui servira dans un travail de synthèse, car un tel problème ne saurait être résolu avec des cas isolés. C'est par la multiplicité que l'on arrivera à pouvoir se former une opinion ayant quelque chance d'être la vraie; aussi, pendant notre séjour à la Maternité et à la Clinique obstétricale, nous nous sommes efforcé, sur les conseils de M. le professeur Queirel, de faire systématiquement et rigoureusement cette recherche de l'acétone dans tous les cas diagnostiqués ou non de mort du fœtus. Le résultat de nos investigations, que nous ferons paraître prochainement, viendra-t-il justifier ou contre-dire l'opinion de MM. Vicarelli, Knapp et Lop? C'est ce qu'il nous serait encore impossible d'affirmer.

(*La méd. orientale*)

### Maladie de Little très rapidement améliorée par le traitement mercuriel

par MM. GALLOIS et SPRINGER

Il s'agit d'une enfant de quatre ans atteinte de maladie de Little. L'enfant est venue au monde à sept mois après une frayeur de la mère. Elle fut mise en nourrice chez ses grands-parents. Quand l'enfant Fifty-seven 57 *Revue Médicale* d'jMr.; tn f üsvé eut deux ans, ils constatèrent qu'elle ne marchait pas encore. La mère alla chercher sa fillette et, pendant un an et demi, l'a montrée à divers médecins en ville et dans les hôpitaux. Quand on nous a présenté l'enfant, en mai dernier, elle venait d'avoir quatre ans;

elle ne pouvait absolument pas marcher, ni se tenir debout sans être soutenue. Les genoux étaient tournés en dedans, les jambes présentaient une contraction légère. L'enfant était même incapable de se tenir assise par terre; elle tombait à la renverse, quand on ne la soutenait pas. En outre, elle avait du strabisme, l'air idiot et un état intellectuel très arriéré. Quoique nous n'ayons trouvé chez les parents aucun signe certain de syphilis, nous avons fait prendre à l'enfant 20 gouttes de liqueur van Swieten, en augmentant progressivement les doses. Onze jours après, l'enfant marchait seule, ayant encore la démarche spasmodique. Depuis lors, ses troubles continuent à s'améliorer, mais d'une façon plus lente. L'état mental s'est également très notablement transformé.

Nous serions disposés à rattacher l'observation de cette enfant à une maladie de Little, type Marie, avec arrêt de développement du faisceau pyramidal, puisque l'enfant est née avant terme. Mais l'état mental nous semble un peu trop touché pour éliminer complètement l'idée d'une lésion cérébrale.

D'après les effets du traitement, devons-nous conclure à la nature syphilitique ou parasymphilitique de la maladie de cette enfant? Faut-il penser que le mercure est capable d'agir en dehors de la syphilis?

Notre observation ne permet évidemment pas de trancher cette question controversée, mais elle doit engager à tenter toujours le traitement mercuriel dans la maladie de Little, même quand on n'aura pas pu retrouver la syphilis dans les antécédents.

(*Ibid*)

## MALADIES NERVEUSES

### Gonococcisme latent chez la femme

Au dernier Congrès d'Urologie, M. le Dr F. Guiard, de Paris, a exposé, sous forme de conclusions très précises, les résultats de sa pratique personnelle au sujet de la blennorrhagie féminine :

1° Très souvent, dit-il, la femme donne la blennorrhagie sans présenter à l'examen direct, même quand on emploie le spéculum, aucune lésion appréciable :

2° Ce fait ne constitue cependant pas un argument décisif en faveur de l'ancienne doctrine phlogogéniste et ne prouve nullement que la maladie puisse naître d'elle-même, en dehors de toute contagion ;

3° Dans les cas de ce genre, en effet, les recherches bactériologiques démontrent fréquemment l'existence de gonocoques latents, soit dans l'urètre, soit dans le col utérin, soit dans la sécrétion des glandes vulvo-vaginales, alors que l'examen à l'oeil nu ne per-

met de constater aucune altération ou aucune sécrétion révélatrices ;

4° La persistance du gonococcisme latent chez la femme peut avoir une durée presque indéfinie. On voit quelquefois, après de longues périodes, se comptant non seulement par mois mais par années, sa contagiosité, dont l'extinction semblait démontrée par l'expérience, se manifester tout à coup par de nouvelles infections ;

5° Or, le seul fait qu'un homme n'ayant eu de rapports qu'avec la même femme depuis un temps suffisant ait ainsi contracté la blennorrhagie, donne le droit absolu d'affirmer que cette femme, en dépit des apparences les plus rassurantes, recèle, en un point quelconque de son appareil génito-urinaire, un ou plusieurs foyers gonococciques très dissimulés sans doute, mais d'une incontestable réalité ;

6° En pratique, cette notion est d'une extrême importance, d'abord parce qu'elle nous autorise à signaler comme suspecte à nos clients la femme avec laquelle ils ont contracté leur maladie, ensuite parce qu'elle nous fournit des indications précises nous permettant, au cas où cette personne viendrait nous consulter, de reconnaître chez elle l'existence du gonococcisme latent, de déterminer sa localisation, d'instituer par suite le traitement le plus capable d'en assurer la prompte disparition et de supprimer ainsi, pour l'avenir, la menace de contaminations nouvelles.

(*Le concours mé.l.*)

## CHIRURGIE

### Indication et résultats de la néphrectomie (neplasmes du rein exceptés)

par E. MICHON

L'histoire de la néphrectomie est celle de la plupart des grandes interventions abdominales. C'est d'abord avec erreur de diagnostic qu'elle fut pratiquée et cela par voie abdominale. En 1870 seulement Simon fit la première néphrectomie de parti pris. L'extirpation du rein a donné lieu tout d'abord à une telle mortalité excessive; ce n'est que depuis une dizaine d'années que les résultats se sont améliorés. L'asepsie, les procédés d'exploration de la fonction rénale, la cystoscopie ont permis ces progrès. Les décès par insuffisance du rein laissés en place ont beaucoup diminué.

Avant toute néphrectomie on doit connaître la valeur du rein que l'on suppose sain. Les signes cliniques, la palpation, les recherches de la douleur provoquée (réflexe urétéro-vésical) sont toujours à

employer, mais ne sont pas suffisants. Les modifications de la qualité de l'urine, surtout en urée, les troubles de l'élimination du bleu de méthylène injecté sous la peau, ont grande importance; pour cette dernière substance, la diminution de l'intensité de l'élimination, beaucoup plus que les autres troubles, retard, etc., indique un fonctionnement rénal insuffisant. Toutes ces recherches ne donnent une certitude absolue que si elles sont faites sur l'urine de chaque rein. Car en chirurgie rénale, la localisation du côté malade n'est pas toujours facile, et la nécessité de préciser le rein à opérer se confond souvent avec le diagnostic de la bilatéralité des lésions. Il faut donc toujours, avant de faire une néphrectomie, pratiquer le cathétérisme des uretères ou la séparation des urines.

Dans la tuberculose du rein, la néphrectomie est l'opération de choix, sa gravité opératoire a beaucoup diminué et oscille aux environs de 6 à 7 p. 100 de mortalité. A la clinique de Necker, de 1895 à 1901, 33 néphrectomies ont été pratiquées avec 2 décès. Les résultats à longue échéance sont favorables, et les morts, par continuation de l'évolution tuberculeuse, dans les premiers mois qui suivent l'intervention, sont exceptionnelles. De plus, nombre d'observations ont été publiées, où la survie est de dix-huit à sept ans. Les résultats sont meilleurs si l'intervention est précoce, et si l'infection rénale a été par voie sanguine. A la suite de l'extirpation du rein, il y a presque toujours amélioration marquée de l'état général, même si les localisations tuberculeuses sont multiples. Les troubles vésicaux réflexes disparaissent rapidement, les cystites véritables elles-mêmes sont parfois améliorées. Ces résultats sont donc infiniment supérieurs à ceux de la néphrotomie, qui dans la tuberculose ne doit être qu'un pis-aller.

Tout à fait au début, les indications de la néphrectomie, reconnues par tous, sont rarement la douleur, un peu plus souvent l'hématurie grave. Toutes ces interventions ont donné d'excellents résultats. En dehors de ces cas, en présence d'une tuberculose peu avancée, à forme torpide, certains chirurgiens sont partisans du traitement médical; d'autres pratiquent l'extirpation aussitôt le diagnostic de bacillose établi.

En présence d'une tuberculose du rein, avec destruction de l'organe par des cavernes, amaigrissement ou fièvre la néphrectomie s'impose. Elle doit être faite par la voie lombaire; si les adhérences sont très étendues, l'extirpation sous-capsulaire est indiquée. Le drainage de la plaie est alors nécessaire; la réunion par première intention est plus rare, et la

cicatrisation plus lente que dans les cas précédents. Dans la majorité des cas, il est inutile d'enlever l'uretère; l'urérectomie ne rend pas la guérison plus complète, et l'intervention est plus difficile. Dans les cas de pyo-néphroses tuberculeuses avec rétention et phénomènes fébriles, la néphrectomie est encore en principe préférable à la néphrotomie, la néphrectomie l'amélioration de la santé générale est plus rapide et définitive. L'examen préalable de la valeur de chaque rein permet de restreindre les néphrectomies secondaires au profit des néphrectomies primitives. Les contre-indications de l'extirpation du rein dans la tuberculose sont dues soit à l'état général, soit à l'insuffisance de l'autre rein, soit aux tuberculoses graves à localisations multiples.

Dans les maladies rénales, autres que la tuberculose et le néoplasme, il y a avantage à remplacer la néphrectomie par une opération conservatrice. Dans les uronéphroses, la valeur physiologique de la poche n'est pas perdue (Guyon), on aura recours à la fixation du rein, aux opérations plastiques. Ce n'est qu'en cas d'échec ou en présence d'une poche absolument inutile comme sécrétion, que l'extirpation sera faite. Pour ces hydronéphroses très volumineuses, on peut avoir recours à la voie abdominale. Les mêmes lignes de conduite sont à suivre pour les pyonéphroses; mais les opérations conservatrices réussissent moins bien, et les néphrectomies secondaires sont plus fréquentes.

Dans les néphrites, on a enlevé les reins pour des hématuries, de la douleur, des phénomènes urémiques. Les opérations sont encore peu nombreuses, et les indications opératoires semblent bien rares.

Dans la lithiase la bilatéralité des lésions fréquente et la crainte de voir le rein unique devenir calculeux, rendent la néphrectomie exceptionnelle; ce n'est guère qu'en présence de pyonéphrose très volumineuse que l'on sera en droit de faire cette ablation.

Le progrès de la chirurgie réside pour les kystes hydatiques du rein consistant dans le capitonnage, l'incision sans drainage, l'extirpation avec résection partielle du rein; la néphrectomie est exceptionnellement indiquée, quand ces interventions sont impossibles et que l'on ne veut pas se résoudre à une fistule, ou quand le rein est détruit.

Dans les traumatismes du rein nécessitant une intervention, les lésions graves (déchirures multiples, rein en bouillie, plaie du pédicule vasculaire) doivent seules conduire à la néphrectomie.

(Gaz. des hôp.)

### Traitement des annexes

par M. VILLARD

Si les annexites simples doivent être soumises à un traitement anodin consistant surtout en repos, injections chaudes, révulsifs, il reste bien établi aujourd'hui que l'intervention est de mise lorsque les lésions ne rétrocedent pas et placent les malades en état d'infériorité; qu'elle s'impose dans les suppurations bien établies.

Il ressort de tout ce que je vous ai dit que la voie vaginale doit céder le pas à la voie abdominale.

La technique de l'intervention sus-pubienne variera suivant les cas. Dans les cas simples, on pourra extirper séparément l'utérus et les annexes ou bien s'adresser du premier coup au procédé de Faure.

Dans les cas compliqués, c'est à la méthode d'hystérectomie préalable qu'il faudra donner la préférence, et, des deux procédés connus, l'hystérectomie en entier ou l'hémisection médiane, procédé de Faure, c'est ce dernier qui constitue le procédé de choix.

C'est en m'inspirant de ces données déjà consacrées par la pratique que j'ai eu recours à la section médiane de l'utérus chez notre opérée, et que je vais pratiquer la même opération chez la jeune femme que je vous ai présentée aujourd'hui.

J'ai tenu à vous décrire d'une façon complète la technique opératoire de l'ablation des annexes après hystérectomie, pour que vous puissiez mieux comprendre et suivre les deux différentes phases de l'intervention que je dois pratiquer de nouveau dans quelques jours devant vous.

(Journal de méd. de Bordeaux)

## FORMULAIRE

### INJECTIONS DE SERUM ARTIFICIEL.

Le Dr Maurice de Fleury utilise la formule suivante :

Sulfate de soude.....	} à 1 gramme.
Chlorure de sodium.....	
Phosphate de soude.....	
Acide phénique neigeux....	50 centig.
Eau stérilisée.....	100 grammes.

Il débute avec 1 ou 2 grammes et augmente graduellement jusqu'à 10 grammes.



## CORRESPONDANCE

Montréal, 4 Novembre 1902

Monsieur le docteur Boulanger,

directeur de "La Revue Médicale du Canada."

Monsieur le directeur,

Merci, vous me faites trop d'honneur ! Mais pourquoi cet étalage de clichés ? Y a-t-il quelqu'un au balcon ?... Ma photographie intéresserait peu les maisons de commerce que vous représentez ; les notes biographiques — écrites par moi, comme le demande votre lettre circulaire à tous les agrégés ou autres — dépasseraient certainement les bornes de la simple convenance à laquelle on est tenu dans les cercles officiels ; et mes travaux, encore embryonnaires, comme tous ceux de mes très-estimables confrères, seraient à peine lus des yeux indifférents de vos lecteurs, ces délégués de la médecine qui lisent peu ou même pas du tout, par respect du timbre ou du sceau de l'administration !...

Avec mes sentiments distingués,

Dr F. A. LESAGE.

Agrégé — Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

P.S.—La publication de cette lettre justifiera mon abstention.

N.D.L.A. — Notre correspondant vient de perdre une riche occasion de se taire. Les citations et commentaires suivants le démontrent.

"mais pourquoi cet étalage de clichés ? Y a-t-il quelqu'un au balcon ?"

Non, M. le Dr Lesage, il n'y a personne au balcon, car quand il y a quelqu'un, vous êtes au premier rang de la procession.

"ma photographie intéresserait peu les maisons de commerce que vous représentez".....

Nous l'admettons, mais permettez-nous de vous faire observer que les maisons que nous représentons sont infiniment plus respectables que celles auxquelles vous vous intéressez : la maison Faudon, de Paris, par exemple. Vous vous souvenez qu'il y a quelques mois nous avons prouvé que Faudon a tenté de tromper les médecins canadiens de la manière la plus indigne. Quelque temps après nos révélations, vous avez porté à un chimiste de cette ville un échantillon de "Gouttes concentrées de peptonate de fer Guérin", préparation que nous avons démontré être frauduleuse. Votre démarche faisait

partie d'un complot pour blanchir Faudon. Heureusement que vos efforts ont échoué, le nègre était trop noir.

"Les notes biographiques écrites par moi, comme le demande votre lettre circulaire à tous les agrégés ou autres, dépasseraient les bornes de la plus simple convenance à laquelle on est tenu dans les cercles officiels : et mes travaux encore embryonnaires, comme tous ceux de mes très-estimables confrères..... (les italiques sont de nous).

M. le Dr Lesage a incontestablement le droit de qualifier ses travaux d'embryonnaires, c'est peut-être même son devoir ; mais vouloir loger à la même enseigne que les siens tous les travaux de ses confrères, ceux de ses aînés comme ceux de ses contemporains, est d'une outrecuidance que nous ne voulons pas qualifier. Nos lecteurs et les médecins distingués qui se sont rendus à notre invitation apprécieront la leçon que notre correspondant a voulu leur donner.

Dr P. P. BOULANGER,

Administrateur.

---

NOUVELLES.

— — —  
 NAISSANCE :—

A Asbestos, P. Q. l'épouse de M. le Dr Chs Amiot, un fils.

MARIAGES A L'HORIZON :—

On annonce pour le 29 de ce mois, le mariage de M. le Dr Eugène Bélanger, de Letellier, Manitoba.

— On annonce aussi pour le 12 janvier, le mariage de M. le Dr Arthur Bélanger, de Ste-Cécile de Masham, à Mlle Hénédine Déchêne, fille de feu le sénateur Déchêne, du village des Aulnaies.

— — —  
 NÉROLOGIE :—

A St-Louis de Lotbinière, est décédé, le 9 de ce mois, à l'âge de 58 ans, le Dr Lucien Moraud.

— A Boxtton Falls, le 12 courant, à l'âge de 65 ans, le Dr Alphonse Brodeur.

— A Frampton, le 2 décembre, est décédé à l'âge de 5 mois et 7 jours, Jean-Baptiste Gérard Boutin, fils de M. le Dr Emile Boutin.

— A l'Hôpital Notre-Dame, est décédé à l'âge de 22 ans, Charles Auguste Wilson, E.E.M., fils aîné de M. le Dr T. S. Wilson, de St-Placide.

Aux familles si cruellement éprouvées, nous offrons nos plus sincères sympathies.

## Supplement Litteraire

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LE DR BROCHU AU  
BANQUET QUI LUI A ÉTÉ DONNÉ PAR SES  
CONFRÈRES LE 12 DU MOIS DER-  
NIER A L'HOTEL ST-LOUIS  
A QUÉBEC.

(Suite)

S'il est une circonstance où les rôles, il me semble, pouvaient être légitimement changés; c'est bien celle qui nous réunit ce soir, et dans laquelle il peut nous être permis de faire la part de mérite d'un chacun. Ce serait bien à moi, plutôt qu'il appartient d'être appelé à faire l'éloge de ce maître vénéré, et à lui de recevoir des hommages que tous ne pourraient s'empêcher de reconnaître comme les plus mérités.

Mais si je dois accepter avec déférence toutes les paroles élogieuses qu'il m'a adressées comme l'expression de vos sentiments, j'aurai du moins cette liberté de proclamer en toute sincérité et en toute justice que, de tous les services rendus, auxquels il a fait allusion, il n'en est aucun qui n'ait exigé la coopération active du plus grand nombre d'entre vous et dont le mérite, par conséquent, ne soit entièrement partagé. Il n'est pas, non plus, d'initiatives auxquelles j'ai pu être associé, dont le succès qui les a couronnées, ne soit dû à un travail et à des efforts communs; et l'on ne saurait, justement, non plus, m'en attribuer une part de mérites exclusive.

J'aurai l'agréable devoir d'ajouter une même considération pour le titre honorifique dont le gouvernement français m'a fait l'insigne faveur. Cette décoration, pour laquelle on m'a fait de si délicates allusions, ne m'a pas été accordée, en effet, comme la reconnaissance d'un mérite purement personnel, mais pour un autre motif qui me porte à l'apprécier encore davantage,—comme au président de notre grande Association des médecins de langue française; l'honneur en rejaillit donc, encore ici, sur tous ceux qui, de près ou de loin, ont été associés à cette oeuvre de progrès scientifique et d'intérêt national.

Et puisque je dois à votre bienveillance d'avoir été choisi comme premier président de cette association, et qu'à ce titre, j'ai eu l'insigne privilège d'en personnifier tous les membres dans les honneurs dont j'ai été l'objet, permettez que je m'acquitte d'une juste dette de reconnaissance, en vous rapportant la plus grande part de mérite.

Permettez également, pour combler mes vœux

les plus intimes, que ce banquet, si délicatement organisé, ne me soit pas seulement un hommage personnel de votre bonne amitié, mais qu'il soit en même temps le banquet de la reconnaissance pour tous ceux qui, par leur zèle et leur travail toujours désintéressé, ont contribué le plus directement au succès des oeuvres que nous avons entreprises; pour tous les généreux amis qui, en toutes circonstances, nous ont prêté leur appui moral ou matériel, et dont l'appréciation toujours bienveillante nous a été d'un encouragement si précieux, dans les moments difficiles.

Que ce banquet, où tout respire la fraternité et le sentiment patriotique, soit encore une occasion propice pour cimenter davantage notre union, pour faire naître l'harmonie entre tous, et pour raffermir cet esprit de bonne confraternité, qui a été notre force dans le passé et qui nous sera si essentielle, dans l'avenir, pour l'influence de notre rôle social et l'accomplissement de nos oeuvres professionnelles et humanitaires.

Monsieur le président a bien voulu rappeler, comme titre particulier à votre reconnaissance, la paternité qui me revient dans l'idée d'une association générale des médecins de langue française de ce continent, et il m'a fait grand crédit, également, de la part que j'ai prise dans ce mouvement de la revendication de nos privilèges éducationnels contre les tentatives d'empiètement de prétendus réformateurs, plus ou moins scrupuleux à l'endroit de nos prérogatives provinciales et des droits acquis de la minorité française dans ce pays.

Mais je dois dire, encore ici, que je n'ai d'autre mérite, dans toutes ces initiatives, que celui de m'être fait le porte-drapeau d'idées qui étaient déjà le partage de tous ceux de mes confrères qui ont le plus à coeur l'avancement de notre profession et le prestige de notre nationalité.

C'est assez vous dire que ces mouvements ne nous ont pas été inspirés par le seul sentiment de l'intérêt général et supérieur de notre profession, mais également par le sentiment du patriotisme et de l'orgueil national.

Nous en étions arrivés comme à un tournant de notre histoire, au point de vue du développement de la haute éducation et de notre affermissement comme nationalité distincte; une étape, la plus importante, venait d'être parcourue, et marquait, avec le commencement du siècle nouveau, la transition vers une autre phase pleine de promesses pour les destinées de notre race canadienne-française, sur ce continent.

Deux dates mémorables dans nos annales se présentaient qui devaient permettre à notre vieille

cité, berceau de notre origine et à tous les descendants de cette première colonie française de commémorer par des fêtes jubilaires d'un éclat sans précédent, la fondation de nos deux institutions qui ont le plus contribué à notre sauvegarde et à notre affermissement comme peuple: de l'Université Laval, notre Alma Mater vénérée et de cette institution au but si patriotique, la Société St-Jean-Baptiste de Québec.

Nous avons eu le sentiment que dans de telles circonstances, le devoir social imposait aux différents corps professionnels de prendre de généreuses initiatives pour coopérer d'une manière plus ouverte, chacun dans leur sphère, à la mission éminemment patriotique de ces deux nobles institutions, et que chacun devrait apporter sa pierre à l'édifice et sa part de lauriers pour lui ajouter son dernier couronnement.

D'un autre côté, la lutte pour la prépondérance, dans le domaine de la haute éducation se faisait de plus en plus vive et de plus en plus âpre entre les groupes de nationalités différentes de ce pays.

Cette lutte toute pacifique, et toute d'émulation, dans le principe avait fini par réveiller des ambitions plus ou moins légitimes et menaçait de devenir envahissante sur le terrain des prérogatives de notre profession et de nos institutions de l'enseignement classique et universitaire. Tous avaient été les témoins de certaines tentatives, habilement dissimulées, au début, pour en arriver à un contrôle général de la haute éducation, de la régie de notre profession médicale en particulier, par un projet de loi fédératif dont le principe mettait en jeu l'autonomie législative des provinces sur cette importante question.

Et c'est précisément à l'endroit des privilèges de notre profession médicale que l'on devait tenter de faire la première brèche à la constitution politique qui nous régit.

Le projet de loi soumis au pouvoir central se re-autorité de son auteur, et il ne manquait pas non commendaient tout d'abord par le prestige et la grande plus, de faire miroiter un but large et élevé: c'est ce qui explique comment il a pu gagner d'emblée les adhésions des esprits les mieux disposés parmi nous et qu'il ait réussi à surprendre la bonne foi d'un bon nombre de nos représentants, auxquels on doit accorder le crédit des meilleures intentions.

Mais il devint bientôt par trop évident au plus grand nombre, après une étude de plus en plus approfondie, que l'un des plus inévitables résultats de ce projet de fédéralisme serait de noyer sûrement l'influence de l'élément français, dans le rouage proposé.

C'est alors que nous avons compris que le temps

était venu de nous organiser pour la lutte et qu'il était urgent de concentrer nos forces vives et de nous fortifier tout d'abord sur notre propre terrain. Devant la menace d'une assimilation dans un grand tout, où nous aurions vite perdu nos privilèges et notre cachet distinctif, nous avons compris que le devoir nous imposait d'entrer de pied ferme dans l'arène du progrès intellectuel, afin de maintenir notre prépondérance et d'acquérir l'influence et le prestige qui nous sont nécessaires pour forcer le respect des autres nationalités.

Par l'encouragement à la fondation des sociétés médicales dans tous les districts, par la création et le maintien d'un journal de médecine, organe de nos intérêts professionnels, nous avons voulu contribuer à rendre plus étroits les liens de la solidarité qui doivent unir tous les médecins de cette province; et tout en favorisant l'avancement scientifique nous avons ajouté un élément de force à tout notre corps médical pour la défense de nos intérêts professionnels.

Pour l'invitation à tous les médecins de notre origine, disséminés sur la surface de ce vaste continent, de se rallier sur un terrain d'intérêt commun, où le même but offert aux intelligences, les mêmes traditions et la communauté de langue fortifieraient encore les liens qui les unissent, nous avons voulu non seulement élargir le cadre de notre activité intellectuelle, donner un nouveau stimulant à l'esprit du progrès scientifique parmi nous, mais aussi favoriser l'expansion de l'idée française et, en définitive, apporter notre part d'influence pour consolider l'unité de notre nationalité canadienne-française, sur cette terre que nos ancêtres ont conquise à la civilisation.

Par l'organisation du premier congrès de médecine française sur ce continent, que nous avons tenu à faire coïncider avec les fêtes du cinquantenaire de la fondation de notre première université française en Amérique, nous avons eu particulièrement à coeur, il est vrai, de mettre en meilleur relief la valeur de notre éducation scientifique, mais nous avons voulu en même temps offrir un témoignage de reconnaissance bien mérité, à cette grande institution envers laquelle nous sommes redevables, pour la plupart, du bienfait de la haute éducation. Telle a été notre ambition que nous avons cru pouvoir donner ainsi une preuve tangible, aux yeux de tous, de l'influence que ce foyer lumineux des lettres et de la science françaises avait exercé sur le mouvement intellectuel, dans notre pays, depuis les cinquante ans de sa fondation.

(A suivre)

# Travaux Originaux

## LE CANCER DE LA MATRICE.

par A. LAPHORN SMITH, B.A., M.D., Laval.

Membre du Collège Royal des Chirurgiens, Angleterre ; Professeur de gynécologie à l'Université de Vermont à Burlington ; Professeur de gynécologie de l'Université Bishop à Montreal ; Chirurgien-en-chef de l'hôpital Samaritain pour les femmes ; Gynécologue à l'hôpital Western Montréal, etc.

(Suite et fin)

Le symptôme de l'hémorrhagie après que les règles naturelles ont cessées, est tellement grave qu'aucun médecin de moyenne intelligence ne peut manquer de la reconnaître, et une fois reconnue, aucune excuse ne peut être acceptée si on n'agit pas sur ce soupçon, ni dans un mois ni dans une semaine, mais immédiatement. Quoique la chose paraisse paradoxale, on peu s'exprimer comme suit : " Si vous attendez jusqu'à ce que vous soyez certain que la femme a du cancer de matrice, vous arriverez trop tard pour lui sauver la vie. Il faut enlever l'organe aussitôt qu'on soupçonne la présence du cancer, et même alors c'est déjà assez tard." Pardonnez-moi si j'emploie des termes très décisifs, mais je crois que c'est mon devoir de prier tout le monde de se joindre à cette croisade du vingtième siècle pour chasser ce monstre destructeur de notre milieu.

Un autre axiome qui s'adresse plutôt à la prévention qu'à la guérison du cancer, est celui-ci : " Le cancer n'est pas une maladie héréditaire comme on l'a pensé, mais une maladie contagieuse. Je ne peux pas prendre de temps à présent pour prouver ceci, mais je vous assure que j'ai des preuves en ma possession qui convaincraient n'importe qui. Ce n'est pas héréditaire; et si la fille d'une femme qui est morte de cancer contracte la maladie, c'est parcequ'elle s'est infectée pendant qu'elle donnait des soins à sa mère infectée.

Nous devons avertir ceux qui ont soin des cas de cancer du danger qu'il y a d'étendre la maladie par contagion et, surtout, nous, médecins, devons être capables de dire que nous avons toujours désinfecté nos doigts au biclorure après avoir examiné un cas de

cancer avant de toucher une autre femme. Ça été l'exception de trouver un de mes cas de cancer qui ait eu des parents qui sont morts de cancer; et le plus tôt que l'idée d'hérédité disparaîtra mieux ça sera. Ces remarques s'appliquent aussi en grande partie au cancer du sein. J'ai opéré pour cette maladie environ vingt-cinq fois, et quoique quelques-unes de ces opérations fussent très étendues, j'ai eu la bonne chance de n'avoir jamais perdu une de ces malades. Toutes celles à qui j'ai enlevé le sein de bonne heure, parce qu'ils avaient une tumeur, parce que le mamelon était rétracté et parce que la femme avait environ quarante ans, sont encore vivantes, après cinq, dix et même vingt ans.

Mais, parmi celles qui ont attendu jusqu'à ce qu'il y eut présence additionnelle de glandes lymphatiques, envahies dans l'aisselle, quoique toutes soient revenues de l'opération il n'y en avait pas une seule qui survivait au bout de deux ans malgré que j'aie enlevé les deux muscles pectoraux, et toute trace de la graisse et des glandes axillaires. Plusieurs des médecins qui m'ont envoyé ces cas m'ont dit qu'ils les auraient envoyés plus tôt, mais qu'ils attendaient jusqu'à ce qu'ils fussent certains que c'était du cancer. Ce n'est pas étonnant alors que je ne suis pas en faveur d'attendre, puisqu'à la fin, l'opération ne fait aucun bien. Il n'y a pas longtemps, il y a eu une discussion sur ce sujet devant une société de médecine bien connue; l'opinion exprimée par tous les chirurgiens de la plus grande expérience était que tout sein contenant une tumeur, doit être enlevé au plus tôt si la femme approche l'âge de quarante ans, parcequ'alors même les tumeurs bénignes deviennent malignes très souvent. Laissons, maintenant, ce sujet désagréable du cancer, et parlons du sujet important: la déchirure du col. La plupart de ceux qui lisent ces mots pratiquent l'art obstétrical et je sympathise avec eux dans les épreuves et les difficultés qui appartiennent à cette branche de leur profession. Que faut-il faire quand vous êtes appelé à un accouchement à dix milles de distance et quand vous arrivez là, vous trouvez que le travail n'a fait que commencer, et que la matrice n'est dilatée que de la grandeur d'un écu? Si vous appliquez le forceps et complétez le travail, c'est certain que vous allez déchirer le col, et si la femme est une primiparée, vous déchirez le périnée aussi. Ce serait

mieux de lui donner un peu d'opium et de s'en aller pour retourner plus tard, quand on vous enverrait chercher, ou bien, de rester là dix ou vingt heures, jusqu'à ce que le col soit complètement dilaté, vous faisant payer un prix raisonnable pour le temps que vous donnez. Si vous partez, laissez des instructions à la garde-malade que, si par hasard, l'enfant est né avant que vous ne reveniez, qu'elle ne fasse absolument rien si ce n'est d'éloigner la bouche de l'enfant de l'eau, et de détordre le cordon, s'il entoure le cou du bébé. Il ne faut pas que personne, excepté le docteur, se permette ou de lier ou couper le cordon, ou d'examiner la femme. Vous pouvez expliquer à la femme quand elle vous retient pour l'accouchement qu'aucun mal ne lui arrivera, ni à l'enfant, s'il reste là où il est né, pendant une heure ou deux.

J'ai suivi ce plan bien des fois et je ne m'en suis jamais mal trouvé. Au contraire, il entraîne bien moins d'accidents, surtout ceux qui proviennent d'un accouchement trop hâtif. Les gens peuvent être instruits jusqu'à n'importe quel point, et pourquoi ne pourraient-ils pas être instruits jusqu'au point de payer le temps d'un médecin comme le temps de n'importe qui ? Notre méthode actuelle de charger tant pour un accouchement et les visites, sans faire aucune différence pour la distance qu'il faut parourir ou les difficultés du cas ou le temps nécessaire pour donner justice à la femme, doit, je le dis, être changée. Le prix doit comprendre 1° Une charge raisonnable pour l'accouchement, y compris une heure de temps; 2° tant par mille de déplacement, si vous employez votre propre voiture; 3° tant par heure pour le nombre d'heures que vous êtes absent de votre bureau, y compris le temps des visites; 4° pour l'anesthésique et d'autres remèdes nécessaires. Si cette méthode était adoptée partout, ce serait facile de faire comprendre aux primipares qu'il ne faut pas envoyer chercher le docteur avant qu'elles aient été vingt-quatre heures en travail, au moins, au lieu de le demander, comme à présent, aussitôt que la première tranchée commence, comme cela est arrivé chez plusieurs des femmes sur lesquelles j'ai opéré les plus graves déchirures. Laissons de côté, maintenant, la question de la prévention, et tournons à celle de la réparation du col déchiré. Beaucoup de ces cols sont longs et coniques, et quand ils sont réparés par la méthode

d'Emmett, ils sont presque certains d'être déchirés encore. Cette possibilité empêche beaucoup de jeunes femmes de se faire coudre le cervix, et il faut avouer que j'ai remarqué chez ces cas une première période de travail plus prolongée et plus douloureuse que d'ordinaire. En donnant de l'opium, cependant, afin de prolonger la première période, j'ai pu empêcher une seconde déchirure. C'est pour cela que depuis quelques années je fais l'amputation de ces gros cols déchirés et enflés, par une nouvelle méthode, sans hémorrhagie, au lieu de faire comme Emmett. Cette opération consiste à faire une incision immédiatement en arrière de la surface malade du col, comme dans la première étape de l'hystérectomie vaginale, et à pousser la membrane muqueuse en arrière avec le manche du scalpel. La matrice est alors tirée en avant jusqu'à ce qu'on sente la base du ligament large qu'on lie avec un seul point de chaque côté. Si on divise le ligament entre ce point et le col, il n'y aura pas de difficulté à ôter autant du cervix hypertrophié qu'il sera nécessaire afin de laisser la matrice deux pouces et demi de long. Quelques fois, cela veut dire qu'on ôte quatre pouces du col malade. Ensuite, la membrane muqueuse qui a été détachée est attachée de nouveau au canal cervical, par deux points, en haut et en bas, et la fente qui reste de chaque côté est fermée par une suture fine de catgut. J'ai examiné plusieurs de ces cas, deux mois après, et à peine pouvais-je trouver une trace de l'opération.

Comme j'ai dit au commencement, il n'y a pas de question plus importante que celle du cancer de la matrice, et, pour l'empêcher, il n'y a rien de mieux que de faire coudre ou amputer tous les cols malades.

---

## Revue des journaux

---

### MÉDECINE.

---

**De l'allaitement pendant les maladies infectieuses de la mère**

(BUDIN et TREGOUT)

Dans tous les cas où la santé de la mère est fortement ébranlée, il faut sans hésitation cesser l'allaitement.

ment maternel et confier l'enfant à une nourrice mercenaire, ou lui donner, au mois momentanément, du lait stérilisé.

Mais on peut espérer le retour de la sécrétion lactée.

Voici la liste des maladies énumérées par M. Tréguët dans une thèse inspirée par M. Budin.

La lymphangite du sein ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement, même du côté malade.

La galactophorite, les abcès du sein, sont au contraire des obstacles à l'allaitement du côté malade, à cause du mélange presque constant du pus avec le lait. On pourra continuer à donner le sein du côté opposé, mais il est nécessaire d'isoler complètement par un pansement occlusif la mamelle, afin que l'enfant ne puisse se trouver en contact avec le pus.

Pour l'infection puerpérale, la question peut être considérée comme résolue : oui, la mère peut continuer à nourrir.

Dans la forme septicémique cependant, il n'y aurait même pas lieu d'y songer, la mère ne pouvant pas faire les frais d'un allaitement qui d'ailleurs ne présenterait que des inconvénients pour l'enfant.

Pour ce qui est des affections aiguës qui peuvent frapper la nourrice et qui ne sont pas spéciales à la puerpéralité, la question est plus délicate à résoudre.

D'une manière générale, on peut dire que certaines fièvres éruptives ne constituent pas toujours une contre-indication à l'allaitement maternel.

Aussi la rougeole et la scarlatine—au moins dans leurs formes bénignes—ne sont-elles pas une contre-indication à la mise de l'enfant au sein de sa mère.

Pour la variole, la question est plus complexe.

Ce n'est pas tant l'infection variolique qui est à redouter que la possibilité pour l'enfant d'avalier avec le lait contenu de pustules trop voisines du mamelon, ce qui pourrait entraîner pour lui des troubles digestifs parfois très graves. Aussi devra-t-on priver le nourrisson du sein de sa mère—au moins à la période d'état.

Pour l'érysipèle, qui a été assimilé par quelques auteurs aux fièvres éruptives, il sera préférable de séparer l'enfant de la mère.

Dans les formes graves de la fièvre typhoïde, on ne saurait demander à la malade de faire à la fois les frais de son affection et de son allaitement. De plus, la possibilité de la transmission à l'enfant de l'infection par le lait vient encore contre-indiquer l'allaitement au sein. Pourtant il est quelque cas où l'allaitement n'a eu aucun inconvénient.

Il est des affections pour lesquelles on peut, en usant de précautions, continuer à mettre l'enfant au

sein de sa mère. Ce sont certaines infections locales telles que les angines, les amygdalites, et même certaines maladies générales, comme la grippe.

La pneumonie franche aiguë pourrait à la rigueur ne pas constituer une contre-indication. On a cité des observations dans lesquelles l'allaitement s'était fait sans inconvénients pour la mère ni pour l'enfant.

Le rhumatisme ne constitue pas à proprement parler par lui-même une contre-indication à l'allaitement au sein. Mais ici encore il faut tenir compte de l'état de la nourrice et de la gravité de l'affection.

L'ictère catarrhal et l'ictère par rétention ne contre-indiquent pas toujours l'allaitement au sein par la mère. Il peut arriver que l'enfant ressente quelques troubles digestifs : mais le plus souvent ces troubles seront passagers.

Pour ce qui est enfin de la tuberculose, la décision à prendre se basera surtout sur l'état de la mère, mais d'une façon générale on devra surtout éviter l'allaitement.

En somme, il est bien démontré que dans certains cas considérés autrefois comme incompatibles avec l'allaitement maternel, des mesures hygiéniques suffiront à préserver l'enfant de la contagion. Grâce à elles, celui-ci pourra dans nombre de circonstances prendre au sein de sa mère le lait nécessaire à son développement et échapper ainsi aux dangers de l'allaitement artificiel.

#### L'eau oxygénée comme épilatoire

Suivant M. Gallois, l'eau oxygénée fournit un procédé simple, inoffensif et indolore de faire disparaître les poils trop visibles.

Ayant lu que l'eau oxygénée permettait de décolorer les taches de rousseur, M. Gallois l'avait employée dans ce but. Au cours de ces essais il vit qu'elle était capable de détruire les poils anormalement pigmentés. D'ailleurs on sait depuis longtemps que le bioxyde d'hydrogène appliqué sur les cheveux les décolore et permet de leur donner la teinte vénitienne.

Voici la technique, des plus simples, que M. Gallois a décrite à la Société de thérapeutique :

On imbibe un tampon de coton avec de l'eau oxygénée et on l'applique sur la région que l'on veut épiler.

On le laisse en place quelques minutes. On renouvelle cette application tous les jours jusqu'à ce que gisse de poils de la lèvre supérieure : très rapidement le résultat désiré soit obtenu. Supposons qu'il s'agisse de poils pâles et ne constituent plus qu'un duvet incolore absolument imperceptible. Si l'on persiste

à faire les applications, ces poils devenus follets se cassent et disparaissent.

Le procédé n'est pas douloureux et ne cause aucun accident. L'inconvénient est que le poil n'est pas détruit et qu'il faut recommencer les applications d'eau oxygénée, mais pour les femmes ces applications ne sont pas des complications, elles s'ajoutent aux autres menus artifices de leur toilette ordinaire. Une recommandation est à faire, c'est d'éviter que l'eau oxygénée ne vienne humecter une étoffe à laquelle on tient, car elle détruit les tissus de même qu'elle brûle les poils.

(*Le concours médical.*)

### Pneumonies post-anesthésiques

par le Dr SNEL,

L'auteur s'est demandé si réellement l'éther et le chloroforme diminuaient le pouvoir bactéricide du parenchyme pulmonaire et si l'on pouvait accuser ces agents anesthésiques d'être indirectement une cause des pneumonies dites post-anesthésiques. Il a pris des cobayes, animaux habituellement réfractaires au charbon et il leur a pratiqué des inoculations intra-trachéales de culture charbonneuse après les avoir soumis à des anesthésies plus ou moins prolongées. Il est arrivé à la conclusion que les agents anesthésiques diminuent effectivement le pouvoir bactéricide du poumon ; mais il montre que ces agents ne sont pas absolument égaux : c'est ainsi que le chloroforme s'est comporté comme étant deux fois plus dangereux que l'éther. *Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*

Les chirurgiens lyonnais trouveront dans les expériences de Snel un argument à opposer aux assertions de certain chirurgien parisien qui a déclaré récemment que si l'éther était plus inoffensif pendant l'anesthésie elle-même, il devenait au contraire plus meurtrier dans la suite par les accidents post-anesthésiques et en particulier les pneumonies.

(*Lyon méd.*)

### Traitement des douleurs articulaires et des coliques hépatiques par l'amylénol

Le salicylate d'amyle, ou amylénol, se rapproche beaucoup de son congénère, le salicylate de méthyle, dont il peut être considéré comme un succédané très avantageux. M. Odilon Martin donne à ce sujet, dans le *Nouveau Montpellier Médical*, des indications qui permettent d'utiliser ce médicament ; il paraît plus actif que le salicylate de méthyle et, d'autre part, a le grand avantage de n'avoir pas cette odeur forte et souvent nauséuse qui caractérise ce dernier.

Son emploi a très bien réussi dans le rhumatisme polyarticulaire : on en use comme avec le salicylate de méthyle.

Pour les douleurs articulaires, on effectuera sur chaque articulation un premier badigeonnage avec 0 gr. 75 à 1 gr. 50 de salicylate d'amyle (soit XV à XXX gouttes environ), en évitant toutefois, s'il y a plusieurs articulations atteintes, de dépasser la dose de 5 grammes pour une journée ; — on recouvre la surface badigeonnée d'une toile imperméable et d'une couche d'ouate assez épaisse, maintenue à l'aide de quelques tours de bande exerçant une légère compression.

L'application sera recommencée le lendemain ; puis, à mesure que s'atténuent les douleurs et l'empâtement articulaire, on emploie des doses de plus en plus réduites.

Dans ces divers cas, l'amylénol peut aussi être administré à l'intérieur, à la dose de 2 à 3 gr., en capsules de 0,20 centigr.

M. Martin a employé les mêmes badigeonnages, avec un pareil succès, dans deux cas de douleurs musculaires (lombago), et en frictions sur un point de pleurodénie ; dans ces trois cas, l'effet utile a été rapide.

Enfin, à l'exemple de M. Chambard-Henou, qui a employé le salicylate de méthyle dans la colique hépatique, M. Martin a utilisé l'amylénol avec un grand succès dans plusieurs cas de ce genre : il pratiquait un large badigeonnage de la région hépatique avec 2 grammes environ du liquide puis recouvrait la région d'une toile imperméable. Très rapidement, la douleur a disparu, et on a été dispensé de l'emploi de l'injection de morphine qui a toujours des inconvénients.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

### L'hydrothérapie dans l'insomnie

L'hydrothérapie, employée dans la cure de l'insomnie, agit non seulement en dilatant les vaisseaux cutanés et en faisant baisser la pression sanguine, mais aussi en calmant l'ensemble du système nerveux. Les applications douces de l'hydrothérapie sont seules utiles : en première ligne, vient l'enveloppement humide ; si le malade s'endort au cours de l'enveloppement on peut le laisser enveloppé toute la nuit, sinon on peut le libérer au bout de trois quarts d'heures ; il réussit surtout aux neurasthéniques, aux cachectiques anémiques, aux malades par dénutrition, parfois aussi aux fébricitants.

Si l'enveloppement humide est mal supporté, on peut essayer de le limiter aux aisselles, la partie supérieure du tronc et des épaules étant préservée par un bandage en X.

Les bains tièdes prolongés, à la température de 33 à 37 degrés pendant un quart d'heure ou une demi-heure agissent aussi efficacement. Ces bains peuvent être pris une ou deux heures avant le moment souhaité du som-

meil, parfois même encore plus tôt ; mais ils exigent que le malade se mette au lit sitôt le bain pris ou tout au moins qu'il se tienne autant que possible au repos, sans occupation physique ou intellectuelle tant soit peu active.

Quand la cause de l'insomnie est une cause locale telle qu'excitabilité génitale, douleurs rhumatismales ou névralgiques, froid aux pieds, etc., des applications locales telles que bains de siège, bains de pieds, pansement humides peuvent rendre de réels services.

(*Centralb. f. Inn. Med. — Gaz. des hôp.*)

#### Etude sur les calculs de l'urètre prémembraneux

(M. Pierre MORTIER)

D'intéressantes observations inédites ont permis à M. Pierre Mortier de présenter une étude d'ensemble sur les calculs de l'urètre prémembraneux. Ces calculs viennent ordinairement du rein et plus rarement de la vessie (migrateurs) ; quelques-uns, autochtones, naissent sur place derrière un rétrécissement ou un obstacle quelconque du canal urétral.

Dans un canal normal, pour extraire un gravier arrêté dans la fosse naviculaire, on peut déborder simplement ou faire basculer la pierre au moyen d'une sonde cannelée. Si le calcul est arrêté plus profondément dans l'urètre antérieur, on aura recours de préférence à la pince de Collin.

Dans un canal rétréci on tentera d'abord à l'aide d'une bougie à demeure, de ramollir le canal pour favoriser l'expulsion du calcul.

Si le résultat est négatif il faut pratiquer l'urétrotomie interne, et le retrait de la sonde à demeure, qu'on aura mise consécutivement, sera presque toujours suivi de l'expulsion de la pierre.

Si celle-ci a été repoussée dans la vessie on peut faire la lithotritie ; en cas de pierre volumineuse ou fragmentée, et si le canal est imperméable à une bougie conductrice, il faut pratiquer l'urétrotomie externe.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

## CHIRURGIE

### Des arrachements du cuir chevelu

par M. Louis FOUCHARD.

M. Louis Fouchard consacre sa thèse à l'étude des arrachements du cuir chevelu.

Cet accident rare, intéresse presque exclusivement les ouvriers en contact avec les machines. Il résulte d'une traction violente et brusque qui s'opère d'avant en arrière sur les téguments crâniens par l'intermé-

diaire des cheveux formant cordes, le reste du corps tant immobilisé soit par son propre poids, soit par un effort du sujet qui résiste instinctivement à cette traction.

Les plaies produites par ces arrachements consistent en de vastes pertes de substances dont les limites sont presque invariablement fixées par une ligne qui part de la base du nez, traverse l'arcade sourcilière au niveau de son bord tranchant, gagne latéralement le pavillon des oreilles et se termine à la nuque.

Les arrachements du cuir chevelu sont complets ou incomplets, suivant que la partie traumatisée et calpée est totalement séparée du reste des téguments, ou qu'elle leur est encore adhérente par un pédicule. C'est là une distinction capitale au point de vue du pronostic et du traitement.

L'hémorragie primitive est relativement minime, parfois nulle.

A l'heure actuelle, où l'on n'a plus guère à redouter l'infection des plaies, les difformités cicatricielles sont les complications qu'il faut redouter.

Les arrachements incomplets guérissent facilement et rapidement, par simple réapplication et suture du lambeau, après désinfection et aseptie de la plaie. Dans les arrachements complets, il est inutile et même nuisible de tenter la réapplication du lambeau, fatalement voué au sphacèle et à la suppuration. La seule ligne de conduite à suivre est de recourir d'emblée aux pansements antiseptiques excitants (onguent styrax par exemple).

Lorsque les bourgeons de la plaie seront satisfaisants, on aura recours aux greffes.

(*Gaz hebdom. méd. et chir.*)

### De la résection sanglante de la tête femoral dans les luxations irréductibles de la hanche

par M. G. GAYET.

Il résulte de l'étude des observations réunies par l'auteur que la réposition sanglante de la hanche est une excellente méthode qui a fait ses preuves et qui mérite de devenir le traitement classique des luxations anciennes et irréductibles.

Peu grave par elle-même, elle donne des résultats bien supérieurs aux autres méthodes : parfois restauration fonctionnelle idéale, presque toujours mobilité permettant une marche à peu près normale ; c'est celle qui combat le mieux le raccourcissement du membre et le supprime souvent.

La réposition sera possible dans la plupart des cas à condition qu'on utilise une bonne technique. L'incision externe sur le trochanter sera presque tou-



jours suffisante, contrairement à ce qu'on craignait jusqu'ici. Les mêmes règles s'appliquent au traitement des luxations pathologiques consécutives aux maladies aiguës, leurs lésions étant remarquablement semblables à celles des luxations traumatiques. Par contre, dans les luxations traumatiques, la reposition trouvera rarement ses indications en raison de l'état général, des altérations osseuses et des dangers de réveiller le processus mal éteint. Elle pourra rendre des services cependant dans certains cas bien déterminés.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

**Plaie perforante de l'abdomen. Hernie du pancréas.  
Blessure de l'estomac**

par M. FONTOYNOT

Il semble possible d'expliquer dans notre cas, de la manière suivante, le mécanisme de la hernie d'un organe aussi profondément situé que le pancréas. La lame effilée du couteau, le coup étant porté de bas en haut, s'insinua entre le côlon transverse et l'estomac très peu distendu; longea la face postérieure de l'estomac, piqua légèrement et assez haut cette face postérieure, puis finalement coupa le petit muscle de Treitz, ce soutien du duodénum et par suite du pancréas.

L'estomac ne dut être tout d'abord que piqué et la perforation minime, car il ne s'écoula au moment de la blessure aucun autre liquide qu'une très faible quantité de sang, et les mèches introduites par la plaie dans la cavité abdominale ne furent souillées par aucun liquide.

Les adhérences péritonéales se formèrent rapidement et constituèrent la poche rétro-stomacale retrouvée à l'autopsie. Heureusement le malade, au moment où il reçut le coup, se trouvait à jeun, l'estomac vide. Il ne prit aucun aliment, ni solide, ni liquide, pendant les trente-six premières heures; aussi rien ne passa-t-il dans la poche durant le moment où les adhérences se formèrent. Dès que du liquide arriva en quantité dans l'estomac, il passa au travers de la perforation, en amena la distension et finalement s'accumula dans la poche.

L'intervention aurait dû être plus complète et l'examen aurait dû porter aussi bien sur l'estomac que sur l'intestin.

(Arch. prov. de chir.)

**Formulaire du menthol**

par M. de Crésantignes

Le menthol jouit, entre autres propriétés, d'un

pouvoir inhibiteur remarquable à l'égard de certains vomissements d'origine réflexe. Mais son emploi offre des difficultés en raison de son insolubilité dans les solutions aqueuses, même additionnées d'une forte proportion d'alcool. La présence de la teinture de saponine (Panama) permet d'obtenir des émulsions qui "se tiennent" d'une façon satisfaisante.

Usage interne :

Menthol . . . . . 0,03 à 0,05 centigr.  
Teinture de saponine . . . . . 3 grammes.  
Glycérine neutre . . . . . 5 —  
Eau q. s. pour . . . . . 125 cc.

Ajouter l'eau goutte à goutte. F. s. une potion à prendre par cuillerées à soupe.

Le menthol ne doit pas être pris à un degré de concentration supérieure; sinon il est caustique. Contre-indication: la gastralgie.

Usage externe :

Menthol . . . . . 0,50 centigr.  
Teinture de saponine . . . . . 15 grammes.  
Eau q. s. pour . . . . . 155 cc.

En compresses sur le front, remplacées, quand la cuisson devient vive, par des compresses d'eau fraîche, pour être réappliquées ensuite, etc.; cette solution rend d'appréciables services pour le soulagement du mal de tête. Elle se montre très supérieure à l'eau sédative.

M. Dignat a constaté l'action caustique du menthol sur l'estomac après absorption de préparations dragéifiées contre les maux de gorge.

M. Desnos demande si le menthol n'a pas été essayé contre les vomissements du chloroforme.

M. de Crésantignes ne l'a pas fait encore, mais le fera maintenant qu'il possède une formule qui le satisfait; il insiste sur la nécessité de la dilution du menthol.

(Presse médicale)

**Traitement médical de la péritonite tuberculeuse<sup>1</sup>**

M. Comby, dans le dernier numéro des "Archives de médecine des enfants," étudie le traitement médical de la péritonite tuberculeuse. Il montre que nombre de cas de cette affection guérissent sans intervention chirurgicale.

Comment faut-il conduire ce traitement médical de la péritonite tuberculeuse ?

En premier lieu, le repos absolu au lit est indispensable: l'enfant doit rester couché pendant plusieurs semaines, plusieurs mois si cela est nécessaire. Ce repos horizontale favorisera la résorption de l'épan-

chement, évitera les pertes de forces, épargnera les dépenses organiques.

Le repos n'exclut pas la cure d'air et de soleil. Les fenêtres de la pièce habitée par le malade devront être toujours ouvertes. On mettra l'enfant de préférence dans les pièces exposées au sud. Dans la belle saison, l'enfant pourra faire sa cure d'air dehors, sur un lit portatif ou sur une voiture spéciale. Toutes les fois qu'il sera possible, il sera envoyé au bord de la mer ou simplement à la campagne.

En même temps, on alimentera le malade aussi bien que le permettra son appétit. On donnera le lait, les oeufs, les purées de légumes, la viande, la viande crue ou le suc de viande crue.

L'hygiène seule peut faire tous les frais de la thérapeutique médicale. Cependant, on pourra employer, suivant les indications et la tolérance, l'huile de foie de morue pure ou créosotée, le glycérophosphate de chaux, la lécithine, les lavements d'huile créosotée, les badigeonnages iodés de l'abdomen, le collodion, la compression du ventre, les frictions au savon noir, etc.

Tout cela n'est qu'accessoire. Ce qui prime tout, c'est de mettre l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques, c'est de ne pas contrarier la régression naturelle des produits tuberculeux, leur transformation fibreuse, leur résorption.

(Gaz. méd. belge.)

### Technique actuelle de la rachicocainisation

Depuis le mois de Novembre 1901, époque à laquelle Ravaut et Aubourg ont publié leurs recherches sur la rachicocainisation, j'ai essayé le procédé qui découle de leurs recherches, et j'ai suivi la technique que j'ai conseillée au Congrès français de 1901, et que je crois préférable à celle que M. Guinard voulait alors employer. L'injection sous-arachnoïdienne doit être faite dans des conditions d'asepsie rigoureuse: bien que je n'aie jamais vue et que je ne connaisse pas un seul fait d'infection au passif de la méthode, je considère que nous devons diminuer au maximum les chances de pénétration des germes. Aussi n'ai-je aucune tendance à adopter les procédés qui consistent à mélanger à l'air libre la solution cocainique et le liquide céphalo-rachidien; ils m'ont toujours paru dangereux.

Voici comment je procède depuis une année: j'ai fait stériliser à la Tyndall une solution de cocaïne bien titrée conservée en ampoule. Chaque ampoule contient 4 centigrammes de cocaïne dissous dans 7 gouttes d'eau distillée stérilisée (solution à 12 pour 100.) La seringue dont je me sers est la seringue de Luer

et l'aiguille est celle que j'ai toujours employée.

Pour pratiquer la rachicocainisation: 1° je brise le bec de l'ampoule cocainique, j'aspire tout son contenu avec la seringue munie de son aiguille. Il ne doit pas entrer une bulle d'air, si l'aiguille et la seringue sont bien ajustées; 2° avec l'aiguille sans le corps de pompe je fais ma ponction rachidienne; dès que le liquide céphalo-rachidien s'écoule, j'ajuste la seringue contenant la solution concentrée et je laisse le liquide la remplir, le piston étant repoussé par le liquide céphalo-rachidien; 3° la seringue pleine, je refoule lentement son contenu dans l'espace sous-arachnoïdien, c'est-à-dire la solution cocainique et le liquide céphalo-rachidien parfaitement mélangés.

J'ai adopté le titre de cette solution après des essais variés, et je me suis assuré avant tout, au moyen de liquides colorants et de même densité que le liquide céphalo-rachidien, que le mélange dans la seringue était parfait.

Cette technique donne les résultats suivants: l'anesthésie remonte moins haut, dure moins longtemps, est plus lente à se produire et est moins parfaite qu'avec mon premier procédé, mais les accidents cocainiques sont infiniment moindres; il est absolument inexact de dire qu'ils sont supprimés.

J'ai fait plus de 1.200 opérations, dont toutes les opérations sur l'abdomen, avec mon ancien procédé. D'après les opérations pratiquées avec le second procédé, la cure radicale des hernies donnerait le niveau maximum auquel on puisse remonter avec sécurité parfaite.

Je conclus que toutes les opérations vaginales, vésicales, rectales, périnéales, toutes les opérations sur le membre inférieur peuvent être pratiquées par mon nouveau procédé. Pour opérer sur les régions plus élevées, il faut employer mon ancien procédé.

(La Presse médicale.)

## GYNECOLOGIE

### Des évènements utérins consécutifs à l'infection puerpérale

par M. P. DUMOND

M. Dumond croit pouvoir conclure, de plusieurs observations puisées dans le service de M. Pozzi, qu'il se produit après un avortement (plus rarement après un accouchement), dans certains cas, une métrite déciduale occasionnée par la rétention de débris placentaires ou membraneux qui se sont infectés. Cette métrite déciduale peut déterminer une déviation uté-

rine par suite du défaut d'involution de la paroi utérine. Le placenta s'insérant dans plus de la moitié des cas sur la face postérieure de l'utérus, les plus fréquentes des positions vicieuses de ce dernier sont les antédéviationes.

Le curettage est le seul traitement de ces métrites et de ces déviations ; fait à temps, lorsque l'utérus n'est pas immobilisé dans sa position vicieuse par des adhérences ou des lésions annexielles, il guérit dans la grande majorité des cas ces deux affections.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

### L'hystérectomie vaginale sans incision

par M. Henri INGLESSI

L'hystérectomie vaginale, de plus en plus abandonnée au profit de l'abdominale, conserve cependant quelques indications. M. Inglessi montre tous les avantages que présentent les ligatures substituées aux pincées dans la technique opératoire de cette hystérectomie vaginale. L'opération est peut-être un peu allongée, mais les suites opératoires sont beaucoup plus simples, moins douloureuses pour les opérées et aussi plus sûres. Dans la grande majorité des cas, le placement des fils est assez facile, comme le prouvent les 23 observations inédites dues à M. Bouglé.

Les ligatures peuvent être placées de chaque côté de l'utérus sur chacun des pédicules vasculaires (art. utérine, art. du ligament rond, art. utéro-ovarienne).

Suivent quatre planches hors texte bien faites pour entraîner la conviction.

(Ibid)

## OBSTETRIQUE

### Malformation du vagin et de l'utérus accompagnée d'hématométrie et d'hématocolpos supérieur

par E. VILLAR.

Il y avait chez ma petite malade absence de la partie inférieure du vagin, atrésie plus ou moins complète du colutérin, un petit hématocolpos dans la partie supérieure du vagin, l'hématométrie ; les ovaires et les trompes étaient bien développés.

Il eût été dangereux de poursuivre l'opération par la voie vaginale ; mieux encore, il eût été impossible de pratiquer une opération utile par cette voie.

L'hystérectomie abdominale pouvait seule donner un résultat satisfaisant.

D'après ce que j'ai lu et en tenant compte de mon

cas personnel, je suis porté à croire que bien souvent la voie vaginale devra forcément céder le pas à la voie abdominale, dans le traitement des malformations vagino-utérines.

En effet, plus d'une fois l'intervention par voie vaginale sera impraticable, inutile ou dangereuse.

Bien des malades qui ont succombé à une opération vaginale auraient guéri après laparotomie.

On devra toujours s'efforcer de faire un diagnostic aussi complet que possible. On pourra ainsi, dans les cas comme le mien, s'adresser directement à la voie abdominale.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## PEDIATRIE

### Traitement du muguet

Escherich obtient chez les enfants atteints du muguet des résultats thérapeutiques qui ne laissent rien à désirer, en donnant aux petits malades un suçon chargé d'acide borique en poudre. On prend un petit tampon de coton aseptique, on l'imprègne d'acide borique finement pulvérisé et additionné d'une petite quantité de saccharine, en utilisant chaque fois 0 gr. 20 environ d'acide borique en poudre, puis on le renferme dans un petit sac de soie ou de baptiste soigneusement stérilisé, et on l'introduit dans la bouche de l'enfant, qui d'ordinaire le garde volontiers en le suçant dans les intervalles des tétées et parfois même pendant le sommeil. Sous l'influence des mouvements de succion, l'acide borique se dissout lentement dans la salive et peut de la sorte agir d'une façon directe et continue sur l'oidium albicans. Le lendemain, on donne à l'enfant un nouveau suçon identique au premier.

Dans les cas récents, lorsque le muguet n'est pas encore très étendu, l'enduit mycosique s'efface partout au bout de vingt-quatre heures, sauf dans les rainures gingivo-buccales, d'où il disparaît dans le courant du jour suivant. Dans les cas invétérés, la guérison ne se produit qu'avec un temps un peu plus long. On peut l'accélérer en associant à l'usage du suçon boriqué des nettoyages mécaniques et des badigeonnages médicamenteux de la cavité buccale ; mais l'affection guérit très bien, même en l'absence de ces moyens adjuvants. Le traitement n'échoue que s'il s'agit d'enfants moribonds qui n'ont plus la force de sucer et chez lesquels il n'existe pour ainsi dire plus de sécrétion salivaire.

(Med. moderne.)

**Traitement du prolapsus du rectum chez les enfants par les injections de paraffine**

Le docteur Karewski (de Berlin) a traité avec succès des cas de prolapsus invétéré du rectum, chez des enfants qui n'avaient pu être guéris par d'autres méthodes. Il s'est servi dans ce but de paraffine dure dont le point de fusion variait entre 56 et 58 degrés. Le procédé était le suivant : après avoir donné pendant deux jours de suite aux enfants des purgatifs capables de nettoyer leur intestin, on leur faisait prendre l'après-midi qui précédait l'injection 1 ou 2 grammes de bismuth. Le prolapsus était réduit, après désinfection du champ opératoire ; puis, guidé par le doigt introduit dans le rectum, on injectait entre peau et muqueuse un anneau de paraffine dure. Au moyen de sous-nitrate de bismuth et d'une diète appropriée, on évitait toute défécation dans les vingt-quatre heures consécutives.

Sur huit enfants ainsi traités, âgés de deux à huit ans, un seul, dont les soins antérieurs ou consécutifs à l'opération furent défectueux, ne fut pas guéri ; les autres le sont depuis deux à six mois. Dans trois cas seulement, plus d'une injection fut nécessaire (deux dans deux cas, trois dans l'autre.)

(Centralbl. f. Chir. — Gaz. des hôp.)

**Acide borique contre l'enuresis infantile**

par le Dr BABFOUR

Il s'agit de cas non améliorés par la belladone et où l'urine est très alcaline. On pourrait donner alors l'acide borique en solution concentrée (4 : 100) à la dose de 0,5 à 2 gr. par jour en deux ou trois fois. Des prises de salol assureraient encore l'antisepsie urinaire. (*The Ther. Gaz.*)

REM. — [L'acide borique peut, d'après Rabot et Bourget, être donné *per os* dans de l'eau sucrée aux doses de 0,3 à 0,5 une à deux fois par jour (cystite, pyélonéphrite, fermentations anormales intra-gastriques), même aux doses de 1 à 2 grammes trois fois par jour (Goutte).

(Lyon méd.)

**Traitement des brûlures chez les enfants**

I.—Brûlures au premier degré et peu étendues.

Lotions d'eau bouillie tiède ou chaude suivies d'application de compresses de tarlatane pliées en cinq ou six et imbibées de la solution :

- Acide borique... 10 grammes.
- Antipyrine... 6 —
- Eau stérilisée... 250 —

Pansement avec la pommade :

- Acide borique... 3 grammes.
- Antipyrine... 1 à 2 gr.
- Vaseline... 30 grammes.

II.—Brûlures au deuxième degré et de petite étendue.

Même traitement. Conserver l'épiderme et percer simplement les phlyctènes dans leur partie déclive.

III.—Brûlures aux deux premiers degrés étendues à un membre qui n'est pas couvert de vêtements

(main, avant-bras).

1° Plonger le membre dans un bassin d'eau bouillie tiède dont on abaisse progressivement la température.

2° Faire la toilette antiseptique du membre avec de l'eau et du savon, puis avec de l'eau phéniquée à 2 p. 100, puis percer les phlyctènes sans les enlever.

3° S'il y a de la douleur, appliquer un pansement humide avec des compresses de tarlatane imbibées de la solution :

- Eau boriquée saturée... 500 grammes.
- Laudanum de Sydenham. 4 à 10 —

4° A près cela, on pourra employer la pommade :

- Iodoforme... 1 gramme.
- Antipyrine... 5 —
- Acide borique... 5 —
- Vaseline... 50 —

IV.—Brûlures aux deux premiers degrés étendues à une grande partie du corps couverte de vêtements.

1° Enlever les vêtements de dessus et tremper les autres avec des précautions infinies pour ne pas arracher l'épiderme.

2° Grand bain chaud prolongé suivi de la toilette antiseptique de la région intéressée, au besoin après anesthésie générale au chloroforme.

3° Pansements avec la pommade indiquée pour III.

Brûlures profondes de petite étendue.

1° Toilette antiseptique de la région brûlée.

2° Pansement sec et rare avec de la gaz iodoformée et beaucoup d'ouate.

II.—Brûlures profondes étendues ayant désorganisé un membre ou une portion du membre.

1° Toilette comme pour les cas précédents.

2° Pansements à sec (pour atténuer la suppuration), avec la poudre composée suivante :

- Iodoforme... 2 grammes.
- Charbon... à 50 —
- Quinquina... —

3° Amputation après que la période de shock est passée.

Essence de térébenthine pour le pansement des brûlures à tous les degrés, appliquée par l'intermédiaire d'une couche d'ouate aseptique recouverte d'un tissu imperméable. Le traitement calme la douleur et active la guérison.

Brûlures de la conjonctive.

Dans les petites brûlures, après la chute de l'eschare et la production du symblépharon, séparer le globe de l'oeil de la conjonctive et suturer à la soie les lèvres de la plaie conjonctivale.

Dans les brûlures étendues, prévenir le symblépharon par la transplantation dermo-épidermique pour les paupières et par la greffe animale pour la conjonctive.

(*J. méd. de Paris*)

## DERMATOLOGIE

### Traitement de la séborrhée au cuir chevelu

Dans un intéressant article du "Journ. de Méd. et de Chir. pratique," M. le Dr Brocq indique la meilleure méthode de traitement à opposer à la séborrhée du cuir chevelu. Il insiste, d'abord, sur ce fait que les cheveux présentent une véritable mue physiologique et qu'ils tombent régulièrement en plus grande abondance vers les mois de mai et septembre, pour repousser dans les intervalles. Aussi une médication qui paraît réussir à certains moments, quand elle coïncide avec la repousse, pourra paraître sans effet, quand on la donne au moment de la chute périodique.

D'une façon générale, il est nécessaire de graisser les cheveux comme on le faisait autrefois, d'autant plus qu'avec l'habitude des lavages répétés qui s'est introduite, ils sont presque toujours secs et cassent avec la plus grande facilité. Lorsqu'on les lave pour combattre la séborrhée du cuir chevelu, on les sèche toujours trop, et, après avoir dégraissé la peau, il serait nécessaire de restituer aux cheveux une partie de la graisse qu'on a enlevée ; mais les malades apprécient peu le graissage des cheveux qui ne favorise pas les coiffures actuelles.

Pour le traitement de la séborrhée on peut tous les soirs, et dès qu'il n'y a plus de pellicules deux fois par semaine seulement, étendre sur le cuir chevelu un peu de pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre au moyen d'une allumette recouverte d'ouate hydrophile ; après quoi, on enlève l'excès de pommade avec un peu d'ouate sèche.

Oxyde jaune d'hydrargyre... 0.75 centig.

Vaseline pure... 20 grammes.

Tous les matins, on fera une friction avec de l'ouate hydrophile imbibée de coaltar saponiné étendu de six fois son volume d'eau.

On peut encore utiliser dans le même but la solution :

Polysulfure de potassium liq. 20 à 100 gouttes.  
Eau chaude... ¼ de verre.

Cette substance a l'inconvénient de foncer la couleur des cheveux. On peut y remédier en passant de temps en temps sur les cheveux un mélange d'eau sédative coupée de 5 à 10 fois son volume d'eau, ce qui leur donne un reflet blond.

Enfin, pour remédier à la sécheresse des cheveux, il faut les humecter souvent avec la préparation suivante :

Huile de ricin... 38 grammes.  
Teinture de jaborandi... ââ  
Teinture de quinine... ââ 8 —  
Teinture de romarin... ââ

Il y a trois ans, M. le Dr E. Riegler, professeur à la Faculté de médecine de Jassy, a préconisé contre la diphtérie des pulvérisations d'eau oxygénée associées à des insufflations d'acide iodique. D'après un médecin militaire russe, M. le Dr Novikov, ("Revue de médecine et de chirurgie pratiques"), le peroxyde d'hydrogène, employé à l'exclusion de toute autre médication, donnerait, dans les cas de diphtérie, des résultats tout aussi encourageants que la sérothérapie, en ce qui concerne du moins le nombre des guérisons. Les fausses membranes se détacheraient, il est vrai, moins rapidement que sous l'influence des injections de sérum antidiphtérique, mais, en revanche, l'action dépressive de la toxine diphtérique se trouverait, dans une certaine mesure, paralysée par l'eau oxygénée, qui favorise les oxydations.

M. Novikov recommande habituellement aux malades de se gargariser, nuit et jour, avec du peroxyde d'hydrogène à 3 p. 100 étendu d'eau (2 ou 3 cuillerées à bouche pour un verre d'eau). Dans les cas où il s'agit de tout petits enfants qui ne savent pas se gargariser, M. Novikov prescrit de l'eau oxygénée à l'intérieur, en formulant ainsi qu'il suit :

Peroxyde d'hydrogène... 5 à 7 grammes.  
Eau distillée... 86 —  
Sirop simple... 15 —

Afin d'activer le décollement des pseudo-membranes, il est bon de pratiquer, deux ou trois fois par jour, des badigeonnages de la gorge avec de l'eau oxygénée à 3 p. 100. Ces applications, qui ne sont point douloureuses, ne doivent pas cependant être ré-

pétées trop souvent, car elles pourraient déterminer, à la longue, de l'oedème du voile du palais.

Ajoutons que les gargarismes à l'eau oxygénée ont aussi donné, entre les mains de M. Novikov, d'excellents résultats contre les angines non diphtériques et dans diverses stomatites surtout d'origine mercurielle.

(*Le concours médical.*)

## MALADIES VENERIENNES

### La conférence de Bruxelles pour la prophylaxie des maladies vénériennes

La 2ème conférence internationale pour l'étude des moyens de prophylaxie des maladies vénériennes, fondée sur l'initiative de M. le Dr Dubois Havenith, de Bruxelles, s'est tenue à Bruxelles en septembre 1902.

Nous attirons surtout l'attention de nos lecteurs sur les conclusions adoptées par la conférence. La conclusion la plus importante est celle relative à la réglementation.

La réglementation de la prostitution sous sa forme actuelle doit être condamnée.

D'autres conclusions ont une importance réelle aussi, et ne sont pas simplement négatives.

Les prostituées vénériennes doivent être considérées comme des malades atteintes d'affections contagieuses et non comme des coupables.

La lutte contre la prostitution des mineures doit être engagée d'une manière active, par la création de sociétés de patronage auxquelles peuvent être confiées les mineures prostituées et en danger de se prostituer; par l'obligation d'une éducation tutélaire aux moralement abandonnées, et l'instruction obligatoire sous forme de cours d'adultes jusqu'à dix-huit ans; par la suppression des cafetiers et cabaretiers qui prêtent leurs locaux à la prostitution, par la punition de la séduction, etc.

Certaines réformes intéressantes dans l'organisation des hôpitaux ont été proposées. Ainsi on a voté le vœu que le traitement gratuit soit assuré dans la plus large mesure possible à tout vénérien, que les dispositions défavorables aux vénériens disparaissent des consultations, que le secret médical soit respecté dans les hôpitaux. Des propositions tendant à créer des dispensaires de quartiers, à organiser la consultation individuelle dans les hôpitaux, la séparation des sexes aux consultations, la création de services de dermato-vénérologie dans les divers hôpitaux, à mettre le traitement des vénériens à la charge de l'Etat, à

proscrire le traitement par les charlatans, ont été votées à une grande majorité.

Sans voter l'institution de lois destinées à infliger une responsabilité civile et pénale aux contamineurs, semblables à celles de la Norvège, la conférence a été d'avis d'utiliser largement les dispositions législatives actuelles pour réprimer la contamination en dehors de la prostitution.

Il a été convenu que la vulgarisation du péril vénérien serait faite de la manière la plus large auprès du public et complétée par l'éducation de la jeunesse scolaire, par des instructions données aux conscrits. Une notice, une brochure et un livre traitant des dangers de la blennorrhagie et de la syphilis seraient rédigés sous le contrôle de la conférence et répandus dans le monde entier.

Des mesures sévères doivent être prises pour empêcher la contamination "extra génitale" par les nourrices, la vaccination, les instruments du travail.

En ce qui concerne la statistique, la Conférence a décidé de créer un bureau international chargé d'établir des bases uniformes.

Enfin, il a été décidé de créer une organisation permanente sous forme d'une "Société internationale de prophylaxie sanitaire et sociale de la syphilis" destinée à grouper les efforts faits dans les divers pays, et à faciliter tous les progrès, en prenant pour base ceux qui ont été accomplis sur un point particulier.

(*Le concours méd.*)

## FORMULAIRE

### Posologie du chlorate de potasse

Le chlorate de potasse est d'un emploi fréquent dans la pratique infantile, principalement comme modificateur de muqueuses bucco-pharyngées. Or, quand il est administré à l'intérieur, à doses tant soit peu fortes, il expose à des accidents mortels, et cependant il passe pour un sel inoffensif aux yeux de bien des gens.

Quand on l'administre en potion, on le prescrit en suspension dans une potion gommeuse, aux doses suivantes :

Pour un enfant :

de 0 à 15 mois. .... 0 gr. 05 à 0 gr. 20 *pro die*.

de 15 mois à 3 ans. . 0 gr. 25 à 0 gr. 50 —

de 3 à 5 ans..... 0 gr. 50 à 1 gr. —

de 5 à 12 ans..... 1 gr. à 2 gr. —

à prendre par cuillerées à café dans le courant de la journée, et à intervalles réguliers.

Pour l'usage externe, on le prescrit en gargarismes et en collutoires, on pourra prescrire :

Chlorate de potasse.....	5 grammes.
Sirup de mûres.....	50 —
Eau distillée.....	150 —

M. — Pour gargarisme, chez les enfants un peu avancés en âge. — Recommander et veiller à ce que l'enfant n'avale pas le liquide.

Chez les enfants peu avancés en âge, on se bornera à badigeonner la muqueuse de la bouche ou de l'arrière-gorge avec le collutoire suivant :

Chlorate de potasse.....	3 grammes.
Glycérine.....	30 —

M. — Pour l'usage externe.

— Le chlorate de soude est bien plus maniable et s'emploie en solutions saturées :

Chlorate de soude.....	250 grammes.
Eau distillée.....	750 —

(Concours méd.)

#### FORMULES DIVERSES POUR SUPOSITOIRES AL A NAPHTALINE

(MINERAL)

L'auteur conseille des suppositoires préparés d'après la formule suivante :

Beurre de cacao.....	} à 10 grammes
Naphtaline.....	

Lorsque les ulcérations siègent plus haut que la partie du gros intestin justiciable des suppositoires, l'auteur a recouru aux lavements huileux :

Huile d'olive.....	20 grammes
Naphtaline.....	5 —

Au début de la dysenterie, grâce au ténésme, les lavements ne peuvent guère être gardés plus d'une demi-heure. Ils devront alors être répétés trois ou quatre fois en vingt-quatre heures.

Ultérieurement, les malades arrivent peu à peu à garder ces lavements pendant cinq ou six heures et même à les absorber. Ils présentent en outre l'avantage de ne pas provoquer de constipation.

Rosbach emploie la naphtaline sous la forme suivante, que l'auteur considère comme inférieure à la méthode qu'il conseille :

Eau bouillante.....	100 grammes
Naphtaline.....	0 gr. 05 cen
Décoction de guimauve.....	500 grammes

Pour un lavement à injecter à la température de 37°.

Le traitement est évidemment contre-indiqué dans les cas, rares d'ailleurs, où il existe des ulcérations dans l'intestin grêle,

L'auteur a appliqué la même méthode au traitement des oxyures. Onze enfants, infectés par ces parasites, ont été guéris ainsi en moins de huit jours. La formule employée était la suivante :

Naphtaline.....	1 gr. à 1 gr. 30 centig.
Huile d'olive....	40 gr. à 60 grammes.

Pour un lavement.

Chez l'adulte, il faut employer des doses plus fortes :

Naphtaline.....	5 à 6 grammes
Huile d'olive.....	60 à 80 —

Pour un lavement.

(Jour. de méd. de Paris)

#### CONTRE LES MENSTRUATIONS IRREGULIERES.

(A. ROBIN.)

On ordonnera à la malade de prendre, au moment des deux principaux repas, huit jours avant l'époque présumée des règles, 1 à 3 cuillerées à café de la potion suivante :

Elixir de Garus.....	100 gr.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis..	} à 5 gr.
— de viburnum prunifolium.....	
— de gossypium herbaceum.....	

On cessera dès le jour réglementaire de l'époque, afin de ne pas influencer celle-ci ; mais si le flux traîne plus que raison, ce qui est fréquent, on reprendra la mixture dès le premier jour. En cas d'intolérance pour les médicaments de cette prescription, on pourrait conseiller l'usage des pilules d'ergotine suivantes :

Ergotine.....	0 gr. 10
Poudre de sang-dragon.....	0 gr. 10

Pour une pilule ; 1 à 6 par jour.

ou bien la potion suivante :

Ergotine.....	5 gr.
Acide gallique.....	0 gr.
Sirup de térébenthine.....	30 gr.
Eau de tilleul.....	130 gr.

1 à 6 cuillerées par jour.

(Jour. de méd. de Paris.)

#### NOUVELLES.

NAISSANCE :—

A Lachine, le 7 courant, l'épouse de M. le Dr J. A. Beaudoin, une fille.

MARIAGES A L'HORIZON :—

On annonce pour le 20 janvier, le mariage de mademoiselle Adèle Cimon, de la Malbaie, avec M. le Dr Beauchamp, de Chicoutimi.

NÉCROLOGIE :—

Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mme Dr J. A. St-Denis, décédée subitement le 20 de ce mois, à l'âge de 27 ans.

Nos sympathies à notre confrère si cruellement éprouvé.

## Supplement Littéraire

YVETTE OU YVAN.

par M. le Dr F. X. LE NOBLET DUPLESSIS.

Mi-décembre. . . Au dehors, tout grelotte. Un vent glacial cingle la figure du piéton attardé. Une buée âcre s'engouffre dans les poumons, produit un crissement pénible à l'épiglotte, et s'échappe en jets vaporeux par les narines grouillantes. Des larmettes incoercibles perlent à la paupière, glissent furtivement sur les ailes du nez, et, finalement, se métamorphosent en cristaux minuscules sur les moustaches hérissées, grisonnantes de givre. Une chaleur lancinante envahit le bout des oreilles en les gerçant et les exfoliant. Les extrémités digitales s'engourdissent, se recoquillent au fond des poches. Un léger frisson folichonne sous la plante des pieds et s'insinue frileusement jusqu'au mollet. La terre est recouverte d'un épiderme nacré qui crépite sous les pas. Tout grelotte, au dehors.

Au dedans, un nid bien chaud. Monsieur déguste un havane en lisant le journal. Madame brode une chemisette de poupon. Un parfum de violette se mêle à l'arôme du cigare dont la fumée serpente autour d'un candélabre allumé. De légères bouffées s'esquivent parfois du tourbillon et auréolent le front de la jeune femme. Un bon feu danse dans l'âtre, l'eau gargouille, chante dans la bouillotte et fait chorus avec les rafales du vent qui caracole dans la cheminée. Scène d'intérieur heureux, idéal, de lune de miel sans nuages et qui dure depuis tantôt un an.

"Dis donc, minou blanc, mes calculs sont faits et tu peux railler à ton aise, ça sera pour la nuit de Noël. Puis, ce n'est pas tout ; ta poulette a fait une neuvaine et elle a la conviction intime, le pressentiment que ça sera une fille. On l'appellera Yvette."

Minou blanc,—un grand brun à barbe noire—aspire de son cigare une longue halénée qu'il laisse filtrer lentement entre ses lèvres où voltige un sourire contrarié.

"Voyons, ma poulette chérie, pourquoi insister et me contredire. Je te le répète pour la centième fois, il faut, je veux que ce soit un garçon et cela sera. Une fille ? . . . Tu connais mes idées sur ce

chapitre. J'adorerais bien un brin de fillette, jolie et gentille comme sa petite mère, mais . . . plus tard. Nous sommes jeunes encore. Pour le moment, c'est un héritier mâle qu'il me faut, oui, un gars solide qui, dans vingt ans me succèdera aux affaires, dorlotera sa maman et douillettera son bonhomme de père, criblé de rhumatismes. Une fille ? . . . Oui. . . Oui . . . après. D'abord, un petit Yvan pour moi, et, ensuite, une petite Yvette pour toi."

"Non, non, égoïste. Yvette pour le jour de Noël. Je n'en démordrai pas, mon chou. D'ailleurs, tu verras. . . Santa Claus m'exaucera."

Il se faisait tard lorsque cette discussion prit fin. L'un et l'autre soutenaient leurs idées comme seuls savent les soutenir deux époux amoureux qui ont une idée fixe. Enfin, à bout d'arguments, on s'était embrassé sur les deux joues, et, quelques minutes plus tard les auteurs du futur héritier sommeillaient sous l'égide de Morphée, unique confident de leurs rêves.

Minuit, 25 décembre.—Au dehors, les cloches carillonnent à toute volée et portent au loin l'écho du "Minuit, Chrétiens."

Au dedans, madame repose dans un grand lit, la figure pâle, légèrement contractée par la douleur.

Au chevet, monsieur caresse la main potelée et fiévreuse de sa tendre moitié. Il est nerveux, son cœur bat la farandole, ses paupières sont humides.

Cependant les "tranchées" se font de plus en plus fréquentes et la chère petite qui va devenir mère pousse des cris à fendre l'âme. Enfin, un dernier spasme, un petit cri suraigu et la pauvre malade retombe sur sa couche dans un état demi-comateux. Le bon docteur Z, qui a conduit rondement la besogne sépare le nouveau né de sa mère et se dispose à le remettre à la bonne lorsque la voix anxieuse du mari se fait entendre : "Docteur, est-ce un garçon, une fille. . . ? Dites. . ." Z. fait une petite inspection, machinalement, puis. . . hésite, regarde de nouveau, tousse, crache, rajuste son binocle, et d'une voix de stentor : "Ventre de biche, monsieur, c'est une androgyne, une hermaphrodite . . ."

Au dehors, tout grelotte.





DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LE DR BROCHU AU  
BANQUET QUI LUI A ÉTÉ DONNÉ PAR SES  
CONFRÈRES LE 12 DU MOIS DER-  
NIER A L'HOTEL ST-LOUIS  
A QUÉBEC.

(Suite et fin)

Il me plaît d'affirmer de nouveau ici, ce soir, que toutes ces initiatives, de même que les luttes engagées, ont eu leur conception dans une même idée dominante et qu'un même but les rend solidaires dans notre esprit: favoriser notre avancement scientifique, maintenir nos privilèges, et faire honneur à nos institutions nationales.

Il serait par trop téméraire de ma part de porter un jugement sur le mérite de ces oeuvres auxquelles nous avons dévoué toutes nos énergies, surtout dans un moment où l'on se sentira peut-être trop porté à les exalter pour en faire ressortir un éloge personnel.

Nous pouvons tous, néanmoins, nous rendre le témoignage que notre but a été louable et patriotique. Et tout en ne tenant compte que des premiers résultats de l'oeuvre accomplie, nous ne pourrions nous empêcher de reconnaître qu'ils ont marqué de réels progrès dans toutes les sphères de notre activité actuelle.

Mais cette oeuvre est avant tout une oeuvre d'avenir; nous n'avons encore fait qu'en jeter les premières bases; et elle n'aura son plein épanouissement et ses résultats les plus appréciables qu'à une époque, plus ou moins éloignée, où d'autres progrès, qui lui sont corollaires, auront pu être réalisés.

Il appartiendra aux jeunes générations, qui vont suivre, de lui donner son plus grand éclat et de lui ajouter son couronnement.

Nous avons le droit de fonder les meilleures espérances, à ce point de vue, sur l'élite de la jeunesse qui est appelée à prendre une place prépondérante dans les rangs de notre profession,—et c'est à nos chers étudiants en médecine comme à tous nos plus jeunes confrères que je m'adresse particulièrement en ce moment.

Les jeunes médecins de cette génération et les futurs candidats à notre profession jouiront, sous le rapport de leur formation intellectuelle et de leur éducation scientifique, de conditions nouvelles, dont leurs devanciers devront regretter d'avoir été privés. Non seulement la durée du cours des études professionnelles aura été augmentée, les programmes modifiés de manière à en relever le niveau et à assurer une plus large place à l'enseignement pratique, mais à

côté de cet enseignement, l'Université leur offrira désormais l'avantage inappréciable d'être admis à suivre des cours didactiques de littérature française, sous la direction d'un professeur émérite, et tous seront à même de profiter d'un haut enseignement littéraire qui leur apprendra à mieux connaître l'esprit et le génie de cette belle langue, dont nous aimons tant à conserver le culte.

On ne saurait trop encourager la jeunesse, et même les médecins plus avancés, à associer les études littéraires à leurs études médicales.

C'est surtout sur ce terrain nouveau, que nous avons ouvert à leur ambition dans les sociétés d'études, dans les congrès scientifiques, ou même simplement dans l'oeuvre de collaboration aux journaux de médecine, que tous les médecins praticiens, appelés à jouer un rôle, sentiront la lacune d'une éducation imparfaite, sous ce rapport, et qu'ils apprécieront mieux les avantages de cette douce culture de leur esprit.

Mais, je m'aperçois que je me laisse entraîner à de trop longues considérations. Je ne devrais pas oublier que nous sommes réunis, ici ce soir, dans une fête intime et toute confraternelle, où chacun a bien le droit de s'attendre de goûter un délassement mérité, après les fatigues qui nous ont été imposées par le travail des oeuvres que nous nous plaisons à rap-

peler. Je ne saurais terminer, cependant, sans offrir de nouveau, mes plus vifs et mes plus sincères remerciements à mes très estimables confrères, qui ont pris l'initiative de ce banquet: l'éclat qu'ils ont su lui donner, sa parfaite ordonnance témoignent bien que le talent d'organisation chez eux, est à la hauteur de l'amitié et de la générosité de leurs sentiments.

Je remercie, de tout mon cœur, les amis personnels et les amis dévoués et sympathiques de notre profession, qui ont bien voulu prendre part à cette démonstration si cordiale.

Je dois un hommage particulier de ma reconnaissance aux personnes distingués qui nous ont fait l'insigne honneur d'assister à cette agape confraternelle, et dont ils ont grandement contribué à rehausser l'éclat. Je les remercie en mon nom personnel et au nom de tous mes confrères, pour cette haute marque d'estime et d'appréciation dont ils ont bien voulu nous honorer, et qui témoigne bien de leur intérêt pour notre profession.

Ce banquet, je ne saurais le dire assez haut, sera l'un des événements les plus heureux de ma vie professionnelle et le souvenir n'en restera à jamais ineffaçable. Encore une fois, merci à tous, et du plus profond de mon cœur.

## CORRESPONDANCE PARISIENNE

DE LA SEPARATION DE L'URINE DES  
DEUX REINS ET DU CHOIX D'UN  
DIVISEUR VESICAL.

par M. le Dr Z. RHÉAUME.

Depuis longtemps déjà on escomptait les avantages précieux dont on pourrait bénéficier en clinique en recueillant séparément, dans certains cas, la sécrétion de chaque rein.

Sans vouloir faire l'historique de l'évolution de cette intéressante question, je me permettrai d'énumérer quelques-uns des nombreux procédés, plus ou moins complexes, qui n'ont pas eu le succès auquel on s'attendait, mais qui ont, au moins, le grand mérite d'avoir suggéré les importantes modifications techniques dont nous bénéficions depuis si peu de temps et qui paraissent être le dernier mot de la science en la matière.

Pour recueillir séparément l'urine des deux reins on a eu recours à "la compression d'un uretère : (a) en obturant directement un orifice urétéral dans la vessie (b) ou même sur son trajet, (c) en faisant la compression indirecte de l'orifice urétéral par le rectum, etc.

"Le cathétérisme de l'uretère" a été pratiqué de plusieurs manières différentes et quelques auteurs conseillent une véritable intervention chirurgicale. Enfin on en était arrivé, comme procédé de choix, à faire "l'éclairage intérieur de la vessie et, avec le cystoscope, le cathétérisme de l'uretère."

Pour obtenir l'urine de l'autre rein, on place une sonde dans la vessie. L'urine de ce dernier rein se trouve ainsi mélangé avec les sécrétions de la vessie, et, si celle-ci est altérée par un état pathologique quelconque, on sera exposé à faire des erreurs de diagnostic et à imputer au rein une lésion qui est essentiellement vésicale.

Quelques-uns prétendent avoir eu des succès avec les méthodes plus haut mentionnées, mais ces succès étaient très relatifs puisque ces méthodes n'étaient applicables que chez la femme et requéraient

aussi une grande dextérité et beaucoup de patience de la part de l'opérateur.

Depuis un an, à peine, les modifications instrumentales ont marché tellement rondement que nous possédons aujourd'hui deux instruments ingénieux, s'appliquant aussi bien chez l'homme que chez la femme, et donnant des résultats surprenants. Ces "diviseurs vésicaux" (c'est ainsi qu'on les nomme, et pour cause) ont été inventés, le premier par Luys, de l'Hôpital Lariboisière, et le second, par Cathelin, de l'Hôpital Necker.

L'idée de cloisonner intérieurement la vessie pour la récolte séparée des urines revient à Neumann. Les nouveaux appareils de Luys et de Cathelin ont le même principe. Nous décrirons chacun de ces instruments et nous discuterons ensuite les avantages de l'un sur l'autre.

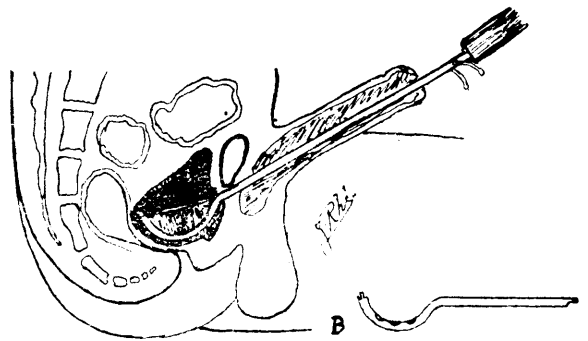


FIGURE 1

L'instrument de Luys, introduit dans la vessie, en déprime la paroi inférieure. La chaîne de la lame métallique est tendue et recouverte de sa chemise caoutchoutée.

B. — Une des sondes désarticulées, vue par sa face interne.

Au lieu de cloisonner la vessie par des manoeuvres externes et des applications de leviers vaginaux, pour la femme, et rectaux pour l'homme ; au lieu de faire ainsi un "toit," l'un des deux procédés nouveaux fait un "puits," tandis que l'autre ne fait que cloisonner la vessie sans faire ni "toit" ni "puits"; tous deux, cependant, suppriment ainsi du même coup, les leviers.

Appareil de Luys.—Voici l'appareil de Luys, tel que récemment modifié par l'auteur même.

Ce séparateur des urines se compose de trois parties réunies : deux sondes métalliques et une pièce intermédiaire.

Les sondes métalliques du premier instrument de Luys présentaient la courbure d'un cathéter métal-

lique de Guyon, mais elles ont été modifiées et présentent aujourd'hui la courbure que nous avons tracée sur la figure numéro 1. Près du bec de ces sondes sont percées des ouvertures à leur face interne. Ces ouvertures permettent à l'urine de chaque division de la vessie de s'écouler à l'extérieur.

"La pièce intermédiaire est constituée par une lame métallique de même courbure que les sondes. Dans la concavité de cette lame, et formant la corde de l'arc, constitué par l'extrémité de cette lame métallique, peut se tendre ou se détendre une chaîne analogue à celle de la scie à chaîne. Toute la pièce est recouverte par une chemise en caoutchouc, et l'on comprend ainsi que, lorsque la chaîne est tendue, il s'élève entre les deux sondes une véritable cloison, tandis, qu'au contraire, lorsqu'elle est détendue, l'élasticité du caoutchouc applique la chaîne sur la concavité de la cloison métallique. La manoeuvre du rideau de caoutchouc est commandée par une vis, située à l'extrémité libre du manche de l'instrument. Les trois pièces de l'instrument sont réunies entre elles à chacune de leurs extrémités, à l'une par le manche, à l'autre par une petite vis commune.

La pièce métallique intermédiaire aux deux sondes, recouverte de sa chemise caoutchoutée, dépasse légèrement par sa position convexe, la convexité des deux sondes ; de telle manière que, autant par sa convexité que par sa concavité, cette pièce intermédiaire forme bien une véritable cloison." (Luys, "Presse Méd.," 11 janv. 1902).

M. Luys a supprimé dans son appareil la partie qui servait, au début, à faire l'aspiration du liquide. Il laisse tout simplement, maintenant, dans la vessie quelques grammes de liquide qui font siphon.

Appareil de Cathelin.—Cathelin a gradué son appareil et lui a donné le nom de "diviseur vésical gradué."

"Ce diviseur vésical se compose (figures 2 et 3) d'un cylindre, répondant au numéro 25 de la filière Charrière, et dont le bec cannelé est celui d'un lithotriteur. Ce tube commun en renferme trois autres : (a) Un tube médian, aplati latéralement, dans lequel se meut à frottement doux un mandrin gradué, la tige porte-membrane, à l'extrémité vésicale de laquelle est fixé, par un mécanisme automatique, un ressort

métallique recourbé sur lui-même, et qui peut sortir du tube en se développant sous forme de large raquette. Il est entouré d'une membrane simple de caoutchouc tendue dans son plan et fixée en position de détente maxima du ressort, lequel agit par son élasticité propre, sans tendre, à proprement parler, la membrane qu'il ne fait que déplier sans effort. Cette membrane est l'âme de l'appareil, et son ressort a une trempe spéciale.

Il suffit de retirer le mandrin pour plisser la membrane, aplatir le ressort et faire rentrer le tout à la manière d'un éventail. La membrane est maintenue verticale dans la vessie, grâce à l'inclinaison et à la conelure du bec dont la courbure permet d'accrocher le pubis avec facilité, et, par conséquent, de se repérer

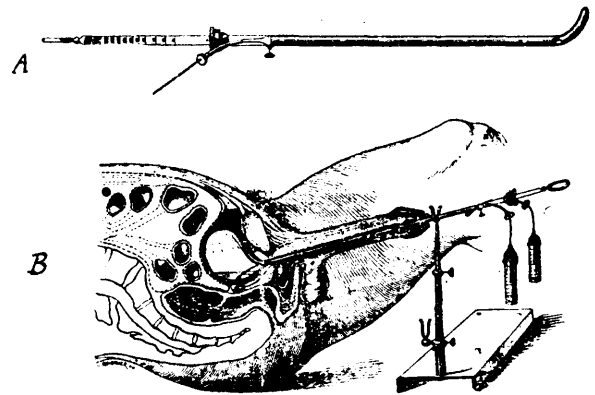


FIGURE 2 et 2 bis  
L'instrument de Cathelin : A. Le mandrin porte membrane retient complètement celle-ci à l'intérieur du cylindre. B. L'instrument en place dans la vessie.

facilement au col. En outre, le tube médian est fendu à son extrémité vésicale de telle façon que la membrane, au lieu de déplier, suivant l'horizontale du tube, se développe dans l'angle dièdre inférieur en cloisonnant en même temps le col et la fin de l'urètre postérieur.

Enfin, le mandrin, qu'on fait glisser comme le piston d'une seringue, est gradué sur une de ses faces. Une fois pour toutes, une graduation a été établie par le calcul, d'une façon très rigoureuse. Les chiffres marqués correspondent exactement aux capacités vésicales de 10 à 300 grammes. (Cathelin, dans la "Presse Méd.," 14 juin 1902)."

(b) Deux tubes latéraux laissent passer des petites sondes métalliques qui sortent par deux yeux obliques disposés latéralement à l'extrémité du tube commun et de chaque côté de la rainure. Par un mé-

canisme automatique les deux petites sondes s'écartent latéralement, prêtes à recevoir l'urine. L'instrument se compose aussi de petits accessoires qui n'ont aucune importance ici pour la discussion de la supériorité d'un des deux instruments sur l'autre.

Nous avons eu la grande satisfaction de voir MM. Luys et Cathelin appliquer leur appareil respectif, avec succès chez plusieurs patients. L'un et l'autre instrument sont faciles à employer et peuvent être utilisés par le praticien le moins expérimenté. L'introduction intra-vésicale, dans les deux cas, est aussi facile que celle d'un explorateur ou d'un lithotriteur ; la douleur est nulle.

L'appareil de Luys, plus simple que celui de son collègue, nous paraît être applicable avec succès dans un grand nombre de cas. L'auteur prétend avoir eu des succès dans des vessies de 20 à 300 grammes de capacité ; il a également divisé la vessie de sujets prostatiques. Sans vouloir contester à M. Luys les succès qu'il réclame, nous concevons difficilement que son appareil, qui a une courbure fixe et spéciale (fig. 1), puisse s'adapter à toute la surface des bas-fonds vésicaux qui accompagnent les hypertrophies irrégulières de la prostate. Que le contact de l'instrument avec la vessie fasse défaut seulement dans une petite portion du bas-fond, et cela suffira pour qu'il y ait communication et mélange de l'urine des deux parties de la vessie incomplètement divisée.

Que la face postérieure de la vessie soit comprimée et portée en avant par une tumeur rénale ou abdominale quelconque, que la vessie soit ainsi mécaniquement aplatie, et l'instrument ne trouvera pas l'espace pour pouvoir être introduit dans la vessie. En effet, la courbure de l'instrument (fig. 1), depuis son bec jus'qu'à l'angle formé par la courbure même et la partie rectiligne, décrit un arc de 7 centimètres : par conséquent, l'instrument nécessite pour son application un espace entéro-postérieur de 7 centimètres. Une vessie enflammée et de petite capacité (de 30 grammes, par exemple,) ne tolérerait pas un instrument de cette dimension sans être distendue par des pressions douloureuses du bec de la sonde.

L'instrument de Cathelin semble dissiper les objections que nous formulions plus haut. La courbure de sa sonde permet au bec de venir s'accoler

derrière le pubis, ou derrière l'obstacle, quel qu'il soit. La division vésicale ici se fait indépendamment de la sonde (fig. 3). La membrane se moule sur le bas-fond vésical et sur les obstacles qu'elle rencontre. L'instrument, étant gradué, peut s'adapter aux capacités variantes de l'organe enflammé, de 10 à 300 grammes, sans le mettre en tension.

J'ai vu Cathelin appliquer son appareil avec un succès égal aux précédents dans un cas de cystocèle. Je crois que l'instrument du Luys répondrait aussi aux exigences, dans cette difformité acquise de la vessie, cependant, ce dernier auteur ne rapporte pas encore de cas " divisés " dans ces conditions.

Indications de la division des urines.—La division des urines est indiquée chaque fois qu'il y a intérêt à faire l'analyse séparée de la sécrétion de chaque rein.

Dans les néphrites médicales susceptibles d'une intervention chirurgicale. On peut juger alors, mieux que par l'épreuve du bleu de méthylène, du pouvoir fonctionnel de chaque rein.

Lorsque, dans une vessie à urine trouble ou sanglante, on est incertain de la provenance directe du pus ou du sang.

J'ajouterai enfin que, comme mesure de prudence, on devrait faire la division des urines chaque fois que l'on doit intervenir chirurgicalement sur un des deux reins. En effet, ce procédé est d'un aide précieux pour corroborer, contrôler et affirmer ou détruire les diagnostics déjà posés.

Pour donner plus de force à cette dernière suggestion, permettez-moi de rapporter le cas suivant :

Un patient présentait des lésions manifestes de tuberculose rénale. Après avoir été examiné soigneusement par plusieurs chirurgiens compétents, on décide de faire la néphrectomie du rein droit. Au palper on sentait dans la région rénale droite une tumeur assez volumineuse et sensiblement douloureuse. Du côté gauche tout paraissait normal, et le rein n'était même pas accessible au palper bi-manuel. Par conséquent, tout semblait indiquer que la lésion était bien à droite.

Par un heureux hasard, on fait la division vésicale qui donne le résultat suivant : du côté gauche " sécrétion nulle," tandis que le côté droit donne une quantité d'urine supérieure à la normale.

Dès lors, on décide donc d'intervenir à gauche plutôt qu'à droite. Et l'on aperçoit à l'opération un rein atrophié, scléreux et difficile à trouver. Voici ce qui s'était passé : le rein gauche, ne fonctionnant plus, s'était atrophié, et le droit remplissait à lui seul les fonctions d'élimination. Je vous demande ce que serait devenu ce pauvre patient si on ne lui avait fait la division vésicale.

Conclusions.—1°. On doit recueillir séparément les urines : (a) chaque fois que le diagnostic entre une lésion vésicale ou rénale est douteux ; (b) et, en principe, toutes les fois que l'on doit intervenir chirurgicalement sur un rein.

2° La division vésicale, par les procédés de Luys et Cathelin, est une intervention simple pouvant être faite par tous les praticiens. Ce doit être le procédé de choix.

3° Dans la grande majorité des cas l'appareil de Luys est suffisant.

4° Chez le prostatique, chez l'homme en général, et dans les petites vessies nous donnons la préférence à l'instrument de Cathelin.

20 rue de l'Estrapade, Paris.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Pathogénie des éruptions sérothérapiques et moyens de les éviter

Dans la séance du 24 septembre de la section de pédiatrie du Congrès des naturalistes et des médecins allemands à Carlsbad, M. le prof. Monti, de Vienne, a fait une communication sur les exanthèmes consécutifs aux injections de sérums antitoxiques. D'après l'auteur, ces éruptions seraient dues, comme l'admet, d'ailleurs, le prof. Oertel, à l'action toxique du sérum sanguin hétérogène. Et de fait, MM. Monti et Johannessen ont pu provoquer, chez des sujets sains, des exanthèmes, aussi bien précoces que tardifs, en tout semblables à ceux qu'on observe à la suite d'injections de sérum antidiphthérique, par l'injection d'un sérum sanguin de provenance animale, simplement stérilisé. La quantité de sérum paraît jouer un rôle important

dans la production de ces éruptions dont elle influence également la forme. M. Kolman a pu se convaincre de ce fait dans ces essais thérapeutiques récents, relatifs au traitement de la syphilis par les injections de sérum sanguin de mouton. La fréquence des exanthèmes sérothérapiques est, en général, en proportion directe de la quantité de sérum hétérogène injectée en une fois. Ces éruptions sont devenues sensiblement plus rares depuis qu'on se sert de sérums antitoxiques plus concentrés. C'est ainsi que M. Monti ne les observe plus que dans 3 p. 100 des cas après injections de sérums antidiphthérique. Cependant, l'auteur admet que les exanthèmes dont il s'agit peuvent se montrer parfois à la suite d'injections sérothérapiques à petites doses. Ils seraient dus alors à l'emploi de sérums de mauvaise qualité, d'aspect trouble et ne se clarifiant pas par le chauffage.

Pour éviter les éruptions sérothérapiques, M. Monti recommande de se servir toujours de sérums antitoxiques concentrés, dont il suffit d'injecter une petite quantité et de n'employer que des sérums parfaitement limpides. Si on n'a à sa disposition qu'un sérum trouble ou contenant même un précipité floconneux, on ne se décidera à l'utiliser que s'il redevient limpide après avoir été chauffé, à plusieurs reprises, jusqu'à 35°.

M. le prof. Rauchfuss, de St-Petersbourg, estime que ces éruptions sérothérapiques ne dépendent pas de la quantité de sérum qu'on injecte, mais représentent un mode de réaction purement individuel des malades.

M. le prof. Escherich, de Vienne, est d'avis que ces éruptions n'offrent aucune gravité, et qu'elles sont le plus souvent le résultat d'une idiosyncrasie. Quant à la quantité de sérum hétérogène injecté, elle ne paraît jouer aucun rôle dans la pathogénie de ces exanthèmes, comme le montrent les récents essais sérothérapiques de M. Moser, qui a pu injecter, sans inconvénients, jusqu'à 180 grammes de son sérum antiscarlatineux (voir "Bulletin médical," 1902, p. 843).

M. le prof. Heubner, de Berlin, dit avoir injecté de 100 à 180 cc de sérum de mouton sans jamais noter d'accidents toxiques.

(Bull. méd.)

#### La collique de plomb

On ne sait plus traiter la collique de plomb. L'ancien traitement des Frères de la Charité est oublié et c'est un tort. Le séné est le meilleur médicament à employer dans l'espèce ; c'est un évacuant qui ne produit pas de coliques si l'on a soin de laver préalable-

ment dans l'alcool les follicules qui abandonnent de la sorte un principe irritant.

Le praticien prescrira :

Follicules de séné lavés à l'alcool. .20 grammes.

Faire infuser une demi-heure.

Ajouter :

Sirap de nerprun. . . . . 30 grammes.

A avaler par petites gorgées.

Cette purgation provoque des garde-robes qui soulagent le malade. Le second jour, on recourra à un purgatif plus doux. La casse et la manne sont à recommander :

Casse. . . . .

Manne. . . . . ââ 30 grammes.

Faire infuser dans un demi-litre d'eau bouillante.

A avaler à jeun.

Le troisième jour, on recourra à un lavement avec un électuaire de l'ancienne pharmacopée : l'électuaire diaphoenix :

Electuaire diaphoenix. . . . . 15 grammes.

Eau tiède. . . . . 200 —

Cet électuaire pourra être absorbé par la bouche et dès le second jour; en place de l'infusion de casse et de manne, si les coliques sont faibles.

En cas de forte intensité des coliques, on renforcera au contraire l'action de l'infusion de casse en y ajoutant du tartre stibié :

Casse. . . . . 30 grammes.

Tartre stibié. . . . . 0 gr. 05.

Eau bouillante. . . . . 300 grammes.

Cette infusion, qui sera bue par petites gorgées, produira une action à la fois vomitive et purgative.

Grâce à cette méthode, les coliques de plomb les plus intenses éprouveront un amendement rapide.

(*Journ. des praticiens*)

#### Effets hemostatiques de l'injection sous-cutanée massive d'eau salée dans la maladie de Werlho

Autant qu'il est permis d'en juger par une observation unique, l'hypodermoclyse avec une solution physiologique de chlorure de sodium serait susceptible de remplacer, dans certaines diathèses hémorragiques, l'injection sous-cutanée de sérum gélatiné.

Il s'agissait dans ce cas, relaté par un médecin militaire russe, M. Alyguine (*Voyénno méd. journ.*, septembre 1902), d'un jeune soldat atteint d'adénie.

Ce malade fut soumis, entre autres moyens de traitement, à des onctions avec une pommade iodo-

iodurée sur les ganglions tuméfiés. Quelques jours plus tard, il fut pris de purpura hémorragique avec suffusions sanguines sous-cutanées étendues et hémorragies incessantes par le nez, les conduits auditifs externes, les conjonctivites oculaires, l'intestin, etc., que rien ne parvenait à enrayer. Enfin pour ranimer le malade qui se trouvait à la dernière extrémité, on lui pratiqua plusieurs injections sous-cutanées de 400 gr. environ de sérum physiologique. Dès la première injection, les hémorragies s'amendèrent, puis elles s'arrêtèrent définitivement. Les symptômes de la maladie de Werlho (qui, dans ce cas, paraissent avoir été sous la dépendance des applications de la pommade iodo-iodurée) se dissipèrent, mais l'adénie n'en persista pas moins.

(*Bull. Méd.*)

#### Traitement de l'incontinence nocturne d'urine par le massage

Voici de quelle façon procède Herbsman. Le malade mis en position à la vache, l'index de la main droite est introduit dans le rectum et poussé jusqu'au col de la vessie qu'il masse par sa surface palmaire, d'abord en sens transversal, ensuite en sens longitudinal. Ces manipulations sont faites d'abord légèrement, puis petit à petit on augmente l'intensité des frictions. La durée de ces manipulations varie de deux à trois minutes, après quoi on imprime au col des mouvements de secousse pendant une demi-minute.

Les séances ont lieu tous les jours ou tous les deux jours suivant les cas.

Dans les cinq cas où l'auteur a employé ce procédé, il a observé des résultats très satisfaisants.

(*Revue de thérap. méd. ch.*)

#### Des erythèmes vaccinaux polymorphes familiaux

par le Dr DAUCHEZ.

L'auteur rapporte deux faits, survenus à cinq ans de distance, chez deux enfants d'une même famille. L'aînée des deux enfants (huitième d'une famille où l'urticaire est assez fréquente) est vaccinée le 27 mars 1897 avec du vaccin de génisse provenant de l'Académie. Le vaccin prend le sixième jour (3 pustules); mais le même jour apparaissent sans fièvre de larges papules ortiées, irrégulières, sauf à la poitrine, sur le dos, sous les aisselles et sur les moignons des épaules, ou symétriquement apparaissent des placards géométriques, circulaires ou ovales, sertis d'une couronne ou d'un ovale de 150 à 200 vésicules rouges comme des pêches. Prurit extrêmement violent. L'éruption se

reproduit quotidiennement du sixième au seizième jour, passant sur le tronc, sur les membres, le dos, le front les pieds, tantôt érythémateuse, tantôt érythémateuse et ortiée, en d'autres termes polymorphe.

Cette enfant n'a plus eu d'urticaire depuis cinq ans. Le vaccin paraît avoir été la cause occasionnelle. Son imprégnation a provoqué un véritable rash prolongé.

Le second cas est celui du frère cadet de cette fillette (onzième enfant de la même famille), qui fut vacciné deux fois. La première fois sans succès (vaccin de génisse recueilli 30 jours auparavant); la seconde fois avec du vaccin de génisse d'une autre provenance. Cette fois, un seul bouton de vaccin apparaît. Néanmoins, du sixième au onzième jour, surgit une série de vastes placards érythémateux sur le dos, l'épaule gauche, le thorax et les cuisses, le dos des mains, les joues, le front, les membres inférieurs, la jambe, le pied gauche.

L'érythème uniforme des premiers jours, devint figuré du neuvième au onzième jour, circiné ici, circulaire ailleurs, en croissant sur le thorax, quadrillé avec centre sain sur le bras.

Cet enfant, âgé actuellement de deux ans a été, pendant les seize mois qui viennent de s'écouler, atteint d'un eczéma séborrhéique excessivement rebelle.

On ne peut admettre ici une intoxication septique par le vaccin, vu l'asepsie du vaccin et de l'opération, l'éruption locale ayant été absolument normale. C'est le second vaccin, plus virulent que le premier, qui semble avoir retenti sur le système nerveux en provoquant comme dans le premier cas, un rash vaccinal, symétrique, dû aux modifications du vaccin dans l'organisme, comme l'a démontré Dominici.

(*Bull. méd.*)

**Un cas de morve humaine traité par les injections de serum normal de génisse et terminé par la guérison**

par MM. C. NICOLLE et DUBOS.

L'observation qui vient d'être rapportée présente trois particularités intéressantes : son début conjonctival, sa terminaison par la guérison, le mode du traitement employé.

La porte d'entrée du bacille morveux a été la muqueuse conjonctivale. La sensation de corps étranger, éprouvée par le malade, a sans doute été la cause de l'infection ; la contamination s'est faite vraisemblablement à ce moment par ses mains souillées inconsciemment par le virus morveux. L'apparition du ganglion préauriculaire, survenue quinze heures après, ne

permet aucun doute sur le mécanisme et la voie de l'infection. Il est à remarquer que le passage du microbe à travers la muqueuse conjonctivale s'est fait sans lésion apparente de celle-ci.

Une revue très complète que nous avons faite des cas de morve oculaire publiés jusqu'à ce jour nous a montré que cette observation est la seule dans laquelle les choses se soient passées ainsi. Dans tous les cas, il y a eu un premier stade local d'ulcération.

Le second point intéressant à relever dans notre observation est la terminaison par la guérison. Celle-ci date actuellement de dix mois. Nous avons recherché avec soin les cas analogues publiés jusqu'à ce jour. Ils ont été principalement recueillis par trois auteurs : Rayer, auquel est due, on le sait, la démonstration expérimentale de l'existence de la morve chez l'homme ; Tardieu, son élève, et M. Rémy.

De l'étude critique que nous avons faite de ces observations, il résulte que dans 34 cas seulement (y compris le nôtre), la terminaison de l'infection morveuse chez l'homme avait été la guérison. Ce chiffre est certainement trop élevé ; la plupart des guérisons notées par les auteurs ont été vraisemblablement apparentes et momentanées, et non réelles et définitives.

En effet, lorsqu'on parcourt les observations de morve chronique terminées par la mort, on est frappé de la longue durée que présente souvent la maladie : trois, quatre ans quelquefois, et jusqu'à onze ans dans un cas ; pendant cette longue évolution, la morve offre souvent des rémissions, parfois des guérisons apparentes d'une durée variable. MM. Hallopeau et Janselme ont publié une observation dans laquelle la récurrence s'est montrée après une rémission complète de trois ans.

Si nous examinons les observations de guérison publiées par les auteurs, nous voyons que dans six cas seulement les malades présentés comme guéris ont été suivis pendant un délai égal ou supérieur à trois ans. Les autres cas ne peuvent donc, jusqu'à preuve du contraire, être considérés comme des cas de guérison véritable et définitive.

Nous espérons que notre malade est bien guéri ; il nous est encore impossible cependant de l'affirmer.

Il nous reste maintenant à dire un mot du traitement spécial auquel nous avons eu recours, et qui a permis la guérison réelle ou apparente de notre malade.

Les inoculations de sérum de génisse, animal réfractaire à la morve, n'ont pas encore été essayées jusqu'à présent chez l'homme ; mais on a déjà fait de nombreuses applications de ce mode de traitement sur les animaux ; elles n'ont donné aucun résultat. L'absence de remède spécifique contre la morve nous a ce-

pendant engagé, dans notre cas, à y avoir recours ; et notre malade s'est rapidement rétabli. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence ? Cela est bien possible, puisqu'avec d'autres traitements, qu'ils ont tous indiqués comme supérieurs les uns aux autres, nos devanciers ont parfois obtenu des résultats analogues. Il se pourrait, cependant, que le sérum agisse d'une façon plus active que tout autre remède, en stimulant d'une façon non spécifique, mais efficace, les fonctions de défense de l'organisme.

Nous estimons qu'en présence d'un cas de morve, ce traitement devrait toujours être essayé.

(*La revue méd. de Normandie*)

#### De l'incontinence nocturne d'urine. Traitement par les instillations au nitrate d'argent

Le nitrate d'argent cautérise, pour ainsi dire, la vessie et calme, par conséquent, son irritation, ou au contraire il irrite par son action caustique le sphincter et le force à se contracter davantage, ou, troisième hypothèse, rendant plus sensible la région sphinctérienne, aussitôt que quelques gouttes d'urine y pénètrent, la douleur réveille le malade et le force à se lever pour uriner. Mais ces explications ne valent pas grand'chose, car le nitrate n'a pas une action très durable : une ou deux applications ne suffisent pas pour cautériser une région enflammée, pour rendre à un sphincter la tonicité qu'il doit avoir, pour donner une tonicité factice à la région sphinctérienne ; tout devrait revenir sans tarder à l'état primitif, c'est-à-dire à l'incontinence.

Somme toute, il faut avouer que si ces médicaments agissent, et nous en avons sous les yeux un exemple assez démonstratif, nous ne savons pas pourquoi ; et lorsque des explications en sont demandées, nous ne pouvons répondre que par des hypothèses qui sont facilement battues en brèche.

(*J. des sciences méd. de Lille*)

## CHIRURGIE

### Pied plat ; son traitement

par le Dr MOELLER.

Avant d'aborder le traitement, il faut bien se rendre compte du degré du mal.

Au 1er degré, alors que le sujet peut encore parfaitement porter son pied en dedans, le simple repos au lit avec enveloppements humides chauds fera disparaître toute douleur articulaire et musculaire en une

quinzaine de jours. Après quoi le malade pourra reprendre ses occupations avec ménagements.

Au 2ème degré, ce traitement ne suffit plus, le malade doit apprendre à redresser lui-même son pied. Après un repos suffisant, le pied sera massé et soumis à des manoeuvres passives de redressement.

Plus tard le malade, devra faire des mouvements actifs de supination et de flexion du pied. Au début, le sujet se croira dans l'impossibilité de pratiquer ces mouvements, mais petit à petit il y arrivera.

Ces mouvements, il devra les faire couché, la jambe étendue et le pied libre ; ce n'est que plus tard qu'il pourra les faire debout et s'exercer à marcher ; à ces exercices on ajoutera des manoeuvres de gymnastique suédoise avec opposition manuelle.

Quand par toutes ces manoeuvres le pied aura repris sa mobilité complète que les douleurs auront disparu ; alors on pourra faire porter une semelle à surélévation interne. Celle-ci devra être faite par moulage. Pour la nuit, on peut enrouler autour du pied une bande de flanelle de façon à accentuer l'attitude corrigée du pied en repos.

Au 3ème degré, il faudra intervenir plus activement encore. Ce 3ème degré ne devrait jamais se produire si le pied plat était bien soigné dès le début.

La meilleure méthode est le redressement forcé jusqu'à l'hypercorrection sous chloroforme, suivi d'application d'un appareil plâtré. Ce redressement peut se faire soit en une seule séance soit par étapes suivant la gravité du cas. Quand on sera arrivé au résultat désiré, c'est-à-dire à l'hypercorrection, on enlèvera l'appareil et on appliquera le traitement orthopédique.

L'intervention sanglante, toujours grave et d'une efficacité douteuse, est rarement indiquée ; le redressement forcé suivi du traitement orthopédique viendra à bout des cas les plus invétérés.

Il est évident que si on voulait, pour ce 3ème degré, d'emblée se contenter de faire faire une semelle spéciale, on n'arriverait qu'à faire horriblement souffrir le sujet par suite de l'ankylose du pied.

### Plaie de la moelle épinière par balle de revolver

par M. VIRDIA.

Le malade, âgé de 46 ans, avait reçu un coup de revolver dans le dos.

Au sixième jour après la blessure, on notait les symptômes suivants : paraplégie flaccide, complète sur le coup, puis modifiée par la réapparition de légers mouvements du pied et de la jambe gauches ; troubles de la sensibilité, consistant en une anesthésie de tout le membre inférieur gauche, en zones d'hyposensibilité



disposées irrégulièrement sur le membre inférieur droit; douleurs irradiées aux lombes, à la région sacrée, au bas-ventre. On remarquait surtout une limite nette entre une zone inférieure d'anesthésie et une bande supérieure d'hyperesthésie très accentuée que l'on constatait sur l'abdomen, et qui décrivait en avant un arc passant sous l'ombilic et atteignant en arrière le niveau de la 4ème vertèbre lombaire. Le chaud et le froid étaient mieux perçus du côté droit et dans les régions hyperesthésiées. Par endroits, il y avait retard des perceptions. Les réflexes étaient abolis, surtout à droite. Dans toutes les régions paralysées, la température était au-dessous de la normale. La coprostase et la rétention d'urine, d'abord complètes, avaient en grande partie cédé.

Il était indiqué d'intervenir à cause de l'apparition subite de la paraplégie à l'instant de la blessure, à cause de l'atténuation de quelques symptômes au troisième et au quatrième jours, alors que d'autres, demeurés sans changement, semblaient dépendre de la compression médullaire par un corps étranger et de réactions méningées et radiculaires; ensuite il s'établissait un peu de suppuration, et, la fièvre s'allumant, on pouvait tout craindre d'une blessure ouverte dont le trajet s'enfonçait probablement jusque dans la cavité rachidienne. Enfin, si on abandonnait le malade à lui-même, il fallait s'attendre tout au moins à des dégénéralions secondaires irréparables de la moelle.

Cependant la situation de la balle n'avait pu être déterminée. On ne connaissait que le trajet suppurant qui semblait se terminer dans la 10ème dorsale; on prit le parti d'opérer en se guidant sur le trajet même, et de faire la laminectomie des 9ème, 10ème et 11ème dorsales.

Les lames des 9ème et 10ème dorsales étaient fracturées. On les enleva avec les esquilles. La cavité rachidienne était, à ce niveau, pleine de grumeaux; après qu'ils furent enlevés et la cavité lavée, on vit la moelle revêtue de ses enveloppes repoussée vers la gauche. Le projectile était solidement enchâssé dans le corps de la 10ème dorsale; il ne put être déplacé que par la gouge et enlevé avec une pince.

Suites très simples; huit jours plus tard, le membre inférieur droit reprenait ses fonctions, au bout d'un mois, c'était le gauche; bientôt le malade marchait sans canne, et, après quelques mois, il ne restait aucune trace de la paraplégie.

L'auteur compare cette observation aux analogues, et notamment aux 7 cas opérés de la statistique de Roncali, dont 4 furent suivis de guérison complète. Il conclut de son travail que les signes locaux ne sont pas indispensables pour établir le siège

du corps étranger, les altérations des fonctions médullaires donnent une précision suffisante. Il ne faut pas tarder d'intervenir d'une façon large et hardie, et l'on pourra alors espérer des réparations intégrales et rapides des paralysies.

(*Refotma Med. — Arch. Orient. de méd. chir.*)

## DERMATOLOGIE

### Traitement de l'eczéma vulvaire

(LUTAUD)

Par sa fréquence et par sa persistance, l'eczéma vulvaire mérite d'appeler l'attention du praticien, et j'ai obtenu la guérison de prurits anciens et persistants par l'application rationnelle du traitement de la dermatose.

C'est l'eczéma séborrhéique ou impétigineux qui domine dans la région vulvaire et anale.

#### Traitement général.

I.—J'applique d'abord la médication qui convient à toutes les dermatoses: abstinence du café, de l'alcool, du vin pur, de la charcuterie, des coquillages, des crustacés, du poisson, des gibiers faisandés, des épices et surtout des fromages fermentés. Favoriser la diurèse par l'emploi du lait.

II.—C'est surtout chez la femme et dans l'eczéma génital qu'il faut veiller au bon fonctionnement de l'intestin et insister sur l'emploi des laxatifs; chez les obèses, je préfère la podophylle; chez les maigres, les préparations de rhubarbe et le séné. Je me suis toujours bien trouvé de la poudre suivante:

Follicules de séné passées à l'al-

cool en poudre . . . . .	ââ 5 grammes.
Souffre en poudre . . . . .	
Crème de tartre . . . . .	3 —
Poudre de réglisse . . . . .	4 —
Sucre . . . . .	25 —

Une cuillerée à café immédiatement avant le premier déjeuner.

III.—La médication thermique doit être conseillée chaque fois qu'elle est possible; les femmes rhumatisantes ou goutteuses seront envoyées à Vittel, à Contrexéville et à Royat.

Les malades chez lesquelles domine la tendance arthritique seront soumises à un traitement alcalin: Vichy, Vals, Pougues, etc.

#### Traitement local.

IV.—Lorsque la vulve est irritée, n'employer

comme lotion que des préparations émollientes : eau de son, de guimauve, de camomille ; ajouter un peu d'acide borique à l'eau bouillie servant de base aux lotions.

Après la lotion, appliquer sur la partie malade des cataplasmes de farine de lin ou de fécule de pomme de terre, faits à chaud avec de l'eau boriquée, et appliqués à froid.

Pour la vulve, je recommande particulièrement l'emploi de petites compresses de tarlatane, pliées en huit et imbibées d'eau de son boriquée ; on applique les compresses entre les petites lèvres et on recouvre de taffetas gommé. Le pansement doit être renouvelé après chaque miction.

Pour le jour, lorsque le malade ne peut conserver le repos, appliquer sur la vulve de l'ouate boriquée.

Lorsque le prurit est très intense, appliquer le traitement spécial que j'indique plus loin. (Voir Prurit de la vulve).

V.—Lorsque la période d'irritation est calmée, j'applique une médication curative. Voici une bonne formule de pommade à l'acide salicylique dont l'emploi sera surveillé :

Vaseline. . . . .	25 grammes.
Oxyde de zinc. . . . .	ââ 5 —
Amidon de blé. . . . .	
Acide salicylique. . . . .	50 centigr.

Pour appliquer après une lotion à l'eau de son boriquée les parties préalablement séchées avec de l'ouate. Avoir soin d'uriner avant de faire le traitement.

VI.—Lorsque l'eczéma affecte une forme séborrhéique et qu'il y a des croûtes, j'emploie la préparation suivante :

Acide phénique. . . . .	25 centigr.
Baume du Pérou. . . . .	2 grammes.
Huile d'amandes douces. . . . .	100 —

Que j'applique après chaque miction.

VII.—C'est dans la forme séborrhéique que les préparations à base de mercure sont indiquées :

Turbith minéral. . . . .	1 gramme.
Vaseline. . . . .	30 grammes.

Il est bon, après chaque application de pommade et même après chaque pansement, de mettre sur la vulve une poudre inerte.

VIII.—Les bains doivent être employés avec modération et ne pas être de trop longue durée, ni trop chauds. Je préfère l'emploi d'un bain de siège matin et soir avec de l'eau de son boriquée, aux grands bains prolongés.

(*Jour. de méd. de Paris*)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### La levure de bière contre la diabète

M. le Dr Vandamme, de Bruxelles, a dernièrement étudié l'action de la levure de bière sur le diabète et voici les résultats de ses expériences :

Il a administré à ses malades, au moment des repas, 3 cuillerées à café de levure fraîche du commerce.

Les urines de vingt-quatre heures étaient recueillies et le dosage fait par la liqueur de Fehling ou le polarimètre. Afin de se rendre compte de ce que pouvait donner la levure, les dosages ont été faits : 1° avant toute intervention thérapeutique, diététique ou médicamenteuse ; 2° après un régime très strict se composant de viandes, graisses, poissons ; légumes verts : chicorées, endives, laitues ; comme boissons : eau, thé ou café léger sans lait, ni sucre ; 3° après régime très strict, le malade prenant en même temps la levure ; 4° après régime ordinaire et levure.

Si on récapitule brièvement les résultats obtenus, on trouve qu'il y a lieu d'admettre, en tenant compte des chiffres obtenus pour les analyses ci-dessus, que dans la plupart des cas la levure a une action très manifeste sur la glycosurie alimentaire. Sur les 10 cas qui ont fait l'objet de ces recherches, il y en a 5 chez lesquels la diminution est très nette. La disparition totale du sucre n'a été observée qu'une fois. La quantité était très minime et il s'agissait d'un homme se livrant à des excès de boisson, surtout de bière fortement sucrée. Le même résultat aurait été obtenu rien qu'en supprimant la bière de son régime. Il en est de même pour un autre malade qui se livrait également à des excès de bière et chez lequel, sous l'influence du régime strict, la quantité de sucre tombe presque à zéro.

La levure de bière ne doit donc pas être considérée comme un agent capable de guérir le diabète sucré. Dans certains cas, elle a une action manifeste sur la glycosurie alimentaire qu'elle ne parvient cependant pas à enrayer totalement.

Il est constant que chez les diabétiques assez avancés, lorsque le régime comporte une grande quantité de matières amylacées, la levure est impuissante à empêcher l'introduction d'une certaine quantité de sucre dans l'économie, même en dehors de celui d'origine albuminoïde. Le fait n'est pas étonnant si l'on considère que la fécule subit un déboulement assez lent dans le tube digestif. Peut-être même n'est-elle pas tout entière absorbée comme sucre, mais comme amidon soluble, inattaquable par le ferment de la levure. Il faut tenir compte de cet élément et ne pas

considérer l'ingestion d'une quantité de fécule trop abondante comme capable d'être neutralisée par l'administration de la levure de bière.

Quoi qu'il en soit, la médication n'est pas à négliger, car elle permet de donner aux diabétiques une certaine quantité de féculents, et notamment de pain. Or, chacun sait combien est pénible la privation de cet aliment. L'administration du médicament paraît d'une innocuité absolue. Plusieurs de ces malades ont pris de la levure pendant un an sans éprouver aucun malaise. Souvent la soif a été diminuée.

En somme, ces faits semblent indiquer, en se basant sur toute une série d'observations nouvelles, que la levure peut être utile aux diabétiques en détruisant une partie de leur sucre qui ne risque plus alors de se transformer en produits toxiques capables d'empoisonner le malade, mais se change en alcool qui, à ces petites doses, ne peut nuire en rien au malade.

(Concours méd.)

#### Traitement du tétanos

M. le Dr Vallas, de Lyon, publie dans la "Gazette Hebdomadaire," un résumé fort complet du rapport présenté au Congrès de chirurgie sur le traitement du tétanos.

Nous retiendrons surtout ses conclusions :

Un fait se dégage, indubitable ; c'est la prévention possible de la redoutable complication. La sérothérapie préventive possède une action certaine, et si elle était systématiquement appliquée à tous les blessés, le tétanos disparaîtrait de la pathologie humaine, comme la variole devant le vaccin. Malheureusement c'est là un idéal impossible à atteindre, car le tétanos est relativement trop rare pour que l'on puisse faire accepter une telle pratique. Il n'en reste pas moins acquis que le traitement préventif est formellement indiqué dès qu'on se trouve en présence d'une plaie suspecte, c'est-à-dire d'une plaie contuse, anfractueuse, souillée de terre ou de débris étrangers. L'abstention en pareil cas est une faute, et tous les efforts doivent tendre à faire reconnaître aussi vite que possible les blessures tétanigènes.

En face d'un tétanos déclaré, il faut reconnaître que nous sommes encore désarmés.

Pendant la sérothérapie constitue encore à ce moment notre ressource la plus précieuse. Par elle, on pourra agir sur les cas chroniques à évolution lente et apporter ainsi un secours efficace aux efforts spontanés de l'organisme vers la guérison. La voie d'introduction du sérum sera l'injection sous-cutanée et, pour quelques indications exceptionnelles, l'injection intra-veineuse. Les voies cérébrales et sous-arachnoï-

diennes sont à rejeter comme inutiles et dangereuses.

Le chloral et l'acide phénique constituent des médications symptomatiques destinées à agir sur la contracture. Elles ne doivent être considérées que comme des méthodes auxiliaires. Il est bon de les utiliser en même temps que le sérum. Toutefois, la toxicité de l'acide phénique et l'innocuité du chloral doivent, jusqu'à nouvel ordre, faire donner la préférence au second de ces agents médicamenteux.

Il est impossible de former un jugement sur les autres méthodes proposées : mais rien n'autorise à espérer qu'elles puissent fournir un agent véritablement spécifique ou seulement supérieur à ceux que nous possédons déjà.

Quant au traitement chirurgical, il se bornera à la désinfection antiseptique de plaie.

(Le Concours Médical.)

#### Traitement de la tuberculose génitale

par le Dr Léon ARCHAMBAULT.

Le traitement de la tuberculose primitive des organes génitaux de la femme est de deux ordres : " médical " ou " chirurgical. " Avant de traiter radicalement une semblable affection, on peut se demander si ce foyer ne va pas s'étendre et infecter tout l'organisme, et si, en pratiquant une ablation complète, on ne va pas prévenir un mal plus grand. D'autre part, l'opération constitue un " schok " que des malades affaiblies supportent souvent mal, et de plus, on peut se demander ce qu'on se demande dans l'épithélioma du col de l'utérus, si des lésions, petites en apparence, ne cachent pas des désordres plus graves.

D'autre part, il est certain que la tuberculose primitive est d'un diagnostic difficile. Nous passons souvent à côté de la lésion sans en soupçonner l'importance, et alors que le diagnostic peut être établi avec précision, il est souvent trop tard !

Il y aura donc une distinction à faire : " les cas opérables et les cas non opérables. "

Les cas opérables seront ceux où le diagnostic aura été fait de bonne heure, où les désordres locaux sont peu étendus, où le péritoine est peu touché, où la malade se présente avec un état général satisfaisant, avec des poumons normaux. Alors, dans ce cas, on est autorisé à pratiquer l'exérèse de la partie atteinte. Si c'est le col, il s'agira de l'amputation (opération de Schröder) ; si ce sont les annexes, la laparotomie sera indiquée.

Mais, avouons-le, les cas que l'on a à opérer " à temps " forment une exception. Il n'y a qu'à jeter un coup d'oeil sur les observations de tuberculoses pri-

mitives. Elles ont été presque toutes une trouvaille post-opératoire faite par un chirurgien qui croyait enlever des salpingites simples.

Nous serons donc obligés très fréquemment de nous adresser au traitement médical.

Injections antiseptiques fréquentes et pansements isolants pour éviter la stagnation des écoulements, et, par conséquent, l'inoculation.

On emploiera le permanganate de potasse à 1 p. 2000, la liqueur de Labarraque à 30 ou 40 p. 1000, la liqueur de Van Swieten :—comme pansements, les tampons imbibés de glycérolé tannique, ou la glycérine ichthyolée à 3 ou 5 p. 10.

Glycérolé d'amidon . . . . . 50 gr.

Tannin . . . . . 5 gr.

S'il s'agit d'une tuberculose vulvaire, vaginale ou cervicale, on aura recours à des attouchements avec une solution caustique un peu forte; j'emploie personnellement une solution très concentrée de chlorure de zinc.

Chlorure de zinc . . . . .

Eau . . . . . à 10 gr.

Le galvano-cautère, le thermo-cautère, et, dans certains cas, le raclage à la curette mousse rendront de grands services.

Pour la tuberculose de l'utérus, il faudra faire la dilatation avec des laminaires, ou, plus rapidement, avec les bougies d'Hégar, les dilateurs de Collin, de Buch et Huguier, etc., puis on fera le curettage, ou bien des pansements intra-utérins. Là, le chlorure de zinc réussira très bien, mais il est préférable d'employer une solution plus faible, à 1 p. 20 par exemple.

Enfin, pour la tuberculose des annexes, nous n'avons à notre disposition que le repos complet au lit et les pansements intra-utérins. Dans certains cas, il sera nécessaire de dilater l'utérus et de le drainer pour permettre à la trompe de se vider plus facilement. Il est bien entendu que, si l'état du sujet le permet, l'ablation d'une trompe gorgée de pus ou d'un abcès de l'ovaire sera tentée.

Mais ce n'est pas tout, et le rôle du médecin ne s'arrête pas à soigner une lésion locale. Il faudra remonter l'état général, et c'est là que la "trilogie de Brehmer" aura son utilité. Nous rappelons qu'elle comprend la triple cure d'air, de repos et de suralimentation. Nous dirons dans ce cas avec Bernheim que, partout où il n'y a pas menace de suppuration, il vaut mieux éviter l'intervention chirurgicale et s'adresser de préférence au repos et à une hygiène bien conduite. C'est là que le chirurgien s'efface devant le médecin.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

#### Traitement de la sciatique par les agents physiques.

Allard : Pour instituer un traitement rationnel de la sciatique, il importe avant tout de déterminer autant que possible et que faire se pourra la cause et la nature de la sciatique.

La sciatique franche aiguë, survenue à la suite d'un froid humide chez un sujet jeune et vigoureux, sera très améliorée par le massage (surtout sous forme de vibrations) et la révulsion électrique (faisceau électrique, étincelles frankliniennes, courants de haute fréquence et de haute tension). Contre la sciatique chronique, on utilisera le mouvement (massage, mouvements actifs et passifs) et la chaleur; (douches et applications chaudes, étuve sèche, bain et douche de vapeur) et l'électricité galvanique. En cas de névrite sciatique, le mouvement et l'électricité associés sont les seules applications réellement efficaces. Bien entendu et dans tous les cas où la sciatique reconnaît une cause locale (varices, compression) ou générale (diathèse urique, diabète), un traitement spécial sera institué contre cette cause.

(*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

## MEDICINE LEGALE

### Essais sur l'examen des taches de sang au point de vue medico-legal, par la méthode des sérums spécifiques

par M. STOENESCO, de Bucarest.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine légale un travail de M. Stoensesco, médecin-expert des tribunaux et assistant de médecine légale à la Faculté de médecine de Bucarest. Ce mémoire, trop étendu pour que j'en puisse donner lecture, a pour objet l'étude des nouveaux procédés de diagnostic des taches de sang par les sérums spécifiques, question très intéressante sur laquelle nous avons déjà, M. Herscher et moi, appelé l'attention de la Société.

Le travail de M. Stoensesco débute par un exposé rapide des tentatives infructueuses faites jusqu'à ces temps derniers pour distinguer le sang humain du sang des autres animaux. Il rappelle ensuite les travaux de Bordet et autres, qui ont servi de base aux nouvelles méthodes pratiques proposées presque simultanément par Uhlenhuth. Je ne rappellerai pas le principe de ces méthodes, que j'ai déjà exposé ici; j'insisterai seulement sur les parties nouvelles des expériences de M. Stoensesco.

Ce savant s'est occupé d'étudier les conditions dans lesquelles doivent être faites les injections de sé-

rum humain aux animaux d'expériences (lapins). Il préconise l'injection intra-péritonéale comme causant moins d'accidents que l'injection sous-cutanée. Il a étudié les modifications du poids des animaux à mesure qu'on leur injecte des quantités déterminées de sérum humain, dans le but de voir quelle dose le lapin peut supporter et à quels intervalles les injections doivent être faites. Après avoir commencé par des doses de 1 à 2 centimètres cubes, M. Stoenesco est arrivé à injecter en une fois jusqu'à 20 cc. de sérum. Ces expériences, d'ailleurs intéressantes, montrent en définitive, qu'il n'y a pas lieu de modifier essentiellement les procédés d'injection recommandés par Wasserman et Schutz, consistant à faire six injections de 10 cc., une tous les deux jours. Il est probable que ces doses pourront être dépassées, ce qui abrègerait la durée de la préparation du sérum spécifique.

M. Stoenesco recueille le sang des lapins immunisés en ouvrant la cavité thoracique, faisant saillir le cœur au dehors et coupant l'extrémité de cet organe au-dessus d'une éprouvette stérilisée. Cette manière de faire permet, lorsqu'on observe les précautions nécessaires, de recueillir un sérum vraiment stérile.

L'auteur relate ensuite de nombreux essais faits en vue d'étudier les conditions dans lesquelles se forment les précipités dans les diverses solutions que l'on peut avoir à examiner dans les expertises médico-légales (solutions provenant de taches anciennes, taches sur du papier, sur des tissus divers, sur du bois, sur des briques, sur des couteaux et autres armes etc.).

Dans les expériences comparatives faites avec les solutions de sang humain et le sang de divers animaux M. Stoenesco a observé, comme l'ont fait divers expérimentateurs, la production de précipités rapides et abondants lorsqu'on opère avec le sang pour lequel le sérum a été préparé, et aussi la production de précipités moins abondants et plus lents avec le sang d'autres animaux. Nous renvoyons au mémoire de l'auteur pour le détail de ces expériences, qui confirment en somme ce qui a été dit jusqu'ici par divers observateurs.

Un point nous a paru particulièrement intéressant dans le travail dont il s'agit ; M. Stoenesco a constaté que les précipités caractéristiques se forment très bien lorsque les taches, au lieu d'être dissoutes dans l'eau ordinaire ou dans l'eau physiologique, sont dissoutes dans la soude étendue (1 p. 100). On sait qu'il y a parfois de grandes difficultés à obtenir des sanguines surtout lorsque les taches sont très anciennes, ou desséchées dans de certaines conditions. L'emploi de la soude facilite beaucoup la dissolution et permet d'opérer sur des taches qui sans cet artifice ne pourraient être examinées.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes:

Les sérums spécifiques peuvent être utilement employés en médecine légale pour le diagnostic des taches de sang. Il est important de ne pas se borner à une seule expérience et il convient de faire chaque fois des essais comparatifs avec des solutions de sang d'homme et de divers animaux.

Il convient de ne formuler les conclusions qu'avec une certaine réserve: lorsque les résultats sont positifs, on doit se borner à dire qu'il est "probable" que la tache examinée provient de sang humain.

Les précipités apparaissent d'autant plus vite et sont d'autant plus abondants que les taches sont plus récentes.

L'eau salée physiologique est un bon dissolvant lorsque les taches ne sont pas trop anciennes. Si le sang est trop ancien ou, si pour des raisons diverses, il ne peut se dissoudre dans l'eau physiologique, on emploiera avec avantage comme dissolvant une solution de soude étendue.

(*J. méd. de Paris*)

## MALADIES NERVEUSES

### Le traitement de la paralysie agitante

M. Lyon, dans la "Revue de thérapeutique," du 15 sept. 1902, indique les grandes lignes du traitement de la paralysie agitante. Tous les moyens physiques, dit-il, tour à tour employés contre les maladies fonctionnelles ou organiques du système nerveux ont été préconisés et employés. On peut également utiliser le "massage vibratoire" dont les effets sédatifs sont incontestables. D'autre part, la thérapeutique vibratoire conseillée par Charcot (fauteuil, casque trépidant) parvient à atténuer passagèrement les malaises des Parkinsonniens.

Le "massage manuel" est fort utile dans une maladie où les malades sont peu à peu réduits à une immobilisation préjudiciable à toutes les fonctions de nutrition.

La "suspension," préconisée il y a quelques années, ne donne pas de résultats durables.

Contre la rigidité musculaire, les moyens physiques seuls ont quelque action. On conseillera le "Massage," la "Kinésithérapie" (mouvements actifs des articulations), la "rééducation musculaire" d'après la méthode de Frenkel appliquée au tabès.

(*Revue de cinésie*)

## FORMULAIRE

### CONTRE LES CONDYLOMES

Onguent napolitain..... } 44 15 gr.  
Poudre de sabine..... }

Pour pansements matin et soir.

(*J. de méd. de Paris.*)

### NOUVELLES.

#### NAISSANCE :—

A Montréal, le 30 décembre, l'épouse de M. le Dr M. T. Brennan, une fille.

— A Montréal, le 30 décembre, l'épouse de M. le Dr B. Bonnier, un fils.

## INTERETS PROFESSIONNELS

### Le Collège des Médecins et les études classiques

Comme le savent déjà les lecteurs de la "Revue Médicale," le Bureau du Collège des Médecins, en septembre dernier, a adopté une résolution, décrétant que tout candidat au brevet devrait être porteur d'un certificat d'études classiques complètes.

Tout en admettant qu'elle aurait pour résultats de relever le niveau intellectuel de la profession, d'éliminer les fruits secs et les ratés des collèges, surtout de fermer les portes à ces individus que des professeurs privés se font forts de préparer à l'étude des carrières libérales en quelques mois; les représentants de la minorité anglaise ont vivement combattu cette proposition.

Le "Montreal Medical Journal," s'étant fait l'écho de cette opposition, dans son numéro du mois d'octobre, nous croyons utile de faire quelques remarques sur cet article qui résume fidèlement les arguments invoqués contre la motion Marsolais-Vallée.

En premier lieu, le "Journal" trouve que ce nouveau règlement jette du discrédit sur les examinateurs pour l'examen préliminaire. "Ou, dit-il, les examinateurs sont capables de juger des qualifications des candidats par leurs réponses aux questions posées, ou ils ne le sont pas. Dans l'affirmative, pourquoi cette innovation; dans la négative, pourquoi

"ne pas changer les examinateurs? Quiconque a "quelqu'expérience des examens et des examinateurs "sait qu'un examinateur expérimenté et compétent "discerne facilement l'élève bien formé du 'sot gavé' " ('stuffed goose.')

Cet argument est spécieux.

Sans doute, un examinateur comme Mgr Laflamme, en lisant les copies, aura vite fait de discerner un garçon de talent d'un butor—mais ses attributions se bornent à juger non pas tant le candidat que sa copie, et, si grâce à un effort de mémoire et à un gavage hâtif, le candidat peut conserver le nombre de points requis par les règlements, l'examinateur "noles velleus," devra l'admettre. D'ailleurs, c'est précisément la raison d'être de la résolution adoptée par le Bureau des Médecins, puisque le "Journal" admet que les aspirants non qualifiés réussissent à franchir le seuil des écoles de médecine malgré l'indiscutable compétence des quatre examinateurs actuels du Bureau. Le meilleur remède sera non pas d'exiger plus de sévérité des examinateurs mais une préparation plus sérieuse des aspirants.

En second lieu, le confrère se demande "qu'est-ce qu'un cours classique" et quel en est l'équivalent dans les maisons d'éducation protestantes?" "C'est "la question dont les membres du Bureau qui ont "voté pour la résolution n'ont pas tenu compte en "légiférant pour la majorité. Nous ne disons pas "qu'ils l'ont fait sciemment, néanmoins le résultat est "le même: une différence ("discrimination") injuste "pour une minorité incapable de se conformer à une "règle dépourvue d'élasticité. Ce n'est pas là un "grief imaginaire, mais réel, comme le démontre la "comparaison des cours d'études des institutions catholiques et protestantes du même genre. Pour n'en "citer qu'un exemple, la philosophie qui forme une "partie importante et intégrale du curriculum des "collèges catholiques n'est pas enseignée dans les institutions protestantes, étant remplacée par des matières d'une égale importance dans l'opinion des "éducateurs protestants."

Il est un axiôme dont nous n'entendons pas discuter ici la valeur morale, qui est, pour ainsi dire, la clef de voûte du système administratif: "la majorité gouverne," (majority rules), et si, dans l'application de cette maxime constitutionnelle une minorité se trouve lésée, c'est bien à elle à réclamer et suggérer les moyens de concilier les désirs de la majorité avec ses intérêts.

Or, quels sont les faits?

Quand la question fut soumise au comité d'éducation, le vénérable doyen du McGill, le Dr Craik, s'opposa à la proposition d'exiger un cours classique

complet, parce que les anglais protestants, pour faire un tel cours, devraient, de toute nécessité, fréquenter les universités ou les "High Schools," ce qui est très dispendieux, tandis que les catholiques reçoivent cette même formation intellectuelle à très bon marché dans les séminaires nombreux de cette province. Il fut appuyé par Mr le Dr McConnell, du Bishop's, pour les mêmes considérations utilitaires, mais ni l'un ni l'autre ne demanda "d'équivalence" en faveur de la minorité, quoique les autres membres du comité eussent déclaré leur intention de ne blesser en rien les droits de cette même minorité.

Le rapport du comité est ensuite présenté au Bureau, en assemblée générale. Mr le Dr Craik s'oppose de nouveau à son adoption purement et simplement; répète les raisons données plus haut et demande de rendre l'examen préliminaire aussi difficile que possible sans imposer aux élèves l'obligation du cours complet. Mr le Dr Vallée, dans un discours magistral, appuyé sur la raison, l'expérience et l'opinion de maîtres incontestés des écoles françaises, allemandes, anglaises et même américaines, démontre alors l'absolue nécessité d'un cours d'études complet pour la formation intellectuelle de la jeunesse se destinant aux carrières libérales, les piètres résultats des études faites à la vapeur et les effets désastreux d'une préparation insuffisante à l'étude de la médecine. Sur ce, Mr le Dr Campbell, doyen du Bishop's, déclare qu'il ne croit pas à la nécessité des études classiques, des hommes éminents dans la profession n'ayant jamais fait de telles études. Le débat se trouve donc limité à ceci: être pour ou contre la nécessité d'un cours complet comme préparation à l'étude de la médecine et les intérêts de la minorité se réduisent à une question incidente, grâce à la position tranchée prise par ses défenseurs. S'il y a eu erreur de tactique de leur part, le "Journal" ne peut nous en tenir responsables, et nous avons voté suivant nos convictions.

La minorité pouvait cependant compter sur l'esprit de justice et de conciliation de la majorité—au besoin sur sa générosité pour accepter un "modus vivendi" atténuant les difficultés que le nouveau règlement put créer aux étudiants protestants. Car, en fin de compte, si les maisons d'éducation secondaires dont parle le "Journal" donnent un enseignement réellement équivalent à celui de nos collèges, tout en différant sur certaines matières, l'entente doit être réalisable. Dans le cas contraire, leurs élèves se trouveront sur le même pied que ceux de nos académies commerciales, etc., et nous ne voyons où prendre l'injustice.

D'ailleurs, le "Journal" ne doit pas exagérer les difficultés de la situation. Ainsi l'argument bâti sur l'enseignement de la philosophie porte à faux, pour la simple raison que depuis janvier 1894, la philosophie est une des matières obligatoires du programme des examens préliminaires. De plus, il convient de ne pas oublier que les étudiants anglais ont certains privilèges dont ne jouissent pas les étudiants français. Ainsi la loi des bacheliers est plus favorable aux Anglais qui obtiennent leur degré de B.A., après quatre ans d'études, s'ils conservent 50 pour 100 des points, qu'aux bacheliers de Laval qui doivent étudier six ans, subir des examens spéciaux et conserver les deux-tiers des points. Le Bureau reconnaît encore le "cours combiné" du McGill qui permet à un élève de prendre ses degrés es-arts et en médecine avec six années d'études seulement. Le Bureau Médical d'Ontario a refusé ce même avantage aux Universités de la province-soeur.

Enfin, quel est le moyen suggéré par le "Journal" pour parer aux inconvénients inhérents à la diversité de langages, d'opinions en matière d'éducation, etc. dans Québec? Après avoir rappelé que nos systèmes d'enseignement sont dissemblables et irréconciliables, comme le prouve l'existence de deux bureaux d'instruction publique, il ajoute:

"La solution la plus satisfaisante de la difficulté, serait d'obtenir une législation, établissant dans l'éducation professionnelle, la même qualité (dichotomy) que dans l'éducation générale de la province."

Certaines remarques de Mr le Dr Craik devant le Bureau nous faisait pressentir cette suggestion qui n'a rien de neuf, puisqu'elle revient périodiquement sur le tapis.

Il y a une vingtaine d'années, feu le Dr Howard, doyen du McGill, tenta, deux ou trois fois, de la faire accepter par le Bureau. Mr le juge Lynch en fit l'objet d'un projet de loi également rejeté par la législature. Puis, dans ces dernières années, cette aspiration vers l'autonomie, beaucoup plus que l'intérêt général de la profession, fut l'idée inspiratrice du Bill Roddick dont certaines clauses déguisent mal les visées de ses promoteurs. C'est le bout de l'oreille qui perce!

Nous reviendrons sur cet aspect de la question en partant d'un récent article du "Canada Medical Record."

L. J. O. SIROIS, M.D.

*Saint-Ferdinand d'Halifax,  
Decembre 1902.*

## Revue des journaux

## MEDECINE

## Les adenopathies a distance dans les neoplasmes de l'estomac

M le Dr Lucien Goyard, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude des adénopathies à distance dans les néoplasmes de l'estomac.

D'après ses recherches personnelles, les adénopathies externes à distance sont relativement rares ; mais, quand elles existent, elles constituent un symptôme d'une grande valeur physique.

Leurs localisations les plus habituelles sont les creux sus-claviculaires et les régions inguinales. Par suite de la présence, à gauche, du canal thoracique, voie généralement suivie par les cellules cancéreuses, cette adénopathie siège cinq fois plus souvent à gauche qu'à droite. Le canal thoracique étant lui-même envahi ou non.

Le plus souvent l'adénopathie est sus-claviculaire seulement ; parfois, elle est seulement inguinale, ou bien, il y a coïncidence des deux localisations.

Ces adénopathies présentent des caractères cliniques bien définis, apparaissent généralement à la période cachectique, sont toujours indolores et peuvent atteindre un volume variable.

Il importe de les distinguer des autres adénopathies dues à l'infection banale, à la lymphadénie, à la syphilis ou surtout à la tuberculose.

Ces adénopathies dues à d'autres causes que le cancer peuvent exister chez un malade porteur d'un néoplasme gastrique. Parfois, elles peuvent coexister avec des adénopathies secondaires cancéreuses.

Mais la grande valeur des adénopathies externes consiste en ce fait qu'elles peuvent mettre sur la voie d'un cancer "latent" et apporter un élément précieux de diagnostic positif.

Il importe donc, chez tout malade soupçonné de néoplasme gastrique, "de faire toujours l'exploration méthodique du creux sus-claviculaire."

L'apparition d'une adénopathie à distance constitue enfin, pour le pronostic, un signe du plus fâcheux augure et doit faire systématiquement écarter toute intervention chirurgicale.

(Le concours médical.)

## Le serum iodure de Luton

Le Dr E. Luton, de Reims, introduit dans le "sé-

rum artificiel" de A. Luton, dix pour cent d'iodure de sodium, ce qui lui donne la formule suivante :

Phosphate de soude . . . . .	5	grammes
Sulfate de soude . . . . .	10	—
Iodure de sodium . . . . .	10	—
Eau distillée . . . . .	100	—

Le Dr E. Luton expose dans "l'Union médicale du Nord-Est" les avantages de ce sérum et les résultats qu'il en a obtenus.

D'après lui, l'action de l'iode introduit dans l'organisme par des injections sous-cutanées de sérum est plus sûre, plus rapide que par voie buccale et l'on n'est pas gêné par ces phénomènes d'intolérance.

L'injection se fait dans la région trochantérienne; elle est un peu douloureuse et elle laisse une nodosité qui, cependant, n'empêche pas la marche et finit par disparaître. Avec une injection de deux centimètres cubes (0 gr. 20 d'iode) par séance, les résultats obtenus sont satisfaisants ; les cas légers cèdent à la suite d'une injection d'un centimètre cube ; quand il y a lieu de faire plusieurs injections, on les espace de huit en huit jours.

Deux ou trois injections calment les douleurs, les névralgies, les points douloureux, reliquats d'une poussée récente de rhumatisme chronique. Elles ont influencé favorablement certaines formes de sciatique chronique. La poussée inflammatoire d'un énorme chapelet de ganglions cervicaux s'est arrêtée brusquement après une première piqûre et les ganglions se sont mobilisés sous la peau. Bref, le sérum ioduré paraît devoir rendre de grands services dans les cas où les iodures sont prescrits à doses faibles et répétées. Et c'est ainsi que le Dr Luton a commencé à employer contre l'artério-sclérose.—" Journ. de Méd. Int."

D'après le Dr Luton, si le sérum qu'il emploie se montre énergique, malgré une dose relativement faible d'iodure, cela tient à l'association de l'iodure avec le sérum artificiel, particulièrement avec le phosphate de soude ; on sait, en effet, que l'association de deux ou plusieurs substances dans un médicament peut servir à exalter leurs propriétés respectives.

(Ibid)

## Anémie plastique

par M. ALBERT ROBIN.

## Conclusions :—

1° Il existe un groupe d'états morbides qui reconnaissent comme l'une de leurs conditions, sinon de leurs causes, soit une déminéralisation de l'orga-



nisme, soit une inaptitude des plasmas et des tissus à fixer les principes inorganiques de l'alimentation.

2° Parmi ces maladies, mes recherches permettent d'individualiser déjà les types suivants comme premier termes de la série :

(a.) La phthisie pulmonaire ;

(b.) Le phosphorisme ;

(c.) Une variété particulière de l'hémoglobinurie ;

(d.) Diverses albuminuries qui, d'abord fonctionnelles, peuvent aboutir à la maladie de Bright, comme les albuminuries phosphaturiques et les albuminuries dyspeptiques ;

(e.) Un groupe important d'anémies, parmi lesquelles certaines présentent toutes les allures cliniques de la chlorose.

3° La chlorose n'est pas une entité morbide, mais bien un ensemble symptomatique qui relève de conditions morbides fort dissemblables et réclamant des traitements tout à fait différents, puisque ce qu'il faut traiter, ce n'est pas l'expression symptomatique dénommée chlorose ou anémie, mais bien les procédés morbides qui aboutissent à cette expression.

4° La déminéralisation organique est l'un de ces procédés.

Les chloroses et les anémies qui en relèvent offrent certaines particularités cliniques qui permettent de les soupçonner et sur lesquelles je reviendrai plus tard. Mais pour les reconnaître à coup sûr, il faut pratiquer l'analyse comparative de l'urine et du sang. La déminéralisation est prouvée par l'augmentation du résidu minéral de l'urine et du coefficient de déminéralisation et par la diminution corrélative de la minéralisation du sang.

5° L'analyse démontre que cette déminéralisation porte sur le plasma sanguin dont l'équilibre salin est ainsi rompu, ce qui comporte comme résultante immédiate ou une altération des globules rouges, ou un retard dans leur renouvellement, ou une diminution de leur activité. En fait, dans le cas qui m'a servi de type, le nombre des globules rouges est tombé à 2329000, avec une valeur globulaire de 0,72, la normale étant l'unité.

6° Cette variété d'anémie mérite donc le nom d'anémie plasmatique.

7° Pour la traiter et la guérir d'une façon pour ainsi dire mathématique, il faut reconstituer l'équilibre salin du plasma sanguin, et l'on y arrive assez rapidement par l'emploi d'une association des sels du sang avec divers principes organiques dont l'ensemble représente une sorte de thériaque minérale.

8° Cette reconstitution minérale du plasma san-

guin demande de quinze à cinquante jours suivant les cas. Elle se traduit par une augmentation de la minéralisation du sang et par une diminution du résidu inorganique de l'urine, malgré l'ingestion journalière des sels minéraux médicamenteux.

9° Quand l'équilibre salin du plasma sanguin est rétabli, il convient, dans une seconde étape thérapeutique, d'instituer la médication ferrugineuse qui agit alors avec une surprenante rapidité sur les signes extérieurs de la chlorose. Mais on peut éviter aussi le traitement secondaire en associant directement les ferrugineux à la médication saline.

10° Le diagnostic et le traitement de l'anémie plasmatique fournissent une preuve de la certitude de la thérapeutique quand elle est fondée sur les procédés exacts de la chimie pathologique.

(Gaz. des hôp.)

#### Regle générale pour le traitement kinesique des cardiopathies valvulaires

par KRIKORTZ.

"La discussion, dit l'auteur, sur l'utilité du massage et de la gymnastique médicale dans les maladies du coeur semble close." La question, qui pour beaucoup est résolue, mérite cependant d'être plus approfondie. Les idées admises par tous sont trop simples. Il s'agirait en effet de faciliter le travail du coeur incapable de suffire à sa tâche et cela par des moyens de quatre ordres, savoir : mouvements passifs, mouvements actifs, massage, mouvements dits de respiration.

L'auteur cherche l'explication du mode d'action de chacun de ces moyens.

"Les mouvements passifs qui consistent surtout en mouvements de circumduction diminuent, dit-on, le travail du coeur en activant le retour du sang vers le coeur droit. Mais la stase veineuse périphérique n'est-elle pas un moyen de défense du coeur affaibli ? La propulsion artificielle du sang vers le coeur droit pourra en effet lui imposer un surcroît de travail non négligeable des cavités droites qui souffrent et qu'il s'agit de ménager.

"Il ne faut pas conclure par là que les mouvements passifs de circumduction sont nuisibles. Au contraire, ils produisent parfois une action sédative et calmante en agissant sur l'appareil nerveux et en régularisant ainsi le rythme du coeur.

"La conclusion pratique est que celui qui pratique la méthode doit être habile et la pratiquer dans les meilleures conditions possibles de commodité pour le malade."

Les mouvements actifs produiraient leur effet utile par l'appel du sang qui se fait vers tout muscle qui travaille. Ils produiraient une déviation du sang vers la périphérie, donc une diminution du travail pour le coeur. Ceci bien qu'exact ne suffit pas pour expliquer les phénomènes constatés du coeur.

Leur affection est plus complexe. Tout d'abord tout mouvement actif est une excitation qui augmente la pression "artérielle" malgré la vaso-dilatation périphérique. Quant à la fréquence des battements, elle diffère suivant le genre des mouvements exécutés. Les auteurs classiques prétendent que la fréquence du pouls doit toujours diminuer après une séance de gymnastique. Il y a des exceptions. Les mouvements volontaires ne peuvent jamais servir à diminuer le travail du coeur. Leur rôle est d'agir comme moyen d'entraînement dans les premières périodes des maladies valvulaires.

L'auteur étudie enfin l'action des mouvements respiratoires. On peut augmenter l'amplitude soit de l'inspiration, soit de l'expiration, mais dans les maladies du coeur, la gymnastique suédoise n'utilise que les inspirations forcées, ayant pour but une oxygénation plus complète du sang, et d'activer le cours du sang en l'aspirant vers le coeur. En réalité, pendant l'inspiration ce sont les facteurs suivants qui agissent en augmentant la pression artérielle : 1° inspiration du sang vers le coeur droit ; 2° diastole du coeur facilitée ; 3° dilatation des vaisseaux du poumon et facilitée avec laquelle le sang retourne au coeur gauche ; 4° augmentation de la masse du sang qui se dirige vers le coeur droit par augmentation de la pression intra-abdominale.

D'autres facteurs agissent inversement et tendent à abaisser la pression artérielle. En effet, la systole est rendue plus difficile par l'augmentation de la pression régulière dans le thorax. Au commencement de l'inspiration, les vaisseaux du poumon se dilatent et retiennent une certaine quantité de sang d'où diminution de celle qui arrive dans l'oreillette gauche.

Outre ces facteurs, il y a à considérer également l'action réflexe qui tend à augmenter la pression artérielle pendant l'inspiration. Il résulte finalement que la pression artérielle s'élève vers la fin de l'inspiration et s'abaisse vers la fin de l'expiration.

Les exercices respiratoires sont utiles par ailleurs, en développant la cage thoracique quand elle est étroite, cette étroitesse étant une cause fréquente de troubles fonctionnels du coeur.

(*Journ. des praticiens*)

### Le vin

M. le Dr Maurice Bussilet a étudié dans sa thèse les propriétés physiologiques, physiques, chimiques et thérapeutiques du vin ; voici en quelques lignes ses conclusions :

Le vin mérite le nom de boisson hygiénique.

Le vin doit être défendu aux enfants, sauf à quelques enfants malingres de la population urbaine chez qui l'action tonique et stimulante du vin peut avoir une influence favorable.

L'adulte proportionnera sa consommation à sa constitution et à son genre de vie. En aucun cas la quantité du vin ingérée quotidiennement ne doit atteindre deux litres.

Les excès de vin créent une forme particulière d'intoxication alcoolique—l'oënilisme—dans laquelle les déterminations pathologiques sur l'appareil digestif et ses glandes annexes ont une prédominance marquée relativement aux troubles nerveux.

Le vin est un médicament utile dont l'emploi est indiqué dans les infections, les traumatismes, certaines maladies chroniques et les convalescences.

Les vins médicinaux ont seulement des indications très restreintes qui ne justifient pas l'abus qu'en font la plupart des praticiens.

Le vin est une des armes les plus efficaces qu'on puisse employer dans la lutte contre l'alcoolisme qui, en France, est dû surtout à l'alcoolisation par les boissons distillées, plus particulièrement par la liqueur d'absinthe et les apéritifs.

(*Concours méd.*)

### La meralgie parathénique

L. MOREL.

Décrite pour la première fois en 1895, par Roth, de Moscou, et Bernhardt, de Berlin, cette affection est caractérisée par des troubles de la sensibilité cutanée de la face externe de la cuisse, tenant à une altération des rameaux périphériques superficiels et en particulier du rameau crural du fémoro-cutané. C'est en somme, une "névrite du fémoro-cutané."

Au point de vue étiologique, on invoque comme causes occasionnelles toutes les maladies infectieuses, les intoxications par le plomb et l'alcool, l'arthritisme avec état hémorrhédaire et variqueux, les refroidissements, les traumatismes. Etant donné la fréquence de la meralgie en gynécologie chez les femmes enceintes, chez celles atteintes de fibromes de l'utérus, de métrites chroniques (Vaurin, de Nancy) ; (observation de Lalanne, de Nancy), on accuse les compressions diverses soit radiculaires, soit intra-pelviques, soit externes.

Les malades atteints de méralgie accusent une douleur intermittente en un point limité de la face externe de la cuisse. Cette douleur survient toujours à l'occasion d'une marche forcée ou d'une station debout prolongée. Elle est très aiguë. Elle disparaît quelquefois lorsqu'on fléchit la cuisse sur le bassin, ne se produit jamais dans la station assise, mais dans les cas anciens apparaît quelquefois pendant le décubitus avec une allure subaiguë et plus tenace.

En dehors des crises aiguës et au niveau de la zone qui était douloureuse, zone bien délimitée, de forme ovalaire, dessinant le territoire crural du fémoro-cutané, les malades accusent une sensation d'engourdissement. En ce même point, les sensibilités douloureuses et thermiques sont presque totalement abolies, tandis que la sensibilité tactile est conservée. Dans quelques cas, pendant les crises douloureuses, survient comme une sensation de brûlure de courte durée. Après l'injection d'un milligramme de nitrate de pilocarpine Sabrazès et Cabanès signalent un refroidissement local et une absence de réaction sécrétoire au niveau de la méralgie. Les recherches de Lallanne, Société de Médecine de Nancy, 1900, ne confirment pas ces faits. Quelquefois le rameau fessier du fémoro-cutané est aussi atteint.

En raison de la dissociation de la sensibilité, et de la localisation exacte des phénomènes douloureux, le diagnostic avec certaines névralgies hystériques est facile à faire.

Comme traitement, on a employé le massage, l'électrisation, la révulsion, etc. A l'exemple de Vanasbeck, Chipault et Souques ont pratiqué la résection du fémoro-cutané.

(Le Progrès méd)

## CHIRURGIE

### Fractures et massage

par le Dr BERGASSE

Après avoir fait une courte étude historique du massage appliqué au traitement des fractures, où figurent par ordre chronologique Estradère (1863), Bizet (1886) et Lucas-Championnière (1886), l'auteur publie quatre observations résumées montrant les effets merveilleux du massage dans les cas de fractures.

Le massage pratiqué immédiatement et accompagné d'une mobilisation méthodique et modérée favorise le recollement des extrémités osseuses fracturées ainsi que la formation d'un cal solide. Les résultats obtenus par cette mobilisation et ce massage,

qui doit toujours être indolore, sont, d'après l'auteur les suivants :

- Formation rapide et sûre du cal ;
- Disparition de la douleur ;
- Disparition rapide de la contracture ;
- Conservation de la souplesse et de la vitalité des membres ;
- Réduction au minimum des atrophies musculaires.

(Revue de cinésie)

### Etat actuel du traitement de la scoliose

par M. le Dr VULPIUS.

L'auteur s'occupe en premier lieu de la "prophylaxie" de la scoliose ; qu'il résume dans les termes suivants :

- (a) Soins très diligents dans le "premier âge" pour toute prédisposition rachitique ;
- (b) Pour les "enfants" qui "fréquentent" déjà "l'école," il faut veiller à ce que tout genre de "sport" soit bien réglé, à l'introduction de "sièges" bien construits, à la plus large diffusion de "l'écriture verticale," avec surveillance scrupuleuse de la part des "médecins des écoles."

Pour ce qui est du "traitement de la scoliose" déjà manifeste, M. Vulpius réunit les facteurs curatifs dans les catégories indiquées ci-dessous :

- 1° Redressement manuel et mécanique ;
- 2° Massage rationnel ;
- 3° Gymnastique générale (exercices en liberté, aux bâtons, aux manubres) et "locale" (mouvements actifs et de résistance, exercices actifs d'incurvation opposée, etc.).

Naturellement, la manière d'appliquer ces moyens d'orthopédie varie selon le cas spécial, selon la gravité de la scoliose, et depuis la simple tendance à se tenir courbé jusqu'à la scoliose immobilisée en tout ou en partie.

M. Vulpius se déclare dans tous les cas partisan énergique de la cure, établie le plus tôt possible dans un établissement bien dirigé, car ce n'est que dans ces Instituts que l'on a la garantie complète de l'exécution énergique et diligente des manipulations nécessaires : de sorte que c'est là que les chances de guérison sont moins problématiques que par le traitement ambulatoire.

Le programme journalier est réglé de façon que 5 à 6 heures par jour sont destinées au traitement par les appareils, par la gymnastique et le massage ; 1 heure 1-2 est réservée à l'extension, et entre les di-

vers exercices il y a des intervalles, destinés aux mouvements, aux jeux à l'air et au repos.

Le traitement est poursuivi même pendant la nuit : les malades dorment au lit plâtré avec appareil à extension, lequel—éventuellement avec divisions transversales pour le fixer sur un plan à glissoir—s'oppose aux incurvations latérales de l'épine, au déplacement latéral du tronc, ainsi qu'à la torsion de la gibbosité. Lorsque l'on a obtenu la mobilisation du rachis rigide, alors le meilleur moyen pour protéger et ne faire pas trop travailler les muscles, pour conserver inaltéré le résultat de détorsion et l'amélioration de la position, est donné par le "corset protectif orthopédique," qui arrive jusqu'au bassin.

M. Vulpus est tout à fait convaincu de l'utilité, et même de l'usage indispensable du corset.

Ce corset est construit selon deux types divers : "corset rigide en cellulose, corset en cornéine, cellulose-acétone," modelé sur une forme en plâtre ; et puis il y a le "corset mou" en "étouffe" avec bandellettes internes en acier.

L'auteur relève les avantages et les défauts des différents matériaux employés et sa méthode d'application et construction de cet appareil.

L'ouvrage de M. Vulpus, qui mérite d'être pris en toute considération, est très étendu et il contient de très belles figures explicatives.

(*Rev. int. de Ther. phys.*)

#### Technique actuelle de la rachicocainisation

"En résumé, la gymnastique suédoise et le massage sont des instruments admirables dans le traitement de certaines maladies du coeur."

Depuis le mois de novembre 1901, époque à laquelle Ravaut et Aubourg ont publié leurs recherches sur la rachicocainisation, j'ai essayé le procédé qui découle de leurs recherches, et j'ai suivi la technique que j'ai conseillée au Congrès français de 1901, et que je crois préférable à celle que M. Guinard voulait alors employer. L'injection sous-arachnoïdienne doit être faite dans des conditions d'asepsie rigoureuse : bien que je n'aie jamais vu et que je ne connaisse pas un seul fait d'infection au passif de la méthode, je considère que nous devons diminuer au maximum les chances de pénétration des germes. Aussi, n'ai-je aucune tendance à adopter les procédés qui consistent à mélanger à l'air libre la solution cocaïnique et le liquide céphalo-rachidien : ils m'ont toujours paru dangereux.

Voici comment je procède depuis une année : j'ai fait stériliser à la Tyndall une solution de cocaïne bien titrée conservée en ampoules.

contient 4 centigrammes de cocaïne dissous dans 7 gouttes d'eau distillée stérilisée (solution à 12 pour 100). La seringue dont je me sers est la seringue de Luer et l'aiguille est celle que j'ai toujours employée.

Pour pratiquer la rachicocainisation : 1° je brise le bec de l'ampoule cocaïnique, j'aspire tout son contenu avec la seringue munie de son aiguille. Il ne doit pas entrer une bulle d'air, si l'aiguille et la seringue sont bien ajustées ; 2° avec l'aiguille, sans le corps de pompe, je fais ma ponction rachidienne ; dès que le liquide céphalo-rachidien s'écoule, j'ajuste la seringue contenant la solution concentrée et je laisse le liquide la remplir, le piston étant repoussé par le liquide céphalo-rachidien ; 3° la seringue pleine, je refoule lentement son contenu dans l'espace sous-arachnoïdien, c'est-à-dire la solution cocaïnique et le liquide céphalo-rachidien parfaitement mélangés.

J'ai adopté le titre de cette solution après des essais variés, et je me suis assuré avant tout, au moyen de liquides colorants et de même densité que le liquide céphalo-rachidien, que le mélange dans la seringue était parfait.

Cette technique donne les résultats suivants : l'anesthésie remonte moins haut, dure moins longtemps, est plus lente à se produire et est moins parfaite qu'avec mon premier procédé ; mais les accidents cocaïniques sont infiniment moindres ; il est absolument inexact de dire qu'ils sont supprimés.

J'ai fait plus de 1,200 opérations, dont toutes les opérations sur l'abdomen, avec mon ancien procédé. D'après les opérations pratiquées avec le second procédé, la cure radicale des hernies donnerait le niveau maximum auquel on puisse remonter avec sécurité parfaite.

Je conclus que toutes les opérations vaginales, vésicales, rectales, périnéales, toutes les opérations sur le membre inférieur peuvent être pratiquées par mon procédé. Pour opérer sur les régions plus élevées, il faut employer mon ancien procédé.

(*Presse médicale.*)

#### OPHTALMOLOGIE

##### Soins à donner dans les lésions traumatiques les plus fréquentes du globe oculaire

M. J. Kipp établit à ce sujet un certain nombre de préceptes qui intéressent le praticien : lorsqu'on soupçonne l'existence d'une plaie du globe oculaire, on doit avant, de rechercher la lésion, pratiquer l'asepsie des paupières et des régions voisines. Quand

les cils sont trop longs, il est bon de les couper avec des ciseaux. Les malpropretés qui peuvent souiller les paupières seront enlevées au moyen de tampons d'ouate imbibés d'éther. On usera très largement de l'anesthésie locale, autant pour permettre un examen rationnel que pour calmer la douleur. En cas de plaies oculaires dues à des instruments émoussés on se trouvera bien d'applications froides ; une émission sanguine pratiquée à la tempe permet souvent de lutter contre l'inflammation. De même, les applications froides seront utiles dans les hémorragies sous-conjonctivales. Les plaies de la conjonctive oculaire guérissent d'habitude rapidement ; il suffit de déterger fréquemment le cul-de-sac conjonctival de la sécrétion qui se produit. Les blessures de la cornée même légères, doivent attirer spécialement l'attention, surtout si elles sont dues à des instruments malpropres. Pour enlever les corps étrangers on retourne généralement la paupière : si on ne l'aperçoit pas, on doit chercher dans le cul-de-sac. Un procédé assez simple consiste à attirer en bas au moyen des cils la paupière supérieure pendant qu'on pousse en haut la paupière inférieure : on lâche alors la paupière supérieure, dont la face conjonctivale se trouve ainsi mécaniquement balayée, en quelque sorte, par la paupière inférieure. Les corps étrangers siégeant "sur" la cornée s'enlèvent facilement avec un stylet muni d'un petit tampon d'ouate imbibée d'eau stérilisée. S'il est incrusté "dans" l'épaisseur de la cornée, on l'extrait au moyen d'une aiguille à cataracte. Les plaies pénétrantes de la cornée doivent toujours être regardées comme dangereuses. Les plaies profondes qui intéressent la cornée et la sclérotique, les plaies du corps ciliaire doivent être confiées aux soins d'un spécialiste en raison de leur gravité ; en attendant le malade doit être tenu au lit et soumis à des applications froides. Les brûlures de la cornée et de la conjonctive sont souvent très sérieuses. Les lésions produites par les acides ou les substances caustiques ont leur pronostic soumis à l'intensité et à la durée de l'action irritante.

L'auteur fait remarquer en terminant que les traumatismes de l'œil sont fréquemment la cause d'actions en dommages-intérêts ; d'où la nécessité pour le médecin de faire immédiatement un examen attentif de l'œil lésé et de reconnaître l'état de l'autre œil au moment de l'accident.

(*Med. New. — Gaz. des hôp.*)

## VOIES URINAIRES

### Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la lumière

par le Dr G. GAUTHIER, de Paris.

La lumière donne de curieux résultats.

Dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, on peut appliquer la photothérapie "négative" et la photothérapie positive, les deux, associées ou non aux rayons de Roentgen.

Dans le spectre, il existe des rayons chimiques compris dans la partie bleue, violette et ultra-violette (négatifs), et des rayons compris dans la partie "rouge" et "infra rouge" (positifs).

Les rayons calorifiques rouges, grâce à des lampes spéciales, de deux ampères avec 110 volts, dirigés sur la périnée et la région abdominale inférieure, exercent une bienfaisante action sur la rétention de l'urine et l'hypertrophie de la prostate. Les mêmes lampes enveloppées d'un globe bleu produisent un amendement des symptômes douloureux.

Le double bénéfice : diminution de la rétention d'urine, amendement des douleurs spasmodiques, ajouté au relèvement de l'état général des malades est obtenu dans la 4<sup>ème</sup> ou 8<sup>ème</sup> séance.

Dans trois cas, l'utilisation des rayons Roentgen en application isolée et sur le périnée, le malade sur la chaise à spéculum, les membres fortement relevés, avec un tube mou, s'est montrée aussi très efficace, mais les résultats ont été moins rapides.

Les avantages de la méthode, pour la cure de l'hypertrophie de la prostate, sont les suivants :

- Augmentation de la contractilité vésicale ;
- Désinfection rapide de la vessie par un traitement aseptique ;
- Evacuations plus espacées, plus abondantes ;
- Amendement des douleurs à la miction.

Chez les malades jeunes, c'est un traitement digne d'attention, capable d'empêcher l'évolution du prostatisme ; chez les malades âgés, c'est une méthode palliative, mais d'une incontestable valeur chaque fois qu'il n'existe pas d'infections de voisinage ou à distance.

Des épreuves prolongées sont nécessaires, avant d'imposer des conclusions plus fermes, ne pouvant avoir de la pratique d'une année que des impressions sommaires.

(*Gaz. méd. belge.*)

## OBSTÉTRIQUE

### Traitement des vomissements incoercible de la grossesse par repos absolu de l'estomac

M. le docteur Gros, de Marseille, rappelle, dans la "Province Médicale," que diverses observations ont montré les bons effets qu'on pouvait obtenir dans certains cas d'intolérance stomacale par la suppression absolue de l'alimentation buccale remplacée par l'alimentation rectale, méthode préconisée par M. le docteur Tournier, de Lyon; à ces faits qu'il a signalés dans sa thèse, il en ajoute un nouveau relatif à une femme qui, arrivée au troisième mois de la grossesse, souffrait de vomissements incessants, que rien ne pouvait calmer. Après une journée où elle avait vomi plus de vingt fois, l'alimentation fut supprimée à moitié puis remplacée par cinq lavements alimentaires ainsi composés :

Bouillon . . . . .	150 grammes
Jaune d'oeuf . . . . .	No 4
Chlorure de sodium . . . . .	1 gramme
Laudanum . . . . .	iv gouttes.

Les vomissements continuant le lendemain, l'alimentation fut entièrement suspendue. Les vomissements disparurent alors complètement, et le quatrième jour, les lavements furent supprimés tandis qu'on reprit l'alimentation progressive par de petites doses de lait. Les vomissements ne reparurent plus.

Il est à remarquer que, dans cette méthode, l'alimentation mixte ne donne pas de bons résultats. Il faut supprimer entièrement l'alimentation buccale. D'ailleurs, des malades ont été nourris exclusivement par le rectum durant six, sept jours et même quinze jours, sans perte notable du poids et des forces.

(Gaz. des hôp.)

### Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail, dans les grossesses compliquées de fibromes

Les accidents graves occasionnés par les fibromes peuvent se diviser en trois groupes :

1° Le ou les fibromes interrompent la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré. Si le fibrome donne lieu à des hémorragies, il y a lieu de l'enlever.

Dans les cas les plus simples : polype fibreux, fibrome du col utérin, du segment inférieur, l'intervention se fera par le vagin. Dans les autres cas : fibrome à évolution abdominale, ou difficilement acces-

sible par le vagin, rétroflexion de l'utérus, on utilisera la voie abdominale.

L'inconvénient est la menace d'avortement, il ne faut donc pas trop se hâter.

2° Ils menacent directement la vie de la femme. Il faut alors intervenir, soit en supprimant la tumeur et laisser intact l'utérus gravide, soit sacrifier l'utérus et l'enfant ; mais, en général, la grossesse évolue normalement.

Sur 84 cas, 66 fois la grossesse est allée à terme ou presque à terme, 13 fois, il y eut accouchement prématuré, et 5 fois avortement. Il ne faut donc pas s'alarmer quand une femme, atteinte de fibrome, devient enceinte.

3° Ils constituent un obstacle mécanique ne permettant pas l'accouchement par les voies naturelles. Si l'obstacle est absolu, il y a intérêt à intervenir le plus près possible du terme de la grossesse avant le début du travail. Si l'obstacle est incomplet, et permet d'espérer que l'accouchement pourra se faire spontanément, il faut attendre en surveillant avec soin la femme et le fœtus. Il ne faut pas cependant que cette expectation soit poussée à l'extrême.

Si l'enfant meurt, l'embryotomie, la basiotripsie permettront d'extraire le fœtus.

Interventions pendant la grossesse.

1° Avortement provoqué.—Il expose la femme à l'hémorragie et à l'infection utérine ; ce procédé doit être rejeté.

2° Ablation du fibrome seul.—C'est l'intervention de choix, puisqu'elle permet de conserver la grossesse. L'opération, suivant les cas, se fera par le vagin ou l'abdomen.

3° Suppression simultanée de la grossesse et de la tumeur par l'hystérectomie abdominale totale ou supra-vaginale ou sub-totale.

Interventions au terme de la grossesse et pendant le travail.

1° Réduction manuelle sous chloroforme. Il sera parfois nécessaire de terminer l'accouchement par le forceps ou la version.

2° Application de forceps, version.—Ces procédés ne peuvent être employés que lorsque l'espace libre laissé par la tumeur est suffisant.

3° Symphyséotomie.—4° L'embryotomie.

La césarienne conservatrice et l'opération de Porro doivent être réservées à des cas exceptionnels. On doit leur préférer soit la césarienne suivie de myomectomie, si cela est possible ; soit la césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale ou sub-totale.

L'hystérectomie abdominale totale est indiquée quand il y a à craindre l'infection du col et de la ca-

tivité utérine, lorsque le travail dure depuis longtemps et que l'oeuf est ouvert.

(Obstétrique)

## GYNECOLOGIE

### De l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement de la métrite hémorragique

Le chlorure de calcium est hémostatique à un double point de vue : il augmente la plasticité du sang et en active la coagulation, il exerce une action vaso-constructive. On peut l'employer dans toutes sortes d'hémorragies, et M. Georges Gross rappelle ses nombreux avantages : son absorption se fait bien et rapidement ; l'élimination étant complète, l'accumulation dans le sang n'est pas à craindre. La voie digestive est supérieure à l'administration sous-cutanée qui peut produire des escares assez étendues.

Au point de vue de prescription, M. Gross adopte les formules suivantes dues à M. Bertignon :

#### Potion.

Chlorure de calcium cristallisé 4 à 6 grammes.  
Sirop de menthe. . . . . 30 —  
Eau distillée. . . . . 90 —

A prendre dans les vingt-quatre heures.

#### Lavement.

Chlorure de calcium. . . . . 10 grammes.  
Eau distillée stérilisée. . . . . 200 —

Faire précéder d'un lavement chaud évacuateur.

Le chlorure de calcium a trouvé son indication dans les hémorragies de toutes sortes et dans toutes les maladies présentant le symptôme ou la complication hémorragie : hémophile, hématoméses, hématuries, entérorragies, urticaires, purpuras, varices hémorragiques, scorbut, hémorragies nasales, maladie de Werlhoff, hémoptysies. Les hémorragies de l'estomac et du tube digestif supérieur, notamment, qui ne sont jamais justiciables du traitement par le sérum gélatiné, s'arrêtent très bien sous l'influence du chlorure de calcium.

Déjà employé en gynécologie par Bowreman-Jesset, P. Carnot, etc., le chlorure de calcium donne d'excellents résultats dans la métrite hémorragique : il arrête rapidement l'hémorragie, l'empêche de se reproduire et permet ainsi à la malade de recouvrir ses forces. Ce traitement très simple et sans aucun inconvénient pourra donc être avantageusement essa-

yé avant de recourir aux interventions plus sérieuses d'ordre chirurgical.

(Gaz. des hôp.)

### Les perforations graves de l'utérus au cours du curetage et de l'hystérométrie.

Joseph MIQUEL.

La perforation bénigne est surtout le fait de l'hystéromètre et parfois du curetage. Mais il y a malheureusement des perforations graves :

1° Perforation s'accompagnant d'injection péritonéale de liquide toxique, le plus souvent de sublimé, on constate alors le retour incomplet du liquide de l'injection. Dans plus de la moitié des cas cette complication entraîne la mort. Le liquide en passant de l'utérus dans le péritoine entraîne avec lui des germes qui vont l'ensemencer. Si la perforation est constatée, il ne faut donc pas faire de lavage. La rapidité des accidents paraît indiquer la laparotomie ou l'hystérectomie.

2° Les perforations s'accompagnent d'une plaie notable à travers laquelle va s'engager et s'étrangler l'intestin qui a pu, pendant le curetage, être lésé. L'opérateur, en voulant retirer des restes de membranes ou de cotylédons se sert d'une pince et ramène l'intestin ou l'épiploon jusqu'à la vulve. On peut remédier à ces accidents en pratiquant le plus vite possible la laparotomie ou l'hystérectomie. Sur 8 cas, 3 morts et 5 guérisons.

Après un avortement, le tissu étant très friable, il faut explorer avec le doigt et ne jamais se servir de pinces.

3° La complication est créée par l'infection péritonéale qui peut suivre la perforation. Si elle est quelquefois localisée, la péritonite peut aussi être généralisée et rapidement mortelle. L'hystérectomie, d'emblée acceptable comme traitement prophylactique, excellente dans les cas d'infection localisée au petit bassin, paraît devoir être repoussée. C'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Elle permet de juger de l'état du péritoine ; si l'opérateur trouve du pus, il épongera le péritoine avec des compresses aseptiques et fera le lavage à l'eau rigoureusement aseptique ; s'il trouve la perforation de l'utérus, il la suturera. L'opération sera terminée par un drainage méticuleux à travers le cul-de-sac postérieur ou par la plaie de l'hystérectomie.

L'expectation pure et simple paraît être dangereuse. L'hystérectomie vaginale d'emblée paraît devoir être rejetée, car elle peut en effet faire enlever un utérus sans perforation.

(L'Obstétrique)

## DERMATOLOGIE

## Le massage en thérapeutique cutanée

par M. BEAUCHEF.

1° Le massage est un moyen thérapeutique qui paraît trop négligé dans le traitement des affections cutanées. Ses effets sur la peau sont remarquables et peuvent se résumer ainsi :

(a) Il débarasse la peau des débris de cellules épidermiques en desquamation et des souillures qui l'encombrent, lui rendant ainsi sa souplesse, facilitant l'absorption et désobstruant les conduits excréteurs des glandes qu'elle contient ;

(b) Il active manifestement la circulation sanguine et lymphatique de la peau, met les matériaux nutritifs en plus intime contact avec les éléments anatomiques, facilitant ainsi les échanges et provoque une active phagocytose ;

(c) Il élève la température locale ;

(d) Il facilite la résorption des liquides épanchés, qu'ils soient normaux ou pathologiques ;

(e) Il possède une action propre sur les éléments cellulaires ; il est capable d'activer leur développement et leur multiplication et, par ce fait, de jouer un rôle important dans la réparation de l'épiderme (action kératoplastique) ;

(f) Outre qu'il favorise l'excrétion des produits des glandes, il peut exciter leur sécrétion, car il augmente le nombre des éléments spécifiques et surtout la quantité d'eau éliminée ;

(g) Enfin, il possède une action remarquable sur les terminaisons nerveuses de la peau, peut produire l'anesthésie des filets sensitifs, exciter les filets moteurs, vasomoteurs et trophiques. Par cet intermédiaire et lorsqu'il est étendu, il peut avoir une action sur le système nerveux tout entier.

2° Ses indications qui se réduisent logiquement de son action physiologique sur la peau sont nombreuses. On s'en servira avec avantage pour :

(a) Remédier aux épaisissements, faciliter les résorptions dans les inflammations chroniques de la peau (eczémas chroniques, oedèmes chroniques, bouffissures de la face, éléphantiasis, lichenifications, urticaire chronique, etc.) ;

(b) Exciter la sécrétion et faciliter l'excrétion dans les affections des glandes sébacées (anés, séborrhées, etc.), et des glandes sudoripares (anhydrose, dyshidrose, etc.) ;

(c) Combattre les troubles circulatoires dans les ulcères variqueux, les télangiectasies, etc ;

(d) Lutter contre le prurit (prurigos, prurits, psoriasis (Breda), eczémas, etc.) ou contre la douleur (ulcères variqueux, névrites traumatiques, etc.) ;

(e) Améliorer les troubles trophiques (ulcères variqueux, sclérodermie généralisée, morphee, etc.) ou même lutter contre les troubles de la pigmentation cutanée (vitiligo, etc.) ;

(f) Réveiller peut-être la vitalité des zones glabres dans certaines formes de pelade (Jacquet) ;

3° Il est inutile ou contre-indiqué dans : les inflammations aiguës étendues, les dermatoses bulbeuses, les dermatoses nettement parasitaires, les dermatoses aiguës dues à une infection générale ;

4° Toutes les manoeuvres usitées en massothérapie peuvent trouver leur emploi dans la thérapeutique cutanée, à des degrés divers. Elles doivent toujours être modérées, commencées doucement, et produisent des effets différents suivant leur énergie.

(Arch. de méd. et chir.)

## MALADIES MENTALES

## Le bain continu dans le traitement de l'aliénation mentale

KROCPIN.

On donne couramment des bains prolongés "jour et nuit" pendant des "semaines et des mois." Les malades mangent sur de petites tables placées au-dessus de la baignoire, y lisent, font du crochet, fument, etc. La nuit, on leur met sous la tête des oreillers en caoutchouc à air ou garnis de mousse de caoutchouc. Aux femmes, on laisse la chemise, si elles le désirent. Les règles ne constituent pas un obstacle. La température de l'eau est maintenue à 34° c.

Ces bains sont spécifiques de la manie, de l'agitation, et surtout du délire aigu des paralytiques généraux : "c'est là le remède héroïque" du "délire aigu." Très utile dans le delirium tremens quand on y associe des doses fortes de caféine, ils ne sont pas aussi satisfaisants dans la catatonie, bien que la plupart des sujets atteints de cette affection puissent encore y être soumis. C'est aux anxieux et aux épileptiques qu'ils sont le moins applicables. Les faibles et paralytiques échappent, par la suppression dans l'eau, aux lésions, eschares et infections du décubitus : un drap formant hamac constitue l'appareil de suspension.

On ne force pas cependant les aliénés à rester malgré eux dans l'eau : on les laisse en sortir, sauf à recommencer, quelque temps après, en faisant intervenir la persuasion. Presque sans exception, on arrive à les y accoutumer. Jamais on ne recouvre la bai-



gnoire d'un couvercle ; jamais on n'use d'appareils spéciaux de contrainte. L'assuétude peut être aidée au début par l'administration de sulfonal ou d'hyoscine.

Les catatoniques sujets à des périodes d'agitation si dangereuses pour leur sécurité sont traités par "l'enveloppement humide" ; on fait des séances de deux heures renouvelées au besoin à deux heures d'intervalle, jusqu'à ce qu'ils acceptent le bain ce qui, généralement, a lieu au bout de deux à trois jours. On a soin d'interrompre l'enveloppement lorsque ce moyen, au lieu de calmer le malade en cinq ou dix minutes, l'excite davantage. Sans doute, c'est du restraint corporel, mais un restraint médical, considéré du reste comme tel par les malades et par le personnel.

Ces bains ne provoquent pas d'arrêt du coeur. On observe bien de temps à autre des lipothymies contre lesquelles on a la caféine, le strophanthus, le camphre, l'éther. La transmission de l'herpès tonsurans au moyen du linge est vaincue par la teinture d'iode. La furonculose guérit admirablement par le bain. On n'observe pas d'accidents de refroidissements ni de brûlures graves. Naturellement, le choix et l'éducation du personnel priment tout. Les agités se font souvent un malin plaisir d'asperger les infirmiers ; on les munit de vêtements imperméables. En tout cas, ces petits inconvénients ne sont pas comparables aux agressions qu'ils avaient à subir de la part des aliénés enfermés dans leurs cellules et aux inventions dont ceux-ci n'étaient pas chiches, inventions dans lesquelles les matières fécales jouaient un rôle répugnant.

Au surplus, l'action calmante de l'eau est presque instantanée. Il doit se produire, en l'espèce, de l'anémie du cerveau par dilatation des vaisseaux de la peau. Dans le bain, plus d'entraves, plus de vêtements constricteurs, plus d'excitants extérieurs. Chaque baignoire étant entourée d'un box spécial qui sépare le malade sans nuire à la surveillance, c'est de l'isolement agréable, dans un milieu tiède, avec liberté des mouvements. Le sujet sort-il de l'eau, il s'y replonge aussitôt sous l'influence des frissons qu'il éprouve au contact de l'air.

"La pratique des bains prolongés agit comme le lit, mais bien plus vivement." Et, dans le bain, l'agité se met bien vite à manger. Avec ce système, plus de violences, plus de coercition, plus de cellules ; la surveillance est plus efficace. Il est indiqué lorsque l'alitement n'agit pas, quand l'agitation est grave. C'est aussi le moyen le plus avantageux d'amener graduellement le malade à l'alitement ; on alterne.

(*Le progrès méd.*)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Traitement des péricardites

A. Dans les "péricardites aiguës" le salicylate de soude est "le médicament de choix."

Pendant 3 à 4 jours prendre en 24 heures la potion suivante :

Salicylate de soude. . . . .	1, 3, 4, 5 gr.
(suivant âge).	
S. d'écorces d'oranges amères. . . .	30 "
Eau. . . . .	90 "

Cette potion doit être prise lorsque le malade va ou vient de boire. A partir du quatrième jour continuer, mais à doses plus faibles.

Dans les autres infections, faire l'antisepsie générale par les sels de quinine.

Bichlorhydrate de quinine. 0,02, 0,10, 0,20, 0,30  
Beurre de cacao. Q. s. p. un suppositoire.

Deux par jour.

Chez les enfants plus âgés employer la potion :

Bichlorhydrate de quinine. 0,05, 0,25, 0,40 0,60	
Sirop de sucre . . . . .	10 gr.
Glycyrrhizine. . . . .	3 "
Eau. . . . .	50 "

A prendre par cuillerées à bouche en 24 heures.

Chez l'adulte :

Sulfate de quinine . . . . . 0 gr. 20  
en 1 cachet ; 1 cachet 4 fois par jour.

Il vaut mieux donner de petites doses, réfractionnées, fractionnées en 24 heures.

B. Dans la "péricardite sèche" on conseillera le séjour au lit et le régime lacté absolu.

1° "Faire de la révulsion précordiale."—4 à 6 ventouses scarifiées sur la région précordiale, sangsues, ventouses sèches ou cataplasmes sinapisés.

2° "Soutenir le coeur."—(A) La digitale. Ménagements, surveillance, prudence.

Chez l'enfant, teinture alcoolique de digitale. V à X gouttes de 1 à 3 ans. X à XV gouttes de 3 à 5 ans. Ne pas continuer plus de 3 jours.

Chez l'adulte : XX à XL gouttes de la solution de digitaline de Petit dans le lait, en un ou deux jours, ou encore 4 fois par jour, V gouttes de la teinture composée :

Teinture de digitale. . . . .	
Teinture d'aconit. . . . .	ââ 5 gr.

(B) La caféine a le grave inconvénient d'exagéré-

rer l'insomnie. Si on la conseille, ne jamais en faire prendre à l'approche de la nuit. Formuler :

Caféine. . . . .	0 gr. 25 à 0 gr. 80
Benzoate de soude. . . . .	1 "
Sirop de punch. . . . .	30 "
Eau. . . . .	90 "

(C) Le sulfate de spartéine est à préférer : le donner en pilules :

Sulfate de spartéine. . . . .	0,01, 0,02, 0,05
Poudre de réglisse. . . . .	0,03
Glycérine. . . . .	Q. S. pour 1 pilule.

2 par jour.

3° " Calmer les troubles fonctionnels :"

Contre la douleur : vessie de glace en permanence sur la région précordiale. Injection de 1 cc. de la solution de morphine.

Chlorhydrate de morphine. . . . .	0 gr. 10
Sulphate d'atropine . . . . .	0 " 005
Eau de laurier-cerise. . . . .	10 cc.

Vésicatoire camphré, séparé de la peau par un papier de soie huilé. Laisser 3 heures en place, puis cataplasme aseptique. Panser à la vaseline boriquée morphinée à :

Chlorhydrate de morphine. . . . .	1 gr.
Vaseline boriquée. . . . .	50 "

(*Jour. de méd. de Paris*)

**Traitement de la colique nephretique**

A. ROBIN.

Deux indications sont à remplir :

1° Calmer la douleur.

Le meilleur moyen de calmer la douleur est l'injection hypodermique de 1 centigramme de morphine ou de 1 milligramme d'héroïne, ou de 1 centigramme de dionine, que l'on pourra répéter, s'il est nécessaire.

Mais tout malade sujet aux crises néphrétiques doit avoir en sa possession un moyen immédiat de soulager ses souffrances, avant l'arrivée du médecin. Je conseille, en pareil cas, l'emploi de la potion suivante, que le graveleux pourra conserver chez lui, un temps indéfini, sans qu'elle subisse d'altération :

Bromure de potassium. . . . .	6 gr.
Eau de laurier-cerise. . . . .	10 "
Sirop d'éther. . . . .	30 "
Chlorhydrate de morphine. . . . .	0 " 05
Hydrolat de valériane. . . . .	120 "

Prendre une cuillerée à soupe de cette potion toutes

les demi-heures, jusqu'à disparition des phénomènes douloureux, sans dépasser quatre à cinq cuillerées. Le soulagement ne tardera pas à se faire sentir.

2° Faciliter l'élimination des concrétions.

Pour provoquer l'expulsion du calcul, vous donnerez des diurétiques. J'emploie surtout les plantes indigènes : les fleurs de la reine-des-prés, ou de fèves des marais.

Dès le début de la colique, vous faites prendre d'heure en heure, une infusion de 2 grammes de fleurs de reine-des-prés ou de fleurs de fèves de marais dans 150 grammes d'eau.

Vous pouvez conseiller les feuilles de mûrier, qui sont un diurétique assez puissant, soit 7 gr. 50 en infusion dans 500 gr. d'eau chaude à prendre en l'espace de 3 ou 4 heures.

Certes, cette médication augmente quelquefois les douleurs en activant l'expulsion des calculs, mais elle réalise alors le traitement de la cause provocatrice de la colique.

(*Ibid*)

**Badigeonnages gaïcoles contre les oreillons**

La "Semaine médicale" analyse le travail de M. le Dr Grande, de Nicastro, sur les applications de gaïacol contre les oreillons. L'auteur prescrit une pommade contenant 5 pour 100 de gaïacol avec laquelle on pratique une ou plusieurs fois par jour des onctions sur la région parotidienne qu'on recouvre ensuite de coton phéniqué et d'un pansement légèrement compressif.

Sous l'influence de ce traitement, que M. Grande a eu jusqu'à présent l'occasion d'employer dans 12 cas, la tuméfaction de la parotide disparaît dès le second ou le troisième pansement, en même temps que les patients n'éprouveraient ni douleurs, ni gêne pendant la mastication et la déglutition. Contrairement à ce qu'on observe assez souvent à la suite d'applications de gaïacol sur le scrotum, les onctions dont il s'agit ne détermineraient ni prurit, ni eczéma.

Notre confrère attribue les bons effets de ce traitement, non seulement aux propriétés analgésiques du gaïacol, mais encore à l'action antiseptique que les vapeurs de ce médicament exerceraient sur la cavité buccale et sur le pharynx.

(*Le Concours Médical.*)

## MALADIES NERVEUSES

### Epilepsie et hystérie

La "Revue internationale de clinique et de thérapeutique" rappelle, sous forme de tableaux synoptiques, les principaux signes différentiels permettant de faire facilement le diagnostic de l'épilepsie et de l'hystérie :

#### Epilepsie.

- Attaques nocturnes ou matinales.
  - Pas de cause occasionnelle.
  - Soudaineté fulgurante de l'attaque.
  - Toujours cri initial.
  - Toujours morsure de la langue, avec écume sanguinolente à la bouche.
  - Première phase, exclusivement tétanique, avec langue serrée entre les arcades dentaires.
  - Réflexe lumineux des pupilles presque toujours aboli, pendant la phase tétanique.
  - La phase clonique de l'attaque est relativement silencieuse.
  - Habituellement, incontinence d'urine et des matières, pendant l'attaque ; éjaculation chez l'homme.
  - Phénomène des orteils (signe de Babinski.)
  - La compression des ovaires est sans influence sur les attaques d'épilepsie.
  - Les attaques d'épilepsie se terminent toujours par une phase stertoreuse.
  - Dans l'état de mal, les attaques, en nombre relativement faible, mettent en danger la vie des malades.
  - Élévation considérable (40-41°) de la température corporelle, pendant l'état de mal.
  - Etat mental particulier ; pas de stigmates hystériques.
  - Efficacité des bromures.
- #### Hystérie.
- Attaques vespérales.
  - Causes occasionnelles : émotion violente, contrariété, compression d'une zone hystéro-gène.
  - Quelquefois soudaineté moindre.
  - Presque jamais cri initial.
  - Rarement morsure de la langue et rarement écume sanguinolente.
  - Première moitié de la phase tétanique, accompagnée de grands mouvements de circumduction avec langue projetée en avant.
  - Abolition du réflexe lumineux des pupilles, exceptionnelle pendant la phase tétanique.
  - La phase clonique de l'attaque est habituellement tumultueuse ; les convulsions peuvent revêtir le caractère de mouvements intentionnels ; quelquefois

attitudes passionnelles.

Assez souvent, émission involontaire d'urine, mais pas d'incontinence des matières, pas d'éjaculation.

Le phénomène des orteils fait défaut.

La compression des ovaires, jugule les attaques d'hystérie.

Les attaques d'hystérie se terminent souvent par une crise de larmes, par des éclats de rire, par des manifestations délirantes.

Dans l'état de mal, les attaques d'hystérie peuvent atteindre une extrême fréquence, sans compromettre la vie des malades.

Élévation modérée (au plus 39°) de la température interne, pendant l'état de mal.

Stigmates de l'hystérie.

Inefficacité des bromures. Efficacité de la psychothérapie.

(Le concours médical.)

## NOUVELLES.

### NAISSANCE :—

A Westmount, le 2 courant, l'épouse de M. le Dr W. Gadbois, une fille.

### MARIAGES :—

A Montréal, le 29 décembre, M. le Dr Amédée Marien, agrégé à l'Université Laval, conduisait à l'autel mademoiselle Blanche Prevost.

—A St-Louis de Bonsecours, comté de Richelieu le 7 courant, M. le Dr Z. Thibault, de Mainville, R. I., conduisait à l'autel Mlle Hélène Saint-Martin, fille de M. Antoine Saint-Martin, marchand.

—A Québec, le 7 courant, M. le Dr J. A. Simard de Providence, R. I., conduisait à l'autel Mlle Yvonne Bélanger, fille de M. Jules Bélanger, greffier de la Cour de Circuit.

### NÉCROLOGIE :—

A l'hôpital Général de Montréal, le 25 décembre 1902 est décédé des fièvres typhoïdes le Dr Stephen Stackhouse, de la Pointe St-Charles, fils aîné du Dr P. S. Strackhouse, de Lachute, Qué., à l'âge de 33 ans.

—A Montréal, le 29 décembre, est décédé le Dr Hopkin, surintendant de la "Montréal Maternity Hospital". Le docteur a succombé à la fièvre typhoïde.

—Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Argus C. L. MacDonell, ancien médecin consultant à l'Hôtel-Dieu de cette ville, décédé le 2 courant, à l'âge de 74 ans.

## Supplement Litteraire

### LES VOLEURS DE MORT.

par M. le Dr J. Emile FORTIER.

(Réd.—Les étudiants en médecine ont une terrible réputation. Les étudiants de Montréal surtout semblent plus que tous les autres mériter les reproches qu'on leur fait. Nous croyons que nos lecteurs aimeront à lire les lignes suivantes dues à la plume d'un médecin bien connu, qui raconte ses escapades d'autrefois. Nous publions ci-dessous le premier de six articles qu'on nous a promis.)

Au temps où l'Université ne fournissait pas les cadavres à ses élèves, rien n'était plus émouvant pour les étudiants en médecine,—surtout ceux de première année—que de voler un mort. C'était une fête dramatique dont ils conservaient longtemps le souvenir.

Que de vieux médecins d'aujourd'hui, endurcis par les souffrances de l'humanité, et qui ont blanchi dans la pratique, ne se rappellent pas leurs années de cléricature, sans éprouver une émotion visible. Ils les considèrent comme les plus belles de leur vie, et rêvent en soupirant ces paroles poète :

Hélas ! pourquoi m'apparaître si belles  
Quand vous ne pouvez plus me prendre sur vos ailes !  
Que vous ai-je donc fait ?

Voyez ce médecin qui court aux malades, il porte une cicatrice à la joue. Il n'a pas été à la guerre, pourtant ! et ne s'est pas battu en duel, non plus. Interrogez-le, et d'une voix émue, il racontera une soirée d'étudiant d'autrefois, au temps où l'on volait les morts. C'est dans une de ces expéditions qu'il a reçu sa cicatrice ; et il la porte fièrement pour montrer que lui aussi, il a passé à travers ces aventures, sans lesquelles, jadis, un étudiant en médecine ne pouvait pas être un véritable étudiant en médecine.

A cette époque qui n'est pas encore bien reculée, si un apprenti médecin, en passant sur la rue, voyait un crêpe, cloué à une porte, il entrait voir le mort, l'examinait attentivement en faisant mine de prier, regardait s'il ferait un beau sujet pour la dissection et cherchait à reconnaître la cause de la mort. Si le sujet lui convenait, il s'informait quand l'enterrement devait avoir lieu, et s'en allait.

Personne ne pouvait soupçonner un voleur de morts dans ce jeune homme qui priait avec tant de ferveur, prosterné auprès du cadavre.

Le jour de l'enterrement arrive et en entrant au cimetière, personne ne remarque un visiteur qui semble bien occupé à lire les épitaphes, qui va et vient d'une tombe à l'autre, mais qui jette à la dérobée un oeil rapide mais certain sur les convois qui défilent.

Ce visiteur est le même étudiant qu'on a vu agenouillé hier à la demeure du défunt. Aujourd'hui son accoutrement est tout changé et personne ne le reconnaîtrait. Hier il n'avait pas de barbe, aujourd'hui il en a une ; hier il était bien vêtu, aujourd'hui il est en haillons ; hier il était vif et alerte, aujourd'hui il est lourd et son pas est trainant. Il est méconnaissable. On dirait un pauvre malheureux, accablé sous le poids du chagrin et qui cherche la tombe d'un parent.

De loin il remarque où l'on dépose le cadavre du nouveau mort. C'est tout ce qu'il veut savoir et il s'en retourne immédiatement rejoindre ses compagnons qui l'attendent à l'hôtel voisin.

Les préparatifs se terminent et l'expédition est remise au soir.

C'est donc entre dix et onze heures,—durant les ténèbres de la nuit—que la bande, jamais composée de plus de quatre, monte en voiture et se dirige vers le cimetière de la Côte des Neiges. A environ dix ou quinze arpents avant d'arriver, ces maraudeurs sans malice, sautent à terre et se séparent, emportant chacun un petit paquet sous le bras ; le plus fort porte en outre une grosse tarière.

Ils se suivent de loin en loin, sans cependant se perdre de vue, mais après quelques minutes de marche, ils se rejoignent à l'endroit où le mort a été déposé le matin même. De suite, sans perdre un instant, les compagnons se mettent à l'oeuvre, la tarière qui est assez grosse pour faire un trou et laisser passer les épaules du mort, remplace avec avantage la pelle et le pic, ils placent l'instrument vis-à-vis la tête et commencent à percer leur trou, ils défoncent le cercueil et à l'aide d'un crochet placé sous les bras ou bien autour du cou, ils ne prennent qu'une minute à sortir le mort de son tombeau. Mais si pendant leur travail ils entendent un bruit suspect, ils se hâtent de déplier le drap blanc qu'ils ont emporté sous leur bras, et s'en couvrent en se tenant sans bouger parmi les monuments auxquels ils se trouvent à ressembler. Ce tour réussit souvent, mais malheur à qui s'y fie et qui n'a pas une autre corde à son arc, car leur truc est souvent découvert et ce qu'il y a de mieux alors est de décamper au plus vite. On a vu quelquefois des étudiants poursuivis par les gardiens être obligés d'abandonner le cadavre en chemin ou le cacher dans quelque endroit où ils vont le chercher quelques jours après. Comme je vous l'ai dit le vol de cadavre est une fête dramatique remplie de dangers, car on en a vu souvent recevoir une balle dans le corps au cours de ces excursions nocturnes ; c'est ainsi qu'un compagnon reçut dans le bras, en voulant escalader la clôture d'un cimetière, la décharge d'une carabine, ce qui quelque temps plus tard nécessita

l'amputation du membre. Un autre qui se sauvait en emportant sur son dos le cadavre d'une femme, se fit fracturer la jambe par une balle que le gardien de cimetière lui envoya ; et combien de centaines d'accidents pourrait-on raconter. Comme vous voyez cette fête tourne souvent en tragédie. Ces accidents arrivent moins souvent dans les campagnes où les cimetières ne sont pas gardés, là, les étudiants ont plus de liberté et agissent avec moins de précipitation, et c'est surtout dans ces cimetières que les vols les plus nombreux se commettent. Il y a une paroisse en haut de Montréal, où, dans deux semaines, cinq cadavres furent volés successivement ; personne ne le sut, et aujourd'hui même, les parents pensent que leur mort repose bien tranquillement dans le cimetière béni de leur paroisse. Quel serait donc leur chagrin, si on leur disait que le squelette de leur enfant est dans la chambre de tel ou tel étudiant !

Dans une paroisse à dix lieues de Montréal, une pauvre vieille perd la seule fille qu'elle avait ; deux jours après sa chère enfant était enterrée, puis volée par les étudiants le soir même. Le lendemain matin un des voleurs se rend auprès de la mère et lui dit que si elle ne voulait pas que son enfant soit enlevée du cimetière, de mettre des gardiens pour quelques nuits. C'était en automne ou les fortes gelées se font sentir et la pauvre mère, non satisfaite d'avoir placé des gardiens pour la nuit suivante, fit verser sur la tombe plusieurs sceaux d'eau qui formèrent une glace forte et solide, qui aurait pu faire échouer dans leur projet les étudiants les plus énergiques. La pauvre mère ne se doutait pas que tout ce qu'elle faisait était déjà à moitié disséquée.

Ce genre de vol que l'on pourrait qualifier de nécessaire, était excusable jusqu'à un certain point, car les étudiants ne pouvaient pas étudier sans avoir les cadavres nécessaires pour la dissection. Aujourd'hui les choses se passent autrement et pour le mieux, bien certain. Le gouvernement à la vue des dégradations commises dans les cimetières, s'est décidé à intervenir et à procurer lui-même aux étudiants, les cadavres dont ils ont besoin pour la dissection.

Si quelqu'un eurt dans un asile ou un hôpital et que son cadavre ne soit réclamé, il est envoyé à la salle de dissection et devient la propriété des étudiants en médecine.

Sur ce système les élèves des Universités ont tous les cadavres nécessaires pour s'instruire, sans être exposés à de graves accidents pour se les procurer, et aussi les braves gens des environs de la ville dorment bien tranquillement sur leur deux oreilles, ne craignant plus que leurs morts soient enlevés du cimetière de leur paroisse.

Le plus grand nombre de cadavres vient des hôpitaux. Les malades en entrant dans ces institutions donnent le nom d'un parent ou d'un ami que les autorités doivent avertir en cas de mort. Il arrive quelquefois que plusieurs, soit par indifférence ou par ignorance de la gravité de leur malade, refusent de donner le nom d'un parent et qui meurent peu après. Ce sont ces cadavres qui sont donnés aux Universitaires.

Il y a quelques années un grand et gros homme de six pieds et trois pouces, quitta son pays, l'Angleterre, dans un moment de folie, sans avertir qui que ce soit, et s'embarqua pour le Canada. Durant la traversée sa maladie s'aggrava si bien, qu'en arrivant à Montréal, le pauvre immigré était presque mourant. Il fut transporté à l'hôpital et mourut deux jours après. Les autorités ne connaissant personne qui put réclamer le corps, l'envoyèrent à la salle de dissection. Il était presque tout disséqué lorsque le professeur d'anatomie arriva à la salle avec un télégramme venant d'Angleterre, et qui réclamait le cadavre de l'immigré. Ce pauvre homme avait passé par bien des transformations depuis son arrivée à la salle de dissection, le crâne était scié, le cerveau enlevé, les intestins étaient sur une autre table, les jambes et les bras étaient dépouillés de leurs muscles ; ce n'était plus le même homme du tout. Après l'avoir "bourré" et cousu à qui mieux mieux et mis des journaux à la place des intestins, le pauvre rapiécé d'un bout à l'autre, le pauvre Anglais était déposé dans son cercueil, prêt à retourner dans son pays. On n'en a pas eu de nouvelles, mais il est plus que probable que ses parents ne doivent pas l'avoir reconnu après avoir été cousu d'un bout à l'autre par les étudiants.

### UNE SALLE DE DISSECTION.

Une salle de dissection—surtout pour une personne qui n'en a jamais vue—est un lieu triste, hideux, et pardessus tout repoussant. On se trouve tout à coup, au milieu d'une douzaine de cadavres, couchés sur des grandes tables en marbre. Il y en a de toute sorte, des hommes, des femmes, des jeunes, des vieux, des blancs et souvent des noirs. L'odeur qui s'en exhale a quelque chose qui lui est propre, et n'est pas sans incommoder énormément les étudiants, surtout ceux qui commencent la dissection. Jugez alors de l'effet que cette odeur produit chez les étrangers. Elle s'imprègne dans les vêtements avec tant de force qu'il est presque nécessaire que les étudiants aient un habit spécial pour la dissection.

(à suivre)

# Travaux Originaux

## LE BRAS.

par M. le Dr L. E. FORTIER.

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin de  
l'Hôtel-Dieu (Montréal).

La dissection du bras comprend les muscles de la poitrine et du dos, qui se fixent à l'épaule, soit sur la clavicule, l'omoplate ou l'humérus.

Avant de commencer son travail, l'élève doit connaître ses os parfaitement et pouvoir trouver sur le sujet ou sur un squelette bien articulé les jalons suivants :

La clavicule,

L'acromion,

L'épine de l'omoplate,

L'angle du sternum (épine de Louis).

Les côtes et les espaces intercostaux.

Le mamelon, ses rapports avec la paroi thoracique.

Les limites du grand pectoral,

L'espace entre le grand pectoral et le deltoïde,

L'espace entre l'origine sternale et l'origine claviculaire du grand pectoral,

Le creux axillaire.

La clavicule se reconnaît et se délimite facilement : en haut l'on trouve la fosse sus-claviculaire; en bas, la fosse sous-claviculaire.

La fosse ou creux sus-claviculaire est importante parce qu'elle représente l'espace où est logée la face antérieure du sommet du poumon. Elle a la forme d'un triangle limité en bas par la clavicule ; en dedans par le bord externe du sternocléido-mastoïdien et en dehors par le bord externe du trapèze. En cet endroit, à une hauteur qui varie de un pouce et demi à deux pouces, l'on peut déterminer le point le plus élevé du sommet du poumon,

Le creux sous-claviculaire est borné en haut par la clavicule, en dehors par le bord antérieur du deltoïde et en bas par le bord inférieur du grand pectoral. Sa partie supéro-externe présente une dépression tout à fait particulière que l'on désigne sous le nom de dépression de *Mohrenheim*. Cette dépression d'une forme à peu près triangulaire, est limitée en bas, par la réunion des bords correspondants des muscles deltoïde et grand pectoral ; et en haut par le tiers moyen de la clavicule qui en

ce point est absolument dépourvu de muscles. Sur le cadavre cet intervalle est quelquefois difficile à saisir, surtout si le sujet est gras ; on le distingue facilement sur le vivant en faisant jouer les muscles. Si l'on place un doigt dans cette dépression et que l'on presse en dehors et en arrière, l'on atteint l'apophyse coracoïde -- Pour ne pas la confondre avec la tête de l'humérus, sur laquelle, elle s'articule, il faut avoir soin de faire faire au bras les mouvements de rotation : la tête de l'humérus tourne tandis que l'apophyse coracoïde reste immobile. Chez beaucoup d'individus, le bord inférieur du grand pectoral forme une saillie très appréciable sous la peau, de sorte qu'immédiatement au dessous et en rapport exact avec sa direction, l'on constate un sillon plus ou moins prononcé. Ce sillon porte le nom de *sillon de Sibson* et est surtout très marqué chez les hommes fortement musclés dont la peau est pauvre en tissu adipeux.

L'angle du sternum que l'on nomme encore épine ou arête de Louis ou de Ludwig, est important à connaître parce qu'il sert à la détermination des côtes. Il correspond au point de réunion du manubrium et du corps du sternum : ce point offre chez l'individu maigre, l'aspect d'un bourrelet passant transversalement sur le sternum, visible sous la peau, et qui chez tous les sujets se présente sous l'aspect d'une barre transversale, à voussure antérieure que l'on sent facilement et nettement à travers les téguments. Lorsqu'on embrasse l'arête de Louis avec le médius et l'index et qu'on la suit de dedans et en dehors, ces doigts circonscrivent des deux côtés, la deuxième côte, au-dessus et au-dessous de laquelle se trouve naturellement le premier et le deuxième espace intercostal.

### *Enlèvement de la peau.*

Les incisions dans la peau doivent être aussi peu profonde que possible, de manière à pouvoir conserver les nerfs et les vaisseaux cutanés.

L'on en fera trois :

1° La première sur la ligne médiane du thorax, dans toute la longueur du sternum.

2° La deuxième, transversalement dans toute la longueur de la clavicule depuis le sternum jusqu'à la partie supérieure de l'épaule.

3° La troisième, transversalement aussi, depuis l'extrémité inférieure de la première jusque vers le milieu de l'aisselle.

4° Si le sujet est une femme chez laquelle on puisse faire l'étude de la glande mammaire

aura soin de circonscrire le mamelon par une incision circulaire, de manière à le laisser couvert, lorsque l'on enlèvera les lambeaux.

En enlevant soigneusement le tissu adipeux l'on rencontrera : 1<sup>o</sup> Sur les côtés du sternum, les branches antérieures des nerfs et vaisseaux thoraciques. Toutes ces branches artérielles proviennent des artères intercostales ; les nerfs perforants antérieurs proviennent aussi des nerfs intercostaux à l'exception des deux ou trois branches supérieures qui sont fournies par le plexus cervical.

2<sup>o</sup> Près de l'aisselle, vers le bord inférieur du grand pectoral, les branches latérales de ces mêmes vaisseaux et nerfs, émergent verticalement les unes au dessous des autres.

#### *Dissection de la glande mammaire.*

Cette glande qui varie de volume selon les différents sujets, repose sur le grand pectoral. Elle s'étend généralement du sternum au bord antérieur de l'aisselle, et de la troisième à la sixième côte. Enveloppée dans un tissu g. aisseux abondant, son épaisseur varie de un à deux pouces ; son diamètre est d'environ quatre pouces. Elle se compose de vingt lobes ayant chacun un canal, qui vient se terminer au mamelon par une petite dilatation.

Au milieu de la glande est situé le *mamelon*, où se terminent les vaisseaux galactophores. Tout au pourtour du mamelon, la peau est fortement pigmentée et forme l'*aréole*. Les petites glandes parsemées sur l'*aréole*, portent le nom de *tubercules de Montgomery*. Au début d'une grossesse, ces tubercules deviennent fortement marqués.

Pour voir les différents lobes, il faut tendre le sein, au moyen d'une pince appliquée sur le mamelon, et débarrasser les canaux de la graisse qui les entourent : les lobules glandulaires se distinguent des lobules graisseux par leur apparence plus opaque et d'un blanc nacré.

Trois artères principales nourrissent le sein ; l'une, la mammaire externe, pénètre dans la glande au-dessous du bord axillaire du grand pectoral ; la deuxième, la mammaire interne, s'y termine par plusieurs branches qui perforent les espaces intercostaux, tout près du sternum ;—enfin les intercostales donnent des branches qui se distribuent dans la surface profonde.

#### *Dissection du grand pectoral.*

Le grand pectoral, muscle de forme triangulaire s'insère sur la moitié interne de la clavicule, sur

toute l'étendue du sternum et sur les cartilages costaux, excepté le dernier ; de là ses fibres convergent et forment un gros tendon, et vont se fixer sur le bord externe de la coulisse bicipitale de l'humérus, sur une étendue d'environ deux pouces. Un sillon très étroit, mais profond, sépare l'insertion sternale de l'insertion claviculaire et parcourt le muscle dans toute sa longueur.

Le bord supérieure est en rapport avec le deltoïde dont il est séparé par la veine céphalique, et par la branche acromiale de l'artère acromio-thoracique.

Le bord inférieur forme le repli inférieur de la paroi thoracique antérieure.

Afin de conserver les nerfs et les vaisseaux, qui viennent se distribuer dans ce muscle par sa face profonde, l'on procédera à sa dissection de la manière suivante :

L'on séparera d'abord son insertion claviculaire par une incision dans toute sa longueur, aussi rapprochée que possible de la clavicule ; puis l'on rabattra ce lambeau, ayant aussi mis à découvert la veine céphalique, à l'endroit où elle se jette dans la veine axillaire, le nerf thoracique antérieur et les branches de l'artère acromio-thoracique qui nourrissent les pectoraux.

L'on divisera verticalement en deux parties égales ce qui reste de ce muscle et l'on renversera les lambeaux en dedans et en dehors.

Le grand pectoral recouvre le petit pectoral ; entre ce muscle et la clavicule, il cache le sous clavier et l'aponévrose costo-coracoïde qui l'enveloppe dans toute son étendue ; et les vaisseaux axillaires qui traversent cette membrane. Inférieurement au petit pectoral le grand pectoral repose sur la paroi thoracique, sur les vaisseaux et nerfs axillaires ; et près de l'humérus, il croise biceps et le coraco brachial.

(A suivre)

## Revue des journaux

### MEDICINE

Importance de la medication calmante dans le traitement de l'ulcere rond de l'estomac

Les troubles dont souffrent les sujets atteints

d'ulcère de l'estomac étant dus non seulement à la plaie gastrique elle-même, mais aussi au spasme concomitant du pylore, M. G. Kelling (*Wiener med. Woch.*, 29 novembre, 1902), dans une communication qu'il a faite au dernier Congrès des naturalistes et médecins allemands à Carlsbad, a insisté sur la nécessité qu'il y a à administrer aux malades dont il s'agit, plus méthodiquement et avec plus d'énergie qu'on n'a coutume de le faire, des médicaments pour combattre les contractions pyloriques réflexes qui empêchent la cicatrisation de la lésion stomacale. A cet effet, alors même qu'il n'existe pas de douleurs intenses et tout en continuant, bien entendu, l'usage du bismuth, le régime lacté et le repos au lit, l'auteur administre, par la voie rectale, trois fois par jour, 15 grammes d'une solution ainsi formulée : bromure de potassium, 10 grammes ; codéine, 0 gr. 20 ; eau distillée, 150 grammes. Si, en plus des douleurs épigastriques, le malade se plaint de céphalagie et d'autres douleurs névralgiques, on prescrit une solution composée de 10 grammes de bromure de potassium et de 5 grammes d'antipyrine pour 150 grammes d'eau, dont on donne aussi trois lavements de 15 grammes par jour. L'hy-persécrétion acide est-elle particulièrement intense, M. Kelling pratique des injections sous-cutanées d'un mélange d'atropine et de codéine.

Chez une cinquantaine de malades soignés de la sorte, les résultats ont été sensiblement meilleurs que ceux de la thérapeutique classique, ce dont on a pu surtout se convaincre par les cas demeurés rebelles tant qu'on n'eut pas recours à l'usage méthodique des calmants et dans lesquels tous les troubles morbides se dissipèrent en l'espace de trois semaines sous l'influence du traitement que préconise l'auteur.

(*Bull. méd.*)

#### L'appendicite

L'obsession de l'appendicite continue aussi bien chez les médecins que dans le public. A la dernière séance de l'Académie, M. le Dr Richelot a fait connaître son opinion et l'a présentée sous forme de conclusions très nettes que nous approuvons en tous points :

(a) Toute appendicite aiguë et fébrile, qu'on voit à ses débuts, doit être opérée sans retard. Celles qu'on voit plus tard, et qui restent graves doivent être opérées au plus vite ; il est encore temps de sauver le malade. Dans ces deux premières conditions, "attendre que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort (Dieulafoy)."

(b) Si la période aiguë et dangereuse est à sa fin,

si la rémission franche, différente des "bénignités apparentes" et des "accalmies traîtresses," ne laisse dans l'esprit aucun doute, l'intervention, presque toujours nécessaire en principe, devient affaire d'opportunité. Il est d'un médecin de ne pas laisser mourir, les bras croisés, les appendicites qui tournent mal, et de savoir composer, au contraire, avec celles qui tournent bien.

(c) La classe nombreuse des appendicites aiguës observées tardivement, celle des appendicites subaiguës, bénignes, chroniques et à répétitions, nous réservent encore bon nombre "d'opérations à froid," opérations salutaires, excellentes, qu'il faut certes pas poursuivre aveuglément à travers les périls mortels des formes graves, mais qu'il faut accueillir quand elles se présentent, et faire naître si on peut.

Cette communication a surtout pour but de montrer que l'on ne peut pas donner aux médecins une formule définitive qui leur trace une ligne de conduite invariable. La médecine n'est pas une collection de recettes pour guérir les maladies, et rien ne nous dispensera jamais de réfléchir, d'observer ; en un mot, d'être cliniciens.

(*Concours méd.*)

#### Les sérums nouveaux

La mode est aux sérums : fort bien ! mais défions-nous de la mode : il ne faut pas aller trop vite ; les uns, par hâte de trouver une nouveauté, les autres, par spéculation, veulent lancer un sérum plus ou moins curatif ou préservatif.

Ainsi : M. Tollemer a essayé dans le service de M. Variot un sérum anticoquelucheux préparé par un médecin belge. Les résultats ont été nuls.

Dans une autre série de cas M. Tollemer a essayé le sérum antidiphthérique, après avoir constaté que, chez les enfants injectés préventivement, la coqueluche, quand ils la prennent, évolue d'une façon relativement bénigne. Néanmoins, les résultats thérapeutiques du sérum antidiphthérique dans la coqueluche ont été tout à fait incertains.

MM. Cavasse et Paris ont essayé le sérum du médecin belge, dans le service de M. Guinon, Comme M. Tollemer, ils trouvent qu'il n'exerce aucune influence sur la marche de la coqueluche.

M. Baginski, de Berlin, a essayé le sérum antistreptococcique contre la scarlatine, mais il n'a observé aucun fait probant de guérison plus rapide ou de jugulation.

Pour ce qui concerne spécialement la marche de la fièvre, elle n'a pas différé, dans l'ensemble, de celle qu'on a relevée chez 72 scarlatineux qui n'ont pas été



traités par les injections de sérum.

Celles-ci sont-elles au moins inoffensives, dans toute l'acception du mot. Il semble que non, si on s'en rapporte aux déclarations du professeur Baginski, que nous allons reproduire textuellement : "Des défervescences critiques n'ont pas été observées ; par contre, dans 4 cas traités par les injections de sérum lativement grande des exanthèmes consécutifs aux injusqu'à la dose de six fois 20 centimètres cubes, on a vu survenir, indépendamment de troubles graves de l'état général, sous forme d'une grande prostration des complications sérieuses, endocardite, néphrite lymphadénite. On observe avec une fréquence rejections, accompagnés parfois d'une fièvre élevée et de douleurs articulaires." En somme, Baginski envisage sans grand enthousiasme les résultats que lui a donnés jusqu'ici le traitement de la scarlatine par les injections de sérum antistreptococcique.

M. Moser, de Vienne, a cru observer quelques résultats, mais, en réalité peu concluants : le génie épidémique de la scarlatine est si variable.

Il ne faut donc pas trop se hâter de mettre sur le compte de la médication employée l'abaissement du taux de la mortalité constatée au cours d'une épidémie de scarlatine.

En tout cas, le sérum antistreptococcique employé comme spécifique de la scarlatine est encore à faire ses preuves.

Nous l'avons déjà dit antérieurement : le seul sérum indiscutable est celui de Roux contre la diphthérie ; deux autres peuvent donner quelques succès : le sérum antipesteux de Yersin et le sérum antistreptococcique de Marmorek. Quant au sérum antityphique de M. le professeur Chantemesse, il est encore impossible de se prononcer, car, actuellement, il n'agit qu'à la période de la maladie où le diagnostic est encore douteux (première semaine).

(*Le concours médical.*)

### L'helminthiase

La "Revue Internationale de médecine et de chirurgie" analyse l'intéressante thèse de M. le Dr Lasne Desvareilles sur les symptômes principaux de l'helminthiase.

En dehors des symptômes indiscutables fournis par la présence, dans les déjections, des oeufs, de la larve ou du parasite lui-même, les premiers troubles à rechercher sont les troubles digestifs.

Les malades porteurs de parasites intestinaux présentent soit un appétit violent soit une anorexie complète ; la langue est suburrale, la gorge est sèche, souvent une soif vive se fait sentir. Le malade peut

voir des nausées, des vomissements muqueux ou limentaires, des pituites le matin, du dégoût pour certains aliments, pour la viande en particulier ; il peut prouver des crises de gastralgie violentes accompagnées de hoquets, de convulsions, ou bien sentir comme un poids exagéré à la région épigastrique, etc.

Du côté de l'intestin, on observe une constipation souvent opiniâtre ou une diarrhée rebelle. Parfois, la constipation et la diarrhée alternent.

On a observé, maintes fois, soit des hémorragies gastriques, soit des hémorragies intestinales.

Les désordres gastro-intestinaux peuvent devenir chroniques et durer des années.

Du côté du foie, les troubles ne sont pas moins graves. C'est ainsi qu'on a vu mentionner des cas de crises douloureuses avec ictère intermittent, simulant à s'y méprendre des accès de coliques hépatiques.

Les nématodes peuvent provoquer de graves accidents du côté du foie en s'engageant dans les voies biliaires : ils obstruent alors les canaux, arrêtent le cours de la bile, provoquant ainsi de l'ictère, de la cholémie, de la dilatation des canalicules biliaires. Séjourant longtemps dans les canaux, ceux-ci peuvent s'enflammer, leur paroi se remplit de pus et l'inflammation peut se propager au tissu hépatique lui-même : ainsi prennent naissance des abcès du foie parfois étendus.

Tous ces troubles de l'estomac, de l'intestin et du foie ont une grande influence sur la nutrition : le malade s'affaiblit, maigrit, les muqueuses se décolorent, la peau prend une couleur de cire qui donne au malade un aspect cachectique.

Les parasites, soit par leur action directe sur la muqueuse intestinale, provoquant des hémorragies graves, soit par leur action sur les globules sanguins, déterminent de l'anémie et souvent une anémie profonde mettant en péril la vie de leur hôte qui succombera quelquefois avec tous les symptômes de l'anémie pernicieuse.

Les accidents nerveux peuvent être localisés et n'intéresser que tel ou tel organe, mais le plus souvent ils donnent lieu à des phénomènes généraux.

On a vu, depuis le simple changement de caractère, certains malades arriver à la manie furieuse, à la folie, d'autres présenter tous les symptômes de l'hydrophobie sans jamais avoir été mordus par un chien atteint de la rage.

M. Lasne-Desvareilles mentionne plusieurs cas de véritables crises d'hystérie, d'épilepsie, de chorée, d'éclampsie.

Chez d'autres malades, on a observé de l'hémiplégie, de la paralysie plus ou moins complète.

Souvent, les patients se plaignent de bourdonne-

ments d'oreilles, de vertiges, de défaillances et tombent en syncope ; d'autres fois, ils se plaignent de devenir sourds, de ne plus y voir aussi nettement et même dans certains cas ils accusent de la surdité et de la cécité complètes.

D'autres ont du spasme laryngé, de la dyspnée avec cyanose et menace d'asphyxie ; d'autres présentent de la perversion du goût et de l'odorat.

L'action du parasite peut se faire sentir sur la sécrétion glandulaire ; (ptyalisme, polyurie, etc.)

Tous ces symptômes, quels qu'ils soient, ne tardent pas à s'amender et à disparaître aussitôt après l'expulsion du parasite.

(Ibid)

#### Les urines cancéreux

M. le Dr Sabrazès, étudie dans la "Gaz. hebd. des sciences médicales" de Bordeaux, les modifications subies par les urines dans les cas de néoplasmes viscéraux.

Blumenthal fait remarquer que l'indicanurie d'un très haut degré milite en faveur du carcinome de l'estomac et d'un cancer ulcéré quand il existe de l'albunurie et une diazo-réaction positive.

L'apparition d'une glycosurie intense, pendant l'évolution d'un néoplasme, indique une localisation pancréatique ainsi que récemment le fait s'est présenté à nous, au cours d'un néoplasme gastrique généralisé aux autres viscères abdominaux, ou peut marquer le développement d'une tumeur de la région bulbo-protubérantielle.

L'excrétion urinaire d'acide lactique plaide en faveur du cancer du foie ; l'exagération du taux de l'acide urique, en faveur d'une tumeur d'un organe riche en nucléine—foie, pancréas, corps thyroïde, ganglions—et en faveur d'une de ces affections si voisines, à notre avis, des néoplasmes la myéleucocythémie et la lymphocythémie.

(Ibid)

#### Quelques essais de sérothérapie du cancer

MM. E. von Leyden et T. Blumenthal.

Les journaux extra-médicaux ayant signalé les expériences instituées par M. Jansen, lecteur de bactériologie à l'École supérieure d'agriculture de Copenhague, sur l'inoculation du cancer à des animaux et sur le traitement des néoplasmes ainsi inoculés par des injections de suc cancéreux, MM. von Leyden et Blumenthal ont cru utile d'exposer, dès à présent, les résultats des recherches analogues qu'ils poursui-

vent depuis un an et demi à la clinique médicale de la Faculté de médecine de Berlin, encore que ces recherches ne soient pas terminées.

Les auteurs du présent mémoire ont commencé par des expériences sur des animaux. Après avoir extirpé, sur des chiens cancéreux, des néoplasmes et en avoir préparé un extrait liquide, ils ont injecté celui-ci, à plusieurs reprises, dans le tissu cellulaire sous-cutané de lapins. Avec le sérum sanguin des lapins ainsi traités, ils ont ensuite pratiqué des injections sous-cutanées à un chien atteint de cancer et chez lequel le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur. A la suite de plusieurs injections, on constata un ramollissement et une liquéfaction du néoplasme, qui finalement disparut tout à fait.

Un résultat à peu près analogue fut obtenu sur un autre chien cancéreux, auquel on injecta tout simplement le suc de tumeurs carcinomateuses de provenance canine.

En présence de ces faits, MM. von Leyden et Blumenthal se décidèrent à instituer des essais du même genre sur l'homme. A cet effet, ils ont utilisé des néoplasmes de provenance humaine, fraîchement extirpés suivant toutes les règles de l'asepsie. Avec le suc contenu par trituration et expression de ces tumeurs, on pratiqua—après s'être assuré de son innocuité pour le lapin—des injections sous-cutanées à trois femmes, dont deux étaient atteintes d'un cancer de l'utérus et dont la troisième présentait un néoplasme de l'urèthre et de la vessie.

Ces injections, qui n'ont jamais donné lieu au moindre accident, ont paru exercer une influence très favorable sur l'état général des trois malades et ont, de plus, amené la disparition des tuméfactions ganglionnaires. Deux patientes ont, il est vrai, fini par succomber, mais à leur autopsie "on ne trouva nulle part de métastases." La troisième malade (cancer inopérable de l'utérus avec cachexie très accentuée) est en cours de traitement depuis dix mois, sans qu'on ait pu constater pendant ce laps de temps une progression quelconque du processus morbide.

(Deutsche med. Wochenschr. — Méd. Orientale)

#### Traitement de la lithiase rénale par le régime

Dr A. ROBIN

Il est de règle de défendre aux graveleux les viandes rouges ; on leur prescrit surtout des viandes blanches, du poisson léger.

Schweminger, de Berlin, le premier, a protesté contre cette méthode, et préconise les viandes faites ou rouges.

En étudiant les variations de l'acide urique des urines suivant l'alimentation, je me suis rendu compte que les matières collagènes ou gélatineuses, qui sont contenues en plus grande quantité dans les viandes jeunes, comme le mouton, l'agneau, le veau, augmentent la quantité d'acide urique d'une façon beaucoup plus notable que la viande de boeuf.

J'ai constaté aussi que les viandes qui renferment des nucléines, comme la cervelle, le riz de veau, les aliments gélatineux, et les gelées de viandes, augmentent l'acide urique d'une façon beaucoup plus considérable que les viandes faites.

De même, les aliments d'épargne, les corps gras, les féculents, le sucre, le chocolat, les pâtisseries, augmentent aussi l'acide urique.

Vous défendrez donc les aliments collagènes et ceux qui contiennent des nucléines. Vous interdirez les viandes jeunes, plutôt que les viandes faites. Vous permettrez le bouillon frais, les potages maigres, la viande de boeuf et les volailles rôties, grillées ou bouillies, servies sans sauce, les poissons légers cuits à l'eau, peu d'oeufs ; les légumes verts, sauf l'oseille, les tomates et les haricots verts, à condition qu'ils soient cuits à l'eau et additionnés à table d'un peu de sel et de beurre frais. Tous les fruits sont permis.

L'alimentation doit comporter deux tiers de végétaux pour un tiers de viande et d'oeufs. Vous recommanderez d'user largement du "jus de citron." Le citron, bien qu'il soit un fruit acide, renferme du citrate de potasse qui se brûle dans l'organisme et donne naissance à du carbonate de potasse qui alcalinise l'urine.

En Allemagne, on préconise maintenant beaucoup ce mode de traitement.

Comme boisson, vous défendrez l'alcool, qui augmente l'acide urique. Vous prescrirez le café, qui contient de la caféine ou triméthyl-xanthine. Celle-ci perd deux équivalents de méthyle dans l'organisme, et devient de la mono-méthyl-xanthine, intermédiaire de l'acide urique : il en est de même du thé, du maté et même du chocolat, car son principe actif, la théobromine, est de la triméthyl-xanthine.

Si l'alcool est interdit aux uricémiques, vous pourrez cependant autoriser quelquefois les vins blancs du Rhin et de la Moselle étendus d'eau. Ces vins renferment des racémates alcalins, qui se brûlent dans l'organisme en formant des carbonates.

Le cidre passe pour un puissant lithontriptique. Vous pourrez le permettre à condition qu'il ne soit pas pris ni trop longtemps ni en trop grande quantité ; car l'urine s'alcalinise sous son influence.

L'eau pure constitue la meilleure des boissons, elle ne doit pas être chargée de sels de chaux. Sous

son influence, il y a d'abord une élimination plus considérable, ensuite une diminution et même une disparition de l'acide urique. C'est pourquoi, dans mon traitement de l'obésité, dont vous avez eu maintes fois à constater les effets dans le service, je proscriis absolument le régime sec, qui jouit actuellement d'une si grande vogue. Défendez les boissons aux obèses ; ils maigriront certainement ; mais leurs urines deviennent rares, chargées ; il peut se former des calculs, et le malade s'expose fréquemment à la colique néphrétique.

(*Jour. de méd. de Paris*)

## CHIRURGIE

### Emploi de l'eau oxygénée en pansements

M. le Dr Dugat a étudié dans sa thèse les applications chirurgicales de l'eau oxygénée et voici les principes qu'il a dégagés de ses observations :

1° L'eau oxygénée est un agent absolument inoffensif pour le blessé, pourvu qu'elle ne contienne pas trop d'acides.

2° C'est un antiseptique puissant qui, par sa décomposition rapide en présence des tissus vivants, du sang, des liquides, des plaies, agit sur les microbes aérobie, et mieux encore sur les microbes anaérobies.

3° Grâce à son pouvoir hémostatique, elle arrête en quelques secondes les hémorragies en nappe qui gênent toujours beaucoup le chirurgien dans le pansement et le traitement des plaies.

4° D'après de nombreuses expériences, son pouvoir analgésique, vanté par le Dr Kendall, est faible, presque nul.

5° Sauf dans les plaies très superficielles, les lavages des plaies suppurantes à l'eau oxygénée doivent être suivis d'injections du même liquide, soit dans les tissus profonds, suivant l'étendue de la suppuration en profondeur.

6° Les pansements permanents à l'eau oxygénée ne sont absolument d'aucun effet.

7° L'action de l'eau oxygénée est rapide, presque immédiate. Si après deux ou trois séries de lavages et d'injections la plaie n'est pas améliorée, il sera inutile de continuer le traitement par l'eau oxygénée.

8° L'eau oxygénée paraît agir avec plus d'énergie sur les suppurations récentes, quelle que soit leur gravité, que sur les suppurations anciennes.

9° Dans les suppurations profondes, si on ne peut aller porter l'eau oxygénée à la limite extrême de la suppuration, il vaut mieux employer de suite un

moyen plus énergique, telles que les incisions au thermo-cautère par exemple.

10° L'eau oxygénée exerce sur les tissus une action excitante très nette. Elle empêche la nécrobiose. (*Le concours médical*)

## GYNECOLOGIE

### Contribution à l'étude des plaies de la région vulvaire lors de l'accouchement chez les primipares

par M. le Dr CESTRIER

Les plaies de la région vulvaire sont très fréquentes chez les primipares : elles se produisent dans une proportion de 80 à 95 pour 100. Variant de la simple éraillure à la perforation des petites lèvres, elles peuvent s'étendre plus ou moins loin sur les régions voisines, en particulier sur le périnée. Leur siège de prédilection est la fosse naviculaire ou la face interne des petites lèvres. Cependant plusieurs points de la région vulvaire peuvent être atteints en même temps.

Elles se produisent suivant deux mécanismes : soit par compression et distension de l'orifice vulvaire de dedans en dehors par la partie foetale, soit par prolongement d'une déchirure préexistante de l'orifice vaginal. Aussi ne saurait-on examiner trop minutieusement, après l'accouchement, les régions vulvaire et vaginale de l'accouchée, car il est nécessaire de surveiller attentivement les plaies de la région vulvaire postérieure au point de vue de l'infection et de la cicatrisation, et les plaies de la commissure antérieure et du vestibule au point de vue de l'hémorragie.

Une antisepsie rigoureuse est nécessaire pour éviter l'infection de ces plaies et obtenir leur cicatrisation rapide.

(*Obstétrique*)

### Contribution à l'étude des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpéralité

par M. le Dr Gustave TESSIER

La puerpéralité peut être considérée comme la cause de la torsion du pédicule des tumeurs kystiques. La multiparité prédispose à la torsion pédiculaire. Cette torsion plus fréquente du deuxième au quatrième mois, devient plus rare jusqu'à la fin de la grossesse pour reprendre une fréquence relative pendant l'accouchement ou ses suites, cette fréquence

du deuxième au quatrième mois est due à l'accroissement de volume de l'utérus et à son orientation.

Les symptômes de la torsion sont la douleur très vive, horrible, parfois syncopale, en "coup de poignard." Puis surviennent les vomissements alimentaires, bilieux, rarement fécaloïdes, la constipation et des signes de péritonite.

Ces crises peuvent déterminer l'avortement.

Le diagnostic est difficile. Il faudra distinguer entre l'appendicite, l'occlusion intestinale ou la grossesse extra-utérine.

Toute torsion d'une tumeur kystique des annexes est grave pour la mère et pour l'enfant.

Elle est grave pour l'enfant puisque l'avortement peut survenir.

Quant à la mère, il faut craindre l'hémorragie interne grave, la rupture ou sphacèle de la tumeur pouvant amener la péritonite sans parler de la suppuration.

Le diagnostic étant posé, il faut intervenir par une laparotomie précoce.

Toute tumeur kystique des annexes, diagnostiquée pendant la grossesse demande l'intervention, en ayant soin pendant les jours qui suivent l'opération, de faire des injections sous-cutanées de morphine.

L'observation qui a fait le sujet de cette thèse est celle d'un thrombus pelvi-abdominal apparu pendant la grossesse. L'enfant est mort aussitôt après l'apparition du thrombus : infection de l'hématome ; mort de la mère dix-sept jours après l'accouchement.

(*L'Obstétrique*)

## OBSTETRIQUE

### Contribution à l'étude des thrombus puerperaux

par M<sup>de</sup> Sophie STEPANOFF

Cette sorte de thrombus puerpéral est un hématome, parfois circonscrit et pédiculé, le plus souvent diffus. Il siège dans le tissu cellulaire péri-vaginal d'où il fuse soit en bas vers la vulve, soit en haut.

Les thrombus peuvent survenir soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit après la délivrance.

Si le sang fuse en haut, en grande quantité, l'infiltration dépasse le détroit supérieur et forme la variété, très rare, de thrombus pelvi-abdominal.

L'hémorragie peut survenir dans trois conditions :

1° Peu de temps après la constitution du thrombus, le cas est très grave.

2° L'hémorrhagie arrive au moment de l'ouverture spontanée ou thérapeutique de la poche : on la combat par le tamponnement, mais parfois il est impossible.

3° L'hémorrhagie se fait lors de l'infection du thrombus. Ces hémorrhagies ne sont pas foudroyantes, mais sont graves par leur répétition.

Les thrombus volumineux pelvi-abdominaux finissent toujours par s'infecter ; aussi la mortalité dans ces cas est considérable : le pourcentage dépasse 55 pour 100.

Le traitement est général et local. Le traitement général a pour but de tonifier les malades affaiblies par l'hémorrhagie. Le traitement local doit aider la résorption de l'hématome quand il est fermé et ne fait pas dystocie.

Quand la quantité de sang est considérable, que la tumeur fait dystocie, qu'elle tend à se rompre et risque de s'infecter il faut pratiquer une ou plusieurs ouvertures larges, par voie vaginale ou abdominale, selon les cas, pour assurer un drainage parfait de la poche.

(L'Obstétrique)

#### Conduite à tenir dans les présentations de la face

par M. le Dr Kholmogoross

Beaucoup d'accoucheurs ont préconisé, encore tout récemment, la transformation manuelle des présentations de la face en celles du sommet : ils prétendent ainsi diminuer la mortalité des mères et surtout celle des enfants. L'auteur arrive à des conclusions tout opposées, en comparant les statistiques des accoucheurs ayant eu recours à cette méthode, parues récemment dans la littérature allemande, avec les résultats obtenus dans 156 cas de présentation de la face à la Maternité de Moscou, où cette méthode n'a pas été appliquée. Il résulte de cette étude que la transformation manuelle d'une présentation de la face en celle du sommet n'est pas facile et ne réussit pas toujours, que cette manœuvre n'est pas sans danger (providence du cordon, décollement du placenta, hémorrhagies, rupture utérine, etc.), que, même cette transformation une fois obtenue on n'est nullement à l'abri des interventions ultérieures (forceps, craniotomie, etc.) et qu'au total la mortalité des mères et des enfants est considérablement augmentée par cette intervention.

Voici donc la conduite à tenir recommandée par l'auteur :

1° Faire de l'expectation ;

2° En cas d'indication appliquer le forceps ou

même faire la craniotomie si nécessaire ;

3° Dans les positions mento-postérieures, faire d'abord de l'expectation, souvent la rotation du menton en avant se fait spontanément à la sortie du bassin ; si cette rotation n'a pas lieu, appliquer le forceps et souvent la rotation du menton en avant s'accomplit spontanément "entre" les cuillers du forceps, mais il ne faut pas faire cette rotation "avec le forceps de force," mieux vaut, dans ce cas, avoir recours à la craniotomie.

(Ibid)

#### L'avortement multiple

Sous ce titre, M. Maygrier, en même temps qu'il donne aux praticiens des conseils sur la conduite à tenir en pareil cas, rapporte certains faits extraordinaires que nous relaterons plus loin. La connaissance, dit-il, du mécanisme de l'avortement multiple permet d'obtenir une indication de grande valeur ; c'est qu'il ne faut pas ou peu compter sur l'élimination spontanée du placenta. Or l'avortement gémellaire n'est pas des plus rares ; on peut estimer qu'il s'en produit environ 1 pour 449 accouchements. Le diagnostic n'est pas facile à établir ; les signes sont ceux d'un avortement imminent quelconque ; rien ne dit qu'il doive être gémellaire. Un point cependant mérite d'attirer l'attention dans l'avortement gémellaire, le liquide amniotique augmente avec rapidité, et ce liquide qui serait un obstacle dans le cours d'une grossesse gémellaire avancée, est au début de cette même grossesse, un signe de grande valeur. Un cas pourrait cependant se présenter, dans lequel le diagnostic de la mort d'un fœtus serait établi par les signes habituels (disparition des varices, montée laiteuse), et l'existence d'un second, encore vivant par la persistance de bruits du cœur. Pendant le travail, le toucher peut révéler une grossesse gémellaire si la poche est double et si l'on sent bien le sillon de séparation. Il peut arriver au contraire qu'on n'ait pas encore fait le diagnostic de gémellité alors qu'un des fœtus est déjà expulsé ; la grosseur et les contractions persistantes de l'utérus sont un signe que vient corroborer le toucher. D'autres fois, le second fœtus reste vivant après l'expulsion du premier et arrive à terme ; le placenta du premier, dans ce cas, est expulsé ou se retrouve petit, dégénéré lors de l'accouchement définitif.

Dans les deux premiers mois, il n'y a pas d'accidents de rétention ; c'est presque une règle, aussi bien d'ailleurs que pour les avortements simples. A partir du troisième mois, il y a d'ordinaire rétention du placenta ; si la délivrance spontanée tarde, M

Maygrier est d'avis qu'il faut la provoquer, car si le col se referme le danger est grand ; dans cette dernière hypothèse, les ballons dilatateurs de Champetier de Ribes, de Boissard sont tout indiqués.

Quelles données thérapeutiques découleront de ces enseignements ? C'est d'agir, comme dans les avortements simples aux premier et deuxième mois (curage digital, écouvillonnage), et aux cinquième et sixième (délivrance artificielle si elle ne se fait pas spontanément). A la période dangereuse, c'est-à-dire au troisième et au quatrième mois, on laisse à la délivrance le temps matérielle suffisant pour se faire ; si elle n'a pas lieu, on la fera artificielle alors qu'on peut encore introduire la main dans l'utérus. Si on a laissé échapper le bon moment, s'adresser de suite aux ballons dilatateurs (éviter les dilatateurs métalliques souvent dangereux).

Pour terminer (le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable), M. Maygrier rapporte l'observation jour de sa grossesse ; le ventre a le volume normal du neuvième mois ; successivement cinq fœtus sont expulsés ; le docteur Vassali réunit les cinq cordons et fait des tractions ; rien ne vient que du sang ; arrêt des manoeuvres ; au moment de la délivrance artificielle, on extrait encore un fœtus ; cela faisait six.

(*Journ. des praticiens*)

## PEDIATRIE

### Broncho-pneumonie chez un enfant de cinq ans

Soignant le mois dernier une de mes clientes de la rue Aubriot, atteinte d'une bronchite généralisée, un matin, en descendant de son appartement, la concierge de la maison me demanda d'entrer dans sa loge pour examiner sa petite fille, âgée de cinq ans, qui avait passé une nuit très mauvaise et qu'elle suppose très malade.

Elle me raconta qu'elle était au lit depuis huit jours. Elle avait fait venir, aussitôt qu'elle avait reconnu que l'enfant n'allait pas bien, le médecin du bureau de bienfaisance. Celui-ci, après l'avoir bien examinée, avait constaté une angine simple. Il avait donné tous les médicaments nécessaires, revu plusieurs fois sa petite malade, et, six jours après, il avait déclaré que l'angine était guérie, que par conséquent il ne reviendrait plus. L'enfant, du reste, semblait aller à ce moment beaucoup mieux et pouvait avaler sans difficulté.

Seulement, dès le soir même de ce sixième jour, une fièvre violente s'empara de la jeune malade. Elle

fut dans un état d'agitation extrême. Pendant toute la nuit, elle se tournait, se retournait, se mettait sur son séant, puis se rejetait violemment en arrière. Elle demandait à boire constamment, prenait une gorgée de liquide, et repoussait aussitôt le bras de sa grand-mère qui ne savait plus où donner de la tête et qui était dans la plus grande anxiété. Aussi elle attendait avec impatience mon arrivée dans la maison.

Après qu'elle m'a mis au courant de ce qui s'est passé, je regarde le fond de la gorge, et je ne vois rien d'anormal. Les amygdales ne sont pas plus grosses que d'habitude ; elles ne sont pas rouges non plus.

Mais comme l'oppression est très forte, je suppose que le mal se trouve dans les bronches, et je m'empresse d'ausculter l'enfant. Je ne constate rien dans le poumon droit, mais j'entends de nombreux râles crépitants dans tout le côté gauche, surtout à la base du poumon. Du reste, l'enfant présente tous les symptômes d'une broncho-pneumonie grave.

La dyspnée est intense et s'accompagne d'efforts considérables.

La toux est fréquente, sèche, douloureuse.

La figure animée est légèrement cyanosée.

L'agitation est extrême, et la malade se tient presque constamment assise sur son lit.

Les ailes du nez sont dilatées, la bouche entr'ouverte.

Le pouls donne 160 pulsations. La température doit dépasser 40 degrés. Je dis: doit, car je n'ai pas de thermomètre sur moi, et, à mon grand regret, il m'est impossible de la prendre exactement.

Le point de côté caractéristique existe-t-il ? C'est très probable, car lorsque je touche avec ma main la partie antérieure du côté malade, un peu au-dessous du mamelon gauche et en dehors, l'enfant pleure et cherche à se retirer.

La percussion donne un son assourdi, mais je ne constate pas encore de la matité, même à la base. En avant, la sonorité est normale.

L'auscultation fait entendre, je l'ai déjà dit, des râles crépitants, surtout pendant les quintes de toux.

L'enfant, qui a la bouche sèche, la langue rouge, chargée ne veut rien manger et demande seulement à boire.

L'expectoration ne peut m'être d'aucune utilité pour le diagnostic, l'enfant étant trop jeune pour savoir expectorer.

Etiologie.—La broncho-pneumonie est rarement primitive. Elle est presque toujours consécutive à la fièvre typhoïde, à la grippe, à la rougeole, à la diphtérie, à la coqueluche, etc. Ici, la cause déterminante a été certainement un refroidissement brusque et intense. Celui-ci a d'abord donné lieu à une angine, qui

s'est ensuite compliquée de broncho-pneumonie. Il peut bien se faire aussi qu'il y ait eu un peu de grippe au début. En tout cas, la petite malade devait être atteinte de sa pneumonie lobulaire depuis trois ou quatre jours, quand je l'ai vue pour la première fois, mais le médecin qui la soignait, ne pensait qu'à l'angine qu'il avait constatée tout d'abord, n'avait pas songé à l'ausculter, et l'avait laissée, la croyant guérie, au moment même où il était nécessaire de lui donner des soins très énergiques.

La grand'mère refusant d'appeler de nouveau le médecin du bureau de bienfaisance, je prescris le traitement dosimétrique suivant :

Granules de brucine, granules d'aconitine, granules de digitaline.

Faire fondre une granule de chaque tube dans cinq cuillerées à café d'un grog léger au cognac, et donner une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Je suis ainsi certain que les granules seront mieux administrés et surtout mieux ingérés, l'enfant ne sachant pas les avaler sous forme de granules.

Pour tâcher de combattre la fièvre du soir, j'ordonne :

Hydro-ferro-cyanate de quinine, cinq granules que l'on fera prendre comme les précédents pour les donner de la même manière dans l'après-midi.

Enfin, pour calmer la toux, je recommande les granules de codéine :

Trois dans la matinée et trois dans l'après-midi, administrés fondus de la même façon par cuillerées à café toutes les deux heures dans l'intervalle des précédents.

Je dis à la grand'mère d'appliquer, en outre, le matin, un cataplasme sinapisé sur la poitrine, et le soir, dans le dos ; d'envelopper enfin d'ouate hydrophyle les pieds et les jambes de l'enfant jusqu'aux genoux, et de la recouvrir de taffetas gommé.

Comme boisson, tisane de fleurs pectorales coupée avec moitié lait, ou lait pur et chaud s'il est bien toléré.

Le lendemain, je trouve ma jeune malade encore très agitée. La dyspnée est toujours très forte. Je m'empresse de prescrire le vomitif suivant :

Poudre d'ipéca... .. 0 gr. 50  
Sirop d'ipéca... .. 50 gr.

Une cuillerée à café toutes les cinq minutes jusqu'à vomissement. Eau tiède après.

Dès que le vomitif aura achevé son effet, on recommencera le traitement de la veille.

Le jour suivant, j'apprends que l'ipéca a bien agi et que l'enfant a été dégagée par en haut et par en bas. Cependant la dyspnée persiste toujours, la fièvre

est très forte et les râlés crépitants sont beaucoup plus nombreux.

Ne constatant aucune amélioration, craignant toujours que le côté droit se prenne à son tour, je n'hésite plus à faire appliquer dans le dos, à la base du poumon, un petit vésicatoire, bien saupoudré de camphre, de sept centimètres sur cinq. Je recommande qu'on enlève au bout de 5 ou 6 heures et que l'on applique à sa place un cataplasme de farine de lin s'il n'a pas pris suffisamment.

Au traitement dosimétrique indiqué, j'ajoute, dans le but de faciliter le détachement des crachats, les granules d'émétine.

Trois dans la matinée, deux dans l'après-midi, dissous dans cinq cuillerées à café de grog, à prendre en même temps que la brucine, l'aconitine et la digitaline.

Le lendemain, je vois, à peine entré, que ma petite malade est beaucoup plus calme. La grand'mère me dit qu'il lui semble qu'elle va bien mieux, et qu'elle a constaté de l'amélioration deux heures après avoir enlevé le vésicatoire. La toux n'est plus fatigante et elle est moins fréquente. La respiration est plus facile.

Je n'attribue certes pas cette amélioration au vésicatoire seul. Celui-ci y a sûrement contribué, mais il est bien certain aussi que le traitement dosimétrique a commencé à produire son effet et à juguler pour ainsi dire la maladie qui était, on n'en peut douter, d'une grande gravité.

Je fais continuer les mêmes granules, sans aucun changement.

A ma cinquième visite, je constate que non-seulement l'amélioration persiste, mais encore qu'elle s'accroît de telle manière que la grand'mère qui avait eu si grand peur de perdre cette enfant, est toute rayonnante de joie.

La fièvre ayant baissé beaucoup, je supprime les granules d'hydro-ferro-cyanate de quinine, de brucine, d'aconitine et de digitaline. Je fais continuer seulement ceux d'émétine et de codéine, et j'ajoute :

Sirop de quinquina, 250 gr.

Quatre cuillerées à café tous les jours, une le matin, une à onze heures, une à quatre heures et une à sept heures, cinq minutes avant de donner un léger potage.

Je fais enlever le taffetas gommé des bottes d'ouate, mais je dis de laisser encore pendant trois jours le coton hydrophile.

Deux jours après, je constate, en auscultant ma malade, que les râlés crépitants sont beaucoup moins forts et moins nombreux. La percussion m'apprend que la sonorité revient dans le côté gauche en arrière,

La dyspnée a disparu tout à fait. La toux est peu fréquente et l'enfant dort tranquillement dans son lit.

Dès qu'elle s'éveille, elle commence à demander ses jouets. Elle réclame, en effet, sans retard, sa poupée, et elle s'empresse de la coucher dans son petit do-do, à côté d'elle.

Je supprime les granules de codéine qui ne sont plus nécessaires puisque l'enfant tousse à peine, et je recommande, comme alimentation, du lait, des potages au tapioca et deux laits de poule.

Le dixième jour, la guérison est complète. Je n'entends plus aucun râle. La température est tout à fait normale ; le pouls bat régulièrement et lentement. L'enfant a repris toute sa gaieté. Je fais néanmoins continuer le sirop de quinquina pendant une quinzaine de jours.

Au bout de ce temps, j'ai revu ma malade, et comme je constatai qu'elle allait à merveille, j'ai permis à sa grand-mère de la reconduire à l'école maternelle, où, étant déjà très studieuse, elle se rendait avant d'être malade avec le plus grand plaisir.

(*La Dosimétrie*)

## DERMATOLOGIE

### Pelade d'origine dentaire

M. Millian a présenté à la Société de Dermatologie et de syphiligraphie un malade qui depuis plusieurs années, a souffert de névralgies maxillaires violentes. Il avait les dents en mauvais état, et quelques-unes sont encore d'une sensibilité très vive. Il y a trois mois, sont apparues sur la gencive de petites vésicules, et, peu de temps après, une plaque de pelade à la queue de la moustache. Cette chute des poils s'arrêta dès que l'auteur commença à soigner les dents, et fut, d'ailleurs, suivie de repousse. Dans ce cas, l'origine tropho-neurotique de la pelade semble d'autant moins douteuse que dans la zone dépilée, on peut constater une anesthésie très nette à la piqure et à la température.—"Tribune médicale."

M. Jacquet.—Cette observation est un fait de plus à ajouter à ceux que j'ai pu rassembler depuis trois ans, et qui m'ont amené à la conviction de l'origine dentaire de la majorité des cas de pelade. Quant aux troubles de la sensibilité de l'aire peladique, ils sont très fréquents, mais très variables ; on observe tantôt de l'anesthésie, tantôt de l'hyperesthésie.

(*Le concours méd.*)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### La médication Laville contre la goutte

C'est encore le type des meilleurs médicaments anciens qui nous ont été légués par nos ancêtres. Tous les praticiens connaissent la liqueur de Laville qui, depuis plus d'un demi-siècle, est le remède classique de la goutte. Elle doit sa réputation universelle à son activité, qui n'est jamais en défaut et se manifeste aussi bien dans les cas très douloureux que dans les cas bénins.

De même que toute médication active, le traitement de la goutte par la liqueur du docteur Laville demande à être méthodiquement réglé.

Douleurs très violentes.—Administer une cuillerée à café de liqueur, dans une tasse de thé. Si, au bout de 6 à 7 heures, il n'y a pas d'amélioration, renouveler la dose ; enfin si, après un nouvel intervalle de 6 à 7 heures, il n'y a eu ni soulagement, ni évacuation, administrer une troisième cuillerée à café de liqueur. Arrivé là, attendre l'effet du médicament qui peut très bien ne se traduire par des évacuations qu'un jour ou deux après le début du traitement.

Si, 24 heures après l'ingestion de la première cuillerée à café de liqueur Laville, l'amélioration ne suit pas nettement dessinée, il convient de prescrire deux nouvelles doses d'une cuillerée à café, séparées par un intervalle de 8 heures, qui suffisent presque toujours pour amener la fin de l'accès.

Douleurs modérées.—Une cuillerée à café le matin pendant trois jours amène la sédation.

Douleurs légères.—Une demi-cuillerée à café pendant 2 ou 3 matins suffit pour calmer les douleurs légères et empêcher la crise d'éclater.

La médication Laville s'administre aussi sous la forme pilulaire. Dépuratives et préventives, les pilules du docteur Laville complètent le traitement dans la goutte chronique soit seules, soit concurremment avec de petites doses de liqueur. Elles modifient la constitution goutteuse, dissolvent les tophus et préviennent les accès. La dose est de 4 à 10 pilules par jour.

(*Gaz. méd. belge.*)

### Traitement de l'angine de poitrine

Dans son récent ouvrage : "Les consultations médicales," M. le Dr Huchard résume en quelques lignes les indications du traitement de l'angor pectoris :

Quelle est, dit-il, la plus urgente indication à remplir contre cette maladie si dramatique et si grave.



Consiste-t-elle à combattre uniquement la douleur, dont "l'intensité et la durée constituent le principal danger," d'après Balfour; la douleur, "ce fait dominateur de 'l'angor pectoris,'" suivant l'opinion erronée de Peter, quand nous savons au contraire que les crises les plus longues et les plus aiguës ne sont pas les plus graves, et que les angineux vrais succombent souvent à une syncope brutale, sans aucune manifestation douloureuse? D'autre part, les affections artérielles ne sont-elles pas essentiellement douloureuses, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un état névralgique ou névritique absolument hypothétique? Voyez cette cardiaque au No 1 de la salle des femmes. Elle vient d'être atteinte d'une embolie de l'artère poplitée gauche, elle est menacée d'une gangrène du membre inférieur, et les douleurs atteignent une acuité supérieure à celle des névralgies les plus violentes. Donc, vous n'êtes pas fondés à nier l'origine artérielle de l'angine de poitrine en vous basant uniquement sur l'extrême vivacité de ses douleurs.

Ce qui crée le danger dans cette dernière maladie, ce n'est pas, ce n'est presque jamais la douleur, c'est la syncope, c'est l'ischémie cardiaque; et ce qui prépare, ce qui consomme cette dernière, c'est la lésion vasculaire, c'est encore le spasme des vaisseaux coronaires, c'est enfin l'état de constriction et d'hypertension artérielles. Pour ces raisons, je condamne absolument l'emploi de la cocaïne et des inhalations de chloroforme, qui peuvent exposer à la syncope, de l'ergot de seigle, parfois de la digitale, même du strophanthus capables de surélever la tension artérielle en exagérant encore l'état spasmodique des vaisseaux. C'est pour cela et pour d'autres causes encore, que les bromures dont on abuse, le chloral, le sulfonal, la paralaldéhyde, l'antipyrine, la belladone, l'électricité, la médication anti urémique, sont des moyens irrationnels.

En nous appuyant sur la nature artérielle de l'angine de poitrine et sur la pathogénie exacte de la douleur, nous sommes arrivés à établir la thérapeutique de cette maladie si grave, par l'emploi de la médication iodurée, autrefois recommandée par Bouillaud contre les affections aortiques et artérielles. Elle agit sur les parois artérielles qu'elle modifie, et sur l'hypertension vasculaire qu'elle diminue, fait démontré par nos recherches expérimentales. Quant à la douleur, elle cède bien mieux à l'usage des médicaments qui, comme le nitrite d'amyle, la trinitrine et le tétranitrol, dilatent les vaisseaux et atténuent leur tension, qu'à celui de toutes les substances narcotiques ou analgésiques. D'autre part, les toxines alimentaires étant douées de propriétés vaso-constrictives, comme je l'ai démontré, il importe d'insister sur

une alimentation lacto-végétarienne.

Ainsi, la notion pathogénique exacte de la manifestation angineuse et de sa douleur, a pu aboutir entre nos mains à une médication rationnelle de ce syndrome, et réduire la mortalité d'une affection regardée jusqu'alors comme absolument incurable.

(Le concours médical.)

#### La sulfate de cuivre contre la pyorrhée alvéolaire

D'après M. von Dobrzyniecki, dans le "Wiener med. Woch.," 13 décembre 1902, le moyen le plus efficace pour combattre la pyorrhée alvéolaire consiste à injecter, à l'aide de la seringue d'Anel, dans l'interstice entre la dent et la gencive décollée, quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre à 10 ou 20 pour 100. Avant d'injecter, on a soin de bien exprimer le pus accumulé dans la poche gingivale. Après l'injection, on fait un léger massage de la gencive. Ce traitement est continué jusqu'à disparition de tout écoulement de pus. Lorsqu'il s'agit d'une pyorrhée alvéolaire étendue, on ne traite que deux ou trois dents par séance, le sulfate de cuivre provoquant une réaction inflammatoire, accompagnée d'une sensation de tension douloureuse. Sous l'influence de ce traitement, la sécrétion purulente ne tarde pas à cesser et les dents redeviennent fermes. Cependant il est nécessaire, afin de prévenir la récurrence, de reprendre les injections de sulfate de cuivre au bout de quelques mois.

(Bull. Méd.)

#### Traitement de l'érysipèle par les compresses au sublimé

Dans une des dernières séances de la Société de dermatologie et de vénéréologie de Moscou, M. Prik-lonsky, dans le "Roussky Vratch," 1902, No 46, a fait part des effets favorables qu'il a obtenus, dans l'érysipèle, par l'usage de compresses imbibées de solution de sublimé et recouvertes d'une étoffe imperméable. Tant que la température n'a pas tendance à diminuer, on fait usage, pour ces applications, d'une solution au 1 millième de bichlorure de mercure. Dès que la fièvre commence à s'amender, on abaisse le titre de la solution d'abord à 1 pour 2000, puis à 1 pour 3000. Dans les observations de l'auteur ce traitement a été bien supporté. Il n'a provoqué de la stomatite que chez une seule malade dont les placards érysipélateux avaient été, avant l'application des compresses, lavés à l'éther, afin de favoriser l'absorption du sel mercurique.

(Bull. méd.)

## Supplement Litteraire

### UNE SALLE DE DISSECTION.

par M. le Dr J. Emile FORTIER.

(Suite)

Malgré le spectacle repoussant que les étrangers trouvent dans une salle de dissection, ils y affluent toujours et en aussi grand nombre que possible, tant ils sont curieux de voir de leurs propres yeux ce qui s'y passe.

La dissection ne se fait que pendant l'hiver, pour la bonne raison, que dans les moins d'été, les cadavres ne pourraient se conserver assez longtemps. Plus le temps est froid, plus les cadavres sont faciles à disséquer et les étudiants en ont autant qu'ils en ont besoin pour leurs études médicales. Le temps est déjà loin où les élèves manquant de sujets, étaient obligés de courir les cimetières et de fouiller les tombes afin de poursuivre leurs études médicales. Aujourd'hui, Montréal possède des hôpitaux où, chaque année, tant de pauvres diables meurent, sans être réclamés—et les étudiants ont à leur disposition un nombre suffisant de cadavres.

Lorsqu'il s'agit de disséquer un sujet, voici de quelle manière on procède. Le groupe d'étudiants destinés à cet ouvrage, se compose de douze : deux dissèquent la tête, deux sont à chaque jambe, deux chaque bras et enfin deux pour le corps.

Il y a quelquefois jusqu'à quinze sujets, qui sont disséqués simultanément et dans la même salle, ce qui peut permettre de juger de l'animation qui doit régner dans une salle de dissection.

Dans une seule soirée un cadavre devient tout à fait méconnaissable ; ses muscles sont coupés, son corps est ouvert, sa tête sciée afin d'en retirer le cerveau pour l'étudier ; enfin dans une couple d'heures, le plus beau cadavre devient une forme repoussante d'où s'exhale une odeur nauséabonde. Les intestins, les muscles et les organes dont on n'a plus besoin sont mis de côté et jetés dans une boîte. Plus tard cette boîte est transportée au cimetière et enfouie profondément. Il y a quelque fois dans une même boîte, les morceaux de cinq ou six cadavres différents. Tout est pêle-mêle. Au cas où l'un des cadavres serait réclamé par des parents ou des amis, il serait complètement impossible d'en retrouver les morceaux.

Lorsque le groupe de douze a fini de disséquer un cadavre, qu'il a étudié sur lui tout ce qu'il y avait à étudier, le tirage au sort a lieu, et l'heureux ga-

gnant s'empare de son lot, sépare les os les uns des autres, enlève le peu de chairs qui les recouvre encore, emporte précieusement le tout chez lui, afin de le faire bouillir plus tard et d'en faire des os propres à l'aide desquels il pourra étudier son anatomie.

### LE BOUILLAGE D'UN CADAVRE.

"Le bouillage des morts"—comme on dit parmi les universitaires, est une scène que l'on ne voit pas tous les jours, ou plutôt toutes les nuits,—car c'est ordinairement durant la nuit que cette scène dramatique s'accomplit.

Pour un étudiant dont les parents demeurent à la campagne, rien n'est plus facile que d'expédier chez lui, le cadavre qu'il fera bouillir l'été suivant, pendant les vacances.

A la campagne les choses se passent bien simplement et surtout bien tranquillement, et la scène peut avoir lieu en plein jour. L'étudiant transporte le cadavre au bord d'une rivière—loin des habitations,—et le fait bouillir dans un de ces grands chaudrons dont les femmes se servent pour leurs lavages.

Mais pour les étudiants qui demeurent à la ville, et qui n'ont pas de pied à terre à la campagne, les choses se passent différemment. La nuit où ils font bouillir le cadavre est une nuit de plaisirs et de réjouissances, dont on parlera longtemps. Cependant malheur à la maison où se passera le drame aussi peu banal ; pendant de nombreux jours, les murs seront imprégnés d'une odeur qui n'est ni celle du lilas blanc, ni celle de la rose.

On s'empare de la cuisine de la maison et on en ouvre toutes les fenêtres. L'étudiant à qui appartient le cadavre n'oublie jamais d'inviter cinq ou six de ses amis. Pas un ne manque à l'appel ; c'est que voyez vous tout y est : bière, whiskey, cigares, hareng boucané, pain, beurre, fromage et pardessus tout cela, une gaieté franche surpassant celle que l'on voit aux plus beaux jours de la vie d'un étudiant.

Pendant que la bière se boit, que le whiskey se réduit, que les cigares se fument, que le hareng se mange accompagné de pain, de beurre, de fromage, et que les étudiants chantent leurs chansons aux joyeux refrains, le cadavre bout tranquillement dans la marmite ; et l'odeur nauséabonde qui s'en échappe serait bien propre à écoeurer qui que ce soit, si les étudiants n'avaient pas eu la précaution de s'entourer de munitions capables de faire passer inaperçues les odeurs les plus mauvaises.

De temps en temps un élève court au chaudron, en retire un os qu'il nettoie proprement, en enlevant le reste des chairs qui y adhèrent, puis le suspend au-

dessus du poêle et le laisse sécher. Le lendemain,—si l'étudiant n'a pas mal à la tête—il pourra prendre cet os et l'étudier dans ses plus petits détails.

Quand tous les os sont nettoyés et séchés, l'étudiant commence à articuler son squelette, c'est-à-dire qu'il pose tous les os, chacun à leur place, et les attache ensemble avec un fil de fer, très délicat, et qui paraît à peine.

Cet ouvrage terminé, le squelette est prêt à être suspendu dans la chambre de celui qui l'a fait bouillir.

C'est aujourd'hui la coutume chez beaucoup d'étudiants, d'attacher leur squelette au fond d'une chambre, munie d'un système de poulies, et quand quelqu'un ouvre la porte de cette chambre le squelette au moyen de cordes, qui le font mouvoir, s'avance au-devant des visiteurs, ce qui est quelque peu saisissant, pour une personne qui ne s'attend pas à une pareille réception.

D'autres assoient le mort sur une chaise, et, par le même procédé, le squelette se lève, quand, quelqu'un entre, et il tend la main au visiteur. Enfin, les universitaires ont toutes sortes de moyens de s'amuser avec le squelette de celui, qui un jour fut peut-être un brave homme, peut être même un excellent père de famille.

Il arrive souvent que l'étudiant a très bien connu l'individu dont il possède maintenant les os dans sa chambre, alors que ce dernier vivait soit à l'hôpital ou ailleurs. Celui qui écrit ces lignes, a eu longtemps dans sa chambre le squelette d'une femme, qu'il avait vu souvent à l'hôpital, ou elle souffrait d'une maladie de cœur, déclarée incurable. Un soir, il fut bien surpris, et quelque peu ému, de retrouver le cadavre de cette femme sur une table, dans la salle de dissection. Il avait tenu à la disséquer et à conserver ce squelette qui lui rappelait des souvenirs d'hôpital, alors qu'étudiant, il visitait quotidiennement les lits des malades. Sur le crâne de cette femme encore jeune et morte d'une maladie causée par la misère, l'on avait tenu à écrire son nom, son âge, la date et la cause de sa mort.

### LE VOL D'UNE VESSIE.

Lorsqu'un cadavre arrive à la salle de dissection, le groupe de douze nommé pour le disséquer, commence par le tirer au sort avant toute autre chose. L'affaire se fait bien simplement au moyen d'un livre et celui des douze qui a la lettre la plus haute gagne le squelette, à la condition de payer la "traite" aux étudiants de son groupe ; cela est de rigueur.

Mais le gagnant ne rentre en possession de son cadavre, seulement lorsqu'il est tout disséqué à l'état de squelette ; alors il le désarticule, l'emporte chez

lui, le fait bouillir, en fait des os propres sur lesquels il peut étudier facilement. Outre le squelette, le gagnant a droit à la "vessie" du mort pour se faire une blague à tabac ; nul autre que le gagnant n'a le droit d'y toucher et encore moins de s'en emparer, mais il arrive souvent que les lois sont violées et que la loi du plus fort est la meilleure.

Une vessie de mort bien nettoyée et soufflée, vaut de deux à trois piastres et quelquefois plus.

J'avais pour compagnon d'études dans le temps, un nommé Boucher qui, un soir venait de gagner un mort,—une jeune fille morte à l'hôpital quelques jours auparavant. Il en était tout content, le pauvre garçon, mais son bonheur devait être de courte durée, car le lendemain soir, ayant eu le malheur d'arriver à la salle de dissection quelques minutes après les autres, il constata avec indignation que le "Gros Marin" était en train de lui enlever la vessie de sa fille. Que faire ! Il ne fallait pas se frotter de trop près contre ce colosse de Marin, qui d'une tape pouvait assommer le petit Boucher. Il essaya à lui persuader que ce qu'il faisait était une injustice révoltante, indigne d'un disciple d'Esculape ; mais pas de réponse. Marin faisait la sourde oreille et le petit Boucher conclut que ce qu'il avait de mieux à faire était de se résigner à son sort, quitte plus tard à prendre sa revanche.

Je n'avais eu aucune connaissance de cet incident car je dissequais plus loin, sur une autre table, lorsque tout à coup, je vis arriver Boucher ; il me raconta ce qui s'était passé et me demanda de lui aider à voler à Marin la vessie dont il s'était si injustement emparé. "Il l'a mise dans la poche de son habit," me dit-il, "tu es vif, fais semblant de rien, vas disséquer à ses côtés et tout en parlant enlève lui la vessie, viens vite me la porter et nous décamperons ; si tu réussis Rolland, c'est une "brosse" en règle ce soir.

Je suis ton homme, répondis-je à Boucher, dans quelques-instants, je te rapporterai ta vessie, mais tiens-toi prêt à partir parce que s'il nous rejoint, nous pourrions nous en souvenir longtemps.

Je me rapprochai petit à petit de la table où était Marin, mais on comprend bien que je n'étais pour aller me jeter dans les pattes du lion ; tout de même je fis plusieurs fois le tour de la table, car Boucher de loin observait tous mes mouvements ; je fis semblant de prendre quelque chose dans les poches de Marin et je m'emparai précipitamment d'un bout de "tripe" qu'il y avait sur la table, je l'enveloppai dans un morceau de papier et je m'éloignai ou plutôt je courus après Boucher qui en me voyant revenir avec ce petit paquet, avait déjà pris le devant.

(à suivre)

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU CANCER DE L'UTERUS

Monsieur le Directeur de "La Revue Médicale,"

Dans vos numéros du 17 décembre, page 387, et du 24 décembre, page 401, vous publiez un article sur le cancer de la matrice, signé par le Dr Smith, dans lequel certaines hérésies scientifiques sont avancées, que je ne puis, pour ma part, laisser passer sans réponse. Bien entendu, je mets de côté la question de personnalité. Mon unique intention est de détruire les faux avancés que vous imprimez.

Tout au début de son article, le confrère écrit : "Notre chemin n'est pas difficile à suivre, nous avons simplement à croire implicitement quelques axiomes, et ensuite agir selon eux sans une seule heure de délai plus qu'il n'est nécessaire absolument."

Nous ne devons jamais croire dans la science certains avancés, et, les croire implicitement. Sur-tout en gynécologie, nous ne devons croire que ce qui est clairement prouvé par un raisonnement scientifique sérieux ; par les démonstrations probantes, claires et vraies que la clinique nous fournit. Car, si nous croyons certains avancés implicitement, nous croirions ce deuxième, qui est essentiellement faux : "Toute femme portant un col de matrice déchiré est sujette à mourir de cancer de l'utérus, tandis qu'au contraire, du moment que cette déchirure est recousue, ses chances de mourir de cancer deviennent très petites."

Sur quelle base scientifique ou clinique repose cet avancé ?

Quel auteur, excepté Emmet, a-t-il prôné cette doctrine hasardeuse ?

Voyons ce que disent les auteurs :

Le professeur Samuel Pozzi, dans son traité de gynécologie, page 416, dit : "La race, l'hérédité et la misère physiologique, sont des causes prédisposantes générales, dont l'action ne peut être niée."

Les causes locales prédisposantes sont : la métrite cervicale et les déchirures du col, thèse soutenue par Emmet et Briesky. Remarquons que Pozzi dit :  
**SOUTENUE.**

Labadie-Lagrave et Legueu, à la page 916 de leur traité médico-chirurgical de gynécologie écrivent : "Comme causes prédisposantes on a invoqué les accouchements répétés et la blennorrhagie. Rien n'est prouvé à ce sujet." Ils attachent si peu d'importance aux déchirures du col qu'ils n'en parlent pas.

Schwartz et Riche, à la page 744 du tome X du "Traité de Chirurgie," de LeDentu et Delbet, écrivent : "Les grossesses pénibles et nombreuses se retrouvent souvent dans les antécédents des femmes atteintes d'épithéliome du col, au contraire, l'épithéliome du corps atteint de préférence les nullipares. Les vierges ne sont pas à l'abri du cancer. Y-a-t-il des lésions antérieures de l'utérus qui favorisent le développement de l'épithéliome ? Pour le corps ce n'est pas démontré, pour le cancroïde de la portion vaginale il semble qu'il puisse être précédée par des lésions leucokératasiques semblables à celles que l'on connaît au lèvres et sur la langue, et qui y font le lit de l'épithéliome."

Dans le "Traité de Chirurgie," de Duplay et Reclus P. Delbet : "Les diverses causes auxquelles on attribue un rôle dans la pathogénie du cancer ne présente que bien peu d'intérêt. Conheim attribue l'origine des néoplasmes au développement aberrant et tardif de germes embryonnaires restés oubliés, inutilisés dans les tissus, ce qui explique justement la plus grande fréquence du cancer au niveau des orifices naturels, en faisant remarquer que c'est là, au point où se font les invaginations épithéliales, que ces germes ont le plus de chances de s'égarer. On a fait intervenir aussi pour expliquer cette fréquence les traumatismes dont ces régions sont le siège. Pour le cancer du col, Emmet et Briesky ONT PENSE que les déchirures qui sont si fréquentes à la suite des accouchements devaient favoriser le développement du cancer. Williams repousse absolument cette hypothèse, car il n'a jamais vu un cancer débiter au niveau ou seulement au voisinage d'une déchirure." Et Richelot, le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, dans son "Traité de Chirurgie de l'Utérus : "Quoi qu'on en ait dit, la grossesses ne semble jouer aucun rôle dans sa genèse ; si les nullipares en sont moins souvent atteintes cela tient,

sans doute, à la fréquence plus grande de la multiparité. Quelques chirurgiens pensent que les lésions irritatives et infectieuses du col (déchirures obstétricales, érosions, ulcérations) peuvent favoriser le développement de l'épithéliome ; cette allégation un peu banale ne repose sur aucun fait. Mais ce qui nous paraît mieux démontré, c'est que les hyperplasies glandulaires qui accompagnent la sclérose utérine, et auxquelles nous avons refusé le nom de métrite, sont un premier pas vers la genèse de l'épithéliome.

Lutaud, page 323, admet l'influence des maladies inflammatoires et des traumatismes ainsi que de l'hérédité.

Donc, si nous retranchons les noms, et Emmet et Briesky, tous les auteurs sérieux des différents pays n'attachent que peu ou pas d'importance aux déchirures du col comme cause première, unique et initiale du cancer du col utérin. Dans le cancer primitif du corps personne ne serait tenté de soutenir la théorie de la déchirure du col comme cause première du cancer attendu que ce sont les vierges et les nullipares qui sont le plus souvent atteintes par cette maladie. Pourquoi, alors, de parti pris, vouloir recoudre ou amputer tous les cols déchirés ou dilacérés ? Pourquoi faire subir aux femmes les dangers d'une opération manifestement inutile ? Je sais bien que, dans certains cas de déchirure large du col, il vaut beaucoup mieux opérer non pour prévenir un cancer problématique, mais pour empêcher l'infection de l'utérus, et par voie ascendante, celle des trompes et des ovaires. Toutes les femmes qui accouchent, présentent, dans la suite, de légères déchirures du col, ou du moins, des lacérations insignifiantes, et l'on voudrait nous faire croire que si on ne les opère pas toutes elles courent un grand risque de mourir de cancer de l'utérus, indifféremment du corps ou du col ???

Plus loin, vous publiez, dans le même article, ce second avancé, écrit dans un français difficile à comprendre : "Qu'on doit considérer toute femme victime du cancer de la matrice, jusqu'à preuve contraire, que lorsque, ayant passé la ménopause, commence à saigner encore soit régulièrement, soit irrégulièrement. . . ."

Le Dr Smith dit que toute femme qui, passée la

ménopause, présente encore soit régulièrement, soit irrégulièrement, des hémorragies utérines, doit, de prime abord, nous faire penser qu'elle est atteinte d'un cancer de l'utérus. Ceci est une vérité que la clinique a permis de vérifier depuis un temps immémorial, longtemps même avant que votre collaborateur ne fut né. Mais on ne doit pas à la légère porter un diagnostic avec ce seul symptôme. Il faut toujours examiner consciencieusement les femmes qui viennent nous consulter. En disant que chaque fois qu'une femme a une hémorragie utérine après la ménopause, elle souffre de cancer de l'utérus, on oublie systématiquement la pathologie utérine. En effet, par exemple, est-ce qu'une femme ne peut pas avoir après la ménopause de polype utérin ? Ne peut elle pas avoir un fibrome qui ne l'ait jamais fait souffrir avant sa ménopause ?

Votre collaborateur voudrait que l'on soit tellement hypnotisé par ce symptôme d'hémorragie, que chaque fois qu'on le rencontre chez une vieille femme on lui conseille, d'emblée, sans hésitation, sans prendre le temps de poser un diagnostic raisonné, l'hystérectomie. Et il ajoute : "Si vous attendez jusqu'à ce que vous soyez certain que la femme a du cancer de la matrice, vous arriverez trop tard." Ce n'est déjà plus la belle assurance du début : "Ni de retour de la maladie subséquemment : "Il est bien entendu que si on enlève l'utérus à toutes les femmes qui ont des hémorragies utérines après la ménopause, sans même tenter de faire un diagnostic, mais seulement parce qu'il y a hémorragie, l'on guérira beaucoup de cancers utérins, qui n'auront existé que dans notre imagination, et que dans ces cas la récurrence sera rare. Il faut tout de même, avant de dire que sa statistique est vierge de récurrence dans les cas de cancers opérés de bonne heure, que l'on ait fait un diagnostic, et que ce diagnostic soit confirmé par le microscope."

"Le cancer n'est pas une maladie héréditaire mais contagieuse." Ceci dit, sans apporter l'ombre d'une sommaire observation pour appuyer cette théorie. Peut-être un jour arrivera, dans un avenir rapproché ou la théorie parasitaire sera démontrée. En attendant, jugeons et formons nous une idée d'après la clinique. Comment se fait-il que le mari d'une

femme atteinte de cancer de l'utérus ne soit lui-même presque jamais atteint de cancer du pénis ? Et, pourtant, l'on sait combien cet organe est sensible aux infections. Comment se fait-il que les infirmières qui soignent les cancéreuses ne soient pas atteintes de cancer dans une plus grande proportion que les autres femmes ? Comment expliquer que presque toujours on trouve du cancer dans les ascendants de ceux qui souffrent de cancer ?

Passons aux tumeurs du sein. Il est clair que chaque fois qu'une femme a une grosseur au sein, il faut enlever cette tumeur. Mais il est évident que si cette tumeur est cancéreuse, elle récidivera. Il ne peut avoir de doute la dessus ; les cas de tumeurs du sein opérées et ne récidivant pas après vingt ans, sont des cas de tumeurs bénignes, la non récurrence en est la preuve, et si ces tumeurs avaient été examinées au microscope on ne les rengraiant pas parmi les tumeurs cancéreuses.

Quant à dire que l'opération d'Emmet laisse un col long et cône, c'est un avancé que rien ne prouve. Et je crois tout le contraire, d'après ce que j'ai vu durant les sept années que j'ai passées dans les hôpitaux de Paris. Je puis, de plus, affirmer que cette opération bien faite ne laisse aucunement un col cône.

Je ne puis juger de la valeur de l'opération que propose le Dr Smith, n'ayant pas compris la description qu'il en donne.

En terminant, je me joins à votre collaborateur pour dire, qu'il n'y a pas en gynécologie, à l'heure actuelle, de question plus importante que celle du cancer de l'utérus, mais je m'empresse de dire bien haut, en m'appuyant, non seulement sur mon expérience personnelle, mais aussi sur celle de : Péan, Reclus, Duplay, Paul et Pierre Delbet, Richelot, Lutaud, du professeur Pozzi, Legueu, Tuffier, Martin, Léopold, Hartmann, etc., que :

La déchirure du col n'a pas une influence plus grande dans la pathogénie du cancer du col de l'utérus que les autres lésions inflammatoires ou infectieuses.

Que la déchirure du col n'a aucune influence sur le développement du cancer du corps de l'utérus.

Que chaque fois qu'un col est largement déchiré,

il faut le recoudre ou l'amputer suivant le cas, non pour prévenir le cancer, mais pour garantir l'utérus contre l'infection.

Que dans les cas d'hémorragies utérines, survenant après la ménopause, il faut faire son diagnostic avant de proposer l'hystérectomie.

Que l'hérédité, sans être parfaitement démontrée, est plus que probable, et que la contagiosité du cancer n'est pas prouvée.

Que dans les cancers de l'utérus, chaque fois que l'on ne peut dépasser les limites du mal, il ne faut faire qu'un traitement palliatif.

Que toutes les tumeurs du sein doivent être enlevées, mais que chaque fois que le microscope aura répondu du cancer d'une manière positive, il faudra avertir la famille de la récurrence.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments distingués.

FRANCOIS DE MARTIGNY.

Le 14 janvier 1903.

## Revue des journaux

### MEDECINE

**Phototherapie de la scarlatine. Longue durée de la contagiosité dans cette affection**

par M. le Dr SCHOUX

L'auteur a déjà eu l'occasion de soumettre à la Société de thérapeutique deux observations de scarlatine traitée par la lumière rouge et dans lesquelles, grâce, sans doute, à la soustraction des rayons chimiques du spectre solaire, aucune desquamation ne s'était produite. Depuis lors, M. Schoull a été à même d'appliquer ce traitement photothérapique chez quatre autres scarlatineux.

Le premier de ces sujets fut placé, dès le début de l'éruption, dans la "chambre rouge," où il resta pendant cinq jours. La maladie qui d'ailleurs, paraissait bénigne, évolua sans la moindre complication, sans trace d'albuminurie ; au bout de cinq jours, l'éruption avait totalement disparu, et aucune desquamation ne se produisit.

Le second malade était un petit garçon de cinq ans, très gâté, que ses parents ne surent maintenir

plus de deux jours sous l'influence de la lumière rouge. Aussi la desquamation ne put-elle être empêchée chez lui.

Le troisième malade ne fut placé dans la chambre rouge qu'au troisième jour d'une éruption scarlatineuse intense. En raison, sans doute, de cette application tardive du traitement, et malgré les quatre jours passés dans la chambre rouge, il se produisit une légère desquamation sur le ventre, aux mains et aux pieds ; mais cette desquamation fut peu intense, fufuracée sur le tronc, en très petites écailles ailleurs.

Chez le quatrième malade, âgé de dix ans, l'heureux effet de la photothérapie fut des plus manifestes. Dès le premier jour de l'éruption, cet enfant fut placé dans la chambre rouge où il demeura pendant six jours. Aucune desquamation.

Il serait superflu d'insister sur l'importance qu'aurait le traitement si simple par la photothérapie si son efficacité était constatée dans tous les cas de scarlatine ; l'absence de desquamation diminuerait singulièrement la durée, la gravité ultérieure et surtout la contagiosité de cette affection.

En terminant, l'auteur relate un fait qui paraît démontrer à nouveau la longue durée de la contagiosité des squames scarlatineuses. Un colis postal avec quelques livres provenant d'une famille habitant Tunis, dans laquelle deux enfants avaient été atteints de scarlatine treize mois auparavant, fut expédié à Tripoli, indemne en ce moment de toute morbidité scarlatineuse. Ce paquet fut ouvert le matin, entre huit et neuf heures, près d'un enfant encore couché, et le papier qui l'enveloppait fut jeté sur la descente de lit où il séjourna une demi-heure environ. Dans la soirée même, vers cinq heures, l'enfant éprouva des frissons violents et dut s'aliter ; le lendemain matin il accusait une céphalalgie très forte avec fièvre intense et délire ; puis vint une angine précédant de quelques heures seulement une éruption scarlatineuse bien caractérisée. La scarlatine évolua avec une extrême gravité, avec complications articulaires, pulmonaires et rénales. Si ce petit malade avait été réellement infecté, comme on a le droit de le supposer, par des poussières de squames scarlatineuses ayant pénétré dans les livres expédiés ou dans les plis de leur papier d'enveloppe, la durée de l'incubation n'a été, dans ce cas, que de huit à neuf heures.

(Bull. méd.)

#### Bronchite chronique avec emphysème

par M. le Dr A. ROBIN

(a) Contre la bronchite, ventouses sèches, cataplasmes sinapisés, opiacés, vomitif, qu'il ne faut pas

craindre chez les vieillards, les artério-scléreux. L'acide carbonique éliminé) est augmentée jusqu'à être triplée, ipéca seul chez les enfants ; chez les adultes, ipéca 1 gr. 5, tartre stibié 5 centigrammes en trois prises. Une prise dans un demi-verre d'eau tiède de quart d'heure en quart d'heure ; un verre d'eau dès l'état nauséeux.

(b) Indications Béchiques. — 1° Toux rare : Oxyde blanc d'antimoine 1, sirop d'ipéca 10 à 20, alcoolature de racine d'aconit XV gouttes, sirop diacode 20, teinture de noix vomique X gouttes, eau de laurier-cerise 10, eau de tilleul 120 ; ou dionine 0,01, terpine 0,2 pour un cachet, 4 à 6 par jour.

2° Expectoration abondante : Lavements créosotés ; décoction de bois de Panama (à 2 : 100) 90, créosote de hêtre 10, pour en moyenne dix lavements ; soit une cuillerée à café à une cuillerée à soupe dans 100 grammes d'eau bouillie pour lavement à garder.

3° Toux violente pénible : Brooforme XXX à XL gouttes, teintures de bryone, de grindelia robusta, de noix vomique, de jusquiame à XXX gouttes, alcool 25, sirop diacode 75, sirop d'écorce d'orange amère 100. Une cuillerée à bouche le matin au réveil, la seconde le soir en se couchant.

(c) Contre l'emphysème. — 1° Révulsion : Teinture d'iode, vésicatoire, pointes de feu, ventouses. — 2° Arséniate de soude 0,05, eau distillée 300, une cuillerée à soupe avant le déjeuner, une avant le dîner ; alterner avec iodure de potassium 5, eau distillée 300 ; 2 cuillerées par jour : 4 jours d'arsenic, 4 jours d'iodure. — 3° En même temps que les précédents : sulfate de strychnine 0,02, eau distillée 300 ; 2 cuillerées à soupe par jour ; ou bien : teinture de fève Saint-Ignace 6, teinture de chardon béni 3, teinture d'ipéca 1, teinture de badiane 2 ; de V à VIII gouttes à la fin du déjeuner et du dîner.

(d) Contre l'artério-sclérose. — Cette indication, qui existe le plus ordinairement, est remplie par l'arsenic, l'iodure, la strychnine. Mais ajouter l'hygiène alimentaire : s'abstenir d'alcool, de vin, de café, de bière, de tabac. Lait. La viande augmentant la tension artérielle, n'en prendre au plus qu'au repas du jour. Abstention même des oeufs le soir.

(e) Traitement hydrominéral. — Bronchite sèche : Mont-Dore. Catarrhe abondant : eaux sulfureuses Saint-Honoré, qui est sulfuro-arsénicale, convient en outre à l'artério-scléreux. L'emphysème est de plus modifié ici également par l'arsenic. Luchon, Eaux-Bonnes plus spécialement anti-catarrhales, Cauterets, dont la source du Mahouret convient au dyspeptique, viennent en deuxième ligne.

(Bull. thérap.)

**Les accidents généraux causés par le froid**

A l'entrée de chaque hiver, des accidents sont signalés. Il ne fait pas très froid encore et cependant des gens succombent. La fatigue, l'épuisement, l'acoolisme sont les principales causes du peu de résistance qu'opposent les sujets. La mort survient du fait de la congestion pulmonaire ou de la syncope. Parfois un autre mécanisme (1-5 des cas) est en jeu : congélations partielles, thromboses veineuses, embolies capillaires dans les capillaires du poumon, ou simplement résorption de matières gangréneuses. On observe aussi de l'anasarque chez les sujets qui réchappent, un anasarque "a frigore," sans albuminurie, lié à la paralysie des vaso-moteurs.

Le traitement consiste dans le réchauffement lent et graduel, dans le but d'éviter les réactions trop brutales et les troubles circulatoires consécutifs (surcharge du cœur droit, congestions, etc.). Des frictions avec de la neige, des frictions sèches, à condition que celles-ci soient pratiquées doucement au niveau des extrémités seront pratiquées, le malade étant transporté dans un lit sec, mais non chauffé (Manquat). Un peu plus tard, on recourra aux frictions aromatiques :

- Baume Fioraventi. . . . .
- Alcool camphré. . . . . à 50 grammes.
- Teinture de noix vomique. . . . . 25 —

Un grog au rhum, à peine tiède, sera administré, dès que le malade pourra avaler. Des sinapismes et des ventouses sèches combattront la congestion pulmonaire. Le malade devra s'efforcer de bouger, de faire quelques mouvements.

Dans les cas plus graves, les tractions rythmées de la langue, les ventouses scarifiées, voire une saignée générale (150 gr.) seront utilisées. La dilatation du cœur droit sera combattue par des injections sous-cutanées de caféine :

- Caféine. . . . . 2 gr. 50
- Benzoate de soude. . . . . 3 grammes
- Eau distillée, Q. S. pour. . . . . 10 cent. cubes.

3 injections par jour.

Contre les accidents liés aux gangrènes partielles, le traitement sera symptomatique.

L'anasarque "a frigore" n'est pas une complication grave. Le régime lacté et le repos au lit en viennent aisément à bout.

Le soir, on fera transpirer le malade à l'aide de frictions à la pilocarpine sur la poitrine :

- Nitrate de pilocarpine. . . . . 0 gr. 05
  - Vaseline. . . . . 50 grammes.
- Entourer de coton et de taffetas gommé. Au

bout de quelques heures, le coton étant imprégné de sueur, on le remplace par du coton sec.

Le lendemain matin, purgatif :

- Scammonée. . . . . 0 gr. 25
- Calomel. . . . . 0 gr. 10

P. 1 paq. ; f. 2 paq. semblables.

A donner à 20 minutes d'intervalle.

Le surlendemain portion diurétique :

- Oxymel scillitique. . . . . 30 grammes.
- Ether nitrique alcoolisé. . . . . 10 —
- Infusion de baies de genièvre. . . . . 100 —
- Sirop cinq racines. . . . . 50 —

Une cuillerée toutes les heures.

(Journ. des praticiens)

**Les tendances nouvelles de la thérapeutique**

par M. le prof. Ch. BOUCHARD

Il n'est pas sans exemple qu'un malade, s'il guérit, attribue sa guérison au médecin. Il est rare qu'un médecin, s'il est instruit, se considère comme l'artisan de la guérison.

Il est rare aussi qu'il n'ait pas été utile : il a soulagé ; il a favorisé les actes qui amènent naturellement la guérison ; il a écarté les accidents possibles ; il a soutenu le malade, lui donnant ainsi le temps et la force de guérir par lui-même. Il n'a pas accompli les actes qui guérissent. Ces actes, l'organisme les réalise graduellement pendant la succession des phases de la maladie ; la nature les poursuit jusqu'au retour de la santé : "la nature médicatrice ô"

La guérison spontanée est la règle, au moins dans les maladies aiguës. Il n'en est pas de même dans les maladies chroniques, qui sont chroniques précisément parce qu'elles n'ont pas tendance naturelle à la guérison. Aussi est-ce là que l'intervention médicale est nécessaire et que l'art se manifeste dans sa dignité et dans sa puissance.

Qu'est-ce donc que la thérapeutique quand elle ne guérit pas ? Qu'était-elle quand elle croyait être curative ? Ou bien elle réduisait ou supprimait les symptômes pénibles ou dangereux, elle visait l'économie subissant l'assaut de la cause morbifique, elle était palliative. Ou bien elle favorisait les actes naturels qui mènent spontanément à la guérison, elle visait l'économie réagissant contre la cause morbifique, elle était naturiste ou expectante.

C'était la thérapeutique médicale ; c'était aussi, assez souvent, la thérapeutique chirurgicale.

Quand la Chirurgie rapprochait les lèvres d'une plaie, elle permettait au travail naturel de réparation de se faire dans les meilleures conditions de rapidité et de conservation des formes et des fonctions. Mais



si elle n'intervenait pas, la cicatrisation se faisait quand même par un travail naturel plus long et moins favorable, par formation d'un tissu nouveau qui comblait le vide. Quand elle réduisait une fracture ou une luxation, elle ne guérissait pas, mais elle plaçait les parties lésées en bonne situation et la nature faisait le reste : elle ramenait, par un travail naturel sur lequel nous ne pouvions rien, l'adhésion des parties rompues ou déchirées. Et si le blessé ne recevait pas le secours du chirurgien, la nature n'en agissait pas moins : l'adhésion se faisait et fixait définitivement les parties en situation vicieuse.

Dans ces exemples, l'intervention est assurément utile, elle empêche la nature de mal guérir le blessé.

La chirurgie faisait mieux. Une plaie devenait gangréneuse ; quelque chose s'était produit localement qui détruisait les tissus et influençait le reste de l'économie, allumait la fièvre, provoquait le délire. Le chirurgien portait le feu dans la partie affectée, la détruisait et, avec elle, ce qui avait produit le mal, ce quelque chose qui pendant tant de siècles est resté inconnu et qu'on connaît aujourd'hui. La cause détruite, la maladie était guérie, le malade n'était plus qu'un blessé ; la nature médicatrice intervenait alors et comblait la perte de substance.

Cette thérapeutique avait été curative, et elle l'avait été parce qu'elle avait combattu la cause et parce qu'elle l'avait combattue localement, là où elle siégeait, là où elle provoquait le mal.

La Médecine aussi faisait, à l'occasion, une thérapeutique curative ; dans les empoisonnements, par exemple, quand elle évacuait le contenu du tube digestif, supprimant encore la cause morbide par une intervention locale.

De même aussi, dans certaines maladies extrêmement rebelles du cuir chevelu, après avoir reconnu l'inefficacité des toniques, des dépuratifs et de tous les grands modificateurs généraux, soupçonnant une cause locale, elle cherchait à l'extirper, appliquait certains onguents adhésifs qui, à chaque renouvellement, arrachaient les cheveux ; et elle guérissait la teigne avant qu'on eût découvert le champignon qui la produit.

Je pourrais citer d'autres exemples où la thérapeutique médicale était curative, parce qu'elle combattait localement une cause locale.

En dehors de ces cas, elle n'était que palliative ou naturiste. En dehors de ces cas aussi, elle faisait le plus souvent une thérapeutique générale.

Mais de ces distinctions que nous faisons après coup, la Médecine n'avait qu'un médiocre souci. Avant de philosopher, il fallait porter secours à

l'homme qui souffrait ou qui était en danger de mort, et, à défaut de palliatifs ou des agents de la thérapeutique naturiste, on puisait dans le monceau de ces remèdes dont on ne sait ni ce qu'ils font ni comment ils agissent, mais dont les bons effets avaient été révélés par l'observation fortuite ou par les caprices de l'expérimentation.

C'était de l'empirisme ; mais l'empirisme nous a donné l'opium qui ne guérit pas souvent, mais qui soulage presque toujours. L'empirisme, d'ailleurs, nous a donné presque tous nos médicaments, et, dans le nombre, quelques-uns qui guérissent : le quinquina, le mercure, l'iode, l'arsenic, le colchique, la salicine, tous médicaments dont un accident heureux nous a montré l'efficacité curative.

Chacun de ses médicaments guérissait une maladie spéciale et presque exclusivement cette maladie ; son action était spécifique. Il guérissait sans qu'on sût, sans qu'on soupçonnât pourquoi. Pour la plupart d'entre eux, nous connaissons aujourd'hui le secret de leur action : ils influent la cause morbifique, et, cette fois, ils l'influencent par une action générale.

Chose remarquable, ces causes, qui ne savent pas résister aux médicaments spécifiques, nous les affirmons plus que nous ne les connaissons. Nous connaissons celles du paludisme et de l'actinomyose, mais nous discutons encore sur celle du rhumatisme, et nous n'avons ni vu ni cultivé l'organisme de la syphilis. Or, quand la Médecine ne soupçonnait pas les causes, elle a découvert leurs remèdes, et depuis que nous les connaissons ou que nous les affirmons, nous n'avons pas trouvé de nouveaux spécifiques. Il y a de ces contradictions apparentes dans l'histoire des sciences.

Je me trompe, nous avons les sérums, nouvelle et brillante conquête du siècle qui vient de finir ; les sérums qui sont le type des médicaments spécifiques et grâce auxquels nous avons vu se multiplier singulièrement le nombre des maladies contre lesquelles nous pouvons exercer une action véritablement curative.

Si j'excepte le colchique dont le mode d'action est encore obscur, tous les spécifiques que je viens d'indiquer, y compris les sérums, exercent leur action curative dans des maladies qui, certainement, sont provoquées par des organismes vivants parasites, exception faite encore pour les maladies que provoquent les venins et certains poisons.

Tous ces médicaments sont antiseptiques à des degrés divers ; les sérums le sont également.

Mais certains sérums thérapeutiques ont aussi une autre action qui l'emporte sur leur rôle bactéricide : ils sont antitoxiques ; ils neutralisent les poi-

sons bactériens ou mettent les cellules animales en état de leur mieux résister.

Rien ne prouve que les médicaments spécifiques autre que les sérums n'ont pas, à côté de leur fonction bactéricide, une action antitoxique. Je fais allusion à ces faits de Patella qui, après l'injection de sels mercuriels dans le sang, voit apparaître une leucocytose polynucléaire. Si les leucocytes pénètrent dans le sang en plus grande abondance, on conçoit qu'ils y accomplissent d'une façon plus complète leur fonction naturelle qui est de se saisir des microbes ou de sécréter des ferments qui sont une sauvegarde pour l'économie.

En tout cas, tous ces spécifiques à action générale influencent l'infection soit directement par une action bactéricide, soit indirectement en sollicitant les actes par lesquels l'organisme attaque les microbes ou se défend contre eux.

(*Presse médicale.*)

(à suivre)

#### Abcès de fixation et méningite cérébro-spinale

M. Probst, dans la "Revue méd. de la Suisse rom.", octobre 1902, relate un nouveau fait à l'actif du traitement des maladies infectieuses par la production d'un abcès de fixation d'après la méthode de Fochier.

Un jeune homme, robuste, et ayant toujours joui d'une santé excellente, fut pris subitement d'une céphalgie violente avec fièvre et vomissements; puis on vit survenir chez lui des symptômes non douteux d'une méningite cérébro-spinale, tels que raideur de la nuque, rachialgie (notamment au niveau de la portion lombaire de la colonne vertébrale), accès convulsifs dans les membres du côté droit, mydriasis avec affaiblissement de la réaction pupillaire à la lumière, herpès labial, constipation. Malgré l'application de glace sur la tête, l'usage interne de l'antipyrine et l'administration de purgatifs, ces troubles allaient en augmentant. On se décida enfin à pratiquer un abcès de fixation par injection de 10 cc. de térébenthine dans la paroi abdominale. A partir de ce moment, l'état du malade commença à s'améliorer lentement, mais d'une façon continue. L'abcès fut incisé au septième jour après l'injection. Il donna issue à 350 cc. environ d'un pus gris-jaune, sans odeur. Au bout de quelques semaines, la guérison fut complète et définitive.

(*Bull. méd.*)

#### Tuberculose et paludisme (1)

L'auteur rappelle les différentes théories qui ont régné suivant les époques de la médecine, d'abord celle d'antagonisme absolu entre la tuberculose et l'impaludisme, puis celle de prédisposition d'une affection pour l'autre. Pour mieux étayer mon rapport, il a adressé un questionnaire à un grand nombre de confrère pratiquant dans les pays marécageux de l'Orient. Certains lui ont répondu qu'on observait rarement la tuberculose chez les Malariques. La plupart des médecins orientaux affirmant, au contraire, que nombreux sont les Paludéens qui succombent phthisiques.

Le Dr Bernheim croit que cette dernière opinion est la vraie pour les motifs suivants: d'abord, il a observé lui-même fréquemment la tuberculose chez les marins et colons français, revenant des pays marécageux. On sait, d'autre part, que la maladie déprime l'organisme, le mène à la déchéance la plus profonde et le prépare ainsi à l'infection tuberculeuse; enfin le bacille de Koch est le micro-organisme le plus doué à s'associer à d'autres bactéries. On le rencontre exceptionnellement à l'état isolé et il n'y a rien d'étonnant qu'il fasse bon ménage avec un parasite comme l'hématozoaire de Laveran. Pour toutes ces raisons d'analogie et de clinique, M. le Dr Bernheim conclut que la tuberculose et le paludisme coïncident souvent chez le même individu.

#### Tuberculose et diabète (2)

Chez le diabétique la nutrition est très accentuée. Son organisme transforme mal le sucre, d'où hyperglycémie, milieu sucré favorable au développement du bacille. D'autre part, ce malade est constamment menacé de suppurations variables (furuncles, abcès, enthrax), de complications broncho-pulmonaire, affections qui prédisposent singulièrement l'individu à la réceptivité bacillaire. On peut donc conclure que:

1° Si l'on admet, ce qui paraît vraisemblable, que le diabète loin d'être une maladie par ralentissement de la nutrition, est la manifestation d'une nutrition accélérante et d'une désintégration excessive; il devient facile d'expliquer la tendance qu'il crée à l'éclosion de la tuberculose. Le paradoxe tiré de l'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose tombe de lui-même;

2° Que si l'on persiste à voir dans le diabète le fait d'un terrain arthritique, il est, malgré tout, d'excellentes raisons de se convaincre qu'il s'agit d'un arthritisme dégénéré, vieux, ayant perdu son immuni-

té vis-à-vis de la tuberculose, et dans ce cas encore, le paradoxe qu'on oppose n'est pas absolument inexplicable ni irréfutable.

## CHIRURGIE

### La fixation de la clavicule et son traitement

Voici, résumés à ce sujet, quelques conseils du professeur Tillaux. La clavicule peut se rompre en trois endroits différents ; au centre ou aux deux extrémités. Les fractures de l'extrémité interne sont tellement rares qu'il n'y a pas lieu d'y insister ; les fractures de l'extrémité externe sont aussi fort peu fréquentes, quoiqu'un peu plus ; ce qui les distingue, contrairement à l'opinion de Malgaingne, c'est l'absence de déformation ; la douleur en un point limité lorsqu'on fait le palper donne le diagnostic. Le plus courant est la fracture du corps, qu'elle soit par cause directe (chute sur un meuble), soit par cause indirecte (chute sur le moignon de l'épaule). Elle se présente différemment chez l'enfant et chez l'adulte ; chez l'enfant, le périoste est intact, il n'y a pas de déformation ; chez l'adulte, c'est le contraire.

Le nombre infini des appareils préconisés pour le traitement des fractures de la clavicule, montre qu'on n'en a pas encore trouvé de satisfaisant. M. Tillaux estime que les fractures obliques (par cause indirecte) ont un déplacement à peu près impossible à corriger ; il y aura donc un cal vicieux presque toujours. Il s'agit d'une fracture transversale, par cause directe, la guérison sans difformité est presque de règle.

Le meilleur appareil est encore le plus simple, c'est l'écharpe double de Gosselin, excellent aussi dans tous les traumatismes de l'épaule. L'avant-bras étant placé dans l'écharpe, les deux chefs supérieurs sont noués autour du cou, les deux inférieurs au niveau de la ceinture ; des bandes les relient entre eux ; c'est ce qu'on peut faire de mieux.

(*Rev. int. de Ther. phys.*)

## OBSTETRIQUE

### De la folie puerperale

par M. le Dr Robert JONES

L'article est basé sur 259 observations personnelles. En recherchant tout d'abord la proportion de folies relativement à la position sociale, l'auteur

trouve que 12 pour 100 des cas se rapportent aux mères et parmi celles-ci 25 pour 100 ont présenté leurs troubles mentaux pendant la grossesse, 12 pour 100 pendant la puerpérie et 3 pour 100 pendant la lactation. D'autre part, les statistiques ont établi que dans les asiles publics d'aliénés la proportion des femmes mariées aux filles seules est comme 1,7 est à 1. Le début fut soudain dans 102 cas ; parmi ceux-ci il y eut 68 guérisons et 30 morts ou passage à l'état chronique. 155 fois l'invasion fut progressive, 81 femmes guérirent, 70 moururent ou restèrent malades. Sur 120 femmes, 73 pour 100 avaient pour la première fois des troubles mentaux. Parmi les 83 cas de manies pendant l'allaitement, 69 fois sur 100 il s'agissait également d'une première attaque. Enfin sur la statistique totale, à peu près 50 fois sur 100 l'anamnèse révélait quelques dispositions héréditaires tant dans la sphère physiologique que psychologique. L'hérédité maternelle était plus souvent en cause que l'hérédité paternelle pour la manie du puerpérie et de la lactation ; on ne notait aucune différence dans les cas de folie de la grossesse. Les femmes enceintes ou récemment accouchées étaient en général âgées de 25 à 29 ans, tandis que les nourrices avaient de 30 à 34 ans. Enfin l'auteur a noté que la plupart de ces malades avaient les cheveux bruns et les yeux gris ou noirs.

(*Le Progrès méd.*)

### Vomissements gravidiques

par M. le Dr P. PUCH

Dans la plupart des cas, les vomissements de la grossesse se traduisent seulement par le rejet, au moment où la femme quitte le lit, de glaires, de liquides aqueux, de matières bilieuses : ce sont les vomissements matutinaux, qui se rencontrent si communément chez la femme enceinte, qu'ils sont rangés parmi les signes de la grossesse. Ils n'ont aucune importance, et exigent à peine un traitement. A un degré plus avancé, les vomissements aboutissent à l'expulsion, après un temps plus ou moins long, des matières ingérées au cours des repas ; mais cette expulsion est loin d'être complète, et il reste toujours une quantité d'aliments suffisants pour assurer la nutrition. Dans une troisième forme, heureusement rare, les vomissements deviennent tellement fréquents, l'intolérance de l'estomac est telle, que les aliments, aussi bien liquides que solides, sont rejetés en totalité, et que, dès lors, la santé générale se trouve très sérieusement compromise : ce sont les vomissements de la grossesse graves, pernicious, ou incoercibles.

La dénomination de cette troisième forme des vomissements de la grossesse indique combien sévère en est le pronostic: la mort constitue, en effet, une terminaison fréquente. D'autre part, la thérapeutique — la longue liste des remèdes tour à tour proposés et employés en témoignage — se montre bien souvent impuissante. Aussi bien, cette incertitude de la thérapeutique s'explique par l'obscurité qui règne encore sur la pathogénie des vomissements incoercibles: la théorie, récemment émise et à laquelle s'est rallié un certain nombre d'accoucheurs, qui fait de ces vomissements une manifestation de l'auto-intoxication gravidique, ne semble pas plus à l'abri des critiques que les explications pathogéniques antérieurement proposées.

Tous les vomissements, graves ou non, qui s'observent au cours de la gestation, ne sont pas nécessairement des "vomissements gravidiques." Pendant la grossesse, on peut avoir affaire, tout comme en dehors de la puerpéralité, à des vomissements qui sont sous la dépendance d'états pathologiques divers coexistant avec la grossesse: affections de l'estomac (gastrite chronique, ulcère rond, cancer, rétrécissements...), affections de l'intestin (inflammation, tuberculose, hernie...), affections du foie (cancer), affections des reins (albumine), affections du péritoine (inflammation, tuberculose, cancer), affections de l'utérus (métrite, déviation prolapsus), c'est dire qu'il faudra toujours procéder à un examen complet et minutieux afin, le cas échéant, de diriger un traitement contre l'état pathologique surajouté à la grossesse, duquel, plus que de cette dernière, dépendent les vomissements.

Nous n'avons en vue, ici, que les vomissements vrais de la grossesse, c'est-à-dire ceux qui, en dehors de toute affection concomitante, sont déterminés et entretenus par la seule grossesse.

I. Vomissements matutinaux.—1° Prendre au lit, dès le réveil, une tasse de lait, de café au lait, de chocolat cuit, de bouillon froid.

Ou, s'il y a intolérance pour les liquides:

Manger des tartines de beurre, des oeufs durs, de la viande froide.

2° Ne quitter le lit qu'une heure après ce premier déjeuner.

II. Vomissements alimentaires avec conservation d'un état général satisfaisant.

1° Alimentation "ad libitum." Boire, aux repas, du champagne frappé, ou du vin blanc léger coupé avec de l'eau de seltz ou de l'eau de Vals et glace.

2° Un quart d'heure avant le repas, prendre dans un peu d'eau ou de lait, v à viii gouttes de:

Chlorhydrate de cocaïne. . . . . 1 gramme.

Eau. . . . . 10 —

ou, une pilule contenant:

Extrait thébaïque. . . . . 0,01 centigr.

Extrait de belladone. . . . . 0,01 —

3° Garder, après le repas, le repos horizontal.

4° Faire sur le creux épigastrique des pulvérisations d'éther.

5° Si c'est nécessaire, prendre toutes les demi-heures, dans l'intervalle des repas, une cuillerée à soupe de:

Eau chloroformée saturée. . . . . 75 grammes.

Eau de fleurs d'oranger. . . . . 50 —

Sirop de fleurs d'oranger. . . . . 25 —

ou:

Une cuillerée à café de sirop de morphine;

ou:

La potion anti-émétique de Rivière;

ou:

Une cuillerée à bouche, d'heure en heure, de:

Menthol. . . . . 1 gramme.

Alcool. . . . . 20 —

Eau. . . . . 130 —

6° Surveiller le fonctionnement de l'intestin et assurer, tous les jours, une selle (lavements glycéринés, laxatifs...).

III. Vomissements graves avec retentissement sur l'état général.—1° Toutes les deux heures (sauf sommeil) prendre quelques cuillerées de lait glacé;

ou  
Si le lait n'est pas toléré, supprimer toute alimentation par la bouche, et recourir aux lavements nutritifs (renouvelés quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures, avec:

Peptones sèches. . . . . 2 cuillerées à café.

Jaune d'oeuf. . . . . No 1.

Laudanum. . . . . v gouttes.

Bouillon (ou lait). 150 grammes.

ou avec:

Viande hachée. . . . . 150 grammes.

Pancréas de boeuf ou de

porc. . . . . 50 —

Eau chaude. . . . . 100 —

mélangés jusqu'à ce qu'on ait obtenu une bouillie.

Faire précéder le lavement nutritif (que l'on devra garder) d'un lavement ordinaire.

Avaler, pendant la durée de la diète et du régime des lavements alimentaires, quelques cuillerées d'eau bouillie glacée, et se gargariser, pour comba-

tre la sécheresse de la gorge, avec de l'eau de Vals ou de Vichy.

2° Tous les matins, faire une injection sous-cutanée d'un centimètre cube de la solution :

Cacodylate de soude. . . . . 0g50 centigr.  
Eau distillée. . . . . 10 cent. cubes.

ou encore :

Arrhénal. . . . . 0g50 centigr.  
Eau distillée. . . . . 10 cent. cubes.

3° Faire faire, à plusieurs reprises dans la journée, les inhalations d'oxygène (40 à 60 litres dans les vingt-quatre heures).

4° Faire prendre, le soir, un lavement de chloral (2 à 4 grammes de chloral dans 100 grammes de lait).

5° Si malgré le traitement les vomissements persistent, si le pouls s'accélère, si la dénutrition va toujours en augmentant (perte du tiers du poids total), s'il y a des troubles cérébraux, provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.—S'adresser, de préférence (en raison de l'état grave de la femme, au moment de l'intervention), aux procédés d'évacuation rapide de l'utérus :

(a). Au curetage, si la grossesse n'a pas dépassé les trois premiers mois ;

(b.) Aux ballons dilatateurs de Champetier de Ribes, si la grossesse est plus avancée.

(Gaz. des hôp.)

## MALADIES NERVEUSES

### Métatarsalgie guérie par deux injections de cocaïne "ioco colenti"

La métatarsalgie, ou "maladie," ou "névralgie de Morton," est une affection tenace dont on ignore l'étiologie. On l'a attribuée à une lésion des têtes métatarsiennes : exostose ou ostéite tuberculeuse, ou ostéite condensante de ces têtes, suivie de déviations en bas et endedans des métatarsiens et, par suite, de compression des tissus plantaires et des filets nerveux. Mais, dit le Dr Verger, dans la "Gaz. heb. des Soc. méd. de Bordeaux," il n'existe pas toujours de lésions et mon malade en est la preuve.

Homme menant joyeuse vie, d'une bonne santé générale, quoique sujet aux évanouissements et aux syncopes, sans être hystérique ; il a, depuis un an, les accidents suivants. Pendant la marche (il e fait pas de grandes marches) ou en repos, tout d'un coup il ressent une douleur très vive en un point très limité,

compris entre les têtes des 3ème et 4ème métatarsiens du pied droit, douleur fixe qui n'irradie dans aucune direction et qui le force à se déchausser (besoin pathognomonique d'après Morton) même en pleine rue. Les crises durent au plus un quart d'heure, au bout duquel le malade peut se rechausser et regagner péniblement sa demeure. Elles apparaissent irrégulièrement, sont quelquefois une semaine sans se produire et d'autres fois, se succèdent au nombre de quatre ou cinq dans une même journée. Entre les crises, le malade marche bien, en évitant toutefois d'appuyer fortement sur la partie antérieure du pied droit. Ce pied a une conformation normale. La région douloureuse est normale d'aspect et de coloration ; une pression forte exercée sur elle, une pression latérale sur la face externe de la tête du 5ème métatarsien ou sur la face externe de la tête du 1er, réveille une douleur qui n'a pas l'intensité de la douleur spontanée.

M. Verger fait à son malade une injection de 1 centimètre cube d'une solution de cocaïne à 2 pour 100, en poussant l'aiguille jusque sur le plan osseux. De suite, la douleur à la pression est supprimée ; la douleur spontanée ne reparait pas les jours suivants. Cinq semaines plus tard une crise très forte se produit sans cause appréciable. Une injection de 1 centimètre cube de la même solution de cocaïne eut le même effet immédiat que la première injection. Mais bien plus, trois mois après, le malade n'avait pas eu de nouvelle crise.

(Journ. de méd. int.)

## GYNECOLOGIE

### Du curetage de l'utérus dans l'infection puerpérale

par M. le Dr P. TARUFFE

Faisant la critique comparée des nombreuses méthodes de traitement de l'infection puerpérale, le Prof. La Torre insista sur les heureux résultats donnés par la cure locale et en particulier par le curetage. Taruffi apporte de nombreux faits personnels à l'appui de cette même thèse. Dans le traitement qu'il préconise, il s'occupe tout d'abord des injections intra-utérines ; et au sublimé (1 : 5000), à l'acide phénique (2 p. 100.) au permanganate (0,50 : 1000), à la teinture d'iode (2 : 1000), etc., il préfère l'acide salicylique en solution à deux pour 1000 suivi d'un lavage à l'eau bouillie. Il emploie avec avantage la sonde à double courant de Bozeman-Fritsch. Le moment d'élection du curetage devant être fixé avec le plus grand soin, il importe de diagnostiquer l'infec-

tion puerpérale dès son véritable début. La Torre cite parmi les premiers signes l'élévation de température avec frissons, l'accélération du pouls et les troubles du sommeil. Il suffit que la température dépasse 37°.5 ou que le pouls batte plus de 80, pour faire penser à l'infection puerpérale. Quant à l'insomnie, elle peut être relative ou absolue. C'est un symptôme qui a grande valeur pronostique quand il se trouve associé aux autres. Ajoutons encore la céphalée, la sensation du froid à la surface du corps et les modifications des lochies (diminution, suppression, odeur).

Quant le curettage est fini, Taruffi lave l'utérus à l'acide salicylique, puis à l'eau bouillie pour en tamponner la cavité à la gaze iodoformée ; ce tamponnement est enlevé au bout de 12 heures. Une vessie de glace est appliquée sur l'abdomen. L'auteur termine en citant 15 cas dans lesquels l'infection s'est montrée comme très grave, cas dans lesquels le curettage amena la guérison.

(*Le progrès méd.*)

#### Du traitement de l'infection utérine par le curettage

Le nettoyage de l'utérus par les grandes injections antiseptiques est un procédé excellent, mais qui ne saurait s'appliquer à tous les cas. Ces lavages sont en effet souvent impuissants à débarrasser l'utérus des débris ovulaires qui l'encombrent. Et si la guérison peut survenir avec ce seul traitement, il faut reconnaître qu'elle serait longue et incertaine. Aussi sans attendre l'hémorragie ou l'infection, l'auteur préconise-t-il de nettoyer l'utérus à la curette de Récamier toutes les fois que la cavité n'est pas complètement vide. Quant à l'action des antiseptiques, elle est très incertaine car employées à des doses non dangereuses ces substances n'attaquent que les germes des couches superficielles. De plus Spinelli rapporte le cas d'utérus traité par les irrigations, dont la cavité contenait plusieurs centimètres de substances putrilagineuses semblables à la pulpe splénique, que l'injection n'avait pu enlever. On a objecté que le curettage ouvrait une porte nouvelle à l'infection ; mais alors pourquoi ne pas faire cette critique à toutes les opérations de chirurgie ?

Quand le curettage a dépouillé l'utérus des parties malades, les fibres musculaires se contractent fermant les vaisseaux. Les injections utérines employées alors tuent les germes qui occupaient les parties profondes, et le tamponnement à la gaze iodoformée outre son action antiseptique maintient l'utérus en

état de contraction, ce qui a pour résultat d'empêcher la pénétration plus avant des bactéries.

(*Ibid*)

## Therapeutique et Matière Médicale

### Traitement des hématomes par les applications d'huile comestible

par M. le Dr J. CAMESCASCÉ

J'ai lu, un jour, dans un journal médical—je ne me rappelle plus lequel—que, pour faire disparaître les bosses sanguines et éviter les ecchymoses multicolores ultérieures, il suffit d'enduire la région d'huile d'olive. J'ai pu, en effet, me convaincre, dans nombre de cas, que toutes les contusions des parties molles ; que l'ecchymose soit diffuse ou collectée en un hématome, sont justiciables de l'onction simple avec une huile comestible quelconque. Cette onction supprime la douleur et provoque la rapide résorption du sang extravasé. Le procédé n'a d'inconvénient que si l'hématome est accompagné d'excoriations souillées, et encore, dans ce cas, il est efficace et bienfaisant, soit qu'on le fasse précéder d'un lavage antiseptique de la région (à l'eau oxygénée, par exemple), soit qu'on ne procède qu'ultérieurement à ce lavage.

Il est entendu qu'en cas de plaie profonde on s'occupera de la plaie et que le traitement de l'hématome sera relégué au second plan.

(*Bull. Méd.*)

### Emploi de l'argent à l'état soluble dans les maladies infectieuses

par M. le Dr M. NETTER

L'argent à l'état soluble fut introduit pour la première fois dans la thérapeutique depuis peu de temps. Créde avait fait de nombreux travaux sur le pouvoir antiseptique des sels d'argent, et il avait observé l'action coagulante et irritante de ceux-ci.

L'argent, à l'état colloïdal, est connu depuis 1889 ; sa préparation est assez facile. Il se présente sous l'aspect de petits grumeaux noirâtres, solubles dans l'eau dans la proportion d'1 pour 25. Il ne coagule pas l'albumine et peut être introduit dans l'organisme sans inconvénient.

Chez le cheval, les vétérinaires l'ont injecté à la dose de 1 gramme dans les veines sans accidents, chez le lapin à la dose de 1 décigramme.

Il ne s'accumule pas, s'élimine assez rapidement, car au bout de un mois il a disparu complètement.

Il jouit de propriétés bactéricides, mais assez faibles ; par contre il semble avoir une action empêchante pour le développement des microbes, et de plus il augmente la polynucléose.

Toutes ces recherches faites par Crédé furent publiées dès 1897.

Ce n'est que récemment qu'il fut employé chez l'homme.

Il peut être administré sous deux formes principales : sous forme de pommade à 15 pour 100 en frictions, prolongées pendant vingt minutes, ou sous forme d'injections intra-veineuse ou sous-cutanée.

Dans cette dernière forme, on se sert d'une solution à 1 pour 100, qu'on injecte à la dose de 2 à 5 centimètres cubes.

Des médecins étrangers, notamment Klotz, de Dresde, publièrent quelques observations sur son emploi. Dans des cas d'endocardite infectieuse grave, où la fièvre était élevée, où l'état général était mauvais, ils firent une ou deux injections du collargol et rapidement la température et la guérison survint.

M. Netter expérimenta alors le médicament dans les cas les plus variés. Chez un enfant de 7 ans atteint d'une péricardite avec phénomènes typhoïdes très marqués, il pratiqua une injection. A la suite, la température baissa, le pouls redevint normal, l'état général s'améliora d'une façon très rapide.

Dans un cas de pleurésie purulente avec pneumonie, une injection intra-veineuse de 2 à 3 centimètres cubes, fit baisser la fièvre en l'espace de deux jours ; l'épanchement se résorba, la guérison fut complète. Dans une méningite cérébro-spinale, où le liquide d'une ponction exploratrice était purulent, le collargol administré sous forme de friction avec la pommade amena une guérison définitive avec convalescence très rapide. Dans plusieurs autres cas, notamment dans une scarlatine maligne, dans une diphtérie grave à forme toxique, dans trois cas de fièvre typhoïde sérieuse, dans une broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë la même action fut observée. Dans tous, on vit un abaissement notable de la température avec amélioration sensible de l'état général.

(*Gaz. méd. belge.*)

#### Sublime corrosif dans le traitement de la coqueluche

M. C. Calabro a traité 56 cas de coqueluche en employant le sublimé. La méthode consiste à badigeonner la gorge des malades avec un mélange de la composition suivante :

Sublimé corrosif . . . . .	0.50
Chlorure de sodium (chim. pur) . . . . .	0.10

Eau distillée . . . . . 1.000. "

Toutes les parties accessibles du pharynx, l'épiglotte, les amygdales, etc., doivent être badigeonnées avec une brosse à long manche, que l'on imbibe de la solution. Ces badigeonnages sont répétés de une à trois fois par jour suivant la gravité du cas. L'auteur obtint des succès dans les 56 cas par lui traités ; 39 malades furent guéris après un seul badigeonnage quotidien, 17 malades, plus sérieusement atteints, reçurent deux ou trois badigeonnages par jour, mais furent simultanément traités avec les remèdes utilisés ordinairement en pareille circonstance. Chez tous la guérison survint au bout de périodes variant de 10 jours à un mois. Comme mesure prophylactique, ce procédé semble excellent à employer.

(*Med. moderne.*)

#### Traitement des maladies du vieillard

Le professeur Renvers rappelle que chez le vieillard malade il faut avant tout faciliter la circulation sanguine, et cela par le repos absolu, l'air chaud fréquemment renouvelé (température de la chambre 18° C. au moins). Un massage léger exercera une action excitante marquée sur la circulation ; un effet analogue sera obtenu par des frictions sèches, alors que les pratiques hydrothérapiques, trop fatigantes, seront en général évitées. On évitera les boissons chaudes abondantes, car elles augmentent le travail du cœur.

Les médicaments seront de préférence administrés par voie sous-cutanée (caféine, huile camphrée, éther, etc.). La digitale est en général mal supportée.

Les repas seront fréquents, peu abondants : peu d'aliments solides, les graisses et hydro-carbures seront donnés en proportion élevée. On veillera soigneusement au nettoyage de la cavité buccale (gargarismes au borax, avec addition d'un peu de glycérine.)

(*Revue de Thérap.*)

#### NAISSANCE :—

A Métaédia, comté de Bonaventure, le 9 courant, l'épouse du Dr J. A. Pinault, un fils.

A Sherbrooke, le 18 janvier 1903, l'épouse du Cr J. O. Ledoux, un fils.

#### MARIAGES :—

A Ste Marie de Beauce, le 11 courant, M. le Dr J. E. Dionne conduisait à l'autel Mme veuve J. F. Dagneau, née Marie Aglaée Bilodeau.

## Supplement Litteraire

### LE VOL D'UNE VESSIE

par M. le Dr J. Emile FORTIER.

(Suite)

Vite, cache ça dans ton paletot, lui dis-je en le rejoignant, "et sauvons-nous, s'il nous rejoint, nous pourrions le payer chaud." Et mon ami Boucher de cacher au plus vite le petit paquet sans regarder ce qu'il contenait.

Eh bien, Rolland, me dit-il, tu es habile, ce n'est pas pour dix piastres que j'aurais voulu que le Gros Marin aille se vanter partout qu'il m'avait joué. Nous allons prendre un coup pour mouiller ça ; ça va m'en faire une blague. . . . En deux minutes nous fûmes devant un hôtel. Il me prit par le bras et me fit entrer. Quand nous sortîmes mon compagnon avait déjà bu quatre verres de whisky, et il commençait à en ressentir les effets, il était d'une gaieté facile à concevoir.

Il faut encore prendre quelque chose, me dit-il, rendons nous chez Théo, l'hôtelier des étudiants, il a toujours quelque chose de bon à nous faire boire. Tu sais, Rolland, je commence à être chaud, tu feras attention à ce qu'on ne vole pas ma vessie.

Il y avait à peine une heure que nous étions chez Théo, que je dus sortir mon Boucher dans mes bras, il était ivre comme un Polonais. Je le conduisis à sa chambre et je le couchai, le laissant seul rêver toute la nuit à sa vessie de fille, qu'il se proposait de souffler le lendemain à son réveil.

Mais que de déceptions l'attendaient ! je me rendis aux cours le jour suivant à la même heure que d'habitude et je constatai que Boucher n'était pas encore arrivé. Je racontai ma farce aux étudiants qui se promirent bien de s'amuser avec cela quand Boucher arriverait. Le plaisir ne manqua pas et le pauvre diable pour rester en paix, dût sortir son argent et payer la traite à tous les étudiants.

Ce pauvre Boucher fut longtemps sans pouvoir me pardonner de lui avoir donné un bout de tripe au lieu de sa vessie de fille. Mais aujourd'hui il a tout oublié et depuis nous sommes les meilleurs amis du monde.

### UN QUADRILLE PEU BANAL

Montréal avait pourtant assisté à bien des scènes et vu beaucoup de choses ; les grands carnivals d'hi-

ver, les calvacades de la St-Jean-Baptiste ; les troupes de Barnum ; mais il n'avait jamais vu ce qui devait se passer dans la nuit du 25 au 26 octobre 1887, au coin des rues Dorchester et des Allemands—aujourd'hui Hôtel-de-Ville—en plein quartier latin canadien.

Vers onze heures du soir, le 25 octobre 1887, quelques étudiants de première année—ce sont les plus terribles—revenaient de la dissection, l'affreuse dissection où l'on se penche sur des cadavres froids—lorsqu'arrivés au coin des rues nommées plus haut, ils rencontrèrent trois Italiens, qui regagnaient leurs foyers, paisiblement, sans aucun scrupule d'avoir répandu des fausses notes, dans tous les coins de la ville. Ils marchaient en silence, la tête basse. Comme toujours, l'un portait une harpe, les deux autres : chacun un violon.

L'occasion fait le larron. A la vue de cet orchestre ambulante, les étudiants eurent une idée épatante.

—Eureka ! s'écria l'un.

—Je comprends, fit un autre.

—Moi aussi ! ajoute un troisième.

L'idée de chant et de danse venait de surgir dans leur esprit.

Après une journée d'études sérieuses ; après une veillée passée à fouiller des cadavres nauséabonds, il leur était bien permis de se divertir un tantinet.

A cet effet le plus entreprenant des étudiants aborde les artistes, et s'adressant au harpiste, qui paraissait le maître d'orchestre, demanda s'ils consentiraient à venir dans une chambre tout auprès, faire un peu de musique. Il appuya sa demande d'un geste qui fit résonner dans sa poche de pantalon, quelque chose qui rendait le son de plusieurs écus ensemble ; ce qui signifiait, moyennant finance.

Un sourire de consentement illumina les figures des trois Italiens.

La chambre des étudiants était tout au coin.

On y monta.

En un tour de main on fit de la place pour tout le monde. La table fut poussée dans un coin, le lit dans l'autre.

Les Italiens eurent vite fait d'accorder violons et harpe, et les étudiants entonnèrent des chansons en l'honneur de leur vingt ans ; de leur Mimi Pinson. Mais les chansons ne suffisaient pas pour exprimer l'allégresse que l'on ressentait. On propose la danse. Mais on s'aperçoit que la chambre était un peu petite, et qu'il y faisait chaud. On ouvre la fenêtre. Cela n'agrandit pas la chambre. Ce fut alors qu'un étudiant proposa de descendre dans la rue. Pourquoi pas ! C'était la nuit. Il n'y avait personne.

Les Italiens se firent tirer l'oreille. Cependant ils se rappelèrent qu'ils n'avaient pas encore été payés,



et ils accédèrent au plaisir des étudiants ; ils durent même s'asseoir sur le bord du trottoir.

Ce fut d'abord un quadrille, puis un cotillon, puis on revint au quadrille.

Tout le monde s'épongeait le front, et s'écriait :

—Dis donc, est-ce qu'on s'amuse ?

Et nous en avons pour jusqu'au matin !

—C'est mieux qu'à la dissection !

Mais, hélas ! ici-bas—même chez les étudiants de première année—tout plaisir a sa fin, toute joie est de courte durée. . . .

C'était l'heure où dans Montréal, la police vigilante, sortant des retraites sûres où elle a passé la soirée—heures de bagarres et de troubles—hasarde un pied au dehors pour contempler le calme des nuits montréalaises.

Attirés par le son des violons et de la harpe, deux hommes de police qui descendaient la rue des Allemands, se risquèrent dans la direction d'où provenait le bruit.

A la vue de ces perturbateurs de l'ordre public, d'une audace sans précédent, un cri d'indignation vint expirer sur leurs lèvres.

—Oh ! fit l'un quelle belle arrestation ! . . .

—Oui, mais si nous étions plus nombreux ; répondit l'autre.

—Assurément ce sont des étudiants.

—Il faut les mettre à l'ordre.

—Il faut faire un exemple au commencement de leur année universitaire.

—Alors, vite, allons chercher du renfort !

Au poste voisin ils coururent . . . .

Après avoir donné leur parole que ce n'était pas une bagarre et qu'il n'y avait aucun danger, ils ramenèrent avec eux un détachement d'une vingtaine d'hommes. Ce n'était pas trop : la prudence est la mère de la sûreté.

En un clin d'oeil, ils furent sur les lieux.

Pourtant les étudiants furent les plus malins. Les virent-ils venir ? les sentirent-ils dans l'air :—comme les sensitives sentent les insectes méchants—Toujours est-il que les danseurs résolurent de s'éclipser, en laissant les trois Italiens comme otages.

Force fut à l'orchestre européen d'aller terminer sa nuit et son concert dans les cellules du poste de la rue Ontario.

Mais les étudiants ont bon cœur ; le lendemain matin, ils envoyèrent un représentant à l'Hôtel-de-Ville, et lorsque le Recorder eut imposé, de sa voix grave et sonore—aux Italiens coupables, l'amende que comportait leur faute ; c'est-à-dire trois piastres ou huit jours, le représentant paya rubis sur l'ongle.

Harpiste et violonistes furent rendus à la société.

Ils sortirent en maugréant, jurant mais un peu tard, quo' ne les y reprendraient plus.

Quant aux étudiants, ils en ont vu bien d'autres depuis. . . . .

#### Le 25<sup>e</sup> Anniversaire de la Faculté de Lyon

La ville de Lyon a eu, il y a déjà quelque temps, la visite de M. Chaumié. Reçu et accompagné par M. le Dr Augagneur, maire de Lyon, le ministre s'était rendu le matin à l'hospice des Invalides du travail, puis avait inauguré le lycée de jeunes filles. A deux heures et demie, il se rendait à la Faculté de médecine dont on fêtait le 25<sup>e</sup> anniversaire,

M. Compayré, recteur, M. Augagneur, M. Lortet, doyen de la Faculté, M. Chaumié, ont prononcé des discours fort applaudis. M. Chauveau a remis à M. Lortet une plaquette artistique offerte à l'éminent doyen par les professeurs et élèves de la Faculté et par ses amis. M. Chauveau a rappelé en termes émus tous les souvenirs qui le maintiennent attaché à Lyon, rappelé la vie scientifique, les services que, pendant son long et glorieux décanat M. Lortet a rendus à la science, à la Faculté de médecine et à la ville de Lyon. M. Chaumié s'est rendu ensuite au siège de l'Association des étudiants.

Au cours de la cérémonie, M. Chaumié a remis les décorations suivantes : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Bouveret, agrégé libre ; Courmont, Maurice Pollosson, professeurs à la Faculté de médecine ; Sambuc, agrégé ; Vinay, agrégé libre. — *Officiers d'Académie* : MM. Aubert, ancien chirurgien de l'Antiquaille ; Bérard, agrégé ; J. Fabre, agrégé ; Mayet, préparateur à la Faculté ; Nové-Josserand, agrégé ; Tellier, chirurgien dentiste ; Pic, agrégé ; Causse, agrégé. — Nous sommes heureux de voir que parmi les nouveaux décorés, quatre appartiennent à la rédaction du *Lyon Medical* : MM. Aubert, Bouveret, Nové-Josserand, Vinay.

(Lyon méd.)

#### Microphobie

A la séance solennelle de la Société médicale de Fribourg, M. Weck a lu un travail humoristique sur un de ses clients dont la peur des microbes empoisonna la vie, et qui, à l'agonie, trouva encore la force de s'insurger contre le vicaire qui lui administrait les derniers sacrements. Le malheureux s'était servi, pour les onctions d'ouate non phéniquée ! . . .

# Travaux Originaux

## LE BRAS. (1)

par M. le Dr L. E. FORTIER.

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin de  
l'Hôtel-Dieu (Montréal).

(Suite)

### *Dissection du petit pectoral.*

Le petit pectoral a la même forme que le grand, mais il est bien moins considérable ; il s'étend du thorax à l'épaule. Il s'insère sur le troisième, quatrième et cinquième côte, à l'endroit où ces côtes cessent d'être cartilagineuses et va se fixer sur l'apophyse coracoïde de l'omoplate où il confond ses insertions avec celles de la courte portion du biceps et du coraco-brachial.

Ce muscle est situé en avant de l'aisselle et concourt avec le grand pectoral, à en former la paroi antérieure : il recouvre le paquet vasculo nerveux axillaire.

Son bord supérieur est séparé de la clavicule par un espace triangulaire, où l'on trouve la membrane costo-coracoïde que traverse l'artère acromio-thoracique, la veine céphalique et le nerf thoracique antérieur : ce nerf anime le petit pectoral, le transperce et vient se terminer dans le grand pectoral. Le long du bord inférieur, qui proémine sous le grand pectoral, chemine l'artère thoracique longue (mammaire externe).

L'on ne doit pas séparer le petit pectoral, avant d'avoir disséqué la membrane costo-coracoïde, le muscle sous clavier, et avoir bien compris ses rapports avec l'artère axillaire.

### *Dissection de l'aponévrose costo-coracoïde.*

L'espace triangulaire qui sépare le petit pectoral de la clavicule est fermé par la membrane costo-coracoïde. Cette membrane s'insère inférieurement sur le bord supérieur de la première côte ; en dehors sur l'apophyse coracoïde, en haut par deux feuillets, l'un sur le bord inférieur externe l'autre sur le bord inférieur interne de la clavicule : c'est entre ces deux feuillets que se trouve le muscle sous-clavier.

Au dessus du muscle sous-clavier, quatre tissus traversent cette membrane ; ce sont ;

- 1° le tronc artériel acromio-thoracique, qui se subdivise immédiatement en quatre branches.
- 2° le tronc veineux acromio thoracique ;
- 3° la veine céphalique ;
- 4° le nerf thoracique antérieur externe.

L'on ouvre maintenant cette membrane en coupant son feuillet antérieur le plus près possible de la clavicule et l'on arrive au muscle sous-clavier.

### *Dissection du muscle sous clavier.*

Le sous-clavier naît par un tendon arrondi de la face supérieure de la première côte, à l'union de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse. Ses fibres se dirigent obliquement en haut et en dehors et vont se fixer dans une dépression tout le long du tiers moyen de la partie inférieure de la clavicule, entre le feuillet antérieur et le feuillet postérieur de l'aponévrose costo-coracoïde.

### *Etude du creux axillaire.*

En renversant le grand pectoral, l'on se trouve à ouvrir le creux axillaire par sa paroi antérieure. Avant de pousser la dissection dans le bras, l'élève doit consacrer son attention à cette partie qui est importante au point de vue pathologique et opératoire.

Nous étudierons d'abord ses limites ; ensuite son contenu.

L'aisselle, creux situé entre la partie supérieure du bras et le thorax, a la forme d'une pyramide, dont le sommet penche vers le cou.

Le grand pectoral, en forme la paroi antérieure ; le grand dorsal, et le sous scapulaire, la paroi postérieure pour paroi interne, nous trouvons les premières côtes, les muscles intercostaux et le grand dentelé. — Il n'y a pas à proprement parler de paroi externe, car au bras, le creux se termine par un bord étroit, limité par l'humérus, le coraco-brachial et le biceps.

Les structures les plus importantes sont :

- 1° les vaisseaux axillaires.
- 2° le plexus brachial.
- 3° les ganglions lymphatiques.

### *Dissection de l'artère axillaire.*

L'artère axillaire est la continuation de la sous clavière ; elle s'étend de la clavicule au bord inférieure de l'insertion du grand pectoral, où elle devient artère humérale.

Elle sort du thorax, entre la clavicule et la première côte, au dessous du muscle sous clavier,

(1) Voir le No 29.

elle passe en arrière des muscles pectoraux puis sous la tête de l'humérus, et descend le long du bord externe du creux en avant de l'insertion du grand dorsal, en dedans du coraco-brachial.

Appliquée sur le thorax à sa partie supérieure et sur l'humérus à sa partie inférieure, elle ne décrit aucune flexuosité remarquable ; en sorte qu'elle éprouve quelquefois une distention qui peut aller jusqu'à la rupture, dans l'abduction forcée du bras, ou à la suite de tractions immodérées opérées pour réduction d'une luxation.

Pour la facilité de l'étude, nous divisons le trajet de cette artère en trois parties ;

la 1<sup>ère</sup> au-dessus du petit pectoral.

la 2<sup>e</sup> en arrière.

et la 3<sup>e</sup> en dessous.

Dans la première partie, elle repose sur la première côte et le premier espace intercostal : dans les cas d'accident, l'on peut la comprimer en cet endroit en abaissant fortement la clavicule.

A ce niveau prennent naissance :

1<sup>o</sup> l'artère thoracique supérieure.

2<sup>o</sup> le tronc acromio-thoracique. Souvent ces deux artères proviennent d'un tronc commun.

La thoracique supérieure ou courte thoracique se dirige en bas, entre le grand et le petit pectoral et se distribue à ces deux muscles.

Le tronc acromio thoracique se divise immédiatement en deux branches : une supérieure qui contourne l'apophyse coracoïde et se dirige vers l'acromion, une *transverse*, qui accompagne la veine céphalique et se loge dans l'intervalle compris entre le grand pectoral et le deltoïde.

Ce sont la thoracique supérieure et les branches du tronc acromio thoracique que l'on voit émerger de l'aponévrose costo-coracoïde, lorsque l'on dissèque cette membrane.

Dans sa deuxième portion, située en arrière du petit pectoral, l'artère axillaire donne l'artère thoracique inférieure que l'on désigne encore sous le nom de longue thoracique ou de mammaire externe. Oblique en bas, en dedans et en avant, elle chemine d'abord sur la partie latérale du thorax entre le grand pectoral et le grand dentelé, puis entre le grand dentelé et la peau et se termine aux environs du sixième espace intercostal, par anastomose avec les perforantes antérieures.

Chemin faisant, elle donne des branches au grand dentelé, ou intercostaux, au grand et au

petit pectoral ; elle envoie aussi des ramifications dans l'aisselle, aux glandes axillaires et au muscle sous scapulaire : ce sont ces derniers rameaux que les auteurs anglais nomment thoracique alaire (alar thoracic).

Il n'est pas rare de voir la thoracique inférieure remplacer le sous scapulaire et donner une partie de sa distribution.

De la troisième portion de l'artère axillaire, au-dessous du petit pectoral, parviennent les artères sous scapulaire, circonflexe antérieure et circonflexe postérieure : qui toutes trois se distribuent dans l'épaule et le bras.

La sous scapulaire aussi nommée scapulaire inférieure la plus considérable des branches de l'axillaire, naît au niveau de la partie inférieure de la tête de l'humérus, elle longe le bord inférieur du muscle sous scapulaire jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, où elle se termine en plusieurs branches qui se distribuent au grand dentelé, au grand dorsal et aux deux ronds.

A une distance d'environ un pouce et demi de son origine, la sous scapulaire donne naissance à la *dorsale de l'omoplate*, branche considérable qui passe entre le grand et le petit rond et va se distribuer à la face postérieure de l'omoplate.

Nous étudierons maintenant les deux artères circonflexes.

La *circonflexe antérieure* est très petite ; elle passe en avant de la tête de l'humérus, en arrière du coraco-brachial et de la courte portion du biceps, par la coulisse bicipitale, elle envoie une branche qui va nourrir l'articulation scapulo-humérale. Elle se termine dans la période de l'humérus et dans la synoviale de la coulisse bicipitale.

La *circonflexe postérieure* naît de la partie postérieure de l'axillaire, au même niveau quelquefois un peu plus haut, que le sous scapulaire. Accompagnée par le nerf axillaire elle contourne en arrière la tête de l'humérus et va se terminer dans la face profonde du deltoïde, où elle s'anastomose avec des branches de l'acromio-thoracique.

*De la veine axillaire.*

Il n'y a qu'une veine axillaire de chaque côté : elle est la continuation de la veine basilique—veine superficielle du bras,—que nous étudierons prochainement. Elle commence au bord inférieur du grand rond et accompagne l'artère jusqu'à la première côte où elle prend le nom de veine sous-clavière. Dans son trajet elle reçoit :

1° Au niveau du bord inférieur du muscle sous scapulaire les veines humérales, qui au nombre de deux accompagnent l'artère humérale.

2° Au-dessus du petit pectoral, la veine céphalique : veine superficielle du bras.

3° Les autres branches correspondent aux branches de l'artère axillaire.

(A suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Le signe de la pédieuse dans l'aortite abdominale

M. Tessier définit le signe de la pédieuse en disant qu'il consiste en une augmentation de la pression dans l'artère pédieuse, relativement à celle de l'artère radiale. Normalement la pression dans la pédieuse est inférieure de deux à quatre centimètres à ce qu'elle est dans la radiale.

Toutes les fois que la pression pédieuse est égale ou supérieure à la pression radiale, on se trouve en présence d'un phénomène pathologique. Ce signe serait précieux pour différencier l'aortite abdominale de l'aortite d'origine névropathique. Dans ce dernier cas, il y a hypotension de la pédieuse, et dans le cas de lésion organique, il y a au contraire hypertension par rapport à la radiale.

(L'Echo méd. de Lyon.)

#### L'injection de caféine comme auxiliaire de la saignée

(P. LE GENDRE.)

Dans un certain nombre de circonstances où la saignée constitue une médication vraiment héroïque (œdèmes aigus des poumons, stase veineuse pulmonaire d'origine cardiaque, urémie, éolampsie puerpérale, etc.), il arrive que le praticien, après avoir ouvert la veine, soit désappointé en constatant que le sang veineux ne s'écoule que très lentement, en bavant, ou même seulement goutte à goutte. Son désappointement est d'autant plus vif que, tort d'expériences antérieures personnelles — ou des affirmations de ses maîtres, s'il en est à son coup d'essai, — il a cru pouvoir faire espérer à l'entourage du malade un résultat excellent et même rapide.

La lenteur de l'écoulement du sang tient d'ordinaire, en pareil cas, à l'insuffisance des contractions cardiaques. Sans doute, les urémiques avec hypertension artérielle ont, après la saignée, un jet de sang d'ordi-

naire plein et copieux ; il n'en est pas de même chez les cardiaques asystoliques, ni chez les brightiques arrivés à la phase d'insuffisance cardiaque, ou chez ceux dont l'œdème pulmonaire est déjà assez considérable pour avoir provoqué la dilatation du cœur droit et une asystolie aiguë.

C'est dans des cas de ce genre que j'ai obtenu plusieurs fois une modification rapide d'une situation embarrassante au moyen d'une injection sous-cutanée de caféine faite aussitôt que j'avais constaté la lenteur et l'insuffisance de l'écoulement du sang. Aussi j'emploie maintenant ce moyen, même préventivement, quand j'ai quelque raison de craindre, d'après l'adynamie du sujet, que la saignée ne soit pas d'emblée effective, malgré l'ouverture large de la veine.

Si naturel et si simple que soit ce procédé, je ne l'ai pas vu signalé dans les traités de thérapeutique, et c'est par hasard que j'ai été amené à en connaître la valeur. J'avais été appelé d'urgence, en pleine nuit, près d'un malade aux trois quarts asphyxié par un coup d'œdème pulmonaire. C'était un morphinomane brightique, qui, sous l'insuffisance d'un coup de froid, s'était ainsi brusquement enlisé dans la spume bronchique ; quand j'arrivai près de lui, il était étendu en travers de son lit, insensible à toute excitation, n'ayant plus que des respirations rares et stertoreuses, la face pâle, inondée de sueurs froides, avec les lèvres cyanosées, les extrémités froides avec des ongles violets. Presque en même temps que moi arrivait un confrère et, après quelques mots échangés, nous sommes immédiatement d'accord sur la nécessité d'une saignée. J'ouvre la veine, mais le sang ne coule pas ; j'agrandis l'incision, il s'en écoule seulement quelques gouttes ; nous faisons des pressions énergiques de bas en haut sur les masses musculaires de l'avant-bras en imprimant à la main du patient des mouvements de flexion passifs, c'est à peine si un insignifiant filet de sang bave sur le pli du coude et s'arrête bientôt complètement. Le patient demeurait toujours inerte. Abandonnant alors le bras, nous pratiquons en désespoir de cause une injection de caféine, pour faire appel aux suprêmes ressources nerveuses du sujet ; et nous explorions anxieusement les faibles contractions cardiaques et les réactions pupillaires devenues bien paresseuses quand, au bout de cinq minutes environ, nous notons des systoles plus fortes, moins espacées, moins irrégulières et enfin nous voyons un vrai filet de sang ruisseler de la plaie et le malade revenir à la vie. J'ai, depuis lors, plusieurs fois fait l'injection de caféine dans les mêmes conditions et avec le même résultat.

(Journ. méd. de Paris.)

## GYNECOLOGIE

## Traitement des métrites

(DOLÉRIE)

En présence de l'ectropion inflammatoire rebelle (vulgairement *ulcération*), la tentation est grande d'user des caustiques à titre d'essai au début, à titre définitif quand il s'agit de fer rouge.

La chirurgie conservatrice doit s'armer de couteau et détruire les tissus malades par une section nette.

L'opération plastique qui enlève est le moyen conservateur par excellence. Par un singulier contraste, ici la prudence est dans l'action chirurgicale, et la conservation fonctionnelle totale est dans le sacrifice d'une partie, non dans les méthodes prétendues palliatives.

Je suis hautement partisan du traitement plastique des lésions du col, dès que le processus tend à la chronicité. Même dans les cas qui paraissent assez simples, l'expérience démontre que les moindres de ces lésions sont souvent incurables par tout autre traitement.

Le traitement doit avoir un triple objectif, correspondant aux trois termes de la pathologie du col utérin: *inflammation, traumatisme, déformation*.

I. *Traitement de l'inflammation*. — Au début, le traitement est simple; il doit être *extra et intra-cervical*.  
 1° *Traitement extra-cervical*. — Il consiste à assurer l'antisepsie du vagin par des injections chaudes de sublimé (1 p. 1,000 à 1 p. 4,000) et des applications de tampons iodoformés qui soulèvent le col et facilitent la circulation en retour.

En cas de sécrétions épaissies ou de gonflement extrême de la muqueuse, on recourt à la glycérine qui produit une action dialytique utile. Certains vagins s'excorient par la glycérine; il faut alors employer la vaseline iodoformée :

Vaseline.....	30 grammes.
Iodoforme.....	10 —
Camphre.....	2 —

ou, s'il y a des phénomènes douloureux, la préparation suivante :

Vaseline.....	30 grammes.
Salol.....	5 —
Chloral.....	5 —

2° *Traitement intra-cervical*. — Concomitamment, recourir à un traitement *intra-cervical*, consistant surtout dans la dilatation antiseptique de la cavité et dans les écouvillonnages légers.

Dans les cas de moyenne intensité, la dilatation répétée, suivie du tamponnement antiseptique, peut être utilisée.

Elle est le plus souvent insuffisante et il faut recourir au *hersage*, fait avec une sorte de scarificateur à lames

parallèles multiules et tranchantes de 2 à 4 millimètres au *curage tranchant* ou à l'application de certains topiques, tels que la créosote, le naphthol camphré, la glycérine iodée :

Iode.....	1 gramme.
Glycérine.....	2 grammes.

Lors de lésions plus profondes, il faut faire l'ablation de la muqueuse au bistouri, suivie de la thermocautérisation légère de la surface cruenta, ou la *stomatoplastie*, qui n'est, en quelque sorte, qu'une réduction de l'amputation à lambeaux.

La forme intestitielle scléro-kystique est justiciable de l'amputation.

La ponction et la cautérisation des kystes, qui amènent une détente passagère dans les symptômes, ne sont que des palliatifs de courte durée.

II. *Traitement des lésions traumatiques*. — Le procédé d'Emmet conviendra au cas où la cervicite, étant à son début, est susceptible de céder à de petits moyens.

Mais dès que l'endométrite est profonde, accompagnée de kystes, il faut recourir à l'amputation de Schröder, en combinant avec l'opération de large avivement et les sutures latérales d'Emmet.

III. *Traitement des déformations*. — 1° Contre la flexion, pratiquer des séries répétées de dilatation;  
 2° Contre la conicité, recourir à la stomatoplastie ou à la section bilatérale;  
 3° Contre l'allongement hypertrophique, pratiquer l'amputation.

Une cause d'échec du *curage* est l'existence d'une déviation de la matrice: ici l'élément métrite passe au second plan.

L'emploi de la dilatation et de la curette, en matière de déviation, n'est pas négligeable, mais il n'est point curatif. Les succès de cet ordre ne doivent pas figurer au passif du curetage.

Il en est de même pour les lésions des annexes; salpingites, ovarites, pelvi-péritonites, caractérisées par des processus nettement hyperplastiques. Le *curage* n'a d'effet immédiat certain que sur la muqueuse. ¶

L'avenir de la gynécologie est dans l'objectif physiologique. Or, le cautère actuel, les caustiques violents à demeure sont destructeurs de la vie physiologique de l'utérus. Il faut donc rejeter la cautérisation intra-utérine.

*Métrite du corps de l'utérus*. — La dilatation est parfois négligeable.

*Métrite puerpérale*. — Curetage, écouvillonnage avec un tampon de ouate hydrophile, trempé dans

Créosote.....	30 grammes.
Glycérine.....	30 —

(Jour. de méd. de Paris)

### Traitement de l'endométrite blennorrhagique, par les injections intra-utérines picriques

par M. SIREDEY.

Les heureux résultats obtenus par M. H. de Brun avec l'acide picrique dans le traitement de l'urétrite blennorrhagique de l'homme, ont suggéré à M. Siredey l'idée d'appliquer l'acide picrique en injection intra-utérines dans le traitement des endométrites blennorrhagiques.

L'instrument dont se sert M. Siredey pour faire ces injections, est la seringue de Braun, de 4 centimètres de capacité. La canule adaptée à cette seringue, a les diamètres et la courbure d'un hystéromètre ordinaire.

L'acide picrique en paillettes est employé en solution saturée (à 12 pour 1,000 environ) préparée à chaud. On sépare l'excès d'acide par décantation. On obtient ainsi une solution jaune doré que l'on peut laisser refroidir dans un vase obturé d'ouate ; la solution reste de la sorte parfaitement aseptique.

Le manuel opératoire est le suivant : la malade est placée dans la position habituelle de l'examen au spéculum, et on lui fait au préalable une injection vaginale prolongée avec de l'eau stérilisée. Puis on place le spéculum et on procède au nettoyage minutieux de la cavité cervicale à l'aide d'un écouvillon d'ouate iodoformé.

Ces préliminaires étant terminés, on charge la seringue de la solution picriquée, on adapte la canule, et, après l'avoir amorcée, on introduit cette dernière très doucement dans la cavité du col. On sent qu'on traverse l'orifice interne à un léger ressaut qu'on perçoit (certaines malades accusent d'ailleurs à ce moment une légère douleur), et on continue à pousser la canule jusqu'à ce qu'elle touche le fond de l'utérus. On la retire alors de quelques millimètres et, en appuyant légèrement sur le piston, on injecte dans la cavité utérine le moitié de la contenance de la seringue, soit 2 centimètres cubes de liquide. Ceci fait, la canule est retirée de la cavité utérine et on pratique un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée en recommandant à la malade de l'enlever le lendemain. L'opération est en somme très simple, facile à exécuter et très peu ou point douloureuse ; aussi les femmes s'y prêtent-elles volontiers.

Les injections intra-utérines sont pratiquées par M. Siredey, deux fois par semaines, et même seulement une fois par semaine chez certaines malades qui ne peuvent venir plus souvent à la consultation. Mais cet auteur déclare qu'il y aurait certainement avantage à les rapprocher, lorsque les circonstances ne s'y opposeront pas. Comme complément du traitement, il recommande aux malades de faire chaque jour une injection vaginale de quatre à cinq litres d'une solution permanganatée à 0 gr. 50 pour 1,000, chaude.

Le nombre des observations de M. Siredey n'est peut être pas encore assez grand pour tirer des conclu-

sions formelles sur la valeur du traitement qu'il préconise. Néanmoins, ces observations sont déjà suffisantes pour lui permettre d'affirmer la réalité des faits suivants :

L'injection intra-utérine d'acide picrique a une action analgésiante manifeste : dans tous les cas, on a noté la disparition rapide de la douleur et de la sensation de pesanteur dans le bas ventre.

Elle a une action modificatrice sur l'état inflammatoire de la muqueuse utérine : les sécrétions purulentes ont toujours perdu rapidement leur aspect opaque pour devenir franchement muqueuses ;

Les gonocoques disparaissent des sécrétions, et cela d'autant plus vite que les injections sont pratiquées plus près du début de l'affection

Ajoutons enfin que les injections ne sont nullement caustiques, et que jamais on n'a observé le moindre signe de sténose des orifices internes ou externe de la matrice.

(*La Presse méd. — Courrier méd.*)

## OBSTETRIQUE

### De l'injection préventive de serum antidiphthérique chez les femmes enceintes

Le Dr Roussel, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, estime que, dans une famille, si un enfant est atteint de diphthérie, il est nécessaire de faire une injection préventive de sérum antidiphthérique à toutes les personnes de la famille, à tous les domestiques de la maison, sans aucune considération d'âge. Les femmes enceintes ne seront pas exceptées.

Cette opinion est basée sur les trois observations suivantes : 1° femme enceinte de quatre mois, ne voulant pas quitter son enfant âgé de quatre ans atteint de diphthérie. Pas d'albumine dans les urines. Injection de 5 cc. de serum de l'Institut Pasteur. Accouchement à terme.

2° Femme grosse de trois mois. Enfant suspect de diphthérie. Injection de 5 cc. Là encore aucun inconvénient immédiat. Accouchement normal à terme.

3° Femme enceinte de huit mois, dont l'enfant âgé de quatorze mois est atteint d'angine diphthérique. Injection préventive de 5 cc. Accouchement à terme d'un enfant bien constitué.

En résumé, dans les trois cas, les injections préventives ont été remarquables par la simplicité des suites ; ni les mères, ni les enfants qu'elles portaient, n'en ont souffert.

L'injection a toujours été pratiquée à la face externe de la cuisse et non dans le flanc.

(*Loire méd. — Gaz. méd. belge*)

**Traitement de la phlegmatia alba dolens puerperale**

Il faudra, chez toute femme ayant présenté des élévations thermiques dans les premiers jours de couches, exiger le séjour au lit pendant quatre semaines au moins.

**Traitement immédiat.** — Dès les premiers symptômes de phlegmatia, exigez que la malade reste dans le *décubitus dorsal*. Elle sera soulevée par tous les soins de toilette nécessaires, pour le passage du bassin, pour l'arrangement des oreillers, etc...

Si vous voulez que vos prescriptions à ce sujet soient rigoureusement suivies, ne manquez pas de prévenir la famille de leur importance et des terribles dangers de l'embolie pulmonaire que peut provoquer un mouvement. Pour l'accouchée, soyez plus réservé ; qu'elle sache qu'un mouvement intempestif peut lui faire courir des dangers graves ; mais mieux vaut lui laisser ignorer les accidents mortels auxquels elle est exposée.

De plus, immobilisez le membre en extension. Rappelez-vous que l'extension est indispensable. L'hydarthrose du genou accompagne souvent la phlegmatia, d'où tendance à la flexion légère du membre et parfois rétraction musculaire consécutive fixant le membre en extension met à l'abri de cette complication. Vous pourrez, en outre, aider à la résolution de l'inflammation, diminuer la douleur, et favoriser la circulation veineuse, par l'application locale d'une solution saturée de *chlorhydrate d'ammoniaque* (Pinard) et par l'*élévation du membre*.

**Technique de l'immobilisation.** — a) Vous disposez d'une gouttière. — Prenez une gouttière en fil de fer, de longueur suffisante pour la jambe et la cuisse. Garnissez-la d'une bonne couche d'ouate dont vous augmenterez l'épaisseur au niveau du talon. Au dessus de la ouate, étendez un large taffetas ciré dépassant, de chaque côté et largement, les bords de la gouttière. Sur l'imperméable, disposez un certain nombre de compresses fines, s'imbriquant comme celles de l'appareil de Scultet et assez longues pour envelopper le membre.

Le membre est alors soulevé doucement et la gouttière glissée au-dessous, jusqu'à ce que son bord supérieur arrive à la racine de la cuisse. Le membre est alors déposé doucement dans la gouttière.

Imbibez alors les compresses avec la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque et enveloppez-en le membre en commençant par le pied, puis rabbattez les bords du large imperméable, afin de recouvrir le tout. Ayez soin, ensuite, d'imbiber les compresses deux ou trois fois par jour.

Au bout de quatre à cinq jours, la solution de chlorhydrate d'ammoniaque détermine une éruption vésiculeuse miliaire. Il faut alors en cesser l'application, garnir la gouttière d'un linge sec et fin et y repla-

cer le membre après l'avoir abondamment poudrée avec de l'amidon ou, de préférence, avec du talc.

b) Vous n'avez pas à votre disposition de gouttière métallique. — Si, chose fréquente dans les milieux pauvres, vous manquez d'une gouttière, vous pouvez la remplacer par un sac de balle d'avoine ayant la longueur du membre. On peut disposer sur lui un imperméable et des compresses languettes comme on le fait avec une gouttière et y fixer le membre avec quelques bouts de bande passés au-dessous du sac et dont les chefs sont fixés en avant du membre, au niveau du cou-de-pied de la jambe et de la cuisse.

e) Que vous ayez employé la gouttière ou que vous ayez eu recours au sac de balle d'avoine, mettez, sous le pied, un fort coussin, de façon à mettre le membre en position inclinée, le pied haut.

**Sommeil.** — Si les douleurs sont trop vives, usez, pendant les premiers jours, du *chloral* ou des préparations opiacées pour procurer du sommeil à la malade.

**Traitement éloigné.** — Un mois après la dernière élévation de température, jamais plus tôt, la malade sera autorisée à s'asseoir dans son lit et à faire quelques mouvements. L'œdème qui persiste souvent sera combattu par le port d'un bas élastique.

(*Echo Médical du Nord.*)

## DERMATOLOGIE

### De l'emploi de la pensée contre l'acné rebelle

(BEHRMANN).

La pensée est employée soit en infusion soit en décoction avec de l'eau ou du lait (1 p. 10). L'efficacité de la plante serait très compréhensible. L'acide salicylique qu'elle contient, surtout lorsque infusions ou décoctions sont prises très chaudes, agit en poussant aux sueurs et en facilitant aussi l'élimination de la graisse dont la stase, la rétention constituent l'essence même de l'affection. L'acide salicylique agit aussi comme kératolytique. Si l'on tient l'acné pour l'expression de la conséquence d'une intoxication, la tartrate de magnésie contenu dans la pensée agit comme agent évacuant et entraîne les toxines hors de l'intestin, tandis que l'acide salicylique exerce son action antizymotique. On voit, sous l'influence de la pensée, les efflorescences proéminer et se préciser. Si pendant la nuit on applique sur elles un emplâtre phéniqué ou salicylé mercurielle, dont au matin les restes sont enlevés avec de la benzine et de l'ouate, on voit les grosses pustules s'ouvrir, les petites se résorber. Le jour, il s'agit de personnes allant à leurs affaires ; poudrer les pustules ouvertes, soit d'acide borique, soit d'une poudre indifférente, chez les personnes à même de recouvrir les zones atteintes, appliquer des onguents à

l'oxyde de zinc ou à l'oxyde de zinc et ichthyol. De cette façon, l'affection peut être traitée sans interruption des affaires et sans usage du bistouri.

(Wiener mediz. Presse — Derm. Centr.)

## PEDIATRIE

### De l'allaitement pendant les maladies infectieuses de la mère

(BUDIN et TRÉGOUET)

Dans tous les cas où la santé de la mère est fortement ébranlée, il faut sans hésitation cesser l'allaitement maternel et confier l'enfant à une nourrice mercenaire, ou lui donner, au moins momentanément, du lait stérilisé.

Mais on peut espérer le retour de la sécrétion lactée.

Voici la liste des maladies énumérées par M. Trégouet dans une thèse inspirée par M. Budin.

La lymphangite du sein ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement, même du côté malade.

La galactophorite, les abcès du sein, sont au contraire des obstacles à l'allaitement du côté malade, à cause du mélange presque constant du pus avec le lait. On pourra continuer à donner le sein du côté opposé, mais il est nécessaire d'isoler complètement par un pansement oclusif la mamelle, afin que l'enfant ne puisse se trouver en contact avec le pus.

Pour l'infection puerpérale, la question peut être considérée comme résolue : oui, la mère peut continuer à nourrir.

Dans la forme septicémique, cependant, il n'y aura même pas lieu d'y songer, la mère ne pouvant pas faire les frais d'un allaitement qui d'ailleurs ne présenterait que des inconvénients pour l'enfant.

Pour ce qui est des affections aiguës qui peuvent trapper la nourrice et qui ne sont pas spéciales à la puerpéralité, la question est plus délicate à résoudre.

D'une manière générale, on peut dire que certaines fièvres éruptives ne constituent pas toujours une contre-indication à l'allaitement maternel.

Aussi la rougeole et la scarlatine — au moins dans leurs formes bénignes — ne sont-elles pas une contre-indication à la mise de l'enfant au sein de sa mère.

Pour la variole, la question est plus complexe.

Ce n'est pas tant l'injection variolique qui est à redouter que la possibilité pour l'enfant d'avalier avec le lait le contenu de pustules trop voisines du mamelon, ce qui pourrait entraîner pour lui des troubles digestifs parfois très graves. Aussi devra-t-on priver le nourrisson du sein de sa mère — au moins à la période d'état.

Pour l'érysipèle, qui a été assimilé par quelques auteurs aux fièvres éruptives, il sera préférable de séparer l'enfant de la mère.

Dans les formes graves de la fièvre typhoïde, on ne saurait demander à la malade de faire à la fois les frais de son affection et de son allaitement. De plus, la possibilité de la transmission à l'enfant de l'infection par le lait vient encore contre-indiquer l'allaitement au sein. Pourtant il est quelque cas où l'allaitement n'a eu aucun inconvénient.

Il est des affections pour lesquelles on peut, en usant de précautions, continuer à mettre l'enfant au sein de sa mère. Ce sont certaines infections locales telles que les angines, les amygdalites, et même certaines maladies générales, comme la grippe.

La pneumonie franche aiguë pourrait à la rigueur ne pas constituer une contre-indication. On a cité des observations dans lesquelles l'allaitement s'était fait sans inconvénients pour la mère ni pour l'enfant.

Le rhumatisme ne constitue pas à proprement parler par lui-même une contre-indication à l'allaitement au sein. Mais ici encore il faut tenir compte de l'état de la nourrice et de la gravité de l'affection.

L'ictère catarrhal et l'ictère par rétention ne contre-indiquent pas toujours l'allaitement au sein par la mère. Il peut arriver que l'enfant ressente quelques troubles digestifs : mais le plus souvent ces troubles seront passagers.

Pour ce qui est enfin de la tuberculose, la décision à prendre se basera surtout sur l'état de la mère, mais d'une façon générale on devra surtout éviter l'allaitement.

En somme, il est bien démontré que dans certains cas considérés autrefois comme incompatibles avec l'allaitement maternel, des mesures hygiéniques suffiront à préserver l'enfant de la contagion. Grâce à elles, celui-ci pourra dans nombre de circonstances prendre au sein de sa mère le lait nécessaire à son développement et échapper ainsi aux dangers de l'allaitement artificiel.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

## SYPHILIGRAPHIE

### Nouvelles recherches sur l'étiologie de la syphilis

par le Dr VON NIESSEN.

Tel est le titre d'une communication faite par l'auteur, au dernier Congrès des médecins et des naturalistes allemands. Si, à l'heure actuelle, personne ne conteste plus la nature infectieuse de la syphilis, l'accord est loin d'être fait en ce qui concerne ses formes tardives dont quelques syphiligraphes voient la cause dans des toxines.

M. Von Niessen s'élève contre cette opinion, car, selon lui, aucune toxine ne peut, en tant que corps chimique, rester indéfiniment dans l'organisme sans subir les lois des échanges organiques.



Les causes qui ont jusqu'à présent empêché d'isoler l'agent de contagion syphilitique seraient, d'après l'auteur allemand au nombre de trois :

1° Au lieu de chercher l'agent infectieux parmi les microphytes, on aurait dû le chercher parmi les protozoaires, comme l'ont déjà conseillé Koch et Döhle ;

2° Dans le choix des milieux nutritifs, on ne prenait pas en considération le milieu idéal et en même temps le plus simple : le sérum sanguin de l'homme ;

3° Jusqu'à présent, les sujets à inoculer ne convenaient pas au but qu'on se proposait et l'on ne cherchait pas l'agent infectieux dans le sang.

Après une série d'expériences, l'auteur aurait réussi à cultiver l'agent de contagion syphilitique. Son procédé consiste à mélanger dans un tube à essai, du sang provenant d'une récente saignée avec de la gélatine dans la proportion de 1, 2, ou 3. Les tubes étaient conservés à la température ambiante. La culture se présentait sous forme de cocci étoilés très petits, mais nettement visibles au microscope. Le transport sur la gélatine fraîche a donné un dépôt grisâtre qui, dans la suite, devenait jaune. Au cours de leur développement ultérieur, les bacilles s'entouraient d'une épaisse membrane gommeuse.

Outre le sérum de sang humain, ils poussaient sur de la gélatine et dans du bouillon, mais ne se développaient pas sur de l'agar.

Comme procédé de coloration, Von Niessen employait la fuchsine phéniquée et le réactif de Nicolle.

L'auteur relate ensuite ses résultats de vaccination avec des cultures pures à des porcs et à des singes. Chez tous les animaux, il a pu constater des éruptions cutanées, des adénites, des plaques muqueuses et des altérations du sang. La période d'incubation jusqu'à l'apparition des éruptions était de trois à six semaines.

Chez les porcs, les manifestations syphilitiques se traduisaient par une éruption papulo-pustuleuse. L'examen des organes et des queues coupées pendant la vie, a montré une endartérite typique. L'auteur considère comme tranchée dans un sens positif, la question de l'inoculation de la syphilis aux animaux.

(*Monatschr. für Prakt. Dermat. — J. de méd. de Bord.*)

#### Le bain de vapeur pour faciliter le diagnostic des syphilis latentes

(SOLOVIEV)

On sait depuis longtemps que la congestion cutanée, provoquée par l'action d'une température élevée, est susceptible de rendre apparentes des syphilides imperceptibles dans les conditions ordinaires. Ce moyen, qui n'est pas d'un usage courant, a maintes fois rendu service à un médecin militaire russe, M. Soloviev (*Voyéno méd. journ.*) alors qu'il s'agissait de démasquer la vérole

dans les cas douteux. A cet effet, notre confrère utilise le bain de vapeur si populaire en Russie. Récemment encore, M. Soloviev a observé trois cas qui font bien ressortir la valeur diagnostique de ce moyen. Ils concernent des soldats ayant contracté, de la même femme, un chancre avec toutes les apparences de la chancrelle, et qui avait été diagnostiqué comme telle. Ces ulcérations, rebelles à tous les moyens employés habituellement contre le chancre mou, remontaient à deux mois environ. Après un bain de vapeur, on put constater, sur la peau des trois malades en question, une roséole des plus nettes qui permit de reconnaître aussitôt la syphilis.

(*Bull. méd.*);

## MALADIES NERVEUSES

### La remissions spontanées de la paralysie générale tabétique

M. PIERRET rappelle qu'il a beaucoup été question récemment dans certains milieux du traitement de la paralysie générale et du tabes par le traitement spécifique intensif. Or il ne s'agit pas là d'une nouveauté. Il y a longtemps que Charcot avait employé ce traitement. Les quelques résultats favorables qui ont pu être obtenus ne démontrent pas qu'on puisse guérir la paralysie générale par un traitement suffisamment énergique.

Il n'y a pas une paralysie générale, mais des paralysies générales. Les formes en sont si variées qu'on a été obligé d'inventer les pseudo-paralysies générales. Or, comme l'a dit M. Pierret, il n'y a que de pseudo-diagnostic. En réalité, il y a plusieurs espèces de paralysie générale. 1° *Le tabes moleur*, forme presque purement motrice, caractérisée par l'atrophie avec dégénérescence des cellules de toute la région motrice des centres nerveux et la sclérose des faisceaux pyramidaux, forme qui résiste au traitement spécifique le plus énergique.

2° *La paralysie générale diffuse* vulgaire, due à une inflammation diffusée des centres nerveux se traduisant par des symptômes un peu irréguliers et réfractaire aussi au traitement.

3° *Les paralysies générales toxiques*, et en particulier la *paralysie générale alcoolique* à marche régressive, à récurrences provoquées par le retour de l'intoxication et pouvant aboutir à une paralysie générale incurable.

4° *Les paralysies générales infectieuses* : syphilis, grippe, etc.

Or, lorsqu'on publie des observations de paralysie générale guérie, on oublie généralement d'indiquer la cause de la maladie. On ne trouve pas toujours la syphilis dans les antécédents, mais des infections, des intoxications, du surmenage.

En ce qui concerne le tabes, la même idée a été émise au sujet du traitement. Le tabes serait toujours une maladie syphilitique ou parasymphilitique. M. Pierret a toujours combattu cette théorie, notamment dans son rapport au Congrès international de Moscou. Il admet qu'il y a aussi plusieurs variétés étiologiques du tabes. On sait, d'autre part, que le tabes s'arrête quelquefois tout seul, et quelquefois repart à la suite d'une crise de douleurs fulgurantes. Si l'on recherche les causes qui ont pu provoquer cette nouvelle poussée on trouve un refroidissement, de la constipation, des excès, c'est-à-dire des influences non spécifiques. En pareil cas le traitement antisymphilitique fait du mal, parce que le mercure détermine des névrites.

La paralysie générale tabétique participe à l'évolution générale du tabes. Elle a aussi des rémissions. L'ataxie locomotrice est une maladie du système sensitif. Ces troubles sensitifs et sensoriels deviennent souvent l'occasion de délires à caractère psycho sensoriel qui nécessitent l'internement dans les asiles. On voit nombre de tabétiques entrer à Bron avec tous les signes de la démence paralytique confirmée. On fait un pronostic très mauvais. Et cependant la plupart de ces malades peuvent guérir, et ceci sans aucun traitement spécifique.

Il faudrait donc, lorsqu'on parle de guérison de la paralysie générale à la suite d'un traitement ioduré et mercuriel très intensif, dire à quel genre de paralysie générale on avait affaire dans les cas particuliers. Il ne faut pas mettre sur le compte du traitement ce qui ne lui appartient pas, car la paralysie générale et le tabes peuvent tous les deux guérir spontanément.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Traitement du muguet

ESCHERICH obtient chez les enfants atteints du muguet des résultats thérapeutiques qui ne laissent rien à désirer, en donnant aux petits malades un suçon chargé d'acide borique en poudre. On prend un petit tampon de coton aseptique, on l'imprègne d'acide borique finement pulvérisé et additionné d'une petite quantité de saccharine, en utilisant chaque fois 0 gr. 20 environ d'acide borique en poudre, puis on renferme dans un petit sac de soie ou de baptiste soigneusement stérilisé, et on l'introduit dans la bouche de l'enfant, qui d'ordinaire le garde volontiers en le suçant dans les intervalles des tétées et parfois même pendant le sommeil. Sous l'influence des mouvements de succion, l'acide borique se dissout lentement dans la salive et peut de la sorte agir d'une façon directe et continue par l'oidium albi-

cans. Le lendemain, on donne à l'enfant un nouveau suçon identique au premier.

Dans les cas récents, lorsque le muguet n'est pas encore très étendu, l'enduit mycosique s'efface partout au bout de vingt-quatre heures; sauf dans les rainures gingivo-buccales, d'où il disparaît dans le courant du jour suivant. Dans les cas invétérés, la guérison ne se produit qu'avec un temps un peu plus long. On peut l'accélérer en associant à l'usage du suçon boriqué des nettoyages mécaniques et des badigeonnages médicamenteux de la cavité buccale; mais l'affection guérit très bien, même en l'absence de ces moyens adjuvants. Le traitement n'échoue que s'il s'agit d'enfants moribonds qui n'ont plus la force de sucer et chez lesquels il n'existe pour ainsi dire plus de sécrétion salivaire.

(Médecine moderne.)

### De la Strypticine comme antiphlogistique local

(KAUFMANN).

L'auteur emploie la strypticine en pommade, en solution ou sous forme de tiges. Pour les pommades, il se sert toujours de lanoline pure comme vésicule, à laquelle le médicament actif est incorporé dans la proportion constante de 50/9. La formule des tiges est: strypticine 0,05, gélatine blanche 1,5. C'est dans le traitement des furoncles que l'auteur a obtenu les meilleurs résultats, furoncles isolés ou multiples. De petits furoncles rétrocedent en cinq jours par l'application des pommades à 5 p. 0/0. Dans le cas de furoncles volumineux, il est surtout nécessaire d'enlever le bourbillon et d'exprimer souvent le pus; mais la strypticine paraît rendre le pus plus fluide, plus facilement exprimable. Le bourbillon peut être facilement enlevé avec le bistouri à fine pointe ou avec une curette tranchante. Jamais il ne fut nécessaire d'inciser, même dans le cas de furoncles s'accompagnant de fièvre vive, et ayant amené une zone rouge, inflammatoire, plus longue qu'une paume de main, etc. De ses expériences multiples, l'auteur conclut que la strypticine, appliquée en pommade à 5 p. 100, manifeste contre les inflammations aiguës de la peau, des propriétés antiphlogistiques remarquables, tandis qu'elle reste inefficace dans les cas où la peau est déjà le siège de modifications anatomiques, c'est-à-dire dans les cas chroniques.

(Monatshefte f. prakt. — Ann. de therap.)

### Traitement de la lithiase renale par les médicaments

(A. ROBIN)

Le meilleur médicament est la pipérazine, qui se combine avec l'acide urique, en formant des urates solubles.

Les auteurs recommandent les doses de 1 à 4 grammes, jamais moins de 3 grammes en moyenne, et cela pendant un temps assez long.

Je considère que c'est une mauvaise pratique. Je donne des doses faibles de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 *pro die*, par plus de trois ou quatre jours. Sous l'influence de cette méthode, vous pouvez constater vers le troisième ou le quatrième jour une décharge d'acide urique dans l'urine.

Elle ne se reproduit pas les jours qui suivent ; mais, si vous cessez le traitement durant cinq à six jours et que vous le repreniez ensuite, vous constaterez de nouveau une décharge d'acide urique. Vous n'observerez jamais cette augmentation de l'élimination avec un traitement continu.

Je formule ainsi :

Pipérazine..... 3 grammes.  
Eau distillée..... 300 grammes.

Une cuillerée à soupe de cette solution représente 0 gr. 15 du sel ; le malade en prendra deux cuillerées, une après le déjeuner, une après le dîner, pendant les trois premiers jours de la semaine.

Les trois derniers jours, je prescris la *lithine*, sous forme de *carbonate de lithine*, à la dose de 25 centigrammes, dissous dans un peu d'eau, avant chaque repas. Ce traitement doit être continué des semaines et des mois.

Comme médicaments succédanés, j'emploie le *sidonal* qui est un *quinat* de *pipérazine*, et qui a été introduit dans la thérapeutique, il y a trois ans. L'acide quinique de ce sel se combine avec le glyco-colle pour former de l'acide hippurine, qui s'élimine par l'urine ; il reste de la pipérazine à l'état naissant, qui sature une plus grande quantité d'acide urique (on sait que tout corps à l'état naissant a une action beaucoup plus énergique.)

De même que pour la pipérazine, j'emploie des doses faibles et longtemps prolongées, de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 par jour :

Sidonal..... 3 grammes.  
Eau distillée..... 300 grammes.

Deux cuillerées à soupe par jour, au moment des repas.

On trouve encore dans le commerce d'autres médicaments.

J'ai obtenu de bons résultats avec la *globularine* et la *globurétine* : je les réunit dans la formule suivante :

Globularine..... 0 gr. 05  
Globularétique ..... 0 gr. 07  
Alcool à 90°..... 25 gr.

Prendre V à X gouttes avant les repas dans un peu d'eau.

Vous pouvez donner pendant les premiers jours de semaine, le *sidonal* ou la *pipérazine* ; et pendant la

fin de la semaine, le *carbonate de lithine* en même temps que la *globularine*. Au même titre on pourrait aussi administrer la *quinat* de *lithine*, qui réunit les propriétés de l'acide quinique (formation d'hippurates solubles) aux propriétés dissolvantes de la lithine.

Il existe encore d'autres médicaments, la *formine* ou l'*urotropine* qui produit de très bons effets dans la diathèse urique, et que l'on peut avec avantage combiner à l'acide quinique, ce qui produit un corps analogue au *sidonal* qui, je viens de le dire, est un *quinat* de pipérazine, et le *lycétol*, à la dose de 0 gr. 50 *pro die*, deux fois par jour de préférence avant les repas.

J'associe à ces remèdes la *strychnine* à faibles doses. J'emploie volontiers la formule suivante :

Teinture de fèves de Saint Ignace.. 6 gr.  
— de badiane..... 6 gr.

A prendre VI gouttes à la fin du repas, tous les jours, pendant les deux périodes de traitement précédentes.

Enfin recommandez à vos malades de ne pas restreindre la quantité des boissons, surtout pendant les chaleurs de l'été, et de boire abondamment aux repas.

(J. méd. de Paris)

#### Traitement médical de la péritonite tuberculeuse

M. Comby, dans le dernier numéro des *Archives de médecine des enfants*, étudie le traitement médical de la péritonite tuberculeuse. Il montre que nombre de cas de cette affection guérissent sans intervention chirurgicale.

Comment faut-il conduire ce traitement médical de la péritonite tuberculeuse ?

En premier lieu, le repos absolu au lit est indispensable : l'enfant doit rester couché pendant plusieurs semaines, plusieurs mois si cela est nécessaire. Ce repos horizontal favorisera la résorption de l'épanchement, évitera les pertes de forces, épargnera les dépenses organiques.

Le repos n'exclut pas la cure d'air et le soleil. Les fenêtres de la pièce habitée par le malade devront être toujours ouvertes. On mettra l'enfant de préférence dans les pièces exposées au sud. Dans la belle saison, l'enfant pourra faire sa cure d'air dehors, sur un lit portatif ou sur une voiture spéciale. Toutes les fois qu'il sera possible, il sera envoyé au bord de la mer ou simplement à la campagne.

En même temps, on alimentera le malade aussi bien que le permettra son appétit. On donnera le lait, les œufs, les purées de légumes, la viande, la viande crue ou le suc de viande crue.

L'hygiène seul peut faire tous les frais de la thérapeutique médicale. Cependant, on pourra employer, sui-

vant les indications et les tolérances, l'huile de foie de morue pure ou créosotée, le glycérophosphate de chaux, la lécithine, les lavements d'huile créosotée, les badigeonnages iodés de l'abdomen, le collodion, la compression du ventre, les frictions au savon noir, etc...

Tout cela n'est qu'accessoire. Ce qui prime tout, c'est de mettre l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques, c'est de ne pas contrarier la régression naturelle des produits tuberculeux, leur transformation fibreuse, leur résorption.

(Presse médicale.)

#### Traitement de la colique néphrétique

par M. le Dr A. ROBIN

Deux indications sont à remplir :

1° Calmer la douleur.

Le meilleur moyen de calmer la douleur est l'injection hypodermique de 1 centigramme de morphine ou de 1 milligramme d'héroïne, ou de 1 centigramme de dionine, que l'on pourra répéter, s'il est nécessaire.

Mais tout malade sujet aux crises néphrétiques doit avoir en sa possession un moyen immédiat de soulager ses souffrances, avant l'arrivée du médecin. Je conseille, en pareil cas, l'emploi de la potion suivante, que le graveleux pourra conserver chez lui, un temps indéfini, sans qu'elle subisse d'altération :

Bromure de potassium. . . . .	6 grammes.
Eau de laurier-cerise. . . . .	10 —
Sirup d'éther. . . . .	30 —
Chlorhydrate de morphine. . . . .	5 centigr.
Hydrolat de valériane. . . . .	120 grammes.

Prendre une cuillerée à soupe de cette potion toutes les demi-heures, jusqu'à disparition des phénomènes douloureux, sans dépasser quatre à cinq cuillerées. Le soulagement ne tardera pas à se faire sentir.

2° Faciliter l'élimination des concrétions.

Pour provoquer l'expulsion du calcul, vous donnerez des diurétiques. J'emploie surtout les plantes indigènes : les fleurs de la reine-des-prés, ou de fèves des marais.

Dès le début de la colique, vous faites prendre d'heure en heure une infusion de 2 grammes de fleurs de reine-des-prés ou de fleurs de fèves de marais dans 150 grammes d'eau.

Vous pouvez conseiller les feuilles de mûrier, qui sont un diurétique assez puissant, soit 7 gr. 50 en infusion dans 500 gr. d'eau chaude à prendre en l'espace de 3 ou 4 heures.

Certes, cette médication augmente quelquefois les douleurs en activant l'expulsion des calculs, mais elle réalise alors le traitement de la cause provocatrice de la colique.

(J. de méd. de Paris).

#### Les divers emplois de la santonine

(DESEQUELLE)

La santonine est un vermifuge, surtout efficace contre les ascarides lombricoïdes, employé aussi contre les oxyures vermiculaires.

Employée en injections dans la vessie, contre l'hématurie, dans l'épilepsie, contre les douleurs fulgurantes du tabes, nous avons essayé la santonine dans un cas de tabes à la dose de 0 gr. 15 par jour; l'atténuation des douleurs a été si légère que nous n'osons l'attribuer à la santonine. M. Negro, sur 11 cas de tabes traités par la santonine, a vu les douleurs enrayées 8 fois; deux des trois autres tabétiques retirèrent un bénéfice notable, mais non durable; un seul se montra réfractaire. MM. Combemale et Chabert l'ont aussi expérimentée dans la même affection et dans quelques cas de névralgie intercostale et sciatique. Il résulte de leurs observations que la santonine est sans valeur analgésique dans les névralgies vulgaires. En revanche, la santonine, à la dose de 0 gr. 15 par jour, s'est montrée efficace dans la moitié au moins des cas, contre les douleurs fulgurantes des tabétiques et pour enrayer l'évolution d'une série d'accès. Il faut suspendre son emploi dès que le médicament apparaît dans l'urine ou qu'il provoque de la xanthopsie.

Modes d'administration.—Les modes d'administration varieront suivant que l'on emploiera la santonine comme vermifuge ou dans les maladies nerveuses dont nous venons de parler.

Si elle est administrée comme vermifuge, il faudra éviter de l'administrer en même temps que des acides et de l'alcool qui favorisent son absorption rapide et peuvent occasionner ainsi, chez certains individus, des accidents toxiques (O. Aransohn). Il importe, en effet, de conserver à la santonine toute son action sur les vers intestinaux. Aussi Kuchenmeister conseille-t-il de l'administrer en solution dans l'huile d'olive, qui rend cette absorption plus facile sans diminuer l'action du médicament. Quand on l'emploiera contre les oxyures vermiculaires, on l'administrera de préférence en lavement, ces entozoaires se trouvant surtout dans les dernières portions de l'intestin.

Si la santonine est donnée pour calmer ou prévenir les crises épileptiques ou les douleurs fulgu-

rantes des tabétiques, on devra, au contraire, plutôt favoriser son absorption. Comme elle est très soluble dans le suc gastrique, il suffira de l'administrer en nature, en cachets, par exemple.

Pour éviter toute confusion avec le mot strychnine, on prendra la précaution d'écrire toujours très lisiblement le nom de santonine et de le souligner pour attirer l'attention du pharmacien.

Posologie.—S'abstenir de donner de la santonine aux enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.

A partir de 2 ans, de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 suivant l'âge.

Chez les adultes, de 0 gr. 10 à 0 gr. 15.

Associations médicamenteuses.—Calomel, jalap, huile de ricin.

Formes pharmaceutiques.—Biscuits vermifuges contenant 0 gr. 05 par biscuit.

Cachets.

Dragées contenant de 0 gr. 01 à gr. 02 par dragée.

Pilules contenant la même dose par pilule.

Poudre, seule ou incorporée à du miel.

Solution huileuse contenant de 0 gr. 01 à gr. 10 de santonine pour 60 centimètres cubes d'huile d'olive.

Tablettes ou pastilles (Codex) contenant 0 gr. 01.

(Ibid)

## HYGIÈNE

### Quand faut-il lire ?

Dans l'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux* nous trouvons la solution d'une question souvent débattue et controversée.

"Tous les médecins sont d'accord pour déclarer que lire en mangeant est une pernicieuse habitude ; et ce n'est pas d'hier que la remarque est faite.

"Quand, après le repas, les chapelains de Saint-Louis lui offraient de lui lire quelqu'un de ses livres favoris : "Non, disait-il avec un sourire, il n'est si bon livre qui vaille, après manger, une causerie."

"Nous sommes portés, quand nous sommes seuls, à lire en mangeant, soit que nous déjeunions, soit que nous dînions, et c'est là une habitude extrêmement mauvaise et qui doit être condamnée, surtout si, pour ne pas perdre de temps, on continue à table une étude ou un travail commencé.

"Si vous lisez, que ce soit quelque chose d'amusant.

"L'habitude commune de lire à déjeuner le journal du matin n'est pas absolument préjudiciable ; elle fournit

des sujets de conversation et ne fatigue pas trop le cerveau ; mais si on nous demandait notre avis, nous conseillerions de ne rien lire du tout pendant les repas."

Erasme conseillait de lire le matin en se levant et le soir avant de se coucher ; Jean Darce dans son *Essai sur la lecture* partage cette opinion.

La lecture au lit jugée très préjudiciable par certaines personnes est au contraire approuvée par d'autres.

Les malades certes ne se plaindront pas de pouvoir même incommodément, lire au lit.

(*Journ. de la santé.*)

## FORMULAIRE

L'EAU TRÈS CHAUDE CONTRE L'ECZEMA AIGU

par le Dr GOKISLOW.

Il s'agit surtout de l'eczéma par l'action locale de substances irritantes, antiseptiques, quelquefois même du simple pansement aseptique humide. Suivant le siège, on plonge le membre quelques instants dans un bain d'eau chaude, et à plusieurs reprises, ou l'on arrose d'eau très chaude. Amélioration rapide.

(*Bull. Méd.*)

## NOUVELLES.

MARIAGES :—

A Montréal, le 20 courant, à la chapelle du Sacré-Cœur, église St Jacques, M. le Dr A. Beauséjour, conduisait à l'autel Mlle Fleur-Ange Riendeau.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. l'abbé Rousseau.

Nos meilleurs souhaits.

NÉCROLOGIE :—

A Québec, le 23 de ce mois est décédé à l'âge de 54 ans, le Dr Arthur Vallée, professeur à l'Université Laval et Surintendant de l'asile des Aliénés de Beauport. Nous regrettons de ne pas avoir reçu en temps les quelques notes biographiques par M. le Dr L. J. O. Sirois pour pouvoir les publier dans le présent numéro.

A la famille si cruellement éprouvée nous offrons nos plus sincères sympathies.

A Belœil, le samedi 24 janvier, est décédée madame Héloïse Préfontaine, épouse de M. Théodule Bernard.

La regrettée Mme Bernard était la mère de notre distingué confrère M. le Dr H. A. Bernard de St. Henri et de notre ami, M. L. A. Bernard, pharmacien de cette ville, à qui nous offrons ainsi qu'à la famille, nos plus sincères condoléances.

## Supplément Littéraire

## La plethore medicale a Paris

De tous les pays de l'Europe, on se plaint de la plethore médicale.

A Berlin, la moyenne des médecins gagne 200 marks par mois.

En Autriche, à Vienne, il y en a qui font des visites à 20 kreutzers (0. fr. 30) !

A Budapest, l'administration offre 0 fr. 60 par visite (40 kreutzers), et les demandes affluent par une place.

En Russie, la situation générale est moins bonne encore.

En France, il y a environ 17,000 médecins à peu près ; un médecin pour un peu plus de 2,000 habitants. Il est facile de voir que, dans un pays riche comme le nôtre, si les médecins étaient logiquement répartis, et s'ils étaient payés, ils ne seraient pas trop à plaindre. On compte en effet, dans toutes les sociétés de secours mutuels, environ douze jours de maladie par an et par sociétaire. Ce qui donnerait, en moyenne, pour chaque médecin, 24,000 jours de maladies ; même à un franc par visite, cela ferait de jolies revenus moyens.

Malheureusement, il y a des pays où l'on manque totalement de médecins. Ainsi, dans le Calvados, très riche, on trouve un médecin par deux mille sept cents habitants, tandis que dans certains centres, il y en a un par cinq cents, par deux cents cinquante habitants.

Dans le canton de Ryes (Calvados), 10,000 habitants, il y a un médecin et un officier de santé ; dans celui de Bretteville-sur-Laize, il y a 12,000 habitants et deux officiers de santé.

Dans le canton de Blangy le Château, 7,000 habitants, pas de médecins ; dans le canton de Bénv-Bocage 12,000 habitants, deux médecins.

On peut faire le même relevé pour un grand nombre de départements français. Les villes attirent ; surtout Paris. N'y a-t-il pas des maîtres qui gagnent, par an, des centaines de mille francs ! Aussi, chaque jour, voit-on des plaques nouvelles s'étaler à l'entrée des maisons.

Le quartier de l'Europe est particulièrement favorisé. Il y a un médecin par 122 habitants. L'été, ce chiffre se réduit de moitié : un médecin par 66 habitants. Du train dont vont les plaques, il y en aura bientôt un par 40 habitants.

On peut dire que cela importe peu, parce que les médecins du 8<sup>e</sup> arrondissement, qui sont 1 pour 176 habitants, peuvent rayonner et rayonnent dans les arrondissements circonvoisins. Cela est possible. Mais ces derniers sont déjà très chargés. Ainsi :

le 7 <sup>e</sup>	à un médecin pour 466 habitants		
le 8 <sup>e</sup>	1	—	176 —
le 9 <sup>e</sup>	1	—	306 —
le 17 <sup>e</sup>	1	—	885 —

Il faut remarquer que dans le 17<sup>e</sup>, il y a une nombreuse population ouvrière, soignée en majorité par des médecins de sociétés diverses.

Il résulte des chiffres précédents que dans les 4 arrondissements précipités, un médecin sur dix gagne de quoi vivre. Avec les progrès de l'hygiène, et l'augmentation constante du nombre des médecins dans ces arrondissements, dans dix ans, il y aura un médecin sur vingt à y vivre de sa profession.

Une promenade dans les quartiers du 8<sup>e</sup> est intéressante à ce point de vue. On ne marche guère cinq minutes sans rencontrer un pan de porte portant les traces de plaque d'un médecin, que deux ou trois ans d'attente ou d'infructueuses dépenses ont découragé. Depuis quelques années, ces traces se sont multipliées dans des proportions invraisemblables. Et que des plaques qui restent, et ne rapportent guère à leur titulaire !

(Gaz. méd. belge.)

## La syphilis chez les Malgaches

Parmi les maladies qui sont communes à Madagascar, la syphilis est peut-être une des plus connues, quoiqu'elle fût assez rare autrefois. Depuis quelques années, cette maladie semble avoir étendu son action, et avoir répandu une plus grande terreur. On rencontre cette maladie plutôt chez les esclaves ou les domestiques que chez les maîtres ; chez les personnes malpropres que chez celles qui suivent les règles de l'hygiène.

*Étiologie.* — On sait parfaitement que cette maladie peut se contracter par les rapports avec un syphilitique, aussi, on évitera de se compromettre avec une personne qui passe pour telle et même qui aura la réputation de trop fréquenter le sexe opposé. On dit aussi que la maladie peut être communiquée par les domestiques qui se gardent bien de dire leur état et qui servent continuellement leurs maîtres, sans prendre aucune précaution antisyphilitique.

Quand la syphilis atteint les organes génitaux et que le chancre ronge la verge, le Malgache ne dit plus que c'est la syphilis qui produit ses ravages, mais que le mal est occasionné par les *ody*, les *mosavy* et les gens hommes ou femmes, qui vous en veulent.

*Symptômes.* — Les signes connus par les Malgaches sont la chute des cils et la voix rauque. Si ces deux symptômes ne se présentent pas, on traite les malades comme des ulcéreux. La figure marbrée et brillante est aussi un signe pour les Malgaches.

*Prophylaxie.* — Chez les *Betsileo* on considère ce mal comme très grave. On ne garde jamais les syphili-

tiques dans la famille, "on gardera plutôt un varioleux. Les domestiques syphilitiques sont renvoyés, chez les *Hovas* ; aussi quand un domestique veut obtenir quelques jours de congé, il dit être syphilitique et revient quelque temps après en se disant guéri.

Dans une famille, quand un des membres est atteint de la maladie, tous les autres prennent la membrane interne d'un gésier de poulet, la font brûler, la pulvérisent et l'avalent.

**Traitement.** — Au commencement, au lieu de laver le syphilitique, on l'entretient dans un état de saleté caractéristique ; plus tard on le lavera avec du savon noir tous les matins. On applique alors quelques médicaments externes : le *Tanink'andro*. On cueille les feuilles de cette plante avant le lever du soleil, quand elles sont couvertes de rosée ; on les pile, puis on en extrait le suc que l'on expose au soleil pendant plusieurs heures. Le résidu, devenu épais, est appliqué sur les parties atteintes que l'on a soigneusement lavées, et il se produit alors une souffrance atroce qui empêche de rester en place.

On emploie aussi le *Hanidraisoa*, le *Bonara*, le *Dia-gadingana*, arbustes dont les feuilles sont écrasées et appliquées.

Quand la maladie s'aggrave on emploie le *Rambiazina*, dont on prend les feuilles que l'on fait brûler pour appliquer les cendres sur la partie malade ; et le *Mandravasarotra* (étym. *mandrava*, qui détruit ; *sarotra*, difficulté), arbre auquel les Malgaches attribuent le pouvoir de préserver des calamités et des maladies.

(Prat. et croy. méd. — Gaz. heb. de méd. et de ch.)

#### Enseignes de sages-femmes

Bientôt va s'ouvrir le concours d'enseignes, où Jérôme, Carolus, Duran, Willette... nous réservent d'agréables surprises.

A ce propos, il me semble intéressant d'attirer l'attention sur les enseignes des sages-femmes qui, autrefois, étaient des plus curieuses ; leur sujet était souvent quelque peu grivois, mais les légendes amusantes qui s'y rattachaient excusaient toujours leur naturalisme.

Balzac dans son *Petit dictionnaire* nous signale deux enseignes :

La première était rue de Buci. Une dame voit s'échapper d'une machine qui ressemble fort à un four, une troupe d'enfants habillés de toutes sortes de costumes. Elle leur adresse ces vers :

Sortez, mes chers enfants, et d'une allure commune,  
Par des chemins divers, courez à la fortune.

Et au fond du tableau, la Fortune elle-même, un pied sur une roue, semble appeler cette joyeuse nuée qui vient de recevoir le jour.

Telle était l'enseigne de Mme Vachée.

La seconde était rue Jean-Jacques-Rousseau ; elle s'intitulait : "A l'Accouchée" ; on voyait une jolie malade, assistée d'une sage-femme et un papa tout joyeux d'avoir un descendant. Il lui adressait ces vers :

Grâce à l'art, ô mon fils, tu vois enfin le jour.  
Nos vœux sont exaucés, je dois bénir l'amour.

M. Camille Géant nous indique "que l'on voyait au quai Saint-Paul une accoucheuse à l'engageant sourire informant les passants qu'elle ouvrait la porte à tout le monde."

Mais malheureusement, ces enseignes n'existent plus.

Maintenant les sages-femmes sont plus puritaines : choux ou œufs énormes d'où sortent les nouveau-nés comme d'une boîte ; ou nourrices berçant un poupon.

On rapprocher de cette catégorie d'enseignes le dragon qui orne la porte de la *Cour du Dragon* (rue de Kennes). La Cour du Dragon, d'après Fourrier, était autrefois dans la rue de l'Egout-Saint Germain, vis-à-vis de la rue Sainte-Marguerite. Elle a survécu à ces deux rues, disparues depuis cinquante ans. Faisant suite à la rue Sainte-Marguerite, cette cour devait porter le même nom, et l'architecte avait eu l'idée de lui donner pour enseigne le dragon légendaire qui apparut à Saint-Marguerite et qui l'avalait d'une seule bouchée ; mais la sainte avait fait le signe de la croix dans les entrailles du monstre, elle put ressortir saine et sauve. Et voilà pourquoi sainte Marguerite était invoquée par les femmes en couches.

Le superbe dragon qui se dresse contre la console d'une fenêtre du premier étage, date du XVII<sup>e</sup> siècle.

On voit par ces quelques lignes quel était le genre des enseignes des accoucheuses du siècle dernier. La banalité des enseignes actuelles nous les fait regretter.

(Ann. thérap.)

Entre pères de famille :

— Alors vous ne mariez pas votre fille à M. André ?  
— Je ne crois pas que les deux jeunes gens sympathisent.

— Les avez vous quelquefois réunis ?  
— Oui, cet hiver nous avons échangé plusieurs bals sans résultats.

\*\*\*

Cocasserie de la langue française.

On dit : "Un embarras de voitures", quand il y a beaucoup trop de voitures.

Et : "Un embarras d'argent", quand il n'y a pas du tout d'argent.

## EDITORIAL

Nos lecteurs remarqueront sans doute certains changements importants dans notre Comité de Rédaction. Ils y verront figurer certains noms nouveaux parmi lesquels : messieurs les docteurs J. P. Rottot, E. P. Lachapelle, L. E. Fortier, de Montréal et le docteur Coyteux-Prevost, d'Ottawa, etc.

Nous ne pouvons passer sous silence cette grande preuve de confiance et d'appui que ces messieurs nous donnent en acceptant de faire partie du Comité de Rédaction de La Revue. Nous les en remercions.

Nos lecteurs aussi, nous ne sommes convaincus, apprécieront cette marque de confiance de la part de ces hommes distingués ; en associant leurs noms à notre modeste Revue, ils stimulent puissamment nos efforts pour nous rendre utiles ; ils rehaussent et activent la presse médicale canadienne.

Les précieux conseils de ces savants médecins, basés sur leur expérience si étendue si nourrie, nous seront donc de la plus haute valeur, du plus grand secours. Nous osons espérer que nos lecteurs, nos collaborateurs, voyant l'appui que ces hommes sérieux et distingués donnent à la presse médicale en s'associant à la Revue, seront stimulés et s'efforceront de travailler avec plus d'émulation, plus d'entrain à la cause nationale — à médecine canadienne-française ; ils publieront plus, nous l'espérons, que par le passé, les fruits de leur expérience ; et aideront ainsi à faire connaître dans notre pays et à l'étranger les travaux et les études canadiens.

Nos nombreuses échanges, notre grande circulation et le fait que la Revue paraît toutes les semaines, permettent à ces travaux une diffusion prompte et étendue. C'est donc, en publiant davantage leurs travaux véritablement originaux, que nos médecins canadiens offriront à ces savants médecins qui se sont associés à La Revue, une preuve de leur appréciation pour le grand honneur qu'ils nous ont fait.

— Nous avons le grand regret de noter ici la mort d'un de nos éminents collaborateurs de Québec, monsieur le docteur Vallée. Sa mort est une perte pour nous et nous offrons à la famille du distingué défunt, toute notre sympathie, toutes nos condoléances les plus senties.

*La Direction.*

## Travaux Originaux

GASTRO-ENTEROSTOMIE POUR CANCER  
ET OBSTRUCTION DUODENALE

par M. le Dr ALBERT LAURENDEAU

(*Saint Gabriel de Brandon*)

Le 20 novembre dernier, j'ai été appelé à Saint-Edmond pour Madame C. Cette femme était sous les soins d'un confrère de Saint-Cuthbert depuis longtemps. Je n'ai pu voir le médecin traitant, mais, d'après ce que m'ont raconté la malade et sa famille, je croyais avoir affaire à un cas de dyspepsie grave ; tel était, du moins, l'opinion exprimé par le confrère qui m'avait précédé.

J'avoue, qu'après examen minutieux, le diagnostic était très difficile à poser. Madame C., âgée de 24 ans, et mariée depuis quelques années n'a jamais eu aucune maladie grave avant son mariage. Elle a deux enfants. La seule chose digne de mention, est qu'après son premier accouchement, elle aurait eu quelque chose comme une péritonite de moyenne intensité, et pour laquelle son médecin aurait été obligé de lui faire deux ou trois visites à quelques jours d'intervalles ; et, depuis cette époque, elle aurait toujours ressenti quelques douleurs au ventre, douleurs mal localisées au début ; mais depuis son second accouchement, lequel eut lieu au printemps dernier, les douleurs auraient beaucoup augmentées et se seraient fixées au côté droit, quelque part vis-à-vis l'orifice pylorique. Au symptôme douleur, vinrent s'ajouter successivement de la dyspepsie et des vomissements. Bref, lorsque je fus appelé, voici dans quel état était cette malade : Douleurs mal localisées dans la région de l'estomac et du foie, s'irradiant même jusqu'à l'ovaire droit. La sensibilité n'était pourtant pas plus marquée au point de McBurney qu'ailleurs ; pouls 95 ; température normale. Mais le symptôme dominant toute la situation était les vomissements à peu près incoercibles. Aussitôt, ou peu de temps après l'ingestion d'aliments, de l'eau même, il survenait des crises de douleurs intolérables, ne cédant qu'au vomissement. Les matières vomies n'étaient que des aliments plus ou moins digérés. En présence de tels symptômes,



je demeurai très perplexe. Certaines formes de dyspepsie ont une physionomie clinique assez semblable à cet ensemble symptomatique, j'ai pourtant cru devoir éliminer ce diagnostic, parce qu'il n'y avait pas de dilatation de l'estomac. Seul un estomac dilaté, atonique, avec crises gastralgiques, aurait pu en imposer ; mais ce n'était pas cela.

J'ai songé à un ulcère de l'estomac de la petite courbure ou de l'orifice pylorique ; mais dans ces cas, il est très rare qu'il n'y ait pas quelques hémorragies, dont nous retrouvons les éléments soit dans les matières vomies, soit dans les selles. Rien de cela dans notre cas. Au cancer maintenant, je trouvais ma malade bien jeune, et je ne ressentais aucune tumeur, aucune dureté par la palpation. Après avoir tout pesé, je m'arrêtai au diagnostic suivant : obstruction intestinale haute, de nature indéterminée. J'ai dit obstruction ; en effet, ce diagnostic s'imposait puisque les aliments ne passaient pas ; j'ai dit obstruction haute, parce que les vomissements étaient alimentaires mais non fécaloïdes ; enfin, j'ai dit de cause indéterminée, parce que même, la péritonite supposée, qu'elle avait eue il y a une couple d'années, ne me semblait pas justifier des brides ou des adhérences suffisantes pour amener une obstruction aussi grave, à aussi longue échéance.

Que faire en présence d'un tel cas ? Une seule chose, et c'est ce que je proposai à la malade et à la famille : une laparotomie exploratrice ; puis je leur exposai tous les aléas d'une pareille intervention.

Sur ce, je retourne à mon bureau, laissant ma malade, son mari, méditer sur la situation.

\*\*\*

Rien n'est instructif comme une erreur de diagnostic. Le professeur, dont les leçons m'ont le mieux profité, est le regretté Dr Munro. Cet homme avait du génie, et, cependant, à suivre ses cours, ses cliniques, l'on aurait cru qu'il n'avait fait que des erreurs de diagnostic ou de traitement, dans sa carrière chirurgicale. Il mettait autant d'ostentation à nous raconter ses bévues, à nous expliquer comment il fallait s'y prendre pour éviter les fautes qu'il avait commises, que d'autres y mettaient de gloriole à se vanter de leurs cures miraculeuses. Et je dis, et je crois que la méthode d'enseignement de ce maître

humble et génial, était la bonne. Et sur cette digression je me confesse.

\*\*\*

Le dernier novembre, je fus appelé de nouveau auprès de Madame C. Je me trouvai alors en face d'un tableau clinique bien changé. Le pouls faible, misérable, battait 130, le thermomètre indiquait 100, les douleurs au creux épigastrique avec irradiations latérales droite étaient intolérables ; ajoutez des vomissements incoercibles, un facies hippocratique, un timbre de voix voilé, épuisé, une faiblesse telle que la malade avait peine à lever la tête sur son oreiller, et vous aurez là, une idée de l'état de cette pauvre femme. J'étais indécis. Pouvais-je, dans de telles conditions, songer à une opération, simplement à une laparotomie exploratrice sans encourir le risque de la voir trépasser sur la table d'opération ? Etant donné que l'affaiblissement, la déchéance physiologique était surtout le fait de l'obstruction, laquelle était tellement considérable que la totalité des liquides ingérés étaient rejetés par vomissements, je songeai à alimenter, à désaltérer ma patiente par voie rectale. Je commençai par lui donner un lavement composé d'un demiard d'eau légèrement salée et additionnée de deux jaunes d'œufs bien battus. Je renouvelai ce lavement toutes les quatre heures, et j'eus la satisfaction de constater une amélioration merveilleuse. Après vingt-quatre heures de ce traitement, le pouls tombait à 90, la température devint normale, la soif moins ardente ; bref, la situation était telle que je jugeai pouvoir intervenir, sans être taxé d'imprudence ou de témérité.

Je fis mander deux de mes confrères : les Drs H. Archambault, de Saint-Gabriel de Brandon, et J. E. Paquin, de Saint-Didace, après que la malade et la famille eurent accepté l'intervention, cela va sans dire.

\*\*\*

Je pratiquai l'ouverture de l'abdomen en suivant le bord externe du grand droit, à droite. Rien à dire sur ma laparotomie, c'est du classique, si ce n'est que je tombai en plein sur l'orifice pylorique de l'estomac. Je constatai alors, à ma surprise, que cette extrémité stomacale, la plus grande partie du duodenum, le bord interne du foie, et même la vésicale, le cholédoque etc., avaient contractés ensemble des adhérences, pas

bien solides, mais suffisantes pour indiquer dans le passé des accès de péritonites localisées, d'intensité moyenne. Je défis en grande partie ces adhérences, et alors je me rendis compte que la partie supérieure du duodenum, ainsi que l'orifice basse de l'estomac étaient à peu près complètement sténosées. Et seul le cancer pouvait donner cette apparence de bosselures rétractées, et ce toucher de masses indurées. Après avoir constaté mon erreur de diagnostic, je demeurai assez perplexe. Que faire ?

En chirurgie, il faut toujours être prêt à parer à toute éventualité ; il faut savoir changer de tactique aussi promptement que sur un champ de bataille. Dans mon cas, après avoir reconnu qu'il m'était impossible de guérir radicalement ma malade, je pris le parti de lui faire bénéficier de mon intervention autant que possible, et je jugeai qu'une gastro-entérostomie était opportune, mais, malheureusement, ma patiente était tellement affaiblie, que j'avais à redouter les longueurs de cette opération.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDICINE

#### Du choix des aliments albuminoïdes dans la convalescence des maladies infectieuses

M. Cassaët, avec le concours de M. Saux, a essayé de résoudre le problème si difficile d'approprier le meilleur aliment albuminoïde aux différents états de la convalescence, pensant aussi que les conclusions pourraient conserver toute leur valeur pour les estomacs en état de débilité permanente.

Les recherches ont porté sur : 1° la toxicité de chacune des substances alimentaires qu'on peut donner aux convalescents ; 2° la digestibilité réelle de chaque espèce d'aliment ; 3° appréciation de la nature toxique des produits de digestion par des injections endoveineuses des résidus chez le lapin.

La valeur toxique comparative a donné les chiffres suivants pour 1 kilogramme de lapin ; boeuf, 87 grammes ; cheval, 69 ; mouton, 91 ; veau, 90 ; agneau, 100 ; porc, 102 ; poulet, 146 ; canard, 101 ; merlus, 105 ; sole, 135 ; truite, 142 ; thon, 150 ; maquereau, 126.

Echelle de digestibilité : Le cheval, le boeuf et

le mouton donnent des résidus peu abondants ; les fibres et faisceaux musculaires sont dissociés et fragmentés, les syntonines très abondantes, et enfin HCl libre ne disparaît au plus tôt que vingt minutes après le contact. Pour le veau, agneau, poulet et canard, les résidus sont plus gélatineux, les fibres musculaires plus réduites. Les syntonines sont aussi abondantes, l'HCl met quinze minutes à disparaître.

Ces particularités s'accusent avec les chairs de poisson, sauf pour les poissons huileux. Les poissons sont plus facilement attaqués par le suc gastrique que les viandes blanches, et celles-ci beaucoup plus que les rouges.

Pour ce qui est de la toxicité comparative, on a pour le boeuf 8 gr. 1 par kilogramme ; veau, 8 gr. 6 ; cheval, 10 gr. 8 ; mouton, 8 gr. 4 ; porc, 8 gr. 1 ; agneau, 8 gr. 5 ; canard, 7 gr. 7 ; poulet, 12 gr ; maquereau, 12 gr. ; thon, 15 gr. ; merlus, 44 grammes.

(Journ. de méd. de Bordeaux)

#### La scoliose sciatique ou signe de Vanzetti

d'après M. Domenico CAPUCCIO

"L'histoire de la sciatique, écrivait Brissaud il y a quelques années, n'est pas un sujet épuisé." En effet la figure clinique du mal, grâce à la finesse des observateurs et au perfectionnement de la technique, peu à peu se complète par de nouveaux détails.

C'est ainsi que l'atrophie caractéristique des muscles du territoire des poplités interne et externe (Charcot), les tics et les spasmes (Brissaud), la manière d'être des réflexes (Babinski), la glycosurie (Debove), la déformation du tronc (Vanzetti, Charcot, Babinski, Brissaud), sont des signes qui vinrent les uns après les autres enrichir le patrimoine clinique de la sciatique. Parmi ces signes la scoliose est, par sa fréquence, un des plus importants.

D'après Babinski, la scoliose sciatique peut être considérée comme la résultante d'une série de compensations statiques successives, aboutissant à un aspect d'ensemble dont les caractères sont pathognomoniques.

Les épaules sont l'une et l'autre à des hauteurs dont la différence de niveau est variable suivant les cas ; maintes fois, du côté de la sciatique, l'épaule est plus basse.

Le tronc est incliné sur le côté sain, et légèrement fléchi sur le bassin. "La déviation de la colonne vertébrale, écrit Babinski, est toujours la même ; on note constamment une double déviation latérale, l'une inférieure correspondant à la région lombaire à convexité tournée du côté de la sciatique, l'autre supé-

eure correspondant à la région dorsale, à convexité tournée en sens inverse."

La direction du bassin est ordinairement oblique à cause de la légère flexion dans l'appui du membre affecté de sciatique (Babinski.)

Le pied, de ce côté, "quoique appuyant sur le col avec moins de force que celui du côté opposé, se met néanmoins en contact intime avec lui."

Avant d'en venir à la pathogénie de la scoliose, il est bon de s'arrêter à quelques détails. D'abord, dans nombre de cas, elle est peu marquée, mais dans les cas avancés, elle se produit nettement. "Le tronc, dit Brissaud, se penche vers le côté sain en vertu d'une incurvation plus ou moins prononcée de la portion dorso-lombaire du rachis." Massalongo, à son tour, répète que "le tronc est incliné du côté opposé à celui où siège la sciatique." Si l'on vient toutefois à considérer la dysharmonie de la ligne des flancs dans les cas typiques, et les lignes de projection abaissées du bord des arcades costales sur le bassin, il apparaît qu'il ne s'agit pas seulement d'inclinaison; c'est plutôt un "déplacement en masse" par un mouvement de latéralité. Ce déplacement en masse est caractéristique.

La ligne du flanc, du côté sain, descend plus droite, à peine convexe en dehors, la distance latérale entre le rebord des côtes et la crête iliaque est raccourcie. Le degré de ce rapprochement mesure le degré de la scoliose. La peau du flanc, par l'effet de ce mouvement, surtout chez les sujets amaigris, est repoussée en dehors et forme un gros pli arrondi et transversal, à mi-chemin entre le bord costal et le contour de l'os iliaque, qui en est recouvert.

Le profil du flanc, du côté de la névrite, s'allonge falciforme en décrivant une convexité externe, en descendant jusque sur l'os iliaque, dont la crête fait la saillie. La distance ilio-costale est augmentée.

La colonne vertébrale est incurvée en scoliose; la colonne lombaire tourne sa convexité du côté malade; la colonne dorsale décrit une courbure de compensation dans le sens opposé. Les deux courbures n'ont pas le même rayon; la première est à court rayon, bien marquée, brusque; l'autre est plus douce, ouverte, allongée.

L'aspect du bassin doit retenir l'attention. En opposition avec la règle fixée par Babinski, on le trouve assez souvent parfaitement horizontal sur les membres symétriquement étendus; la flexion du membre n'est pas un symptôme pathognomonique. Cette notion a une certaine valeur pour l'évaluation exacte du moment qui préside à la genèse de la scoliose, car si la flexion de la jambe existait dans tout cas de sciatique, la difformité du tronc serait expli-

quée par un mécanisme très simple; sa valeur clinique ne serait pas plus importante que celle de la scoliose provoquée, par exemple, par une entorse au pied. En effet, les changements de direction commandés par la flexion du membre devraient aboutir toujours, après une suite de compensations statiques, au même aspect, cela quelle que soit la lésion causale de la flexion du membre.

Brissaud est tombé dans cette erreur. "L'inclinaison du tronc du côté sain dans la sciatique névralgique simple, non spasmodique, est un phénomène commun à toutes les maladies douloureuses du membre inférieur, comme à toutes celles qui, sans être douloureuses, consistent dans un raccourcissement de ce membre."

Il n'est certainement pas correct de réduire la scoliose à un épisode modeste consécutif, pour cause d'un changement de statique, à l'inclinaison du bassin. Et ce caractère, mis par Babinski sur la liste des symptômes principaux, paraît être, plus que l'effet d'une observation rigoureuse, une illusion tenant à l'asymétrie du profil des flancs, l'inclinaison n'existe pas. La scoliose qui se modèle sur le type décrit ci-dessus, et qui, d'ailleurs, est communément observée, est dite "scoliose croisée," parce qu'elle s'observe du côté opposé à la névrite.

Dans un cas publié par Brissaud, où la névrite attaquait les racines élevées du sciatique (plexus lombo-sacré), et où les muscles étaient en contracture marquée, la scoliose se constitua à rebours, du côté malade. C'est la variété que Brissaud appelle "scoliose homologue."

Dans un cas de Capuccio qui semble unique, tout rapport entre la direction de la scoliose et le côté frappé de névrite est annihilé par le fait que la déformation se produit alternativement d'un côté et de l'autre; cette scoliose échappant à toute norme pourrait être dite "alternante."

Dans la flexion forcée du tronc en avant, la courbure est complètement et instantanément redressée.

Le rapport de causalité, qui fait de la scoliose une manifestation réflexe de la névrite sciatique, ne doit pas être donné comme une loi de valeur absolue; si, dans les cas publiés par divers auteurs, la névrite a figuré comme moment génétique de la difformité, ce n'est pas une raison pour considérer la scoliose comme une conséquence fatale, inévitabile de toute névrite sciatique.

Vanzetti déjà disait que la déformation appartient aux formes intenses de la sciatique et qu'elle est la compagne fidèle des névrites sciatiques avec troubles de la sensibilité. Babinski, Brissaud, Terrier ont noté le même fait. Zaniboni, chez quelques malades

atteints de sciatique, manifestement névralgique, ou de formes névritiques, limitée à quelques branches seulement, dit avoir vainement recherché le soulèvement caractéristique, inaugurant la scoliose définitive. On ne peut donc, dans un cas de névrite sciatique, rien présumer de la scoliose. Ces névrites constituent deux groupes distincts. Le premier comprend les sciatiques graves qui aboutissent, à plus ou moins longue échéance, aux formes dégénératives classiques; là, la scoliose est de règle; dans l'autre groupe sont les formes légères de névrite, limitées à quelque branche seulement du sciatique; là, la scoliose est inconstante, absente dans un cas, elle peut dans un autre où l'altération nerveuse est en apparence la même, atteindre à un degré extrême de déformation.

Quelle est la raison de cette différence ?

L'affirmation de Vanzetti, que la scoliose appartient aux sciatiques intenses, a besoin d'un correctif; l'intensité de la névrite n'est pas le moment pathogénique réel. La clinique enseigne, en effet, que la déformation, avec son profil caractéristique, est déjà constatable dès le début de certaines sciatiques, avant que des troubles trophiques aient pu exercer leur action perturbatrice sur le jeu de l'équilibre du tronc. Si la scoliose est la conséquence de la gravité de la sciatique, son apparition, quelquefois précoce, n'est pas un argument en faveur de la nécessité d'une tendance du nerf à la dégénérescence. Alors, que faut-il incriminer ?

Dans l'histoire de l'évolution de toute névrite il n'y a peut-être pas d'élément plus inconstant que le rapport entre l'extension du processus inflammatoire qui atteint le tronc nerveux et l'intensité de la douleur. Surtout chez les névropathes, les plus violentes explosions de douleur accompagnent les formes légères de névrite, n'attaquant qu'une branche du sciatique. Sous l'incitation de la douleur, l'instinct suggère au malade de chercher une position qui le soulage, portant tout le poids du corps sur le membre sain. Dans la réalisation de cette nouvelle exigence de la statique réside toute la pathogénèse de la scoliose. Dès lors il ne paraîtra pas étrange que le résultat soit inconstant, parce qu'elle suscitera des réflexes variables avec les sujets.

Mais l'apparition précoce de la scoliose, avec les douleurs qui inaugurent les névrites, ne devraient-elles pas être obligatoire dans tous les cas ?

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

(à suivre)

## GYNECOLOGIE

### Le cancer de la portion vaginale du col utérin à ses débuts et ses voies de propagation

M. le docteur O. Von Franqué vient de faire paraître un intéressant travail sur cette question. En voici une analyse :

Les opérations partielles sur l'utérus, pour cancer de cette organe, sont, à l'heure actuelle, absolument délaissées. Pourtant, la mortalité de l'amputation du col est infiniment moindre que celle de l'hystérectomie totale; bien plus, les résultats éloignés de la première de ces interventions dans certaines circonstances tout au moins, se sont montrés supérieurs à ceux de la seconde. M. Von Franqué s'est proposé de déterminer ces circonstances.

Une question à résoudre tout d'abord était de savoir si, en relevant un col cancéreux, on ne risque pas de laisser des métastases dans le corps; puis il y avait à déterminer les limites d'opérabilité du cancer du col. Pour s'éclairer à ce sujet, l'auteur a soumis à une analyse minutieuse, tant microscopique que macroscopique, 28 utérus, atteints de néoplasmes malins, soit de la portion vaginale, soit de la portion sus-vaginale du col. Pas une seule fois, il n'a rencontré de noyaux métastatiques dans le corps, et, dans la littérature, il n'a trouvé qu'un seul exemple d'une telle propagation. Sur une de ses pièces, cependant, il a constaté l'existence d'un petit noyau secondaire, mais occupant la portion supérieure du col et non le corps. Ainsi, au point de vue pratique, surtout quand il s'agit de lésions au début, on peut dire que les cancers du col et, "a fortiori," ceux du museau de tanche, ne s'accompagnent pas de noyaux secondaires dans les corps; ces métastases n'apparaissent qu'aux périodes ultimes de la maladie, c'est-à-dire à un moment où l'hystérectomie elle-même est souvent contre-indiquée.

Au point de vue de la terminologie, M. Von Franqué estime qu'il faut réserver la dénomination "cancers initiaux de la portion vaginale" aux faits où la tumeur est superficielle, visible ou sensible dans toute son étendue, limitée à une seule lèvre et respecte aussi bien les culs-de-sac vaginaux que l'orifice externe. La limite réelle du cancer, en effet, dépasse notablement sa limite apparente; souvent un néoplasme qui paraît entamer à peine l'orifice externe atteint presque l'orifice interne, ce qui rend vaine l'amputation du col; de même lorsque la tumeur occupe les deux lèvres, c'est qu'elle a envahi le canal cervical. Malheureusement le cancer initial du museau de tanche ne s'accompagne presque jamais de

signes objectifs et sa découverte est ordinairement accidentelle ; mais dans les cas où elle a été possible, l'amputation du col a donné des résultats très satisfaisants : six femmes opérées de la sorte à la clinique de M. Hofmeier, depuis un laps de temps variant de quatorze à cinquante-quatre mois, sont encore vivantes ou sans récurrence, résultat remarquable si l'on tient compte qu'après l'hystérectomie totale, on compte 50 p. 100 de récurrences durant la première année. Il faut donc s'appliquer au diagnostic précoce du cancer du col.

On pourrait objecter que les ganglions pelviens sont déjà infectés dans les faits en question. Assurément, il n'est guère possible de prouver le contraire ; néanmoins, comme on a parfois trouvé des ganglions sains en cas de cancer étendu, il est permis de conclure qu'ils le sont à plus forte raison lorsqu'on a affaire à un néoplasme au début.

Quant à l'absence de noyaux secondaires dans le corps même avec des tumeurs avancées du col, elle s'explique par la circulation lymphatique de ces régions. Les lymphatiques du corps et du col, comme l'a montré M. Poirier, aboutissent à des troncs communs, mais forment des territoires à peu près distincts ; il faut donc, pour infecter le corps, un renversement du courant de la lymphe, renversement qui ne peut avoir lieu si les ganglions et les vaisseaux principaux sont déjà obstrués par des embolies cancéreuses ; or, cette éventualité se présente seulement alors que les lésions du col sont déjà anciennes.

(Gaz. de gyné.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Traitement de l'incontinence d'urine

La composition de l'urine est, d'après Balfour, le facteur principal ; aussi, pour modifier cette composition, donne-t-il "intus" de l'acide borique pour l'acidifier, du salol pour la rendre antiseptique. Des autres remèdes il ne conserve que la belladone, et de rares fois la strychnine ou l'ergotine. De sévères punitions ne font jamais bien. Il paraît utile de surélever le pied du lit.

(Journal de méd. de Bordeaux)

### Traitement antiséptique des ulcères de la jambe

On lave d'abord la lésion avec du coton trempé dans une solution fraîche de permanganate de po-

tasse à 10 pour 100, et, au bout d'une minute, on lave à l'eau oxygénée, diluée de trois fois son volume. On applique alors un pansement avec la solution suivante :

Alun. . . . .	1 gr. 50
Acétate de plomb. . . . .	8 gr. 50
Eau. q. s. p. . . . .	180 gr.

Cette solution contient un précipité blanc et doit être agitée avant l'emploi. Elle n'irrite pas l'anus, ni les organes génitaux externes. Dans les cas de chancres intra-rectaux ou vaginaux, on lave à l'eau les surfaces après le nettoyage avec le permanganate et l'eau oxygénée, on retire le spéculum et on applique un suppositoire de beurre de cacao contenant 0.60 d'acide borique. Quatre ou cinq jours de pansements, appliqués une fois par jour, suffisent généralement pour supprimer la virulence et activer le travail de cicatrisation. Après quoi on supprime le permanganate et l'eau oxygénée et on applique de la vaseline boriquée sur de la gaze. On continue les suppositoires si la lésion est rectale ou vaginale.

(Ibid)

### Traitement de la fièvre typhoïde par le sérum antityphique

par M. le Dr CHANTEMESSE

Dans une communication faite au Congrès médical du Caire, le Dr Chantemesse a fait connaître le résultat de ses études comparatives du traitement de la fièvre typhoïde par la médication ordinaire et par les injections de son sérum anti-typhique, sérum obtenu "en partant de la toxine typhique et non plus des corps mêmes des bacilles de la maladie."

Ce traitement, appliqué depuis plusieurs mois dans les hôpitaux de Paris, a donné des résultats inespérés.

Des chiffres rapportés par le professeur Chantemesse il résulte que :

1° La moyenne de la mortalité par la fièvre typhoïde dans les hôpitaux parisiens, du 1er avril 1901 au 1er décembre 1902, a été de 19,3 pour cent.

2° Certains hôpitaux ont fourni une proportion de décès plus forte, d'autres plus faible, mais toujours à condition de considérer un chiffre assez grand de malades. La moyenne de la mortalité est restée au-dessus de 12 pour 100.

(Congrès médical du Caire.)

**FORMULAIRE**

**CONTRE LA GADAGUQUE**

(Corre)

Sulfure de mercure..... 1 gr.  
 Ipéca pulv..... 5  
 Extrait thébaïque..... 0 20  
 M. pour 100 pilules (4 par jour).

**EMPLOI DU CHLORURE DE CALCIUM DANS LA METRITE HEMORRAGIQUE**

par GROSU.

Un lavement quotidien de 10 gr. de chlorure de calcium pour 200 gr. d'eau distillée précédé d'un clystère évacuateur, plus une cuillère à bouche toutes les deux heures de chlorure de calcium 4, sirop de menthe 30, eau distillée 90. Si les reins fonctionnent bien le chlorure peut être continué longtemps.

(Sem. méd.)

**DISCOURS**

**Discours de M. le Dr Coyteux Prevost. Ottawa au banquet de la société médicale de Montréal**

Monsieur le Président, Messieurs, Mes Chers Amis,

Je ne saurais vous dire tout le plaisir, tout le bonheur que j'éprouve en assistant ce soir à ce banquet organisé par mes confrères, mes compatriotes, en plein coeur de la province de Québec, tout près du berceau où j'ai appris à balbutier les premiers mots de la science médicale et où je retrouve ceux qui me restent de mes anciens professeurs, mes vieux amis d'autrefois, ainsi que les plus jeunes d'entre nous qui m'inspirent toujours tant de sympathie et qui sont pour nous l'espoir de l'avenir.

Exité depuis au-delà de vingt-cinq ans au fond d'une autre province, tout en apprenant à apprécier et à aimer mes concitoyens d'origine étrangère, j'ai toujours fait ce que j'ai pu pour leur prouver qu'après tout un canadien n'est pas plus bête qu'un autre, m'efforçant, dans la mesure de mes faibles moyens de maintenir l'honneur et la réputation de mon Alma Mater.

Mais, combien de fois dans les moments de rêverie, n'ai-je pas reporté ma pensée vers ce vieux Montréal où je comptais encore tant d'amis; coin de terre

cheri où pour la première fois j'avais connu les beautés de l'étude du corps humain, aspiré à pleins poumons les charmes d'une liberté sans entraves et.... aimé comme on aime à vingt ans!

Je suivais aussi avec intérêt, la marche ascendante du mouvement scientifique dans la province de Québec; je constatais avec la plus vive satisfaction, le travail incessant et intelligent que s'imposaient les membres de la Société sous les auspices de laquelle nous sommes réunis ce soir, pour opérer la diffusion des connaissances médicales parmi les médecins de langue française.

Aussi, je profite de cette occasion pour offrir à cette Société, mes humbles félicitations en même temps que mes plus sincères remerciements pour l'honneur qu'elle daigne me faire en m'appelant à répondre à la santé de la profession médicale.

J'éprouve tout de même un regret; c'est de n'avoir ni le temps ni même le désir de vous adresser un long discours.

Voyez-vous... je porte sur mes épaules vingt-neuf années de labeurs professionnels et plus d'un demi-siècle d'existence; j'ai des rides entre ma barbe grisonnante et mes cheveux poivre et sel. C'est vous faire pressentir que les choses longues et prolongées ne sont déjà plus de mon âge et que j'aspire maintenant vers les séances courtes, rapides et les applications du précepte autrefois si souvent méconnu: cito, tutò et jucundè!

Autrefois... ah! c'était différent! "Au temps des premières amours," comme disait la romance que nous roucouillions jadis, à l'époque de vaillance où mes amis m'avaient glorieusement auréolé du fier surnom de "d'Artagnan," les discours sans fin, les harangues interminables ne m'intimidaient guère. Je m'étendais volontiers à perte de vue sur toute espèce de sujets chaque fois que l'occasion s'en présentait. Mon éloquence, je m'en souviens, était littéralement renversante; les finesses de la langue française, je les connaissais dans les petits coins; je disais de belles choses, j'en disais beaucoup et je les répétais sans cesse et sans fatigue. Mais aujourd'hui, O temporal! O mores! mon talent oratoire a subi de bien pénibles modifications! Je ne dis plus que juste ce qu'il faut, sans amplification, sans fleurs de rhétorique, et encore faut-il, pour que je puisse débiter convenablement ces brefs discours, que le sujet s'y prête par sa beauté et son mérite exceptionnels.

Je me trouve exactement, ce soir, dans les limites des conditions requises, en me levant pour répondre à la santé de la profession médicale.

Messieurs, boire à la santé de quelqu'un ou porter un toast à une institution dont il fait partie, signifie,

si je ne me trompe, déposer à ses pieds la fleur de nos hommages, exalter fièrement son mérite et son excellence, et réclamer les droits que nous confèrent le privilège et l'honneur de lui appartenir.

Certes, nous avons bien droit de nous proclamer avec fierté, membres d'une profession dont la mission impose au médecin, courbé toute sa vie sur les misères de l'humanité, le sublime devoir de soulager ceux qui souffrent et de consoler ceux qui pleurent.

Nous sommes également justifiables, de nous enorgueillir des progrès incessants réalisés dans les sciences médicales, pendant la dernière moitié du siècle qui vient de disparaître.

J'en appelle aux vieux qui m'écoutent et qui, comme moi, font partie de la génération qui passe. Quel bond prodigieux n'avons-nous pas fait en hygiène, en médecine et surtout en chirurgie depuis l'époque ante-pasteurienne jusqu'à celle des merveilleux résultats obtenus par les découvertes contemporaines ! Et quelle rapidité dans l'évolution des idées, des doctrines et des divers événements dont nous avons été témoins ! Aujourd'hui, les livres publiés il y a huit ou dix ans sont déjà surannés et propres tout au plus à orner les quais qui bordent la Seine, et à faire les délices des antiquaires ; non pas qu'ils contiennent précisément des erreurs, mais parce qu'ils sont percés de lacunes sans nombre, tant est rapide la marche en avant des sciences medico-chirurgicales.

Pendant l'été de 1874, à l'hôpital Rotunda de Dublin, où j'étais interne, je fis la connaissance de Fancourt Barnes, fils de Robert Barnes, le grand gynécologue anglais, que vous connaissez, sans doute, et qui, à cette époque, faisait autorité parmi tous les médecins de la Grande Bretagne. Nous avions ses livres entre les mains ; les instruments inventés par lui étaient réputés les meilleurs ; en un mot, Robert Barnes était une étoile de première grandeur dans la constellation de ceux qui s'occupaient spécialement des maladies des femmes.

Quelques mois plus tard, à Paris, je revoyais Fancourt accompagné de son illustre père ; ils étaient venus passer quelques jours de vacance dans la grande ville. A cette occasion, je fus de leur part l'objet d'une attention fort courtoise ; ils m'invitèrent à dîner, me priant de choisir moi-même parmi les meilleurs, le restaurant où nous pourrions convenablement célébrer notre rencontre amico-gastronomique.

Je leur proposai... le Grand Véfour, au Palais Royal.

Je fis part de la chose aux amis qui perchaient avec moi au quartier latin et qui, comme moi, étaient les clients assidus de la Maison Baucour, boulevard St-Michel, où nous ingurgitions philosophiquement

tous les jours le vulgaire mouton aux pommes de l'établissement, composé de chien, de farine et de pommes de terre.

— "Veinard, me dit l'un, tu dînes chez Véfour !... Tu me rapporteras des noisettes !"

Les autres restaient muets, la bouche inondée par l'hypersécrétion de leurs glandes salivaires à l'idée seule des délices rabelaisiennes qui m'attendaient sans doute chez le célèbre restaurateur, alors à l'apogée de sa gloire.

Le soir, inutile de vous dire que j'étais rendu le premier à l'endroit désigné.

Ceux qui ont vécu à Paris à cette époque, se rappellent sûrement l'aspect resplendissant qu'offraient les restaurants du Palais-Royal, surtout le soir alors que les grandes vitrines, éclairées "a giorno" par des milliers de becs de gaz, brillaient d'un éclat tel qu'on aurait pu voir du dehors, courir les fromages sur la table des consommateurs.

J'étais en train de déguster consciencieusement une succulente aile de poulet qui me rappelait avec émotion les beaux jours de ma tendre enfance, quand je jetai par hasard les yeux vers la grande fenêtre du restaurant. J'aperçus—"horresco referrens"—plaquée sur le vitrage gigantesque, la figure patibulaire d'Elzéar Berthelot, la tête machiavélique de Richard Alleyn et Edwin Turcot, coiffé du sempiternel et héréditaire chapeau haut de forme qu'on se transmet, dit-on, de père en fils dans sa famille depuis plusieurs générations. Tous trois avaient fait le sacrifice de leur dîner pour jouir du plaisir d'être témoins oculaires de mes exploits pantagruéliques !...

Pris entre la pensée de savoir que j'étais l'objet de cette intempestive observation et la crainte de laisser deviner à mes distingués compagnons ce qui se passait au dehors, je ratai absolument ce festin intime qui s'était annoncé si rempli de promesses.

Ayez donc maintenant des amis !...

Je ne me fâchai pas de cette aventure : la plus suave mansuétude étant à cette époque le caractère distinctif de mes dispositions intérieures.

Cette épisode, me direz-vous, ne semble pas offrir de relations bien étroites avec les progrès de la science médicale.

C'est vrai, pardon ; j'y reviens.

Le lendemain, j'offris au Dr Barnes de lui servir de cicérone et lui demandai ce qu'il désirait voir surtout, à Paris.

"Péan, répondit-il. J'aimerais lui voir enlever... une matrice, car il paraît qu'il se livre quelquefois à ce genre d'exercice."

Voyez-vous cela ? Un des plus célèbres chirurgiens d'Angleterre, un maître brûlant d'être témoin

d'une hystérectomie... par simple curiosité, exactement comme s'il nous prenait aujourd'hui la fantaisie de nous "marconiser" l'imagination en assistant à la merveilleuse expédition d'une dépêche sans fil !...

Qui m'aurait dit que vingt ans plus tard, je pratiquerais moi-même presque toutes les semaines, comme, du reste, un nombre incalculable de chirurgiens dans le monde entier, cette opération formidable alors, et que nous faisons aujourd'hui couramment, sans créer dans le public d'autre retentissement qu'autrefois la simple avulsion d'une dent malade !

Je le répète, messieurs, les résultats que nous avons obtenus depuis trente ans en hygiène, en médecine, en chirurgie, sont vraiment incomparables, et, certes, les membres de la profession médicale peuvent légitimement réclamer des sièges réservés dans la hiérarchie sociale ; nous avons été à la peine il est juste que nous soyons à la gloire.

Si l'excellence du corps auquel nous appartenons nous confère des droits, elle nous impose également des devoirs auxquels nous ne saurions nous soustraire.

Le médecin qui veut se réclamer de la noblesse de la profession dont il est membre, est soumis à des obligations inéluctables envers lui-même, envers ses malades et envers ses confrères.

La première de ces obligations est celle qui lui impose le devoir de se tenir constamment au courant des progrès de la science, par la lecture et l'étude des diverses publications qui nous font connaître les leçons fournies par l'expérience des autres ; par la fréquentation des hôpitaux, quand la chose est possible et, par l'examen intelligent et réfléchi des cas qui s'offrent à sa propre observation.

Malheureusement, combien n'existent-ils pas de médecins pour qui l'exercice de leur profession se réduit à l'émission d'un avis plus ou moins autorisé, moyennant finance ! Des médecins qui visent une maladie au lieu de traiter un malade ; médecins "à tiroir" comme disait le professeur Béhier ; médecins qui, comme je les appelle, tirent avec du plomb numéro dix sur une maladie dont ils s'efforcent à peine de déterminer la nature, se berçant de l'espoir que la multiplicité suppléera à la précision des moyens qu'ils emploient et frappera peut-être par hasard au bon endroit.

Le caractère de la position que j'occupe dans la sphère où j'exerce, me met tous les jours en contact avec des confrères qui me font l'honneur de m'appeler en consultation. Or, il est étonnant de constater le nombre de ceux qui, passant à côté du diagnostic, assistent comme la mouche du coche, à l'évolution d'une maladie à laquelle ils n'ont pris aucune part et

qui guérit par les seules forces de la nature, malgré un traitement erroné dirigé contre une affection qui n'existait pas.

Et en chirurgie ! combien de fois n'arrive-t-il pas — disons-le tout bas — que des médecins, jouissant d'une sécurité relative, grâce aux découvertes de l'antisepsie, prostituent pour ainsi dire la dignité de leur profession, en s'engageant à la légère dans des opérations inutiles ou que des connaissances insuffisantes ne leur permettraient que par un pur hasard de mener à bonne fin ! L'appas d'une gloriole de mauvais aloi et d'une rémunération séduisante triomphe de tous leurs scrupules et conduit souvent à des désastres irréparables.

Vis-à-vis de nos malades, outre les sentiments de générosité, de charité, de commisération, de pitié que font toujours naître dans le cœur du vrai médecin de simples considérations d'humanité, il est un devoir dont l'accomplissement possède, à mon avis, une importance capitale ; je veux parler du secret professionnel. Dépositaires forcés des misères physiques, intellectuelles et morales de ceux qui viennent nous confier leurs plus chers intérêts, nous sommes liés à une inviolable discrétion par des obligations qui doivent revêtir à nos yeux le caractère d'une véritable religion qu'un oubli sacrilège ne doit jamais nous permettre de profaner. La justice, l'honneur imposent au médecin l'obligation de considérer comme sacrées les confidences reçues dans son cabinet ou sous l'alcôve du malade.

Sur ce sujet, il est vraiment à déplorer que les lois britanniques nous refusent la protection dont jouissent les médecins de France qui, traduits comme témoins devant les tribunaux, peuvent toujours se retrancher derrière le privilège que leur accorde la loi de leur pays de taire les choses qu'ils ont apprises dans l'exercice de leur profession. Ici, sous peine de condamnation pour mépris de cour, il faut parler, et je considère pour le moins injuste cette partialité qui permet aux avocats et aux confesseurs la jouissance de prérogatives que le médecin a certes le droit de réclamer à un aussi juste titre.

Enfin, messieurs, nous avons encore des devoirs à remplir vis-à-vis de ceux qui, avec nous, partagent l'honneur d'appartenir à notre belle profession.

Ah ! s'il était possible de déraciner à jamais du cœur humain, l'orgueil, l'envie, l'intolérance qui ont semé tant de désunions et fait germer tant d'implacables rancoeurs dans l'âme de ceux qui en ont été les victimes !...

Viendra-t-il jamais ce temps béni où, dégagés de tout intérêt exclusivement personnel, tous les hommes, n'obéissant plus qu'aux inspirations de la bonté, cette qualité suprême qui trahit notre origine divine,



demeureront profondément pénétrés de l'idée qu'après tout, nous sommes tous frères ici-bas et que, sous ce soleil qui brille également pour tous, il est possible à chacun de gagner honorablement son pain et de jouir des libertés que la destinée nous réserve sans porter préjudice aux intérêts de ceux qui combattent à nos côtés dans la lutte pour la vie !

Et ici, messieurs, pas de distinction de races, de religion, de nationalité pour nous. Le médecin n'a qu'une patrie: l'humanité souffrante, et il doit n'avoir qu'un objectif: travailler avec désintéressement et sans chauvinisme à la prévention des maux qui la menacent et au soulagement de ceux qui l'affligent. Les jalousies mesquines qui font tache et que nous rencontrons, hélas ! dans tous les métiers et toutes les professions, n'ont jamais qu'un résultat: rabaisser aux yeux du public qui nous observe, ceux qui s'en sont rendus coupables et susciter dans leur conscience des remords qui ne s'effacent jamais.

La nature des rapports confraternels qui doivent unir tous les membres d'une même profession, a été fixée d'une manière admirable depuis des siècles, par l'auteur du plus beau code de morale qui ait jamais existé. Elle est contenue tout entière dans les maximes suivantes qui devraient constituer l'essence et la base de toute déontologie médicale:—

“Aimez-vous les uns les autres et ne faites jamais aux autres ce que vous ne voudriez pas que l'on vous fit.”

## CRONIQUE LEGERE MEDICASTRE

Musquée par le banquet annuel des étudiants en médecine de l'université Laval à Montréal le 17 janvier et ressuscitée par celui de la Société Médicale tout dernièrement

Jeunes et vieux, étudiants et médecins, politiciens et humbles roturiers, en touchant à la plume, je vous dois la confiance que je suis vieux; en permettant cette chronique de voir le jour, vous direz que je radote peut-être et que je prête le flanc aux ventouses scarifiées de mes petits-enfants hippocratiques. Alors raison de plus si ce babillage vient de certaines cellules nerveuses plus ou moins altérées ou d'un vieux cerveau un peu porocéphalique, car vous ne verrez dans mes phrases que la raillerie banale, sans malice. Se trouverait-il quelques vérités égarées ça et là—quelques malices de vieillard—dans cet amas confus, peut-être de phrases séniles, athéromateuses, qui les enveloppe sans toutefois les cacher complètement, eh ! bien, j'étais content de mon reste d'intelligence. A qui voudrait rechercher ces pauvres pensées, peine peu récompensée et inutile pour

plusieurs; et pourtant, comme vieux—j'apprécie et je suis de “mes cachettes”.

Puissiez-vous donc, trouver à travers ma prolixité, de temps en temps, une pointe, une saillie, toujours bienveillante qui vous plaise, malgré... sa pointure !

Pardonnez, et laissez-moi vous dire comme ce fameux Marcel Aubin, “d'en bas”:

Ma bonn' madam' Plaisance,  
Auriez-vous la complaisance,  
D'endurer ma présence ?

Ce banquet d'étudiants, tous le savent, a eu lieu au Queen's Hotel le 17 janvier, et messieurs les étudiants ont réussi, des mieux réussi. C'était beau, c'était digne.

Voilà pourquoi il faut en parler: en bien, oui, beaucoup; en mal, non, jamais; en badinant, oui, et tant qu'on en voudra.

Comme cette dernière manière d'en faire ressortir du bien, est très efficace et inoffensive, je l'adopte.

A ce gentil banquet, tous les professeurs n'étaient pas présents—et c'est regrettable, toujours, lorsque la Faculté n'est pas au complet pour fêter ses bons élèves. Ça fait toujours plaisir à ces ohers carabins. Malgré donc l'absence inévitable de plusieurs professeurs, la table d'honneur était, me semble,—faut le dire—bien garnie—à moins que je ne mette le trait malin et ne dise—très garnie: car il y avait jusqu'à des politiciens, et vous savez ce qu'ils sont, n'est-ce ? Mais, ceux-là, nous allons en causer tout à l'heure; oui, oui !

Après avoir bien mangé—les animaux se couchent dorment et digèrent—les humains surtout après un banquet, parlent, gesticulent, quelquesfois rient, d'autrefois se fâchent, enfin passent par diverses phrases plus ou moins remarquables d'excitations diverses,—puis ils se couchent—à bonne heure ! Le lendemain, l'animal frais et dispos, frotte son poil, se lèche bien, et est prêt à boulotter; on dit qu'il n'a jamais mal à la tête. L'humain, lui, le lendemain, tard, ne peut pas se peigner, est obligé de rallonger sa ceinture, de faire usage de réfrigérants, etc. Quel contraste ! Mais il faut des banquets ! Au diable les mesures sages des animaux; on ne prendra jamais pour exemple la conduite d'un animal—ce ne serait pas—humain ! Et pourtant si on les imitait quelquefois dans ce qu'ils ont de bon !

Il y a donc eu des discours. Je ne suis pas en air de vous les analyser tous. Seulement je rappellerai aux jeunes gens qui organisent les banquets—car ce sont généralement des jeunes—qu'il existe des coutumes, des lois mêmes, qu'il ne faut pas enfreindre en ce qui concerne ces fe-tins; coutumes que tout organisateur doit connaître. Il faut que vous autres jeunes enthousiastes, au grand mérite, les appréciiez avant les banquets; de sorte que les quelques allusions que je puis faire ici ne s'adresseront qu'aux futurs organisateurs.

Je ne parle que de ce qui touche les banquets médicaux.

En ce qui regarde *les invités* d'abord. Eh, bien, 1° :— Afin de faire le bien pour le bien, vous êtes tenus d'inviter tous ceux qui invitent le corps médical à leurs festins. Ce n'est que logique. Je ne mentionnerai aucune profession ni corps diplomatique, crainte de blesser une humilité ; mais voyez donc dans tous les banquets des autres professions : comme les médecins y sont nombreux ! C'est bien naturel, n'est-ce pas ? Invitez donc le plus d'étrangers possible ; ça réhaussera toujours la profession, la fera plus connaître et lui fera perdre tout cahet de coterie, d'individualité ! Quelle réussite !

2° Vous êtes tenus d'avertir, plusieurs semaines d'avance, le représentant choisi, afin qu'il prépare bien son discours. Car de toute nécessité il faut, quel que soit le nombre de ces représentants, que chacun débite son discours. Cet homme aura besoin de tout le temps possible, si par esprit de sacrifice, — c'est rare heureusement — il s'avise de raccourcir, de réduire à sa plus simple expression ses belles et longues pages aux idées larges, lumineuses, fleuries, etc. Ça coûte toujours, même au médecin, de se servir du couteau destructeur.

N'oubliez pas d'inviter les reporters et les rédacteurs de tous les journaux publics, ordinaires, politiques, littéraires, etc. Donnez à chacun une place d'honneur — surtout si c'est un politicien, fut-il "démonté" même — fournissez lui tous les renseignements possibles. Mais gardez-vous bien de vous adresser à la presse médicale proprement dite. N'invitez jamais personne de cette classe-là. Ils pourraient ne considérer que la partie médicale et vous faire de la critique malsaine, tandis que, soyez certains, que les autres ne trouveront que de belles périodes pour vous louer et publier les discours, surtout ceux de vos orateurs étrangers à la médecine.

Un second point de déontologie festive, *les discours*. A ce sujet, je crois que ce serait une bonne idée que les principaux règlements concernant les discours aux banquets médicaux, fussent imprimés et une copie distribuée à chaque orateur et à chaque convive. D'abord pour l'orateur : il serait au fait en se préparant, et ne se rendrait jamais ridicule. Et pour l'auditoire, tout le monde serait à l'aise. Si des convives n'aiment pas le discours qui se lit, il sera des plus faciles alors à un d'entre eux de se lever, d'interpeller le président, et en vertu d'un article du règlement, de faire taire l'orateur ou de le ramener dans le droit chemin. Voyez d'ici les grands avantages, les grands progrès : tout serait aux goûts des convives ; ils ne seraient plus obligés d'endurer, de dormir. Quelle harmonie règnerait, quel entrain !

Je n'ai guère que de pauvres suggestions à faire, mais elles peuvent être utiles peut-être ; je vous les glisse.

1° Il faut absolument faire disparaître des banquets médicaux tout discours improvisé, ne tolérer que ceux bien tournés, bien écrits, bien lus, accompagnés du geste, de la pose, du ton, de tout cet art oratoire requis pour

bien faire entrer dans les cerveaux endormis, — pardon, éveillés ; pardon encore ; je m'emballe, car il s'agit d'une fin de banquet ; alors pas d'adjectif, — des cerveaux simples — pardon, encore — alors des cerveaux accompagnés de rien, — de l'auditoire, l'importance, la gravité, et du sujet et de l'orateur. L'orateur devra déployer dans la reddition de son chef-d'œuvre tout l'art de Delarte — moins le critérium des jambes... à la fin d'un banquet il est de coutume de ne pas trop appuyer sur ces parties. Si, par malheur, on demande à quelqu'un qui n'est pas préparé de prendre la parole que celui-là prenne bien garde de céder à une envie qui lui apportera la chute... sur sa chaise, en vertu de l'article 3, je suppose. Qu'il se contente de répondre qu'il regrette beaucoup, mais qu'il a oublié ses feuilles, et qu'alors, n'étant plus préparé, il se voit, (malgré un sérieux prurit oratoire) dans la nécessité, en vertu de l'article 3, de s'asseoir. C'est le seul moyen, j'en suis convaincu, de faire disparaître ces petits discours hiais, trop piquants, spontanés qui font rire et qui régnaient autrefois dans ces banquets de famille. Il faut du sérieux. Il faut être homme et relever la dignité professionnelle ! La jeune génération l'exige, — honneur oblige ! Courbons-nous, vieux ! C'est encore le seul moyen de faire disparaître la splénomégalie festive professionnelle. Et c'est encore le seul moyen de créer rapidement une puissante littérature médicale hétérogène canadienne-française et de l'enrichir de littérateurs distingués. Combien n'y en a-t-il pas peut-être de perdus déjà ? Moi-même, je serais peut-être grand poète hippocratique si on avait connu ces principes. Et dire que bientôt je n'aurai que la figure hippocratique.

D'AIGUILLON

(A suivre)

## INTERETS PROFESSIONNELS

Le college des medecins. Les etudes classiques et le Bill Rodlek

Le "Canada Medical Record," dans un de ses derniers numéros, s'occupe aussi, et à bon droit, de la décision prise par le Bureau des Médecins sur la question du cours classique complet.

Son attitude ne diffère guère de celle du "Montreal Medical Journal." Toutefois, s'appuyant sur l'autorité de Sir John Williams et du "Dublin Medical Press," il laisse percer son manque de confiance dans l'efficacité "d'un système d'éducation qui est un simple anachronisme."

Ceci nous confirme dans notre opinion que les droits de la minorité anglaise occupent une place secondaire dans la discussion de cette matière.

Le "Medical Record" prête à Mr le Dr Campbell deux assertions qu'il importe, croyons-nous de ne pas laisser passer sans y appeler l'attention du public médical. Si le Dr Campbell a réellement soumis ces faits au Bureau nous regrettons de ne pas l'avoir compris, car nous lui aurions demandé des explications sur le champ.

Ainsi on fait dire au Dr Campbell que 1° "pendant les douze années qu'il avait été secrétaire du Collège il savait que presque tous ceux (nearly every one), qui avait fait un cours classique complet avaient été dans la nécessité d'employer un tuteur pour se préparer à l'examen préliminaire."

2° "Qu'à une réunion des têtes dirigeantes des maisons d'éducation catholiques et protestantes de la province, on en était arrivé à la conclusion qu'il n'y avait pas une institution dans Québec qui donna une éducation préparant les jeunes gens à subir l'examen préliminaire pour l'étude de la médecine."

Ceux qui ont "passé leur brevet,"—pour employer l'expression usuelle, de 1880 à 1892, peuvent invoquer leur expérience personnelle sur le bien-fondé de la première assertion. Quand à la seconde, elle nous paraît si invraisemblable que, par déférence pour le Doyen de Bishop, nous l'accepterons, sous bénéfice d'inventaire jusqu'à plus ample informé.

Le "Medical Record" discute ensuite l'attitude du Bureau sur le Bill Roddick. Une étude plus approfondie du texte officiel des deux motions soumises à la considération des Gouverneurs lui eut épargné l'occasion d'être injuste pour les adversaires de la mesure et peu respectueux pour ses défenseurs. Car, sans s'en apercevoir, le confrère—d'un seul coup de plume—qualifie de "peu sérieux" les arguments des opposants, et "d'absurdes" ceux des adhérents de l'Acte Médical du Canada "Cuique suum.

"Une résolution, écrit-il, en faveur du Bill fut rejetée par un vote de 21 contre 11." Or, voici le texte de la motion Marsolais-Chartier, (page 421.)

"Déclarant que le Bureau désire soumettre le bill Roddick à une étude sérieuse avant de se prononcer, qu'en attendant, il demande à la législature de Québec de ne pas intervenir avant que le Collège des Médecins le demande, et qu'un comité composé de tous les officiers du Collège, résidant à Québec, soit chargé de s'opposer à toute intervention de la Législature.

On le voit, il n'y a pas un mot d'approbation du Bill Roddick dans cette proposition, puisqu'on y déclare ne pas le connaître suffisamment pour se prononcer d'une manière pertinente sur son mérite.

"Le président du Collège, continue le "Record," affirme, suivant les journaux de Montréal, que

"quand les Gouverneurs auront eu le temps d'étudier sérieusement le bill, ils lui donneront très probablement leur appui. Dans notre opinion, c'est là jouer sur les mots. Le Collège est censé être un corps composé de médecins intelligents, dire qu'ils ont besoin de temps pour étudier la question est absurde."

La lecture du rapport de l'Assemblée du 24 septembre, 1902, page 39, etc., convaincra le "Record" que les deux défenseurs présumés du Bill: les Drs Lachapelle et Craik ont tout simplement demandé au Bureau de temporiser, de consulter des juges, des juriconsultes, des législateurs, etc., avant de rendre son verdict.

Cette rebuffade infligea à ses amis, l'article ajoute: "Dans notre opinion les adversaires du Bill n'ont pas présenté un seul argument sérieux contre le projet de loi."

A quoi se réduisait, après tout, la motion Brochu-Baril, trop longue pour être citée ici en entier? "Tout en reconnaissant comme désirable la reciprocité interprovinciale des licences en médecine, reciprocité sous le contrôle direct des bureaux provinciaux, le Collège de Médecine et de Chirurgie de la Province de Québec s'oppose à toute organisation qui pourrait nuire à ses droits acquis, compromettre sa régie autonome ou lui enlever une partie de son contrôle sur les études médicales." (Voir Rapp. p. 38.)

"Cette proposition, pour nous servir des expressions de son auteur, rencontrait le but qui intéresse le plus immédiatement la masse des praticiens: faire disparaître les barrières qui empêchent aujourd'hui les porteurs de diplômes ou de licences dans une province de pouvoir aller pratiquer librement dans les autres provinces du Dominion; sauf, cette différence que tout en permettant d'atteindre le même but, elle respecte les conditions politiques établies, et elle ne met nullement en jeu les privilèges ou les droits acquis des institutions actuelles non plus que l'autonomie législative des provinces en matière d'éducation." (pp. 38-39.)

De plus, elle permettait enfin au Bureau de se prononcer clairement et catégoriquement sur la mesure elle-même. Nous disons "enfin," parceque depuis quatre ans la tactique adoptée avait toujours été d'empêcher le Bureau d'exprimer une opinion; nette et précise sur le projet de loi en confiant à un comité la tâche onéreuse de surveiller les événements et agir suivant son plaisir. Si, dès le début, sans suivre une politique à la Micawber, nos Gouverneurs avaient posé leurs conditions, l'Acte Médical du Canada, sous sa forme actuelle, n'eut jamais reçu la sanction législative. Ontario nous a donné une bonne leçon sur ce point.

Quoiqu'en dise le "Medical Record," Mr le Dr. Brochu a bien mis en lumière chacun des énoncés de sa motion, et l'a appuyée d'arguments dont personne n'a entrepris la réfutation, et pour cause. Au lieu de dire : Vos arguments ne valent rien—moyen facile mais peu satisfaisant et encore moins convaincant de confondre un adversaire—il eut mieux valu nous démontrer :—

1° L'équité de la représentation des provinces dans le Conseil, telle que réglée par le Bill Roddick ; (clause 6.)

2° L'opportunité d'introduire un élément politique et exclure les professeurs à autre titre que celui de représentants de leurs institutions de l'administration des affaires médicales : (id.)

3° La possibilité pour le Conseil médical de posséder des attributions analogues à celles des bureaux provinciaux sans empiéter sur leur autonomie et causer des conflits de juridiction ; (Clause 10.)

4° Le moyen de rédiger un programme d'études propre à satisfaire tous les intéressés sans faire baisser le niveau des études dans Québec ; (Clause 10, paragraphes 1-2.)

5° Qu'un jury d'examineurs, siégeant en un seul endroit, ne sera pas pour un grand nombre d'étudiants, vu leur éloignement et les frais de transport énormes, un empêchement insurmontable à subir les épreuves exigées ; ou que la division de ce même jury entre les diverses provinces—comme on l'a suggéré—assurera l'uniformité promise et la sévérité requise dans les examens, et

6° Que la profession ne sera pas appelée à solder une bonne partie des dépenses considérables entraînées par le fonctionnement de ce Conseil nombreux—recruté aux quatre coins du Dominion, etc., etc.

Cette démonstration vaudrait mieux qu'un persiflage anodin.

Notre peu d'enthousiasme pour la création d'un Conseil Médical du Canada semble faire naître l'étonnement en certains quartiers. On ne devrait pourtant pas oublier que dépouillée pour nous, de tout motif de sympathie nationale, d'affinité d'idées, de communauté de langage, cette question se réduit à considérer si ses avantages éventuels compenseront le sacrifice de droits et privilèges qui nous tiennent au cœur. De plus on a le tort de confondre la fin avec les moyens. Le but à atteindre étant la disparition des barrières interprovinciales—et le Bill Roddick étant simplement un moyen d'y arriver—pourquoi nous refuser le droit de lui opposer d'autres moyens aussi efficaces, mais plus simples, plus modestes, moins dispendieux, par exemple : la réciprocité des

licences entre provinces qui a l'inestimable avantage de laisser aux bureaux locaux la liberté d'adapter leur système d'éducation aux circonstances locales.

On ne saurait trop appuyer sur ce dernier point dont la question du cours classique complet a mis en relief toute l'importance et la gravité. Nous pouvons en appeler au "Montreal Medical Journal" qui dit, dans son article du mois d'octobre : "Le fait est que les deux systèmes d'éducation (dans Québec) sont entièrement dissemblables et irréconciliables comme le prouve l'existence de deux bureaux d'éducation séparés, même pour l'instruction primaire. Que cette dissemblance doive s'étendre et s'accroître dans la sphère de l'éducation secondaire et supérieure est une conséquence inévitable, et toute tentative de favoriser un de ces systèmes comporte nécessairement une injustice pour l'autre."

Nous soulignons la dernière phrase, car venant d'un défenseur de l'Acte Médical du Canada, cette admission devra convaincre les plus sceptiques que, minorité dans cette alliance, la province de Québec, avec ses institutions, son langage, son tempérament, son caractère et sa formation intellectuelle, "dissemblable et irréconciliable" avec celle de la majorité, ne sera pas toujours sur un lit de roses.

"L'histoire se répète," ne l'oublions pas, surtout après les événements des dix dernières années.

Nous prévoyons une objection : le bill Roddick, amendé par le Sénat, ne présente plus les inconvénients du projet originel. Quand cela serait, une fois le principe adopté et le Conseil organisé, le pouvoir qui légifère ayant comme corollaire le droit d'amender, qui empêchera les fédéralistes de faire appel au Parlement d'Ottawa pour en obtenir de nouveau privilèges et reprendre insidieusement le terrain perdu dans la première escarmouche parlementaire ? Il n'y a que le premier pas qui coûte. D'ailleurs, ceux qui ont suivi attentivement l'évolution de la loi depuis 1898, savent que certains amendements ont pu faire disparaître certains mots contenant des visées trop ambitieuses tout en laissant la chose.

Bien plus, lors de la dernière assemblée du Bureau, le président a fait une déclaration propre à nous faire réfléchir. "Supposons, a-t-il dit, en substance, que la Province de Québec se fût opposée à ce projet de loi, l'Acte Médical du Canada eut été adopté quand même."

C'est-à-dire que la sauce impérialiste dont le Dr Roddick avait arrosé son plat était assez piquante pour le faire avaler sans égard à sa substance. Que sera-ce donc quand il s'agira d'amendements, qui détachés du contexte, paraîtront bien inoffensifs ? Il suffit de connaître les tendances centralisatrices de nos

législateurs d'Ottawa pour produire la cordiale réception dont ils seront l'objet.

Le "Medical Record" nous annonce encore l'intention du Dr Roddick de demander à la législature, à sa prochaine session, l'autorisation requise pour donner force de loi à sa mesure ; cela, malgré l'opposition unanime du Bureau Médical et au mépris de l'Acte Médical du Canada lui-même. Car on y lit dans la clause 4, paragraphe f. :—

Le but du Conseil est. . . . .

(f) "l'obtention, avec la coopération et à la demande des différents conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions du présent acte, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés."

C'était pourtant un des grands moyens de séduction des promoteurs, de nous chanter : la mesure ne pourra devenir en force qu'avec le consentement des bureaux provinciaux d'abord, et des législatures, ensuite.

Sans vantardises, nous n'étions pas loin de la vérité quand nous écrivions, dans la "Revue," il y a trois ans : Une fois le projet de loi adopté par les Communes, on fera jouer toutes les influences imaginables pour le faire accepter par notre législature sans s'occuper de l'assentiment de la profession.

Pour justifier une fois de plus l'adage : "in cauda venenum," le "Medical Record" termine son article par les deux phrases suivantes auxquelles la traduction ferait perdre de leur saveur :

"Possibly, the Quebec College of Physicians and Surgeons may learn that it were better if its members were more modern and up to date in their views. In many ways we feel that they have much to learn, and if they are wise they will commence the necessary education forthwith."

Alexandre Dumas fait dire fort plaisamment à un de ses personnages :

"Les affaires, c'est l'argent des autres."

S'il eût vécu à notre époque dans le Dominion, il n'eut pas manqué d'ajouter :

"L'intelligence, c'est l'opinion des autres."

L. J. O. SIBOIS.

St-Ferdinand d'Halifax,  
25 janvier, 1903.

## CORRESPONDANCES

Pour la justification de monsieur le docteur S. Gauthier, d'Upton, au sujet de la lettre signée "Justi-

tia," paru dans le No. 11, du 10 septembre 1902. Nous publions aujourd'hui les deux lettres que nous recevons du docteur Gauthier.

Elles parlent suffisamment par elles-mêmes et ne demandent pas de commentaires.

Nous déclarons que depuis que Monsieur le docteur S. Gauthier est établi à Upton, il a donné gratuitement ses soins professionnels et les remèdes aux Sœurs et aux élèves de notre couvent.

En retour, nous avons rémunéré notre dévoué Médecin par des faveurs accordées sur pension ou instruction à ses nièces qu'il a bien voulu protéger et placer dans notre pensionnat.

La Communauté, qui a reçu les services aussi bienveillants qu'empressés du docteur Gauthier, se fait un devoir de lui offrir un tribut de respectueuse et sincère gratitude.

LES SŒURS DE LA PRESENTATION.

St-Ephrem d'Upton, 20 octobre 1902.

## GRAND TRUNK RAILWAY SYSTEM

Office of the Chief Medical Officer

J. ALEX. HUTCHISON, M.D.H.

Chief Medical Officer.

Dr S. GAUTHIER,

534 St. André St., City.

Dear Doctor :—

I beg to acknowledge your favor of recent date and in reply would say that your son Dr J. C. S. Gauthier has never sent in an application such as you speak of to this office.

Yours truly,

J. ALEX. HUTCHISON,  
Chief Medical Officer.

Nous vous faisons un devoir et un plaisir de publier la lettre suivante du distingué professeur Foucher.

Montréal, 11 janvier, 1903.

M. le Dr W. DÉROME,

Assistant rédacteur de *La Revue Médicale du Canada*.

Cher confrère,

En publiant quelques notes biographiques sur mon humble personnalité, vous m'avez attribué entre autres mérites que je ne possède pas, celui d'avoir fondé à Montréal le premier dispensaire canadien-français pour

le traitement des maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge. Cet avancé n'est pas complètement vrai et il n'est pas complètement faux. Le dispensaire de l'hôpital Notre-Dame est bien le premier où l'on se soit occupé spécialement des maladies des oreilles, du nez et de la gorge, mais il ne faut pas oublier que le dispensaire du Dr E. Desjardins, pour les yeux, à Nazareth remonte à une date bien antérieure. Le fait est que c'est là que j'y ai fait mon *apprentissage* de 1875 à 1879. — *cuique suum.* —

Bien à vous.

A. A. FOUCHER, M.D.

## BIOGRAPHIE

### Le docteur Arthur Vallée

En la personne du Dr Vallée, décédé à Québec, le 23 janvier dernier, la profession perd un de ses ornements, l'Université Laval son plus brillant professeur, les lettres un ami éclairé, le Bureau médical un de ses membres les plus éminents.

Admis à la pratique en 1873, le Dr Vallée passa deux ans à Paris pour y compléter ses études, et, à son retour, l'Université Laval l'appelle à occuper une



FEU LE Dr ARTHUR VALLÉE

de ses chaires. L'année suivante, 1878, il est nommé médecin visiteur de l'Asile de Beauport. Entre temps, il se crée une fort jolie clientèle qu'il abandonne en 1887 pour se consacrer exclusivement à son cours, ses cliniques et ses multiples devoirs de surintendant d'Asile.

Le travail épuisant et absorbant de cette dernière position a dû, nul doute, modifier l'orientation de sa vie ! Ce qu'il a dépensé de forces et d'énergie dans l'accomplissement de ces fonctions onéreuses et sou-

vent fastidieuses est difficile à estimer. Quand il prit la direction médicale de l'Asile tout était à réformer. Il ne s'agissait pas seulement d'y introduire les méthodes nouvelles, de se mettre au courant des idées modernes en médecine mentale—mais l'habitation, l'aménagement, l'alimentation, la surveillance, la classification demandaient des modifications urgentes. Avec l'indomptable courage qui le caractérisait et ne connaissant pas d'obstacles, le Surintendant ne faiblit pas devant cette tâche herculéenne, et à force de persévérance, de patience, de diplomatie, il réussit, surtout avec le concours des propriétaires actuels, à faire d'une maison de réclusion pour les fous un véritable hôpital pour le traitement des maladies mentales.

Apprécier Vallée comme aliéniste n'est pas de notre compétence. Il nous suffira de dire que ses rapports annuels différant en cela de la vulgaire littérature officielle, outre les statistiques requises par la loi, contiennent des études de grande valeur sur la régie des asiles, les causes, les différentes formes, les traitements les plus rationnels et les plus efficaces de l'aliénation mentale.

Appelé, plusieurs fois, à agir comme expert dans des cas fort difficiles et très importants, ses rapports ne dérogent certainement pas, pour le fonds et la forme aux belles traditions des grands aliénistes français. Il possédait la confiance des juges et du Barreau. Ce n'est pas là un mince compliment à sa valeur.

Successeur d'Hubert Larue à la chaire de médecine légale et de toxicologie, le Dr Vallée fut appelé à jouer un rôle dans tous les grands drames judiciaires qui se sont déroulés devant les Assises de Québec, durant les vingt dernières années. L'entendre exposer les résultats d'une analyse, énoncer les principes généralement admis en médecine légale, mettre en lumière l'état de responsabilité ou d'irresponsabilité d'un accusé ; le voir toujours calme, froid, impassible, éviter les ruses, déjouer les pièges, démolir d'un mot les théories des avocats, mettre, à l'occasion, les riens de son côté par ses vives réparties, était une vraie fête intellectuelle.

Le Dr Vallée était avant tout et par-dessus tout "professeur." Enseigner était plus qu'une vocation naturelle—c'était un besoin. Intelligence vive et fortement cultivée, jugement sûr, esprit méthodique et observateur, mémoire richement ornée, parole élégante et facile, faculté d'exposer avec clarté le problème le plus obscur : toutes qualités nécessaires pour l'enseignement, il les avait développées, chez lui, par le travail et l'étude des grands maîtres européens dont il avait suivi les leçons.

Il avait l'art de commander l'attention de ses élèves, s'emparer de leur esprit, soutenir leur intérêt et

leur instiller la substance de son enseignement, sans jamais les lasser.

Ses cours théoriques, soigneusement préparés, couchés en une langue pure et châtiée, soulignée, ici et là, d'une anecdote, d'une allusion classique, d'un bon mot, captivaient son auditoire. Plaire pour instruire était, alors, sa devise.

Par contre, ses leçons classiques, à l'Hôtel-Dieu ou à la Maternité, visaient toujours aux résultats pratiques. Délaissant les théories séduisantes, les distinctions subtiles, les points controversés, il s'attachait à développer chez les étudiants les facultés de constatation, d'observation, de comparaison et de réflexion qui sont les bases du sens clinique, sans lequel il n'y a pas de bon médecin.

Le Dr Vallée était encore un érudit et un lettré. Le peu de loisirs que lui laissaient ses nombreuses occupations étaient consacrés aux lettres et à l'étude de toutes les grandes questions qui agitent la société actuelle. Parmi les "intellectuels" de la Vieille Capitale, ses opinions en matières littéraires étaient fort estimées. Malheureusement notre regretté professeur, absorbé par les exigences du "struggle for life" a peu écrit—réalisant, à son insu, la parole de Renan : "la première qualité de l'écrivain est de ne pas songer à écrire." Il eût brillé au premier rang de nos publicistes, pour s'en convaincre il suffit de relire dans le "Bulletin Médical" du mois d'août, 1901, un article intitulé : "L'examen préliminaire et les études médicales." C'est à la fois, un des plus beaux écrits qui soit jamais paru dans la presse médicale, canadienne-française, et un superbe exemple de la manière dont il pouvait faire usage du "mâle outil" de Veuillot.

Un discours de Vallée à l'assemblée législative eût fait sensation—manquant du feu sacré—il n'était pas précisément un orateur. Mais la pensée originale ou rajeunie, l'expression choisie, l'abondance des citations, l'agencement artistique des arguments, le débit imprégné de force et d'énergie qui caractérisaient ses discours en imposaient. Il excellait dans la conférence, son genre favori qui lui valut de légitimes succès. Ses cours publics à l'Université Laval attiraient toujours un auditoire d'élite. Le tout Québec intellectuel se rappellera longtemps la dernière de ses leçons sur "Pasteur et la Médecine Contemporaine," dans laquelle, pour résumer son étude, soulevant un coin du voile de l'avenir, il faisait entrevoir à son auditoire enthousiasmé, dans un style dont l'ampleur et la magnificence s'alliaient à l'élévation et à la richesse des pensées—les conséquences éloignées des découvertes du Maître. Au lendemain de cette conférence, l'hon. Thos. Chapais, un connaisseur et un critique désintéressé, écrivait dans son journal : "Le Dr Vallée

"ferait l'ornement de n'importe quelle chaire européenne."

Hélas ! qui l'aurait cru : c'était son chant du cygne !

Représentant la ville de Québec dans le Bureau Médical dont il était vice-président, le Dr Vallée prit une part active à ses délibérations. Il s'occupait surtout des programmes d'études, questions auxquelles il avait donné une attention toute particulière dans ses différentes visites aux grands centres d'enseignement médical des États-Unis et d'Europe. L'éloquent plaideur qu'il fit lors de la dernière réunion du Bureau, en faveur des études classiques ne contribua pas peu à orienter l'opinion dans le sens d'une réforme longtemps désirée mais toujours irréalisée.

Monsieur le Dr Vallée est mort à l'âge relativement peu avancé de cinquante-quatre ans, en pleine maturité de ses riches facultés, avant d'avoir pu donner l'entière mesure de sa force. Cependant, comme le poète latin il eût pu dire : "non omnis moriar." Il laisse, à plusieurs générations de médecins qui ont été ses élèves, le souvenir du professeur aussi éclairé que dévoué, aux étudiants de l'avenir l'exemple d'une belle carrière : unique fruit du labeur. Car, si, sans avoir l'immense talent, l'étonnante facilité, la verve, le "brio" du regretté Hubert Larue, le Dr Vallée a pu rendre autant de services à la province, briller également dans l'enseignement et les lettres, il le doit à son travail opiniâtre, à sa constance dans l'effort vers le but à atteindre.

Enfin, ses confrères plus intimes conserveront la mémoire d'un ami qui, sous un extérieur sévère, même rigide cachait une nature des plus généreuses et des plus sympathiques.

L. J. O. SIROIS.

St. Ferdinand d'Halifax, 31 janvier, 1903.

## NOUVELLES.

### NAISSANCE :—

A Saint-Laurent, le 28 courant, l'épouse de M. le Dr Elius Oroulx, un fils.

### MARIAGES :—

A Chambly Bassin, le 19 courant, Dr Charles Scott, de Warren, R. I., E. U., conduisait à l'autel Mlle Eugénie Scott.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. l'abbé Lesage, curé de Chambly.

Nos meilleurs vœux.

## Travaux Originaux

### GASTRO-ENTEROSTOMIE POUR CANCER ET OBSTRUCTION DUODENALE

par M. le Dr ALBERT LAURENDEAU

(*Saint Gabriel de Brandon*)

(*Suite et fin*)

Il y a deux types de gastro-entérostomie : l'antérieure et la postérieure, en "Y" de Roux, de Lausanne. L'antérieure est facile et expéditive ; il suffit d'attirer dans la plaie l'estomac et une anse intestinale jéjunale ; vous faites alors une ouverture dans la paroi stomacale et une semblable sur le jéjunum ; ces deux ouvertures étant mises en regard l'une de l'autre, vous les cousez après adaptation, comme l'on pourra coudre une manche à une redingote. Seulement après un premier rang de sutures, vous devrez en faire un autre à la Lambert, c'est-à-dire que vous cousez un pli du péritoine intestinal à un pli du péritoine stomacal, tout autour de votre gastro-entérostomie, absolument comme si vous cousiez la doublure de votre manche à la doublure de votre redingote—et c'est tout.

L'autre gastro-entérostomie est plus longue et plus pénible, il faut d'abord commencer par perforer le mésocolon du transverse, coudre ce mésocolon autour d'un petit espace qu'il devra circonscire, sur la paroi postérieure de l'estomac, ouvrir cet espace et l'adapter au jéjunum de la même façon que plus haut. Roux, de Lausanne, a même proposé de sectionner complètement l'intestin grêle, d'adapter le bout inférieur à l'estomac dans la partie bordée par le mésocolon et de faire une entéro-entérostomie avec le bout supérieur du grêle ; c'est là l'entérostomie en "Y" de Roux de Lausanne ; c'est simplement une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique dont l'intestin est disposé en "Y."

La gastro-entérostomie postérieure a été imaginée afin d'éviter l'étranglement du colon transverse, ce qui est arrivé quelquefois par la compression du jéjunum à cheval sur le colon, et la section de l'intestin grêle a été proposée, pour éviter le reflux des aliments, bile, suc pancréatique, etc., dans l'estomac.

Eh bien ! malgré tous ces arguments, j'ai opté

pour la gastro-entérostomie antérieure ; pour la bonne raison qu'une opération un peu longue et pénible aurait tué cette femme ; il fallait agir promptement, et j'ai lieu de m'en féliciter, je dirai tantôt pourquoi. Bref, tout alla pour le mieux. L'opération dura juste cent minutes ; je la terminai suivant les règles ordinaires, je plaçai un drain dans la partie moyenne de la plaie et je quittai ma malade à la grâce de Dieu, et aux soins de sa mère, avec instruction de lui mouiller les lèvres avec de l'eau fraîche et rien autre chose pendant au moins quatre jours.

La quatrième journée, il survint une pneumonie franche, à la base du poumon droit. Je crus le cas désespéré ; mais la nature a des ressources étonnantes. Tout de même, je restai avec la conviction intime que si, au lieu d'une opération aussi simplifiée que possible, j'avais donné le choix à une autre longue et difficile, exposant les intestins, une partie de l'estomac, l'abdomen, à l'air, à la température du milieu ambiant, cette pneumonie consécutive à l'acte opératoire, à l'irritation du chloroforme par voie atmidiatrice, j'ai la conviction intime dis-je, que cette malade aurait succombé à cette complication.

Aujourd'hui, quatre semaines après l'opération, ma malade boit, mange, a des selles régulières ; elle a même été passer les Rois chez sa mère, à quelques arpents de sa résidence ; elle se croit guérie définitivement. Malheureusement, le cancer continue à évoluer je le vois, je le constate par les douleurs qu'elle ressent encore au même endroit, par l'amaigrissement qui va s'accroissant, par de petites crises de péritonites qui vont se répétant. Mais j'ai la satisfaction d'avoir fait ce que la science prescrit.

Si, maintenant, l'on veut me le permettre, je dégagerai l'idée qui m'a fait rapporter avec quelques détails la relation de ce cas de gastro-entérostomie. Ce que j'ai fait est classique, je n'ai rien innové, et le moindre traité de clinique chirurgicale vous dira mieux que moi, tout ce qui se rapporte au diagnostic, à la technique opératoire de cas analogues. Ce que je veux démontrer, c'est qu'en général, le médecin à la campagne n'ose pas assez. Le cas ci-dessus est ma première gastro-entérostomie ; je n'en ai jamais vu faire pendant ma cléricature, il y a quelque vingt ans, je crois même que le nom de gastro-entérostomie n'existait pas, du reste, je ne le vois pas dans mon



vieux traité de Pathologie et Cliniques Chirurgicales par J. A. Fort, édition 1873, où j'ai puisé mes premières notions chirurgicales. J'ai dit déjà, et je répète : les médecins à la campagne devraient être en état de faire toutes opérations d'urgence.

A mes confrères de la campagne, je dirai comment je fais, comment il faut faire, je crois pour réussir :

Procurez-vous un bon traité de technique opératoire, pas trop volumineux, car vous vous perdriez dans les détails, et ces détails sont bons surtout pour les spécialistes ; l'Atlas Manuel de Chirurgie opératoire par Otto Zuckerkandl, édition française, par Albert Mouchet, 1899, me suffit. Maintenant, lorsque je juge opportun de faire une opération, je prends mon petit traité, et je lis attentivement les détails de technique opératoire. Du même coup, j'étudie toutes interventions collatérales qui pourraient survenir compliquer mon opération principale ; ensuite, je ferme mon livre, je m'isole du monde extérieur en quelque sorte, je fais mentalement mon opératoire dans tous ses détails, le crayon à la main, jetant de temps à autre une note sur une feuille volante pour me rappeler surtout l'instrumentation dont j'aurai besoin ; et une fois cet inventaire fait et noté, à la grâce de Dieu, je fais ce que je crois le mieux, sans peur comme sans faiblesse, sans presse ni hésitation. Tâchez de vous procurer un chloroformisateur sur lequel vous pourrez compter sans soucis, et souvent, cela vous suffira pour entreprendre de grandes opérations que vous mènerez à bien.

Très souvent, j'ai opéré pour appendicites, j'ai même fait tout dernièrement une cholécystotomie qui m'a permis d'enlever une douzaine de gros calculs biliaires, avec mon seul confrère, le Dr Archambault. Dans ces cas, je donne des instructions précises à une femme de bonne volonté, et j'ai toujours été surpris de constater combien une femme quelque peu intelligente, garde son sang-froid et observe mes instructions en ces circonstances.

Je ne puis clore cet article sans insister spécialement sur l'asepsie des mains de l'opérateur, de celles de son aide immédiat, du malade, au moins de la région opératoire, et de l'instrumentation, ligatures, etc. A la campagne, où l'on n'est pas outillé comme à l'hôpital, je me trouve bien, et, je conseille fortement

l'asepsie par l'ébullition. Faites bouillir tout ce qui devra servir à votre opération : instruments, fils à ligatures, à sutures, (excepté le catgut conservé aseptiquement), compresses hémostatiques, coton devant servir à couvrir la région à opérer et les environs, à contenir ou à refouler les intestins si vous avez à faire une laparotomie, etc. J'ai l'habitude de faire bouillir ces articles environ une demi-heure, et aucun objet ne doit toucher la plaie opératoire, sans avoir préalablement subi cette désinfection. La table même, sur laquelle doit reposer votre outillage, compresses hémostatiques, bols à désinfection, etc., doit être préalablement recouverte d'un coton aseptisé de la même manière, et immédiatement avant l'intervention. A cet effet, je me sers de coton commercial commun. Quant aux mains de l'opérateur, de son aide, ainsi que de la région à opérer, il n'y a qu'à suivre les indications classiques, ce qui est facile même à la campagne.

Enfin, comme dernier conseil, ayez presque constamment l'oeil sur votre aide, surtout, si c'est une personne qui n'a pas d'expérience en asepsie, autrement, elle se souillera les mains sans y penser.

Et avec ces préceptes, je ne crains pas d'entreprendre toutes opérations urgentes, quelles qu'elles soient. Essayez, mes amis, et de temps à autre, vous aurez l'intime satisfaction d'avoir sauvé un moribond.

---

## Revue des journaux

---

### MEDECINE

---

#### Etat des reins dans les cirrhoses

M. Jean Lépine fait part des recherches qu'il a faites sur ce sujet dans les cahiers d'autopsie du Prof. Lépine. Il a retrouvé 59 autopsies de cirrhose du foie. Sur ces 59 cas, 2 appartiennent à la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. Les reins sont sains et de poids sensiblement normal.

Restent 57 cas de cirrhose de Laënnec, le plus souvent avec atrophie. Ces 57 cas forment plusieurs groupes :

1° 9 cas de cirrhose avec lésions rénales indiscutables chez des sujets âgés de plus de 60 ans, grands alcooliques, grands buveurs, goutteux. Dans 5 cas les reins étaient hypertrophiés, quoique malades. Leur

poids atteignait une fois 520 grammes pour les deux reins ensemble. Dans un cas l'un des reins était sain et hypertrophié, l'autre atrophié, et cette atrophie était due à l'oblitération de l'artère rénale par une plaque d'athérome.

2° 8 cas dans lesquels les reins étaient sains et de poids normal, c'est-à-dire de 250 à 300 grammes pour les deux organes ensemble.

3° 30 cas dans lesquels les reins étaient sains et hypertrophiés, c'est-à-dire pesaient ordinairement plus de 400 gr. et parfois plus de 500 gr. ensemble.

4° 10 cas de cirrhose avec reins sains, mais sans indication de poids.

Dans la plupart de ces cas, l'examen histologique a été fait et a confirmé l'intégrité du rein constatée à l'œil nu. Dans tous les cas où il a été noté que les reins étaient sains, l'albuminurie avait manqué pendant la vie.

Cette statistique, comme on le voit, confirme de tous points l'opinion émise récemment par M. Mollard, que dans la cirrhose de Laënnec les reins sont le plus souvent sains et fréquemment hypertrophiés.

(Lyon méd.)

#### La sulfate de cuivre contre la pyorrhée alvéolaire

D'après M. von Dobrzyniecki, dans le "Wiener med. Woch.," 13 décembre 1902, le moyen le plus efficace pour combattre la pyorrhée alvéolaire consiste à injecter, à l'aide de la seringue d'Anel, dans l'interstice entre la dent et la gencive décollée, quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre à 10 ou 20 pour 100. Avant d'injecter, on a soin de bien exprimer le pus accumulé dans la poche gingivale. Après l'injection, on fait un léger massage de la gencive. Ce traitement est continué jusqu'à disparition de tout écoulement de pus. Lorsqu'il s'agit d'une pyorrhée alvéolaire étendue, on ne traite que deux ou trois dents par séance, le sulfate de cuivre provoquant une réaction inflammatoire, accompagnée d'une sensation de tension douloureuse. Sous l'influence de ce traitement, la sécrétion purulente ne tarde pas à cesser et les dents redeviennent fermes. Cependant il est nécessaire, afin de prévenir la récurrence, de reprendre les injections de sulfate de cuivre au bout de quelques mois.

#### Les tendances nouvelles de la thérapeutique

par M. le prof. Ch. BOUHARD.

(Suite)

J'ai eu la pensée que, dans les maladies locales

comme aussi dans les maladies générales qui se localisent, si une médication générale exerce une action spécifique curative, on pourrait limiter l'administration du remède exclusivement au tissu qui est atteint; qu'on pourrait tenter le traitement en injectant dans le lieu affecté le médicament qui se montre efficace quand on le répand dans toute l'économie.

En cas de rhumatisme articulaire aigu, un homme du poids de 60 kilogrammes qui reçoit chaque jour par la bouche 6 grammes de salicylate de soude voit simultanément ou successivement chacune de ses arthrites disparaître. On a fait pénétrer chaque jour dix centigrammes du médicament dans chaque kilogramme de son corps, dans chaque kilogramme de substance malade. Si dans une articulation—je ne parle que des grandes articulations—les parties molles qui sont le siège du travail morbide pèsent 50 à 100 grammes, c'est à des doses de 5 à 10 milligrammes qu'est due la guérison de chaque lésion locale.

Si l'expérience venait à justifier cette conception, administrer à un homme six grammes de salicylate de soude par jour pour une arthrite rhumatismale unique, ce serait envoyer chaque jour dans la jointure malade le centigramme de médicament nécessaire et suffisant et jeter dans le reste de l'économie, qui n'en a pas besoin, 599 centigrammes d'une substance qui, assurément inutile, ne serait peut-être pas inoffensive.

En fait, une arthrite rhumatismale aiguë cède à l'injection "in situ" de quantités extrêmement minimes de salicylate de soude. Je ne dis pas que j'ai guéri avec un centigramme, mais j'ai vu des arthrites arrêtées net par trois centigrammes, et il est exceptionnel qu'une fluxion articulaire ne soit pas supprimée par l'injection de 10 ou 20 centigrammes en solution dans 2 à 4 centimètres cubes d'eau.

Et ne croyez pas qu'il s'agisse de révulsion, comme cela pourrait être si l'on injectait de l'eau distillée; à ce titre la solution n'est pas douloureuse. Ne croyez pas davantage qu'il s'agisse de spoliation aqueuse, comme quand on injecte les solutions salines concentrées. La guérison s'obtient aussi bien, quand on a soin que la solution soit absolument isotonique, qu'elle ait la même tension osmotique que le sang, qu'elle congèle à 0,56 comme c'est le cas pour les solutions de salicylate de soude à 3 pour 100.

J'ai déjà fait connaître, à l'Académie des Sciences, le 7 juillet 1902, quelques-uns des faits sur lesquels s'est édifiée ma conviction.

Un homme affecté de rhumatisme partiel du genou avec tendance à la chronicité était retenu au lit depuis deux mois et n'avait, en six semaines, bénéficié en aucune façon de mes tentatives de traitement soit local soit général: 20 centigrammes de salicylate injectés en une seule séance lui ont permis de se lever

le jour même ; le lendemain il était guéri.

Puis est venue toute une série de cas de polyarthrites aiguës, les unes fébriles, les autres apyrétiques, où j'ai vu 5, 10, 20 centigrammes du médicament faire disparaître rougeur, douleur, épanchement, impotence ; et l'effet favorable se produisant seulement dans la jointure traitée. Les autres articulations ne sont nullement modifiées ; elles ignorent ce qui s'est fait à côté d'elles et ce qui en est résulté. Il se peut même que de nouvelles arthrites se produisent ; elles n'influencent pas celle qui guérit, de même qu'elles ne sont pas influencées par elle. On guérit, au choix, une des articulations ; les autres restent malades ou peuvent devenir malades.

C'est la preuve que les doses minimales injectées localement n'ont pas une action générale et que ce n'est pas par une action générale sur le sang ou sur le système nerveux que se produit la guérison locale. Cela prouve aussi que, quand le traitement général se montre efficace, chaque articulation prise en particulier guérit non par la masse totale du médicament qui est répandue dans toute l'économie, mais par la très petite portion qui est livrée à cette jointure.

Les guérisons par injections locales de doses minimales, souvent définitives sont parfois précaires. Rien n'empêche que le traitement local soit continué ou repris, de même que rien n'empêche de traiter simultanément ou successivement plusieurs arthrites.

En tout cas, si, dans le rhumatisme articulaire aigu ou erratique, le traitement local est efficace, il ne doit pas être considéré comme suffisant ; sans doute il fait tomber la fièvre quand il s'agit d'arthrite unique, mais il n'empêche pas le développement de nouvelles arthrites ni l'invasion des grandes séreuses. Dans ces cas, le traitement général est obligatoire ; s'il se montre insuffisant, le traitement local lui viendra en aide.

Quand le rhumatisme n'est plus en période d'augment, quand il n'existe plus comme maladie générale et laisse seulement quelques vestiges persistants, quand surtout il est localisé d'emblée, le traitement local pourra être jugé suffisant.

Il n'est pas inefficace même dans les formes chroniques où son effet utile est produit parfois avec une rapidité qui dépasse toutes les prévisions ; mais il doit être maintenu avec persévérance si l'on veut arriver à une amélioration fonctionnelle durable.

Il est entendu que je ne parle que du rhumatisme vrai et non des pseudo-rhumatismes infectieux, en particulier du gonococcique qui pourtant bénéficie du traitement local salicylé, au moins en ce qui concerne la douleur.

Plusieurs fois l'injection dans les parois thoraciques douloureuses a arrêté et fait rétrograder une

"pleurite" commençante.

Même dans la "péricardite rhumatismale," j'ai vu une injection de 10 centigrammes faire tomber la fièvre de 39 à 37°6. On fit une seconde injection et, en trois jours, le frottement avait disparu.

J'ai échoué dans "l'endocardite." J'ai été moins heureux que Moritz Benedikt qui m'a précédé dans cette voie et qui a employé avec succès les injections d'acide phénique à 2 pour 100 dans le rhumatisme, dans le torticolis, dans la crampe des pianistes, dans la périostite syphilitique, et qui a vu "les injections sous-cutanées d'acide phénique dans la région du coeur, sans qu'il en reste de traces, les plus graves péri, endo et myocardites au cours du rhumatisme articulaire."

J'ai de mon côté obtenu par la médication salicylée locale l'amélioration et la guérison de la "contracture musculaire douloureuse" des adducteurs de la cuisse ; j'agissais alors sur les insertions tendineuses.

J'ai obtenu aussi quelques bons résultats dans la "sciatique" et dans la "névrite" si cruelle et si obstinée "du zona." Je n'injectais ni dans les tendons ni dans les nerfs, mais à proximité des tissus malades.

De même, dans les inflammations des séreuses articulaires ou viscérales, je ne portais pas le médicament dans les cavités closes, mais dans le tissu ambiant, au plus proche voisinage des parties affectées ou dans le tissu malade lui-même.

Les résultats heureux que je viens de signaler en dernier lieu m'ont donné à penser qu'il y aurait peut-être avantage à appliquer la médication salicylée locale à d'autres affections douloureuses des nerfs. J'ai tenté la cure des "douleurs fulgurantes du tabes." Je n'ai rien obtenu et le professeur Déjerine qui, à ma prière, a tenté cette médication n'a pas obtenu de meilleurs résultats.

De même que le salicylate, qui guérit le rhumatisme articulaire véritable, n'a qu'une action fort douteuse sur l'arthrite blennorrhagique, de même son efficacité dans certaines névrites qui peuvent être rhumatismales ne se retrouve pas quand on l'applique à la cure des douleurs nerveuses tabétiques qui ont, elles aussi, une cause spécifique qui n'est pas le rhumatisme. Il y avait lieu de recourir à un autre médicament spécifique. J'ai eu recours aux injections d'iode de potassium à 3 pour 100, titre qu'il ne convient pas de dépasser sous peine de provoquer une douleur vive. Ces injections, faites sur le tronc du nerf douloureux et à son émergence des trous de conjugaison, faites aussi au niveau des foyers d'où partaient des élancements, ont donné des améliorations, même des améliorations durables ; mais on ne dépassait pas un certain degré. La douleur devenait tolérable,

mais elle persistait. Remarquez que je n'injectais pas plus de 2 centimètres cubes chaque fois, soit 6 centigrammes d'iode.

Je me décidai à associer à l'iode de potassium le biiodure de mercure. La solution contenait pour 100 grammes d'eau, un centigramme de biiodure de mercure et 3 grammes d'iode de potassium. On n'injectait toujours que 2 centimètres cubes, soit deux dixièmes de milligramme du sel mercurique. Je ne dépassais donc pas les doses minimales. J'ai triomphé ainsi de douleurs très aiguës et très rebelles. Je ne puis dire encore combien de temps cette heureuse amélioration durera.

Ces premiers résultats m'engagèrent à essayer le traitement local des localisations de la syphilis par les mêmes doses minimales des médicaments spécifiques. Je n'ai eu ni le temps ni l'occasion de recueillir des faits aussi nombreux que pour le rhumatisme ; je dirai simplement tout ce que j'ai vu

Un homme atteint de gomme ulcérée du flanc avait été soumis à la cure par les deux médicaments isolés, puis associés. On avait en particulier eu recours aux frictions et aux injections sous-cutanées de sels mercuriels faites dans les lieux d'élection, loin de la lésion. Le traitement général se montrant ainsi inefficace, je le supprime et me décide à faire au pourtour de la gomme des injections d'iode de potassium de 1 centimètre cube, puis de 2. Après 7 injections de 3 à 6 centigrammes d'iode de potassium la gomme était affaissée et cicatrisée.

Dans les mêmes conditions, c'est-à-dire après insuccès du traitement général et suppression de ce traitement, une autre gomme disparaît sous l'influence de trois injections de 6 centigrammes d'iode de potassium.

Chez un autre malade atteint de névrite que je considérais comme relevant de la même cause spécifique, névrite qui s'accompagnait d'ulcération trophique, j'ai obtenu la disparition des signes de névrite et la cicatrisation de l'ulcération par les mêmes injections d'iode de potassium à dose minimale, poursuivies il est vrai pendant un temps plus long.

Une femme atteinte de syphilis grave précoce présentait sur diverses parties du corps des condylomes profondément ulcérés. Je la soumis au traitement général par les deux médicaments qui furent administrés par les diverses voies d'introduction. Au bout d'un mois il y avait intolérance absolue, l'estomac ne supportait plus l'iode, les injections de benzoate puis de cyanure de mercure provoquaient des nodosités du volume d'une noix. Aucune amélioration ne s'était produite. Le traitement général se montrant ainsi inefficace et nuisible, je le supprime et

fais l'essai sur quelques tumeurs du traitement local par les injections à dose minimale d'iode de potassium et de biiodure de mercure aux doses que j'ai indiquées précédemment. En trois jours un condylome qui a reçu à sa base deux injections de 2 pour 10 de milligramme de biiodure de mercure est guéri. Une autre ulcération cède après six injections aux mêmes doses. Pendant ce temps les autres condylomes qui ne sont plus continus par le traitement général ; de même la faiblesse s'accroît, la chute des cheveux reparait.

Dans ce cas, le résultat du traitement local dit bien ce qu'il produit et ce qu'on en peut attendre. Même sans traitement général, il guérit ce que le traitement n'a pas guéri ; mais il est sans action sur l'état général et n'empêche pas la progression des lésions locales qui ne sont pas traitées ni le retentissement sur toute l'économie de la maladie qui se trouve abandonnée à elle-même.

De même que le rhumatisme en évolution, la syphilis en voie d'accroissement réclame le traitement général ; je pense même qu'elle le réclame toujours ; mais avec ou sans traitement général on pourra, je l'espère, par le traitement local, triompher d'une lésion isolée ou arrêtée et réduire rapidement certaines localisations fâcheuses, douloureuses ou dangereuses comme il s'en développe à la face, à la langue ou sur l'œil. Il n'est pas interdit d'espérer qu'on pourra aussi quelque jour atteindre les lésions profondes.

Je ne crois pas nécessaire d'indiquer dans quelles voies on peut s'engager si l'on veut appliquer cette méthode au traitement d'autres maladies.

(Presse médicale.)

(A suivre)



### La scoliose sciatique ou signe de Vanzetti

d'après M. Domenico CAPUCCIO

(Suite)

Il est possible que la scoliose échappe à l'observation lorsqu'elle n'est qu'ébauchée. Mais il arrive souvent que les caractères d'une sciatique sont si bien marqués que le diagnostic s'impose sans qu'il soit besoin d'un examen bien approfondi ; or dans ces cas bien nets la scoliose peut n'apparaître que tardivement après 18 mois, cas de Babinski). Alors, il est difficile d'imaginer pour quelle étrange raison l'échéance de la réaction à la douleur a été reculée si longtemps.

C'est donc que peut-être il n'y a pas de rapport entre la douleur de la sciatique et l'intensité de la déformation sciolitique, ou la précocité de son appari-

tion. Zaniboni déjà, doutait que la douleur ait le rôle principal dans la production de la scoliose ; il pensait plutôt pouvoir attribuer le rôle principal à la propagation du processus névritique par voie ascendante aux nerfs et aux muscles lombo-sacrés. Il pouvait par cette interprétation expliquer l'inconstance de la scoliose et le retard de son application ; mais il devenait alors difficile de comprendre les cas, où la déformation s'était rapidement constituée avec les douleurs initiales de la névrite commençant sur des rameaux terminaux des sciatiques sans participation des branches lombo-sacrées.

Et pourtant la scoliose, toujours modelée sur le même type, a présenté, dans toutes les observations connues, une constante uniformité de profil, indépendamment de l'extension et de la gravité des névrites.

Cette uniformité dans la représentation clinique, suppose le mécanisme de la production uniforme, et constant le moment causal qui astreint le tronc à la scoliose.

Les explications du mécanisme données ont toutes le tort de ne s'appliquer chacune qu'au petit nombre de cas spécialement envisagés par chaque auteur. De là des jugements unilatéraux faussant l'interprétation clinique.

Gussenbauer, par exemple, croit que la déformation représente la conséquence de lacérations musculaires aux insertions des muscles extenseurs du tronc et de la distension des branches du plexus sciatique déterminée par la position prise par le corps dans certaines occupations. Il est difficile de suivre la pensée de l'auteur sur le mécanisme de la déformation. La colonne vertébrale obéit-elle à la traction, devenue spasmodique, des muscles du côté affecté, consécutivement aux douleurs déterminées par les lésions présumées ? Ou bien les muscles de ce côté malade étant parésiés, la colonne vertébrale est-elle entraînée par les muscles du côté sain qui n'ont plus d'antagonistes ? En d'autres termes, quelle loi détermine le côté de la scoliose ?

Certainement une lacération des muscles des lombes peut imprimer au tronc une courbure scolio-tique ; quoi qu'elle puisse ressembler à une scoliose sciatique il ne s'ensuit pas qu'elle se développe nécessairement du même côté et dans la même direction de cette dernière.

A ce propos, il faut remarquer une observation de Capuccio où la lacération musculaire est assez clairement établie. En effet l'apparition brusque et soudaine d'une douleur violente, aux lombes et à gauche, immédiatement après un effort musculaire ; sa limitation exacte à une zone circonscrite ; l'absence d'irradiation le long des branches nerveuses ; l'impossi-

bilité de fléchir le tronc en avant et du côté de la douleur à la pression limitée à un point des masses musculaires sacro-lombaires, sont des symptômes assez démonstratifs. Ici la scoliose, identique dans son profil à celle qui est consécutive à la névrite sciatique, née du traumatisme, s'est formée du côté malade, comme dans la forme spasmodique décrite par Brissaud. Il est facile, dans ce cas de constater l'état des muscles, du côté traumatisé, en contracture. Cette constatation fait penser, ou que la lacération fasciculaire suscite la contracture dans le ventre musculaire épargné par le trauma ou que dans le muscle frappé la contraction est annihilée tandis que les autres muscles sacro-lombaires tombent en état de contracture par action réflexe, pliant le tronc en scoliose, ou rapprochant les insertions du muscle lésé, la contracture assure le repos, condition fondamentale de la cicatrisation du muscle. Il n'est pas possible d'admettre l'explication de Gussenbauer, car la scoliose sciatique devrait dans la majorité des cas, être du type homologue de Brissaud.

Pour Albert la déformation est le produit d'une action réflexe, entretenue par une névrite des terminaisons articulaires du sciatique, et de lésions probables des têtes osseuses. Si l'hypothèse est vraie en ce qui concerne le rapport entre la douleur et la déformation déterminée par le réflexe, il ne semble pas qu'elle envisage les éléments véritablement responsables de la scoliose.

La lésion des corps articulaires ne figure pas constamment dans les cas de sciatique, ou du moins représente une complication tardive qui n'est pas très fréquente. La névrite des ramuscules articulaires ne peut pas être invoquée dans les cas typiques de névrite sciatique où les crises douloureuses, qui se succèdent violentes et angoissantes, suivent le trajet du tronc du nerf ; d'autre part, dans le décubitus dorsal, la pression exercée sur les têtes articulaires (compression énergique exercée sous les talons, le membre étant allongé), ne suscite pas ces crises de douleur qui se produisent si les rameaux articulaires étaient frappés d'abord.

Nicoladoni a émis une hypothèse ingénieuse, basée sur deux cas où la névrite ascendante envahit jusqu'à la moelle. La déformation se produirait ainsi : la névrite, constituée de préférence par un fort gonflement du périmère par l'hypérémie et l'exsudation, s'étend rapidement jusqu'aux racines du plexus, dans le canal vertébral. Les cordons nerveux, turgides, sont comme étranglés au niveau des troncs de conjugaison ; et même les éléments de la queue de cheval, en proie à l'inflammation, souffrent d'être à l'étroit dans la moitié du canal qu'ils occupent. Alors le be-

soin se fait sentir d'espaces plus larges pour les cordons nerveux malades ; la chose est réalisée par un mouvement de flexion latérale constituant une courbe scoliothique lombaire, à convexité tournée du côté malade. Grâce à ce déplacement les troncs nerveux peuvent utiliser un espace plus grand, réalisé d'une part par écartement des vertèbres, et en partie aussi parce que le déplacement de la queue de cheval du côté de la courte courbure rend libre la place qu'elle occupait d'abord.

L'hypothèse s'appuie sur deux conditions fondamentales, dont on observe précisément les contraires dans la pratique.

En effet, il n'est pas obligatoire que la névrite sciatique ait un processus ascendant vers le canal vertébral. Il n'est pas douteux que l'invasion de la moëlle et ses conséquences funestes sont presque toujours l'épilogue des formes graves ; mais dans la pratique on voit surtout des formes beaucoup plus légères, où la névrite reste confinée aux branches périphériques du sciatique ; et là, aussi bien que dans les formes graves, la scoliose est très nette.

Une autre considération est à faire relativement à la scoliose par névrite des rameaux élevés du sciatique ; la courbure se fait du côté malade et par conséquent les racines n'ont à leur disposition qu'un espace raccourci, ce qui est tout à fait contraire à l'hypothèse de Nicoladoni.

Schudel a porté la question dans le champ de l'expérimentation. La déformation, suivant cet auteur, ressemble par la nature de son moment génétique, au torticolis musculaire. Il existe un rameau nerveux dont la nature sensitive ou motrice n'est pas bien définie, qui sort du premier tronc sacré et qui gagne, en haut, le ventre du sacro-lombaire. Quand l'inflammation du sciatique atteint ce rameau nerveux, la scoliose s'établit d'après un mécanisme simple. L'extenseur du tronc, frappé d'insuffisance fonctionnelle, est moins actif ; l'équilibre étant rompu, le tronc ploie du côté sain, comme l'y forcent les muscles demeurés prépondérants ; cela constitue la scoliose.

Il n'est certainement pas étrange qu'une névrite du sciatique, atteigne de cette façon, dans sa marche envahissante, le nerf de l'extenseur du tronc ; mais il n'est pas évident que le rameau en question soit atteint dans tous les cas. Dans les cas de névrite des branches terminales du sciatique où la déformation se constitue précocement, dès les premières douleurs, on ne voit pas le mode de propagation à un rameau aussi élevé, d'une inflammation qui demeure confinée très bas. Il faut dire aussi que la forme homologue de Brissaud ne pourrait pas du tout être expliquée par cette hypothèse.

L'apparition rapide et précoce de la scoliose dans quelques cas où la névrite survint dans une crise de douleurs, sa reproduction plus facile chez les individus à fond névropathique, font paraître plus simple et plus correcte la vieille idée de Vanzetti, que Babinski attribuait à Charcot, que Schudel eut le tort de vouloir enterrer sous des épreuves expérimentales. La déformation, suivant cette conception, est le résultat d'un acte instinctif, c'est un phénomène réflexe directement provoqué par la douleur. Dans l'acte de la marche le malade est contraint de plier le tronc vers le côté sain, de faire porter sur la jambe saine tout le poids du corps, afin de rendre moins sensible l'effet du traumatisme que les muscles, dans leur activité, exercent en comprimant le tronc nerveux enflammé. Cette attitude devient, avec le temps, habituelle, permanente, ineffaçable, à cause d'un processus de rétraction fibreuse (Charcot), immobilisant les muscles dans l'état de contracture.

L'hypothèse, présentée sans prétentions, se vérifie facilement à l'observation du malade. Le sciatique, dont la sensibilité se trouve exagérément aiguë par le processus inflammatoire, ne peut certes pas échapper aux traumatismes dont les puissantes masses musculaires du membre abdominal le frappent pendant l'acte de la marche.

Le malade, instinctivement, cherche à échapper à la douleur en atténuant les effets de ces traumatismes. Il se crée ainsi une position pour ainsi dire de repos, dans laquelle le membre malade, à cause des nouvelles exigences statiques, donne une quantité de travail utile, et par conséquent d'énergie contractile, inférieure à la normale. La charge de supporter le tronc dans cette nouvelle attitude, qui devient ensuite permanente, reste confiée aux muscles du côté sain, qui entrent dans une phase de contracture.

La déformation se constitue précisément à cause de la différence dans les quantités d'énergie contractiles que les groupes musculaires de l'un et de l'autre côté utilisent pour maintenir le tronc en équilibre. Cette hypothèse explique mieux que toute autre l'apparition précoce de la scoliose ; elle n'est pas contraire à l'observation de Brissaud.

(à suivre)

## DISCOURS

Discours de M. le Dr J. I. Desroches au banquet de la Société Médicale de Montréal

*La santé de l'université Laval*

Messieurs,

J'ai l'honneur de présenter la santé à l'Université

Laval. Je sais bien qu'un autre mieux que moi aurait pu porter cette Santé à notre belle institution nationale. Cependant je me rends volontiers à la tâche qui m'est dévolue, assuré que je suis que cette santé trouvera un sympathique écho dans cette réunion amicale et savante, qui mieux que toute autre, connaît notre histoire et sait mieux apprécier le rôle prépondérant que joue l'université Laval dans le domaine intellectuel de ce pays.

Je ne vous ferai pas l'histoire de l'université Laval, à Montréal, car j'aurais, en la faisant, à vous rappeler les difficultés sans nombre, les luttes brûlantes et interminables que la question de Laval à Montréal, a suscitée. Comme l'odeur de la poudre est maintenant disparue de notre ville et que nous avons aujourd'hui doublé le cap des tempêtes pour pénétrer dans une région de paix et d'union, je me contenterai de vous dire quelques mots de notre université.

La loi du progrès des nations est celle du peuple Canadien, mais le progrès matériel n'est pas tout pour un peuple ; il y a au fond de sa nature des sentiments d'un ordre plus élevé auxquels il sent le besoin d'obéir ; sentiments ou aspirations qui donnent des ailes à l'âme, lui permettent d'élever son vol dans les régions lumineuses du beau et du vrai, et la rendent capable d'élans sublimes et de hardiesses étonnantes.

Nous sommes un peuple encore jeune, mais plein de vigueur et d'avenir. Comme l'aiglon devenu assez fort pour essayer ses ailes, mesurer l'espace et s'élancer dans les sphères supérieures, notre Société canadienne-française prend de nos jours un brillant essor dans le domaine des lettres et des sciences.

Lorsqu'en 1852, le Séminaire de Québec, sur les instances de l'Épiscopat canadien consentait à fonder l'université Laval, il créait une œuvre patriotique et nationale. Depuis cette époque l'université Laval a contribué largement aux progrès accomplis dans notre enseignement secondaire et nous donne un enseignement supérieur.

Saluons donc, messieurs, ce soir, dans l'université Laval de Québec une des forces vives de notre nationalité.

C'est le 1er février 1876, qu'il a été décidé qu'une extension des facultés de l'université Laval de Québec serait faite en faveur de Montréal. Alors tous les hommes amis de l'université Laval se donnèrent la main pour travailler de concert à régler des difficultés qui paraissaient insurmontables, à première vue, et pour donner à notre enseignement supérieur et universitaire un nouvel essor vers le progrès. On comprenait qu'il est mieux et plus utiles, dans l'intérêt des institutions comme dans l'intérêt national, de travailler de concert que de se combattre.

Aujourd'hui nous avons un monument national dans l'édifice de l'université Laval à Montréal, qui reçoit notre jeunesse studieuse et la prépare à la lutte sociale, par un

enseignement supérieur. Les lettres, les sciences et les arts y ont établi domicile.

Mais la pensée dominatrice de l'université Laval est de travailler à la formation de notre physionomie nationale. Chaque peuple a sa littérature ; le peuple canadien-français doit avoir la sienne ; car c'est dans la littérature qu'un peuple renferme les sentiments, les images et les idées qui lui sont propres.

Les cours de littérature et les conférences publiques qui se donnent depuis quelques années à l'université, font un bien incontestable et développent davantage notre goût pour la littérature. L'empressement avec lequel on suit ces cours et ces conférences, font comprendre tout l'intérêt qu'on y porte. Il y a là une perspective qui n'est faite que pour réjouir ceux qui ont souci de l'avenir morne et intellectuel de nos classes dirigeantes, partant, de notre peuple.

L'expression du beau ennoblit l'homme ; mais l'étude des sciences le fait souverain.

L'homme, c'est l'intelligence ayant conscience d'elle-même. La perfection de son être, la grandeur de son intelligence, la beauté de son langage articulé, la sublimité de sa destinée en font le roi de la création. Avec toutes ces prérogatives, l'homme peut souvent lutter avec avantage contre les éléments de la nature et les utiliser à son profit. La puissance de ses idées est immense. Elles éclairent la plus belle de ses facultés, la raison, répondent au plus noble de ses sentiments, le besoin de connaître et de savoir. Par la raison, les idées agissent sur la volonté et passent de la spéculation à la pratique. Elles embrassent tout, la conscience et l'opinion publique, l'éducation et les mœurs. Quand elles sont puisées à des sources pures, elles sont lumière et vie ; détournées de la vérité, elles précipitent l'esprit et le cœur dans l'erreur et la mort.

Depuis longtemps l'homme promet à l'humanité des vérités qui font sa gloire. Depuis plus d'un demi siècle, l'esprit humain accorde ses préférences aux études de la nature : études qui regardent notre origine : notre organisme, notre histoire ; études qui se rapportent à notre globe et aux êtres dont il est la demeure ; études qui traitent des astres, des forces en général, de la composition des corps, des agents physiques, des propriétés et des combinaisons chimiques ; études qui se rattachent au calcul des nombres et aux théories des grandeurs. Nous pourrions continuer l'énumération, car c'est le caractère de cette époque de fonctionner en une multitude de branches le domaine des sciences.

Chaque jour, l'homme peut se glorifier de voir s'éloigner, par de nouvelles conquêtes, les limites de son domaine intellectuel. Il se rend maintenant compte des infiniment petits qui habitent notre planète comme des infiniment grands qui roulent au-dessus de nos têtes. Embrassant du regard l'étendue de l'horizon qui marque le domaine de ses conquêtes, l'homme promène son

intelligence avec un frémissement de vainqueur. Sa de la Souveraineté est satisfaite. Il monte par la science vers l'Éternel.

En face de cette prodigieuse activité des intelligences qui distinguent notre époque, le canadien-français ne peut pas rester spectateur indifférent. Il lui faut prendre place dans la barque humaine et donner, lui aussi, son coup de rame vers le domaine des découvertes où le courant de la civilisation moderne nous entraîne tous. Pour cela, pas n'est besoin de dire que notre enseignement supérieur doit nous servir de flambeaux et nous éclairer dans notre acheminement à travers le domaine des sciences ; pour cela pas n'est besoin de dire que nous devons reconnaître les talents, le travailleur et leur donner la place qu'ils méritent. Ici le favoritisme n'a pas sa place ; le mérite a ses droits.

Un corps universitaire, nous le savons tous, doit être un centre de lumière où les talents et les connaissances viennent s'unir. L'honneur et l'avenir de la nation l'exigent ainsi.

Une université catholique a pour but de maintenir la paix, l'accord légitime et nécessaire entre la science et la foi. A toutes les époques de notre ère, les universités catholiques et les apologistes ont fait éclater cette harmonie qui doit exister entre la science et la foi. D'ailleurs, nous ne pouvons pas méconnaître que le principe de l'union entre la raison et la foi, est la formule même du progrès scientifique et littéraire.

Notre université Laval est un sanctuaire de paix, d'étude et d'espérance. Elle rayonne et éclaire de plus en plus, autour d'elle ; elle travaille noblement, généreusement à se rendre digne de la confiance que nous mettons en elle.

Saluons donc, Messieurs, en ce jour de fête professionnelle, notre université Laval, présentons-lui l'hommage de notre reconnaissance et de notre haute considération, accordons-lui tout notre encouragement afin qu'elle puisse élever encore son vol et diriger encore plus l'esprit national dans les progrès scientifiques et littéraires.

## CRONIQUE LEGERE MEDICASTRE

Suscitée par le banquet annuel des étudiants en médecine de l'université Laval à Montréal à la mi-Janvier et ressuscitée par celui de la Société Médicale tout dernièrement

(Suite)

Les discours devraient porter sur les sujets les plus divers, étant donné que les orateurs seront cosmopolites. Les conférenciers auraient donc toute latitude dans leur choix ; mais je crois qu'en principe général, ils devraient choisir des sujets qu'ils ignorent ou possè-

dent peu ; ils pourraient les étudier et présenter ainsi les fruits de leurs travaux devant ceux qui sont "forts" en la matière. Il y aurait échange d'idées, quoi ! Jean en apprend souvent à son curé ! Et d'ailleurs, se serait un moyen d'étendre les connaissances humaines les plus variées, les plus arides, et ne s'élèverait-il pas rapidement une pépinière de savants ?

Les invités, de nécessité même, devraient discourir sur un sujet médical. Il y a des "vulgaires" très "calés" en médecine — même encore au-dessus de terre ! Quelle chance pour les Esculapes de s'instruire ! Les sujets palpitants d'intérêt ne manquent pas, Dieu merci, pour entretenir sérieusement les médecins. Ainsi : Comment je me suis fait relever la palette de Brault, par Brault. — Les aventures médicales d'un certain Coq Quintal, à travers les os et les jointures. — Comment j'ai échappé à la mort malgré un traitement par une célébrité médicale. — Les cancons du cabinet d'une docteresse (sic.) de la rue Sainte-Catherine. — Les fractures Miraultbolantes. — Les succès de la cure d'inanition pratiquée par une initiée. — L'efficacité de l'expertise médicale et la grande entente existant entre les médecins devant les cours de justice, considérées au point de vue vulgaire. — Les fleurs *Des champs* en médecine. Et combien d'autres. Tous des plus sérieux et éminemment instructifs. Quelle aubaine clinique ! La presse médicale ne manquerait plus de longtemps d'articles *originaux*.

Les orateurs médicaux, par délicatesse, ne parleraient que peu ou pas de médecine ; s'ils le faisaient, il faudrait choisir un sujet de haute volée professionnelle ou scientifique ; comme : — La protection confraternelle que l'on devrait accorder à nos confrères les charlatans. — La ligue contre l'union en médecine. — Une protestation contre le trop grand développement des études médicales. — Sur l'impossibilité des cerveaux d'étudiants à supporter la pression actuelle et toujours grandissante des études médicales. — De la construction d'un temple, ou d'une maison de refuge, pour y installer les "lumières" en médecine, qui nuisent à l'avancement de la science et des ambitieux. — De l'établissement d'un institut hydrothérapique pour l'administration gratuite de bains froids aux confrères malheureux atteints de trop ou de trop peu d'ambition, qui respectent trop ou trop peu l'expérience de leurs devanciers et qui se permettent de parler surtout en bien d'eux. Les hérésies et les bévues de nos aînés. Les maladies rares ou inconnues au pays pourraient servir avec grand avantage à intéresser et à ébahir l'auditoire ; la probitomanie médicale, les piqûres esculapiques malignes, le prurit lingual malin médical ; Pour le dernier orateur, qui devra être préparé à prononcer un discours ronflant, la maladie du sommeil sera réservée. Les sujets cliniques ne manqueraient pas pour la démonstration pratique. A la fin du discours il sonnerait la trompette tout comme au jugement dernier.



Ce discours précèdera donc la sortie glaciale qui terminera en silence le grand festin.

Je crois avoir indiqué suffisamment la tendance que devra prendre l'art oratoire médical des banquets de l'avenir. J'espère avoir été clair, à travers un nuage.

Bientôt, vu le grand progrès qui sera réalisé, je ne puis nous conseiller aux vieux—comme moi, d'être honorés par leur présence à ces superbes festins oratoires. Ils seraient tentés, pauvres vieillards, de se rappeler le passé et pleureraient... d'envie de rire ; et... la convenance donc... ! et le manque d'habitude dans l'emploi du nouveau rire professionnel dont je parlerai tout à l'heure... ! Vous voyez d'ici la pénible situation.

Autrefois nous nous contentions, dans ces réunions d'amis, de lancer à travers nos sourires béats des simplicités naïves dont tout le monde rigolait. Nos "discours" étaient toujours courts parce que chacun voulait dire sa simplicité pour faire rire à son tour. On osait parfois des petites choses un peu "croustillantes" peut-être. Mais nous étions en famille médicale et le sujet était toujours médical. A la fin de la veillée, tout le monde avait parlé, tout le monde avait ri, tout le monde sentait son estomac et sa rate plus gonflés et le cerveau plus léger—quelquefois les pieds aussi ! Nous nous donnions une amicale poignée de main, même à notre ennemi d'hier, et nous trottinions gaiement vers chez-nous, trouver le trou de la serrure, et nous coucher le cœur content. Souvent, en nous endormant un fou rire nous prenait en pensant à certaine simplicité, certain refrain drôle que nous avions applaudi. Et le matin, en tirant notre pantalon, une jambe mise, nous nous arrêtions pour rire encore de grand cœur d'un souvenir de la veille. Et nous avions hâte de rencontrer un confrère sur la rue, à l'hôpital, pour causer des histoires d'hier et nous tenir les côtés. Est-il surprenant que tous, les vieux, nous ayons des rates énormes ?

Mais, vite ! Tirons le rideau sur ce tableau navrant ! "Shocking ! Mamma !"

Nous nous contentons de rester chez nous et de lire, le lendemain, dans le journal populaire, les grands et beaux discours de la veille, accompagnés de vignettes de pose, pour rehausser le sujet — pardon, — le texte. Connaissant les orateurs doués, il nous sera facile de faire rentrer dans le discours à mesure que nous lirons, les gestes, le ton, etc. et nous pourrons nous pénétrer de l'impression produite. — Peut-être avant notre mort inventera-t-on pour ces banquets un gramophone cinématographique. Oh ! alors, nous goûterons tout chez nous, après avoir acheté les membranes parlantes et gesticulantes. — Puis au besoin, nous rirons, ou nous ne rirons pas, de notre franc et gros rire du passé.

Il faut donc à ces banquets, pour qui veut absolument rire, — un rire spécial. Une fois qu'il aura acquis son cachet final — il est encore jeune et à l'essai, ce rire nouveau — il s'appellera le rire médical nou-

veau-siècle, ou progressiste. Il renfermera toujours un peu de jaune, je crois, malgré la pratique et la perfection. Il faudrait consulter Coquelin Cadet à ce sujet, sans croire tout ce qu'il a dit, car c'est un vieux, lui, aussi ; mais il a causé bien des dilatation de la rate et il pourrait fournir, j'en suis convaincu, le moyen d'éviter cette triste maladie, dans l'avenir. Voyez ce qu'il dit en parlant de notre vieux rire, en train d'être enterré — notre cher rire à table.

" Ici la sympathie, l'aménité, la bonté, et surtout le bonheur d'être ensemble, se sont donné rendez-vous.....

" Et vous entendez de jolis rires, clairs, partir comme un vol d'oiseau, dans l'atmosphère chargée d'odeurs gastronomiques.

" On vous déguste. Vous faites rire et vous riez en même temps. Tout le monde goûte un bonheur infini.

" Le beau rire que le rire à table !

" A table la joie est double, puisqu'elle est alimentée par cet adorable plaisir du corps : bien manger ; et, par cet exquis plaisir de l'esprit, trouver facilement de jolies choses à l'instant comprises et aimées ! "

Adieu notre vieux rire, notre vieil ami. Que les larmes que tu as fait couler arrosent ta belle tombe, et rendent ton souvenir impérissable !

Je n'ai que peu de choses à dire des orateurs, je sais qu'ils seront toujours bien choisis, après mûre réflexion au grand bien des... intéressés ! Cependant il faudrait les prendre jeunes et vigoureux. Les vieux sont monotones, paraît-il, et en sont inconscients ; ils n'aiment pas trop les questions sérieuses, surtout tard le soir et en mangeant ; ils sont bilieux ; ils sont exposés, enclins à badiner, à essayer à faire de l'esprit — ne les jugez pas tous cependant d'après moi qui me mets au blanc. Ces jeunes athlètes seront choisis parmi les littérateurs les plus sérieux, les plus philosophes, les plus imbus de nerf et d'ambition, pouvant braver tout—même l'opinion publique et l'opinion médicale ; nul besoin que se soient des hommes d'expérience en la matière qu'ils ont à traiter.

Le comité ne permettra pas les discours appris par cœur. C'est trop dangereux et ça pourrait être compromettant : si le sujet est discuté ou attaqué—comme il le sera dans l'avenir à tous les banquets bien organisés,—l'orateur pourra fournir séance tenante la pièce justificative de ses paroles ; il ne pourra désormais y avoir d'erreur, comme cela arrivait fréquemment avec la vieille méthode des discours improvisés ou appris par cœur. Et encore souvent lorsque survient une interruption ou qu'une crise de gêne empoigne l'orateur, celui-ci est privé de sentiment, de parole, lorsque le discours dépend seulement de sa mémoire. Alors ce sera du bel et bien raté !

Je serais d'avis d'encourager beaucoup, dès maintenant les poètes-médecins ; les discours seraient de superbes poèmes :—ça conviendrait bien, car à un festin il est à propos d'avoir souvent le verre à la main et aux lèvres.

Avant de quitter cet intéressant sujet, j'aurais deux suggestions à faire ; j'espère qu'on ne les trouvera pas futiles, même qu'au prochain banquet médical, j'entendrai dire qu'on les a suivies. Merci d'avance de tant de bienveillance.

Et d'abord. Après chaque discours, il faudrait toujours boire immédiatement à la santé de l'orateur : ça ferait du bien et à lui et aux auditeurs, tous desséchés.

A tout banquet serait présent un huissier ou un bedeau médical, habillé de préférence en squelette, dont les fonctions seront d'imposer le silence aux impatients ou à ceux qui se permettent à la sourdine, de critiquer les voies et faits de l'orateur — ceci éviterait au président la fatigue de frapper sur les verres ou les assiettes avec son couteau, ou de sonner sa cloche ; le compte des verres cassés sera moins élevé, les convives ne seront pas exposés à des tentatives vaines pour recommencer le menu, ou ne feraient pas d'inutiles efforts pour enfiler leur pantalon, croyant entendre leur cloche de nuit. Le bedeau fera taire les enfants et les vieux — les éléments de désordres — par irresponsabilité d'âge, bien entendu — de ces festins.

Le bedeau veillera tous les ronfleurs en agissant vigoureusement avec son gros orteil osseux droit ou gauche, sur l'appendice xyphoïde ou sur le coccyx du malheureux irrespectueux. Ici, je pourrais conseiller à ceux qui ont cette malheureuse habitude, de ne plus aller à ces banquets. L'habileté du bedeau mettra la vie de ces médecins en danger grave.

Dans ses moments de loisir — s'il lui en reste, si non il vaudrait mieux avoir deux bedeaux, un pour l'auditoire et l'autre pour l'orateur — le bedeau sera occupé à tourner, avec ses mains fines et diaphanes, les feuilles du volumineux texte du distingué conférencier, afin de laisser à celui-ci l'entière liberté de tout son corps pour qu'il puisse mieux faire — rentrer son discours dans l'esprit ébloui de ses auditeurs épatés.

Avant d'analyser certaines des belles pages oratoires dont les deux derniers banquets ont doté notre littérature médicale canadienne-française je me permettrai, de jeter un coup d'œil et de plume sur le menu.

D'AIGUILLON

(à suivre)

## INTERETS PROFESSIONNELS

### Les grands originaux

Nous insérons aujourd'hui un article des plus intéressants que vient de publier le *Bulletin Médical de Québec*. C'est un commentaire bien étudié du discours du professeur Osler que l'*Union Médicale du Canada* a servi à ses lecteurs dans son numéro du mois de novem-

bre et d'un article de la rédaction de l'*Union*, publié en décembre dernier. Vous lirez ces lignes avec plaisir. Toute allusion de notre part serait futile.

Nous avons reçu il y quelques mois un article, sensé être original, dont l'idée principale était de proscrire dans la septicémie l'usage de la curette et de prescrire l'emploi d'une solution alcaline à 100° F. en irrigations intra-utérines ; aucun antiseptique à réaction acide ou de nature astringente, ni le bichlorure, ni l'acide carbonique, ni le formol ne devraient être employés.

Très bien.

Mais la première question que nous nous sommes posée, c'est : " Mais quelle est donc cette solution alcaline que l'on vante tant, que l'on dit infallible ? " Alors, nous avons écrit à l'auteur et nous avons reçu... le " chat " ! C'était un produit commercial qu'il s'agissait de boomer". (Là ! Là !)

Le truc était des plus habiles — consommé — ..... américain, enfin. Il s'agissait de faire connaître... au large... et le produit merveilleux et l'auteur qui poussait la marchandise... puisqu'il fallait pour connaître " la chose infallible ", écrire au distingué américain pour connaître... la clef du succès. Espérons que cet article n'entraînera pas une grève ou au moins une vigoureuse protestation parmi les croque-morts.

Nous regrettons que notre excellent confrère l'*Union Médicale* soit tombé dans le panneau et ait publié cette belle annonce en plein texte (faisant suite au fameux discours d'Osler) sans aller aux informations, et surtout qu'elle ait, par une note de la rédaction, semblé donner raison à cet original de docteur américain. Nous comprenons très bien et tous nos lecteurs aussi, que le professeur Pinard, le maître de la rédaction, — pardon, du rédacteur, je suppose, — n'a, jamais prôné le produit commercial caché dans cette " annonce ", et nous serions des plus peinés que la maison commerciale aurait l'idée d'ajouter sur chaque fiole, la note de la rédaction de l'*Union Médicale*.

Nos rympathies à l'*Union Médicale* qui si involontairement c'est laissée prendre à ce piège, à cette nouvelle méthode d'annoncer et un produit et... un médecin. C'est habile !!

### Le discours du professeur Osler et "l'Union médicale"

L'*Union Médicale*, dans la livraison de décembre publiée, à propos du discours prononcé par le professeur Osler sur le chauvinisme, un article de la direction qui nous a fort amusé.

Nous avons bien lu, non sans quelques surprises, ce fameux discours, le plat de résistance de la réunion de septembre de "l'Association Médicale Canadienne" que l'*Union* avait servi à la profession en novembre dernier,

mais, au grand jamais, nous pouvions nous attendre aux commentaires élogieux, lyriques mêmes, avec lesquels la direction de l'Union attire sur lui l'attention du public médical.

Si l'Union a voulu jouer un vilain tour au professeur Osler, certes, le succès dépasse l'attente.

Non, on ne peut pas mieux afficher un confrère ! On ne se moque pas non plus de la profession à son nez comme cela.

Quel discours, mon Dieu !

D'abord, ça n'a jamais été un discours. Il aurait fallu pour cela qu'il y eut de l'unité, un plan, une idée maîtresse d'où auraient découlé naturellement les autres.

C'est inutile de se fatiguer à chercher, il n'y en a pas. C'est une succession de faits sans liaisons, d'affirmations gratuites, à demi enfouies dans des phrases lourdes, obscures, incompréhensibles souvent, des tas de lieux communs, et de vérités de la Palisse qui se traînent dans de longues et sonore périodes, compliquées de comparaisons triviales et surchargées de clinquants.

M. Osler peut être un excellent médecin, mais son discours est d'un galimatias...

La première phase même est une perle.

" L'homme qui peut se détacher des choses qui ont rempli sa vie entière, afin d'en embrasser toutes les étapes dans une vue d'ensemble, possède le don rare et précieux du désintéressement ; et pour peu qu'il vive, les vérités lui apparaîtront telles qu'elles sont et les ombres comme il lui faut les voir."

Naturellement si l'homme ne vit pas, il ne peut être question pour lui de s'intéresser ou de se désintéresser.

Toute la phrase est à encadrer. L'Union, d'ailleurs, en a mis une partie entre guillemets, sans doute pour édifier la profession sur la profondeur des idées de ce penseur et philosophe et comme exemple de clarté qui est la première condition pour être compris.

Imaginez-vous maintenant les principaux caractères de la profession médicale d'après Osler. D'abord sa noble origine. Une origine caractère d'une profession ! M. Osler ne nous paraît pas avoir des notions bien nettes sur la signification du mot caractère ; puis, " une soliearité remarquable qui a pour origine l'uniformité de nos ambitions." Non, mais a-t-on idée d'une pareille incohérence.

Il paraît que cela a du sens et même du sens commun, du moins il faut que cela soit pour que l'Union nous prie d'admirer.

Evidemment ce profond penseur et philosophe, (naturel philosopher s'étend), ce classique au style sévère n'a pas la plus élémentaire notion de la signification et de la valeur des mots.

Au paragraphe traitant du troisième caractère " Une générosité toute particulière ! " nous détachons

une magnifique perle. Tournez les pages du livre où sont inscrits les actes humains. Voyez vous des actes humains inscrits dans un livre ! et sait on ce que c'est que ces fameux actes humains, c'est l'anesthésie, l'art sanitaire, l'asepsie. Et notez que c'est un philosophe qui écrit cela. A la quatrième page de ce qui est un hors d'œuvre dans toutes les règles de l'art, nous découpons encore une belle pensée et nous demandons bien humblement à l'Union de nous la traduire en français.

" Les caprices et les fantaisies du public, comme les médecins, n'ont peut-être pas assez diminué, au grand désappointement de ceux qui ne savent pas que le peuple, quoiqu'il arrive, pensera jusqu'à la fin des temps, à des choses plus ou moins ridicules ; mais ces petits ennuis ne sont plus que des grains de poussière sous la roue du progrès dès que l'on envisage la lumière projetée par les dernières années. "

Pour un casse-tête chinois, c'en est un !

Nous soupçonnons fort M. Osler, tout bon médecin qu'il soit, de n'avoir jamais fait sérieusement ses humanités, d'avoir peut être côtoyé la rhétorique, mais ce dont nous sommes certains c'est qu'il n'a jamais entrevu ce que pouvait être cette science qu'on appelle philosophie intellectuelle.

Son manque de culture est réellement déplorable et cela nous fait de la peine de penser que l'Union l'ait désigné à la risée du public qui entend comprendre ce qu'on lui dit.

Le discours est de la même force jusqu'à la fin, où il y a une trop belle perle pour que nous ne succombions pas à la tentation de la cueillir.

" J'ai parlé au début de l'art du désintéressement, ce don rare et précieux, indispensable à celui qui désire considérer notre profession au point de vue philosophique "

Depuis quand le désintéressement a-t-il servi à faire de la philosophie ?

Non, ce monsieur Osler nous paraît se faire une bien curieuse idée de la philosophie.

Au reste, c'est un discours réellement très mystérieux.

Que dire maintenant de ce que, par condescendance, on pourrait appeler le corps du discours, cette succession de faits sans liaisons, d'affirmations gratuites, de lieux communs et de redondances.

Ici, il faut bien se méfier. L'Union nous apprend que M. Osler, à l'instar de l'Hirondelle de la fable, " en ces voyages avait beaucoup appris. Quiconque a beaucoup vu peut avoir beaucoup retenu," et de cette considération d'un classique pur cette fois, elle nous engage à recevoir l'inspiration.

C'est sans doute aussi dans le cours de ces nombreux voyages qu'il a appris l'art du désintéressement. Il n'y a

que le projet de loi Roddick qui ait pu, jusqu'ici, le faire sortir de son caractère.

Mais, mes bons messieurs, il n'est pas nécessaire d'avoir tant voyagé pour savoir ce qui se passe ici ; il ne suffit que de se renseigner avant de parler. C'est encore ce que l'on a trouvé de mieux pour ne pas faire d'impairs.

Y-a-t-il rien de plus incohérent que la section intitulée nationalisme ? Nous ignorons si c'est la faute du traducteur, mais pour un *puriste, un classique au style sévère*, pour parler comme l'Union, il vous a un choix de comparaisons !!...

Qu'est-ce que vous dites de ceci ?

“ Le nationalisme c'est un vice qui corrompt le sang ou plutôt les tissus ; qui bouleverse toute une race et qui règne aujourd'hui comme jadis, en dépit des enseignements de la religion et de la démocratie ” !!

Dix lignes plus loin l'auteur oublie qu'il fallait être conséquent et nous annonce que :

“ l'orgueil de son pays ou de sa nationalité est légitime et existera toujours.”

Eh bien alors effacez tout, ce n'est pas la peine de plaider contre si c'est légitime.

Le chauvinisme communal est à lire en entier. Cherchez-y de l'ordre, de la méthode, une seule pensée élevée, une seule idée philosophique, quelque chose de neuf qui sorte des lieux communs, et du plus plat terre à terre.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que tous ces chefs d'œuvres ne sont là que pour encadrer la pièce de résistance, le morceau de choix, que M. Osler a ciselé, si l'on en croit l'Union, spécialement à l'intention des médecins canadiens.

L'Union oublie de mettre français, c'est un détail.

C'est intitulé le provincialisme. Qu'est-ce que M. Osler veut bien vouloir dire par là ? Comme d'habitude, il a oublié d'éclairer suffisamment sa lanterne, c'est vague, nuageux ; nous croyons comprendre que, à l'instar des Tarasconnais, il est opposé à l'état de chose.

“ Nous souffrons cependant dit-il de ce provincialisme qui nous a envahis de plus en plus et qui a surgi à la suite de tentatives de conciliation et d'efforts pour améliorer un état de chose vraiment insupportable ”.

Quel état de chose ?? Nous n'en savons encore rien. Veut-il parler de la noire ingratitude qu'une très grande partie de la profession a montré à l'égard de cet homme désintéressé s'il en fut, Mr Roddick, et dont les discours à double entente et à échappement, aux couleurs appropriées aux circonstances et aux lieux ont été si peu appréciés ? c'est fort possible ; mais avec M. Osler, ce professeur dont les pensées ont la profondeur des abîmes les plus insondables, on ne fait jamais.

La phrase suivante est sans doute une explication de la précédente.

“ J'ai vanté l'union qui existe dans le corps médical de notre continent : cependant, malgré sa responsabilité, ce corps médical est le plus hétérogène que je connaisse. ”

Nous commençons à entrevoir une lueur. — Toutes les races étant représentées dans le corps médical ça fait un mauvais effet, quant à sa responsabilité. Nous osons ici faire une timide objection. Nous ne pouvons pas admettre comme ça, à priori, que toutes les races soient représentées dans le corps médical. Nous connaissons bien des médecins qui parlent comme des Algonquins, mais nous n'avons jamais oui dire qu'il y eut des algonquins médecins, exception faite pour les sorciers de la tribu.

L'horizon s'éclaircit dans la suite et nous saisissons que les bureaux médicaux provinciaux et des Etats de la grande république voisine ayant épuisé tous leurs feux doivent maintenant avoir un bon mouvement et voter leur déchéance.

“ Il est temps plus que jamais pour la profession de songer à faire disparaître les huit bureaux du Canada, ainsi que tous ceux des Etats-Unis. ”

Il ne doute de rien !

On ne sait pas bien encore quels crimes pendables ils ont bien pu commettre pour être voués ainsi aux gémonies, mais ce n'est pas sans doute important ni nécessaire que nous soyions renseignés sur ce point là ; seulement, Mr. Osler nous annonce qu'il ne peut pas y avoir d'objection à cette petite décapitation, vu l'uniformité dans l'enseignement donné dans toutes les provinces "...

“ Il serait si facile de résoudre ce problème, dans ce pays surtout où toutes les provinces ont adopté les mêmes méthodes d'enseignement et les mêmes cours d'étude. ”

Tiens, juste le contraire de l'opinion émise l'année dernière, par le *Montréal Medical Journal* dans un moment d'expansion. Comment le trouvez-vous le profond penseur ? Ça peut bien lui paraître de cette façon là sur les bords du Potomac mais en de ça du 45<sup>me</sup>, ce n'a jamais été cela du tout. Le pivot de la question, la différence si accentuée de l'enseignement dans les différentes provinces, il nous sabre cela dans un tour de phrase. L'enseignement est uniforme partout, n'en parlons c'est décidé. Et si l'enseignement est uniforme tombons dans les bras de ce bon M. Roddick si désintéressé, si désireux de conduire toute la profession à ses fins dernières, c'est-à-dire à l'uniformité dans la vertu et la science. — C'est là tout le raisonnement. Non mais, admirez vous, la force d'analyse, la dialectique savante, la profondeur des pensées de ce philosophe ? Nous n'avons cependant aucune objection à admettre que M. Osler peut avoir des idées à révolutionner tout un sys-

tème d'enseignement, seulement, c'est le diable pour les comprendre.

me provincial c'est une chose outragante et ridicule dit Mr Osler. — Pour qui ? Pour quoi ? de quelle manière ? Ce n'est pas important que nous le sachions. — Du moment que Mr Osler la affirmé, et qu'il soit venu exprès des bords du Potomac dans ce but, c'est devenu une proposition qui a tous les privilèges de l'axiome.

D'ailleurs, l'Union a été de suite sous le charme et nous affirme que cette forme détestable de provincialisme éhonté va disparaître lorsque la loi Roddick aura mis chaque chose et chacun à sa place.

Ce qui ressort le plus clairement de toutes les considérations disparates et incohérentes dont Mr. Osler a fait, ce que l'Union appelle un discours, c'est que tous ceux qui ne pensent pas comme lui sont des chauvins.

Chauvins, les fondateurs de la république Américaine pour avoir poussé l'audace jusqu'à laisser à chaque Etat le droit exclusif de légiférer sur les questions d'éducation. Chauvins, les pères de la confédération qui ont trouvé sage de diviser le Canada en provinces distinctes avec la jouissance exclusive de tous les droits et privilèges en matière d'éducation, comme si cela ne trouvait pas sa raison d'être toute naturelle dans les motifs d'ordre supérieure.

Et vous qui avez été jusqu'à instituer dans notre province deux bureaux d'éducation à cause de la différence si tranchée entre l'enseignement classique et celui du High School, rougissez dans vos bières, M. Osler vous a cloués au Pilon, vous n'étiez que d'affreux chauvins.

Ceux qui ne veulent pas croire au désintéressement des Roddickers, qui demandent à conserver l'intégrité des droits de notre profession médicale, qui croient que réciprocité peut être donnée sans fédéraliser l'enseignement, sans faire disparaître le contrôle que nous voulons garder sur l'exercice de la médecine dans notre province, qui s'opposent au projet Roddick qui est une insulte à nos droits et privilèges, ceux-là sont atteints d'un chauvinisme féroce, incurable.

Que devant un auditoire composé en majeure partie de "practical men" chez qui la culture fait défaut par insuffisance d'entraînement classique, on fasse accepter, voire même avec enthousiasme, un semblable discours dont le verbiage tient lieu d'idées et d'arguments, passe encore, mais que des intellectuels, au sens critique affiné, à l'esprit ouvert aux choses de l'esprit, épris du beau, du vrai, et du convenable s'y soient laissés prendre, c'est un de ces mystères en plusieurs personnes que nous n'entreprendrons pas de percer.

Il a dû se passer quelque chose d'étrange dans le bureau de l'Union.

Préparerait-on, par hasard, une savante évolution ? Cet élogé dithyrambique d'un enfantillage semblable est-

il un moyen d'intimidation ou bien une amusante plaisanterie, "a good joke" comme dirait M. Osler ?

Penser intimider la profession médicale canadienne-française, qui recalcit, qui veut conserver son bureau provincial avec l'intégrité de ses privilèges, qui repousse l'Union législative scolaire que veulent lui imposer les Roddiqueurs, par des affirmations gratuites d'un Mousieur au sansgêne bien américain, non, ce serait trop drôle.

Nous tenons décidément pour la plaisanterie, c'est beaucoup plus vraisemblable.

Si cependant..... on était sérieux à la direction de l'Union — c'est toujours possible — nous aurions alors une petite suggestion à faire.

Du moment que l'on tient absolument à placer Mr. Osler sur le piédestal de la pensée et de la philosophie désintéressée, nous conseillons de ne pas oublier de mettre sur le socle, cette légende latine qui fera très bien :

Sapiens nil affirmat quod not probet.

A quand le nouveau fétiche ? Nous nous permettons de dire à l'Union dans le langage des demi-dieux qu'elle adore, "Try again."

LA DIRECTION.

## FORMULAIRE

### ELECTUAIRE CONTRE LA CONSTIPATION

Soufre sublimé et lavé.....	5 gr.
Sel ammoniac.....	} à 5 gr.
Poudre de réglisse.....	
Sirop de menthe.....	Q. S.
Une demi-cuiller à café matin et soir.	

### NOUVELLES.

#### MARIAGES A L'HORIZON :—

Nous avons le plaisir d'annoncer pour le 17 courant, le mariage de notre distingué confrère et ami, M. le Dr J. E. Laberge, surintendant médical à l'hôpital Civique de cette ville, et un des distingué collaborateur de notre Revue, à Mademoiselle Ernestine Lamontagne, de Merredan, Conn.

## Supplement Litteraire

Fragments d'un poeme medico-didactique sur la  
blennorrhagie

Extraits du Chant II (*Symptômes*).

Ce poème qui date de 1855, nous montre l'état des esprits avant la découverte du gonococque ; il nous ramène également au temps des luttes homériques entre Ricord et l'École Lyonnaise.

Aussitôt que du mal l'aiguillon apparaît,  
L'organe endolori n'a plus un grand attrait ;  
On observe un prurit à cette période,  
Voluptueux d'abord, mais bientôt incommode,  
Qui, changeant en huit jours *et d'état et de nom*,  
Amène un flux blanchâtre, une vive cuisson.  
Les lèvres du méat, rouges, tuméfiées  
Sont par le muco-pus l'une à l'autre accolées.  
Si le doigt par hasard presse au niveau du gland,  
Un liquide visqueux sort et coule en bavant ;  
L'urine, dont le jet en tournant s'éparpille,  
Brûle comme un fer chaud, pique comme une aiguille ;  
Le pénis, irrité par l'inflammation,  
Sur lui-même courbé reste en érection.  
Quelquefois il survient une fièvre brûlante,  
La perte du sommeil, une douleur ardente  
Qui, partant du méat, parcourt tout le bassin ;  
Mais jamais la douleur n'osa franchir le rein.  
Il faut au moins un mois d'un régime sévère  
Pour pouvoir arrêter l'état fluxionnaire,  
Ce temps suffit au mal pour accomplir son cours  
Et l'on sent les douleurs s'amoinrir tous les jours,  
Mais d'autres fois le mal passe à l'état chronique ;  
Il laisse un suintement au blanc d'œuf identique,  
Tout à fait indolent, n'existant qu'au matin  
Lorsqu'un doigt imprudent presse au-dessous du frein.  
Au traitement souvent ce flux est réfractaire,  
Le peuple l'a nommé la *goutte militaire*.  
Ce que le médecin avec soin doit saisir,  
C'est la source du mal ; il peut y parvenir.

Quand Ricord veut savoir si la blennorrhagie  
A dans la syphilis sa généalogie,  
Il prend une lancette essayée avec soin,  
L'humecte de mucus ; alors devant témoin  
A l'épiderme il fait une étroite piqûre.  
Qui du fléau bientôt dévoile la nature :  
Sous un verre de montre artistement fixé  
Il enferme aussitôt le mucus déplacé.  
Est-il syphilitique ? Il survient un ulcère  
Qui bientôt disparaît par un léger cautère :  
Alors on sait du mal jusqu'au point de départ,  
Des soins rationnels sont donnés sans retard ;

L'inoculation, s'il n'est qu'inflammatoire.  
N'a pas de résultat : le fait est péremptoire  
Et le malade, heureux de sa bénignité,  
N'a rien à redouter pour sa postérité.

C'est en vain qu'à Paris une école ennemie,  
Ayant ses partisans même à l'Académie,  
Cherche à nous démontrer par des faits observés,  
Que la doctrine est fautive et les cas controuvés.  
Ne t'avons-nous pas vu, Ricord, parmi les salles,  
Renverser par des faits ces écoles rivales,  
Quand deux cents auditeurs, de toutes nations,  
Après toi contrôlaient tes observations,  
Alors que nous montrant les lits en bon confrère,  
Tu disais à chacun : contemple et délibère.  
Ce temps est loin déjà : de nombreux cheveux blancs  
Ont modéré chez moi la fougue du printemps,  
Et rassisé aujourd'hui je suis heureux de dire  
Qu'au *grand livre* avec toi je voudrais encor lire.

Mais comment ce fléau, fruit d'un juste courroux,  
A notre siècle est-il si commun parmi nous ?  
A des motifs divers il doit son origine,  
Tels que bière, calculs, rétention d'urine,  
Rapports immodérés, mauvais tempéraments,  
Excès dans la boisson ou dans les aliments.  
On peut voir que Moïse, en son saint Lévitique,  
Proscrivait les rapports pendant le temps critique ;  
Cependant on doit dire avec quelque raison  
(Et chaque jour les faits nous servent de leçon)  
Que le fléau n'a point d'origine plus sûre  
Qu'un imprudent commerce avec la femme impure.

.....  
Quand il veut dénommer un si cuisant supplice  
Le vulgaire ignorant l'appelle *chaudepisse* ;  
Pour un fidèle époux, pour un heureux amant,  
Le mot est plus bénin, c'est un *échauffement* ;  
Le savant lui donna dans la pathologie  
Le nom de *Gonorrhée* ou de *blennorrhagie*,  
D'*uréthrite* parfois : ce mot est plus honneur,  
Convient mieux à l'esprit d'un docteur scrupuleux.

.....  
Dr A. C.

.....  
Les femmes à barbes

MM. Dupré et Duflos ont publié une curieuse statistique tendant à démontrer la fréquence de l'aliénation mentale chez les femmes à barbe. D'après ces auteurs rien n'est plus fréquent que la moustache chez les aliénées. Ils ont comparés à ce point de vue 2 séries de 1,000 femmes chacune, prises l'une dans les asiles d'aliénés, l'autre dans les hôpitaux généraux. Sur les 1,000 femmes non aliénées, ils ont en trouvé

290 barbues, dont 240 avec une barbe légère (duvet), 40 avec une barbe moyenne et 10 avec une forte barbe sur les 1,000 femmes aliénées, 497 barbues, dont 441 avec une barbe moyenne ou légère, les barbes moyennes étant à peu près aussi fréquentes que les barbes légères, et 56 avec une barbe forte. Relativement aux diverses formes d'aliénation mentale, sur 114 cas de démence sénile, il y avait 73 barbues, soit 64 p. 100 ; sur 113 cas de paralysie générale, 64, soit 56,6 p. 100 ; sur 664 cas de vésanie diverses, 318, soit 47,8 p. 100, sur 19 cas de démence précoce, 8, soit 42,1 p. 100 ; sur 36 idiots et imbéciles, 14, soit 38,8 p. 100 ; sur 53 épileptiques, 20, soit 37 p. 100.

Sur les 1,000 aliénées, 637 n'avaient pas 50 ans, sur lesquelles 247, soit 38,7 p. 100, étaient barbues ; 363 avaient plus de 50 ans, sur lesquelles 177, soit 48,8 p. 100, étaient barbues.

Sur les 1,000 non aliénées, 820 n'avaient pas 50 ans, sur lesquelles 313 soit 38 p. 100, étaient barbues et 188 avaient plus de 50 ans, sur lesquelles 87, soit 38 p. 100, étaient barbues.

Dans les antécédents des femmes barbues non aliénées, on trouve très souvent des tares familiales ou personnelles de névropathie ou de dégénérescence mentale, ce qui montre que la majorité d'entre elles appartiennent à la famille névropathique.

Les auteurs ont lieu de penser, d'après leur enquête, que chez les aliénées la fréquence et la richesse relative de la barbe et de la moustache doivent être subordonnées à des troubles dans les sécrétions internes de l'ovaire et du corps thyroïde.

Il faut bien toujours expliquer par quelque hypothèse les choses que nous ne pouvons comprendre.

(*J. des sciences méd. de Lille*)

#### Manie cocaïnique

Cette manie sévit actuellement dans l'Hindoustan et en particulier à Calcutta. Ici, ce sont les effets exhalants qui sont recherchés. La cocaïne est absorbée sous forme de tablettes ou de poudre et mâchée avec des feuilles de bétel et de la chaux éteinte.

Le Dr Chunder Bosc a étudié les effets de cette habitude chez les mangeurs de cocaïne. Le premier symptôme est la perte de la sensibilité de la langue et des lèvres, suivie de la sécheresse de la bouche et de la gorge. L'approche de la période hilarante est annoncée par la lourdeur de tête, des battements artériels et des palpitations.

Bientôt les oreilles deviennent chaudes et rouges, les joues pâles, le nez se refroidit ; puis la sueur

apparaît sur le front et le cou, les pupilles se dilatent et les extrémités deviennent froides.

Cette période a une durée de trente à quarante-cinq minutes, après quoi le besoin d'une nouvelle dose se fait sentir.

Comme pour la morphine, des doses de plus en plus fortes deviennent nécessaires. En un mot, chez un cocaïné, la progression a été de 6 centigrammes à 75.

A la longue, chez les mâcheurs de bétel cocaïné, la langue et les dents deviennent d'un noir de jais. Bientôt surviennent l'insomnie, la perte de l'appétit, suivie de dyspepsie et de diarrhée. L'urine est diminuée, mais jamais albumineuse. Les hallucinations sont habituelles : les sujets deviennent mélancoliques et craintifs. Les cas de manie aiguë ne sont pas rares.

Le Dr Chunder Bosc demande que des mesures sévères soient prises pour restreindre la vente de la cocaïne.

(*Med. moderne.*)

— Le monde médical allemand a célébré le 80<sup>e</sup> anniversaire de la naissance du célèbre chirurgien Esmarch, professeur honoraire de l'université de Kiel et inspecteur général à la suite du service de santé des armées allemandes.

On sait que le professeur Esmarch a épousé la princesse Elisabeth de Slesvig-Holstein-Sonderbourg-Augustenburg, tante de l'impératrice Augusta-Victoria.

Un comité, à la tête duquel figurent le prince Henri de Prusse, le prince Louis-Ferdinand de Bavière, l'oculiste Charles-Théodore, duc en Bavière, le professeur Gussenbauer et la plupart des sommités médicales, a pris l'initiative de faire élever au savant professeur un monument dans sa ville natale, Tønning (Slesvig-Holstein).

Ajoutons que Frédéric d'Esmarch est depuis 1895 correspondant de l'Académie de médecine de Paris pour la section de pathologie chirurgicale.

La ville de Kiel a donné au jubilaire le titre de citoyen honoraire.

Le prince Henri de Prusse est venu apporter les compliments de l'empereur. Et, de plus, Guillaume II a envoyé lui-même ce télégramme à son oncle par alliance :

" Je vous exprime pour l'anniversaire de vos 80 ans accomplis mes vœux les plus chaleureux. Puisse la grâce de Dieu vous accorder encore longue et heureuse fin de vie, embellie par la conscience que les succès de votre labeur assurent à l'humanité souffrante des bienfaits durables. "

## Travaux Originaux

### UN CAS DE DOUBLE LESIONS DES ANNEXES (1)

par M. le Dr François DEMARTIGNY.

En parcourant les observations relatant des lésions des annexes et en lisant dans les traités spéciaux le chapitre consacré aux troubles de ces organes on se convainc facilement que presque toutes les affections de trompes et des ovaires proviennent de l'infection puerpérale seule ou associée à l'infection gonococciques.

Je viens ajouter l'observation suivante à la longue liste des annexites d'origine puerpérale.

M. L., âgée de 36 ans. Pas d'antécédents de de famille. Pas d'antécédents personnels jusqu'à la puberté.

Réglée à 17 ans. Règles régulières, très douloureuses avec caillots, peu abondantes, pas de leucorrhée. Cet état persistant, on lui fait à 24 ans une dilatation du col suivie d'un curetage utérin qui ne produit aucune amélioration.

Mariée à 26 ans 18 mois après son mariage, grossesse normale et accouchement compliqué d'une déchirure du périnée et suivi d'une infection puerpérale. Jusqu'à son premier accouchement la malade n'avait jamais souffert du ventre, si ce n'est au moment de ses menstrues. Immédiatement après sa couche elle commence à ressentir dans le bas ventre des douleurs vives presque continues que le repos au lit ne fait pas disparaître. A cette époque, une leucorrhée abondante fit aussi son apparition et céda, en partie, sans jamais disparaître complètement, aux grandes injections vaginales chaudes. Sous l'effet de ce traitement les douleurs devinrent moins vives et la malade ne souffrait plus, quelques mois après, qu'au moment de ses règles.

Deuxième accouchement 20 mois après le premier, nouvelle poussée d'infection puerpérale. La malade nous dit que ses relevailles furent longues et que les douleurs dans le bas ventre furent plus vives et persistèrent plus longtemps que lors de son premier accouchement, malgré que le traitement médical fut régulièrement suivi.

Il y a trois ans, troisième accouchement pré-

cedé d'une mauvaise grossesse et suivi d'une troisième poussée d'infection. Il persiste depuis une métrite hémorragique. Les règles durent quinze jours chaque mois avec caillots.

Depuis un peu plus de deux ans la malade est presque continuellement alitée tant à cause des douleurs qu'elle ressent dans le bas ventre lorsqu'elle se lève, qu'à cause de la grande faiblesse dans laquelle ces hémorragies abondantes et répétées la laisse.

Il y a un mois, son médecin me dit, qu'elle fit une fausse couche de six semaines (intervalle qui s'est écoulé entre l'avant dernière hémorragie et la dernière perte). L'hémorragie fut abondante et la température se tint élevée. Son médecin fit, en prenant toutes les précautions nécessaires, un curetage utérin et ensuite des injections chaudes intra-utérine. Ne parvenant pas à arrêter complètement l'hémorragie après un mois de traitement, il me fit demander.

J'examinai la malade en septembre dernier et voici dans quel état je la trouvai :

Malade très anémiée avec une température de 99 3/5 et un pouls petit de 118. La malade a encore de temps à autre des frissons et perd abondamment un liquide brun foncé qui sent mauvais.

A l'inspection le ventre ne présente rien de particulier. Il est mou et indolore à la pression excepté dans les fosses iliaques. Je sens une éventration qui s'étend du pubis à l'ombilic, mais je ne découvre aucune tumeur.

Le rein droit est abaissé et douloureux ; le gauche est abaissé et indolore.

Le périnée présente une déchirure complète il y a eu plus de la rectocèle et de la cystocèle.

Le col de l'utérus est gros, mou, entrouvert. Le corps est dur, douloureux, en antéversion prononcée, légèrement mobile.

Les annexes droites sont grosses comme une petite mandarine, très douloureuses au toucher, on ne peut les mobiliser ; les gauches sont remontées, doublées de volume, au moins, plus douloureuses que les droites, on parvient à les mobiliser au prix de vives douleurs.

Je conseille alors, d'accord avec le médecin de la famille, l'intervention suivante :

Curetage utérin ; perruorrhaphie ; cure radicale de l'éventration et ablation des annexes.

L'opération malgré sa gravité est acceptée et trois jours après j'opérais la malade. Le docteur

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, le mardi 3 février 1903.



Brosseau donnait le chloroforme et le Dr Fleury m'assistait.

**CURETAGE.** — Le col est blanchâtre et très mou. Il se déchire sous la plus petite traction. Dilatation du col avec les bougies d'Hégar jusqu'au numéro 18. La curette ramène une grande quantité de débris. Badigeonnage de la cavité utérine à la teinture d'iode, et tamponnement à la gaze iodoformée.

**PERRINEORRHAPHIE.** — J'enlève un large triangle à sommet très élevé et je ferme avec un surjet intérieur au catgut et des crins de Florence extérieurs.

Puis je fais la laparotomie dans la position élevée. Je commence par enlever un ellipse de peau de quatre pouces de largeur et s'étendant du pubis à l'ombilic. Les muscles droits sont écartés l'un de l'autre de plus de la largeur de la main.

Je vais à la recherche des annexes gauches qui sont adhérentes à l'artère iliaque ; la dissection en est très laborieuse. L'ovaire est suppuré. A droite je trouve un kyste hématique gros comme une orange adhérent très intimement avec des anses de petit intestin. En séparant les adhérences je romps la poche qui est mince. De chaque côté je lie séparément les vaisseaux des pédicules. Je fais une suture totale de la paroi renforcée par une suture à étage. Je laisse une mèche. Pendant l'intervention je fais donner 750 grammes de sérum.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le lendemain j'enlevais la mèche. Le dixième jour les points abdominaux et le douzième les crins de la périnéorrhaphie. Le vingt troisième jour la malade quittait l'hôpital.

J'ai revu cette malade il y a une quinzaine de jours. Elle a beaucoup engraisée et ne se plaint que de quelques bouffées de chaleurs contre les quelles j'ai donné le traitement ordinaire.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### La question des sanatoria et de la tuberculose

Dans une conférence publique très remarquable, M. le Dr Alb. ROBIN a traité la question, toute d'actualité, de l'action des sanatoria sur l'évolution de la tuber-

culose, et il a montré, chiffres et statistiques à l'appui, que malheureusement l'espoir d'une prochaine disparition de la terrible maladie était encore déçu. L'expérience faite en Allemagne est concluante : le sanatorium arrête les progrès de la tuberculose et peut être arriverait à l'enrayer complètement, si les malades convalescents n'étaient pas obligés de reprendre les occupations antérieures et les mêmes habitudes défectueuses qu'auparavant.

Cette opinion, nous l'avions déjà formulée dans le Concours il y a deux ans, et tous les faits le confirment même sous notre beau climat de France. " Allons-nous pour cela abandonner la lutte, dit M. Alb. Robin ? Bien au contraire ; l'agression de front contre le microbe échoue ; les médicaments, les antiseptiques, l'air pur, la suralimentation ne donnent que des résultats temporaires et sans solidité ; bien plus, on en retire parfois quelques inconvénients graves. Cherchons une autre méthode, une sorte de mouvement tournant : attaquons nous au terrain, rendons-le réfractaire avant l'invasion et la pullulation bacillaire. Par bonheur, certains terrains sont constitutionnellement réfractaires à l'infection : étudions-en la composition et la formule chimique et portons tous nos efforts vers la reconstitution chimique de ce terrain inattaquable chez les sujets suspects et prédisposés." Telle est la formule ultime que propose actuellement M. Robin. C'est par l'analyse des urines et du sang, par l'étude de la température moyenne du corps et des conditions de milieu intérieur et extérieur pour chaque individu, que l'on peut connaître la prédisposition et lui faire des prescriptions susceptibles de modifier son terrain mal minéralisé. Quant aux sujets atteints, donnons leur d'utiles conseils hygiéniques, faisons une médication de symptômes sans parti pris et sans découragement, et pour cela, multiplions les dispensaires de quartiers pour les indigents et les habitations hygiéniques pour toutes les classes de la société.

Evitons l'air confirmé, le surchauffage, la diffusion intensive des poussières, la surabondance des vêtements, l'insuffisance d'exercice, et stimulons les fonctions nutritives par la noix vomique, le sérum et le suc de viande fraîche. Repoussons surtout la création de vastes casernes d'hospitalisation pour les tuberculeux indigents et n'encourageons que les petits sanatoria familiaux pour les tuberculeux aisés.

(Le concours médical.)

#### Les tendances nouvelles de la thérapeutique

par M. le prof. Ch. BOUCHARD.

(Suite et fin)

La puissance d'action de la thérapeutique locale par les doses minimales me paraît certaine. Quel est le mode de son action ? La première pensée qui se

présente, c'est qu'elle relève de la thérapeutique antiseptique, qu'elle agit localement sur les agents provocateurs de la maladie plutôt que sur les cellules animales aux prises avec ces agents. La première pensée n'est pas toujours mauvaise ; mais si cette interprétation des faits est naturelle, je dois reconnaître qu'elle n'est pas certaine.

On peut objecter que les proportions du médicament sont trop faibles pour accomplir une action antiseptique. 10 à 20 centigrammes de salicylate de soude sont assurément une faible quantité d'antiseptique, même si on les suppose confinés dans le 10 à 50 grammes de matière vivante affectée de travail pathogénique dans une arthrite rhumatismale. Ce sont, en tout cas, des proportions de 2 à 20 pour 1.000 et nul ne peut affirmer que ce n'est pas une proportion suffisante pour influencer l'agent producteur du rhumatisme qui pourrait être, plus qu'un autre microbe, sensible à l'action de ce sel qui devrait précisément à cette circonstance son rôle spécifique dans le rhumatisme. Quant aux doses de 2 pour 10 de milligramme de bi-iodure dans un petit condylome, cela peut représenter une proportion de 5 à 10 centigrammes de sel mercurique par kilogramme de substance malade, proportion qui est réputée nettement antiseptique pour la plupart des microbes et qui est infiniment plus forte que la quantité d'argent suffisante pour entraver la végétation de l'aspergillus.

On renouvellera peut-être aussi cette ancienne objection qui veut que l'antiseptie soit impossible parce que la dose de poison nécessaire pour tuer un microbe tuera bien plus sûrement une cellule nerveuse. Si cette objection ne manque pas d'une apparence de raison quand on l'applique à l'antiseptie générale qui répartit également le médicament dans tous les tissus, elle ne saurait être invoquée quand il s'agit de thérapeutique locale. Si l'on répandait 5 grammes de sulfate de quinine dans la totalité de l'organisme d'un homme qui pèse 50 kilogrammes, il aurait dans chaque kilogramme de son corps et, par conséquent, dans un kilogramme de sa substance nerveuse, 1 décigramme du médicament : cela pourrait suffire pour provoquer la mort. Mais on peut mettre la même substance dans le tissu cellulaire dans la proportion de 200 pour 1.000, proportion 2.000 fois plus forte, sans mortifier ni même compromettre les éléments de ce tissu.

La thérapeutique locale, parce qu'elle est locale, peut donc permettre de porter le médicament dans la partie malade en une proportion qui le rende antiseptique, sans que sa diffusion ultérieure dans tout l'organisme puisse le rendre toxique.

Disons donc que les effets heureux obtenus dans

mes essais de thérapeutique locale par les doses minimales peuvent s'expliquer par une action antiseptique, mais qu'il n'est pas impossible qu'il y ait aussi sollicitation des actes naturels par lesquels l'économie animale lutte contre l'infection.

La méthode des injections médicamenteuses à doses minimales trouve sa place à côté de ces tentatives si nombreuses où l'on a vu l'intervention chirurgicale apporter son secours à la médecine et réaliser, elle aussi, la cure locale des maladies.

Je l'indiquais en commençant à propos de certaines maladies chroniques de la peau. J'aurais pu citer aussi la cure locale du lupus. Ce serait une lamentable histoire que celle des médicaments employés, sans profit, dans la cure générale de cette maladie locale qui cède au traitement local. Plus lamentable encore serait la supputation de ce qu'a coûté l'iode, l'huile de morue et tant d'autres substances coûteuses et nuisibles qu'on a consacrées à la cure des abcès tuberculeux ou des gommes tuberculeuses, jusqu'au jour où, éclairé sur la cause locale de la maladie, le médecin s'est résolu à faire appel au chirurgien ; de même pour la péritonite tuberculeuse.

Depuis longtemps les ophtalmologistes, dont l'exemple aurait pu être suivi plus tôt, nous ont précédés dans cette voie et ont porté le médicament spécifique ou non spécifique dans le plus proche voisinage de la partie malade.

De même pour les fosses nasales où le traitement local d'un coryza met si souvent à l'abri d'une généralisation de l'infection aux voies respiratoires.

La notion des putridités intestinales ou des fermentations gastriques a conduit à une antiseptie locale du tube digestif dont j'ai fait connaître en son temps les bons résultats.

Ai-je besoin de rappeler les résultats merveilleux de cette audace heureuse qui a porté jusque dans la profondeur de l'encéphale la lutte locale contre une lésion locale dont le siège avait été savamment établi ?

Le temps et la force me manqueraient si je voulais seulement énumérer toutes les conquêtes de la thérapeutique locale.

Son domaine ne se limite pas aux infections. Je citais les ophtalmologistes qui ne portent pas seulement le mercure ou l'iode au contact des membranes oculaires malades, qui appliquent près du foyer morbide l'atropine, l'éserine, la pilocarpine. De même dans la médecine interne, la thérapeutique locale n'est pas exclusivement spécifique ; elle est aussi physiologique.

L'ergot de seigle administré à l'intérieur, la culture pyocyannique injectée sous la peau arrêtent les hé-

morragies. On oppose leur action générale aux pertes de sang résultant de lésions vasculaires locales. On contracte tous les vaisseaux afin de resserrer thérapeutiquement un seul vaisseau. Mais il est des substances dont l'application locale produit localement l'ischémie et, s'il y a lieu, l'hémostase. La cocaïne, introduite sur la surface de la pituitaire, fait cesser presque instantanément les épistaxis, même ces hémorragies redoutables qui dans les cirrhoses sont liées à l'érosion d'une artère en un point de la cloison. J'ai vu quelques gouttes de solution d'adrénaline amener par simple application superficielle la flétrissure et l'indolence de fluxions hémorroïdaires. Deux fois j'ai vu un centimètre cube d'une solution à 1 pour 1.000 par piqûre dans la trachée arrêter des hémoptysies inquiétantes.

Il est puéril et périlleux de vouloir tirer l'horoscope d'un siècle. Je ne me risquerai pas à prédire ce que sera la thérapeutique du vingtième siècle. Je suis persuadé que nos successeurs ouvriront des voies nouvelles que nous ne soupçonnons pas. Mais je puis dire dans quelle voie la thérapeutique est aujourd'hui engagée.

La thérapeutique ne se désintéresse pas de l'action générale sur l'organisme tout entier; elle la poursuit par l'emploi des substances chimiques et surtout par l'application des agents physiques.

Elle agit aussi sur la nutrition, soit quand la nutrition seule est en cause, soit quand le trouble nutritif lui paraît favoriser le développement ou la persistance de l'infection.

Elle combat cette infection par des moyens généraux, mais surtout et de plus en plus par des moyens locaux, soit qu'elle exerce une action antiseptique, soit qu'elle éveille les actes antitoxiques, et, par ces moyens, elle devient vraiment curative.

Elle s'inspire surtout de la notion d'infection qui est la gloire du dix-neuvième siècle et que va développer le vingtième, gardant les enseignements et la mémoire de ces deux bienfaiteurs de tous les siècles, Pasteur et Lister.

(*Presse médicale.*)

#### La scoliose sciatique ou signe de Vanzetti

d'après M. Domenico CAPUCCIO

(*Suite*)

A ce propos, il faut rappeler un souvenir; dans la flexion antérieure du tronc, la courbe scoliotique est complètement corrigée. L'observation est de Zaniboni qui s'en sert, mais peu à propos, pour refuser aux muscles sacro-lombaires employés depuis quelque

temps à un travail dissymétrique, ces altérations trophiques et dégénératives qui sont, dans les scoliose de longue durée, la raison même de leur persistance. Dans les sciatiques invétérées, il n'est peut-être plus possible d'obtenir la réduction par la flexion en avant si les muscles, les tissus articulaires, les articulations sont figés dans les attitudes anormales par des rétractions fibreuses solides. Mais il est bien certain que dans les cas relativement récents la correction est complète parce que, dit Zaniboni, sur les anneaux vertébraux complètement libres, d'autres groupes musculaires agissent alors.

Il n'est pas facile, au milieu de ces actions musculaires complexes et hypothétiques, de bien saisir le mécanisme suivant lequel s'accomplit le travail de la réduction. Mais d'autre part, même à supposer qu'il faille laisser quelque chose à l'action musculaire, peut-on exclure de ce mécanisme l'intervention passive des appareils ligamenteux, et particulièrement du ligament supérieur postérieur?

Il est constitué par deux rubans fibreux, robustes, résistants, peu élastiques, qui s'attachent solidement en bas sur le sacrum, en haut à l'occiput et dans l'intervalle se fixent sur les sommets des apophyses épineuses (ligament postérieur) et sur le bord postérieur des anneaux vertébraux (ligament antérieur). Dans les conditions normales ils sont droits et parallèles; dans la scoliose leur trajet devient flexueux. Or, dans la flexion antérieure du tronc, les sommets des apophyses épineuses tendent à s'éloigner les unes des autres; les ligaments fixés par l'occipital et par le sacrum sont fortement tendus et deviennent parallèles tirant sur les sommets des apophyses épineuses, les ligaments s'alignent dans une seule direction.

Malgré tout cela n'est possible que tant que, dans les articulations vertébrales et dans les tissus pararticulaires, il ne s'est pas produit d'altérations assez marquées pour être un obstacle mécanique à la réduction de la scoliose dans l'attitude de la flexion du tronc.

Le mouvement que fait la colonne vertébrale pour dessiner la scoliose est la résultante de l'action associée et synergique de tout le groupe musculaire. Il n'existe pas un muscle de la scoliose, mais tout le groupe musculaire des lombes et celui des parois abdominales du côté sain concourent chacun avec son coefficient d'énergie contractile à maintenir le tronc dans l'attitude du nouvel équilibre imposé par la douleur.

Il semblerait que la scoliose homologue de Brissaud dût être en contradiction formelle avec cette loi, puisque la scoliose est dessinée à rebours. La contradiction n'est qu'apparente. Le tronc penche de lui-même dans la direction suivant laquelle le malade a

appris qu'il trouverait un soulagement à ses douleurs. Dans cette forme, la névrite frappe les rameaux élevés du sciatique émergeant du plexus lombaire. Comment s'effectue le mouvement de la scoliose? Le psoas, ayant rassemblé ses digitations en un ventre charnu, reste dans son trajet tendu au-devant des rameaux émergeant du plexus lombo-sacré dont quelques-uns le perforent en divers points. Or la névrite, qui attaque ces rameaux, les rend hypersensibles; ils sont exposés à être traumatisés par la contraction du psoas, d'où crise douloureuse. Et alors les masses sacro-lombaires elles-mêmes fléchissent la colonne vertébrale de ce côté, rapprochant de cette façon les insertions du psoas, qui se trouve réduit à l'impossibilité de se contracter énergiquement. Le mécanisme en soi est identique à celui qui empêche les muscles des lombes d'être traumatisants.

Il n'est pas hors de propos de faire le diagnostic différentiel entre la scoliose par névrite sciatique, et celle qui est consécutive à la coxite, puisque les deux aboutissent à un mouvement semblable, c'est-à-dire au déplacement du corps qui se porte sur le membre sain. Vanzetti, cité par Massalongo, avait déjà fait remarquer la différence entre les deux types de déformation; Babinski écrit que le diagnostic différentiel est au plus haut intérêt; Zaniboni se demande comment les lois de la mécanique de la marche pourraient se contredire dans des affections tendant toutes deux au même but. ménager le membre malade en déplaçant le centre de gravité sur le membre sain. Brissaud ne voit dans la scoliose qu'un trait commun à toutes les affections douloureuses d'un membre, qui imposent au malade la nécessité d'une position de repos, ce qui ne veut pas dire que la scoliose sciatique et la scoliose de la coxalgie soient identiques.

Or la scoliose sciatique, dans la majorité des cas, a une figure si autonome et caractéristique, que l'on ne peut la confondre avec la déformation consécutive à quelque autre lésion. Ce caractère d'autonomie est donné par le maintien du bassin qui dans la sciatique demeure presque toujours horizontal tandis que dans les autres affections il est plus ou moins fortement incliné.

Il ne semble pas que les auteurs aient relevé un fait qui imprime à la scoliose sciatique un profil qui ne peut être simulé par aucune autre lésion. Si l'on fixe son attention sur les photographies d'hommes atteints de sciatique et qui ont les jambes symétriquement étendues, le bassin est, nécessairement, parfaitement horizontal. La dissymétrie du profil des flancs, la forte saillie de la crête iliaque du côté malade, le bourrelet massif de peau qui tombe sur la crête iliaque du

côté sain et en masque le contour, tout cela crée l'illusion d'une inclinaison du bassin; celle-ci n'existe pas étendus.

Non moins fautive paraît la conclusion que Zaniboni voudrait tirer de l'examen d'une scoliose expérimentale (si l'on peut s'exprimer ainsi), où la courbe se formerait en sens inverse, la convexité lombaire se tournant du côté du membre qui soutient le mieux le poids du corps, condition diamétralement contraire à ce qui se produit dans la sciatique.

Or ces deux variétés de scoliose n'obéissant pas aux mêmes lois, ne sont pas produites de la même façon.

Dans toutes les deux, le tronc tente de se créer une base de soutien en déplaçant son centre de gravité sur un seul membre; mais le mécanisme selon lequel le mouvement s'accomplit est différent. Dans la scoliose par névrite c'est le jeu réflexe des muscles sacro-lombaires qui est l'élément actif de la déformation; la colonne vertébrale est courbée et déplacée par la force des muscles devenus spasmodiques. La scoliose sciatique est active, pour employer l'expression de Brissaud. Dans la scoliose expérimentale, le mouvement est accompli passivement et résulte d'une série de compensations statiques se succédant de façon obligatoire. Le dénivèlement du plan d'appui, et par conséquent des membres, entraîne tout d'abord et nécessairement une inclinaison du bassin, et c'est sur cette obliquité que la colonne vertébrale est forcée d'accomplir son changement de direction. Ici, quel que soit le membre qui soutient le mieux le poids du corps, la convexité de la courbure lombaire sera toujours, nécessairement, tournée du côté du bassin qui est en bas. L'opinion de Brissaud se réfute de même. Dans toute affection douloureuse d'un membre, celui-ci se fléchit, le bassin s'incline; d'où une scoliose consécutive de compensation.

Donc, le bassin étant parfaitement horizontal, s'il y a scoliose, il n'est pas douteux qu'elle dépende d'une névrite sciatique. Au contraire une coxite inaugurant son évolution par des crises douloureuses, comme une coxite lente et progressive où le membre se pose en flexion légère, où le bassin est incliné et la scoliose constituée, pourrait être confondue au début avec une névrite sciatique si des conditions toutes particulières maintenaient, dans ce dernier cas, la jambe légèrement fléchie.

Babinski donne à l'attitude de la jambe malade l'importance d'un élément décisif puisque, dit-il, dans la névrite sciatique, bien que le membre soit légèrement fléchi au genou, la plante du pied s'appuie largement sur le sol; dans la coxalgie au contraire le talon est soulevé. Le symptôme, en vérité, est trop variable

et trop peu sûr pour qu'on puisse lui attribuer une valeur absolue ; si, dans quelques cas, il peut être utilisé dans un but diagnostique, le plus souvent ce signe est infidèle.

Dans les cas douteux, se sont vraiment d'autres éléments qui doivent guider le jugement que ceux qui se trouvent dans l'attitude du malade.

Sans dire que la déformation, quelquefois est susceptible d'apporter un élément de confusion dans le diagnostic, il peut bien arriver que chez un sujet déjà atteint de scoliose essentielle puisse se développer une sciatique, une coxite, une myosite rhumatismale ; dans ces cas il serait assez difficile d'attribuer à chaque affection la part de déformation qu'elle a engendrée.

Autant et peut-être plus que l'attitude, la manière de marcher peut offrir d'utiles éléments au diagnostic.

Quand le mal est à son début, la claudication est si légère que seule une observation attentive peut arriver à surprendre une certaine perturbation dans le rythme normal de la marche. Dans la coxite, par exemple, le membre sain s'appuie franchement et largement sur le sol ; l'appui du membre malade est pour ainsi dire rapide et fugitif, comme si le sujet avait hâte de le mettre au repos.

La projection du corps en avant, au moment où le membre malade sert d'appui, est une sorte de mouvement de déclic, assez sensible pour être relevé, même au début du mal. D'autre part, l'attitude du membre, où prédomine précocement la flexion, provoque l'intervention du bassin qui descend du côté du membre malade, proportionnellement à la flexion du genou, et tourne autour de son axe horizontal d'une quantité proportionnelle à la flexion de la cuisse ; l'épine iliaque antérieure et supérieure est abaissée et aussi projetée en avant.

La colonne lombaire, forcée de suivre ce déplacement, s'incurve, combinant à la scoliose un degré variable de lordose, dont on se rend bien compte en examinant de profil.

Dans la sciatique, à la période initiale, comme lorsque la scoliose est ébauchée ou constituée, la marche diffère.

Le malade conserve, pour ainsi dire la position du repos dans la marche, grâce à une certaine rigidité du tronc qui lui donne l'air de progresser tout d'une pièce. Le membre malade, si quelquefois il est fléchi, le plus souvent avance en extension, à pas moyen, bref, sans secousse, comme un levier rigide qui soutient le bassin tandis que le membre sain avance.

La raison de ces différences est le point d'origine même de la douleur.

Le coxalgique dispose instinctivement son membre malade, de sorte que dans l'application l'une con-

tre l'autre des surfaces articulaires de sa hanche, la partie ataquée par le processus tuberculeux n'ait pas à subir de compression.

Le malade affecté de sciatique cherche, au contraire, à faire porter sur les articulations tout le poids du tronc, afin de ménager la bascule de l'action musculaire qui a la plus grande part dans la provocation des crises douloureuses. Par conséquent les muscles demeurent tendus dans une sorte de demi-contraction, qui, d'une part, met le tronc nerveux enflammé à l'abri du traumatisme qui accompagnerait la contraction répétée, et d'autre part, fixe le membre en extension, et en fait un levier rigide qui supportera le bassin dans l'avancée du membre sain.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

## OPHTALMOLOGIE

### Cyto-diagnostic dans la syphilis oculaire et en particulier dans la névrite optique syphilitique

M. le professeur de Lapersonne a présenté à la Société de biologie (séance du 10 janv. 1903), en son nom et en celui de MM. Opin et Etienne Le Sourd, préparateur et interne à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, les premiers résultats obtenus en pathologie oculaire par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Chez un homme atteint de syphilis depuis mai dernier, et n'ayant ni céphalée ni aucun trouble du système nerveux, l'ophtalmoscopie permettait de reconnaître une double névrite optique. L'examen de son liquide céphalo-rachidien montra une lymphocytose abondante (20 à 30 lymphocytes par champ d'immersion, sans polynucléaires).

Chez une autre malade, la syphilis datait de dix-huit mois ; il y avait de l'iritis discrète et il existait d'un côté seulement un trouble du vitré, masquant la papille. L'examen ophtalmologique laissait des doutes sur l'existence de la névrite. Pas de céphalée antérieure. On a constaté une lymphocytose peu abondante, mais très nette (10 25 lymphocytes par champ d'immersion, sans polynucléaire).

Le Cyto-diagnostic peut donc dans des cas douteux renseigner sur l'état du nerf optique, on en voit tout l'intérêt au point de vue pronostique.

Par contre, chez un malade traité depuis longtemps pour chorio-rétinite spécifique, mais ne présentant plus que des lésions régressives, l'examen cytologique a été négatif.

Ces premiers résultats très intéressants diffèrent de ceux décrits par F. Widal, Thibierge et Ravaut, dans lesquels la syphilis secondaire s'accompagnait d'une vio-

lente céphalée. Ils prouvent que les lésions récentes du fond de l'œil produisent une réaction méningée assez intense. Ce qui n'a rien de suprenant, le nerf optique n'étant qu'une émanation de l'encéphale, et leurs gaines séreuses communiquant entre elles. Les expériences récentes de Sicard et Dupuy-Dutemps ont démontré ces faits.

On comprend dès lors le pronostic toujours sérieux de ces névrites qui marquent si fréquemment la première étape de la syphilis cérébrale.

Dans un autre ordre de faits, chez une fille de quinze ans, atteinte de paralysie du moteur oculaire commun, suite de syphilis congénitale probablement, le cyto-diagnostic aussi a été positif.

Ces recherches, qui seront poursuivies, montrent déjà tout l'intérêt de ce mode d'examen en pathologie oculaire.

(Gaz. des hôp.)

## PEDIATRIE

### Traitement du prolapsus du rectum chez les enfants par les injections de paraffine

par M. KAREWSKI

L'auteur a traité avec succès des cas de prolapsus invétéré du rectum chez des enfants qui n'avaient pu être guéris par d'autres méthodes. Il s'est servi dans ce but de paraffine dure dont le point de fusion variait entre 56 et 58°. Le procédé était le suivant : après avoir donné pendant deux jours de suite aux enfants des purgatifs capables de nettoyer leur intestin, on leur faisait prendre l'après-midi qui précédait l'injection 1 ou 2 grammes de bismuth. Le prolapsus était réduit, après désinfection du champ opératoire ; puis, guidé par le doigt introduit dans le rectum, on injectait entre peau et muqueuse un anneau de paraffine dure. Au moyen de sous-nitrate de bismuth et d'une diète appropriée, on évitait toute défécation dans les vingt-quatre heures consécutives.

Sur huit enfants ainsi traités, âgés de deux à huit ans, un seul, dont les soins antérieurs ou consécutifs à l'opération furent defectueux, ne fut pas guéri ; les autres le sont depuis deux à six mois. Dans trois cas seulement, plus d'une injection fut nécessaire (deux dans deux cas, trois dans l'autre).

(Centralb. f. Chir. et Gaz. des hôp.)

### Les enfants débiles

par M. BUDIN

Il y a quatre grandes causes de mortalité des enfants

débiles : 1° L'hypothermie, facteur d'une grande gravité ;

2° La difficulté de l'alimentation, car si on leur donne trop de lait, ils ont de la dyspepsie et de la diarrhée, si on ne leur en donne pas assez, ils s'affaiblissent et se cyanosent ;

3° Le peu de résistance vis-à-vis de l'infection ; ils meurent à la moindre attaque de grippe ou de bronchite ;

4° La quatrième cause provient de la mère qui n'a pas de lait ; l'enfant ne tétant pas, le lait ne vient pas et l'enfant meurt, car pour les débiles élevés au biberon, la mortalité est de 41 p. 100, tandis que pour ceux qui sont élevés au sein, elle n'est que de 15 p. 100.

Contre l'hypothermie, on emploiera les bains d'une température supérieure d'un degré à celle du corps et progressivement réchauffés, en même temps que la coudeuse. La quantité de lait administrée chaque jour sera un peu supérieure au cinquième du poids total. L'isolement empêchera les risques de contagion infectieuse. Contre la quatrième cause de mortalité, on se trouvera bien d'une double pratique. Tandis que l'on fera têter la mère par un gros nourrisson qui fera venir le lait, on donnera la débile à une nourrice éprouvée qui, sans qu'il se fatigue, pourra s'alimenter. Aussi l'auteur est arrivé à n'avoir qu'une mortalité d'environ 10 p. 100 pour les débiles dans son service de la Maternité.

(Journ. des pratic.)

## Rhinologie, Otologie et Laryngologie

### Laryngite striduleuse

par le Dr Ch. BERCHON.

Le 6 décembre dernier, nous sommes appelé d'urgence, à 2 heures du matin, près de l'enfant L..., âgé de 7 ans.

Cet enfant, la veille au soir, à la suite d'un refroidissement, avait été pris de fièvre légère, accompagnée de larmoiement et d'un peu de toux. Les parents pensèrent de suite à la rougeole, dont la présence s'était manifestée huit jours auparavant dans la maison qu'ils habitent.

Subitement, vers une heure du matin, l'enfant, qui reposait, est éveillé en sursaut, il est pris d'une toux rauque et sonore, sa respiration est difficile et s'accompagne d'un sifflement aigu.

Nous trouvons l'enfant assis sur son lit, anxieux, le visage rouge et congestionné, le pouls est accéléré, les muscles respiratoires sont contractés, chaque mouvement d'inspiration est accompagné d'un tirage prononcé.

Nous sommes en présence d'une laryngite striduleuse. Immédiatement, nous faisons appliquer une épon-

ge imbibé d'eau très chaude au devant du cou. Ayant toujours sur nous les granules dosimétriques les plus usuels, nous faisons prendre à l'enfant les deux granules suivants ensemble, dissous dans un peu de grog chaud :

*Brucine et Hyosciamine* 1 granule de chaque.

Répéter tous les 1/4 d'heure.

A la 3e dose, la respiration est plus calme, la suffocation n'existe plus ; l'enfant peut reprendre la position horizontale.

Nous prescrivons alors un granule de chaque médicament toutes les heures, jusqu'à huit heures du matin.

Le matin, à huit heures, nous trouvons l'enfant gai et sans fièvre. Pas de toux. La gorge est nette.

Pour éviter un second accès possible, soit pour le soir, soit pour le lendemain, nous prescrivons pendant huit jours le *Sulphydral* Charles Chanteaud à la dose d'un granule au centigr, toutes les heures soit quinze à vingt par jour.

(*La Dosimétrie*)

#### De la curabilité de la tuberculose pharyngée

par M. J. VEIS

La tuberculose du pharynx constitue une affection relativement rare, et presque tous les auteurs qui ont eu l'occasion de l'étudier insistent particulièrement sur ce fait qu'elle est d'un pronostic des plus favorables et que les sujets qui en sont atteints n'ont que des chances minimes de guérison.

Or, il résulterait des observations de l'auteur qu'il n'en est pas toujours ainsi et que la curabilité de la tuberculose pharyngée est loin d'être aussi exceptionnelle qu'on le croit généralement. En effet, il a réussi à obtenir la guérison chez cinq de ses malades, dont quelques-uns présentaient cependant des lésions assez étendues et profondes : dans certains cas, notamment, toute la paroi postérieure du pharynx se trouvait transformée en une vaste ulcération qui s'étendait également aux amygdales, aux piliers, au voile du palais et à la luette. Mais il faut dire aussi que la plupart de ces patients avaient une santé générale satisfaisante, ce qui leur permit de lutter avec succès contre l'infection ; quatre d'entre eux n'offraient que des lésions pulmonaires insignifiantes, et, chez le cinquième, il ne pas fut possible de constater le moindre signe de tuberculose pulmonaire, de sorte que la tuberculose du pharynx pouvait être considérée comme primitive et isolée.

Chez tous ces sujets, la tuberculose pharyngée affectait la forme ulcéreuse ; les ulcérations avaient une coloration pâle et des bords plats ; elles se prolongeaient dans les directions les plus variées. Cet aspect des ulcérations tuberculeuses serait assez caractéristique pour permettre de les distinguer le plus souvent et à première vue des ulcérations syphilitiques tertiaires dont le

pharynx constitue un des sièges de prédilection : l'auteur n'a eu recours au microscope que dans un seul de ses cas. Néanmoins le diagnostic peut quelquefois devenir malaisé, surtout lorsqu'il s'agit d'une association de syphilis et de tuberculose : l'examen anatomo-pathologique fournit alors des données très peu certaines. Les difficultés augmentent encore lorsqu'on se trouve en présence des sujets ayant dépassé la quarantaine et chez lesquels on peut soupçonner une affection cancéreuse.

La dysphagie constitue d'ordinaire le principal trouble fonctionnel de la tuberculose pharyngée, elle est accompagnée parfois de douleurs auriculaires très violentes : chez un des malades observés par l'auteur, il se produisit même, au cours de l'affection pharyngée, une otite suppurée bilatérale, de nature probablement tuberculeuse.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur recommande tout particulièrement les cautérisations avec une solution concentrée d'acide trichloracétique. L'amélioration se produit en général dès la première application du caustique et se manifeste objectivement par une coloration très blanche des tissus. On peut, au besoin, renouveler les cautérisations tous les quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.

(*Arch. f. Laryngol. et Arch. de Stom.*)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Traitement abortif des furoncles par une solution concentrée d'iode dans l'acétone

par MM. P. GALLOIS et COURCOUX

Un de nos amis, ayant une furoncle du conduit auditif externe, nous demanda de le traiter par des applications d'un liquide noirâtre qu'il nous présenta. C'était une solution d'iode dans l'acétone, qui a la propriété de dissoudre environ quatre fois plus d'iode que l'alcool.

Le traitement que notre ami demandait d'appliquer n'était donc qu'une variante du traitement abortif classique des furoncles par la teinture d'iode. Les probabilités étaient même que le médicament nouveau serait plus actif que l'ancien. Les résultats obtenus chez notre malade ayant été satisfaisants, nous nous proposâmes d'expérimenter en grand la méthode dans le service de M. le professeur Chantemesse. Les typhiques présentent, en effet, fréquemment des éruptions acnéiques et furonculaires abondantes, lesquelles donnent lieu, parfois, à des pertes de substances ouverts assez étendus. La tradition dans le service était précisément de traiter ces boutons par des applications de teinture d'iode.

La formule que nous avons utilisée est la suivante :

Iode métallique..... 4 grammes.  
Acétone..... 10 —

Au début, cette solution a tout à fait l'apparence de la teinture d'iode ordinaire. Mais à la longue elle se transforme. Au bout de quinze jours elle est devenue noire et sirupeuse. Elle ressemble alors à de la liqueur de cassis. Ce changement d'aspect est dû à la production de monoiodacétone et de di-iodoacétone.

Il nous a semblé que la solution fraîche était moins maniable et plus irritante que la solution plus vieille. Ce serait l'inverse de ce qui se passe avec la teinture d'iode ordinaire, qui devient plus caustique à mesure qu'elle vieillit.

Voici comment nous avons procédé. Nous enroulons un flocon d'ouate autour d'un bâtonnet quelconque, nous le trempons dans l'iodacétone et nous le portons au contact de chacun des boutons enflammés, qui se trouve ainsi recouvert d'une sorte de vernis noirâtre. Quand le bouton n'est pas ouvert, le malade ne sent rien, tout au plus éprouve-t-il une sensation de piqure légère. Si le bouton est entamé, la cuisson peut être assez vive.

En général, un bouton non encore suppuré est éteint dès le lendemain. Parfois il faut renouveler l'application. Même quand il y a déjà du pus, s'il n'y en a qu'une simple gouttelette superficielle, le furoncle peut encore avorter.

L'iodacétone a une action incontestablement plus puissante que la teinture d'iode. Mais elle a les inconvénients de ses avantages : elle est aussi plus caustique et doit être maniée plus prudemment. Elle peut parfois provoquer une petite phlyctène, voire même une légère exulcération. D'autre part, il faut savoir que l'iodacétone déposée sur les bourgeons charnus d'un furoncle ouvert peut produire une douleur très vive.

Enfin, chez une de nos malades nous avons eu des accidents d'iodisme caractérisés par de la céphalalgie, du coryza et un érythème papuleux généralisé. Mais l'un de nous a vu un accident analogue se produire chez un malade atteint d'ecthyma qui fut traité avec la teinture d'iode ordinaire.

Ces inconvénients, peu graves en somme, sont largement compensés par l'efficacité plus grande du médicament. Celle-ci a été si manifeste que M. Chantemesse, en reprenant son service, a continué à se servir de notre solution d'iode dans l'acétone et qu'il nous a engagés à faire connaître ce procédé thérapeutique. Mais, pour le moment au moins et en attendant que le public soit familiarisé avec ce nouveau produit, il sera prudent de ne pas en confier l'emploi au malade ou à son entourage; le médecin doit s'en réserver le maniement.

(Gaz. des hôp.)

## SEROTHERAPIE

### De l'injection préventive du serum antidiphthérique chez les femmes enceintes

par M. ROUSSEL

L'auteur, médecin des hôpitaux de Saint Etienne, estime que, dans une famille, si un enfant est atteint de diphtérie, il est nécessaire de faire une injection préventive de sérum antidiphthérique à toutes les personnes de la famille, à tous les domestiques de la maison, sans aucune considération d'âge. Les femmes enceintes ne seront pas exceptées.

Cette opinion est basée sur les trois observations suivantes : 1° femme enceinte de quatre mois, ne voulant pas quitter son enfant âgé de quatre ans atteint de diphtérie. Pas d'albumine dans les urines. Injection de 5 centigrammes de sérum de l'Institut Pasteur. Accouchement à terme.

2° Femme grosse de trois mois. Enfant suspect de diphtérie. Injection de 5 centigrammes. Là encore un inconvénient immédiat. Accouchement normal à terme.

3° Femme enceinte de huit mois, dont l'enfant âgé de quatorze mois est atteint d'angine diphtérique. Injection préventive de 5 centigrammes. Accouchement à terme d'un enfant bien constitué.

En résumé, dans les trois cas, les injections préventives ont été très remarquables par la simplicité des suites ; ni les mères ni les enfants qu'elles portaient n'en ont souffert.

L'injection a toujours été pratiquée à la face externe de la cuisse et non dans le flanc.

(Loire méd.)

## HYGIÈNE

### Diminution du taux des lécithines dans les laits chauffés

par MM. BORDAS et S. BACZKOWSKI

On admet généralement qu'il n'y a pas de différences bien appréciables entre la digestibilité d'un lait cru et celle d'un lait bouilli ; certains auteurs prétendent même qu'il n'y a rien de changé dans la composition chimique d'un liquide organique comme le lait, lorsqu'il se trouve porté à l'ébullition.

D'après les expériences de MM. Bordas et de Baczkowski, ces conclusions ne semblent pas justifiées en ce qui concerne les lécithines tout au moins.

Le chauffage du lait pendant trente minutes à 95 degrés à feu nu produit une diminution de 28 p. 100 de la lécithine. Si, au lieu de chauffer à feu nu, on élève la



température au moyen d'un bain-marie, la perte observée n'est plus que de 12 p. 100. Enfin, si on chauffe le lait à 105-110 degrés dans un autoclave, on obtient une diminution sensiblement plus élevée que par le chauffage à 95 degrés à feu nu, perte notable, puisqu'elle atteint 30 p. 100 de la totalité de la lécithine.

« On voit donc, concluent ces auteurs, qu'il sera toujours préférable, lorsqu'il s'agira de pasteuriser du lait, de faire cette opération en chauffant au bain-marie, mais que néanmoins le lait ainsi chauffé perdra environ 12 p. 100 de sa lécithine. La décomposition d'une partie de la lécithine dans les laits stérilisés à 105 et 110 degrés nous permet de comprendre dans une certaine mesure le mécanisme des troubles digestifs qui ont été signalés chez certains nouveau-nés soumis au régime exclusif d'un aliment ainsi appauvri.»

(Gaz. des hôp.)

## DISCOURS

Discours de M. le Dr D. Brochu au banquet de la Société Médicale de Montréal

Messieurs,

Je suis très flatté de l'honneur que l'on veut bien me faire, en m'appelant à prendre la parole, dans cette magnifique assemblée, en réponse aux toast porté aux "Sociétés sœurs". Malgré la défiance assez naturelle que pourrait m'inspirer une telle circonstance je cède cependant assez facilement à cette invitation, car le sujet des sociétés médicales a toujours excité en moi le plus vif intérêt.

Mais après avoir entendu les orateurs les plus distingués parmi les représentants de notre haute politique et les éminents professeurs de nos universités, vous n'attendrez pas de moi un nouveau discours, qui aurait grand risque d'ailleurs, de ne rien ajouter de valable à ce que viennent d'exprimer en des termes si heureux et si complets, le proposeur de cette santé, mon savant ami de la Société médicale de Montréal et le très digne président de notre association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Je dirai, tout d'abord, que j'ai été le plus heureux d'être choisi comme délégué pour venir rencontrer, dans cette belle fête, les confrères les plus distingués de la profession médicale française et anglaise de cette grande Métropole ; et je ne saurais trop dire, également, combien il m'est agréable d'unir ma voix à celles qui m'ont précédé, pour offrir à la Société médicale française de Montréal, au nom de sa sœur aînée, la Société médicale de Québec, l'expression de nos meilleurs sentiments de confraternité et mes félicitations les plus sincères, pour

cette brillante manifestation, à laquelle elle nous a si généreusement conviés.

Les sociétés médicales que nous avons vu surgir, dans tous nos principaux milieux durant ces dernières années, sous le réveil de l'esprit du progrès scientifique et du sentiment national, se trouvait déjà tout naturellement rapprochées par la même communauté d'idées et par le but identique qu'elles poursuivent ; celui de promouvoir les progrès de la science et l'avancement de tous nos praticiens. Mais, nul doute que cette agape intime et confraternelle, qui nous est offerte sous les auspices de l'une de ces sociétés, dont l'influence et la sphère d'action sont la plus étendues, ne serve à resserrer encore davantage les liens qui unissent ces diverses sociétés entre elles, et qu'elle ne contribue à les accréditer encore plus dans l'opinion et à leur gagner des adhésions de plus en plus nombreuses parmi les membres de notre profession.

Il me plaît d'autant plus de rendre cet hommage à qui de droit, que je parle ici au nom d'une société qui compte comme l'aînée des sociétés médicales françaises qui ont vécu, et qui a toujours nourri, comme l'une de ses plus chères ambitions, celle de voir se multiplier le nombre de sociétés sœurs, tant dans les villes dotées d'organisations hospitalières que dans tous nos districts ruraux, où l'on compte un grand nombre de praticiens distingués et animés d'un vif amour de l'étude.

On ne considérera pas comme un excès d'amour-propre, de m'entendre rappeler, dans cette circonstance que plusieurs de nos jeunes sociétés de district doivent leur existence à l'inspiration de la Société médicale que j'ai l'honneur de représenter. Plusieurs d'entre elles reconnaîtront aussi, je crois, qu'elle leur a servi pour ainsi dire de marraine, en aidant à leur organisation et les tenant comme sur leurs fonds baptismaux pour les laver, pourrais-je dire avec vraisemblance, de cette tache originelle, — le "chauvinisme médical", — que dans ce pays, paraît-il, nous apportons tous en venant au monde dans la médecine — du moins, d'après l'opinion accréditée de certains organes de notre presse médicale et de certains savants et philosophes, qui nous jugent d'un peu trop de loin, peut-être, — des rives du Potamac et des bords de l'Atlantique.

Si l'on en juge par cette même presse et surtout, par le dernier congrès médical de nos confrères de langue anglaise, tenu en cette ville de Montréal, l'automne dernier, on aurait découvert un autre spécifique pour régénérer notre profession de ce vice héréditaire : ce serait le bill de centralisation que le savant professeur de l'Université McGill, M. le Dr Roddich, a enfin réussi à faire sanctionner, après bien des efforts, par le Parlement fédéral, à la dernière session.

Ce projet de loi, véritable testament nouveau, aurait la vertu, nous disent ses plus fervents adeptes, non seulement d'élever notre profession à son plus haut niveau,

mais encore de nous guérir radicalement de tous nos vices originels : le "chauvinisme" de clocher, le "nationalisme" et le "provincialisme."

Force nous est d'admettre, en effet, qu'il n'y a pas de remède plus directement opposé à ce "chauvinisme" communal" au "nationalisme" et au "provincialisme" que celui qui ressort de la formule préconisée par le savant professeur de McGill, et dont la dénomination la plus juste serait : le "fédéralisme."

Mais, comme pour toute panacée nouvelle ou empirique, pour lesquelles on nous fait les plus belles promesses, il sera prudent, je crois, d'attendre que le temps et l'expérience nous aient mieux renseigné sur sa valeur réelle, et l'on ne saurait blâmer sévèrement, dans tous les cas, ceux qui hésitent encore à lui accorder une confiance aveugle.

Pour parler plus sérieusement et pour ne pas laisser trop d'ambiguïté au sujet de la différence de religion qui nous sépare d'avec certains groupes de nos confrères de Montréal, je dirai que je suis le plus heureux de profiter d'une circonstance aussi solennelle pour donner à nos savants amis de la Société médicale qui nous fait l'honneur d'une si gracieuse hospitalité, un témoignage public de l'estime et de la haute appréciation que leur portent tous mes collègues de la Société médicale de Québec, pour leur rôle de sentinelles avancées dans l'arène du progrès scientifique et pour l'œuvre de grande utilité professionnelle qu'ils poursuivent avec tant d'éclat et de succès depuis l'origine de leur association.

Si le temps me le permettait, je serais tenté de rappeler à leur adresse un témoignage que j'exprimais, dans une circonstance pour ainsi dire analogue, aux représentants de leur première association alors que, jeunes travailleurs, ils ne s'affirmaient encore que sous le titre modeste de "Comité d'études médicales".

C'était en 1900, dans un conventum des médecins canadiens français de cette province, tenu sous les auspices de notre Société médicale de Québec.

Nous en étions à discuter l'opportunité du projet d'une association générale des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui, pour la presque totalité, comme vous le savez, sont d'origine canadienne-française et diplômés de nos écoles de médecine.

Le but fondamental de cette association devait être d'organiser des congrès périodiques de médecine, pour l'avantage de nos praticiens canadiens français surtout, dont la masse ne peut bénéficier assez complètement des avantages que seraient de nature à leur offrir les autres associations existantes, mais dans lesquelles la langue qui prédomine ne leur est pas assez familière : ce qui les a portés jusqu'ici à se retrancher dans un isolement funeste.

Ce projet devait avoir aussi, pour corollaire dans notre esprit, l'encouragement à la fondation des sociétés médicales dans tous nos principaux districts.

C'était bien là, à la vérité, un projet qui pouvait paraître difficilement réalisable, à première vue, et téméraire mêmes aux yeux d'un certain nombre, pour lesquels l'expérience du passé était bien suffisante pour inspirer une juste défiance.

Pour justifier la proposition que j'avais alors l'honneur de soumettre à l'assemblée, j'invoquais les progrès récents dans notre organisation hospitalière et l'aide substantielle que nous pouvions attendre de nos deux facultés de médecine françaises de Montréal et de Québec ; j'appuyais également sur le puissant secours que pourrait nous prêter pour l'œuvre nos congrès des deux sociétés scientifiques que nous comptons dans ces mêmes milieux et qui se rattachaient, d'ailleurs, intimement, à ces deux facultés enseignantes.

(à suivre)

## CORRESPONDANCES

Nous publions aujourd'hui une lettre qu'il nous fait plaisir de faire connaître aux médecins chrétiens. Cette bienveillante lettre montrera l'importance de certains travaux sur la déontologie, que nous serons en mesure de faire paraître dans quelques semaines, nous l'espérons.

Nos lecteurs trouveront dans la Revue du avril et du 9 juillet derniers, les analyses du "Médecin Chrétien".

Lille, le 2 octobre 1902.

Monsieur le Docteur,

Le No du 9 juillet de *Revue Médicale du Canada* a du attendre mon retour d'un long voyage de vacances que je viens seulement de terminer.

Dans ce numéro, j'ai lu le compte-rendu si élogieux que vous avez fait du *Médecin Chrétien* que j'ai publié récemment en collaboration avec M. le Dr Lavrand. Laissez moi vous adresser un remerciement cordial pour ce compte-rendu. Il fait bon, surtout à notre époque où les idées chrétiennes sont si fort combattues par une certaine presse, se sentir si bien soutenus par des frères en religion et en langue et avec une compétence aussi haute que la vôtre.

Quant au souhait que vous formulez de voir notre "*Médecin Chrétien*" devenir l'un des livres de texte de votre Faculté de médecine, sa réalisation nous rendrait bien fiers. Surtout, nous aurions une belle récompense dans cette multiplication du bien que nous avons cherché prouver parmi les médecins chrétiens.

Veillez agréer, monsieur le docteur, avec la nouvelle expression de ma reconnaissance celle de mes sentiments les plus confraternels.

T. MOUREAU,  
Doyen de la Faculté de théologie.

## BIBLIOGRAPHIE

*Cours de Minéralogie Biologique*, (4e Série) par le Docteur J. GAUBE, (du Gers), 1 volume in-18 4 francs.

Nous publions, aujourd'hui, une quatrième série des leçons du *Cours de Minéralogie Biologique* du Dr J. GAUBE (du Gers). Les leçons des séries antérieures ont excité la curiosité des savants de tous les pays.

Les leçons de cette quatrième série diffèrent des précédentes par la généralisation des idées et des faits qui font de la *Minéralogie biologique* une science nouvelle à côté des autres sciences d'observation. Ce nouveau volume est divisé en deux parties :

La première partie, intitulée : *Sélection et minéralisation, spécificité de minéralisation*, se compose de sept leçons. Au début de la première leçon, l'auteur dit que l'on doit distinguer la Minéralogie biologique, science fondée sur des principes certains, de la partie de l'Agro-nomie qui traite des engrais minéraux de la Minéralo-thérapie qui sont l'une et l'autre des applications pratiques de la Minéralogie biologique ; il développe ensuite les points suivants : le potassium est le métal spécifique des liquides sanguins ; le sol, la minéralisation, sont les agents les plus puissants de la sélection naturelle ; l'hérédité correspondante de Darwin, la souvenance héréditaire de Darwin ; l'hérédité et l'âge correspondant de Darwin sont en rapport avec la spécificité de minéralisation, avec le rapport de participation à la vie des éléments de minéralisation, avec les aptitudes protoplasmiques de minéralisation ; le calcium est le métal de la spécificité de construction des êtres ; le magnésium est le métal spécifique de la génération ; il existe des spécificités secondaires ou des spécialités de minéralisation.

La deuxième partie est intitulée : *Minéralisation et Pouvoir rotatoire des sérums* ; elle se divise en onze leçons. La première leçon est une sorte d'introduction aux leçons suivantes qui sont consacrées aux pouvoirs rotatoires et à la constitution de l'ovo-albumine, des sérums de bœuf, de taureau, de veau, de vache, de mouton, de bélier, de chèvre, de cheval, d'âne et de sérum anti-diptérique. On trouve, au début de chaque leçon, la densité, l'angle de rotation observé, l'angle de rotation calculé, le pouvoir rotatoire moléculaire, les poids des éléments minéraux, de l'eau et des éléments organiques de chaque sérum étudié.

Les points les plus saillants de la deuxième partie de la quatrième série des leçons du *Cours de Minéralogie biologique* sont les suivants : Le pouvoir rotatoire droit des albuminoïdes provient de la présence d'une hexose ou d'une hexobiose ; l'une et l'autre sont en relation avec une minéralisation particulière.—Formation d'urée sous l'influence du carbonate de potassium sur les peptones. — L'albumine considérée comme membrane colloïdale. — Le pouvoir rotatoire des albumines dialysées

change avec la nature de leur minéralisation. — Les microbes nitrifiants ne sont pas une source directe d'azote. — Rôle de la potasse et de la soude dans la position du carbone asymétrique des corps naturels optiquement actifs. ... La chaux, la magnésie et la potasse retrécissent l'ouverture de l'angle de rotation des sérums. — Action paradoxale de la matière minérale sur le pouvoir rotatoire des sérums. — L'angle de rotation du mélange de plusieurs sérums s'exprime par le quotient de la somme des angles de rotation par leur nombre ; il est moyen. — Les sero-réactions sont d'ordre chimique.]

## QUESTION ET REPONSE

Q. — S'il vous plaît de me dire (dans la Revue) à quel degré le gaz acétylène est poison comparé au gaz de charbon.

Dr D. D.

R. — Les gaz qui s'échappent des appareils pour chauffage défectueux, sont un mélange de gaz en grande partie composé d'oxyde de carbone CO qui altère profondément la composition du sang (par conséquent toxique) et est aussi asphyxiant. L'anhydride carbonique CO<sup>2</sup> qui n'est pas veineuse mais produit l'asphyxie en entravant l'acte respiratoire.

L'acétylène C<sup>2</sup> H<sup>2</sup> est veineuse et asphyxiant.

Tous ces gaz sont mortels quand ils sont respirés en quantité suffisante pour entraver la respiration, c'est-à-dire asphyxiée. CO peut donner la mort (ce qui arrive souvent) quand il est respiré en petite quantité insuffisante pour asphyxiée, mais en quantité suffisante pour décomposée lentement le sang en transformant l'hémoglobine en carbonylhémoglobine.

## NOUVELLES.

## NAISSANCE :—

A St Henri, de Montréal, le 1er courant, l'épouse du Dr George Henri Leblanc, un fils.

## MARIAGES A L'HORIZON :—

On annonce pour le 16 du courant, le mariage du Dr Jos. Lachance, de Beauport, à Mlle Marie-Louise Sansfaçon, fille aînée du Dr Sansfaçon, de la paroisse de Beauport.

## NÉCROLOGIE :—

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Honoré Noël, [décédé à Watterville, Conn., le 15 du mois dernier.

Nos sympathies à la famille.

## Supplement Litteraire

Recueil d'Epigrammes des plus fameux poetes latins

Mis en vers français par le Sieur DUFOUR, C. D. Médecin. Texte de l'eschole Salerne.

### *Manière de vivre sans médecin.*

Si les bons Médecins te manquent au besoin  
Pour inouïr longuement d'une santé parfaite,  
Reçoy pour Médecins ce qui suit avec soin :  
Le repos modéré, l'esprit gay, la diette.

### *Des viandes mélancoliques.*

Les peaches et le lait, pommes, poires, fromage,  
Cerf, lièvre, chèvre et bœuf, la chair pleine de sel,  
Causent par l'acre bile un notable dommage.  
Et souvent à nos corps donnent le coup mortel.

### *Du bien que l'on reçoit de laver souvent les mains.*

Si tu veux être sain lave tes mains souvent,  
Mesme après le repas ; deux biens il t'en arrive :  
Car l'eau te fait les mains plus nettes que devant,  
Et puis te rend des yeux la lumière plus vive.

### *Du boire et du manger et de l'usage des Œufs.*

Bois souvent au repas, pourtant à petits traits ;  
Lorsque tu prends un œuf, qu'il soit mollet et frais.

### *Le moyen de bien reposer la nuit.*

Pour bien dormir la nuit, retiens en ta mémoire,  
Quand tu soupes, qu'il faut commencer par le boire.

### *Des qualitez des Prunes.*

La Prune rafraîchit et profite à nos corps,  
Et tient le ventre libre avec très peu d'efforts.

### *Des effets et Utilités du Sel.*

Le Sel devant tous mets soit mis dessus la table,  
Ce qui semble insipide et le rend délectable,  
La viande a mauvais goust que l'on mange sans sel,  
Il chasse les venins et son effet est tel,  
Qu'il est nuisible aux yeux et, pris en abondance,  
Il engendre la gale et détruit la semence.

### *Des qualités du bon pain.*

Prends du pain qui soit ny trop vieux, ny trop chaud,  
Mais levé, peu salé, cuit, cillé comme il faut,  
Composé de bons grains, et fait d'un Maistre habile ;  
Ne mange point de crouste, elle engendre la bile,  
Ainsi le pain salé, levé, cuit, pur et frais  
Soit tenu pour le bon et non pour le mauvais.

### *Avertissement pour les buveurs d'eau.*

L'eau qu'on boit aux repas apporte un grand dommage,  
Car elle refroidit l'estomach tellement,  
Que celui qui se sert d'un semblable breuvage  
Ne cuit la viande après que difficilement.

### *Quels oyseaux sont les meilleurs à manger.*

Ces oyseaux sont très bons, la tendre tourterelle,  
La poule et le chapon, le merle et l'estourneau,  
Le pigeon, le phaisan, l'outarde, la sarcelle,  
Le frison, la perdrix, la caille et le vanneau.

### *Des poissons qui sont bons à manger.*

Entre tous les poissons de l'humide élément  
Prends brochet, perche, sole et plie et carpe et truite,  
Merlus, rouget, goujons et la tanche bien cuite,  
Car le corps en reçoit un louable aliment.

### *Du saffran.*

Le saffran fortifie en donnant de la Joye  
Et restablit le corps en réparant le foye.

### *Les Vertus de la Ruë.*

La Rue est une plante excellente à la vuë,  
Car les yeux sont plus clairs par l'aide de la Ruë :  
Elle excite la femme aux plaisirs amoureux,  
Et rend l'homme à l'amour beaucoup moins vigoureux ;  
Aussi devient-il chaste et pur quand il en mange,  
Clairvoyant, et l'esprit pénétrant comme un Ange,  
Et cuite avec de l'eau peut en toute saison  
Chasser par sa vertu les puces des maisons.

### *Les qualités et les vertus du Sennevé.*

Le grain de la moutarde est sec, chaud et benin,  
Il purge le cerveau, fait respandre les larmes,  
Et ses grandes vertus sont de très fortes armes  
Quand l'on en veut user pour chasser le venin.

### *Remède contre les venins.*

Et les aulx, et la ruë, ainsi que les réforts,  
La grande Thériaque et la noix et la poire  
Sont contre les venins des remèdes très forts,  
Et peuvent dessus eux remporter la victoire.

### *Des Haux qui fortifient les yeux.*

L'Eau faite de vervaine et d'esclairé et de ruë,  
De rose et de fenouil est bonne pour la vuë.

### *Des vertus de l'Aulnée.*

La racine d'Aulnée est bonne à la poitrine,  
Si de l'eau de la ruë est son Jus altéré,  
Voire mesme plusieurs tiennent pour asseuré,  
Qu'à ceux qui sont rompus il sert de médecine.

*Du Pouliot, remède contre la goutte et la mélancolie.*

Le Pouliot et son eau meslée avec le vin.  
 Apaise la douleur de la goutte en vieillesse,  
 Ainsi prise on la croit un remède benin,  
 Contre la bile noire et la mélancolie.

*Des choses qui blessent les yeux.*

Les bains, le vin, le vent et Vénus trop aimée,  
 Le payure, les oignons, le Soleil, la fumée,  
 La moutarde, le feu, la lentille et les aulx,  
 Les larmes, le travail, la fève et les poireaux,  
 Poudre, saulces et coups aux yeux portent dommage,  
 Mais les veilles surtout leur nuisent davantage.

*Remède contre le Rhume.*

Tout qu'un rhume importun attaque fréquemment,  
 Mange chaud, jéune, veille et travaille avec peine,  
 Broyez peu, respirez chaud, et retiens ton haleine,  
 Ce sont les vrais moyens d'un prompt allégement.

*Des utilités de la Saignée.*

La Saignée est très propre à bannir la tristesse,  
 A dompter la colère et la fureur des fous,  
 A rendre des amans l'esprit un peu plus doux.  
 Et même à leur donner une heureuse allégresse.

*(La méd. Orientale)***Le Prix Nobel de 1902**

L'Académie royale des sciences de Suède a décerné le prix Nobel de *physique* pour 1902 au docteur Hendrick Anton Lorentz (de Leyde), et au professeur docteur Pieter Zeeman (d'Amsterdam) pour leurs travaux initiateurs sur les rapports intimes qui unissent les phénomènes optiques et les phénomènes électriques et magnétiques. On sait que M. Zeeman, reprenant la dernière expérience dont Faraday se soit occupé, a découvert que le rayonnement d'une source lumineuse change de nature sous l'action des forces magnétiques, de manière que les raies séparées du spectre, dont se compose le rayonnement, se partagent en plusieurs lignes. En montrant que l'aimant agit sur les masses électriques en mouvement, la théorie électro-magnétique de la lumière a reçu le plus solide appui, et, en poursuivant dans la voie ouverte par Zeeman, on arrivera à connaître les spectres et la structure moléculaire des corps. En considération de la grand place que le professeur Lorentz a eue dans cette découverte par sa théorie géniale des électrons, théorie qui d'ailleurs est de la plus haute importance dans plus d'un domaine, l'Académie a cru devoir partager le prix de physique entre lui et le professeur Zeeman.

L'Académie a décerné le prix de *chimie* au docteur Fischer, professeur à l'Université de Berlin, "pour le

mérite extraordinaire dont il a fait preuve par ses travaux de synthèse dans les groupes du sucre et de la purine". A ce propos, le directeur de l'Institut royal Carolin de Médecine et de Chirurgie à Stockholm, le comte Mørner, a intéressé vivement en prononçant un discours dans lequel il a rendu un éclatant hommage à la science française, qui a frayé la voie à l'heureux lauréat pour la Médecine, M. le docteur Ross. Si les statuts de la fondation Nobel permettaient de récompenser une découverte importante faite il y a plusieurs années, il n'y a point de doute que le docteur Laveran n'eût reçu le prix Nobel pour ses admirables travaux sur la malaria. M. le docteur Ross a fait une conférence en anglais sur ses travaux.

*(La méd. orientale)***La radiologie dans les hôpitaux de Paris**

La Société médicale des hôpitaux exprime les vœux suivants :

" 1° Que chaque hôpital soit pourvu d'une salle destinée à l'exploration radiologique suivant ces deux modes, examen radioscopique et radiographie, l'un et l'autre indispensables ;

" 2° Que dans le local affecté à cette salle d'exploration on réserve l'emplacement nécessaire aux opérations photographiques proprement dites, spécialement un cabinet noir pour le développement des clichés ;

" 3° Que le maniement des appareils d'exploration radiologique soit confié dans chaque hôpital, sous le contrôle des chefs de service, à un jeune possédant avec les notions théoriques et technique indispensables une solide instruction médicale, de préférence à un interne ou ancien interne en médecine nommé ou concours, et qu'on lui donne pour aides, suivant l'importance de l'hôpital, une ou plusieurs infirmières chargées de l'entretien des appareils en bon état de ce qu'il est permis d'appeler la cuisine photographique ;

" 4° Que pour restreindre autant que possible les dépenses nouvelles nécessitées par ces salles d'exploration, l'examen radioscopique soit préféré à la radiographie ou tout au moins la précède dans tous les cas où il sera permis de supposer qu'il peut suffire au diagnostic, et que seuls les véritables indigents puissent bénéficier de la radiographie gratuite."

*(Ibid)*

Le mariage est une forteresse assiégée : ceux qui sont dehors veulent y entrer, et ceux qui sont dedans veulent en sortir.

Prov. chinois.

# Travaux Originaux

## CONSIDERATIONS SUR LA VARIOLE ET LE VACCIN.

par M. le Dr J. E. LABERGE,

*Surintendant médical de l'hôpital civique de Montréal.*

Ce travail n'est que de simples considérations sur un sujet qui est aujourd'hui d'actualité et que je viens étudier avec vous. Depuis au-delà d'une année, la variole sévit dans notre pays et il est fort possible, si la vaccination ne vient pas à notre secours, que nous en ayons encore pour longtemps. A la campagne on ne vaccine pas, on n'isole pas les malades et on ne désinfecte pas les logements ; la conséquence est que tant que la population ne sera pas ou variolisée ou vaccinée, nous aurons de la variole, les campagnes infecteront les villes, malgré le travail que s'imposent les bureaux de santé, où l'on prend les précautions nécessaires pour enrayer les progrès de la variole.

Il faut remonter jusqu'au VI siècle pour trouver les premiers cas de picote dont l'histoire de la médecine fasse mention ; au XVI siècle elle était répandue partout et depuis cette époque jusqu'à nos jours, le nombre de ses victimes est incalculable. Cette maladie se manifeste le plus souvent sous forme d'épidémie et c'est à l'état épidémique qu'elle fait les plus grands ravages surtout chez les peuples qui ne sont pas protégés par la vaccination.

La variole est une maladie éruptive, fébrile, et éminemment contagieuse, règle générale, l'homme est protégé par une première atteinte, cependant, on a vu des individus contracter la variole plusieurs fois. Elle se transmet de l'homme malade à l'homme sain, soit d'une façon médiate, soit d'une façon immédiate. Le liquide qui s'échappe des pustules étant mis en contact avec une peau dénudée de son épiderme, peut infecter l'organisme d'un individu sain, c'est la contagion immédiate. Le microbe de la variole, enfermé dans les particules organiques qui se détachent de la peau pendant la période de desquamation, est intimement uni à ces débris organiques ; il a une tenacité extrême, il peut vivre ainsi pendant des années et grâce à la divisibilité presque infinie et par suite à la mobilité de ces particules, il peut être transporté au loin et contaminer des personnes qui n'ont jamais été en contact avec des varioleux. C'est la conta-

gion indirecte. Pas plus pour la variole que pour les autres maladies contagieuses, il n'y a d'évolution spontanée. La variole nous vient toujours d'un individu infecté.

La puissance du poison variolique est variable avec les individus et avec les épidémies, tous les âges sont aptes à prendre la maladie de même que les deux sexes. Il n'y a que ceux qui sont vaccinés, qui soit à l'abri de ce terrible fléau. Tout ce qui débilite l'homme peut être regardé comme cause prédisposante.

Nous avons reçu à l'hôpital des variolés depuis octobre 1901 à octobre 1902, 503 malades — 270 du sexe masculin, 233 du sexe féminin. Adultes 306. Enfants 152 — Bébés, 45. — deux bébés ayant contracté la variole avant la naissance. Nous avons eu un vieillard de 80 ans et une dizaine de malades au-dessus de 40 ans. Comme vous le voyez la variole ne respecte pas plus la vieillesse que l'enfance. Cette épidémie est particulièrement légère, 58 ont eu une maladie grave, 143 une maladie d'une moyenne intensité et 302 ont eu une maladie très légère. La mortalité fut de 2.7 dixième par cent, cependant j'ai ici la carte de température de maladies très graves, contractées de sujets ayant eu une maladie légère ce qui prouve qu'une épidémie de forme légère, comme celle que nous avons depuis un an, offre encore certains dangers. Il n'y a pas de prodromes connus, les premiers symptômes nous montrent la maladie en pleine activité.

*Fièvre.* — Dans la variole, la fièvre a un caractère particulier, qu'il est très intéressant d'étudier. C'est d'abord une légère élévation de la température, un degré environ, cette légère élévation de la température dure à peine quelques heures, 6 à 12 heures, et elle n'est pas constante 24 heures après. Survient un frisson marqué ou plusieurs petits frissons, suivies de malaises, pesanteur de tête, lassitude, constuction pénible de la gorge, nausées, vomissements, douleurs lombaires, violents mal de tête, 24 heures après la température s'élève jusqu'à 104°, 105° et même 106 avec un caractère continu, très légère rémission matinale et élévation considérable le soir. La peau est chaude, sèche, d'une chaleur désagréable à celui qui touche la main d'un malade atteint de la variole. Cette sensation désagréable ne se définit pas bien, mais j'attire votre attention sur ce fait et si jamais vous êtes en contact avec un varioleux, vous le constaterez bien et vous ne l'oublierez pas. Cette élévation de la température tombe vers le 2ème ou le troisième jour, alors que l'irruption apparaît. Cette première

élévation de la température est due probablement aux efforts de l'organisme pour se débarrasser du poison qui l'envahit. Cette chute de la température coïncidant avec l'apparition de l'éruption sur tout le corps est d'une très grande importance au point de vue du diagnostic. Pour moi, ce symptôme est pathognomonique de la variole.

Appelé il y a quelques jours dans un de nos principaux hôpitaux, ce fait m'a permis de faire un diagnostic à bonne heure et d'isoler le malade.

Nulle autre maladie ne présente cette particularité de la température. Malheureusement ce symptôme nous manque souvent lorsque l'on est appelé pour faire notre diagnostic. La température n'ayant pas été prise pendant ces trois premiers jours, il arrive quelquefois, mais rarement, qu'une éruption d'apparence scarlatiniforme apparaît et peut faire croire à de la scarlatine, c'est le *rash*, ce *rash* ne dure que 24 heures environ.

*Irruption.* — Vers le troisième jour du début de la maladie l'irruption apparaît avec la défervescence. Elle est caractérisée d'abord par une papule, petit nodule rougeâtre, dur au toucher, qui donne une sensation de myosite au doigt qui l'effleure, sensation de grain de sable sous l'épiderme. Ces papules s'accroissent insensiblement et sur le troisième jour après leur apparition, elles se transforment en une vésicule aréolaire, cloisonnée à contenu clair ou jaunâtre. Cette vésicule a un reflet perlé, elle est souvent ombiliquée au centre, et est entourée d'une auréole inflammatoire qui est le siège d'une démangeaison intense. Peu à peu le contenu se transforme en pus et vers le sixième ou le septième jour après l'apparition de la papule, on remarque une nouvelle élévation de la température, cette température s'élève de un à deux degrés dans les cas légers, dans les cas plus graves elle peut atteindre 104°, 105° même 106° et 107°. C'est la manifestation ordinaire des réactions provoquées par le travail de la suppuration. Huit ou neuf jours, toujours après l'apparition de la papule la pustule se rompt et laisse échapper un liquide séropurulent quelquefois teinté de sang. Cependant aux endroits où l'épiderme est très épaissi par le frottement tel que la plante des pieds, la paume des mains, les pustules se dessèchent sans rompre l'épiderme, alors il faut enlever l'épiderme et ces croûtes avant de congédier les malades, car il y a là un foyer d'infection.

Cette irruption n'est pas particulière à la peau seulement, les muqueuses aussi peuvent être atteintes ;

quelquefois la langue, les amygdales, le palais, le pharynx le larynx en sont couverts. Ces malades toussent beaucoup, peuvent à peine parler, la déglutition est des plus pénibles et ces malades ne peuvent pas prendre de nourriture, c'est une complication très grave.

*Desquamation.* — Le liquide après avoir rompu l'épiderme se dessèche, forme des croûtes plus ou moins épaisses, plus ou moins adhérentes qui tombent du 12<sup>em</sup> au 20<sup>em</sup> jour après l'apparition de la papule. Avec la desquamation commence la convalescence qui est plus ou moins longue, 10 à 30 jours. Les premières croûtes tombent laissant une surface plus ou moins ulcérée sur laquelle il se forme une autre croûte, qui tombe elle-même quelque temps après, et ainsi de suite jusqu'à ce que la peau soit recouverte d'un épiderme nouveau.

J'ai ici une carte de température d'un enfant qui est venu à l'hôpital avec ses parents. Comme vous le voyez, le 30 janvier, la température s'élève de un degré puis descend à la normale, le lendemain, le 31 elle s'élève à 102°, légère remission le 1<sup>er</sup> février au matin, le soir 105°, puis elle descend à 100° le 2 au soir et à 99° le 3 alors que l'irruption apparaît. Sa température est à peu près normale jusqu'au huit, alors que les pustules sont formées, le huit la température s'élève à 101°, et descend graduellement à la normale, le 12. — Le 24 février, cet enfant est parti de l'hôpital complètement guéri : après 26 jours de maladie. C'est un cas type la variole à forme légère.

*Anatomie pathologique.* — La lésion anatomique a son siège dans le corps de Malpighi et plus le corps de Malpighi est profondément atteint plus la maladie est grave et plus les symptômes sont accusés.

1° *Papule.* Sous l'influence du microbe spécial à la variole, que nous ne connaissons pas encore, mais d'après les connaissances bactériologiques que nous avons sur la cause parasitaire de différentes maladies infectieuses, telles que le charbon, la diphtérie, la tuberculose, la fièvre typhoïde : il nous est permis de conclure que la variole est due à un germe spécial qui espérons-le sera connu bientôt.

Sous l'influence de ce germe, de ce microbe il se forme un espace clair entre le noyau et le protoplasma de la cellule dermique, décollant en quelque sorte le noyau, cet espace clair peri-nucléaire va toujours en augmentant et il arrive un moment où ces espaces se fusionnent et forment des cavités. Les vaisseaux du derme se dilatent, se gorgent de sang, et un grand nombre de

noyaux s'extravasent et s'accumulent autour des vaisseaux papillaires.

3° *Vésicule*. C'est une altération plus profonde plus considérable du corps de Malpighi ; les cellules dermiques se sont nécrosées, se sont fusionnées les unes dans les autres ne laissant qu'une partie de leurs parois qui forment des tractus, quartier de cellules qui deviennent des cloisonnements contenant des débris de cellules, des noyaux, quelquefois des globules de sang, le tout naissant dans un liquide séreux. On a noté aussi la présence d'une fine granulation que quelques observateurs croient être le microbe de la variole, cette opinion n'est pas encore prouvée. Tel est le foyer qui se trouve dans la partie moyenne du corps de Malpighi. La partie supérieure de ce foyer est formé par la couche cornée, le stratum lucidum et une ou deux rangées des cellules supérieures du corps de Malpighi, elles ont une tendance à proliférer et contiennent plusieurs noyaux.

Ce processus commencé au centre de la papule, tend à s'étendre de plus en plus vers la périphérie et dans les périodes plus avancées le corps de Malpighi se trouve creusé de cavités plus ou moins irrégulières, plus ou moins cloisonnées par des travées très minces et incomplètes. Au fur et à mesure que la lésion augmente ces espaces se rempliront d'un liquide qui en outre des globules de pus et des débris épithéliaux contient un nombre considérable et varié de germes, surtout du streptocoque et du staphylocoque.

Ce liquide agit de deux manières : 1° Il irrite le derme et tend à le faire proliférer ; 2° Il transforme ces cellules en espèce de coque qui unies les unes aux autres forment le réticulum. Ce sont autant de nids purulents situés dans le corps de Malpighi altéré.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### L'intolérance du régime lacté

Le *Journal des praticiens* expose les idées de M. le Dr Albert Robin sur les divers moyens de faire supporter le régime lacté dans les cas d'intolérance :

— Tout d'abord, le malade devra en boire à intervalles réguliers : de 7 h. du matin à 10 h. du soir, toutes les 3

h., une quantité qui variera de 200 gr. les premiers jours pour monter rapidement à 600 gr. et 700 gr. Le lait sera pris très chaud, mais non bouilli, l'ébullition détruisant des oxydases, qui favorisent sa digestibilité. Au surplus, il sera absorbé très lentement, par petites gorgées, le malade mettant une demi-heure pour vider son bol. Après l'avoir absorbé, il se tiendra immobile, renversé sur un fauteuil. Des serviettes chaudes seront maintenues sur son estomac pendant une demi-heure.

Les accidents qui suivent l'usage du lait sont de quatre ordres : 1° les douleurs ; 2° le ballonnement gazeux ; 3° la constipation ; 4° la diarrhée.

1° Les *douleurs* sont arrêtées par la prescription des paquets suivants : un après chaque prise de lait :

Bicarbonate de soude.....	} à 4 grammes
Magnésie calcinée.....	
Craie préparée.....	6 --

Mélanger et diviser en 10 paquets.

Ou bien un cachet de 0 gr. 50 de pepsine. Ou bien 1 à 2 pilules de pancréatines (ces dernières kératinisées pour éviter que la pancréatine ne soit altérée à son passage par les sucs acides de l'estomac).

2° Les *gaz* se produisent dans les cas de fermentations. Contre la fermentation lactique, conviendra la potion suivante :

Fluorure d'ammonium.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	300 grammes.

Une cuillerée à chaque prise de lait.

Dans la fermentation butyrique, réussira surtout l'érythrol (iodure double de bismuth et de cinchonidine) :

Erythrol.....	0 gr. 02 à 0 gr. 05
Craie préparée....	0 — 20.

P. 1 cachet. F. cachets n° 20.

Le soufre sublimé, aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 combatta avec succès tous les genres de fermentation.

3° Dans la *constipation*, on usera des irrigations rectales et des pilules suivantes : de 1 à 3 au coucher :

Aloès.....	0 gr. 07
Gomme gutte.....	0 — 03
Extrait de jusquiame.....	} à 0. — 1/2 centigr.
— — belladone.....	
— — réglisse.....	0 — 10

P. 1 pilule. Faire pilules n° 50.

Quant à la *diarrhée*, les infusions de racine de fraisiers sauvages (1 gr. 50) en viendront à bout, ainsi que la prescription des bols suivants :

Diascordium.....	} à 4 grammes.
Sous-nitrate de bismuth...	

Divisez en 16 bols. Un toutes les heures.



Grâce à ces précautions et à ces moyens, il n'est guère de malade qui n'arrive à supporter le lait.

(Le concours médical).

**Maladie de Basedow algue consecutive a l'emotion produite par les exercices de tir**

par le Dr HAMMERSCHMIDT.

L'observation rapportée par Hammerschmidt est celle d'un jeune soldat chez lequel on vit progressivement se développer tous les symptômes de la maladie de Basedow.

Cet homme possédait des antécédents héréditaires de nature cardiaque, mais n'accusait personnellement qu'une crise de palpitations dans son jeune âge. C'était un émotif, qui fut particulièrement effrayé par le bruit et le recul de l'arme dès qu'il exécuta ses premiers exercices de tir. Au bout de quatre jours, il entra à l'infirmerie avec des symptômes cardiaques (dilatation du cœur, bruits mal frappés, pouls fréquent) si manifestes que l'on crut à une lésion valvulaire traumatique, avec myocardite. Malgré un régime et un traitement appropriés, l'hyperexcitabilité cardiaque devint de jour en jour plus manifeste ; les grosses artères périphériques devinrent le siège d'un souffle systolique. Ces manifestations pathologiques étaient sujettes à des irrégularités : parfois elles étaient plus accentuées, pour devenir ensuite moins intenses. Au bout d'un certain temps, on vit se produire une tuméfaction de la glande thyroïde, qui devint pulsatile, son lobe droit étant le plus hypertrophié (à l'incorporation on avait simplement noté un corps thyroïde un peu gros). L'exophtalmie ne tarda pas à se manifester surtout à gauche ; il y eut aussi du tremblement digital. Bref, au bout de six semaines, on était en présence d'une maladie de Basedow des plus nettes.

Cette affection revêt généralement une évolution chronique ; cependant elle peut, rarement il est vrai, avoir une marche aiguë, quand elle se développe en quelques jours, voire même en quelques heures, à l'occasion par exemple d'un traumatisme, d'un émotion. Le cas de Hammerschmidt semble appartenir à la forme aiguë ; c'est d'ailleurs l'avis de cet auteur.

Pour expliquer l'apparition de cette maladie chez cet homme, on peut invoquer le nervosisme et l'hérédité (car les cardiaques de sa famille semblent, après enquête de l'auteur, présenter du basedowisme).

(Méd. orientale)

**Bains chauds et bains froids dans la fièvre typhoïde**

Le traitement de la fièvre typhoïde est actuellement à l'ordre du jour en Amérique :

La question des bains fait l'objet de nombreuses dis-

cussions ; d'une communication de M. Hare, physician to the Jefferson Hospital à la New-York Academy of Medicine, nous extrayons les lignes suivantes d'un réel intérêt pratique.

\*\*\*

Il y a cinq ans j'eus la témérité de lire devant le Collège des "Physicians" de Philadelphie un mémoire dans lequel j'attaquais l'usage systématique des immersions froides dans tous les cas de fièvre typhoïde indistinctement, c'est-à-dire la méthode dite de Brand. Je croyais alors et je crois encore aujourd'hui à la maxime thérapeutique qui dit qu'aucun moyen thérapeutique ne peut-être applicable dans tous les cas et qu'il doit être modifié suivant les indications de chaque cas particulier. Je ne reproduirai pas ici les statistiques produites alors et les conclusions que j'en tirais. Le point capital est que, si nous provoquons réaction, oxydation, élimination et finalement égalisation de la circulation par l'usage du froid, peu importe la façon dont le froid est appliqué. Je déclarais aussi dans l'article sus mentionné qu'un jour viendrait où nous jugerions l'usage systématique de l'immersion froide dans tous les cas de fièvre typhoïde comme nous jugions aujourd'hui l'emploi systématique de la saignée, savoir : que c'est un moyen thérapeutique précieux en bien des cas, mais qui n'est ni nécessaire ni sage dans tous. Que ma prophétie soit devenue une vérité reconnue, cela est prouvé par ce fait que l'immersion froide n'est plus employée aujourd'hui systématiquement par bien des cliniciens qui au début suivirent Brand aveuglément, et absolument ; et Brand lui-même déclara que beaucoup de ses imitateurs ignoraient les règles qu'il posa pour prévenir l'usage inconsidéré des bains.

En fait, l'immersion froide ne réalise pas toujours pour le mieux ce que nous recherchons dans tous les cas. Elle exige de la part du malade de grands mouvements à un moment où l'ulcération de l'intestin est très avancée et où l'hémorragie et la perforation peuvent se produire ; elle ne permet pas de surveiller avec soin la température du patient pendant qu'il est dans le bain ; elle provoque des frissons d'une violence impressionnante.

M. Hare donne souvent la préférence au bain froid modifié, à la lotion froide, à la friction glacée au besoin, mais il reconnaît que leur application correcte est encore plus difficile et exige un personnel encore plus entraîné que l'administration des bains. Il continue comme suit :

\*\*\*

Non seulement je crois que le bain froid modifié constitue le meilleur moyen thérapeutique dont puissent bénéficier nos patients, mais je crois que de très grandes modifications sont opportunes en bien des cas, depuis les applications d'eau chaude jusqu'à l'emploi direct de

la glace ; car s'il est vrai que le principal effet du bain froid est la production d'une réaction (nerveuse et vasomotrice), on peut alors concevoir que des conditions puissent exister dans lesquelles la réaction provoquée par l'emploi de la chaleur soit meilleure que celle provoquée par le froid. Ceci a surtout été mis en évidence par Hare et Hirschfeld, cliniciens australiens, qui obtinrent d'excellents résultats par l'usage de l'eau chaude qui leur avait été imposé par les conditions atmosphériques, la température étant si élevée que de l'eau, même simplement froide, était difficile à obtenir. Leur expérience au Brisbane Hospital leur donna les résultats suivants : en 1897, avec le bain froid, la mortalité pour 266 cas fut de 7,2 pour cent ; en 1898, des bains froids et quelques bains chauds furent employés, la mortalité fut de 7,5 pour cent ; en 1899, avec l'emploi de bains chauds de 29 à 32°, la mortalité tomba à 3,4 pour cent.

Les conclusions que Hirschfeld tire de plusieurs milliers de bains chauds sont les suivants :

1° La moyenne de l'abaissement de température obtenue par ces bains est de un degré environ (1,5 à 2° Fahrenheit) ;

2° Dans un grand nombre de cas un bain de 30° produit un abaissement thermique plus considérable qu'un bain de 27° de même durée ;

3° Chez un grand nombre de malades (principalement les vieillards, les enfants et les chétifs) un bain de 32° est plus efficace qu'un bain à 30° ;

4° Il existe un petit nombre de cas dans lesquels la résistance à la réfrigération par les bains chauds ou tièdes est considérable.

\*\*\*

Quelle est la raison de ce fait, en apparence paradoxal, qu'un bain tiède produit un abaissement de température plus considérable qu'un bain plus froid ? Pour élucider ce point, dans quelques cas caractérisés par leur résistance à la réfrigération, Hirschfeld prit la température toutes les dix minutes, avant et après le bain, et, pour écarter toute cause d'erreur, il la prit simultanément dans la bouche et dans l'aisselle.

Il dit :

1° La première raison qui peut être donnée de ce fait qu'un patient abaisse moins rapidement sa température dans un bain froid que dans un bain tiède est la contraction initiale des vaisseaux cutanés dans le bain froid, contraction qui laissant moins de sang passer par la peau empêche dans une certaine mesure la dissipation de la chaleur par la surface cutanée. Ceci explique pourquoi, dans un bain froid, la température des organes profonds s'élève pendant les quatre premières minutes ;

2° Plus l'eau est froide, plus fréquemment le bain provoque des frissons, et les frissons élèvent rapidement la température du corps : a) en restreignant la circulation cutanée, b) en produisant de la chaleur par la

contraction involontaire et répétée des muscles ;

3° La température du corps est le résultat de deux facteurs : a) la production et b) la dissipation de la chaleur. En admettant que la dissipation de la chaleur soit plus grande — disons même considérablement plus grande — dans le bain froid (excepté naturellement pendant les premières minutes) que dans le bain chaud, il est indiscutable que le bain froid stimule la production de chaleur beaucoup plus que le bain chaud.

Hirschfeld ajoute que par l'usage des bains tièdes le sujet n'est pas alarmé, et que son cœur n'est pas soumis à de grands changements dans la pression artérielle ; aussi l'usage de tels bains est recommandable chez les enfants, chez les vieillards, et dans les périodes avancées de la maladie quand la réaction au bain froid n'est pas possible.

Nous avons rapporté ces faits parce qu'ils ne semblent pas avoir reçu toute l'attention qu'ils méritent et parce qu'ils enseignent que l'usage routinier de l'eau d'une seule façon et à une seule température est irrationnel. En d'autres termes reconnaissons et proclamons la haute valeur des bains dans la fièvre typhoïde en général, mais modifions-en la formule d'application suivant les indications de chaque cas particulier.

(Presse médicale.)

#### Maladie du Basedow

par M. CHAMAILLARD

L'auteur ne fait pas une étude complète de cette affection ; laissant de côté sa pathogénie, il étudie son étiologie, et de ces données étiologiques, fournies par l'observation d'un grand nombre de malades, il tire quelques conclusions thérapeutiques.

La maladie de Basedow, dit-il, n'est pas une entité morbide, mais un syndrome. Ce syndrome répond toujours à une excitation du sympathique, mais peut avoir pour point de départ des causes très dissemblables.

Chamaillard distingue trois catégories de goitres exophtalmiques. 1° Ceux d'origine purement nerveuse consécutifs par exemple à une émotion ; 2° les goitres réflexes, qui font l'objet d'un chapitre particulier ; leur point de départ est aortique, cette origine étant d'ailleurs établie par le mode d'apparition, l'évolution et la cessation des symptômes ; 3° les goitres greffés sur une maladie infectieuse.

Ces différentes causes, névrose, réflexes, infection, peuvent d'ailleurs s'associer ; elles ne sont certainement les seules origines du syndrome basedowien, mais ce sont les seules notées dans les observations de l'auteur.

La thérapeutique rationnelle exige donc non pas un traitement unique de maladie de Basedow, mais des médications différentes, variables suivant l'origine du syndrome.

Les basedowiens nerveux sont des hystériques, et doivent être traités comme tels ; ils sont guérissables. Le goitre réflexe, d'origine aortique, disparaît, quand le traitement ioduré a supprimé son point de départ. Quant aux goitres infectieux, probablement nombreux, ils sont plus difficiles à traiter ; ici encore la thérapeutique causale reste la seule rationnelle.

Les divers médicaments employés généralement dans la maladie de Basedow, thyroïdine, thymus, ipéca, belladone, strophantus réassistent plus ou moins suivant l'espèce probable à laquelle ils s'adressent. Aucun d'eux ne peut être considéré comme un spécifique certain. Il en est de même des traitements chirurgicaux, thyroïdectomie, sympathicotomie, qu'il faut employer seulement s'ils répondent bien aux indications du cas particulier.

(*La Presse méd.*)

## CHIRURGIE

### Des kystes hydatiques du grand épiploon

par M. R. AUPOIS

Les kystes hydatiques du grand épiploon ne sont pas absolument rares : le plus souvent il s'agit de kystes secondaires, mais les kystes primitifs, tout en étant exceptionnels, le seraient cependant moins d'après M. Au pois qu'on ne l'a supposé jusqu'ici.

Les kystes hydatiques du grand épiploon siègent dans l'épaisseur du tissu cellulaire qui sépare les deux lames de ce repli péritonéal. Les faits de kyste unique sont rares, les kystes multiples sont la règle.

Généralement, ces kystes forment des tumeurs superficielles uniques ou multiples plus ou moins grosses, rénitentes, mates à la percussion, situées dans la région ombilicale, et présentant, comme caractère principal, une très grande mobilité. Quant au frémissement hydatique, ce signe pathognomonique des kystes à échinocoques, c'est exceptionnellement qu'on est parvenu à le constater ; il n'a donc ici qu'une valeur médiocre pour le diagnostic.

Les kystes hydatiques du grand épiploon ont une marche progressive qui, sauf intervention heureusement le malade sous le coup d'accidents graves de compression et d'intoxication, ou le conduit à la cachexie et à la mort.

Ces tumeurs sont facilement confondues avec les tumeurs de la paroi abdominale et les autres tumeurs de la cavité abdominale et de l'épiploon, mais la confusion le plus souvent faite, et celle dont il faut le plus se défier, c'est la confusion avec les kystes de l'ovaire ou même avec les fibromes utérins.

En ce qui concerne le traitement des kystes hydatiques du grand épiploon, il faut avant rejeter absolument toute ponction évacuatrice suivie ou non d'injec-

tion antiparasitaire. Le meilleur traitement est la laparatomie avec ablation de la tumeur et résection de l'épiploon, si la tumeur est localisée à cet organe et n'a pas d'adhérences trop profondes ; avec réduction sans drainage ou marsupialisation dans le cas contraire.

(*Ibid*)

## Rhinologie, Otologie et Laryngologie

### Bronchite capillaire

par M. le Dr BERCHON

La jeune Marthe P..., âgée de trois ans, avait un léger rhume depuis quelques jours, lorsqu'elle est prise, vers 9 heures du matin, le 22 novembre 1902, d'une dyspnée intense. La respiration est rapide (40 à la minute) ; les ailes du nez se dilatent, la toux augmente d'intensité, l'inspiration est énergique, toute la cage thoracique y prend part, les secousses de toux sont brèves.

A l'exploration, on trouve un thorax légèrement déformé et rachitique, des râles sibilants dans les grosses bronches, des râles sous-crépitaux fins aux deux bases en arrière. Le murmure vésiculaire est considérablement diminué.

La fièvre est vive, la peau sèche et brûlante, les yeux sont brillants.

Nous sommes en présence d'une bronchite capillaire, vraisemblablement à forme suffocante ; d'une de ces affections terribles pour lesquelles on est à peu près sans ressources avec les moyens que nous donne la thérapeutique ordinaire, et contre lesquelles le médecin trouve dans la Dosimétrie un auxillaire sérieux, une arme précieuse qui lui permet de combattre son ennemi le plus souvent à forces égales.

Mais il faut faire avaler les granules à un enfant de trois ans, ce qui est presque impossible, car un enfant, même docile, et qui suffoque, ne peut faire l'effort nécessaire.

Aussi nous empressons-nous de suivre les préceptes autorisés du Dr Toussaint et d'employer son mode d'administration des grandes dosimétriques qui toujours nous a donné les meilleurs résultats. Ce procédé consiste à faire dissoudre les granules dans un nombre de cuillerées à café de grog léger, calculées suivant l'âge, et de les administrer par cuillerée, de quart d'heure en quart d'heure ou demi-heure en demi-heure.

Nous faisons donc dissoudre la *Trinité dosimétrique infantile*, brucine, aconitine, digitaline, granules de Charles Chanteaud. Un granule de chaque dans six cuillerées à café de grog léger, et nous faisons administrer une cuillerée à café de cette solution tous les quarts d'heure.

On appliquera autour du thorax un large cataplasme sinapisé ; les extrémités inférieures seront entourées d'une forte couche de ouate que l'on aura saupoudrée intérieurement de farine de moutarde.

Nous revenons voir l'enfant à 2 heures du soir. L'agitation est toujours grande ; une sorte d'angoisse s'est emparée de la petite malade.

Dans notre association dosimétrique, nous faisons remplacer la *digitaline* par la *vératrine* au demi-milligr., et annonçons une troisième visite pour 6 heures du soir.

Nous trouvons l'enfant avec une fièvre intense, le pouls est difficile à compter, par suite des mouvements de la petite malade. Les pommettes sont violacées, le visage d'un blanc mat.

L'enfant cherche à lutter et fait de violents efforts respiratoires. Le pronostic est des plus sombres. Quoique avec difficulté, on peut faire avaler les cuillerées de grog médicamenteux à l'enfant ; cela nous donne lieu néanmoins d'espérer, car la dosimétrie est riche en ressources, et il ne faut jamais se décourager, l'avantage revenant souvent aux derniers moments.

Aussi nous n'hésitons aucun instant, en présence de l'enfant que les parents considèrent comme perdu, à forcer la puissance de notre *Trinité défervescence*, et nous remplaçons d'emblée la *brucine* par l'*arséniate de strychnine*.

Nous faisons dissoudre les granules dans les mêmes proportions que le matin, et nous faisons ajouter à notre potion dosimétrique un granule de *sulphydral*, dissous à part dans une cuillerée de grog, soit 4 granules de *sulphydral* par heure.

En outre, nous administrons nous-mêmes à l'enfant, en lavement, une cuillerée à soupe de *Sedlitz granulé Charles Chunteaud*, dissoute dans 60 gr. d'eau chaude ; le lavement est gardé dix minutes à peine, rendu chargé de matières noirâtres et d'odeur infecte.

Nous prévenons les parents de nous envoyer chercher immédiatement, s'il survenait quelque accident ou une crise comateuse, et attendons les événements.

A 8 heures du matin, nous n'avions pas entendu parler de notre petite malade, et, à notre arrivée, nous trouvons un visage presque gai qui nous accueille. La mère nous dit que son enfant est sauvé et nous raconte que, vers deux heures du matin, la fièvre avait diminué et la respiration était devenue meilleure. L'enfant reposait dans son lit, avec de légers soubresauts cependant, mais les pommettes décongestionnées, et les parents avaient cru utile d'espacer d'eux-mêmes les cuillerées dosimétriques depuis quatre heures du matin et de ne les faire prendre que toutes les demi-heures.

Nous étions donc maîtres de la situation.

La température prise dans l'aisselle accuse 37°8.

Nous prescrivons alors un retour à l'association dosimétrique : *brucine*, *aconitine*, *digitaline*, une cuillerée

à café du mélange toutes les demi-heures. Un granule de *sulphydral* toutes les heures.

Un lavement de deux cuillerées à café de *Sedlitz granulé*, vers dix heures du matin.

Le soir, l'enfant a une température de 33° dans l'aisselle. Les râles sous-crépitaux fins des deux bases arrière tendent à diminuer considérablement. Gros râles ronflants dans les grosses bronches. Pas de souffle.

La face est calme, quoique pâle. Aucun symptôme d'asphyxie.

L'enfant continue la *Trinité dosimétrique* jusqu'au lendemain matin, excepté pendant les deux heures de la nuit qu'il a pu dormir.

Le 24, au matin, T. 37°5. Nous faisons supprimer la trinité.

L'enfant continuera le *sulphydral* et prendra un granule d'*hydroferrocyanate de quinine* toutes les heures.

Le 25, au matin, l'enfant est gai, souriant, T. 36°. Un granule d'*hydroferrocyanate de quinate* toute les deux heures.

Le 26, la maladie semble terminée du côté de l'appareil pulmonaire.

L'état général reste à traiter sérieusement, et c'est encore la Dosimétrie qui fera les frais de la médication.

Nous avions là un grand succès de plus à attribuer à l'alcaloidothérapie et à sa formule défervescente la plus usuelle, la *Trinité dosimétrique*.

Les médicaments qui la composent :

*Strychnine*, *aconitine*, *digitaline*, d'une part, chez l'adulte.

*Brucine*, *aconitine*, *digitaline* ou *vératrine*, d'autre part, chez l'enfant,

qui sont, en général, un sujet de terreur pour le médecin non dosimètre, ne doivent en aucune façon émoi, quand on les administre "à doses réfractées, exactement mesurées et jusqu'à effet".

Là dose maxima n'existe pas en Dosimétrie, et les enfants supportent ces doses aussi bien que les adultes.

La *strychnine*, le "cheval de bataille du Dosimètre", nous a, dans le cas qui fait le sujet de cette observation, rendu un service considérable et a décidé de la victoire.

Le *sulphydral*, en désinfectant les bronches et en s'attaquant à la cause même du mal : le *sedlitz granulé*, en nettoyant tout l'intestin et en éliminant les toxines, ont facilité l'absorption de la Triade et aidé à vaincre la température à juguler la fièvre, en mettant obstacle à la formation des lésions organiques.

(La Dosimétrie)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Préparations aqueuses de menthol

Le menthol n'est pas soluble dans l'eau. Comment

peut-on faire pour obtenir de bonnes préparations aqueuses de menthol.

M. Crésantignes emploie dans ce but la teinture de Panama, comme dans la formule suivante :

Menthol.....	0g03 à 0g05
Teinture de Quillaya.....	5 grammes.
Glycérine neutre.....	10 —
Eau distillée.....	Q. s. p. 125 cc.

Après dissolution du menthol dans la teinture, ajoutez la glycérine, puis l'eau par petites quantités, en agitant.

F. S. A. une potion à prendre par cuillerées à soupe.

On obtient ainsi une sorte d'émulsion de couleur légèrement ambrée et qui se tient bien, même sans agitation.

On pourrait trouver faible la proportion de menthol qui entre dans cette potion. Il convient cependant de ne pas la dépasser ; mieux vaudrait au besoin donner plusieurs cuillerées à la fois, car, plus concentrée, l'eau mentholée produit une sensation de brûlure.

Son emploi est contre-indiqué dans les cas de gastralgie.

La préparation suivante :

Menthol.....	0g15 à 0g30
Teinture de Quillaya.....	10 grammes.
Eau distillée.....	Q. s. p. 155 cc.

F. S. A. (usage externe).

se montre très efficace pour soulager les malades, fébricitants ou non, qui souffrent de céphalalgie frontale.

*Mode d'emploi.* — On imbibe de cette préparation une compresse pliée en quatre et on l'applique sur le front. Au bout de trois à cinq minutes, il se produit un picotement qui serait pénible s'il était prolongé ; on remplace alors par une compresse d'eau pure, puis on revient à la compresse mentholée et ainsi de suite.

Cette autre formule :

Menthol.....	0g10 à 0g20
Teinture de Quillaya.....	10 grammes.
Eau (ou eau boriquée saturée)	Q. s. p. 1 litre.

F. S. A.

Il convient pour les lavages de la bouche et les gargarismes.

(Gaz. des hôp.)

## DISCOURS

Discours de monsieur le professeur J. P. Rottot,  
prononcé au banquet de la Société  
Médical de Montreal

Monsieur le Président, Messieurs.

Je vous offre mes remerciements pour la santé que vous venez de proposer à l'honneur de l'université Laval. Vous avez raison d'en désirer la prospérité, car, parmi toutes les institutions qui contribuent au bonheur et au progrès de l'humanité, les universités tiennent certainement le premier rang. Ce sont elles qui forment l'esprit et le cœur de l'homme, qui enrichissent son intelligence de toutes les connaissances nécessaires au rôle qu'il doit remplir sur la terre.

Guidé et éclairé par les seuls vrais principes qu'il en reçoit, l'homme comprendra et remplira mieux ses devoirs envers Dieu, envers ses semblables et envers lui-même.

Pour nous, l'Université est le phare vers le quel nos yeux doivent se tourner, c'est le boulevard de notre nationalité canadienne-française.

L'université Laval a déjà fait beaucoup dans cette voie, et comme nous marchons sur ses traces, nous espérons pouvoir mériter une partie des éloges et de la reconnaissance que le public lui doit.

J'offre mes félicitations à la Société médicale pour le brillant succès de cette fête.

La Société mérite nos éloges pour ses travaux, pour les efforts qu'elle fait dans le but de développer le goût du travail chez nos médecins, et d'entretenir parmi nous l'union et l'harmonie.

Si quelques-uns de nos confrères peuvent réclamer une part des progrès, faits de nos jours, par la science, ils le doivent en partie à la Société médicale.

Nous constatons que ces progrès ont toujours été faits, dans la même direction, c'est-à-dire le développement et le perfectionnement de la science.

Quant au médecin lui-même, il paraît s'être oublié complètement. Ne serait-il pas à propos de jeter, un instant, nos regards sur lui, pour voir, s'il a aussi marché de l'avant, et pour s'assurer s'il n'a pas un défaut à corriger ou une vertu à acquérir.

En raison de notre profession, le médecin doit être au premier rang, non seulement par la variété de ses connaissances, mais encore par les qualités de l'esprit et du cœur. Une étude psychologique en ce sens serait certainement très importante.

Je n'ai pas l'intention de passer en revue tous les défauts et toutes les vertus de mes contemporains du siècle dernier et de ceux d'aujourd'hui. Je me contenterai de vous faire part d'un phénomène étrange, qui se produisait il y a 55 à 60 ans, chez chaque élève lorsqu'il recevait sa licence ou son diplôme.

Durant sa cléricature, l'étudiant se distinguait par sa grande modestie, mais à peine était-il admis à la profession médicale, que cette grande vertu s'effrodit et disparaissait pour être remplacée par un sentiment d'amour-propre et de vanité extraordinaire.

Exalté par ces succès, et croyant posséder la science de chacun de ses professeurs, il se croyait un grand, un très grand médecin. Fier de ses talents, de la vivacité de son esprit, et de la délicatesse de ses sens, il était convaincu que la médecine ne pouvait pas avoir de secrets pour lui. Il se plaçait résolument au premier rang avec la prétention de laisser loin de lui, dans l'ombre tous ses confrères jeunes et vieux.

C'est une qualité de pouvoir s'estimer à sa juste valeur, mais il ne faut pas dépasser certaines limites, autrement elle devient un défaut qui peut nous faire commettre des écarts de jugement et nous faire tomber dans le chauvinisme.

Faisons-nous mieux aujourd'hui ? ?

Ce banquet me rappelle avec plaisir ceux auxquels j'ai assisté, depuis déjà bien des années, et m'en aient pérorer encore un grand nombre d'autres dans l'avenir, car dans notre profession, quand on sait le tour, on ne vieillit pas. Je vois avec satisfaction qu'un certain nombre de nos invités n'appartiennent pas à notre profession; c'est une variété qui contribue beaucoup à l'embellissement, et au succès de notre fête.

Nous pouvons convenablement fraterniser ensemble car nous appartenons tous à la grande classe des professions libérales, en d'autres mots, à la classe instruite, ou au moins qui croit l'être; ce qui, pour un certain nombre revient au même: car croire à la possession d'une chose, vaut parfois, autant que la possession même. C'est une satisfaction que les médecins éprouvent souvent. Je suis sûr, qu'en nous voyant ce soir, ces messieurs doivent se dire, comment se fait-il que les médecins, qui passent leur vie au milieu des malades, des mourants et des morts, puissent se livrer ainsi au plaisir, et quelle doit être la nature de leur conscience pour être si peu affectés par leurs insuccès et leurs accidents de tous genres. Il y a deux raisons pour cela: la première — il faut que jeunesse se passe, — l'autre, c'est que la conscience du médecin est tellement tolérante qu'on peut la charger toujours, sans jamais la gêner: de fait, je ne vois rien de si élastique que la conscience du médecin; et ce n'est pas peu dire, quand on connaît celle des autres.

**Discours de M. le Dr D. Brochu au banquet de la Société Médicale de Montréal**

*(Suite et fin)*

Mais, je m'arrêtais particulièrement à apprécier les brillantes perspectives que le Comité d'Etudes médicales de Montréal nous laissait entrevoir pour l'avenir de

ce projet. Je lui rendais ce témoignage qu'il était composé d'une jeunesse d'élite et de haute formation intellectuelle, et de plus, qu'il avait cet avantage sur nous: c'est qu'il pouvait compter non seulement sur la qualité mais sur le nombre des travailleurs, puisqu'il avait à se recruter dans un milieu où le nombre des médecins pratiquant dépassait celui de tous les districts environnants de notre vieille capitale.

Il me paraissait facile de leur prédire que, dans de telles conditions, ils étaient naturellement destinés à jouer un rôle prépondérant dans l'œuvre de vulgarisation scientifique que nous avons en vue.

Trois années se sont à peine écoulées, depuis; et vous pouvez juger bien facilement, d'ores et déjà, si la confiance et les prévisions que j'exprimais alors ont reçu leur confirmation.

Il me semble que nous n'avons qu'à jeter les yeux autour de nous, dans ce magnifique banquet; et, en voyant, réunis sous ses auspices, dans un même sentiment, les représentants les plus autorisés de notre hiérarchie sociale et politique, en même temps qu'un nombre aussi considérable de médecins, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître, en effet, que ce Comité d'études, qui est devenue une société médicale de renom, s'est conquis un prestige toujours grandissant et une influence de plus en plus prépondérante dans le mouvement du progrès scientifique que nos sociétés médicales font rayonner, aujourd'hui, sur toute la profession médicale française de ce pays.

Mais je puis dire encore plus:

L'œuvre de notre premier congrès des médecins de Langue française est maintenant une chose accomplie. Tous ceux qui y ont pris part peuvent témoigner, je crois, que le succès, qui l'a couronné, a dépassé les meilleures espérances.

Si nous avons obtenu un premier résultat aussi encourageant pour l'avenir de notre jeune association, cela est dû, sans doute, au travail et aux efforts communs, au zèle et aux adhésions ferventes de toutes nos sociétés médicales; mais, d'un autre côté, ce ne sera qu'un devoir de simple justice pour moi de proclamer, ici ce soir, comme président de ce premier congrès, que si le succès en a été aussi éclatant, cela est dû, pour une très grande partie, au nombre et à la qualité des travaux scientifiques qui nous ont été apportés par les membres de cette société médicale de Montréal. Je suis heureux d'avoir cette nouvelle occasion aujourd'hui pour leur en marquer ma plus vive reconnaissance. Ce sera là d'ailleurs, le meilleur encouragement et la plus sûre garantie de succès pour le prochain congrès de cette association qui se tiendra dans cette ville, même, en 1904.

Eh bien, que nous soyions dans un temps, où pour nous empêcher de nous affirmer comme nationalité distincte, de réclamer ou de défendre ce qui nous appartient comme tel, on se plaît à jeter, comme un épouvan-

tail, au vent de l'opinion, les mots de "chauvinisme", de "nationaliste" et de "provincialisme", je n'hésite pas à dire à la louange de cette société médicale de Montréal qu'elle a fait honneur à la profession médicale canadienne-française de cette grande ville, à notre province française, comme à toute notre nationalité franco-américaine.

Est-ce à dire, messieurs, si nous avons l'orgueil de garder notre rôle comme nationalité distincte, d'une manière conforme à nos privilèges ; si nous croyons préférable de nous organiser sur notre propre terrain pour mieux développer nos aptitudes, c'est-à-dire, si parfois même, nous faisons appel au sentiment national pour vaincre l'apathie chez les nôtres, et faire ressortir les énergies latentes dans les masses, est-ce à dire que nous ayons la prétention de nous affirmer comme supérieurs aux autres ? est-ce à dire que nous ayons moins de respect pour nos confrères d'une autre origine, ou que nous n'apprécions pas leurs institutions. Encore moins, est-ce à dire que nous travaillions à briser l'union et l'harmonie qui doit exister entre les deux grandes nationalités de ce pays ?

Ceux qui nous jugent ainsi, ne nous connaissent pas, et ils se laissent entraîner trop facilement à des récriminations injustes. Ou bien, négligeant de rechercher qu'elles peuvent être nos véritables intentions, ils nous jugent, inconsciemment peut-être, à la lueur de vieux préjugés de races, que l'on devrait travailler à déraciner de part et d'autre, dans un commun accord, plutôt que de s'arrêter à faire un étrange abus des mots, pour se lancer des appellations injurieuses, afin d'intimider de discuter les questions de nos intérêts professionnels à leur véritable mérite.

Nous appartenons à un pays où chacune des deux grandes nationalités, qui le composent, a ses droits et ses privilèges reconnus dans l'un et l'autre des deux grands rouages de la politique qui nous régit.

Dans ce mouvement de concentration et de ralliement professionnel, dont j'ai rappelé l'initiative, nous n'avons fait, (personne ne nous le contestera) qu'user d'un droit indiscutable à l'association, dans notre pays libre ; et nous n'avons eu d'autre ambition que de prendre notre rang à côtés des autres nationalités et de marcher d'égal à égal avec elles dans l'arène du progrès intellectuel.

On trouve bien étroit, en certains milieux, le démembrement de notre jeune pays en province autonomes, surtout pour ce qui regarde les questions de la haute éducation et la régie des professions. On ne pardonne guère plus aux fondateurs de la grande République voisine, éminemment progressive pourtant, d'avoir adopté un système politique identique. Il faut admettre à la vérité que c'est un système qui peut devenir gênant parfois pour certaines visées ambitieuses.

Mais qui osera contester que ce démembrement po-

litique auquel on cherche à s'attaquer à l'endroit des prérogatives provinciales qui se rattachent à notre profession médicale, ne trouve encore aujourd'hui sa raison d'être dans les mêmes motifs d'ordre supérieur qui guideront nos hommes politiques les plus éminents, auxquels on doit l'œuvre de cette grande Confédération ?

On s'inquiète bien à tort également, en certains endroits, de cet esprit de "nationalisme" comme ont désigné avec mépris, qui s'attache à conserver toujours vivaces dans le cœur d'une nationalité ses affinités d'origine, ses traditions, le culte de sa langue et de son histoire, en un mot, de tous ces éléments qui constituent ce qu'on appelle "l'âme d'un peuple".

Qui niera, cependant, que cet esprit national, dans son sens bien entendu, ne trouve sa justification dans cet état social et politique auquel je viens de faire allusion, et que, de même que l'idée de sa patrie, dont il n'est, pour ainsi dire, que le corollaire, dans ces conditions, il ne soit l'un des plus puissants stimulants pour développer nos énergies et nos aptitudes, chacun dans sa sphère, et nous permettre de donner ainsi la pleine mesure de nos capacités pour le bien général de la communauté.

Il me semble que je démontrerais mieux cette proposition en empruntant un terme de comparaison.

Il en est, à mon sens, de l'esprit national comme de l'idée de patrie qui, elle aussi, paraît trop étroite à certains esprits dont le rêve est une fraternité universelle comme dernier perfectionnement de l'humanité, si ces deux facteurs puissants paraissent à première vue, rétrécir le courants des opinions, les horizons de l'activité intellectuelle d'un peuple, ils font l'effet de ces rives, enserrées qui rétrécissent le cours d'un fleuve ou d'une rivière au moment où ils ont à franchir les obstacles naturels semés sur leur parcours.

N'est-ce pas précisément dans ces conditions, que le génie industriel de l'homme peut en arriver à faire ressortir de la masse de leurs eaux toutes les énergies latentes pour les faire servir aux perfectionnements de l'art et de l'industrie et par suite au bien-être général et à la prospérité d'un pays.

Mais je m'aperçois que je me laisse entraîner sur un terrain auquel ne se rattache pas directement mon sujet.

J'ajouterai seulement comme corollaire de toutes ces considérations que vous me pardonnerez d'avoir développées aussi longuement, les propositions suivantes.

" Nous croyons avoir un droit indiscutable à développer nos aptitudes et nos énergies selon les conditions qui nous paraissent les plus favorables, pourvu qu'elles n'empiètent sur aucuns droits des autres."

" Nous croyons devoir nous montrer jaloux des prérogatives et des privilèges de toutes nos institutions qui se sont développées à la faveur de nos conditions politiques actuelles, que nous voulons sauvegarder, ainsi

que nos franchises constitutionnelles que l'on ne saurait avoir chance de nous voir sacrifier pour aucun avantage aléatoire ou intérêt de clocher particulier.

" Mais nous respectons nos concitoyens d'une autre origine, qui vivent à côté de nous, et nous apprécions hautement leurs institutions, qui font le plus grand honneur à notre pays."

" Nous voulons des égards réciproques entre les différentes nationalités d'une même provinces ; comme entre les différentes provinces elles-mêmes de cette Confédération. Nous avons donné, maintes fois, des preuves de la sincérité de nos sentiments sur ce point ; entre autres, je me plais à le rappeler ce soir, lorsque nous nous sommes réunis, dans cette ville même, pour achever la constitution organique de notre association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord." Nous avons alors résolu unanimement d'offrir le titre de présidents honoraires à des représentants éminents des deux universités anglaises de cette province ; M. le professeur Craik de McGill, et M. le professeur Campbell, de l'Ecole de Bishop, qui jouissaient d'ailleurs, tous deux, de l'estime de tous les médecins canadiens-français.

Je dirai encore plus, pour dissiper toute équivoque que pourrait faire naître, dans certains esprits chatouilleux, un sentiment national, un peu vif, que nous n'avons jamais cherché à dissimuler :

" Nous voulons faire disparaître, tout autant que nos amis qui plaident en faveur du projet de loi de M. le Dr Roddick, ces barrières détestables, aux yeux d'un grand nombre, qui empêchent un médecin diplômé d'une province d'aller pratiquer librement dans une autre province de ce même pays. Et voilà pourquoi nous plaidons énergiquement en faveur de la réciprocité médicale des diplômés entre ces provinces, sauf certaines conditions à établir dans les programmes des études, mais sans porter aucune atteinte à l'autonomie législative des provinces, en matière d'éducation."

Telle est, messieurs, la profession de foi, ou, pour mieux dire, les principes de la bonne entente, que les circonstances m'inspirent de vous exprimer ouvertement ; elle n'est d'ailleurs que la confirmation des sentiments de tous mes collègues de Québec, que j'ai l'honneur de représenter ici ce soir.

Tout en m'excusant d'avoir occupé si longtemps votre attention, je remercie de nouveau M. le président de cette Société, au nom de la Société médicale de Québec de la faveur qu'il a bien voulu nous faire de nous convier à cette brillante fête. Avant de m'asseoir, je lui demanderai la permission de lever mon verre " A la Société médicale de Montréal", pour son succès toujours grandissant dans l'avenir et " A l'Association des médecins de langue française", pour le succès de son prochain congrès, qui se tiendra au siège même de cette grande métropole de notre province.

## CHRONIQUE LEGERE MEDICASTRE

Suscitée par le banquet annuel des étudiants en médecine de l'université Laval à Montréal à la mi-Janvier et ressuscitée par celui de la Société Médicale tout dernièrement

(Suite)

En terminant ma dernière chronique, je m'étais engagé à dire quelques mots du menu.

Quant à l'impression... typographique, elle est bien, n'est-ce pas, sur les deux cartes ?

Les étudiants sont restés fidèles à leurs couleurs universitaires ; le rouge et le noir. Le papier est jaune ; cela va sans dire que c'est pour nous apprendre la modération dans ces festins, en nous rappelant que lorsqu'on participe à un banquet aussi gastronomique que celui des carabins, on peut s'attendre à être un peu bilieux le lendemain. En m'attardant en face du menu du banquet de la Société médicale, je me sens devenir languoureux, entouré de nuages mystérieux ; et c'est l'œuvre artistique de la première page du couvert qui me transporte ainsi au pays des réveilleries. C'est si mystérieux !

L'artiste en tracent cette gravure aurait-il voulu faire réfléchir les médecins ? Présomptueux, alors. Veut-il insinuer que ces belles dames ont des balthazars intimes et... qu'il leur faut le médecin, avant même de quitter la table du festin ? Misérable crayonneur, alors.

Il y a une table et dessus... des restes : une bouteille de champagne vidée, une autre... encore avec son bouchon. Et elle est seule... la jolie petite femme aux yeux languoureux et aux lèvres ironiques dont le bon vieux médecin... les yeux fermés et la montre à la main !... tâte si béatement le pouls.

Le petit ange au bas de la gravure, soulevant l'étoffe légère, veut-il signifier que... "l'autre"... est sous la table ? Veut-il nous découvrir des horizons nouveaux ? Et le deuxième chérubin voudrait-il tenter de cacher "l'autre" qui est sous la table ? Et la belle à la gentille frimouze aurait-elle demandé le médecin plutôt pour l'autre qui est sous la table que pour elle ? Mystère. Enfin se sont les suites d'un festin — on est indisposé, on ne s'est pas couché, on est encore à table, peut-être sous la table. Pour nous permettre de contempler le mystique tableau, il y a des anges, non ailés, qui soulèvent le voile. Qu'il est donc épais, pesant, ce voile qui couvre les mystères des banquets ! L'artiste n'a-t-il pas, lui, compris son poids — du voile, bien entendu ? Mais oui, puisqu'il lui a fallu le faire supporter par des anges acrobates, contortionnistes ! Il a cru même que c'était "monstrueux" — si ce n'eût été pour un banquet de médecins, je crois qu'il n'aurait pas osé ainsi dévoiler au grand jour et à la lueur des torches un des petits



péchés de nos bien-aimées. Oui, il a bien compris que ce qu'il lui fallait faire était monstrueux, et pour se pardonner lui-même et pour se racheter aux yeux du monde, et des filles d'Eve, il a créé la conception tératologique qui orne le haut de son chef-d'œuvre et qui supporte les coirs du drap ! Doyen, de Paris, pourrait être consulté avec avantage, si l'artiste à des tendances vers cette spécialité nouvelle.

Mais, comme l'on peut mal interpréter les faits, lorsqu'il n'y a pas des points sur les i ! L'artiste voyant que la femme n'avait pas de place dans les santés du banquet, a voulu la mettre en évidence, et rappeler aux médecins — par l'entourage tout allégorique — comment les banquets sont de nature à rendre cette divine créature malade, par anticipation, je suppose, de l'arrivée matinale de son époux imbu d'idées nuageuses.

Mais l'artiste n'aurait-il pas pu, tout en mettant en évidence les excellentes qualités de la femme, intervertir les rôles, tels que si bien représentés dans sa magnifique illustration ?

Pardon, monsieur le dessinateur, je ne suis pas artiste, vous savez, et mes idées sont celles d'un vieillard, toujours malheureusement à son temps... et comme les temps d'hier ne sont plus les temps d'aujourd'hui ! L'artiste n'aurait-il pas pu, avec avantage, asseoir... le médecin dans la chaise et faire tâter... la susceptibilité du malheureux par sa femme, tenant à la main — non pas une montre — mais un des sceptres de son autorité, manche à balai, fer à repasser, etc. ? Et au lieu d'avoir yeux et bec clos, n'aurait-il pas pu faire sortir de ses prunelles verdâtres des éclairs... d'amour et de sa bouche... une musique... douce et suave ! Le pauvre médecin revenu tard de son banquet aurait été représenté prenant un doux sommeil, séduit par les homélies, bercé par ces illusions, entouré de la félicité conjugale. L'idée sera pour le prochain artiste, je ne la ferai pas breveter d'ici à ce temps là.

Le menu des étudiants, très bien, est parsemé de calembours. Ces menus plaisirs sont toujours agréables dans ces fêtes intimes, aussi m'excusera-t-on bien quelques-uns, qui pourraient m'échapper dans le cours de cette chronique toute légère. Pendant notre temps de cléricature, je m'en souviens bien, il était du devoir du plus proche voisin d'infliger, sur-le-champ, à celui de nous qui se permettait d'en fabriquer un, une punition dans le genre de celui du bedeau des banquets. Aujourd'hui ce n'est plus ça : ce sont ceux qui les lisent qui ont le châtement. Je vous épargnerai le plus possible.

Le menu de la Société médicale est sévère, comme cela convenait. Les seuls sourires que nous ayons eus se sont épanouis en voyant des croquettes de ris de veau et le dindonneau faroi ; car se sont des animaux peu portés à la finesse intellectuelle, à la risette.

Je crois qu'il faudrait raccourcir de beaucoup, le nombre des plats, car nous n'allons plus à ces banquets

pour manger ; nous y perdons trop de temps à remplir notre ventre quand nous avons si besoin d'enrichir notre intelligence des mets savoureux et des fréandises cérébraux que l'on y sert. Il faudrait, pour bien faire, avertir les convives de souper avant l'ouverture de la salle du banquet. Deux ou trois plats suffiraient alors ; par exemple une entrée cérémonieuse, un entremet épicé. Les desserts et les vins n'ont aucunement leur raison d'être : les discours constituent un riche dessert, et fournissent levain (arrière, bedeau !) à tous les goûts ! Il ne resterait qu'à ménager une sortie glacée ! !

Jetons un coup d'œil rapide sur les santés. Malgré leur importance médicale, il ne faut jamais que les santés soient nombreuses à un banquet médical, ce serait souhaiter banqueroute à la profession. Mais à la semaine prochaine mes bons lecteurs, pour la causerie paternelle sur ce grave sujet.

D'AIGUILLON

## NOUVELLES.

### Le nouveau surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport

Nous applaudissons, — et nous savons que la profession entière fait comme nous — à la nomination du distingué docteur Brochu, à la surintendance de l'asile de Beauport. C'est *the right man in the right place*, et c'est le digne successeur du regretté docteur Vallée.



M. le Dr M. D. BROCHU.

Nous n'avons pas à faire l'éloge du professeur Brochu. La vie et les travaux de cet homme savant et intègre parlent plus que les paroles ne pourraient jamais le faire. Il est connu de tout le corps médical et nous croyons pouvoir et devoir, au nom de ce corps et au nôtre, lui offrir les sincères félicitations.

## MARIAGES :—

A Meriden, Conn., le 17 courant, notre distingué collaborateur et ami, M. le Dr J. E. Laberge, surintendant médical de l'hôpital Civique de cette ville, conduisait à l'autel Mademoiselle Anita-Marie-Ernestine Lamontagne.

La bénédiction nuptiale, a été donnée par le frère de la mariée, le Rev. M. Lamontagne, du séminaire de St Thomas de Hartford, assisté du Rev. M. Philippe Desjardins, comme diacre et du Rev. M. A. Laflamme, de Rumford Falls, Me., comme sous-diacre.

L'heureux couple s'est embarqué pour un voyage de trois mois à travers l'Europe.

Nos meilleurs souhaits les accompagnent.

— A Montréal, le 23 courant M. le Dr Arsène Christin, conduisait à l'autel mademoiselle Prud'homme, fille unique de M. Jos. S. Prud'homme. de cette ville.

Nos vœux les plus sincères.

## Supplement Litteraire

### La revanche de l'agneau

La raison du plus fort est toujours la meilleure.

(LA FONTAINE.)

Vous connaissez du tendre agneau  
Que nous montre le Fabuliste  
La fin misérable et si triste :  
La voici sous un jour nouveau,

L'agneau, d'une brebis galeuse  
Avait écouté les discours,  
Et, trompé par cette enjôleuse  
Avait goûté folles amours.

En maculant sa blanche robe,  
Il avait pris, pauvre innocent,  
Sa part d'un virulent microbe  
Dont il souffrait au mal cuisant.

Pour calmer l'atroce brûlure  
Qui le consume, l'agnelet  
Puisant, avide, l'oude pure  
Et piteusement bêlait

C'est alors, qu'errant dans la plaine,  
Messire Loup de loin l'a vu  
Et pour se remplir la bedaine  
Le prend, l'emporte et mange cru.

A son tour il ne tarda guère  
A sentir un feu dévorant,

Et le virus fit son affaire  
A ce glouton intempérant.

Il en mourut : Quelle revanche  
Pour le pauvre petit agneau ! !...

Ce n'est pas tout : sans méfiance  
Des louves le nombreux troupeau,  
Du loup, grand coureur d'aventures,  
Ecoutant les propos galants,  
Par suite de mêmes blessures  
Avaient queues bases, pas tremblants.

### MORALITE

Depuis lors quand une femelle  
Devient malade tout à coup,  
Languit, gémit, pâlit, chancelle,  
On dit : " C'est qu'elle a vu le loup "

(Journ. méd. de Paris.)

### Le parnasse hippocratique

#### Questiou d'Anatomie comparée

Dieu créa l'homme du limon de la  
terre... Il le fit à son image.  
Pendant son sommeil il lui enleva  
une côte et fit la femme.  
(Extrait de la Genèse)

Après avoir créé le Monde,  
Fatigué, le Bon Dieu pensa,  
En sa Sagesse profonde,  
Qu'il faudrait gouverner cela.

A qui donner ce beau Domaine  
Qu'il vient de fonder prestement ?...  
Il ne fut pas longtemps en peine  
Et créa l'Homme en un moment.

L'"Histoire Sainte" nous dit comme  
Après ADAM, EVE survint :  
D'un peu d'Argile fut fait l'Homme  
D'un seul os la Femme provint.

Ici, nous trouble la Genèse  
En manquant d'explication,  
Voilà pourquoi, ne vous déplaie  
Je veux poser ma question.

" Sans offusquer la Bien-séance,  
Donc : Honni soit qui mal y pense "

Adam avait-il un *Nombri* ? ?...  
Alors désignez-moi l'attache  
De son "Cordon". — Ce cas subtil  
N'est pas défini, que je sache.

Fabriqué par le Haut Caprice

De Jehovah, le Créateur,  
Il ne connut pas la *Matrice*  
Depuis, le seul générateur.

Or tout être porte la trace  
De l'ancien placentaire appui  
Après les neuf mois qu'il y passe,  
Adam n'en pouvait pas avoir, lui.

Pour Eve, à propos d'"Ombilic"  
La question aussi se pose :  
Elle aussi fut faite de "Chic"  
C'est tout à fait la même.

Au point de vue anatomique,  
Ces deux cas sont embarrassants ;  
Je ne crois pas qu'on les explique,  
Pourtant, cherchez je vous attends !...

(*Jour. de méd. de Paris.*)

#### Echelle de l'envie professionnelle

Un philosophe italien, signor Ferriani, s'est amusé à dresser une sorte d'échelle de l'envie suivant les professions.

Pas n'est besoin de dire que les médecins tiennent le haut de cette échelle. Ils ne sont dépassés que par les comédiens.

Les degrés étant comptés de 1 à 10, Ferriani place au bas de l'échelle les architectes avec le chiffre 1 ; puis viennent les prêtres, les avocats et les militaires avec le numéro 2. Les professeurs de sciences et de littérature occupent l'échelon 4 ; les journalistes, le 5 ; les auteurs, le 8 ; les médecins, le 8 ; les comédiens, le 10.

Si l'envie est peu développée chez les architectes, cela tiendrait à la précision et à la sévérité de leurs études. De même pour les avocats. Dans le clergé, l'envie ne s'observe guère que chez les prédicateurs. Chez les militaires, l'envie sommeille en temps de paix, mais elle peut devenir aiguë en temps de guerre. Elle rend les hommes de science ou les gens de lettres solitaires et défiants. Quant aux médecins, l'envie les porte à médire les uns des autres et à se traiter réciproquement de charlatans. Enfin, dans le monde des théâtres, l'envie, d'après le philosophe italien, atteint sa forme la plus aiguë, la vanité étant le principal facteur de cette acuité.

(*Med. moderne.*)

#### Quelques combles en médecine

Le comble de la précaution médicale nous est fourni par notre ami le docteur Guy Bôlard :

Ayant appris avec terreur qu'il y avait le choléra

en Egypte, il a absolument défendu à ses enfants de s'approcher de l'obélisque.

Quelqu'un lui dit qu'en temps de choléra les médecins défendent de manger des légumes aqueux,

" En ce cas, s'écrie-t-il, on peut manger sans crainte des grenouilles, puisqu'elles n'en ont pas ! "

Le comble de l'ignorance :

Prendre Linné pour l'inventeur du dessin linéaire !

Le comble de la précaution chez un médecin :

Avoir toujours du diachylum pour les gens qui se coupent dans la conversation.

Le comble de l'ambition pour un amateur de décorations :

Faire d'actives démarches pour obtenir le cordon sanitaire.

Le comble de la curiosité scientifique pour un médecin :

Perdre son temps à chercher les battements du cœur d'une salade.

Le comble de la vivisection :

Ouvrir une portière.

Le comble de la pornographie :

Ecrire un roman qui surexcite l'"essence" de térébenthine !

Le comble du suicide serait de s'étrangler dans le corps de sa mère au moyen du cordon ombilical.

Le comble de l'honnêteté commerciale.

Rembourser un ennuque.

Le comble de l'innovation thérapeutique :

Trouver un emménagogue qui règle les voitures de place.

Le comble de la susceptibilité :

Ne point pouvoir passer devant le ministère de la marine sans avoir aussitôt le mal de mer.

Le comble, pour un oculiste, de l'étonnement :

Voir un myope et un presbyte échanger leurs vues.

Le comble de la prétention :

Forcer un aveugle à payer des efforts à vue.

Le comble de la satisfaction pour un gendarme :

C'est d'avoir les pieds si froids qu'il ne sent plus.

Le comble de l'hygiène :

C'est d'exiger de son concierge qu'il soit muni du cordon sanitaire.

Le comble de l'erreur, pour un curé appelé auprès d'un malade :

Croire qu'un lavement va droit au ciel parce qu'il vient d'être administré !

Le comble de la chance pour la femme d'un opticien :

Accoucher de deux jumelles,

Le comble de l'abrutissement :

C'est de passer sa vie et de se ruiner à casser à la carabine des bouteilles dans les foires parce est prohibitionniste.

# Travaux Originaux

## CONSIDERATIONS SUR LA VARIOLE ET LE VACCIN.

par M. le Dr J. E. LABERGE,

*Surintendant médical de l'hôpital civique de Montréal.*

(Suite)

3° *Pustule.* Cette période succède insensiblement à la précédente, le pus devient de plus en plus abondant, les cloisons se rompent et se détruisent de sorte qu'au centre de la pustule il n'existe plus qu'une vaste cavité anfractueuse communiquant latéralement avec d'autres cavités plus petites. Le derme tout autour de la pustule est fortement infiltré de leucocytes, parfois tellement accumulés dans la couche papillaire que celle-ci se nécrose par défaut de nutrition. C'est ainsi que se produisent ces cicatrices blanches, lisses, marques indélébiles de la variole.

4° *Période de dissiccation.* Elle est caractérisée par le dessèchement du contenu de la pustule qui se trouve ainsi transformé en une masse d'un jaunâtre ou brunâtre de forme plus ou moins ronde. Quelquefois cette croûte repose simplement sur le derme, c'est lorsque les lésions se sont bornées aux couches les plus superficielles du derme, alors la génération de l'épithélium marche rapidement et amène une guérison sans cicatrice. C'est à cette forme qu'on a donné le nom de varioloïde, mais qui n'en est pas moins de la variole et qui peut transmettre une variole grave à un sujet sain, mais dont l'organisme est tout préparé pour que le germe de la variole s'y multiplie tout à son aise. Dans certains cas et surtout dans certaines épidémies, les altérations du corps papillaire sont plus profondes, l'action du virus sur le derme est plus intense, il y a nécrose du tissu conjonctif sous-jacent à la vésicule et formation d'un tissu de granulation qui laissera une cicatrice plus ou moins étendue.

*Variolisation.* — Les anciens, ayant constaté le fait qu'on ne contracte la variole qu'une fois dans sa vie, inoculaient la variole en prenant du pus ou des gales d'un malade légèrement atteint, espérant donner une maladie légère qui protégerait d'une maladie plus grave. Cette coutume semble venir des Chinois, qui déposaient dans le nez des enfants une poudre provenant des gales d'un individu qui avait eu une maladie légère. De Chine cette pratique passa à Constantinople et de là en Angleterre.

C'est un M. Sutton, chirurgien anglais, qui la vulgarisa et qui le premier employa la lancette avec laquelle il introduisait sous l'épiderme un peu de pus provenant d'un varioleux discrètement atteint. Naturellement ce traitement ne répondait pas toujours aux espérances qu'on en attendait ; des sujets ainsi variolisés eurent une maladie grave et même mortelle ; ces individus étaient des foyers d'infection qui répandaient la variole partout, pratiquer ainsi la variolisation c'était allumer des incendies qui ne s'éteignaient qu'après avoir tout consumer. Aussi cette méthode rencontra-t-elle des adversaires qui la combattirent avec énergie et ce fut avec bonheur qu'on adopta le remède trouvé par Jenner et qui répondait à toutes les aspirations.

*Vaccin.* — Autrefois on donnait le nom de vaccin à un virus spécifique contenu dans les papules pustuleuses qu'on voit se développer sur divers animaux, principalement chez le cheval et la vache. Chez le cheval, les papules se manifestent surtout sur les muqueuses des lèvres et des nazeaux, ainsi que sur la peau des jambes. Chez la vache elles se rencontrent presque exclusivement au pis et aux trayons. Le vaccin possède des propriétés virulentes actives ; inoculé à l'homme, ainsi qu'à la vache ou au cheval, il produit une éruption semblable à celle d'où il provient et offrant une grande analogie avec celle de la variole, dont il semble être une forme atténuée. Lorsque le vaccin a été inoculé à un sujet d'espèce humaine, il lui confère l'immunité, soit variolique, soit vaccinale, pour un temps plus ou moins long, variant avec les individus. Ce nom de vaccin a aujourd'hui une signification beaucoup plus étendue qu'autrefois ; maintenant on appelle vaccin tout virus atténué pouvant conférer l'immunité contre une maladie. On vaccine contre le choléra des poules, contre le charbon, contre le rouget des porcs, contre la diphtérie, le tétanos, la rage, etc. L'origine de la vaccination remonte à l'année 1796, alors que Jenner, après 20 années d'observation et de recherches fit connaître au monde entier sa découverte du vaccin antivariolique. En 1881, Pasteur, au congrès international de Londres, dans une communication sur le virus atténué du choléra des poules disait : " J'ai prêté à l'expression de vaccination une attention que la science, je l'espère, consacrera comme un hommage au mérite et aux immenses services rendus par un des plus grands hommes de l'Angleterre ". Pasteur a atténué des virus en cultivant des microbes à de certaines températures. Ainsi la bactérie charbonneuse

cultivée à 44°, 45°, subit des changements considérables dans sa virulence, lorsque cultivée à 42° et 43°, il n'y a aucune modification dans la culture une différence de un à deux degrés a suffi à modifier la virulence de la bactériodie charbonneuse. Ces faits peuvent paraître en dehors du sujet qui nous occupe en ce moment. J'ai tenu à vous les rappeler; il nous aideront tantôt à trouver une réponse à cette question. D'où vient la vaccine antivariolique? Permettez-moi de continuer cette digression et de vous citer d'autres faits qui nous conduiront au même résultat.

Au printemps de 1860, près de Toulouse, où il y avait une épidémie de variole, voilà que tout à coup une maladie ayant beaucoup d'analogie avec la variole se répandit chez les chevaux. Voici brièvement énumérés, les principaux caractères de cette maladie.

Début. Fièvre innappétance, engorgement des jarrets, qui sont chauds, rouges, douloureux; vers le 3ème ou le 4ème jour, la peau se couvre de papules; au bout de 8 à 10 jours, ces papules deviennent pustuleuses, se rompent et laissent écouler un liquide séro-purulent, puis les pustules se dessèchent et vers le 15ème jour les croûtes tombent laissant des cicatrices plus ou moins marquées; cette irruption se manifeste quelquefois sur la muqueuse des naseaux et des lèvres.

Le 25 avril 1860, un nommé Laforce prit d'un de ses chevaux malades, du liquide d'un pustule au huitième jour de l'éruption et l'inocula à une vache le 30 du même mois; les piqûres commencent à rougir le 3 mai; chaque piqûre a développé cinq pustules larges, rondes ombiliquées, absolument semblables à celles du cow pox.

Le 4 mai, inoculation positive à une autre vache puis inoculation à un enfant et à un cheval, avec succès. Chez l'enfant cette inoculation donne lieu à une éruption vaccinale caractéristique.

En 1863, à Alfort, France, cette même maladie fut observée sur les chevaux avec les mêmes caractères, fièvres, éruption pustuleuse, dessiccation et au bout de trois semaines, tout rentrait dans l'ordre. Un élève de l'école d'Alfort, blessé au doigt en pansant un cheval atteint de cette maladie, fut pris des accidents suivants:

La plaie du doigt se tuméfia, devint plus douloureuse au bout de trois jours, malaise général, faiblesse, fièvre, innappétance; trois ou quatre jours plus tard une éruption vésiculeuse apparaît sur les mains, les bras, les jambes et la figure, tuméfaction des ganglions de l'aisselle et du cou. Cette éruption ressemblait beaucoup

à l'éruption vaccinale, d'un blanc nacré, surmontée d'une cloche épidermique d'où s'écoula un liquide d'une grande limpidité.

Cette maladie était probablement la vaccine qui s'était manifestée chez cet élève avec des caractères d'intensité qu'elle revêt lorsqu'elle est transmise du cheval à l'homme. Ces pustules inoculées à un jeune taureau, donne lieu ensuite à une belle éruption caractéristique du cow pox, laquelle éruption inoculée ensuite à un enfant a produit une belle éruption vaccinale.

Dans le cours de l'hiver dernier, les trois chevaux que nous avions à l'hôpital des variolés pour le service de l'hôpital eurent une maladie absolument identique à celle observée à Toulouse en 1860. Fièvre, inappétance, les jarrets, les boulets et les paturons sont enflammés, douloureux; puis quelques jours plus tard, une éruption apparaît papuleuse d'abord, puis vésiculeuse et pustuleuse. Vers le 10ème jour, la pustule se rompt laissant écouler un liquide séro-purulent, donnant beaucoup d'odeur, des croûtes se forment et tombent vers le 15 ou le 18ème jour laissant une cicatrice bien marquée; le poil n'a pas repoussé, surtout aux paturons.

La variole, le horse pox, ou le cow pox, se développent naturellement chez l'homme, le cheval ou la vache, se manifestant par des symptômes généraux et locaux, ne diffèrent guère chez ces diverses espèces individuelles que par le degré d'intensité.

Ces maladies qui appartiennent au groupe des maladies infectieuses ont-elle un germe commun? Cette question fut soulevée en 1799 par Cunner et défendue plus tard par Jenner, Hunter, Coleman, Piorry, Bouillaud, Thiel et Culy; elle fut l'objet d'une discussion animée à l'Académie de médecine de Paris, en 1862, 1863 et en 1864. A la séance du 27 mai 1862, Depaul disait: " Il n'y a qu'un seul et même principe morbide qui agit sur les chevaux et sur les vaches et qui inoculé à l'homme produit la vaccine, laquelle n'est pour moi qu'une variole modifiée, métigée ". Chauveau et Viennois défendaient l'opinion contraire. Ces théories, Depaul les défendaient avant que Pasteur eût fait connaître ses travaux sur l'atténuation des virus. Maintenant que tout le monde connaît les expériences de Pasteur sur l'atténuation des virus charbonneux par la chaleur, on peut se ranger à l'opinion de Depaul et croire avec lui à l'unité du principe morbide. Si Pasteur peut atténuer in vitro le virus du charbon en le cultivant dans du bouillon à une température de 43° C, pourquoi cette même atté-

nuation n'existerait-elle pas pour le virus de la petite-cultivé dans un organisme dont la température normale est plus élevée que celle qui convient à ce même microbe. Rencontrant l'organisme du cheval, le microbe de la variole s'y introduit, s'installe dans un milieu différent de celui qui lui est familier et il y subit probablement une dépréciation semblable à celle que subit la bactérie charbonneuse cultivée dans du bouillon à une température de 43° C. Car la température normale du cheval est de un degré plus élevée que celle de l'homme. En passant par la vache, le horse pox subit une autre modification, et le cow pox est bien moins virulent pour l'homme que le horse pox, il y eu encore atténuation, aussi la température normale de la vache est de un degré plus élevée que celle du cheval et de deux degrés plus élevée que celle de l'homme ; et, les quelques faits que je vous ai rapportés, l'épidémie de Toulouse, l'accident arrivé à ce jeune étudiant à Alfort, sont bien de nature à nous faire croire que cette opinion de Depaul est vraie.

Il est intéressant d'étudier maintenant la pustule vaccinale à cause de son analogie avec la pustule de la variole, on remarque dans les deux cas des caractères identiques : La pustule vaccinale contient des leucocytes en dégénérescence granulo-graisseuse, rares au début, plus abondants dans la période de purulence, des cellules épithéliales nécrotiques, des cellules multinucléaires.

Le liquide où ces divers éléments sont en suspension varie, aussi comme dans la pustule variolique, avec l'âge de la pustule, et se rapproche du plasma de la lymphe au début et devient purulent plus tard.

(à suivre)

## Revue des journaux.

### MEDECINE

#### Procédé de recherche du bacille tuberculeux dans le sang par homogénéisation du caillot

par MM. F. BÉZANÇON, V. GRIFFON et PHILIBERT

Les recherches expérimentales de ces auteurs sur la tuberculose pulmonaire du lapin, rapprochées des résultats obtenus par MM. Fournier et Beaufumé avec les urines des tuberculeux, les ont amenés à concevoir la présence du bacille de Koch dans le sang de la cir-

culatation générale comme plus fréquente qu'on ne l'a pensée jusqu'ici, et à rechercher un procédé pratique pour mettre en évidence ce microbe dans le sang et les sérosités pathologiques.

L'examen direct, après coloration par la méthode de Ziehl, est le procédé de choix, à condition que l'on multiplie les chances de rencontrer le bacille en recourant à la centrifugation. Mais la centrifugation ne trouve ici son application que si l'on a préalablement homogénéisé le liquide par dissolution du caillot dans lequel se trouvent emprisonnés les bacilles.

Pour liquéfier le caillot, MM. Bezançon, Griffon et Philibert proposent un procédé qui découle de celui qu'a donné Biedert pour l'homogénéisation des crachats broyage de caillot dans son sérum additionné de quelques gouttes de lessive de soude, dilution dans l'eau distillée, puis ébullition ; centrifugation et coloration du culot ainsi obtenu par la méthode de Ziehl.

Par ce procédé, ces auteurs ont pu déceler le bacille tuberculeux par exemple microscopique du sang, d'une part dans la tuberculose expérimentale, d'autre part dans la tuberculose humaine.

Chez deux lapins et un cobaye tuberculisés, la recherche du bacille dans le sang du cœur a été positive.

Chez l'homme, la recherche du microbe dans le sang n'a jusqu'à présent donné de succès que chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire avec hémoptysie. D'un autre côté, dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse, le seul examiné jusqu'à présent, le bacille a été facilement décelé dans le caillot de l'épanchement pleural.

(Gaz. des hôp.)

#### Les indications du lavage de l'estomac

M. le Dr G. Linossier, agrégé de Lyon, a publié une étude très documentée sur les indications et les contre indications du lavage de l'estomac. En dernière analyse, voici son opinion :

« On a exagéré, pendant quelques années, les bienfaits du lavage, on l'a appliqué sans discernement à toutes les affections gastriques. On a eu tort, et la réaction actuelle est le résultat naturel des déceptions éprouvées par les médecins qui en ont abusé. Mais cette réaction est certainement excessive, et le lavage de l'estomac mérite de garder une place honorable dans l'arsenal thérapeutique.

« Il est un peu compliqué sans doute, mais, manié par une main experte, et prescrit judicieusement, il est à peu près inoffensif, beaucoup plus inoffensif à coup sûr que les médicaments chimiques que l'on introduit avec trop d'insouciance dans les estomacs malades. On a pu décrire des gastrites médicamenteuses,

et je ne sache pas que jamais on ait décrit une affection de l'estomac due au tubage.

" C'est, dans certains cas de stase, un procédé que rien ne peut remplacer ; il réalise l'antisepsie gastrique plus simplement et plus sûrement que tous les antiseptiques chimiques ; il permet de porter, sans inconvénient, au contact de la muqueuse, des médicaments qu'il serait imprudent de laisser absorber. Enfin nous avons à lui être reconnaissant des progrès qu'il a apportés dans nos connaissances en gastro-pathologie, en nous permettant de suivre, phase par phase, le travail mécanique et chimique de l'estomac.

" Reconnaissons qu'on en a abusé, mais que cela ne nous empêche pas d'en user. Défions-nous de tous les excès, et soyons un peu moins sévères pour le lavage de l'estomac, au moment où nous abusons si étrangement du lavage de l'intestin ! "

(*Le Concours Médical.*)

#### Colique saturnine guérie par l'huile d'olives

M. DUPLANT (de Lyon) a communiqué, à la Société des sciences médicales de Lyon, l'observation suivante qui montre les heureux effets du traitement préconisé par le professeur Weill :

" Le nommé P....., vitrier-encadreur, âgé de 45 ans, me fit demander comme médecin du bureau de bienfaisance, le 8 mai. La manipulation du mastic avait déterminé chez lui une intoxication saturnine, démontrée par l'existence d'un liséré gingival des plus typiques. Depuis six jours, il souffrait de coliques atroces, accompagnées de rétractions du ventre, de constipations et de vomissements. Il demanda au début des accidents le médecin de nuit, puis un médecin de quartier. Le diagnostic de coliques saturnines fut posé et le traitement classique par la belladone, le morphine, fut institué. Le malade n'eut que quelques heures d'amélioration. La constipation résista à tous les moyens mis en œuvre.

Le malade, à mon arrivée, ne pouvait supporter que la position génu-pectorale. Il poussait des gémissements incessants et vomissait constamment. La glace, la limonade, la potion Rivière, l'eau chloroformée furent sans effet. Lorsque je proposai le traitement par l'huile d'olives, les personnes de l'entourage protestèrent, déclarant qu'il n'en garderait pas une goutte. J'insistai et fis ingérer l'huile par quarts de verre. Le malade ne vomit pas une seule fois, et deux heures après le début du traitement il était soulagé. Dans la soirée, il eut une selle, dans la nuit une reprise des douleurs qui cédèrent à une nouvelle absorption d'huile. Depuis, le malade a repris ses occupations.

Cette observation nous démontre que l'ingestion d'huiles d'olives chez les saturnins atteints de coliques, soulage les douleurs, supprime les vomissements et provoque des évacuations alvines indiquant la cessation du

spasme intestinal. Ce traitement peut réussir alors que tous les procédés classiques échouent contre la crise."

Ces résultats, comme l'a fait observer M. Weill, sont intéressants, car ce procédé n'a pas été accepté avec beaucoup d'enthousiasme au début. L'huile d'olives ne passe pas pour un antinauséux, et cependant son ingestion a fait cesser, chez le malade de M. Duplant, et jadis chez un malade du service de M. Bard, des vomissements qui résistaient à tous les médicaments.

Il existe dans la colique saturnine un spasme des muscles de l'abdomen et des fibres lisses de l'intestin. L'huile fait cesser les contractions du sphincter pylorique d'abord, puis du muscles intestinal.

On peut comparer son effet à celui qu'elle possède dans la colique hépatique, où elle supprime le spasme du cholédoque.

(*Lyon méd.*)

#### Le camphre contre les accidents de la demorphinisation

D'après M. Hofman, le camphre, ingéré à la dose de 5 centigrammes — dose qu'on peut répéter deux ou trois fois par jour — serait un excellent moyen pour combattre les accès d'asthénie avec dilatation du cœur et hyposystolie, si fréquents au cours de la demorphinisation. Dans ces cas, on verrait, sous l'influence du camphre, le cœur revenir à ses dimensions normales, le pouls se relever et les troubles subjectifs de l'état de besoin s'amender et même disparaître complètement.

(*Bull. méd.*)

#### Les causes peu connues d'intoxication saturnine

M. le Dr A. Vianary signale dans sa thèse quelques cas mal connus d'intoxication saturnine. Il n'y a pas, en effet, que les professions où l'on emploie notablement du plomb qui provoquent le saturnisme.

Quelques industries emploient le plomb sans que les ouvriers en aient connaissance. C'est dans ces cas que le diagnostic de la cause surtout devient difficile. Les intoxications non professionnelles sont plus rares, mais plus variées dans leur étiologie. Pour cette raison elles sont plus difficiles à déceler. Un grand nombre de cas de saturnisme est déjà connu dans les deux classes professionnelle et non professionnelle. Le saturnisme chez les tapissiers qui laissent séjourner longtemps dans la bouche des clous revêtus d'un étamage plombifère est un fait nouveau à ajouter à la liste déjà des causes de l'intoxication par le plomb. L'intoxication saturnine ne revêt pas toujours le tableau clinique classique, mais parfois se manifeste par des troubles morbides variés qui peuvent faire méconnaître la cause réelle des accidents. La colique de plomb notamment peut être confondue

avec toutes les douleurs abdominales. L'absence de notions étiologiques contribue à faire errer le diagnostic. La connaissance de la cause de l'intoxication a une grande portée pratique, car elle peut amener à modifier les procédés industriels et à éviter le retour des accidents. Il en est de même pour les intoxications non professionnelles.

(Le concours médical)

#### Les bains d'acide carbonique dans les cardiopathies.

Battistini et Rovere, de la clinique du professeur Bozzolo, de Turin, ont étudié l'effet des bains d'acide carbonique artificiels sur treize malades. Deux convalescents de fièvre typhoïde s'en trouvèrent bien ; des mitraux et un enfant, avec persistance du conduit de Botal, supportèrent bien les bains et furent améliorés par la cure. Plusieurs aortiques et artério scléreux n'en retirèrent aucun bénéfice et on dut interrompre la cure balnéaire, à cause de l'hypertension persistante et de ses conséquences fâcheuses. Chez un homme de quarante ans atteint de goître exophtalmique, la tachycardie diminua ; la tension artérielle baissait régulièrement pendant le bain et ne remontait qu'assez longtemps après ; la diurèse augmentait, mais le malade n'éprouvait de soulagement subjectif. En somme, ce travail confirme les notions courantes que les bains élèvent la tension artérielle, qu'ils ralentissent le pouls, qu'ils régularisent certaines arythmies et qu'ils calment les sensations douloureuses, l'oppression et les palpitations. Ils n'ont que peu d'influence sur la diurèse.

(Gaz. des eaux — Gaz. méd. belge)

## CHIRURGIE

#### L'alcool acidifié pour le pansement des plaies destinées à guérir par réunion immédiate

Des expériences bactériologiques et de nombreux essais institués sur des malades de la clinique chirurgicale de M. le professeur d'Antona, à Naples, par M. L. DE GAETANO (*Giornale inter. delle scienze med.*, d'après *Bull. méd.*), chirurgien de l'Ospedale del Pelligreni, ont montré que l'alcool à 70° (qui aurait une action bactéricide plus puissant que l'alcool absolu), acidifié avec de l'acide acétique (XX gouttes d'acide pour 100 grammes d'alcool), tue rapidement les staphylocoques, agents habituels de la suppuration au niveau des fils à suture. Il constituerait, par conséquent, le meilleur moyen d'assurer la réunion des plaies par première intention.

Voici quelle est la conduite adoptée actuellement, à

la clinique de M. d'Antona, à l'égard des plaies qui doivent être suturées :

Les fils destinés aux sutures restent immergés dans l'alcool acidifié tant que dure l'opération. Au moment de s'en servir, on les sort du liquide antiseptique et on les essuie avec de la tarlatone stérilisée pour en enlever l'humidité. En appliquant les sutures, on a soin, pour éviter la pénétration des germes pathogènes de la surface cutanée dans les profondeurs de la plaie, d'enfoncer l'aiguille de dedans en dehors (des parties profondes vers la peau. La plaie une fois suturée, on la lave à l'alcool acidifié, on la tamponne quelques instants avec de la tarlatane imbibée de ce même liquide et on y applique, enfin, un pansement de tarlatane pliée en plusieurs doubles, dont les couches inférieures sont humectées d'alcool acidifié. Au bout de deux jours, on renouvelle le pansement, après avoir lavé la plaie à l'alcool acidifié. Au cinquième jour, on enlève les sutures et on continue à panser avec la tarlatane imbibée d'alcool acidifié.

Il faut dire que l'alcool acidifié, en plus de son action antiseptique, exerce sur les tissus un effet siccatif qui favorise singulièrement la cicatrisation. Pour ce qui concerne en particulier l'acide acétique, il renforce l'action microbicide de l'alcool en augmentant sa puissance de pénétration et d'imbibition. Cette propriété de l'acide acétique est, d'ailleurs, bien connue des histologistes.

(Méd. moderne.)

## GYNECOLOGIE

#### L'intervention de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aigue

par le Dr Paul PETIT

L'une des questions posées au IV<sup>e</sup> Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Rome du 15 au 21 septembre dernier, était ainsi libellée : *Des indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.* Des trois rapports suscités par cette question ceux de MM. Treub et Léopold me semblent tellement vagues et imprécis qu'il faut s'attacher surtout, je crois, aux opinions émises par M. Tuffier.

Ce chirurgien, après avoir déclaré qu'il entend se cantonner dans l'*infection puerpérale généralisée, reconnaissant pour cause une métrite septique*, énumère les arguments anatomo-pathologiques et cliniques propres à démontrer la légitimité dans l'espèce de l'opération en cause. Les lésions utérines sont souvent telles, nous dit-il, qu'elles échappent à toute thérapeutique locale autre que l'ablation totale de l'organe : ainsi en est-il de l'*adhérence exagérée* ou de l'*enchâtonnement du placenta* ; de l'*infiltration purulente* de la paroi utérine, de



son *infiltration microbienne* sans lésions macroscopiques, de sa *gangrène*. D'autre part, en Allemagne, près de la moitié des parturientes, atteintes de septicémie et traitées par les moyens ordinaires, injections intra utérines, curettage, etc., succombent; en France, il en faudrait encore compter 10 p. 100. Les statistiques ne nous permettraient pas encore de dire; il est vrai, si l'hystérectomie est plus efficace, mais le bon sens nous indiquerait déjà les cas dans lesquels il faut la tenter. Indépendamment de la progression rapide des accidents (malgré l'emploi, entre des mains compétentes, de la méthode actuellement classique), il faudrait encore tenir compte des indications suivantes qui, prises individuellement, pourraient être insuffisantes, mais devraient, par leur groupement, entraîner notre conviction, dans le sens ou non de l'intervention radicale: histoire pathologique de l'infection; aspect, odeur et quantité de l'écoulement lochial; examen des plaies de la vulve et du vagin; examen bactériologique des produits de sécrétion ou du raclage de l'utérus; existence ou non des signes de la rétention placentaire, de l'infiltration purulente ou de la gangrène de la paroi utérine, d'un fibrome; gravité des symptômes généraux et des localisations secondaires à distance; examen hématologique.

Ces affirmations méritent d'être discutées à la lumière des documents que nous fournissent les rapporteurs.

Si en France, à l'heure actuelle, 10 p. 100 seulement des parturientes infectées succombent, tandis qu'en Allemagne plus de la moitié d'entre elles subit le même sort, cette comparaison prouve déjà que, chez nous, et par les moyens qui nous sont ordinaires, la septicémie puerpérale n'est déjà pas trop mal soignée. Sur 36 observations d'hystérectomie pour cette cause, on nous avoue 21 cas de mort et 15 guérisons; cet aveu n'a vraiment rien d'attrayant. On objecte, il est vrai, que la statistique eût pu être meilleure, si l'intervention avait été un peu plus hâtive dans quelques cas; mais, comme le fait remarquer Treub "il est d'autre part bien évident que dans cette statistique, il se trouve des cas dans lesquels on s'est beaucoup empressé d'opérer, et cela non seulement dans les cas de guérison, mais aussi dans les cas de morts."

Parmi les éléments d'appréciation que nous soumet M. Tuffier, un petit nombre seul doit être retenu.

La *gangrène utérine*, qui se distingue surtout par l'abondance, la coloration brune et l'odeur gangreneuse de l'écoulement, la présence fréquente de gaz dans la cavité de l'organe, l'élimination spontanée de fragments nécrosés, est une modalité, heureusement assez rare, mais très grave, de l'infection puerpérale, qui peut amener la mort par perforation utérine ou infection généralisée. Sur 40 observations de Beckmann de

Saint-Petersbourg, il y aurait eu 11 morts, soit une mortalité de 27,5 %. M. Tuffier ne nous dit pas combien de fois l'hystérectomie a été pratiquée. Mais comme dans ces cas l'utérus est très friable et demeure très volumineux (au bout de trois semaines il peut encore être à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic), il ne peut guère être enlevé que par la voie haute et je laisse à penser, statistique à part, ce qu'on peut attendre dans un cas semblable et sur une femme dont les éléments de résistance sont à coup sûr profondément atteints, d'une opération qui se présente pourtant si avantageusement au nom de l'anatomie pathologique.

Sauf exception négligeable, l'*infiltration purulente de la paroi utérine*, voir même un abcès bien localisé, ne sont pas diagnostiqués. Si au contraire, la rétention placentaire, le fibrome sous-muqueux, doivent souvent l'être, car on ne doit jamais négliger l'exploration intra utérine préalable, quelles indications tirer de leur coexistence? J'avoue n'avoir jamais rencontré de fragment placentaire en chatonné ou bien adhérent que je n'aie pu enlever... J'admets cependant qu'un fibrome sous-muqueux puisse créer un obstacle insurmontable à cette extirpation, qu'en se laissant gagner par l'infection, il puisse constituer une complication redoutable et inaccessible à la curette, mais en pareil cas, pourquoi ne pas se borner à l'énucléation, pour peu qu'elle soit praticable?

(à suivre)

### Perineorrhaphie par interposition

par M. Pierre DELBET

Je vous demande la permission de vous exposer très brièvement un procédé de périnéorrhaphie que j'emploie depuis plusieurs années. J'ai failli le communiquer au Congrès de chirurgie de 1886. J'étais inscrit. Quelques instants avant de prendre la parole, j'exécutais sur le tableau noir les dessins destinés à rendre plus facile la compréhension de ce que j'allais dire, quand un de nos collègues, mon ami Ricard, si j'ai bonne mémoire, vint à passer et me pria de lui indiquer le but de ma communication. Je le fis en quelques mots. Tout de suite, il m'arrêta, me disant que ce procédé avait été décrit. J'effaçai mes dessins, je ne fis pas ma communication et restai convaincu jusqu'à ces derniers temps que j'employais, sans le savoir, le procédé d'un autre.

Les explications que j'avais données à Ricard étaient trop brèves, trop incomplètes pour qu'il ait bien pu saisir ma manière de faire. En réalité le procédé n'avait jamais été employé par personne, et j'ai appris ces jours-ci qu'il venait d'être imaginé à nouveau, tout récemment, par un de nos jeunes collègues; c'est ce qui m'a

décidé à vous en entretenir et à vous montrer ses résultats. J'ai réuni à la hâte 4 de mes opérées.

Ce procédé consiste essentiellement à interposer entre le rectum et le vagin, séparés par la dissection les releveurs de l'anus et les débris des muscles périnéaux.

Je serai très bref. Il serait inconvenant d'insister devant vous sur des détails qui seraient nécessaires à un débutant.

Je fais, avec des ciseaux courbes et pointus, une incision demi-circulaire qui suit le limbe cutanéomuqueux et remonte de chaque côté à un centimètre et demi ou deux centimètres du méat urinaire.

L'incision faite, il s'agit de pénétrer dans la cloison recto-vaginale pour séparer le rectum du vagin. Pour cela, il faut disséquer dans la partie moyenne de la plaie. On a d'abord à traverser un noyau cicatriciel plus ou moins épais, qui remonte plus ou moins haut. Quant on arrive à sa partie supérieure, on rencontre souvent des fibres musculaires longitudinales qui appartiennent au rectum, mais qui adhèrent au vagin. Il faut soigneusement les détacher de la paroi vaginale. Cela fait, on tombe dans un espace tumultueux, d'apparence séreuse parfois, où le doigt pénètre aisément pour séparer le rectum du vagin. En un instant, on remonte jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Ce cul-de-sac je l'ai quelquefois ouvert, et je crois qu'il y a intérêt à le faire lorsqu'il descend très bas, ce qui est fréquent dans le vieux prolapsus. En créant des adhérences artificielles entre ses deux feuillettes on diminue les chances de glissement. Si l'on ne veut pas l'ouvrir, il faut, lorsqu'il descend très bas, le refouler en haut pour faire une bonne opération. Le décollement doit aller jusqu'au niveau du col utérin.

Ce temps accompli, je dirige la dissection sur les parties latérales vers l'aponévrose de l'obturateur interne. C'est là qu'on trouve les fibres du releveur de l'anus, toujours très facilement visibles et aisément reconnaissables à leur direction. Il faut les disséquer aussi haut, aussi loin qu'on peut.

Reste à faire la suture. Je la fais toujours à fils perdus, sauf pour la peau. J'emploie habituellement le catgut. Mais j'ai vu un cas où certainement le catgut s'est résorbé trop vite. Alors que le résultat immédiat était excellent, le résultat éloigné a été médiocre. Aussi j'emploie maintenant des catguts forts et quelquefois, ainsi que je l'ai dit à propos d'une communication de M. Gérard Marchand, des fils d'argent. On obtient avec ces derniers un périnée d'une résistance bien supérieure à celle du meilleur périnée normal, mais ils blindent le vagin. Aussi pour les employer, faut-il être bien sûr qu'ils ne gêneront ni ne blesseront personne, et cela n'est point toujours aisé, car les passions se flétrissent parfois moins vite que la peau.

Le premier fil, le plus élevé, le plus profond, qu'il soit de catgut ou d'argent, je le place aussi haut que je

le puis sur les releveurs. Je le passe avec une aiguille coudée et courbe et je le passe en deux fois. Dans ces vieilles déchirures, les bords internes des deux releveurs sont trop éloignés l'une de l'autre pour qu'on puisse les prendre d'un seul coup dans la courbe d'une aiguille.

Lorsqu'on serre ce fil, les deux releveurs, sans qu'il se fasse de solution de continuité du côté de l'aponévrose obturatrice, se tendent comme un rideau qui s'interpose entre le rectum et le vagin.

Tous ceux qui m'ont vu opérer ont été frappés du résultat de ce temps de l'opération. L'interposition de ce rideau tendu est très saisissante. On sent, on voit qu'on a reconstitué une sangle efficace.

Je place ensuite un ou deux autres fils sur les releveurs en me rapprochant du pubis, puis deux ou trois fils, qui prennent, en rasant l'aponévrose obturatrice, tout ce qui reste de débris musculaires entre les releveurs et la peau. La règle est d'affronter tout sans laisser aucun espace mort. Aussi les fils de suture suffisent-ils à faire l'hémostase ; il n'y a pas besoin de ligatures.

Je termine par la suture cutanée que je fais toujours au fil d'argent. Pour éviter les espaces morts, ce qui est important, car je ne fais jamais aucune espèce de drainage, il est bon qu'un fil sur deux prenne les parties sous-jacentes déjà affrontées.

A la fin, on éprouve une certaine difficulté pour affronter la muqueuse du vagin à la peau au niveau de la nouvelle fourchette ; la paroi vaginale est exubérante. Souvent j'en résèque un lambeau transversal. Même après résection, elle reste trop large, elle se plisse, se goudronne et l'affrontement n'est pas parfait.

Si l'on voulait qu'il le fût, il faudrait rétrécir le vagin en réséquant un lambeau dont le grand axe serait dirigé du col utérin à la vulve. Mais on obtiendrait ici une suture située dans le plan antéro-postérieur au travers de laquelle les sécrétions utérines toujours suspectes pourraient s'infiltrer dans l'épaisseur du périnée. Je crois que ce serait déplorable. Jamais je ne fais de résection dans ce sens. J'aime mieux avoir au niveau de la fourchette quelques plis irréguliers qui s'effacent et conserver cette paroi vaginale qui recouvre et protège efficacement le périnée reconstitué. Je crois que c'est à cela que je dois de n'avoir jamais eu d'échec.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que les ruptures incomplètes. Mais la technique que je viens de décrire s'applique tout aussi bien aux ruptures complètes. Il suffit de modifier l'incision pour lui faire suivre dans la partie moyenne la ligne cicatricielle de la jonction de la muqueuse vaginale à la muqueuse rectale, et de faire un plan de sutures perdues sur la paroi du rectum. Je ne veux point insister sur ces détails. Je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'opérer une rupture complète. Cette rupture intéressait non seulement la totalité du sphincter, mais elle remontait sur le rectum à trois centimètres

au-dessus. Le résultat a été parfait. Mon opérée a eu depuis un enfant à terme sans que son périnée refait ait cédé le moins du monde.

Le même procédé pourrait s'appliquer aux fistules recto-vaginales mais je n'ai pas eu occasion de l'employer dans des cas de ce genre.

Vous pourrez voir le résultat du procédé sur quatre malades que j'ai fait venir. Chez toutes, j'ai fait en même temps une colporrhaphie antérieure par un procédé qui m'est personnel ; chez deux j'ai fait l'amputation du col hypertrophié, mais je n'insiste pas sur ces points, car c'est sur la périnéorrhaphie proprement dite que je veux attirer votre attention.

Chez deux de ces malades, âgées de 62 ans, j'ai fait la suture profonde, la suture perdue au fil d'argent. L'une a été opérée le 15 avril, l'autre le 24 mai 1902, il y a donc sept mois pour l'une, six mois pour l'autre. Vous savez combien il est difficile d'obtenir une bonne contention du prolapsus chez les femmes de cet âge, dont les tissus ont perdu toute résistance. Vous pourrez constater ici que le résultat est parfait. Par le toucher on sent très bien les fils d'argent au travers de la paroi vaginale. Entre eux les tissus n'ont pas grande résistance. On a l'impression très nette que, si l'on avait employé des fils résorbables, le résultat aurait été médiocre.

Je crois que dans certains cas, où les débris du périnée disjoints sont très atrophiés, il y aurait intérêt à faire une sorte de treillis de fil d'argent s'appuyant de chaque côté sur l'aponévrose obturatrice.

Les deux autres malades ont été suturées au catgut. L'une, âgée de 52 ans, a été opérée le 5 août de cette année, l'autre, âgée de 44 ans, l'a été le 26 août 1901. Chez cette dernière l'opération date donc de près de quinze mois ; on peut juger du résultat éloigné.

(J. de méd. de Paris).

## DERMATOLOGIE

### Sur les dermatoses diabétiques et goutteuses-arthritiques

On rencontre au cours du diabète de nombreuses manifestations cutanées : eczéma, furoncles, impétigo, gangrène ; celle-ci n'ont rien dans leur aspect extérieur qui dénote leur origine spécifique ; leur seul caractère distinctif est de résister à la thérapeutique, ordinairement employée en pareil cas, et de ne céder qu'au traitement anti-diabétique. Fournier appelle toutes ces manifestations des diabétides, à l'instar des syphilitides.

C'est l'eczéma qu'on rencontre le plus fréquemment ; il siège de préférence aux parties génitales, au prépuce et au scrotum chez l'homme ; très souvent on

l'observe aussi aux mains et aux pieds, surtout dans les régions palmaires ou plantaires, ou encore à l'extrémité des doigts. Il peut même parfois envahir le dos du pied et gagner la jambe.

Cet eczéma ressemble généralement à l'eczéma ordinaire, mais cependant il présente quelques particularités. Les parties génitales deviennent le siège d'un œdème non pas séreux, mais dur ; l'épiderme s'épaissit, s'écaille : il se forme des fissures, d'où s'échappe un liquide séreux, qui se répand à la surface de la peau, s'y dessèche en lui donnant un aspect vernissé. Chez les femmes diabétiques grasses, l'eczéma s'étend jusqu'à l'ombilic, gagne les cuisses et le périnée. La limite de cette dermatose est très nette et non diffuse comme dans l'eczéma ordinaire. Les régions voisines restent normales, si bien qu'on l'a déjà confondue avec la syphilis.

Chez les femmes, cet eczéma peut succéder à une vaginite diabétique, qui s'accompagne d'érosions et de prurit vulvaires.

D'autres éruptions cutanées sont encore susceptibles de se produire, qui peuvent faire commettre des erreurs. L'épiderme du diabétique est sec, fragile, et peu résistant aux chocs extérieurs ; de sorte que la pression d'un bouton, d'une ceinture, de quelque pièce dure de l'habillement, y détermine des rougeurs circonscrites, semblables à un érythème toxique. Bientôt apparaissent les vésicules, ou de petites excoriations. Jusqu'à un certain point, il s'agit d'une action toxique exercée, par le sucre en circulation sur la nutrition de l'épiderme, du corps papillaire ; mais on prend souvent cette lésion pour un érythème toxique vulgaire ; on la traite par des lotions alcooliques ; la friabilité de l'épiderme s'accroît, et les ragades augmentent d'étendue.

Il faut au contraire supprimer les hydrates de carbone, ou, si la chose est difficile, appliquer localement des corps gras antiseptiques (vaseline boriquée, etc.). Il se produit aussi une légère désinfection et une lubrification de l'épiderme.

Toutes ces dermites (eczéma, érythème, etc.), des diabétiques, ont une pathogénie assez compliquée ; elles sont dues à un trouble des échanges nutritifs, résultant soit de la présence du sucre dans le sang, soit de la dyscrasie acide. A cette cause première s'ajoutent l'influence des excitants physiques, thermiques, chimiques, les actions microbiennes qui peuvent se manifester plus facilement sur les régions dermiques et épidermiques mal nourries.

Les dermatoses goutteuses arthritiques ressemblent beaucoup aux dermatoses diabétiques ; néanmoins, la sécheresse et la délicatesse de la peau sont ici moins grandes, et les affections cutanées sont bien plus localisées.

L'eczéma peut apparaître sur la jambe, mais en plaques séparées et non d'une manière diffuse ; souvent

les espaces interdigitaux sont atteints aux mains et aux pieds. Ces dermatoses spéciales peuvent s'allier à des maladies de peau ordinaires ; la chose s'observe plus fréquemment pour le psoriasis. Des idiosyncrasies particulière se développent parfois à cette occasion.

Le Dr Ehrmann conseille l'emploi de compresses imbibées de résorcine à 1 ou 2 % en solution aqueuse, ou l'aide borique, indépendamment du régime diététique que comporte l'arthritisme.

(Le concours médical.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Injection d'air dans l'espace prérectal comme méthode thérapeutique dans l'incontinence nocturne d'urine rebelle au traitement médical

M. Bérard. Récemment MM. Albarran et Cathelin ont proposé de traiter l'incontinence nocturne d'urine, restée rebelle aux traitements médicaux (hydrothérapie, bromure, belladone, suggestion), par l'injection de sérum artificiel dans les espaces épидuraux du canal sacré.

M. Bérard a eu l'occasion de traiter dans son service à la Charité une jeune fille de 18 ans qui, incontinente nocturne pendant son enfance l'était redevenue depuis quelques mois.

La malade présentait des antécédents nerveux très nets, des stigmates hystériques, mais aucun signe d'épilepsie franche ou larvée. L'incontinence s'était reproduite chez elle après une interruption de plusieurs années, sans cause précise. Pourtant un interrogatoire prolongé et un examen direct démontrent qu'elle avait eu à un moment donné un peu de vulvo-vaginite d'origine suspecte. L'urètre était facilement perméable sans spasme ou sans relâchement particulier du col vésical ; le méat, peu large, était semé de quelques petits polypes.

Elle avait suivi récemment un traitement médical assez méthodique et avait absorbé une notable quantité de bromure, sans en éprouver d'amélioration.

Afin d'éliminer toute cause locale pouvant par des phénomènes d'irritation mettre en action le réflexe mictionnel, M. Bérard fit pendant quelques jours une anti-sepsie soigneuse de la vulve, du vagin et de l'urètre, dont le méat fut sectionné au thermocautère sur son bord inférieur pour en agrandir le diamètre.

Les accidents persistant, il pratiqua une première injection de 5 cc. de sérum dans le canal sacré, non pas par l'orifice inférieur suivant la technique d'Albarran et Cathelin, mais en passant entre la dernière vertèbre lombaire et la première sacrée : au moment de l'injection la malade accusa un fourmillement peu douloureux dans les jambes. Pendant trois nuits elle n'urina plus au

lit ; la quatrième nuit elle eut un rêve mictionnel qui la réveilla et lui permit de se lever pour uriner ; la cinquième nuit, miction pendant le sommeil.

Après cet échec relatif, M. Bérard pratiqua une seconde injection de sérum dans le canal sacré, en passant cette fois par l'orifice inférieur. Sensation de tension locale et de fourmillement dans le pelvis. Suspension des accidents pendant quatre jours, puis récidive.

Suivant les indications de M. Jaboulay, M. Bérard essaye alors d'agir sur les plexus sacré et hypogastrique en dehors de la colonne, en opérant un véritable décollement du tissu cellulaire du bassin par une injection d'air stérilisé. L'injection fut poussée sur le raphé recto-coccygien, en avant du sacrum, un doigt dans le rectum servant de guide pour éviter la pénétration de l'aiguille dans l'ampoule. Environ 150 cc. d'air passèrent ainsi dans l'espace péri-rectal. La malade accusa d'abord de la distension locale, puis quelques coliques ; et à mesure que l'air remontait au devant de la colonne, elle ressentit une gêne, une anxiété qui put faire craindre pendant quelques instants des phénomènes cardio-pulmonaires, plus graves. Au bout d'un quart d'heure, on trouvait de la sonorité tympanique dans les creux sus-claviculaires, témoignant que l'air avait cheminé jusque là.

Tout malaise disparut au bout de deux heures environ. Et depuis, la malade n'urina plus au lit jusqu'à son départ de l'hôpital, douze jours après. Depuis plus d'un mois la guérison s'est maintenue.

En résumé, dans ce cas, l'injection épидurale du sérum n'a pas eu l'efficacité qu'on lui a toujours reconnue jusqu'ici. Au contraire, l'injection d'air dans l'espace pré-sacré a eu des effets plus heureux et plus durables ; le seul inconvénient de cette dernière méthode est la diffusion trop lointaine du gaz. Peut-être pourrait-on remplacer l'air par du sérum stérilisé, qui aurait une action plus locale et plus durable, pour obtenir le décollement du rectum et pour la distension des fibres nerveuses du plexus sacré qui en résulte.

M. Jaboulay. L'incontinence d'urine est une affection névropathique : on peut la guérir les douches et par le bromure de potassium. Lorsque ce traitement échoue on peut avoir recours aux injections épидurales, mais cette méthode est inférieure au décollement du rectum par une injection d'eau salée dans le tissu cellulaire présacré. Quant aux injections d'air elles ne sont pas dangereuses.

M. Mollard a employé les injections épидurales de chlorhydrate de cocaïne dans des affections douloureuses (cystite, maladies de la moelle, sciatique). Le manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Malheureusement les résultats, au point de vue de la sédation de la douleur, ont été absolument négatifs.

M. Mayet trouve les procédés chirurgicaux un peu téméraires dans le traitement de l'incontinence d'urine. Pour lui cette affection est une maladie mentale, c'est

une aboulie. Les moyens chirurgicaux agissent par suggestion, et il n'est pas besoin d'avoir recours à des moyens dangereux.

M. Horand déclare que les injections d'air rendent de grands services. Personnellement il a obtenu un succès dans un cas d'arthrite de l'épaule. L'injection d'air amena un soulagement notable. Il survint de la bouffissure du cou, mais sans accidents graves. La seule précaution à prendre est de ne pas injecter l'air dans les veines. L'air n'a pas besoin d'être aseptisé. Du reste, rien n'est plus facile que l'aseptiser.

M. Bérard. Il va de soi que, dans mon cas, l'air et le sérum ont été injectés avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires. Les injections d'air sont surtout efficaces dans les névralgies ; elles le sont beaucoup moins dans les névrites rebelles autour d'articulations enflammées.

(Lyon méd.)

#### Sur l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie chorionique

par M. V. VON BECHTEREV.

L'auteur a décrit précédemment, sous le nom d'épilepsie choréique, une forme morbide qu'il croit devoir séparer de l'épilepsie ordinaire. L'épilepsie choréique se distingue, d'un côté, par des mouvements involontaires et incoordonnés de différentes parties du corps, à caractère plus ou moins persistant ; de l'autre, par des attaques d'épilepsie. Cette affection est extrêmement rebelle et tous les traitements en usage contre l'épilepsie sont sans effet sur elle. Aussi, partant de l'hypothèse que les secousses musculaires et les crises épileptiques ont une origine commune et relèvent de lésions histologiques de l'encéphale et des méninges, M. von Bechterev a-t-il conçu l'idée de recourir au traitement chirurgical. L'opération fut pratiquée de la façon suivante :

Après avoir décollé sur la partie droite du crâne un lambeau de peau triangulaire, ayant sa base près de la suture sagittale, on mit à nu une portion de l'hémisphère droit, comprenant la partie inférieure de la circonvolution frontale, ascendante, ainsi que la portion postérieure des première et seconde circonvolutions frontales. A cet endroit, la boîte crânienne avait 1 centimètre d'épaisseur ; la dure-mère était intacte, mais épaissie ; la pie-mère était fortement œdématisée et hyperémie. Il existait une hyperexcitabilité manifeste des centres moteurs corticaux au courant faradique : un courant d'intensité très faible suffisait pour provoquer de violentes contractions dans les muscles correspondant à la région excitée ; en même temps on constatait un redoublement des mouvements désordonnés, tel qu'il se produisait avant les crises d'épilepsie. On enleva la dure-mère, ainsi que trois petits fragments de l'écorce de la circonvolution frontale ascendante.

Les suites de cette intervention furent des plus simples. Immédiatement après l'opération, le malade eut une attaque d'épilepsie, qui se renouvela encore deux fois les jours suivants, puis les crises cessèrent définitivement. On n'observa pas trace de paralysie des membres du côté opposé, et les secousses musculaires du bras et de la jambe gauches diminuèrent immédiatement d'intensité, pour disparaître tout à fait au bout de quelques semaines. La sensibilité au tact et à la douleur était affaiblie au bras droit ; elle était normale partout ailleurs. Aussitôt après l'opération, les réflexes tendineux furent trouvés exagérés à gauche ; du côté droit, les contractions musculaires persistaient, bien que moins violentes qu'auparavant.

Ce résultat favorable encouragea M. von Bechterev à répéter l'opération de l'autre côté, sept semaines plus tard. Le résultat immédiat fut la disparition complète des convulsions à droite ; mais il survint une légère faiblesse de la main droite, ainsi que des troubles de la sensibilité dans le membre supérieur droit. Une infection de la plaie avec érysipèle consécutif emporta malheureusement le malade huit jours après l'intervention.

(La méd. Orientale)

#### La medication thyroïdienne

Le docteur BRIQUET (d'Armentières) vient de publier (*Presse méd.*, 7 janv. 1903) un intéressant travail sur la posologie, les accidents et contre-indications des médications thyroïdiennes.

D'après l'auteur, la thyroïdothérapie demande à être surveillée de très près et le médecin n'a rien à perdre à être excessivement prudent, aussi bien au point de vue de la posologie que de la pureté de la préparation à employer. Dans tous les cas où le traitement thyroïdien est susceptible d'être utile, on arrive plus ou moins lentement à obtenir la tolérance et on ne doit pas renoncer à la thyroïdothérapie par défaut de tolérance chez un sujet qui peut en retirer profit.

Chez les enfants, le docteur Briquet déclare qu'il a toujours vu les médications thyroïdiennes admirablement tolérées. Il débute par une dose correspondant à 5 à 10 centigrammes et plus, pour arriver à la dose moyenne de 25 à 50 centigrammes suivant l'âge.

Chez les vieillards, on doit être d'une grande prudence et les doses moindres que chez les adultes, tant à cause des lésions artérielles ou cardiaques fréquentes que de la dénutrition qu'il est susceptible d'entraîner. L'iodothyryne paraît chez eux particulièrement recommandable.

Après avoir passé en revue les diverses contre-indications, le docteur Briquet déclare que l'emploi de doses très faibles peut toujours être essayé si l'affection dont le sujet est porteur rentre dans la catégorie

de celles qu'améliore le plus souvent la médication ; tel serait par exemple un cas de myxœdème arrivé à la cachexie albuminurie. Les cardiopathies elles-mêmes ne constituent pas des contre indications formelles, comme le prouvent les observations de Weiss, d'Affanasieff, etc. L'iodothyrene est pour l'auteur la forme de choix du traitement thyroïdien, dans les cas où il s'agit avant tout d'être particulièrement prudent.

(Gaz. des hôp.)

#### Le serum de Trunecek

M. le Dr Léopold Lévi a fait à la Société médicale des hôpitaux une communication d'où il résulte qu'on peut remplacer ce serum administré jusqu'ici en injections sous-cutanées, par les mêmes substances prises par la bouche et ingérées directement dans l'estomac ; on peut donner également le serum sous forme de lavement. 5 à 40 centimètres cubes pour un lavement. Mais injection et lavements ne doivent être que des méthodes d'exception. En cas moyen, M. L. Lévi a substitué la poudre minérale suivante :

Chlorure de sodium.....	10 grammes.
Sulfate de soude.....	1 gramme.
Phosphate de chaux.....	} à 75 centigr.
Phosphate de magnésie..	
Carbonate de soude.....	40 —
Sulfate de soude.....	30 —

En treize cachets, à prendre le matin à jeun, une heure avant le premier déjeuner, avec une cuillerée d'eau.

M. Lévi a amélioré, avec cette poudre minérale, un cas de paraplégie spasmodique incomplète, une hémiplégie spasmodique incomplète, une claudication cérébrale ayant simulé la paralysie générale, un céphalœ opinâtre de trois ans de durée, deux malades atteintes de bourdonnements d'oreilles, un malade souffrant d'insuffisance aortique, avec crises de dyspnée nocturne.

(J. de méd et chir. prat.)

#### Traitement des hyarthroses et des hemarthroses par l'air sec surchauffé

M, le Dr Cabier, médecin-major, signale dans les *Archives de médecine militaire* les bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement des hyarthroses et des hémarthroses, au moyen de l'air sec chauffé à une température de 115° à 116°. Il décrit l'appareil fort simple et très primitif qu'il avait fait faire pour ce mode de traitement, appareil consistant essentiellement dans une caisse en bois dans laquelle est logé le genou malade. Cette caisse reçoit, en outre, l'extrémité d'un tuyau qui

amène l'air échauffé au moyen d'une lampe à pétrole ou à alcool. Il faut en outre, et c'est ce qui est peut-être le plus coûteux, un thermomètre susceptible de marquer une température supérieure.

Les choses étant ainsi préparées, le membre est mis dans l'appareil où il doit rester environ une heure ; après quoi on complète ce procédé par le massage et l'électrisation des masses musculaires.

Le traitement est employé pendant 8 à 10 jours de suite : et, en moyenne, la durée totale du séjour à l'hôpital n'est guère que de 25 jours, ce qui donne un grand avantage sur les autres méthodes ordinaires.

On est étonné de voir avec quelle facilité les téguments subissent des températures de 115° à 120°. De plus, les malades peuvent reprendre, aussitôt après la guérison, leurs occupations, car, par ce moyen, ils n'ont pas d'atrophie musculaire, si commune à la suite des traumatismes du genou.

(Journ. de méd. et de chir. prat.)

## DISCOURS (1)

Discours de M. le Dr H. S. Birkett, Président du "Montreal Medico-Chirurgical Society" au banquet de la Société Médicale de Montreal

Mr. President & Gentlemen :—

In the first place, I sincerely apologise for my inability to reply to the toast of the Montreal Medico-Chirurgical Society which has been so ably proposed, either in your own tongue or in the same eloquent and humorous vein as my predecessors.

On behalf of the Montreal Medico-Chirurgical Society, which I have the honor to represent, I am desired by the members to express to you, Sir, and our confrères, that they are entirely in sympathy with this movement which has for its object the unification of the medical profession in the City of Montreal

You, Sir, and your Committee deserve the highest praise in setting the example in the manner you have and are indeed to be congratulated upon the success attending this Banquet. There is no question but that one, at a gathering of this nature, becomes more thoroughly acquainted with one's confrères than is often the case at a consultation and there is no better way of furthering the object which your Society has in view than the one you have adopted.

In conclusion a hearty invitation is extended from the members of the Medico Chirurgical Society to visit

(1) Afin de conserver le sens intact, nous avons cru devoir mettre le texte anglais.

us whenever the opportunity presents itself and you will always meet with a most cordial welcome, and personally I wish to thank you all for this very pleasant evening.

**Discours de M. le Dr Starkey, de l'université McGill au banquet de la Société Médicale de Montréal**

Mr. President & Gentlemen :—

Allow me on behalf of the Medical Faculty of McGill, to tender the warmest thanks for to-night's invitation.

Gentlemen, I derive a double pleasure and a double honor in being present amongst you this evening.

First as a guest of the Société Médicale, because it gives me the opportunity for which I have been longing, of making the acquaintance of many of the very eminent medical men whom this Society contains. I sincerely trust that the acquaintance thus commenced under such happy auspices will ripen into something more than the ordinary "nodding salutation."

Secondly as the representative of the Medical Faculty of McGill I hope that the social and scientific intercourse between the various universities will be greatly extended, for, as medical men, we have at least the welfare and progress of the medical profession, and this inter-university comradeship is a great factor in promoting this progress.

I have only recently arrived in Montreal from England and I can assure you that in certain circles, contrary to what one would gather from newspapers, the medical progress, in fact the progress as a whole in Canada, is being keenly watched.

This public attention has been aroused to a great pitch of late, by the recent visit of our premier, Sir Wilfrid Laurier, who has done so much to promote the welfare of Canada, by bringing before the public the Canadian interests, etc., and by his presence cementing and increasing the cordial relations existing between the Dominion and the Old Country.

Then again we have now permanently on the other side, our Lord Strathcona, who has done so much for Canada and who is ever looking after Canadian interests on the other side.

To form an idea of the immense amount of good, these two grand leaders are accomplishing, you need only read your daily newspapers.

As you have been told by one or two previous speakers, medical men should rise above politics entirely, especially in their relations one with another.

Party interests never will advance the interests and welfare of the medical profession.

It depends upon the individual members of the profession to bring the standing of medicals to a higher

level, by meeting together, exchanging ideas and working in unison.

We thus see, gentlemen, that there is a serious duty devolving upon each one of us present here to-night, to endeavor to increase the social intercourse between all the members of the medical profession.

As you may probably know, I am engaged in public health work, and naturally I take a keen interest in all that appertains thereto, in Canada, and especially this province.

Here Canada, is coming to the front, we have our Provincial Boards of Health and Municipal bodies under their jurisdiction.

They have accomplished in the past a great amount of excellent work, and I feel sure that in a little time, this will bring Public Health matters to a level equal to the best in the world.

We have the President of the Quebec Board of Health with us to-night, and I am sure we ought to feel exceedingly grateful to him and to all the others for the work they have done in looking after the welfare of our Public.

Gentlemen with those few words, I will conclude, again thanking you for the cordial invitation tendered to me this evening.

**NOUVELLES.**

**MARIAGES :—**

Le 24 courant, à la chapelle privée de l'évêché, le docteur J. W. Lavergne, de Bordeaux, conduisait à l'autel Mlle Donaldine Turcot.

La bénédiction nuptiale fut donnée par Sa Grandeur Monseigneur Racicot.

L'heureux couple est parti pour New-York.

**NÉCROLOGIE :—**

A l'hôpital Notre-Dame de cette ville, le 12 de ce mois est décédé à l'âge de 40 ans, le Dr Flavien Dupont.

— A Louiseville, P. Q., le 13 courant, est décédée l'épouse de M. le Dr C. L. Auger.

— A St-Sauveur, de Québec, le 20 février 1903, est décédé à l'âge de 66 ans, le docteur Abraham Laroche.

— En cette ville, le 26 courant, à l'âge de 3 ans et 5 mois, Louis Edouard-Robert, fils de J. E. W. Lecours pharmacien.

Nos sympathies les plus sincères aux familles si cruellement éprouvées.

## Supplement Littéraire

### L'alcool aliment

Les personnes qui ont du goût pour l'alcool, — et il y en a beaucoup, — ont été fort satisfaites d'apprendre que M. Duclaux, le directeur illustre de l'Institut Pasteur, était partisan de l'alcool. M. Duclaux a tenu à affirmer que l'alcool était un *aliment méconnu*, et qu'il dépassait, même par sa valeur nutritive, le sucre et l'amidon.

Il l'a fait dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, en analysant un remarquable travail de savants américains, où sont relatées des observations très curieuses.

De son côté, M. le docteur Weiss, ingénieur des ponts et chaussées et professeur agrégé à la Faculté de Médecine, a soutenu une toute autre opinion sur l'alcool. Il a cité le résultat des recherches qu'a faites, à ce propos, M. Chauvreau, professeur au Muséum.

“ La substitution partielle de l'alcool au sucre, en proportion isodynamique, dans la ration alimentaire d'un sujet qui travaille, ration administrée peu de temps avant le travail, entraîne pour le sujet les conséquences suivantes : 1° diminution de la valeur absolue du travail musculaire ; 2° stagnation ou amoindrissement de l'entretien ; 3° élévation de la dépense énergétique par rapport à la valeur du travail accompli. En somme, les résultats de la substitution se montrent à tous les points de vue très fauchement défavorables. ”

M. Weiss prétend que le sucre est plus économique que l'alcool. Et il a ajouté aussi que les neuf dixièmes des phthisiques et des dégénérés de toute sorte, sont arrivés à cet état par la faute de l'alcool. En somme, a conclu M. Weiss, “ il n'y a pas un fait bien observé qui montre qu'il soit utile d'introduire l'alcool dans l'alimentation. ”

Qui a raison, de M. Duclaux ou de M. Chauvreau ? Evidemment tous les deux. Mais pourquoi diable parler de ces discussions techniques devant les gens du monde ?

Le *Bulletin médical*, qui est un anti-alcoolique convaincu, demande à M. le professeur Duclaux de prouver par des expériences personnelles, ce qu'il a ainsi avancé.

Il est douteux que ce maître accepte le défi, surtout après la réponse qu'il a faite à ce journal.

(Gaz. med. de Paris.)

### Si j'étais tuberculeux !...

Pour faire pendant à “ Si j'étais roi... ”

“ Si j'étais tuberculeux, dit le docteur Guiter, de Cannes, je ferais choix d'une ville ensoleillée, au flanc d'une colline abritée, émergeant toute blanche de ses palmiers et de ses orangers, au sein de cette nature mer-

veilleuse qui est mieux que la Provence et mieux que l'Italie. J'organiserais ma vie de plein air et dans un recoin du jardin sans humidité, protégé contre la brise et le vent, j'abriterais mon lit de camp, ma tente ou ma guérite, pour le repos des belles journées ; ma chambre serait tournée en plein midi, fenêtre à vasistas mobile, sans rideaux, ni tentures, paravent de protection pour les mauvais jours, et de ma chaise longue j'aurais vue sur le Golfe de Naples qui rivalise de grâce avec les rives enchantées des côtes de Naples ou de Sicile. Je renoncerais aux distractions mondaines, je dirais adieu aux occupations absorbantes, aux soucis de carrière et de fortune ; la lecture, des recherches et des travaux faciles, les petites joies du collectionneur, les douceurs de la vie familiale, paisible ou contemplative, suffiraient à occuper mes loisirs, et, pour dissiper toute mélancolie, j'aurais les matins triomphants et joyeux, avec le ciel bleu, les flots calmes, la brume violette des îles de Lérins et du Cap Roux et l'apothéose, des beaux soleils couchants. Je me sentirais revivre et, avec l'espérance reviendrait la gaieté, la force et l'appétit ; je mangerais bien, je dormirais mieux dans un air pur et renouvelé et, sachant discipliner ma vie, limiter mon bonheur et mon espoir, je me trouverais l'existence ainsi faite ni vide, ni méprisable ”.

“ Je t'crois ” ! dirait Gavroche — Malheureusement, pour réaliser ce délicieux “ hoc era in votis ”, il ne suffit pas d'être tuberculeux, il faut encore quelques titres de rente.

(Med. moderne.)

### Essai d'auto-anesthésie au chloroforme avec mort

M. Albert Guelle, fils d'un ancien notaire, s'était abandonné, il y a six ou sept ans aux sciences occultes. Cette étude le passionna bientôt. Esprit cultivé, traduisant facilement le grec et le latin, capable de déchiffrer l'hébreu, il avait approfondi tout ce que l'antiquité et le moyen-âge ont écrit sur l'occultisme. Cet énorme travail l'avait convaincu, paraît-il, du *dédoublement de “ moi ”*.

Partant cette idée que, dans les rêves, le cerveau garde son indépendance, il chercha un moyen capable de maintenir son corps dans un sommeil léthargique d'une dizaine de jours, pendant lesquels son âme, son “ moi ”, libre de toutes entraves, pourrait errer dans l'espace, dans l'*Astral*.

Il avait imaginé, pour s'endormir lui-même, un appareil composé d'un casque assez semblable à celui d'un scaphandrier, et d'un réservoir dans lequel se trouvait un mélange de chloroforme et d'eau qu'un tube amenait goutte à goutte sur les lèvres du patient.

Il avait fait, il y a quelque temps, une première expérience ; mais il n'avait réussi qu'à se rendre assez



sérieusement malade. Il ne se découragea pas, remania son appareil, à la défectuosité duquel il attribua l'insuccès, s'entoura de nouvelles précautions jusqu'à s'oindre le corps de substances antiseptiques pour en arrêter la décomposition, pendant son... voyage; puis, après avoir tracé ses dispositions testamentaires, au cas où il ne réussirait pas, il écrivit à un de ses amis, le Dr P..., de venir le réveiller dix jours plus tard.

Le Dr P., au reçu de sa lettre, prévint en hâte la mère d'Albert Guelle, et avec elle se rendit à Meudon. Ils trouvèrent le jeune homme étendu sur son lit, main tenu dans son appareil qui ne pouvait plus lui permettre le moindre mouvement du corps. Les traits calmes, il paraissait dormir; mais déjà les membres glacés avaient acquis la rigidité cadavérique. Le commissaire de police a trouvé dans les papiers de M. Albert Guelle une sorte de testament scientifique, résumant ses études.

(Gaz. Méd. belge.)

#### LA SHORT SERVICE SYSTEM EN ANGLETERRE

Le système qui existe depuis longtemps dans l'armée de terre, et qui vient d'être appliqué aussi à la marine de la Grande-Bretagne, consiste dans des engagements des médecins militaires pour des délais courts. Les candidats ne doivent pas être âgés de plus de 40 ans, être titulaires d'un diplôme de médecin et présenter une aptitude physique au service. On donne la préférence aux célibataires.

Le traitement complet est de 27 frs. 50 par jour. La demi-solde de 12 frs. 50 par jour. Ils signent un engagement de six mois, mais cet engagement peut être prolongé jusqu'à cinq ans.

L'autorité se réserve le droit de renvoyer le médecin à n'importe quel moment en l'avertissant deux mois d'avance et en le payant pour deux mois. Les pensions ne sont accordées que pour blessures et aux veuves en cas de mort sur le champ de bataille. Mais en dehors des faits de guerre, ni la maladie ni la mort ne créent de droits à une pension.

(Brit. méd. Journ.)

#### Quelques combles en médecine

(Suite et fin)

Le comble du patriotisme en France.  
Refuser de se purger avec de l'eau-de-vie allemande.  
Le comble de l'ignorance pour un plombier :  
Vouloir poser des tuyaux aux pompes funèbres.  
Les comble de l'hygiène pour un musicien :  
Prendre un bain de son.  
Le comble de la pudeur chez une jeune fille :  
Ne pas regarder le soleil se coucher.

Le comble du sang-froid chez un amputé :  
On vient de lui couper la jambe droite : il n'a pas sourcillé.

— Bien joué !... dit-il au chirurgien. A présent, voulez-vous me rendre un petit service ?

— Très volontiers. Qu'est-ce donc ?

— Les ongles de mon pied gauche sont bien longs. Pendant que vous y êtes, faites moi donc l'amitié de me les couper.

Le comble de l'outrecuidance :

Se faire expulser de l'Ecole de santé militaire, et mettre comme sous-titre à toutes ses cartes de visite :

DOCTEUR X.....

licencié du Val-de-Grâce.

Le comble de l'étonnement pour un homme de l'art :

Donner un ipéca stibié à une concierge, et ne réussir à lui faire vomir qu'un torrent d'injures.

Le comble de la confiance :

Se frotter le crâne avec du jus de cresson dans l'espoir de vaincre la cruelle alopecie.

Le comble de la médecine :

C'est de guérir le tropique du cancer.

Le comble de l'art culinaire :

Apprêter un plat de queues de grenouilles.

Le comble de l'imprévu :

Voir pondré un œuf, le faire cuire soi-même à la coque... et trouver un cheveu dedans ! !

Le comble de l'hilarité :

C'est de boire un litre de vitriol : il y a de quoi se tordre.

Le comble du guignon :

C'est d'être chauve depuis vingt ans, et d'avoir mal aux cheveux tous les huit jours.

(J. méd. de Paris)

#### AMOUR ET THERAPEUTIQUE.

J'aime voir de tes yeux que j'ai tant pleuré  
Couler les diamants magiques de tes larmes,  
Quand mon cœur, las de toi, cherche pour se leurrer,  
Dans tes petits chagrins un tas de nouveaux charmes.  
J'aime un mot brutal et mauvais t'épeurer  
Pour mieux te revenir, en déposant les armes,  
Consoler la peine et de ma bouche effleurer  
Ta prunelle où je lis de folles alarmes !  
Quand perle une rosée entre tes cils soyeux,  
T'enlaçant tendrement, je baise tout joyeux  
Sur ta peau de satin, le ruisseau de la Peine...  
Tes larmes ! je les bois avec mysticité  
Car on recommanda depuis une quinzaine  
Le chlorure sodique à ma faible santé.

(DR P. RYER, in J. de méd de Paris)

## Travaux Originaux

### CONSIDERATIONS SUR LA VARIOLE ET LE VACCIN.

par M. le Dr J. E. LABERGE,

*Surintendant médical de l'hôpital civique de Montréal.*

(Suite et fin)

*De la vaccination.*— Autrefois on vaccinait de bras à bras, cette coutume a donné lieu à beaucoup d'accidents regrettables, qui ont contribué pour beaucoup à discréditer une méthode appelée à rendre de si grands bienfaits à l'humanité. Pour obvier à ces accidents, on ne vaccine plus de bras à bras, on prend le vaccin directement de la vache pour l'inoculer à l'homme; mais on ne rompt pas impunément en visière avec l'engouement du passé et il existe encore beaucoup, beaucoup de préjugés contre la vaccination. Nous devons donc faire tous nos efforts pour vulgariser cette méthode de traitement, qui se recommande si hautement par les bienfaits qu'elle a procuré à l'humanité.

Le premier, le deuxième et le troisième jours après la vaccination on ne remarque rien de particulier au point inoculé; du troisième au quatrième jour, on aperçoit sur chaque piqûre, un point rouge encore plus sensible au toucher qu'à la vue; en effleurant la peau, le doigt perçoit très bien un petit engorgement. Le cinquième jour, le petit bouton, qu'on a perçu d'abord, est plus prononcé; le sixième jour, ce bouton s'applatit, s'élargit, se creuse légèrement au centre et prend une teinte blanchâtre, tirant sur le bleu, teinte nacré, la base s'entoure d'un petit cercle rouge encore très circonscrit mais qui s'étend chaque jour davantage; le septième et le huitième jours, même symptômes plus marqués. La pustule, alors dans toute sa vigueur, se présente avec tous les caractères qui la distinguent. D'un blanc nacré, plus ou moins large, entourée d'une auréole plus ou moins étendue, déprimée à son centre, les bords sont durs et tuméfiés, saillants, plus élevés que le reste de la surface. Le neuvième et le dixième jours, ces symptômes acquièrent plus d'intensité, mais le changement le plus notable se passe dans l'auréole, dont la couleur plus vermeille disparaît plus difficilement sous la pression du doigt et s'étend jusqu'à 9 et 10 lignes en tous sens. Ses parties sous-jacentes sont engorgées et cet engorgement est proportionné à l'intensité et à l'étendue de l'auréole. Les

ganglions sous-axillaires sont engorgés, durs et sensibles. Le onzième jour, la pustule vaccinale commence à se flétrir, le reflet argenté brunit, l'auréole se retrécit et pâlit; enfin, à dater du douzième ou de treizième jour, la pustule se dessèche et se transforme en une croûte dure, noirâtre, qui tombe du vingtième au vingt-cinquième jour, en laissant une cicatrice indélébile dont on reconnaît facilement l'origine. Cette cicatrice est ronde ou ovale, profonde, gaufrée, traversée de rayons et parsemée de petits points noirs. Toutes les cicatrices vaccinales ne répondent pas nécessairement, point pour point, à cette description, la structure plus ou moins fine de la peau peut la faire varier. Cependant cette description est celle du type ordinaire de la cicatrice vaccinale.

*Insertion du vaccin.*— C'est une opération qui a pour but de mettre le vaccin en contact avec la couche muqueuse sous-épidermique: il suffit de quelques légères scarifications faites soit avec une lancette, soit avec des pointes d'ivoire, soit avec une aiguille; une légère égratignure suffit; il faut éviter de faire saigner. Cette opération, quelque petite qu'elle soit, doit être pratiquée avec une propreté minutieuse, si l'on veut éviter les accidents qui trop souvent ont lieu. 1° Il faut bien laver le bras avec de l'eau tiède et du savon, puis frotter la partie sur laquelle vous allez opérer, avec un peu d'alcool. Si vous employez un antiseptique, il faut, avec de l'eau pure, enlever ce qui peut rester sur la peau, naturellement le peu d'antiseptique qui restera sur le bras compromettrait l'efficacité du vaccin.

Depuis qu'on ne vaccine plus de bras à bras, on emploie soit des pointes d'ivoire, soit des tubes de vaccin glycélinés, qui vous sont bien connus à tous; la glycérine a pour propriété de détruire les micro-organismes étrangers qui auraient pu se mêler à la lymphé.

On semble donner la préférence aux vaccins glycélinés contenus dans des tubes de verre hermétiquement fermés, comme étant moins aptes à être souillés. Il faut conserver ces tubes à l'abri de la lumière, car la lumière en altère le vaccin. Le vaccin doit être pur et actif; ce sont deux conditions essentielles pour faire une bonne vaccination.

Dans tous les pays civilisés, la vaccination est acceptée et mise en pratique comme le plus sûr et le seul moyen préservateur de la variole. Quelques sceptiques élèvent encore des doutes sur sa valeur, les statistiques leur répondent bien éloquemment. L'objection à peu près unique, que l'on fait à cette pratique, c'est que l'on in-

introduit dans l'organisme un principe encore inconnu et qui ne protège pas toujours contre la variole. C'est certain, nous ne connaissons le principe du vaccin que par ses effets; cependant il est permis de croire que le virus du vaccin est probablement le virus de la variole, atténué, conférant l'immunité contre la variole, si non toujours, au moins presque toujours, et les exceptions sont tellement rares qu'il serait futile de les énumérer. Il serait plus logique de rechercher pourquoi chez telle ou telle personne, le vaccin n'a pas agi, lorsque 909 fois sur 1000 il agit avec succès.

On dit aussi qu'en vaccinant on peut introduire des germes d'autres maladies dans l'économie; depuis qu'on ne vaccine plus de bras à bras, la question de la syphilis et de la tuberculose est éliminée.

Lorsque vous vaccinez, entourez vous de toutes les précautions aseptiques que la science vous enseigne, et que la prudence vous commande, alors vous n'introduirez pas de germes étrangers dans la petite plaie opératoire que vous aurez faite. Recommandez aux parents de tenir le bras de l'enfant bien proprement et vous n'aurez aucun danger à redouter. Malheureusement pour avoir négligé ces précautions très simples, quelques médecins ont eu dans leur clientèle des accidents regrettables dus à leur négligence, mais non au vaccin. La vaccination est admise partout, elle a prouvé son efficacité en sauvant des millions de vies, les quelques accidents qu'on lui impute peuvent être évités avec un peu d'attention. On dit aussi en vaccinant vous introduisez dans l'économie, de la lymphe, qui vient d'un animal; cette lymphe peut être nuisible à la santé de l'être humain que vous vaccinez. Pourquoi ce reproche, au sujet de vaccin, quand on accepte sans rien dire, le traitement de la diphtérie au moyen du sérum anti-diphtérique.

Il ne me reste plus qu'à vous citer quelques chiffres qui démontrent l'efficacité de la vaccination. En Allemagne, dans la province de Westphalie, le chiffre de la mortalité variolique s'était élevé annuellement à 2643 par million d'habitants, pendant les 31 années qui précédèrent la découverte de la vaccine; ce chiffre de 2643 est tombé à 114 pour chacune des années qui suivirent. Après la découverte du vaccin, le Danemark, la Suède et l'Autriche voient le chiffre de la mortalité tomber considérablement. A Londres, où la variole faisait 3 à 5 mille victimes par million d'habitants, ce chiffre tombe d'abord à 304, puis descend à 149, puis à 143 en 1855, alors que la vaccination était plus généralisée. Ces ré-

sultats obtenus il y a un demi siècle, à une époque où la vaccination était mal réglementée et pratiquée par le premier venu, sont de nature à nous étonner. Mais avançons de quelques années. En Irlande, sous l'empire de la vaccination facultative, 1842 à 1860, la mortalité était de 1972 par année. Après l'institution de la vaccination obligatoire, de 1864 à 1873, la mortalité est tombée de 1972 à 583.

Les statistiques publiées par le gouvernement de la Suède sont des plus intéressantes :

Période pré-vaccinale, 1774 à 1801, décès annuel par million, 1973.

Période de la vaccination facultative, 1802 à 1816, décès annuel par million, 479.

Période de la vaccination obligatoire, 1817 à 1877, décès annuel par million, 189.

En Ecosse, où les enfants doivent être vaccinés dans les 3 mois qui suivent leur naissance, pendant l'hiver de 1871-1872, dans les huit principales villes, la mortalité variolique, par million d'habitants, a été, parmi les enfants en-dessous de 2 ans, de 514 décès, lorsque pendant le même hiver, en Hollande, où cette loi protectrice n'existe pas, la mortalité fut de 6122 par million d'habitants, chez les enfants en-dessous de 5 ans.

En Angleterre, la mortalité par la variole, avant la découverte du vaccin, se chiffrait dans les 3000 décès par million d'habitants par année, or la terrible épidémie de 1871-1872, n'a donné qu'une moyenne de décès, en 1871, de 1824 par million et de 832 en 1872.

Les statistiques de l'hôpital des variolés de Montréal, nous donnent le résultat suivant :

Malades admis du 15 octobre 1901 au 15 octobre 1902, 503 malades.

Jamais vaccinés, 446.

Vaccinés il y a plusieurs années et portant une mauvaise marque, 41.

Vaccinés il y a plusieurs années et portant une bonne marque, 9.

Vaccinés depuis sept ans (en acceptant la version des malades, 4.

Est-ce à dire parce que ces 4 malades ont contracté la variole, quoique étant vaccinés, que la vaccination n'est pas effective? Il faut être sérieux; et, s'appuyer sur ce fait, pour démontrer l'inutilité de la vaccination, c'est montrer un parti pris de nier quand même une chose évidente.

Nombre de personnes exposées à l'infection, mais

vaccinées avec succès, avait d'entrer au service de l'hôpital, 44.

Je n'en finirais pas avec les chiffres, si je citais tout ce qui s'est publié de statistiques, prouvant l'excellence de la vaccination ; mais en voilà assez.

Quelques personnes, sans doute bien intentionnées, ne veulent pas entendre parler de vaccination obligatoire et ils objectent que c'est porter atteinte à la liberté individuelle. Ceux qui en échange des avantages que la société leur procure, ne voudraient pas accepter les charges les plus nécessaires au salut commun, n'ont assurément d'autre parti à prendre que de chercher une île lointaine et isolée où, nouveaux Robinson, ils pourraient légiférer eux-mêmes, tout à leur aise. La liberté de répandre des maladies, est l'une de celle que l'instinct commun ordonne le plus de refuser. Aucune affection, aucune maladie n'est plus contagieuse que la variole, et l'on refuse d'imposer une loi, sans danger aucun, qui est une sauve-garde contre ce terrible fléau.

Je crois qu'il est de notre devoir de faire comprendre aux législateurs, la responsabilité qu'ils assument en n'obligeant pas les gens à se faire vacciner.

J'ai entendu dire souvent que le devoir du législateur n'est pas d'imposer la vaccination à ceux qui n'en veulent pas, très bien, mais c'est certainement le devoir de tout législateur consciencieux, de garantir contre la variole, les autres citoyens, qui sont plus des trois quarts de la population de notre pays, et il n'y qu'un moyen d'atteindre ce but, c'est de rendre la vaccination obligatoire.

## Revue des journaux

### MEDICINE

#### Recherche du bacille de Koch dans l'urine

Les recherches de Benda, de Weischselbaume, de Philippowicz, de Durand-Fardel, de Fournier, de Beau-fumé, démontrent que chez les tuberculeux le bacille de Koch se retrouve très fréquemment dans l'urine sans qu'il y ait aucune lésion de l'appareil rénal. MM. Fournier et Beau-fumé ont, à plusieurs reprises, constaté cette intégrité des reins, alors qu'ils avaient à divers reprises retrouvé le bacille caractéristique dans l'urine. Il y a là un moyen de diagnostic de la tuberculose qui peut

rendre service dans certains cas où l'affection tuberculeuse est difficile à reconnaître.

(*Bull. méd.*)

#### Le cœur tabagique, sa nature, son traitement par MAINE

La nicotine agit sur le cœur en provoquant : 1° Un ralentissement de la circulation ; 2° une exagération de l'activité respiratoire ; 3° une excitation du système nerveux, laquelle est son effet principal. A très petites doses elle peut provoquer des phénomènes alarmants ; à doses fortes tuer en 4 à 5 minutes, probablement en paralysant le cœur.

Le cœur tabagique, dans une première période, se caractérise par de l'érythisme nerveux, de la tachycardie, dans une seconde par de l'hypertrophie cardiaque, puis de la cardiectasie. Traitement : abstention du tabac, strychnine à petites doses.

(*Med. News.*)

#### Le massage du foie par les mouvements du diaphragme

Dans la *Gazette médicale belge*, le Dr A. BIENFAIT publie une traduction du *Münchener M. V.* sur le massage du foie spécialement par les mouvements du diaphragme. La situation du foie sous la partie inférieure de la cage thoracique rend le massage direct de cet organe impossible. Le massage n'est possible qu'indirectement en massant l'abdomen et a sur la circulation hépatique une influence indéniable.

C'est un procédé excellent pour décongestionner le foie et pour exciter la fonction de la cellule hépatique dans les maladies du foie. Dans le diabète, la goutte, l'ictère catarrhal, l'influence bienfaisante du massage a été également constatée. Toutefois, le massage est contre-indiqué dans le carcinome, la cirrhose et l'abcès du foie : " Pratiqué d'une certaine façon, le massage de la vésicule biliaire n'est pas dangereux ".

Chez la femme qui, par le port du corset, a une respiration diaphragmatique à peu près nulle, on fera faire des inspirations très profondes pendant 5 secondes : l'haleine doit être retenue de 15 à 30 secondes et l'expiration se fera en 10 à 15 secondes.

Le foie et la vésicule sont ainsi alternativement comprimés et relâchés entre le diaphragme et la masse intestinale d'où également changement de forme. Il en résulte une augmentation de la pression sanguine et de la circulation veineuse accompagnée de la pression de la vésicule qui se vide. Tous les effets du massage méthodique par la respiration ne tardent pas à se manifester d'une façon favorable.

(*Revue de Cinétre.*)

**Le diagnostic precoce de l'ictère**

par M. HAMEL.

Au cours de ses recherches sur l'état du sérum dans les affections diverses, l'auteur a observé trois malades dont le sérum présentait une coloration ictérique, tandis que la peau et les conjonctives avaient gardé leur couleur normale et que l'urine ne renfermait pas de pigment biliaire.

Cette constatation a fait penser à l'auteur que le diagnostic précoce de l'ictère pouvait être facilement fait par l'examen du sérum. Il suffirait pour cela d'aspirer dans un tube capillaire quelques gouttes de sang obtenues par la piqûre du doigt ou du lobule de l'oreille. En laissant reposer debout pendant quelques heures le tube dont les deux orifices seraient obturés avec de la cire, il serait facile de constater si la colonne de sérum garde sa coloration normale ou présente une teinte ictérique.

D'après l'auteur, ce procédé permettrait de dépister les ictères les plus légers et voir si, dans les cas douteux d'ictères chroniques guéris, la coloration persistante des téguments tient simplement au dépôt de pigment biliaire ou bien à la persistance du processus pathologique ayant amené le passage du pigment biliaire dans le sang.

(Deut. med. Wochenschr — Méd. Orientale)

**Traitement prothétique du coryza atrophique ozénateux**

BRUCKAERT, de Gand.

Pour éviter des phénomènes inflammatoires, je donne la préférence à une paraffine fondant à 50°. La température de la masse à injecter ne devra donc pas dépasser 60°, et l'injection s'effectue ainsi avec une facilité relativement plus grande.

Une autre modification essentielle, qui nous a été inspirée par nos idées actuelles sur la bactériologie de l'ozène, consiste à incorporer dans la paraffine une substance qui puisse avoir une action curative et détruire en quelque sorte le germe morbide sur place.

Mon choix s'est arrêté sur le *galaforme*, substance qui résulte de la combinaison de l'aldéhyde formique avec le gaiacol, deux puissants antiseptiques qui constituent, à mon avis, un adjuvant précieux dont je préconise de faire usage.

Le galaforme est une poudre jaunâtre, insoluble dans l'eau, mais soluble dans des solutions alcalines diluées. Il conserve toutes ses propriétés quand on le chauffe à 70°, et n'est donc pas décomposé par la fusion de la paraffine. Au contact des cellules vivantes, il se dédouble graduellement en gaiacol et aldéhyde formique à l'état naissant.

La paraffine galaformée, dans la proportion de 5 à 10 p. 100, ne me semble pas irritante et me paraît jusqu'ici bien tolérée par les patients.

L'avenir seul pourra nous éclairer sur les chances de guérison de ce mode de traitement, appliqué à une des affections les plus rebelles qui fait bien souvent le désespoir des malades et des médecins.

(Médecine et Hygiène)

**Sur la diazoreaction d'Ehrlich**

par M. le docteur E. ZUNZ, de Bruxelles

L'auteur se sert, au lieu de la préparation d'Ehrlich du paramido-acétophérol, d'après la formule de Friedenwald. Un long tableau indique les résultats qu'il a obtenus en cherchant la diazoreaction dans diverses maladies. L'ensemble de cette étude lui paraît confirmer une conclusion qu'il a déjà émise précédemment : l'importance de la réaction d'Ehrlich serait surtout limitée au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde et au pronostic de la tuberculose, lequel s'en trouve assombri.

M. Zunz s'occupe, dans un dernier chapitre, de la diazoreaction jaune alcaline ; elle se caractérise par la coloration jaune soufre que prend parfois l'écume de l'urine traitée par le réactif de Friedenwald, quand on y ajoute de l'ammoniaque. Sa signification clinique n'est pas encore déterminée.

Le travail de M. Zunz contient un grand nombre de faits recueillis avec soin et interprétés prudemment ; il sera très utilement consulté quand on pourra fixer d'une manière plus précise le rang qui revient à la diazoreaction dans les investigations cliniques.

(Gaz. des hôp.)

**Cause d'erreur dans le diagnostic du bacille tuberculeux recherché dans les caillots par l'examen microscopique**

par MM. F. BESANÇON, V. GRIFFON et PHILIBERT

Dans une première communication, ces auteurs ont avancé qu'en appliquant à l'homogénéisation des caillots fibrineux le procédé proposé antérieurement par Biedert pour la recherche du bacille tuberculeux par homogénéisation des crachats, on peut déceler le bacille de Koch par l'examen microscopique du dépôt obtenu par centrifugation. Par cette méthode, en effet, ils ont rencontré le bacille quatre fois dans le caillot sanguin et une fois dans le caillot pleurétique. Il s'agissait, chaque fois, de bacilles grêles, uniformément colorés ou granuleux, disposés parallèlement ou en V ou en petits amas, au nombre de trois à quatre au maximum par champ microscopique. La préparation était traitée par la méthode de Ehrlich-Ziehl (coloration à chaud, décoloration par l'acide nitrite au tiers).

Depuis, ils ont constaté des bacilles dans quatre

nouveaux cas, une fois dans le sang recueilli par *ventouses scarifiées*, trois fois dans des épanchements pleuraux de nature tuberculeuse (cytodiagnostic : lymphocytes, pas de placards endothéliaux). Mais les caractères présentés par un certain nombre de ces bacilles les ont mis en éveil sur l'existence possible de causes d'erreur.

Dans les préparations du caillot sanguin homogénéisé, à côté de bacilles grêles et isolés, ils ont vu d'autres bacilles, plus gros, se disposant parfois en amas rappelant les amas classiques du bacille tuberculeux dans les cultures. Ce premier fait (apparence de bacilles en colonies dans le sang) devait déjà nous suggérer une certaine réserve sur la légitimité d'une telle constatation.

Les résultats obtenus dans des nouveaux cas de pleurésie devaient bientôt leur montrer le bien fondé de leurs hésitations. Si, dans un des cas de pleurésie, MM. Bézangon, Griffon et Philibert n'ont observé sur leurs préparations que des bacilles rares, grêles, qu'on peut à juste titre considérer comme des bacilles de Koch, par contre, dans les deux autres, à côté des bacilles grêles et courts, ils ont trouvé en très grand nombre des bacilles ayant plus de 10 m de long, parfois épais, souvent ondulés, pouvant prendre l'aspect de filaments; ces bacilles étaient les uns isolés, les autres intriqués en amas. Le nombre de ces bacilles apparaissait beaucoup plus considérable sur les préparations décolorées légèrement par la méthode de Gabbet (acide sulfurique au quart), que sur celles qui étaient décolorées par l'acide nitrique au tiers.

Dans l'hypothèse que l'on pouvait se trouver en présence d'une bactérie de l'air qui aurait contaminé les liquides au cours des manipulations, ces auteurs ont abandonné à la température des salles du laboratoire un bocal contenant un de ces épanchements pleuraux; et ils n'ont pas tardé à voir se développer à la surface du liquide un voile formé de bactéries diverses, et, en particulier, de bacilles filamenteux conservant la coloration de Ziehl après action de l'acide sulfurique au quart. Il ne peut s'agir, en l'espèce, de bacilles tuberculeux.

Pour ce qui est donc de l'étude du sang et des sérosités, et en dehors des cas où les humeurs auront été prélevées avec la plus rigoureuse asepsie, on n'est pas autorisé à considérer comme bacille de Koch tout bâtonnet gardant la coloration après action de la solution de Ziehl et décoloration par l'acide sulfurique au quart.

Ces faits n'infirmant en rien les premiers résultats que MM. Bézangon, Griffon et Philibert ont publiés, puisqu'ils se sont trouvés en présence de microbes ayant l'aspect caractéristique du bacille tuberculeux, résistant à la décoloration par l'acide nitrique au tiers, et que surtout, dans trois cas, il s'agissait du tubercule expérimental (animaux inoculés avec des cultures pures; sang prélevé aseptiquement, pendant la vie),

Les auteurs nous montrent les difficultés et les causes d'erreur avec lesquelles il va falloir compter si, du terrain des recherches scientifiques et de l'expérimentation, on veut faire passer la méthode dans le domaine pratique.

(Gaz. des hôp.)

## CHIRURGIE

### Traitement chirurgical du rhumatisme articulaire aigu.

Dans les cas de poly-arthrite rhumatismale aiguë, rebelles aux salicylates et à tous les autres médicaments — cas qui, on le sait, sont loin d'être rares — M. J. O'Connor (*Lancet*), chirurgien-chef de l'hôpital anglais à Buenos-Ayres, n'hésite pas à avoir recours à une thérapeutique chirurgicale que, en pareil occurrence, il préconise déjà depuis quelques années. Elle consiste à inciser et à drainer les articulations atteintes, suivant toutes les règles de l'asepsie.

Le plus souvent, c'est au niveau d'un des deux genoux que l'arthrotomie doit être pratiquée. A cet effet, on incise la synoviale, sur une étendue de 2 cent. 1/2, de chaque côté de la jointure, on laisse écouler le liquide louche ou franchement purulent que contient la cavité articulaire, et on introduit en travers de cette dernière un tube de caoutchouc fenêtré. L'articulation est lavée matin et soir avec une solution chaude d'acide phénique à 1/60. Au bout de trois ou quatre jours, on enlève le drain; on continue les lavages jusqu'à ce qu'il devienne impossible de faire pénétrer des liquides dans la jointure.

Après arthrotomie du coude ou du poignet, on se sert, comme drain, d'une mèche de tarlatane qu'on insinue dans la cavité articulaire entre les mors d'une pince écartant les lèvres de l'incision.

Lorsque, comme c'est assez fréquemment le cas au niveau du coude, du poignet et de la face dorsale du pied l'enflure rhumatismale est due surtout à une infiltration éreuse des tissus péri-articulaires, l'articulation elle-même pouvant ne contenir aucun épanchement, il faut inciser en divers points ces tissus pour en évacuer la sérosité.

Dans son mémoire, l'auteur relate 20 cas de rhumatismes articulaire aigu ayant résisté au traitement médical et qui furent tous rapidement guéris par une intervention opératoire en pleine période fébrile. Dans la plupart d'entre eux, on dut pratiquer quatre ou cinq arthrotomies, sans compter les incisions multiples des tissus péri-articulaires. Quelques jours après l'intervention, la fièvre et tous les phénomènes fluxionnaires du côté des jointures disparaissaient d'une façon définitive;

une fois les plaies opératoires cicatrisées, la guérison était complète.

(*Bull. Méd.*)

#### Tabouret a suspension-compression pour le traitement de la scoliose

par le Dr HOFFMANN

Je sais qu'il existe déjà d'excellents appareils à suspension-compression pour corriger les déformations scoliotiques. En présentant celui-ci, j'ai pour excuse sa simplicité et son bon marché. Il peut être installé au domicile du malade et son emploi peut être confié à un parent ou bien à une garde-malade.

L'appareil se compose du tabouret décrit par Bradford avec tiges d'acier latérales d'une longueur de 1 m. 38 et formant au-dessus de la tête un arc auquel est fixé un système de mouffles.

D'autres tiges d'acier semi-circulaires, antérieures et postérieures, peuvent glisser le long des verticales et latérales et être fixées à la voulue. Les coussinets destinés à la compression sont eux-mêmes mobiles le long des tiges semi-circulaires de façon à s'appliquer, en avant et en arrière de la poitrine, aux points qu'il importe de comprimer.

Le patient se sert de l'appareil deux ou trois fois par jour, chaque séance durant de dix à quarante minutes ce qui, au bout de quelques semaines représentera un total respectable d'heures d'application directe, sur le tronc déformé, d'une correctrice.

Cet appareil n'est, bien entendu, qu'un adjuvant au traitement et aux exercices de gymnastique appropriés.

(*Revue de Cinésie*)

## MALADIES VÉNÉRIENNES

### Traitement de la blennorrhagie uréthrale

Nous extrayons d'un excellent livre du Dr E. Dind, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne, la partie relative à la thérapeutique de la blennorrhagie uréthrale.

« Le traitement de la blennorrhagie uréthrale comprend :

- a) Des prescriptions générales ;
- b) Des prescriptions médicales internes ;
- c) Une intervention chirurgicale locale.

*Prescriptions générales.* — La blennorrhagie étant envisagée comme infection de haute gravité, nous donnerons à notre malade des conseils d'hygiène générale. Avant tout, nous ordonnerons un suédicté sévère, d'où sera

proscrit l'usage des boissons alcooliques (vin rouge inclusivement), du café noir, du thé de Chine. Nous interdirons l'usage des épices (poivre, moutarde, etc.) et recommanderons d'éviter une alimentation trop azotée, une viande au repas du milieu du jour, le soir, un repas très léger (pain, beurre, fruit pâtes, etc.). Dans le même ordre d'idées, nous recommandons l'usage copieux de boissons délayantes (eau, décoction d'orge, de lin, etc.) ; nous obtenons ainsi une irrigation fréquente du canal et une faible concentration urinaire : il faut cependant ne pas boire abondamment le soir, de façon à éviter pour la nuit une réplétion vésicale excessive : celui-ci produit une stase sanguine dans les organes du bassin (érections).

Pour calmer l'excitabilité fréquente du malade, les bains tièdes sont recommandables ; on veillera enfin à un exercice modéré et à la liberté du canal intestinal. Il faut déconseiller les travaux manuels excessifs.

Le flirt, les rapports sexuels, la danse, capable les uns et les autres de produire une excitation sexuelle, sont interdits.

*Médication interne.* — Nous avons déjà dit ci-dessus que l'augmentation de la diurèse par l'abondante absorption de boissons aqueuses avait une action thérapeutique favorable ; c'est dans ce sens qu'agissent les eaux minérales, la plupart des tisanes recommandées, de tout temps, au cours de la blennorrhagie. A cet effet diurétique, certaines plantes ajoutent une action plus spéciale, grâce aux principes — (*spirea ulmaria* = ac. salicylique), (graine de lin = amygdaline. — *uva ursi* = arbutine) antizymotiques ou émoullients qu'elle contiennent. On a voulu, dans le même ordre d'idées, faire appel au salol qui, suivant certains auteurs (Sahli), aurait exercé sur l'évolution de l'urétrite à gonocoques une action particulièrement heureuse. Nos recherches dans ce sens n'ont pas confirmé les résultats de l'éminent clinicien bernois : si l'on veut administrer un médicament capable d'assurer, dans une certaine mesure, l'antisepsie urinaire, c'est à l'urotropine qu'il faut faire appel de préférence.

Les médicaments internes les plus généralement prescrits contre la blennorrhagie sont les balsamiques : copahu, santal, cubèbe, térébenthine, etc. Le copahu et le santal sont de beaucoup les plus employés, et leur action est incontestable : l'un et l'autre provoquent une diminution rapide et — convenablement administrés — durable de l'écoulement uréthrale. Pour arriver à ce résultat, le copahu et le santal doivent être prescrits à dose élevée : nous en ordonnons généralement douze capsules par jour, à prendre en trois doses après le repas ce qui donne un total de 3 à 4 gr. *pro die*. L'ingestion du copahu s'accompagne fréquemment de troubles divers, portant sur l'estomac (plénitude, éructation, anorexie), sur l'intestin (coliques, diarrhée) et sur la surface cutanée. Parfois enfin — cet accident est excep-

tionnel — on observe des troubles sérieux de l'épithélium rénal. L'administration du copahu, sous forme de glutoïdes, permet d'éviter les troubles gastriques, de beaucoup les plus fréquents.

L'exanthème provoqué par le copahu revêt le type érythématopapuleux: il apparaît généralement au cours du deuxième septennaire et siège, de préférence, dans le voisinage des articulations, au niveau desquelles il peut rester localisé. La coloration des efflorescences, généralement rosée, peut devenir rouge vif, purpurique. L'exanthème local, au lieu de rétrocéder, peut se généraliser, former, par agglomération et fusion des éléments, des plaques étendues, couvrant une extrémité entière, donnant une enflure considérable: son extension à la face rappelle le masque de la variole au début. On conçoit que les malades soient généralement très affectés par l'apparition de l'éruption médicamenteuse.

Remarquons que l'apparition de l'exanthème ne commande pas absolument la suppression du médicament; on observe, en effet, lorsque le traitement est poursuivi, la disparition graduelle des accidents cutanés.

Il importe de dire que l'action du copahu et du santal est lente; la quantité de l'écoulement diminue assez rapidement sans qu'il y ait de modification importante au point de vue du pus ou des gonocoques. La médication balsamique devra donc être continuée pendant plusieurs (3 à 4) semaines, à dose lente décroissante. Dans ces conditions, on comprend aisément qu'il y a avantage à ne pas commencer trop tôt ce traitement médical — à cause de son action nocive sur l'épithélium gastro-intestinal — et que l'on se trouve mieux de ne l'instituer qu'à partir du 3e septennaire. Lors de la suppression du copahu (7e septennaire), l'écoulement est minime; on arrive généralement à la juguler par des injections astringentes légères et la guérison s'obtient ainsi en 10-12 semaines; telle est la méthode dite classique qui a fait place à la méthode parasiticide que nous décrivons plus loin. La méthode classique, somme toute, est recommandable: si elle ne mène pas rapidement au but, elle conduit généralement sans à-coup le malade à la guérison.

*Le traitement local*, par injections, irrigations ou applications (anthrophores) destinées à modifier (*astringents*) l'état de la muqueuse ou (*parasiticides*) à tuer les gonocoques à la surface et, si possible, dans la profondeur de celle-ci, est un traitement depuis longtemps employé. Il jouit, depuis la découverte de Neisser, et sous l'impulsion directe de son chef et de ses élèves (Jadassohn) d'une faveur croissante, et l'on cherche actuellement à juguler, dès le début, l'infection existante. Au lieu d'attendre — comme le recommande la méthode ancienne (dite classique) — l'heure où les phénomènes inflammatoires sont en forte baisse pour intervenir par les injections, on s'efforce, au contraire, de les pratiquer le plus tôt possible pour couper court à l'infection elle-

même. Cette règle oblige à rechercher, dans les médicaments applicables, ceux qui, n'exerçant sur la muqueuse qu'une faible action irritante (celle-ci s'ajoutant à l'irritation déjà grande de la période aiguë rendrait le traitement intolérable), possèdent néanmoins une action parasiticide intense. Il est nécessaire que cette action ne s'exerce pas seulement *in situ* à la surface de l'épithélium, mais surtout dans les replis et dans la profondeur de la muqueuse. Plusieurs médicaments — très estimés dans le traitement des plaies: iodoforme, sublimé corrosif, etc. — doivent être éliminés, parce qu'ils ne répondent pas aux indications ci-dessus. Il n'y a guère actuellement que les sels d'argent, le permanganate de potasse, l'ichthyol qui jouissent de la faveur générale.

Cette méthode — par laquelle on cherche à supprimer la cause de l'écoulement — était déjà indiquée par Ricord, lorsqu'il recommandait le nitrate d'argent, à haute dose (50/0, pour le traitement abortif. On n'a guère eu, autrefois, et pas davantage aujourd'hui, à se louer de l'emploi à pareille concentration de ce médicament dont l'action parasiticide est hors conteste, mais qui, à cette qualité, associe le désavantage de causer une irritation locale très forte. L'expérience clinique démontre que l'effet parasiticide n'est généralement pas de très longue durée — il s'ensuit la nécessité de faire usage du médicament aussi souvent que le commande la réparation des gonocoques et ceci pendant un certain temps. De là, l'obligation d'employer à cet effet les médications facilement tolérées par la muqueuse et acceptées par les malades. Le nitrate d'argent ne répond guère — même ( $\frac{1}{2}$  à  $\frac{1}{3000}$ ) — à cette fonction. D'autres sels d'argent, l'argentamine, etc., l'argentine (Jadassohn), le protargol (Neisser), l'ichtalbine, l'albargine ont été successivement recommandés et paraissent répondre aux doux desiderata ci-dessus — destruction des gonocoques s'opérant avec le minimum d'irritation muqueuse. Ces différentes combinaisons argentiques (avec l'albumine, l'ichthyol, la caséine) exercent incontestablement une action curative rapide et font, plus rapidement que les remèdes autrefois employés, disparaître les gonocoques.

(à suivre)

## PEDIATRIE

Prophylaxie et traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

(BAR).

Ces mesures préventives, simples et faciles à observer et presque toujours efficaces se résument dans les quel-



ques prescriptions suivantes. (Thèse de M. le Dr Sevray).

1° Désinfecter les organes génitaux de la mère avant l'accouchement, dans les cas de blennorrhagie, de leucorrhée, ou de vaginite granuleuse, au moyen d'une injection abondante, faite avec un liquide antiseptique, tel que le permanganate ou le sublimé ;

2° Dès les premières douleurs faire prendre à la parturiente un grand bain savonneux ;

2° Pendant le travail, protéger l'entrée du vagin au moyen d'une compresse de gaze antiseptique placée à l'orifice vulvaire, et recouverte elle-même d'une couche d'ouate (cette précaution devra surtout être prise avec grand soin lorsque les membranes seront rompues) ;

4° Ne faire le toucher qu'après une désinfection soigneuse des mains et ne le répéter que le moins souvent possible ;

5° Eviter avec grand soin d'ouvrir les yeux de l'enfant dans les explorations et manœuvres obstétricales qui peuvent être tentées ;

6° Aussitôt après la naissance, avant la section du cordon, alors que l'enfant n'a pas encore ouvert les yeux les lui nettoyer minutieusement sur toute leur surface extérieure avec un tampon d'ouate employé à sec ; puis laisser tomber entre les paupières entr'ouvertes une ou deux gouttes de nitrate d'argent à 1 pour 150 ;

7° Après la section du cordon, nettoyer l'enfant avec un mélange à parties égales d'alcool à 90°, de glycérine et d'eau, supprimant tout bain, sauf ceux qui auraient un but thérapeutique ;

8° Veiller tout spécialement, pendant les premières semaines, à la propreté la plus rigoureuse des objets de toilette. Ne jamais se servir, pour la face, des linges et éponges utilisés pour le reste du corps. La propreté la plus rigoureuse sera également exigée de tous ceux qui donnent des soins à l'enfant.

— Si, malgré toutes ces précautions, l'ophtalmie vient à se déclarer, il faut agir au plus tôt et recourir au traitement suivant :

1° Faire plusieurs fois par jour dans l'œil malade d'abondantes irrigations, au moyen de l'entonnoir laveur de Kalt, avec du permanganate de potasse à 1 pour 2,000 suivant la virulence du pus et la tolérance des tissus malades ; dans certains cas, on devra associer à ce traitement quelques cautérisations légères au nitrate d'argent ;

2° Si l'affection est unilatérale, protéger l'œil sain au moyen d'un léger pansement oclusif placé sur l'œil malade ;

3° Isoler tout enfant atteint et prévenir son entourage de la contagiosité de la maladie ;

4° Désinfecter ou détruire tous les linges ou autres objets qui ont pu se trouver souillés.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

### L'ozène chez le nourrisson

par le docteur A RIVIÈRE

J'ai remarqué, depuis assez longtemps, que plus encore que d'autres lois cliniques, celle qui fixe l'âge des ozéneux était sujette à de nombreuses exceptions. A mon avis, les cas d'ozène sont plus fréquents que ne le disent les classiques, soit dans la première enfance, soit dans la vieillesse. Les malades appartenant à ces deux catégories demandent une thérapeutique spéciale et ne sauraient tolérer, par exemple, les injections de sérum antidiphthérique, ni l'électrolyse. D'où l'intérêt de rapporter ces faits.

Entre plusieurs observations d'ozène chez le nourrisson j'en note une, typique de divers points de vue.

Il s'agit d'une fillette de 8 mois, élevée au biberon, dont le père et la mère sont jeunes et bien portants : elle a quatre frères ou sœurs âgés de 2 à 6 ans. Tout ce petit monde ne présente aucune tare et est élevé à la campagne.

On s'est aperçu depuis 2 à 3 mois de la mauvaise odeur "écœurante" exhalée par l'enfant, en même temps que de l'obstruction nasale causée par la présence de nombreuses croûtes. On a remarqué aussi un élargissement du nez à sa base. La mère, d'elle-même, compare l'odeur de l'enfant à celle d'un domestique qu'elle a depuis longtemps et que je constate, en effet, être atteint de rhinite atrophique.

L'enfant est cependant d'assez belle venue, mais souffre de gastro-intestinaux inquiétants et de diarrhées fréquentes. Au contraire de ses frères ou sœurs très rosés elle présente un teint blafard.

A l'examen la fillette présente un nez fortement ensellé paraissant élargi, écrasé à sa base, la muqueuse nasale est pâle, les cornets atrophiés, les croûtes abondantes. Les amygdales sont normales, il n'y a pas de signes subjectifs de végétations adénoïdes. L'odeur est caractéristique. Je fais un lavage du nez avec un litre d'eau légèrement salée et tiède, un seau à injections et une petite sonde molle, en caoutchouc.

L'enfant crie, pleure, s'étrangle, et asphyxie un peu : on parvient à faire passer la presque totalité du liquide qui ressort par l'autre narine, entraînant une masse surprenante de croûtes et de mucopus.

J'ordonne de tels lavages, quotidiens. Depuis lors, ceux-ci ont été faits avec une régularité relative ; ils sont restés très pénibles, mais ont amené une amélioration notable, puis au bout de deux ans, une guérison apparente.

Ce qu'il y eut de frappant dès les premiers lavages, fut la disparition des diarrhées et du teint blafard et le relèvement de l'état général.

A peu près calculées sur celle-ci, sont les observations d'une fillette de 12 mois, plus intoxiquée cependant et atteinte d'otite double, et celle d'un autre de

20 mois, née d'un père obèse, arthritique et jouissant d'un asthme en partie symptomatique d'une rhinite hypertrophique que le Mont-Dore améliore péniblement chaque année. Cette dernière fillette, nettement contagionnée par une domestique, guérit mieux que la première et la déformation nasale même s'est atténuée.

En compulsant les registres de ma consultation du Dispensaire, j'ai noté que les ozènes de la première année représentaient le dixième à peu près du chiffre total : je ne m'explique donc guère l'opinion courante (maximum de 8 à 15 ans), celle de Boulay entre autres, qui ne parle comme cas très précoces personnels, que de ceux de deux enfants de 3 et 4 ans.

Je suis persuadé que les rhinologistes n'hésitent pas, le cas échéant, à porter ce diagnostic ; je crains simplement qu'on abuse des rhinites infectieuses, purulentes, impétigineuses, coryzas chroniques ; vocables qui peuvent masquer un ozène vrai.

L'atrophie de la muqueuse et des cornets, la largeur des fosses nasales, l'ensellure nasale indiquent l'erreur ; les lésions rebelles et définitives, les complications (troubles gastro-intestinaux, ophtalmies et dacryocistes — otites assez rares) commandent une thérapeutique active. Il ne saurait être question, chez les nourrissons, d'électrolyse ou d'injections de sérum ; ces méthodes ont des dangers que ne compense pas l'incertitude des résultats.

Il faut s'en tenir aux liquides, poudres, pommades, huile antiseptiques. Il faut surtout, comme chez l'adulte, nettoyer, drainer, aseptiser les fosses nasales. Comme le nourrisson ne mouche guère, il faut remédier à l'encombrement par de petites douches d'air — à narine ouverte — faites avec ces poires en caoutchouc qui servent à leur donner des lavements. On chasse ainsi très bien le pus, les mucosités et les croûtes.

On peut aussi et on doit laver le nez ; on conseille chez l'enfant d'utiliser les mêmes poires contenant 150 à 200 grammes de solution salée ou boriquée. Je crois qu'on gouverne encore mieux la pression — évidemment dangereuse — en se servant d'un seau à injections et d'une petite sonde urétrale molle introduite dans une narine. La précaution essentielle est de mettre le seau à une hauteur qui ne dépasse pas de 0,15 à 0,20 la tête de l'enfant.

Dans ces conditions, on pourra faire des lavages sans danger et souvent on s'apercevra, dès les premiers nettoyages, que ce cloaque nasal était une source de multiples inconvénients pour l'enfant.

(*J. de méd. de Paris.*)

## GYNECOLOGIE

### La compression publo-manuelle comme traitement des hémorragies après la délivrance

M. Jeu Reure consacre sa thèse à l'étude d'un procédé hémostatique couramment employé dans les hôpitaux de Lyon pour combattre les hémorragies de la délivrance, procédé décrit par M. le professeur Fochier et qui a sur les autres modes de traitement habituellement utilisés un certain nombre d'avantages. Il est applicable en particulier aux cas d'inertie de l'utérus, soit totale, soit partielle ; dans ce dernier cas, les zones de ramollissement sont localisées le plus ordinairement à la face postérieure de l'organe.

Voici quel en est le manuel ordinaire : La délivrance est faite, placenta et membranes ont été expulsés dans leur totalité ; l'utérus est vide et cependant une hémorragie utérine se produit : on palpe l'organe, il présente bien une dureté ligneuse, il n'y a donc pas d'inertie totale ; on peut alors, en attendant qu'une injection chaude, vers 48 degrés, soit prête ou même avec l'intention de s'en passer, employer le procédé suivant : l'accoucheur se tient sur le côté gauche de la malade de préférence ; il plonge l'extrémité des quatre doigts réunis de la main droite en arrière de l'utérus, entre cet organe et la colonne vertébrale, déprimant ainsi la paroi abdominale abordée au niveau de la région ombilicale ; la main droite doit être dirigée parallèlement à l'axe du détroit supérieur ; elle peut aussi se laisser guider par la paroi postérieure de l'utérus si son existence la rend perceptible, et en suivant cette paroi, descendre assez bas pour dépasser les limites de la "portion contractile" du muscle utérin : après l'accouchement, en effet, la main peut atteindre facilement jusqu'à cette limite, et même dépasser l'anneau du Bandi.

Une fois arrivée à cette profondeur, la main est reportée en masse en avant de façon à comprimer l'utérus contractile dans toute sa hauteur, soit contre les pubis, soit contre la main gauche, qui est étendue à plat sur la paroi abdominale au-devant de l'utérus et dans la position suivante : elle appuie par son bord cubital sur le sommet des pubis, prolongé le plan rétropubien au-dessus du détroit supérieur et offre ainsi une surface d'appui solide qui peut s'adapter à la forme de l'utérus, très favorable en direction et en étendue à la compression exercée par la main droite, qui reporte l'organe en avant.

Ce n'est pas, comme on le voit, un mouvement de flexion de l'utérus en avant, mais bien plutôt un mouvement de glissement en avant de la portion contractile et sans déplacement de la direction de l'axe de l'organe. C'est, en quelque sorte, une translation en masse de muscle dans sa totalité et sa paroi antérieure vient se comprimer et buter contre un plan résistant, mais mal-

léable, qui remplace la large échancrure que laisse, à sa partie antérieure, le détroit supérieur. Et même en supposant que l'utérus soit à peu près complètement dur et contracté, sauf en quelques points de sa face postérieure, on s'explique aisément la possibilité d'un tel déplacement le défaut de contraction de toute la portion de l'organe sous-jacente à l'utérus contractile, la souplesse du segment inférieur permettent bien, en effet, d'exécuter la manœuvre sans aucune difficulté.

Cette méthode agit doublement : par compression des sinus placentaires d'une part, et d'autre part, par l'excitation de la fibre utérine. On peut continuer la compression assez longtemps sans fatigue (de 10 à 25 minutes d'après les observations) et on obtient souvent par elle seule l'arrêt de l'hémorragie.

En tous cas, c'est un moyen qui ne nécessite aucun préparatif : pas de perte de temps, pas d'instrument, pas d'aide ; il est à la portée de tout praticien ; une sage-femme même peut pratiquer la manœuvre et la continuer un certain temps, car elle ne demande ni grand déploiement de force musculaire, ni effort soutenu ; il permet d'attendre la préparation ou les effets d'autres modes de traitement (ergot — injection chaude — injection de sérum artificiel) ; c'est de plus une méthode rationnelle, car l'utérus, ne prenant pas de suite après l'accouchement sa forme globuleuse, est imprimé suivant sa moindre largeur, d'avant en arrière ; la main se rend compte à chaque instant de l'état de l'utérus, et surtout de cette postérieure qu'on ne doit jamais négliger d'explorer ; la compression pubio-manuelle comprime encore l'utérus sur toute sa hauteur, évitant ainsi les inconvénients des pressions limitées en quelques points seulement, pressions qui sont insuffisantes et inefficaces ; elle ne peut produire de lésion, ne peut occasionner aucun accident ; enfin — et surtout — tout danger d'infection est ainsi écarté.

C'est un moyen non-seulement d'arrêter l'hémorragie après la délivrance, mais aussi d'en apprécier la cause, de voir les progrès dans le sens de la rétraction, de constater parfois l'insuffisance des moyens employés. C'est un élément de diagnostic en même temps qu'un procédé de traitement.

(*J. de méd et chir. prat.*)

#### Du traitement de l'infection utérine par le curettage

Le nettoyage de l'utérus par les grandes injections antiseptiques est un procédé excellent, mais qui ne saurait s'appliquer à tous les cas. Ces lavages ont en effet souvent impuissants à débarrasser l'utérus des débris ovulaires qui l'encombrent. Et si la guérison peut survenir avec ce seul traitement, il faut reconnaître qu'elle serait longue et incertaine. Aussi, sans attendre l'hémorragie ou l'infection, l'auteur pré-

conise-t-il de nettoyer l'utérus à la curette de Récamier toutes les fois que la cavité n'est pas complètement vide. Quant à l'action des antiseptiques, elle est très incertaine, car employées à des doses non dangereuses ces substances n'attaquent que les germes des couches superficielles. De plus Spinelli rapporte le cas d'utérus traité par les irrigations, dont la cavité contenait plusieurs centimètres de substances putrilagineuses semblables à la pulpe splénique, que l'injection n'avait pu enlever. On a objecté que le curettage ouvrait une porte nouvelle à l'infection ; mais alors pourquoi ne pas faire cette critique à toutes les opérations de chirurgie ?

Quand le curettage a dépouillé l'utérus des parties malades, les fibres musculaires se contractent fermant les vaisseaux. Les injections utérines employées alors tuent les germes qui occupaient les parties profondes, et le tamponnement à la gaze iodoformée outre son action antiseptique maintient l'utérus en état de contraction, ce qui a pour résultat d'empêcher la pénétration plus avant des bactéries.

(*Le Progrès méd.*)

#### L'intervention de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aigue

par le Dr Paul PETIT

(*Suite*)

On ne saurait trop répéter que les écoulements les plus fétides, loin d'être à craindre (à condition d'intervenir bien entendu), sont d'ordinaire l'indice d'une infection qui reste longtemps localisée, d'une infection à saprophytes et s'accompagnant d'ordinaire de rétention placentaire : or, c'est sur ce terrain que le curettage remporte ses plus beaux succès. "Un écoulement utérin purulent et abondant est généralement le signe d'une infection gonococcique, infection qui reste presque toujours localisée à la zone utérine ; ici ce sont les grandes injections intra-utérines, fréquemment renouvelées, qui donnent les meilleurs résultats. Une sécrétion utérine rare, accompagnant un ensemble de symptômes généraux graves, est la règle dans l'infection streptococcique. Dans l'infection à saprophytes, les plaies de la vulve et du vagin prennent un vilain aspect terne, les bourgeons charnus sont décolorés, grisâtres. Dans l'infection gonococcique, elles conservent, au contraire, un bon aspect, contrastant avec l'écoulement purulent qui a son origine dans l'utérus. Enfin, dans l'infection streptococcique, la plus grave généralement, les plaies se séchent assez rapidement, en prenant un mauvais aspect". M. Tuffier a grandement raison de rappeler tous ces détails qui sont fort intéressants au

point de vue du pronostic, au point de vue du choix à faire entre les moyens qui sont actuellement consacrés par l'expérience, ou de la confiance plus ou moins grande que nous leur devons accorder ; mais aucun d'eux ne saurait nous décider à conseiller l'hystérectomie ou à la repousser.

Je vous demande en quoi peuvent nous influencer dans l'espèce, l'*histoire étiologique de l'infection* (la question de savoir si elle a été provoquée par l'avortement ou l'accouchement à terme, le doigt ou le forceps), l'examen bactériologique des sécrétions ou des produits de raclage !

Nous pensons tous que la présence de micro-organismes dans le sang, surtout des streptocoques, ne pouvait que contre-indiquer une intervention comme l'hystérectomie. Or, voici que Prochownich, cité par M. Tuffier, nous vient déclarer qu'il a perdu toutes les femmes non hystérectomisées, dans le sang desquelles il a trouvé le streptocoque, tandis que les deux seules opérées chez lesquelles il a fait la même constatation ont guéri. Mais pour Tissier, par contre, le streptocoque n'apparaissant dans le sang qu'à la période pré-agonique sa présence dans ce milieu constitue une contre-indication formelle à une opération grave ; d'autre part, Queirel a pu trouver le même microbe dans le sang d'une femme qui guérit sans intervention... Passons.

M. Tuffier prend bien soin de faire observer que de tous les critères qu'il invoque pour justifier l'hystérectomie, il en est qui, à ses propres yeux, sont sujets à caution, qu'il n'en est pas un d'ailleurs qui ait, à lui seul, une signification suffisante, qu'ils ne valent que par leur ensemble. Mais en vérité, a-t-on jamais pris une bonne décision, avec des éléments uniformément mauvais ou incomplets ?

Que penser enfin du jugement basé sur la gravité des symptômes généraux et sur la gravité de l'opération elle-même, en mettant les statistiques de côté pour ne s'en rapporter qu'aux faits ?

Il suffit, pour être fixé, de lire cette observation de Treub l'un des trois autres rapporteurs de la question :

" Multipare, admise à la clinique huit jours post-partum. Fièvre depuis le second jour, température maxima 40° ,2 et pouls 144. Au commencement, la malade paraissait aller mieux, mais ce mieux ne dura pas, de sorte que la température ne descendant pas et l'état général devenant de plus en plus mauvais, le pronostic me parut tellement mauvais que je me décidai à faire l'hystérectomie vaginale. L'utérus était tellement friable que les pinces ne firent qu'en déchirer le tissu, ce qui rendit l'opération très difficile dès le commencement. Pour surcroît de malheur, le doigt occupé à libérer la vessie du col perfora la paroi vésicale. Alors, découragé, j'abandonne l'opération en me disant que je préfère ne pas hâter d'avantage la mort de la malade qui me semblait inévitable. Quelques points de suture

dans le cul-de-sac postérieur, quelques autres à la plaie vésicale, un tampon dans le vagin et la malade est reportée au lit.

" Neuf jours après cet avortement opératoire, la femme est sans fièvre et, n'eût été la fistule vésicale qui la retenait trois mois et demi à l'hôpital, elle aurait pu nous quitter beaucoup plus tôt en parfait état de santé".

Il est certain, amis lecteurs, que si un pareil fait (dont la relation est d'ailleurs un bel acte de franchise) ne vous convainc pas de l'innocuité de l'hystérectomie en matière d'infection puerpérale et de son efficacité, même quand on ne la pousse pas à bout (qu'est ce donc, quand on la termine !) je déclare renoncer pour jamais à vous initier aux progrès de notre art.

(Le concours Médical)

## Therapeutique et Matière Médicale

### Traitement de l'hydrocele par le chlorure de zinc

Voici le procédé indiqué par M. Fieux dans sa thèse inaugurale (Lyon 1902).

Les précautions antiseptiques ordinaires étant prises, on commence par ponctionner l'hydrocèle avec l'aiguille de la seringue et par retirer une quantité de liquide variable suivant le volume de la tumeur. Si l'on a une hydrocèle très volumineuse, il faut retirer une certaine quantité de liquide, 50, 100 grammes, ou même plus : si elle est de volume moyen, 20 à 30 grammes suffisent ; enfin si c'est une petite hydrocèle, quelques gouttes suffisent. Dans ce dernier cas, on peut même s'abstenir de toute évacuation, à moins que la tumeur ne soit très tendue. L'évacuation préalable a pour but de diminuer la tension du liquide de l'hydrocèle et de permettre ainsi que la solution de chlorure de zinc se mêle mieux à ce liquide et arrive plus facilement au contact des différents points de la paroi de la poche.

Cela fait, on injecte alors, suivant le volume de l'hydrocèle, de un quart à une seringue de Pravaz, d'une solution de chlorure de zinc au dixième. Mais, on doit ici faire une recommandation : il est très important, pour avoir un bon résultat, que la solution soit préparée depuis peu ; il est même préférable que, pour chaque nouvelle injection, on fasse préparer une nouvelle solution. En effet, le chlorure de zinc en solution aqueuse s'altère un peu à l'air ; il se forme une certaine quantité d'oxychlorure de zinc qui précipite et qui se dépose dans le fond du flacon ; de sorte qu'au bout d'un certain temps la solution employée devient moins riche en chlorure de zinc, dans la proportion de 7 pour 100 environ. Il faut aussi employer du chlorure de zinc sec et de l'eau distillée et bouillie. Perrion insiste, avec juste raison, sur les détails de préparation de la solution ; il en faut

très peu pour chaque injection. M. Fieux conseille la formule suivante :

Chlorure de zinc..... 1 gramme.  
Eau distillée et bouillie..... 10 grammes.

L'injection ne doit pas être poussée brusquement, mais très lentement, goutte à goutte, en faisant varier l'aiguille, en la dirigeant dans tous les sens, pour favoriser le mélange de la solution injectée au liquide de la vaginale. En même temps, on malaxe doucement la vaginale et on continue un peu ces malaxations après l'injection.

Cette petite intervention facile à mener à bien, même sans beaucoup d'habitude, n'est pas plus douloureuse qu'une injection de morphine, du moins au moment où on la fait. Nul besoin d'injection de cocaïne préalable; on n'a à redouter ni syncopes, ni convulsions. La piqûre du testicule ou l'hématocèle traumatique ne sont pas à craindre non plus; enfin nul risque de la pénétration du médicament dans le tissu cellulaire du scrotum.

Les suites varient un peu. Ordinairement, la réaction est très peu prononcée, et le séjour au lit inutile. Cependant il est plus sage de faire garder le lit au malade pendant deux ou trois jours. En général, peu après l'injection le patient ressent quelques douleurs, peu vives d'ailleurs, dans la région testiculaire, s'irradiant le long du cordon vers l'abdomen; dans un certain nombre de cas, les malades n'ont ressenti aucune douleur. Il peut y avoir un peu de rougeur au scrotum, qui donne au malade la sensation d'être plus volumineux et plus lourd. Dans deux cas, la réaction s'est traduite par une nouvelle formation de liquide, d'où augmentation de volume de l'hydrocèle pendant les deux ou trois jours qui ont suivi l'injection. Mais la guérison, dans ces cas, n'en a pas été moins rapide.

Tous ces phénomènes s'atténuent rapidement en trois ou quatre jours, et le volume de la tumeur commence à diminuer; en un temps qui varie de quinze à vingt jours, en moyenne, la guérison est à peu près complète.

(J. de méd. de Paris)

#### Phéneucalyptol

L'acide phénique, le phénol absolu, règne toujours sans conteste au sommet de l'échelle antiseptique médicale. Déclat, auquel certainement, il sera un jour, rendu justice, a obtenu l'antiseptisme thérapeutique au moyen de l'acide phénique administré par la seule méthode précise et scientifique, la méthode hypodermique.

Ses solutions à 1 pour cent de phénol dans l'eau alcoolisée ont fait des merveilles comme traitement local interstitiel contre la pustule maligne, le charbon, le lupus, les cancroïdes.

L'action directe substitutive de l'acide caustique sur les tissus venait corroborer la puissance antiseptique du médicament absorbé dans la circulation, et les succès thérapeutiques de Déclat contre les fièvres typhoïdes et palustres, démontrent la haute valeur du médicament antiseptique injecté par la méthode hypodermique.

Mais les injections d'acide phénique en solutions aqueuses sont toujours douloureuses et les malades ne les tolèrent qu'en raison du bien être qu'ils en retirent.

Une des premières remarques que j'eus l'occasion de faire, en manipulant les essences d'eucalyptus, est celle d'une propriété de ces corps qui m'a semblé particulièrement propice à la thérapeutique hypodermique, et qui, de fait, a été largement utilisée par plusieurs auteurs, peu après ma communication.

"L'essence d'eucalyptus, ainsi du reste que la plupart des autres essences, dissout nombre de corps antiseptiques solides; et leurs solutions deviennent aptes à la dilution huileuse qui les rend injectables."

Les camphres, le phénol (acide phénique cristallisé), les créosotes du goudron, les dérivés solides du pétrole et de la houille, naphthol, etc., et plusieurs corps des séries aromatiques, jusque-là absolument impropres aux injections sous-cutanées, sont devenus injectables par ce procédé.

L'acide phénique cristallisé se liquéfie aussitôt, dans une quantité d'essence d'eucalyptus moindre sur son propre poids; ainsi 10 grammes d'acide phénique se liquéfient facilement dans 6 ou 7 grammes d'essence d'eucalyptus et se recristallisent en très grands et beaux cristaux si on évapore l'essence.

Pour la régularité du dosage des injections phéniquées, je me suis fixé à la préparation suivante :

Eucalyptol..... 10 grammes.  
Acide phénique..... 10 —  
Huile végétale ..... Q. S. pour 100 cent. cubes.

J'ai constaté de suite un autre fait intéressant.

L'acide phénique, dont l'odeur est si marquée, dont la causticité est si grande, qu'appliqué pur il détruit l'épiderme, et qu'en solution aqueuse, même très étendue, demeure si caustique, d'un usage si difficile que le Dr Déclat, l'ardent promoteur de la médication phéniquée, n'a pu employer que des solutions à 1 ou 2 0/0, pour ses injections sous-cutanées; l'acide phénique, dis-je, perd entièrement son odeur et sa causticité par sa solution dans l'eucalyptol et dans l'huile. Il est alors si bien toléré par les tissus et par l'organisme entier, que des solutions à 10, et même à 20 0/0 deviennent injectables, sans aucune douleur ou lésion locale.

Sous le nom de *Phéneucalyptol*, j'ai publié ce nouvel agent de la thérapeutique hypodermique, qui réalise, selon moi, le meilleur mode d'administration de l'acide phénique.

L'acide phénique est d'une grande efficacité contre

toutes les infections, il tend à neutraliser ou à détruire le pus et les toxines répandus dans la généralité des tissus. Il concorde moins à l'antisepsie pulmonaire, parce qu'il est un peu volatil à la chaleur du sang et s'élimine moins par le poumon que par l'urine. Il est très utile aux fébricitants, mais il abaisse souvent trop la température et la vitalité des anémisés apyrétiques.

La dose de sa solution, en son titre, doivent être élevés. Déclat, qui employait exclusivement une solution aqueuse à 1 0/0, appliquait à ses malades l'injection d'une seringue de cent gouttes, soit de 5 centimètres cubes, contenant 5 centigrammes d'acide phénique, injection qui ne laissait pas que d'avoir quelques inconvénients par son volume.

Notre solution huileuse, contenant de 10 % d'acide phénique, est remarquablement indolore et dépourvue de tous effets locaux ; une seule seringue de 1 centimètre cube équivaut ou dépasse la seringue de 5 centimètres cubes de Déclat comme dose de phénol.

J'administre le *Phéneucalyptol* aux phtisiques dans la période que j'ai appelée " troisième ", ou d'infection du corps entier par les produits microbiens. Ces patients ont, pour la plupart, reçu pendant assez longtemps la piqûre d'eucalyptol, dont l'effet général est une excitation de vitalité, et l'acide phénique que je leur injecte est additionné de partie égale d'eucalyptol.

Grâce à ces deux faits, il ne m'arrive pas de constater la dépression de la vitalité, l'hypothermie, le frissonnement concentré que j'ai remarqué chez plusieurs malades traités selon la méthode de Déclat.

Les malades redoutent ces malaises qui les rendent craintifs et impressionnables aux variations de la température, et ils remarquent la coïncidence avec une trop fréquente répétition des injections phéniquées pures.

La démonstration de cette différence entre les effets généraux des deux antiseptiques m'a été donnée, plusieurs fois, alors que j'ai eu à entreprendre le traitement par l'eucalyptol sur des phtisiques qui n'avaient jusqu'alors reçu que des injections phéniquées.

Chez mes clients, je commence toujours par l'eucalyptol et, après un mois ou deux, je passe au *Phéneucalyptol* pendant environ deux semaines, puis je reviens à l'un des autres antiseptiques volatils végétaux.

J'insiste encore sur l'acide phénique, chez les tuberculeux, strumeux, scrofuleux, dont la bronchite première a été souvent déterminée par un engorgement des ganglions bronchiques.

Lorsque ces sujets sont atteints d'adénomes, d'adénites, d'arthrites, etc., ou de périostites, c'est encore l'acide phénique sous la forme de *Phéneucalyptol* que j'introduis par injections *interstitielles* dans la masse des tissus, ou dans la coque des ganglions suppurants ou menacés de suppuration.

L'effet, à la fois antiseptique et substitutif de l'acide phénique m'a depuis vingt ans, procuré, dans des cas

de tumeurs blanches menaçantes ou confirmées, des succès éclatants, analogues en leur mécanisme à ceux dont le professeur Lannelongue s'est fait une gloire récente et qu'il attribue à une " stéatose " due à des injections de chlorure de zinc. — Questions de mots et de personnes !

C'est encore l'acide phénique ou le phéneucalyptol en solution forte 20 0/0, que j'emploie en multiples injections *superficielles*, contre les anthrax, les pustules douteuses, les épithéliomes superficiels, ainsi que contre le lupus tuberculeux.

Les injections phéniquées forment en ces cas, une médication fort active, désinfectante et modificatrice, stéatosante, selon le mot inventé par M. Lannelongue pour cette très ancienne notion.

En somme, j'estime que Déclat, n'a rien exagéré dans les louanges qu'il a données aux vertus puissantes de l'acide phénique.

(Mtd. hypodermique)



#### Traitement des céphalées persistantes et rebelles par la saignée

M. le Dr Henry Marais (de Honfleur) rapporte dans les termes suivants, dans l'*Année médicale de Caen* avoir employé avec succès la saignée pour des cas où aucun autre remède n'avait réussi.

On rencontre parfois des gens d'âge moyen qui se plaignent de maux de tête intolérables et continuels, leur rendant tout travail impossible. Nous avons déjà vu quelques cas de ce genre, qui venaient nous demander le soulagement que d'autres avaient été impuissants à leur donner, et nous n'avons pas été heureux que nos devanciers. Mais un jour, un cultivateur d'une quarantaine d'années nous suggéra l'idée de la saigner. Il avait vu tant de médecins, avalé tant de drogues, dépensé tant d'argent, qu'il était à bout de patience, et voulait seulement se prêter à une suprême et dernière tentative. Je lui fis donc une copieuse saignée. La céphalée disparut complètement et pendant deux il resta indemne. Repris de nouveau, je le saignai une seconde fois, et je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Plus récemment, en avril de cette année, je suis appelé auprès d'un journalier de la campagne, garçon vigoureux de 33 ans. Une quinzaine auparavant, il avait été pris d'une crise de céphalée terminée par des vomissements. Puis il était resté souffrant, sans force et sans appétit. Repris de violents maux de tête et forcé de s'aliter, je le trouve en proie à des élancements si douloureux qu'il pousse des cris. Le pouls est normal, plutôt lent (60 à 64 pulsations). Avant sa première crise, il n'était pas sujet aux maux de tête. Je suppose qu'il s'agit d'accès de migraine, et lui pres-

crits un éméto-cathartique et de l'antipyrine. Il n'en éprouve pas grand soulagement, est pris de délire avec température élevée (40° rectale). Suspect d'alcoolisme, je lui donne des sédatifs à haute dose ; le délire se calme, la température baisse un peu, mais la céphalée persiste avec les mêmes exacerbations.

Les selles, sans être liquides, étaient très fétides ; 50 centigr. de calomel avaient été administrés à dose réfractée, suivant la méthode de Zacharine, et en vue d'aféptiser l'intestin. Bref, sans m'attarder à la discussion d'un diagnostic difficile à établir, je dirai qu'en présence de la prédominance du symptôme capital, la céphalée, je proposai une saignée, qui fut acceptée et pratiquée séance tenante le soir même. Dès le lendemain, la céphalée avait presque entièrement cédé, et au bout de deux jours, tous les symptômes inquiétants avaient disparu, et la température retombait à 37,5. — L'état du malade continua à s'améliorer rapidement, et cet homme était complètement rétabli cinq jours après.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

#### Un remède populaire contre l'épilepsie

Sous ce titre, *La semaine médicale de Paris* a publié l'article suivant : " Il s'agit de l'hépatite blanche (*Tarnassia palustis*) plante qui parmi les lettons, jouit de la réputation d'un anti nervin ou d'un anti-épileptique, un confrère Livonien, monsieur le docteur A. Dihrik (de Roden, wi), ayant eu occasion d'employer cette droséracée chez quatre sujets atteints de mal comitial, lui a trouvé une valeur réelle en tant qu'agent anti-épileptique. En effet, des quatre malades traités par notre confrère, un a été guéri complètement de ses accès convulsifs ; chez un deuxième on a noté une diminution considérable du nombre et de la durée des accès ; chez les deux autres malades, l'amélioration a été moins accusée, quoique sensible — Enfin monsieur Dihrik a réussi à guérir au moyen de la même plante un chien épileptique que le vétérinaire avait déclaré incurable.

On emploie l'hépatique blanche sous forme d'une décoction préparée de la façon suivante : On prend 8 grammes de la plante entière (avec les racines et les ramnastie, fleuries) concassée, on verse par dessus un litre d'eau bouillante, on laisse reposer pendant quinze minutes, puis on fait bouillir le tout lentement jusqu'à ce que le liquide soit réduit d'un quart, et enfin on le passe.

Le malade prend un verre à Bordeaux de cette décoction toutes les deux heures."

Nous avons voulu essayer cette médication, mais de notre expérimentation personnelle il résulte que nous devons la considérer tout au plus comme un adjuvant utile de la médication du Dr Gélinau.

Les dragées Gélinau en effet seul méritent le nom de remède populaire de l'épilepsie. En France et sur tout le continent Européen, le corps médical, prescrit chaque fois qu'il se trouve en face d'un épileptique, les dragées Gélinau qui en réalité, dans l'état actuel de la science, constituent le véritable anti-épileptique.

Ce n'est pas un remède secret, chacun connaît sa composition : bromure de potassium arsenical et picrotoxine.

Dr LAMBERT.

## FORMULAIRE

### L'ACIDE OXALIQUE COMME EXPECTORANT.

(V. Poulet).

Voici la formule de l'auteur :

Acide oxalique.....	2 grammes.
Infusion de thé.....	190 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	75 —

*F. s. a.* — A prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Cette médication, qui serait d'une innocuité parfaite, amènerait rapidement la disparition de tous les symptômes menaçants de la bronchite capillaire : angoisse, suffocation et cyanose.

### POTION ANTIDYSPEPTIQUE

Teinture de noix vomique.....	XX
Carbonate de magnésie.....	2
Sp. de fl. d'oranger.....	20
Eau de tilleul.....	80
Une cuillerée à café avant les repas.	

(*Journ. de méd. de Paris.*)

## NOUVELLES.

### MARIAGES :—

A St Flavien de Lotbinière, le 24 du mois dernier, l'épouse de M. le Dr J. R. Bergeron, un fils.

### NÉCROLOGIE :—

B Hull, le 27 du mois dernier, est décédé à l'âge de 17 ans, le fils de M. le Dr Paquet.

Nos sympathies.

# Supplement Litteraire

## XIVe Congrès International de Médecine

Le Comité exécutif du XIV<sup>e</sup> Congrès International de Médecine a l'honneur de porter à la connaissance du monde médical que ce Congrès aura lieu à la date fixée, c'est-à-dire du 23 au 30 Avril 1903.

Le programme définitif des travaux est en voie de préparation, et le Comité invite tous les collègues qui désirent contribuer au succès scientifique du Congrès, à vouloir bien remettre au Secrétariat général, à Madrid, le plutôt possible, les titres de leurs communications, accompagnés d'un extrait (ou résumé, en forme de conclusions si possible) rédigé de préférence en français.

Tous les extraits qui parviendront au Secrétariat général en temps utile, seront imprimés et remis, avant l'ouverture du Congrès, aux membres des sections respectives, afin de leur faciliter la discussion dans les sessions.

### Voyages

Les Compagnies suivantes ont accordé des réductions en faveur de messieurs les membres du Congrès :

<i>Espagne...</i>	Chemins de fer espagnols.	50 pour cent.
	Compagnie de navigation "La Trasatlantica".....	33 pour cent.
<i>France.....</i>	Chemins de fer français (les 7 grandes Compagnies).....	50 pour cent.
	Compagnies de navigation "La Transatlantique", "Compagnie Mixte", et "Transports maritimes".	30 pour cent.
	<i>Italie.....</i>	Chemins de fer italiens (Mediterranea, Adriatica et Ferrovie Sicule)...
	Compagnies de navigation "Generales", "Puglia", "Napolitana", et "Siciliana".....	50 pour cent.
	(nourriture excluse)	
<i>Norvège...</i>	Chemins de fer norvégiens	50 pour cent.
<i>Roumanie.</i>	Chemins de fer roumains.	50 pour cent.
	Bâteaux circulant entre Constantinople et Constantza.....	50 pour cent.
<i>Serbie.....</i>	Chemins de fer serbes....	50 pour cent.

Pour le parcours en France et en Espagne, le congressiste pourra suivre des itinéraires distincts, pour l'aller et le retour, sans perdre le droit à la réduction

de 50 pour cent ; il pourra se rendre à Madrid par la frontière d'Irun, et quitter l'Espagne par la ligne de Barcelone-Port Bou, ou vice-versa, avec arrêts facultatifs en route.

A Madrid seront délivrés pendant l'époque de validité des billets réduits (du 3 Avril au 24 Mai 1903) des billets spéciaux pour visiter les différents villes du Sud de l'Espagne (Séville, Grenade, etc.), avec la même réduction de 50 pour cent. Il est probable que les congressistes qui acquièreront ces billets, ne seront pas obligés à retourner à Madrid, mais pourront quitter l'Espagne par la ligne de Valence Barcelone-Port Bou ; une des grandes Compagnies intéressées y a déjà donné son consentement.

Les billets pour les parcours espagnols ne pourront être acquis qu'aux guichets au moment d'entreprendre le voyage, et l'on les obtiendra contre présentation d'une carte d'identité spéciale, composée de plusieurs coupons ; cette carte sera remise ultérieurement à tout membre inscrit.

Les "VOYAGES PRATIQUES" sont chargés officiellement de tout ce qui a trait au voyage de Messieurs les Membres du Congrès, et remettront à tout intéressé qui le sollicite, leur riche programme de voyages circulaires et d'excursions. — Des trains spéciaux seront organisés depuis Irun et Port Bou pour Madrid, et nous croyons utile d'y appeler l'attention de tous ceux qui tiennent à effectuer la traversée de l'Espagne dans de bonnes conditions. — Toute demande concernant le voyage doit être adressée aux "VOYAGES PRATIQUES" 9, rue de Rome, Paris, ou à une de des agences suivantes :

Armsterdam : Leydschestraat, 80.

Anvers : rue Leys, 18.

Bruxelles : Henri Mauss, 25-27.

Londres : 11 Ludgate Hill (Direct. : Seelig).

Vienne : Franz-Josephs Quai (Direct. : Russel).

### Logement à Madrid

Le "SERVICE DES LOGEMENTS", installé dans les Bureaux du Congrès, se fait un plaisir et un devoir de démentir catégoriquement les bruits courus de la difficulté ou même l'impossibilité de se loger convenablement pendant le Congrès. Il est vrai que les deux ou trois Hôtels plus connus à l'étranger ont été littéralement assiégés de demandes ; mais il y a à Madrid un grand nombre d'autres Hôtels qui, s'ils n'ont pas l'importance des Hôtels de la Paix, Rome, Paris, etc., ne le cèdent pour cela en rien à ceux-ci en ce qui concerne le confort et la cuisine. La plupart de ces Hôtels ne pourront faire un contrat pour un nombre déterminé de logements, mais il se sont engagés à mettre à la disposition du "Service des Logements" toutes les habitations dont ils pourront disposer pour l'époque



du Congrès. D'autre part, le "Service des Logements" afin de se garantir complètement contre l'éventualité de l'insuffisance de ces habitations, s'est assuré des milliers de logements dans des maisons particulières de premier ordre ; beaucoup de familles françaises, allemandes, etc., se sont offertes spontanément à recevoir une ou plusieurs personnes. Le "Service des Logements" pourra donc toujours procurer une pension complète à partir de 13 pesetas par jour jusqu'à 50 pesetas, suivant le goût et les aspirations de chacun — La distribution définitive des logements retenus n'aura lieu qu'au mois d'Avril, mais pour être sûr d'être bien logé, il est indispensable de faire parvenir la demande, dès maintenant, à Mr. ULRICH FREI, chargé du Service des Logements du XIV<sup>e</sup> Congrès international de Médecine, à Madrid.

#### Fêtes

Des grandes fêtes seront organisées à Madrid en l'honneur de Messieurs les membres du Congrès. LL. MM. donneront un garden party et une réception générale au Palais ; la Municipalité organise aussi une fête générale, et probablement une représentation extraordinaire au Théâtre Royal ; une *Corrida de Toros* ne manquera pas pour ceux qui auront le désir de connaître cette fête espagnole. En outre différentes sections organisent des fêtes spéciales et des excursions réservées aux membres de ces sections.—Le programme définitif de toutes ces fêtes sera arrêté ultérieurement, et communiqué opportunément à tous les intéressés.

#### Service Postal

MM. les membres du Congrès pourront se faire adresser leur correspondance aux Bureaux du Congrès où un service spécial sera installé ; l'adresse devra être rédigée de la façon suivante :

Mr. le Docteur.....

Membre du XI<sup>Ve</sup> Congrès international de Médecine,

Section de.....

(indiquer le pays de résidence du destinataire)

MADRID

Les adhésions et cotisations (25 francs en chèque sur Paris) peuvent être adressées directement au Secrétariat général à Madrid, ou, jusqu'au 20 Mars 1903, aux Comités nationaux des différents pays.

#### Le massage erectif

Le massage utérin nous a déjà fourni quelques joyusetés rabelaisiennes. Mais jusqu'à présent le massage des organes génitaux mâles étaient laissées à un grossier empirisme et relégué aux petites annonces de certains journaux. Ils n'avaient pas encore pris place dans la thérapeutique pratique.

Le *Marseille médical* nous apprend que cette période empirique a pris fin, et que grâce au travail du professeur Zabudowski, de Berlin, la gymnastique de l'érection a désormais acquis droit de présence parmi les procédés de la kinésithérapie.

Le savant professeur commence par s'élever contre le massage vibratoire électrique et spécialement contre l'emploi abusif du vibreur à bout piriforme introduit dans le rectum. Il préfère les procédés manuels dont il indique diverses variétés.

Un des plus simples et qui peut être considéré comme une sorte de préparations aux autres procédés, consiste à enrouler de plusieurs tours la racine de la verge et la base du scrotum avec un lien élastique de 8 millimètres de diamètres et 1m 66 de long. D'où une première turgescence du pénis par afflux du sang veineux. Au bout de quinze minutes, vous enlevez la bande ; le sang veineux fait place au sang artériel ; de violet, le pénis devient d'un rouge vif. On renouvelle cette exercice plusieurs fois de suite, et c'est la le premier temps de la gymnastique érective.

Le second est le frayage ; on tire sur chaque testicule comme cela a lieu dans l'action de traire le pis d'une vache.

Troisième temps : on tord le cordon en lui faisant subir deux ou trois demie-tours de droite à gauche, puis de gauche à droite, et quand cette exercice est suffisant, on passe au suivant qui consiste à exprimer le testicule.

Le cinquième temps paraît plus récréatif : ce sont des frictions à la région périnéale, auxquelles succèdent des vibrations par secousses ; puis on arrive au pétrissage qui est le septième temps.

On retourne alors le sujet qui est mis les fesses en l'air et le tapotement vibratoire se continue à la fois sur les régions périnéale et sacrée.

Enfin, derniers temps, le sujet suffisamment préparé s'arcboute sur les pieds et sur la nuque et esquisse une série de ces mouvements rythmiques du bassin, que l'on est convenue d'appeler " lascifs ".

Si vous croyez à une plaisanterie, prenez vous-en au rédacteur du *Marseille médical* qui a emprunté les détails de cette technique au mémoire du professeur Zabudowski et au spirituel chroniqueur de la *Médecine moderne* à laquelle nous devons ce curieux fait divers.

(J. méd. de Paris)

## Travaux Originaux

### LA TRANSMISSION DES MALADIES PAR LES SIEGES DES LATRINES. NOTE COMPLEMENTAIRE

par M. le Dr BRENNAN,

*Professeur de gynécologie à l'université Laval, Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame.*

Dans le no 2, 9 juillet 1902, du volume VI, de *La Revue Médicale du Canada*, j'avais publié un modeste travail sur le sujet que cette note est destinée à compléter.

Ces petites remarques avaient leur importance. (1) Mes expériences venaient à l'appui de celles de d'autres. J'en ai eu la preuve, à plusieurs reprises, durant mon voyage cet été, à Rome, pour assister au Congrès international de gynécologie.

L'on connaît très bien le danger que j'ai signalé, après d'autres écrivains d'ailleurs ; et par des soins de propreté l'on tâche d'y obvier. J'ai rapporté de mon voyage une preuve des plus palpables — elle vient du grand Hôtel Central Bagni, à Salsomaggiore (2) et que ce grave danger est connu, et que l'on prend des moyens pour l'éviter.

1. Malgré le sourire peu approbatif de certains dédaigneux de chez nous, l'étranger, plus au fait, à reproduit dans plusieurs journaux ce petit travail.

2. — Lorsque les congressistes français et canadiens se rendaient à Rome, le long de la route une gracieuse invitation les attendait de la part du Gouvernement Italien. C'était celle d'assister au dévoilement d'un buste à la mémoire du célèbre Porro, à Salsomaggiore, sa place natale. Cette petite ville est sise dans les Apenins et est une célèbre place d'eau, fréquentée par la grande aristocratie européenne. Par l'extrême gracieuseté des Italiens, nous avons été entourés de toutes les civilités et de toutes des sollicitudes. On nous a conduit à Salsomaggiore, en train spécial, à travers ce beau paysage des Apenins. Nous avons été reçus par le sénateur Pavoni et le professeur Ceccherelli et conduits, quasi en triomphe, au grand Hôtel C. Bagni (H. des Bains), et, là, superbement traités. A table, à peine les dernières mesures de la Marseillaise se perdaient-elles sous ses belles voûtes fleuries, que l'orchestre attaquait solennellement et avec âme le God save the King, en l'honneur des Canadiens. C'est malheureux qu'ils n'eussent pas connu Vive la Canadienne, direz-vous. Après les démonstrations du dévoilement, auxquelles on nous avait réservé des places d'honneur, la fanfare de la ville, en tête de nos voitures à deux chevaux, nous a conduit à la gare. Et là, après les hourras, les vivats, les au révoirs, les derniers sons qui nous ont accompagnés lorsque nous ne voyons déjà plus nos amis, étaient encore les majestueux accords du God save the King. Le gouvernement italien a fait preuve dans cette circonstance de la plus grande délicatesse et envers la France et envers le Canada, surtout ce dernier qu'il a ainsi honoré d'une façon si généreuse, si royale, dans la personne des modestes Canadiens présents.

Dans ce superbe hôtel tout est splendide. Et l'hygiène n'est pas oubliée. Les latrines, des plus modernes, sont d'une propreté remarquable, et c'est de là que j'ai rapporté ma preuve. Appendu au mur est une planchette sur laquelle sont fixées des grandes feuilles de beau papier à toilette. Chaque feuille est plus grande que tout le siège, afin de le couvrir bien complètement, et elle a la forme du siège. Dans cette feuille sont découpé les trois quarts d'un cercle, laissant ainsi un quart de cercle non sectionné qui sert de pédicule, de penture ; cette penture est sur la partie qui recouvre le devant du siège. De sorte qu'en plaçant une de ces feuilles sur le siège, la partie découpée tombe dans la cuvette et retenue par la languette, le pont, antérieure recouvre complètement le devant du siège qu'elle protège contre tout contact et qu'elle empêche d'être contaminée. On a donc bien compris le danger, puisqu'on offre une telle protection contre lui.

Ce moyen, je le trouve bon, excellent, à défaut d'un meilleur, celui que j'ai suggéré dans mon travail de juillet dernier : faire disparaître totalement le devant du siège. Dans les sterquiliniums de Pompéi que j'ai pu examiner lors de ma visite à ces belles ruines, le devant ne fait pas entièrement défaut, mais il est tellement mince que la contamination est moins à craindre. L'ouverture du siège se termine en un V très prononcé en avant.

Les papiers à toilette constituent toujours un pis aller, suivant moi. Ils absorbent et se laissent traverser, le siège peut être ainsi infecté. Celui qui est trop pressé, oublie de s'en servir, ou ne les enlève pas du siège. S'il les enlève, il lui faut les manipuler, quelquefois au risque de s'infecter les doigts, avec les dangers possible de cette infection. Ces feuilles sont si grandes qu'elle peuvent boucher les égouts ou gêner la circulation dans ceux-ci.

## Revue des journaux

### MEDECINE

Etiologie, de la dysenterie

par L. ROSENTHAL, de Moscou

Les recherches de l'auteur ont porté sur 85 cas.

des ynterieobservés à Moscou. Dans tous les cas, il a doté la présence dans les selles d'un bacille absolument identique à celui décrit par Shiga et Kruse. Ce bacille est très abondant pendant les premières semaines de la maladie ; mais les colonies deviennent de moins en moins nombreuses à mesure que les symptômes s'amendent, pour disparaître complètement quand les selles ont repris leur aspect normal. La spécificité de ce bacille est démontrée par l'agglutination du bacille par le sérum des dysentériques, agglutination qui n'a jamais fait défaut. Au contraire, le sérum de ces malades reste sans action sur le colibacille et le bacillé d'Eberth.

L'auteur a pu faire 14 autopsies de dysentériques : dans tous ces cas, il a trouvé le bacille spécifique au niveau des ulcérations et dans la paroi intestinale. Il ne l'a trouvé que 3 fois dans les ganglions mésentériques. Une seule fois, il a pu isoler le bacille du foie, de la rate et du sang du cœur.

L'examen des selles d'un certain nombre de malades atteints de diarrhée simple, d'entérite tuberculeuse ou de fièvre typhoïde, n'a jamais pu y déceler la présence du bacille dysentérique.

L'auteur a cherché à reproduire expérimentalement la dysentérie chez l'animal en injectant directement le bacille dans l'intestin, mais sans succès. En l'injectant, sous la peau, il a vu se produire chez le lapin et le cobaye une hyperémie intense de la muqueuse intestinale avec apparition de mucosités sanguinolentes dans l'intestin.

Enfin, il a pu immuniser des animaux contre l'infection dysentérique et faire apparaître dans leur sérum la propriété agglutinante.

Il en conclut que le bacille de Shiga-Kruse est véritablement l'agent spécifique de la dysenterie à Moscou.  
(Gaz. des hôp.)

#### Le redressement des scolioses et cyphoses habituelles graves

par le Dr A. SCHANZ, de Dresde

Les scolioses et cyphoses sont parmi les déformations de la colonne vertébrale celles dont nous avons à nous occuper le plus souvent. Malheureusement, le traitement de ces déformations n'est pas toujours suivi des meilleurs résultats surtout dans les cas graves. Certains orthopédistes se sont souvent découragés et sont même devenus sceptiques en voyant échouer leurs efforts dans le traitement des scolioses et cyphoses.

L'auteur a donc pour but d'exposer ses expériences et désire contribuer à combattre le scepticisme qui existe au sujet des déformations graves du rachis. L'orthopédie moderne utilise le redressement et celui-ci obtenu elle met la partie du squelette redressé dans un appareil

qui doit le maintenir dans sa nouvelle position. Par ce moyen les succès obtenus, est excellent. Aujourd'hui ce traitement doit être appliqué à la scoliose et à la cyphose. Jusqu'ici on a fixé le rachis au moyen d'appareils et de corsets tels que celui de Sayre sans essayer le redressement, car on pensait que ces déformations se formaient lentement elles devaient être guéries progressivement. Aujourd'hui tout appareil doit être précédé du redressement. On cherche à atteindre un double but : détruire la cause produisant la scoliose et la cyphose et corriger la déformation déjà produite par cette cause.

Le premier but est atteint par le redressement qui peut s'appliquer aux déformations du rachis comme on l'applique au squelette du pied, par exemple. Maintes expériences ont montré que le redressement de la scoliose et de la cyphose était possible. Toutefois, s'il est relativement facile de redresser une cyphose comme on le fait avec une gibbosité pottique, cela est plus difficile pour la scoliose que l'on ne pourra jamais corriger d'une façon aussi parfaite qu'un pied-bot, par exemple.

L'auteur examine maintenant la technique à suivre

Il faut d'abord faire précéder le redressement de la mobilisation sans laquelle on ne pourrait atteindre un redressement même avec le maximum d'énergie. Le malade est ensuite habitué à l'appareil qui doit servir au redressement. L'auteur décrit un appareil qu'il a fait construire et au moyen duquel une traction peut être exercée simultanément sur les pieds et sur la tête dans la direction de la colonne vertébrale.

Dans cette position, il applique un appareil plâtré autour du thorax et avant dessiccation complète du bandage, l'auteur exerce une pression correctrice sur le malade en le maintenant jusqu'à dessiccation complète.

L'auteur signale la plus ou moins grande tolérance chez certains malades qui sont pris de vomissements ou qui se plaignent d'être gênés dans l'appareil. Ces inconvénients peuvent parfois être évités. Ainsi en pratiquant une ouverture au niveau de l'estomac les vomissements cessent.

Par ce traitement l'auteur a obtenu de bons résultats.

Il recommence les mêmes manœuvres au bout de 3 ou 4 jours et tant qu'une nouvelle amélioration est supposée possible par un nouveau redressement. L'auteur a vu par cette méthode des allongements de cinq à quinze centimètres environ et a pu même atteindre 18 centimètres d'accroissement.

Le maximum de correction obtenu, il laisse l'appareil en place de 1 mois 1/2 à 3 mois. Les scolioses sont les lésions qui demandent le plus de temps. Quand le malade est débarrassé de l'appareil fixe, il est nécessaire qu'il ait un corset et un lit en plâtre. Le corset est en cuir durci. On peut également joindre sans inconvénients la gymnastique médicale et le massage. Les résultats obtenus, dit l'auteur, correspondent au degré de

correction obtenu par le redressement fixé par l'appareil immédiatement après. Il ne sont pas éphémères, si on continue le traitement jusqu'au succès définitif.

L'auteur publie trois observations de malades ainsi traités. La première est celle d'une cyphose qui a été presque totalement réduite. La seconde est celle d'une scoliose dans laquelle le résultat tout en étant appréciable est loin de ressembler à celui du cas précédent. Enfin, la troisième observation est celle d'une scoliose légère dans laquelle l'auteur a obtenu un succès complet.

" Le redressement, conclut l'auteur, est donc la méthode la plus rationnelle de la correction des scoliozes et cyphoses habituelles graves dans les limites où l'indication de ce traitement est nettement posée.

(Revue de Cinésie).

#### Le Régime dans le traitement des Néphrites.

(MUSELIER.)

Acceptant comme point de départ l'idée que le rein est devenu inférieur à sa tâche et qu'il ne remplit plus suffisamment son rôle d'organe dépurateur et de filtre, le médecin est amené à réduire la ration alimentaire au strict indispensable et à en écarter tout ce qui, par sa constitution chimique, peut devenir une cause d'intoxication pour l'organisme (Chauffard). Dans cet ordre d'idées, le régime du lait s'est acquis un crédit à peu près universel, qui en fait le régime de choix dans le traitement des néphrites. Chrestien, de Montpellier, a consacré sa supériorité par un aphorisme célèbre. Peut-être cependant a-t-on exagéré son importance et étendu outre mesure ses applications. Pour l'instant, contentons-nous d'indiquer les règles générales qui doivent présider à son emploi.

La première condition pour assurer le succès de la méthode, dit Chauffard, c'est que le régime lacté soit progressif et réglé. Progressif, car il faut donner au malade le temps de s'acclimater à un régime en réalité fort rigoureux dans son apparente simplicité. La dose de 2 litres et demi, qui représente la ration normale d'entretien, ne doit être atteinte que d'une manière lente et graduelle. Il est préférable de commencer par une quantité journalière de 1 litre à 1 litre et demi, quantité suffisante pendant les premiers jours. En second lieu, ce régime doit être réglé, prescription aussi importante que les précédentes, sinon plus. Chauffard entend par là qu'il faut donner le lait à intervalles égaux et par doses égales : environ 200 grammes de lait toutes les deux heures. L'adjonction d'eaux minérales alcalines présente quelques avantages sur lesquels il est inutile d'insister.

L'utilité de ce régime méthodique s'affirme d'elle-même, à condition qu'il soit maintenu avec persévérance. Sous son influence, dit Chauffard que nous continuons à

citer, les urines se modifient, leur quantité augmente au point de constituer une véritable diurèse, en même temps que leur couleur s'éclaircit, que leur teneur en albumine et en sédiment diminue. La disparition des œdèmes et des autres symptômes d'origine toxique ou simplement rénale représente, avec les modifications précédentes, l'ensemble des phénomènes qui marquent l'amélioration due à l'usage exclusif du lait. Il convient d'ajouter que cette amélioration est plus lente à apparaître et généralement moins visible dans les néphrites chroniques, spécialement visées ici, que dans les néphrites aiguës ou subaiguës, où elles apparaissent avec une bien grande netteté. De ce chef, il y a une certaine difficulté d'interprétation dans l'appréciation des effets du régime lacté vis-à-vis des néphrites anciennes. Une autre difficulté, de même ordre et aussi grande, est celle que l'on rencontre lorsqu'il s'agit d'apprécier le moment où le régime exclusif cesse d'être indispensable ou même a commencé à être nuisible en temps que régime alimentaire suffisant. C'est là, vraiment, un des écueils majeurs de la pratique. Chauffard dit avec raison qu'il faut procéder ici par essais prudents et contrôlés, ou pour mieux dire par tâtonnements.

L'adjonction au lait de quelques aliments d'origine végétale, ayant subi une préparation culinaire très simple, est le premier pas à faire dans cette voie du changement de régime. Les différentes variétés de légumes verts, les féculents de toutes sortes, les farines alimentaires y figurent, associés au lait ou aux préparations qui en dérivent. Une fois la tolérance obtenue, on peut tâter des albuminoïdes, dont la privation prolongée cause un dommage certain à l'économie. L'usage des œufs représente le premier pas fait dans cette voie, mais ici encore il y a lieu de surveiller avec un soin extrême le retentissement de l'aliment sur le rein, à cause de l'éventualité toujours possible de phénomènes graves d'intoxication. Chauffard rappelle à ce sujet, que dans l'œuf de poule, c'est le blanc qui est souvent le plus mal toléré, que le jaune l'est d'avantage et constitue un bon aliment de transition entre le régime lacté et végétarien et la reprise définitive du régime certain.

En ce qui concerne ce dernier, le choix des viandes a une très grande importance. La viande de porc paraît être, sans que l'on sache pourquoi, la plus indemne de propriétés nocives, conséquemment la mieux tolérée, soit sous sa forme de viande fraîche, soit sous sa forme de chair conservée ou fumée (jambon). Les viandes dites blanches (veau poulet) sont déjà d'une innocuité moindre, et cette remarque s'applique encore d'avantage aux viandes de boucherie dont l'usage, dit Chauffard, exige une guérison confirmée et solide du rein. En tout cas, une interdiction absolue et longtemps maintenue doit s'appliquer à certains aliments que leur origine ou leur mode de préparation rendent justement suspects : bouillons et potages, extraits et conserves de viande,

poissons de toutes sortes, crustacés et coquillages, légumes et fruits acides, enfin boissons alcooliques de toute nature, etc.

(*J. Med. de Paris*).

— — — — —

**Les épistaxis salutaires.  
Dangers du tamponnement des fosses  
nasales.**

PAR M. Le Professeur LANDOUZY.

Je voudrais profiter du malade couché salle Chomel n° 29, au lit duquel nous nous sommes arrêtés tout à l'heure, pour vous parler des accidents que peuvent entraîner certaines médications intempestives de l'épistaxis. Je désirerais vous signaler, à ce propos, les écueils, les dangers même de tels traitements et vous indiquer, comme conclusion, la conduite à tenir, ce que vous devrez faire en pareille circonstance et surtout ce qu'il vous faudra, de toute nécessité, éviter.

Le patient de notre service est entré à l'hôpital Laënnec pour des saignements de nez répétés qui le préoccupaient beaucoup. Un de nos externes l'a tamponné et, ayant clos rigoureusement la fosse nasale atteinte par deux tampons, l'un antérieur, l'autre postérieur, il a pu ainsi arrêter l'hémorrhagie d'une façon définitive. La thérapeutique utilisée, malgré ses inconvénients ayant été opportune et surveillée, le résultat obtenu fut satisfaisant.

Eh bien ! les hasards de la clinique m'ont fait, dans ces derniers temps, assister aux suites d'interventions analogues qui cette fois ne répondaient plus aux indications et aux contre indications de la méthode. Dans un cas, l'opéré a été mis à deux doigts de sa perte ; dans l'autre, le tamponnement effectué le lundi, avec un succès complet quant à l'hémorrhagie nasale, a été suivi le jeudi d'ictus apoplectique et, 32 heures après, de mort de la malade.

Ne croyez pas, Messieurs, que je charge à dessein le tableau. Je ne parle pas ici de choses exceptionnelles, extraordinaires. Nullément ; les phénomènes auxquels je fais allusion sont loin d'être rares et je reproche précisément aux ouvrages classiques de ne pas avoir ouvert un paragraphe aux considérations que je vais exposer maintenant.

En matière de thérapeutique, le médecin a de la difficulté à se défendre contre le premier mouvement, lequel, malheureusement, n'est pas toujours le bon. Nous sommes enclins à faire du traitement réflexe, symptomatique, à entrer en corps à corps avec le symptôme, sans nous inquiéter du malade, de sa constitution et de l'état de ses différents organes.

Si, pour soigner un épistaxis, vous ouvrez un mémorial thérapeutique, nous verrez de nombreuses médications proposées et vous n'aurez véritablement que l'em-

barras du choix. Je relisais, hier, plusieurs de ces mémentos ; le traitement de l'épistaxis y est énoncé avec un luxe réel d'interventions ; mais nulle part il n'est question des restrictions à apporter à l'emploi de ces moyens. Tous les formulaires disent que, si la série des procédés a échoué, il faut s'adresser au tamponnement et ils décrivent longuement la manière de le faire. Aucun ne montre, par contre, au médecin qu'il est souvent dangereux de vouloir arrêter ainsi en quelques minutes une hémorrhagie nasale et que, peut-être, il y a intérêt dans bien des circonstances, à laisser le sang couler dans une mesure plus ou moins large.

Le premier malade que j'ai vu, ces temps derniers, est un homme de 67 ans, sec, de tempérament neuro-arthritique, un peut suspect de néphrites interstitielle, au demeurant jouissant d'une bonne santé. Il est pris un jour, sans raison, sans cause apparente, d'épistaxis. Il remplit, dit on, une cuvette entière de sang. On doit toujours, se méfier de cette prétendue abondance des hémorrhagies, même lorsque le vase vous est montré, car souvent il contient d'autres liquides, de l'eau en particulier qui a été reniflée ou appliquée sous forme de compresses.

Bref, le malade saigne du nez à 11 h. du matin et appelle son médecin. Il lui dit avoir perdu énormément de sang, il a peur, s'effraye et, à ses plaintes, se joignent les demandes pressantes de la famille : il n'est que temps, déclare celle-ci, d'arrêter le mal. Aussi le médecin, influencé de toutes parts, prend-il un tampon d'ouate qu'il imbibe de perchlorure de fer et l'applique t il sur la région antéro-inférieure de la cloison, point qu'il pense être le siège de l'hémorrhagie. Effectivement celle-ci s'arrête ; tout à l'air d'aller bien, le malade se rassure et le médecin se retire. 48 heures après on s'aperçoit qu'il s'est produit sur les bords de la narine un peu de rougeur, de gonflement et la fièvre s'allume. C'est un érysipèle qui commence et qui, peu à peu, gagne la moitié correspondante de la face et envahit les paupières. Je fus appelé à ce moment pour voir le patient. Son état était grave : délire violent, fièvre très élevée, pouls déprimé, battements du cœur mous et irréguliers, urines tombées à 300 gr. L'érysipèle continua ainsi sa marche pendant 3 jours. Enfin, à grands renforts d'aide thérapeutique, d'injections de sérum, de lavements, etc., le sujet a pu se tirer d'affaire et purger sa condamnation à l'infection érysipélateuse.

Pour moi, je ne doute pas que le tamponnement au perchlorure de fer ait été la cause de cet érysipèle. Je n'ai pas vu cela une fois, mais dix fois. Jadis, cet accident était encore plus fréquent, le perchlorure de fer étant employé plus largement. Je me rappelle, entre autres exemples, le cas d'un vieux général, soigné en ville, qui avait été traité de cette manière : il prit un érysipèle de la face, lequel gagna la nuque et, 3 jours après, il était

mort, son grand âge (80 ans) ayant aggravé la situation rapidement.

Je n'ai pas besoin de m'étendre longuement sur la pathogénie d'une telle complication, elle est des plus simples. Le perchlorure de fer, agent caustique, forme une escharre qui entraîne une érosion de la muqueuse, très aisément infectée par le streptocoque. Notre malade de 67 ans, un peu artério-scléreux, lui qui déjà, à la ration de dépuration normale, d'entretien, avait de la peine à éliminer ses auto-toxines, s'est trouvé du fait de l'érisipèle chargé d'une dépuration supplémentaire infectieuse qui l'a mis dans un mauvais pas. Nous avons eu le bonheur de le débarrasser, mais le résultat n'est pas toujours, je vous l'ai montré, également satisfaisant.

J'arrive ensuite à ma seconde malade de la ville, une femme de 72 ans. Appelé près d'elle, je la trouvai avec une hémiplegie droite et une paralysie faciale. Peu d'heures après apparurent de la contracture, puis l'impotence des membres gauches et elle succomba.

(à suivre)

#### L'hydrothérapie dans l'insomnie

L'hydrothérapie, employée dans la cure de l'insomnie, agit non seulement en dilatant les vaisseaux cutanés et en faisant baisser la pression sanguine, mais aussi en calmant l'ensemble du système nerveux.

Les applications douces de l'hydrothérapie sont seules utiles : en première ligne, vient l'enveloppement humide ; si le malade s'endort au cours de l'enveloppement, on peut le laisser enveloppé toute la nuit, sinon on peut le libérer au bout de trois quarts d'heure ; il réussit surtout aux neurasthéniques, aux cachectiques anémiques, aux malades par dénutrition, parfois aussi aux fébricitants.

Si l'enveloppement humide est mal supporté, on peut essayer de le limiter aux aisselles, la partie supérieure du tronc et des épaules étant préservée par un bandage en X.

Les bains tièdes prolongés à la température de 33 à 37 degrés pendant un quart d'heure ou une demi-heure, agissent aussi efficacement. Ces bains peuvent être pris une ou deux heures avant le moment souhaité du sommeil, parfois même encore plus tôt ; mais ils exigent que le malade se mette au lit sitôt le bain pris ou tout au moins qu'il se tienne autant que possible au repos, sans occupation physique ou intellectuelle tant soit peu active.

Quand la cause de l'insomnie est une cause locale telle qu'excitabilité génitale, douleurs rhumatismales ou névralgiques, froid aux pieds, etc., des applications locales telles que bains de siège, bains de pieds, pansements humides peuvent rendre de réels services.

(Gaz. méd. belge.)

#### Un moyen très simple de ne pas éternuer

Par le Dr J. ETTERLEN

L'éternuement est un réflexe disgracieux et souvent pénible, qu'il est facile de supprimer par une manœuvre extrêmement simple. Il suffit, au moment où l'on commence à percevoir le chatouillement caractéristique et prémonitoire, d'appuyer largement la phalangette de l'index sur un des côtés de la racine du nez, de manière à comprimer l'os propre et la caroncule. On laisse le doigt en place quelques secondes, temps suffisant pour amener la disparition du chatouillement.

J'ai observé, chez un malade atteint d'asthme des foins violent, la suppression de l'éternuement, qui ne lui laissait aucun répit. A chaque menace, le malade pratiquait la petite manœuvre sus-indiquée et la crise était évitée. L'explication de ce phénomène paraît assez complexe car, si le doigt comprime les fibrilles cutanées du nasal externe et du bouquet sous orbitaire, le côté où l'on appuie est indifférent et peut très bien, sans inconvénient, ne pas être celui où siègent les lésions pituitaires et conjonctivales.

En tout cas, le moyen est simple et surtout efficace.

(Lyon méd.)

## CHIRURGIE

#### La luxation congénitale de la hanche et son traitement.

Par M. le Professeur TILLAUX

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une affection réputée, à bien des points de vue, difficile : difficile à comprendre, d'abord, dans son mode de production, difficile ensuite à reconnaître, difficile enfin à traiter. Vous avez pu voir enfin tout à l'heure, dans nos salles, un exemple caractéristique de cette maladie chez une jeune fille d'une vingtaine d'années, au lit de laquelle nous nous sommes arrêtés quelques instants. J'ai insisté devant vous sur certaines particularités intéressantes de son observation. Je vous ai montré que, l'abduction mise à part, la plupart des mouvements de sa hanche, flexion, extension, adduction, circumduction, sont conservés. J'ai surtout mis en relief la facilité de la marche chez elle : la malade vous a dit que même les longues courses ne lui causent aucune fatigue. Je reviendrai d'ailleurs sur la bénignité habituelle des troubles fonctionnels de la luxation congénitale de la hanche : l'intérêt que j'y attache, vous le verrez, est justifié.

Que faut-il entendre par luxation congénitale de la hanche ? Et d'abord, est-ce bien une affection réellement congénitale, c'est-à-dire la luxation existait-elle au moment de la naissance ? Le fait a été constaté. Des

auteurs, Verneuil et Reclus entr'autres, ont pensé que l'enfant venait au monde absolument normal, mais que dans les mois suivants, il était atteint d'une atrophie de certains groupes musculaires, les fessiers surtout, d'où résultait, par simple action des muscles antagonistes, une luxation coxo-fémorale.

Une telle opinion, disons-le de suite, n'est pas exacte. Oui, on est autorisé à l'affirmer, la lésion, dont nous nous entretenons est rigoureusement congénitale, la tête du fémur, au moment de la naissance, est sortie de la cavité cotyloïde, ainsi que l'on a prouvé des constatations nécropsiques faites, à diverses reprises, sur des nouveau-nés morts aussitôt après l'accouchement.

Quelle est la nature étiologique, la pathogénie de la luxation congénitale de la hanche ? On a émis pour l'expliquer différentes théories. La plus habituellement adoptée est celle de l'arrêt de développement défendue par M. Kirrmission. D'après cet auteur, pendant la vie intra-utérine les surfaces articulaires de l'os coxal et du fémur se développent incomplètement et, n'étant plus dès lors disposés l'une pour l'autre, il s'en suit fatalement une luxation.

Eh bien, j'avoue que la théorie de M. Kirrmission ne me satisfait nullement. Elle ne résout rien puisqu'elle n'indique pas sous quelle influence de produit l'anomalie de croissance. On l'a attribuée au système nerveux : c'est, à la vérité, remplacer le vague par le plus vague encore.

Les enfants atteints de luxation congénitale de la hanche sont presque toujours, il convient de ne pas l'oublier, des sujets absolument bien portants, sans aucune espèce de tare. Pourquoi, alors, cet arrêt de développement que rien ne justifie ? Voyons d'ailleurs les pièces anatomiques : sur toutes, nous trouvons une tête, un col fémoral, une cavité cotyloïde, une capsule articulaire. Certaines parties, je le veux bien, sont modifiées. Mais, si l'on compare une hanche d'adulte après luxation traumatique et la même articulation dans une luxation congénitale, on constate que l'aspect et les altérations anatomo-pathologiques sont dans les deux cas semblables. La pathogénie de l'une doit être la pathogénie de l'autre. Tout porte à croire que la luxation se produit dans le sein de la mère, par un mécanisme analogue à la luxation de l'adulte, soit par traumatisme,

Si j'insiste sur le côté théorique de la question, c'est qu'il a une grosse importance pratique. La chirurgie actuelle a tendance à tenter constamment la réduction comme traitement de la luxation congénitale de la hanche. Or, dans le cas d'arrêt de développement, cette thérapeutique devient irrationnelle. Conséquent avec ses idées, M. Kirrmission déclare la réduction impossible. Je vous dirai bientôt ce qu'en pense M. Brun, et ce que j'en pense personnellement.

Deux mots, sans insister, sur une deuxième théorie, qui ne saurait avoir beaucoup de partisans, celle de l'ar-

thrite coxo-fémorale durant la gestation. Il suffit de l'énoncer pour la réfuter. Jamais, à la naissance, chez ces petits malades, personnes n'a constaté le moindre vestige d'arthrite, douleur gonflement ou autre ; il serait nécessaire d'admettre que constamment, l'inflammation est déjà guérie à ce moment.

J'arrive maintenant, à une troisième et dernière opinion à laquelle je me suis rangé. Je crois que la luxation congénitale se produit sur une hanche qui a été normale durant un certain temps de la vie intra-utérine. Je me rattache à la théorie traumatique ou plus exactement mécanique. Est-ce à dire que la lésion articulaire soit due à un choc sur l'utérus maternel ? Assurément non ; il faut incriminer non pas un traumatisme direct, mais un excès de compression de la paroi utérine sur l'enfant. Rappelez-vous la situation du fœtus dans le sein de la mère ; ses cuisses sont fléchies sur le bassin avec abduction et rotation en dedans. C'est exactement l'attitude dans laquelle doit se trouver l'adulte pour que, chez lui, une luxation traumatique puisse se produire. La position du fœtus est donc nettement prédisposante à la luxation.

Celle-ci se fait lentement, sous l'influence d'une pression continue exagérée, par exemple un excès de liquide amniotique. La lenteur de la luxation est démontrée par l'existence des lésions anatomiques des surfaces articulaires, de la capsule et du ligament rond, organes qui existent toujours, mais sont allongés, distendus et déformés. Le fait de la prédominance des luxations congénitales en arrière (99 fois sur 100) est également un argument sérieux en faveur de la nature mécanique du mal, les luxations traumatiques de l'adulte étant, elles aussi, postérieures, ce qu'explique la position du membre inférieur au moment du choc.

Nous savons également que cette affection se montre habituellement chez les filles et très rarement chez les garçons. Pourquoi une telle fréquence dans le sexe féminin ? M. Kirrmission ne saurait l'expliquer avec la théorie de l'arrêt de développement. L'hypothèse d'une cause mécanique fournit au contraire une appréciation satisfaisante ; le bassin du fœtus féminin est plus large que le bassin du sexe masculin, il doit par conséquent subir une pression supérieure et donner lieu plus souvent à des luxations.

Telle est la théorie à laquelle je me rallie. Elle est plus rationnelle et plus encourageante que celle de l'arrêt de développement. Elle conduit à employer, comme traitement, la réduction : M. Brun, par des radiographies, a montré que celle-ci pouvait être obtenue, bien que M. Kirrmission la déclare impossible.

Au point de vue symptomatique, il convient de distinguer deux variétés de luxation congénitale de la hanche, la luxation unilatérale et la luxation bilatérale.

Première particularité sur laquelle je tiens à insister : si vous avez conservé dans l'esprit l'attitude d'un

malade adulte ayant une luxation de la hanche, et si vous n'êtes pas prévenus, vous serez très surpris en face d'un enfant atteint de luxation congénitale ; les membres chez ce dernier sont droits et presque parallèles. Il y a là une grosse cause d'erreur.

Le diagnostic de la luxation coxo-fémorale congénitale, d'ailleurs, n'est pas toujours, il s'en faut, facile. J'ai précisément examiné ce matin, dans le service de M. Moutard-Martin, une jeune fille de 18 ans chez laquelle toute autre affection me paraît à rejeter. Elle présente un raccourcissement de 2 centim. 1/2 et une légère adduction du membre inférieur. Sa santé est excellente et je ne comprends pas ces signes, sans une luxation congénitale de la hanche. Néanmoins, par l'exploration du bassin, eu égard au développement assez considérable du tissu adipeux, il est difficile de sentir les saillies osseuses et de fixer anatomiquement le diagnostic.

(A suivre)

## OPHTHALMOLOGIE

### Indications de l'opération de la cataracte

Par le Dr A. TROUSSEAU.

Une cataracte est opérable avec de bonnes chances de succès visuel :

- 1o Quand elle est mûre ;
- 2o Quand le fond de l'œil est sain ;
- 3o Quand les annexes de l'œil ne sont pas un danger d'infection ;
- 3o Quand l'état général du patient est satisfaisant.

A moins d'un foyer infectieux au voisinage de l'œil, engendrant la suppuration du globe, l'opération et la cicatrisation de la plaie cornéenne peuvent presque toujours être menées à bien, quels que soient l'état de l'œil et la santé générale du malade ; mais le vrai succès, le rétablissement d'une vision utile ne peut être réalisé que quand sont réunies les conditions plus haut énoncées, sur lesquelles je vais insister.

1o Il y a avantage à attendre la maturité de la cataracte, car celle-ci bien complète s'extrait en totalité sans laisser derrière elle de débris qui plus tard formeraient une cataracte secondaire, laquelle nécessiterait une ou plusieurs interventions consécutives qui ne sont pas toujours exemptes de complications capables de compromettre le résultat souhaité.

On reconnaîtra que la cataracte est mûre lorsqu'après avoir dilaté la pupille à l'atropine on constatera, avec le miroir ophtalmoscopique, qu'on n'aperçoit plus le moindre détail du fond d'œil, que le champ pupillaire est occupé par une masse totalement opaque. Le mala-

de, le dos tourné au jour, ne devra plus pouvoir compter les doigts à vingt centimètres et ne verra plus que passer des ombres tout en conservant la sensation du jour et de la nuit.

On a tout avantage à n'opérer que des cataractes mûres ; cependant on serait autorisé à intervenir hâtivement chez des sujets dont le cristallin ne s'opacifie que très lentement et qui sont frappés d'une incapacité absolue de travail. L'extraction avant maturité réussit mieux chez les gens agés.

2o Les membranes profondes doivent être saines ou au moins en tel état que, le cristallin une fois enlevé, une vision utile soit à prévoir.

Il serait abusif d'opérer un sujet atteint de décollement rétinien forcément aveugle, mais on pourrait agir chez un myope atteint de choroidite, d'athropie choroidienne permettant encore un certain degré de vision. En cas de lésions profondes, si celles-ci ne doivent permettre qu'une vision limitée à quelques années, l'opération est encore indiquée.

Je tiens à rappeler que les altérations pathologiques du globe n'empêchent nullement le succès opératoire seulement compromis par des phénomènes infectieux.

Pour établir l'état du fond d'œil, on devra interroger le malade sur ses antécédents oculaires, s'enquérir du degré de sa vue avant l'apparition de la cataracte, examiner l'œil opposé qui peut donner d'utiles renseignements, puisque les affections profondes sont souvent symétriques. En éclairant obliquement l'œil avec une loupe, on examinera la transparence cornéenne, la mobilité de la pupille, sa forme ; une pupille immobile ou déformée indiquerait des adhérences de l'iris, par suite l'existence antérieure d'une iritis ou d'une irido-choroidite. On palpera le globe oculaire pour en rechercher la tension ; un œil très dur avec, surtout, une pupille très dilatée ferait songer au glaucome ; un œil mou avec un iris adhérent, au décollement rétinien. On procédera ensuite à l'étude de la perception lumineuse en projetant sur l'œil un faisceau de lumière à l'aide du miroir ophtalmoscopique et en priant le malade d'annoncer rapidement l'apparition de la lueur ; on promènera encore dans toute l'étendue du champ visuel une bougie allumée. Lorsque la perception est nulle ou trop localisée, mieux vaut déconseiller l'opération.

3o Une contre indication absolue de l'extraction réside dans la présence d'un catarrhe des voies lacrimales, d'acryocystie, souvent même d'un simple larmolement. Tous les accidents post-opératoires sont réparables, sauf ceux qui proviennent d'une infection et amènent la panophtalmie ou suppuration du globe, qui nécessite l'exentération ou l'énucléation. Or les affections lacrymales favorisent au plus haut point la contamination de la plaie par les germes provenant de la région malade. Elles devraient donc être longuement et sérieusement traitées jusqu'à complète et dûment constaté



guérison avant toute tentative opératoire. Les blépharo-conjonctivites, quoique moins dangereuses, pourraient jouer aussi un rôle néfaste. L'état des annexes de l'œil est donc au point de vue de l'opération, beaucoup plus important que celui du globe lui-même.

4o L'état général du patient a pour la réussite des interventions beaucoup moins d'importance qu'on ne serait tenté de le croire. On peut sans crainte opérer des diabétiques, des albuminuriques pourvu, cela va s'en dire, qu'ils aient de bonnes chances de survie. Les bronchitiques, les emphysémateux peuvent plutôt, par la répétition des quintes de toux, compromettre la coaptation de la plaie, frivoler l'issue du corps vitré, la hernie de l'iris; aussi ne devra-t-on les opérer qu'après des soins convenables et la cessation ou la diminution de la toux. Les nerveux, les alcooliques, sont sujets au délire post opératoire dangereux par les mouvements désordonnés qu'il provoque. On tâchera d'éviter ce fâcheux événement par les sédatifs, le régime préliminaire. On a vu mourir d'hémorragie cérébrale des opérés de cataracte; quoique le fait soit très rare, on opéra qu'avec les plus grandes précautions et les réserves les plus prudentes tout individu soupçonné de prédisposition spéciale, tout artério scléreux âgé, à plus forte raison tout sujet déjà touché cérébralement (hémiplegiques, etc.). Les vieillards, qu'on couche et qui subissent les émotions de l'intervention, sont quelquefois mis en périlleuse situation, soit par une pneumonie, soit par une urémie spéciale sur laquelle j'ai insisté. On n'opérera les gens très âgés qu'avec une formelle indication, telle que la cécité complète par exemple; on n'alitera pas ceux pour lesquels on concevrait quelque crainte, mieux vaut les opérer sur un fauteuil dans lequel ils pourront séjourner assez longtemps.

En résumé, sauf de très rares exceptions, la cataracte est opérable quand le fond d'œil permet d'espérer quelque vision et quand les voies lacrymales sont saines.

(Concours méd.)

## OBSTETRIQUE

### Un moyen simple de protéger le périnée pendant le travail.

Ce moyen préconisé par le Dr Georg Noble, in *American Journal of Obstetric*, consiste dans l'application, sur le périnée, de deux bandelettes de diachylon, d'une largeur de 4 centimètres et d'une longueur de 60 centimètres. Une des extrémités de l'une des bandelettes côtoie le tiers inférieur de la fente vulvaire, traverse obliquement le périnée, la région fessière, pour aller se terminer à la paroi postérieure du bassin. L'autre ban-

delette est appliquée de la même façon, du côté opposé. Toutefois, on les applique seulement une fois que la tête du fœtus se présente au couronnement. Une fois que la tête avance davantage, on applique une troisième bandelette, transversalement, pardessus les deux premières. La tension que subit le périnée se trouve ainsi atténué, et la tête est obligée de se porter en avant et en haut. Conséquemment, la tension du périnée sera atténué encore davantage. Mais il faut avoir soin d'appliquer les bandelettes de diachylon au voisinage immédiat des bords de la vulve béante, afin qu'il ne reste pas d'espace libre au niveau duquel puisse se faire une déchirure du périnée.

L'emploi du procédé en question se recommande surtout dans les cas où il y a lieu de faire une application de forceps.

(Concours méd.)

## DERMATOLOGIE

### Traitement préventif de l'acné et des furoncles par l'onguent mercuriel

(LUCAS CHAMPIONNIER)

La pommade mercurielle est à la fois un topique doux et plus facilement supporté que les topiques contenant des sels mercuriels et un topique suffisamment puissant pour certaines lésions de la peau.

Elle rend comme topique, soit qu'on emploie l'onguent mercuriel double, l'onguent napolitain, ou l'onguent mercuriel simple, des services absolument précieux dans le traitement local de certaines suppurations chroniques.

Comme résolutif, son application est souvent merveilleuse et sans inconvénients pour lésions d'un traitement très difficile; dans l'acné de la peau et dans le traitement des furoncles.

Pour l'acné, la manière de procéder est simple.

La figure est lavée avec une eau légèrement alcaline cinq à dix grammes de bicarbonate de soude par litre.

Puis sur le bouton d'acné, aussitôt qu'il menace, chaque soir application d'une petite quantité d'onguent napolitain le recouvrant complètement.

Le meilleur serait sans doute de laisser ce topique en place.

On le renouvelle tous les jours ou tous les deux jours suivant ce qui est nécessaire.

Toutefois il faut avoir soin de ne pas abuser du topique tout autour.

Il est moins irritant que les sparadraps et la résine de beaucoup d'emplâtres que l'on conseille. Mais il faut cependant une certaine modération dans son emploi.

Le résultat sera :

Ou bien une résolution absolue, la prévention du furoncle, puis avec quelque patience la disparition des manifestations de la furonculose ;

Ou bien une limitation très marquée du champ de développement du furoncle, par conséquent une atténuation très appréciable des accidents habituels.

Enfin, au cours de la suppuration, si on continue l'emploi de l'onguent napolitain comme topique, on aura un très bon mode de pansement diminuant réellement la durée de la réparation.

Enfin de compte, les furoncles ainsi traités se sèment ordinairement beaucoup moins autour d'eux.

Je ne veux point dire que cette méthode soit appelée à faire disparaître les accidents si tenaces de la furonculose ; mais bien maniée, elle les atténue souvent beaucoup.

(J. méd. de Paris.)

## MALADIES VENERIENNES

### Traitement de la blennorrhagie urethrale

(Suite)

Il ne nous paraît pas possible de donner ici des formules pour chacun d'eux : il nous suffit de dire que le médecin doit s'efforcer, ce qui varie suivant les malades et suivant la période de l'infection, d'appliquer le titre le plus énergique des différents médicaments que nous venons d'énumérer, pourvu que l'irritation causée ne soit pas excessive.

La clinique démontrant que les gonocoques réapparaissent — après un temps variable — dans le pus, il est indiqué de revenir à la charge aussi souvent que nécessaire par l'application des médicaments parasitocides ; il est également recommandé d'en continuer l'emploi pendant un certain temps après la disparition des parasites.

Tel est, brièvement exposé, le traitement mis en vogue par l'École de Breslau, accepté de plus en plus par les spécialistes ; hâtons nous de dire qu'il est combattu par des médecins de valeur (Finger) qui ne lui accordent pas tout le crédit de ses protagonistes. A l'appui de ceux-là, on peut invoquer différents faits, de valeur d'ailleurs inégale, entre autres la persistance de l'écoulement longtemps après la disparition du gonococque dans le pus (dans la muqueuse ?) ; il en est de même de l'extension *presque fatale* à l'urèthre profond d'une infection qui, cantonnée dans l'urèthre antérieur et rigoureusement traitée à ce niveau, n'a cependant pas pu y être localisée, malgré l'application régulière du traitement parasitocide. Nous avons, à reprises répétées, fait

cette observation et ne pouvons nier qu'elle batte sérieusement en brèche la valeur de ce traitement dans ce qu'il a de trop absolu. Nous reconnaissons cependant l'avantage de la méthode recommandée par Neisser ; il est vraisemblable que les médicaments employés ne sont pas toujours à même de pénétrer assez profondément dans la muqueuse pour y exercer l'action désirable ; de là les réinfections de la surface et la réapparition de la suppuration gonococcique. Mais cette méthode, n'eût-elle comme effet que celui de stériliser les couches épithéliales superficielles et une partie des annexes, qu'elle répondrait déjà à des exigences importantes du traitement.

En disant, tout à l'heure, que l'on devait, au début du traitement, employer les sels d'argent à un titre aussi élevé que possible (pourvu que l'irritation créée soit faible), nous reconnaissons que ces médicaments sont capables d'exercer une certaine action caustique qui seule, lorsque les gonocoques ont ou paraissent avoir disparu, suffit parfois pour entretenir l'écoulement. On s'aperçoit aisément de la chose, lorsque, au lieu de pratiquer des injections 3 à 4 fois par jour — le liquide exerçant sur la muqueuse son action irritante pendant 15 à 30 minutes — on ne pratique plus l'injection qu'une fois par 24 heures ; la modification apportée suffit fréquemment pour tarir l'écoulement. On est en droit d'en tirer la conclusion que les applications locales, lorsqu'on est arrivé à cette période, doivent être plus espacées ; le titre de la solution sera simultanément abaissé.

A un moment donné, on renoncera à l'emploi des sels d'argent pour recourir à celui de combinaisons moins nocives pour la muqueuse. Parmi celles-ci, nous donnons à l'ichthyol (Jadassohn) (0,5 — 10/0), une place importante ; on peut se louer aussi de l'emploi de doses faibles de sulfate de zinc. Le permanganate de potasse à dose concentrée nous a donné peu de résultats favorables, son action irritante étant prononcée et son activité parasitocide très minime ; à faible dose (Guizard) il nous paraît avoir sa raison d'être et nous avons souvent eu à nous féliciter de l'avoir employé (1/6000) à la période terminale de la blennorrhagie.

Les injections — que le malade pratique après avoir uriné — sont faites avec une seringue (8-10cc) en verre ou caoutchouc durci, à extrémité conique, pour éviter de blesser l'urèthre balanique ; le patient les fera avec douceur tout en n'ayant soin de remplir convenablement, en le dilatant légèrement, son urèthre antérieur. Il permet ainsi à l'action modificatrice de se faire sentir dans les moindres replis de la muqueuse. Après chaque injection, on appliquera un tampon de gaz stérilisé sur le méat ; ce pansement sera fréquemment renouvelé. Le médecin agira sagement en surveillant la manière d'opérer du malade qui, souvent, fait très mal ses injections.

Le résultat donné par cette méthode locale est bon; disons toutefois qu'il écoule parfois complètement sans qu'on en puisse trouver le motif. Il n'est pas très rare, après une certaine période, de voir l'écoulement, lorsque le gonocoque a disparu, tarir après suppression du traitement local : on peut admettre qu'il était dû, dans ce cas, à l'irritation du médicament injecté.

Janet a introduit dans la thérapeutique des uréthrites, les irrigations ou lavements vésicaux ; pour les réaliser, on fait agir — par l'intermédiaire de l'urèthre antérieur — sur le sphincter interne, le poids d'une colonne liquide qui finit, au bout d'un temps variable, suivant les malades et leur degré d'éducation, par en forcer l'ouverture : le liquide pénètre ainsi dans la vessie en lavant la surface uréthrale dans toute sa longueur.

Pour le traitement des uréthrites, on se contente, en général, de faire pénétrer 300 à 400cc de liquide dans le réservoir vésical. Le liquide modificateur admis dans la vessie est immédiatement évacué et l'opération peut être renouvelée aussi souvent que nécessaire. En cas de cystite, cette méthode est inapplicable, vu l'intolérance du réservoir vésical.

La méthode Janet, permettant un balayage de l'urèthre entier peut ainsi, avec la solution médicamenteuse, modifier la muqueuse de celui-ci (annexes exceptées) dans toute son étendue. Ce que l'on sait actuellement de la participation régulière de l'urèthre profond, à la phlegmasie gonococcique, ordonne donc d'y recourir dès le moment où l'on est décidé à intervenir localement. La méthode Janet constitue donc une amélioration importante dans la thérapeutique des maladies de l'urèthre.

(à suivre)

## ELECTROTHERAPIE

### Traitement électrolytique du xanthelasma

par PANSIER

Dans l'électrolyse du xanthelasma, il faut employer le pôle négatif, qui donne une eschare molle, non rétractile. La cautérisation au pôle négatif étant faite par les bases, on peut user d'aiguilles en acier sans crainte de produire un tatouage de la paupière. L'auteur applique habituellement le pôle positif sous forme d'une éponge sur la joue du patient. Il ne faut pas craindre d'employer des courants un peu forts (6 à 10m. A) qu'on laisse agir pendant un minimum de temps de deux minutes. L'auteur recommande de faire agir simultanément plusieurs aiguilles, réduisant ainsi à son minimum la durée de chaque séance, car l'électrolyse du xanthelasma n'est pas indolore, quoique bien moins pé-

nible que l'électrolyse des cils. L'enfoncement de l'aiguille est pénible, et pendant la durée de l'électrolyse il se produit une douleur, une cuisson plus ou moins vive, supportable cependant.

L'auteur a pour habitude de faire ressortir les aiguilles de façon à transfixer complètement la plaque.

Les piqûres faites perpendiculairement à la surface de la peau en enfonçant l'aiguille de 2 millimètres ne sont pas à recommander.

On peut obtenir une diminution considérable de la cuisson que cause le passage du courant en faisant quelques minutes avant des onctions sur la paupière avec la mixture suivante :

Menthol .....	} à 3 grammes
Hydrate de chloral.....	
Lanoline.....	6 —

Le nombre de séances varie selon le mode employé. Si on transfixe la plaque de xanthome avec plusieurs aiguilles très rapprochées (courant de 6 à 10 m. A. de deux à trois minutes de durée) en une seule séance, on obtiendra un résultat considérable. Généralement, une quinzaine de jours après, il ne reste que quelques petits nodules qui disparaissent par une nouvelle électrolyse. Au contraire, si, à chaque séance, on ne fait qu'une transfixation avec une seule aiguille, et surtout si on use d'un courant plus faible, la cure sera plus longue. On ne doit pas toucher à la même plaque avant douze ou quinze jours.

(Arch. d'él. méd., et Rev. de thér. méd. chir.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Traitement des palpitations cardiaques essentielles

(BERNHEIM)

Les palpitations essentielles ont d'origine extracardiaque ont les origines les plus variées. Chez l'enfant, il y a lieu souvent d'incriminer l'helmintiasis ; chez l'adolescent, l'hypertrophie de croissance (G. Sée) et la puberté ; chez les jeunes filles et les femmes, la chlorose, les époques menstruelles, la ménopause. Chez l'adulte, une hygiène ou une alimentation défectueuse (palpitations des dysseptiques et des fumeurs.)

Les palpitations, nous l'avons vu, sont particulièrement fréquentes chez les dysseptiques. Chez ces malades, Bucquoy a noté un signe important qui permettrait de faire le diagnostic instantanément. Si l'on appuie fortement avec un doigt au niveau de la région précordiale, on rencontre, en général, dans le premier espace intercostal gauche, un point douloureux dont la pression arrache un cri au malade : c'est le "point précordial des dysseptiques".

En présence de palpitations *essentiell*es ou d'origine extracardiaque "on ne doit pas oublier, dit M. Barié, que la digitale, dont on use souvent sans mesure, ne peut être utile ; bien plus, on peut les aggraver en produisant des troubles digestifs graves".

Le traitement de ces dyspepsies gastriques sera, avant tout, causal.

— Si l'on se trouve en présence d'une *dyspepsie hypochlorhydrique*, c'est-à-dire par défaut de sécrétion du suc gastrique, le traitement diététique consistera en substances peptogènes, en poudre de viande, bouillon, lait, peptonas, etc.

On prescrira la limonade chlorhydrique d'après la formule :

HCl..... 4 grammes.  
Eau..... 1.000 —

Un verre à la fin de chaque repas.  
Ou, d'après Bucquoy :

Liquueur de Fowler..... 1 gramme.  
Teinture de noix vomique... 2 grammes.  
Sirop de goudron..... 300 grammes.

Une cuillerée à soupe avant les deux repas.  
En même temps (Henoeh) :

Pepsine..... 4 grammes.  
Acide chlorhydrique..... X gouttes.  
Eau distillée..... 120 grammes.  
Sucre..... 10 grammes.

Une cuillerée à dessert avant chaque repas.  
Si la dyspepsie est douloureuse, Huchard conseille :

Teinture de gentiane..... }  
" de badiane..... } à 4 grammes.  
" de noix vomique }  
Chloroforme..... XX à XL gouttes.

En prendre II à X gouttes avant chaque repas dans un verre à madère d'eau pure.

Dujardin-Beaumetz -

Chlorhydrate de cocaïne..... 0 50 gr  
Eau..... 300 gr

Deux cuillerées à bouche à prendre trois fois par jour

(J. méd. de Paris.)

**Du pansement des ulcérations tuberculeuses par la solution de Koilscher**

Cette solution a été proposée pour le pansement des ulcérations tuberculeuses. En voici la formule :

Phosphate de chaux..... 50 grammes.  
Eau distillée..... 500 —

Ajouter acide phosphorique diluée q. s. jusqu'à solution parfaite et filtrer. Finalement, on additionne la colature avec :

Acide phosphorique dilué... 60 grammes. (107)  
F. s. a.

Le pansement des ulcérations tuberculeuses avec ce topique est le suivant :

1° Irrigations des plaies et des fistules avec ce liquide ;

2° Dans l'intervalle, recouvrir les plaies avec de la gaze imbibée de ce liquide, et continuer le traitement pendant plusieurs mois.

(Ann. thérap.)

**Traitement de l'hyperhidrose plantaire**

Hebra a proposé un traitement qu'il considère comme héroïque. Il enveloppe le pied, séché avec soin, d'un emplâtre étendu sur un linge et composé de parties égales de diachylon simple et d'huile de lin ; on en met entre les doigts des pieds pour les isoler les uns des autres. Il faut que tout le pied soit complètement recouvert et que la peau soit directement en rapport avec l'emplâtre. On met ensuite un bandage ou un bas ordinaire. Après les douze heures, on enlève le pansement, on frotte simplement les parties malades avec un linge sec, puis on refait le pansement et cela deux fois par jour pendant dix à douze jours. On n'emploie ensuite que les poudres inertes.

Kaposi a préconisé le naphtol : matin et soir lotions avec :

Naphtol..... 5 parties  
Glycérine..... 10 —  
Alcool..... 100 —

puis on saupoudre, soit avec de l'amidon pur, soit avec :

Naphtol pulvérisé..... 3 parties  
Amidon..... 100 —

Une excellente pratique consiste à employer localement l'acide salicylique et les composés salicylés. C'est ainsi que M. Brocq recommande de faire prendre un bain de pieds simple ou astringent à l'eau de feuilles de noyer, de laver ensuite avec de l'alcool ou avec un des mélanges suivants :

Sulfate de quinine..... 5 parties  
Alcool à 60°..... 500 —

ou :

Tannin..... 1 à 3 parties  
Alcool à 60° ou eau..... 250 —

puis de saupoudrer avec un des mélanges suivants :

Acide salicylique.....	3 parties
Amidon.....	10 —
Talc pulvérisé.....	87 —

ou bien ;

Alun pulvérisé.....	45 parties
Acide salicylique.....	5 —

On se sert de perchlorure de fer de la manière suivante :

Pendant deux jours, on prend des bains froids avec de l'eau de feuilles de noyer, le troisième jour on badigeonne les pieds matin et soir avec le mélange suivant :

Glycérine.....	10 grammes
Perchlorure de fer liquide..	30 —
Essence de bergamote.....	XX gouttes

Voici une formule complexe que Tshappe donne comme très efficace contre les sueurs fétides :

Sulfate de zinc.....	} à 450 grammes
Sulfate de fer.....	
Naphtol.....	1 — 5 —
Essence de thym.....	3 — 5 —
Acide hypophosphoreux	7 — 5 —
Eau distillée.....	2.500 —

Lotionner matin et soir les parties atteintes.

Dans l'armée allemande, l'emploi topique de l'acide chromique pour remédier à l'hyperhidrose des pieds est d'un usage courant. La guérison de cette véritable infirmité a été obtenue dans 42% des cas, une amélioration franche dans 50% des cas, 8 fois sur 100 l'insuccès a été complet. L'acide chromique est employé en solution à 5-10% et sous forme de badigeonnage de la plante des pieds et des espaces interdigitaux avec un tamponnet d'ouate imbibé de la solution médicamenteuse. Le badigeonnage est pratiqué sous la surveillance du médecin avant le coucher des hommes et après un lavage en règle des pieds qui devront ensuite être minutieusement desséchés. On fera deux séances de badigeonnage à huit ou quinze jours d'intervalle.

(Gaz. des hôp. de Toulouse.)

#### Le formol, son emploi dans l'hyperhidrose plantaire.

On sait que l'emploi du formol est devenu réglementaire dans l'armée en Allemagne pour le traitement de l'hyperhidrose plantaire et qu'il donne d'excellents résultats dans cette infirmité si pénible. De nombreux essais ont été faits en France également avec succès : M. le Dr Taillard résume dans les *Archives de médecine militaire* ceux qui ont été faits par MM. Amat, Follias-

son, etc... et donne les indications nécessaires à l'emploi de cette substance.

L'application de la formaline au traitement de l'hyperhidrose plantaire est rationnelle ; elle repose sur la propriété que possède ce corps de former avec les matières organiques (albuminoïdes, kératineuses) un composé insoluble, imputrescible, devenant corné par la dessiccation. Dès lors, mis en contact avec l'épiderme plantaire, le formol le durcit, le tanne pour ainsi dire ; pénétrant dans les orifices des glandes sudoripares, il agit de même sur la substance des cellules sécrétantes et supprime ainsi leur fonction jusqu'à la reconstitution des éléments modifiés ou détruits. En outre, le formol est un désodorisant énergique et un puissant antiseptique. Son application à la surface plantaire pourra donc avoir des effets multiples : désodoriser la sueur lorsqu'elle est fétide, ce qui ne sera pas un mince service à rendre aux voisins de certains sujets ; durcir l'épiderme et lui éviter ainsi les inconvénients de la macération ; diminuer ou supprimer pour un temps variable la sécrétion sudorale en modifiant l'épithélium glandulaire ; faciliter enfin la guérison des excoriations par son action topique et antiseptique.

Il y a lieu de rappeler que la formaline, ou formol du commerce, est une solution de formaldéhyde à 40 p. 100. Son application au traitement de l'hyperhidrose ne saurait être formulée en règles précises ; le titre des dilutions à employer, le nombre des badigeonnages à faire, doit naturellement varier suivant les cas, le caractère des accidents auxquels il faut remédier et la sensibilité cutanée des sujets. Toutefois il est prudent de ne pas commencer le traitement par des solutions fortes, lorsque l'épiderme est macéré, crevassé ou excorié, et surtout de ne jamais les appliquer dans les espaces interdigitaux où leur action pourrait être très douloureuse.

Dans l'hyperhidrose avec macération épidermique, accompagnée ou non de plaies, les dilutions étendues (2, 4, 6 ou 8 p. 100, selon les susceptibilités individuelles) paraissent les mieux appropriées au début du traitement ; elles seront appliquées une à deux fois par jour avec un pinceau ou un tampon de ouate hydrophile. Si les atouchements sont bien supportés, on fera agir progressivement des dilutions de moins en moins faibles (10, 20, 30 p. 100) appliquées de deux à trois fois par jour en ayant toujours soin de ménager les espaces interdigitaux.

Pour " prévenir " les inconvénients de l'hyperhidrose chez les marcheurs qui en sont affectés, il semble indiqué, si l'épiderme plantaire est intact, de recourir d'emblée au formol au tiers ou dédoublé, appliqué deux ou trois fois par jour, puis à la solution pure.

Dans l'un et l'autre cas, le traitement prend fin dès que l'effet cherché est obtenu. Mais, pour maintenir le résultat acquis, il est nécessaire de pratiquer une nouvelle application de solutions fortes à des périodes qui,

variables selon les sujets, pourraient être de huit, quinze à vingt jours.

L'expérience servira sans doute à mieux préciser encore les règles du traitement.

(*Journ. de Med. et Chir. prat.*)

#### Le soufre dans le traitement de la dysenterie.

D'après les expériences de Richmond, dans plusieurs cas de dysenterie, on s'est fort bien trouvé de l'emploi combinée de l'ipéca et de l'opium. Quelquefois cependant, ces deux médicaments ont été complètement inactifs, tandis que le soufre agissait dans tous les cas : effet rapide, amendement des symptômes, pas de rechutes ni de tendance à la chronicité par les alternatives de diarrhée et de constipation, tels sont les avantages que l'on a retirés de ce traitement. De plus ce médicament, n'occasionnant pas de vomissements comme l'ipéca, était mieux supporté par les malades. Le malade est mis à diète et celle-ci est continuée huit jours après la dernière selle diarrhéique. On administre 0 gr. 30 de poudre de Dover. Dans les cas de dysenterie chronique on abandonne le traitement à l'ipéca et à l'opium.

(*Gaz. des Hôp.*)

#### L'hypochlorite de chaux dans les brûlures.

M. Tichy, recommande l'emploi d'une solution de chlorure de calcium surtout dans les brûlures du deuxième et du troisième degré. D'abord, on applique des compresses imbibées d'huile ; puis au bout de vingt-quatre heures on ouvre les phlyctènes en s'entourant des précautions aseptiques ordinaires. On recouvre alors les blessures de compresses imbibées de la solution suivante :

Hypochlorite de chaux.....	2 gr 4 à 5 grammes
Eau distillée.....	900 —
Filtrez et ajoutez :	
Alcool camphré.....	5 —

Aussitôt que la sécrétion de la blessure cesse, des croûtes se forment sur la peau. Dès que la peau est séchée sous ses croûtes on peut cesser le pansement humide et recouvrir alors d'une couche de lanoline.

(*Gaz. des hôp.*)

## QUESTION ET REPONSE

Q. — S'il vous plaît de me dire (dans la Revue) à quel degré le gaz acétylène est poison comparé au gaz de charbon.

Dr D. D.

R. — Le gaz qui s'échappe des appareils à chauffage défectueux est un mélange de gaz en grande partie, composé d'oxyde de carbone, CO, qui altère profondément la composition du sang (par conséquent est toxique) et asphyxiant ; d'anhydride carbonique CO<sub>2</sub>, qui n'est pas vénéneux et qui produit l'asphyxie en entravant l'acte respiratoire.

L'acétylène C<sup>2</sup> H<sup>2</sup> est vénéneux et asphyxiant.

Tous ces gaz sont mortels quand ils sont respirés en quantité suffisante pour entraver la respiration, c'est-à-dire asphyxier.

CO peut donner la mort (ce qui arrive souvent) quand il est respiré en petites quantités insuffisantes pour asphyxier, mais en quantités pour décomposer lentement le sang en transformant l'hémoglobine en carboxyhémoglobine.

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE L'HEMOPTYSIE CHEZ L'ENFANT.

Potions :

Alun en poudre.....	0 gr. 50 c.
Eau de Rabel.....	XX gouttes.
Extrait de ratanhia.....	2 grammes.
Sirop de roses.....	} à 30 —
— de cachou.....	
Infusion de roses rouges.....	160 —

Par cuillerées à dessert, de demi-heure en demi-heure.

Ou :

Perchlorure de fer.....	0 gr. 40 à 1 gr.
Sirop de cannelle.....	30 grammes.
Eau distillée.....	100 —

Par cuillerées à bouche toutes les demi-heures.

Ou :

Ergotine.....	1 grammes.
Sirop de ratanhia.....	10 —
Eau distillée.....	100 —

Par cuillerées à dessert toutes les heures.

(*Journ. méd. de Paris.*)

## TRAITEMENT DES COLIQUES SALPINGIENNES

(Vaucaire)

Lavements, cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre (10 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham).

Onctions sur le ventre avec la pommade :

Extrait d'opium.....	} à 1 gr.
— de belladone.....	
Vaseline.....	25 gr.
Onguent napolitain.....	0 gr.

Application d'une ou de deux manches de Milan sur le point douloureux.

Application de glace sur le ventre (interposer une flanelle).

Pointes de feu.

Purgatifs salins ou lavements frais additionnés d'une cuillerée de glycérine.

Dilatation du col au moyen de tiges de laminaire ou dilatateur métallique.

Pansement sur le col avec un tampon d'ouate imbibée de ;

Laudanum de Sydenham.....	2 gr.
Salol.....	10 gr.
Glycérine neutre.....	200 gr.

Suppositoires :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 01 centig.
Beurre de cacao.....	4 grammes.

Pour un suppositoire.

Injections très chaudes antiseptiques.

(*Jour. de méd. de Paris*)

## TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS

(Malbec.)

1o Maintenir le malade isolé dans une chambre matelassée : ne donner comme boisson que de la limonade au citron.

2o Faire prendre toutes les dix minutes une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Hydrate de chloral.....	5 gr.
Sirop de morphine.....	60 —
Eau de fleurs d'oranger.....	60 —

Si le malade refuse de prendre la potion, pratiquer de une à deux injections sous cutanées d'un centimètre cube avec :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Chloral.....	40 —
Eau.....	10 —

## POMMADE CONTRE LES BRULURES.

(Wendt.)

Lanoline.....	} à 17 gr.
Eau distillée.....	
Blanc de baleine.....	4 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	2 gr.

## NOUVELLES.

## NAISSANCE :—

M. le docteur et Madame J. N. Landry font part à leurs parents et amis de la naissance d'une fille : Marie-Jeanne, née le 8 courant.

## NÉCROLOGIE :—

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Joseph Ducharme de Longueuil.

Le docteur est né à Contrecoeur le 5 avril 1844 ; après ses études classiques au collège de l'Assomption, il entra à l'Université Victoria de Montréal. Admis à la profession de médecin en 1867, il alla s'établir à Waterloo, P. Q., où il demeura près de vingt ans.

En 1886, il s'établit à Valleyfield, où il ne demeura que deux ans. En 1888, il vint s'établir à Longueuil.

En 1870, il épousa Mlle Marie Emélie Laramée, de Montréal ; laquelle lui survit avec six des dix enfants qui naquirent de cette union : M. le Dr J. Chs. Ducharme, de Côteau Station, M. l'abbé A. Ducharme, du Séminaire de Montréal, M. Thomas Ducharme, élève du Collège de Montréal, et Mlles Marie-Louise, Susanne et Eva Ducharme.

Les funérailles qui ont été des plus imposantes ont eu lieu à Longueuil mardi dernier.

— On nous annonce de Coaticook la mort du Dr Eugène Larue, célibataire, arrivée à cet endroit, mardi dernier. Les funérailles eu lieu vendredi.

Le défunt laisse pour le regretter, deux sœurs, Mme George H St Pierre (M.A.L.), de Coaticook, et Mme J. A. Lequin, de Farnham ; deux frères aussi lui survivent, ce sont MM. George et Thomas Larue, de Coaticook. Le Dr Larue était bien connu à Montréal, où il fut pendant deux ans médecin interne à l'hôpital Notre-Dame et de plus médecin de l'hôpital Civique, la mort l'a moissonné au milieu de sa carrière et à la fleur de l'âge, n'étant âgé que de 35 ans.

Le docteur est mort d'une pneumonie, après quelques jours de maladie seulement.

Il était né à Crompton, en 1868 et était fils de feu le docteur Thomas Lane.

Il a pratiqué quelque temps à Bay City, Mich.

Nous offrons aux deux familles si cruellement éprouvées, nos plus sincères condoléances.

## Supplement Litteraire

### Une vieille medication : le ricin dans la medecine egyptienne

M. le professeur Victor Loret, chargé du cours d'égyptologie à l'Université de Lyon, consacre dans la *Revue de médecine* une curieuse étude historique au *Ricin dans l'ancienne Egypte*. On a trouvé fréquemment des grains de ricin dans les tombes égyptiennes et notamment à Thèbes ; on en a recueilli qui paraissent avoir plus de trois milles ans et qui sont admirablement conservés ; l'huile a seulement un peu ranci et M. Kunth, à Berlin, où elles sont déposées au musée, a même essayé de les semer, mais sans succès.

Mais un fait curieux est que ce médicament était utilisé alors presque dans les mêmes conditions que maintenant. M. Loret, en effet, a traduit un papyrus antique, connu sous le nom de *Papyrus Ebers*, trouvé à Thèbes et qui remonte au moins à Aménophis Ier, second roi de la XVIII<sup>e</sup> dynastie, lequel vivait au seizième siècle avant notre ère ; or, ce papyrus, qui était certainement antérieur à cette époque, est une sorte de recueil de recettes extraites de divers documents et classées en ordre méthodique.

Le ricin est mentionné plusieurs fois au *Papyrus Ebers*, mais le passage le plus intéressant (p. 47 48 du papyrus) est une sorte de monographie relative aux propriétés médicinales de cette plante. En voici la traduction en son entier :

« Connaissances des vertus du ricin tirées d'anciens écrits sur les choses utiles aux hommes. »

1. Si l'on broie ses racines avec de l'eau et qu'on en fasse une application sur une tête qui est malade, elle est guérie de suite, comme qui n'est pas malade.

2. Si l'on mange quelques-unes de ces graines avec de la bière, lorsque l'on a une absence de selles, cela chasse les tranchées hors du ventre de la personne.

3. On fait croître les cheveux d'une femme au moyen de ces graines. Les broyer en une pâte homogène et la mêler à de l'huile. Que la femme s'en enduise la tête.

4. On extrait l'huile de ces graines pour oindre celui que des plaies vives à ulcérations purulentes font souffrir aux... (afin qu'il devienne) comme quelqu'un à qui rien ne serait arrivé. La douleur s'en va par simple application du liniment. Aussi, si l'on continue pendant plusieurs jours à faire une onction deux fois chaque matin, les plaies disparaissent.

Expérimenté avec succès, des milliers de fois.

— D'après ce papyrus, la connaissance des vertus du ricin était déjà fort ancienne, de telle sorte qu'on peut estimer, ainsi que le dit M. Loret, que le ricin était sur les bords du Nil, il y a près de quarante siècles, exactement utilisé comme il l'est encore partout de nos jours. On en regardait les graines comme purgatives ; on en tirait une préparation pour activer la croissance des cheveux ; enfin on s'en servait en guise de liniment pour adoucir les souffrances causées par certaines affections cutanées et pour en hâter la guérison.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

### Le banquet Poirier

Plus de 400 convives, tant confrères que maîtres, amis ou élèves, ont répondu, dernièrement, à l'appel des organisateurs du banquet offert à M. Poirier à l'occasion de sa nomination de professeur d'anatomie à la Faculté de médecine. La grande salle du Palais-d'Orsay était encore trop petite pour contenir tous ceux qu'un courant de vive sympathie avait attirés autour du jeune maître. Il a dû être satisfait, le jeune maître, car il a été loué simplement, sincèrement, amicalement. C'est d'abord le doyen de la Faculté, M. Debove, qui a vanté les hautes qualités que possède M. Poirier, les dons précieux dont il est doué. Il a aussi parlé de ses défauts, mais sans dire lesquels. Ce sont ensuite MM. Quénu, Ricard, ses camarades, qui ont rappelé les luttes dans les concours auxquels ils ont pris part avec lui. C'est M. Launois qui, histologiste, a-t-il dit, ayant toujours à se louer des succès de l'anatomie. C'est son élève et collaborateur M. Cunéo qui a levé quelque peu le voile de la vie privée en montrant comment Poirier a trouvé moyen de mener à bonne fin un travail colossal entre de fréquentes incursions dans les restaurants des Champs-Élysées ou d'ailleurs. C'est M. Amedo qui l'a remercié, au nom des élèves étrangers, de son bienveillant accueil et de son fructueux enseignement. C'est M. Letourneur, Granvillais comme M. Poirier, qui a parlé au nom de ses concitoyens et qui a fort heureusement évoqué le souvenir de la vieille mère à laquelle il sera heureux de raconter le triomphe de son fils Paul, car pour tout Granville, Poirier, c'est M. Paul. C'est, enfin, M. Waldeck-Rousseau qui, le connaissant depuis vingt-cinq ans, a rappelé dans quelles circonstances plutôt joyeuses, étant lui-même jeune avocat à Rennes, il a fait la connaissance de Poirier, alors au service de la patrie comme infirmier de deuxième classe. M. Waldeck-Rousseau a terminé par une haute appréciation du



professorat et par un chaleureux éloge du jeune professeur qui a su conquérir la confiance et l'affection de tous ceux qui l'ont approché. Puis M. Poirier s'est levé à son tour et, dans un discours plein d'humour et d'esprit, a remercié ses maîtres, ses amis, ses élèves. S'adressant ensuite à M. Waldeck-Rousseau, il a fait allusion aux soins qu'il lui a donnés avec Babinski et Galippe et il rappelle avoir trouvé en lui un malade exceptionnel, calme, patient et fort, puisqu'il a résisté à deux médecins et à un chirurgien. En terminant, M. Poirier a invité tous les convives à lever leur verre dans le même sentiment de profonde gratitude envers la Faculté "notre mère commune."

La presse n'a rien dit, mais elle a déjà beaucoup écrit et s'associe de tout coeur au grand succès du jeune et sympathique professeur d'anatomie.

#### L'acétonurie est-elle synonyme de mort du fœtus

par M. AUDIBERT

Acétonurie n'est pas synonyme de mort du fœtus. Qu'il y ait des cas positifs, qu'ils soient même très nombreux, c'est possible; mais il y en a de négatifs et, n'y en aurait-il qu'un, nous pouvons affirmer "que la mort du fœtus n'entraîne pas nécessairement de l'acétone dans les urines de la femme enceinte."

Mais, nous le répétons, le cas que nous rapportons ici n'est qu'un numéro qui servira dans un travail de synthèse, car un tel problème ne saurait être résolu avec des cas isolés. C'est par la multiplicité que l'on arrivera à pouvoir se former une opinion ayant quelque chance d'être la vraie; aussi, pendant notre nous nous sommes efforcé, sur les conseils de M. le professeur Queirel, de faire systématiquement et rigoureusement cette recherche de l'acétone dans tous les cas diagnostiqués ou non de mort du fœtus. Le résultat de nos investigations, que nous ferons paraître prochainement, viendra-t-il justifier ou contre dire l'opinion de MM. Vicarelli, Knapp et Lop? C'est ce qu'il nous serait encore impossible d'affirmer.

(La méd. Orientale)

#### Propos d'un petit médecin de campagne

Il y a quelque temps, je causais avec un des esprits éclairés de ma région, un esprit droit et net avec lequel j'aime à agiter à nos moments de loisir les questions sociales dont notre siècle pose aujourd'hui à chaque minute de son existence, le redoutable problème.

Nous nous préoccupions ce soir-là de l'alcoolisme

dans nos contrées; nous ne discutons ni l'augmentation du nombre des alcooliques à la campagne, ni des effets de l'alcool, car nous sommes tous deux à juger quotidiennement l'envahissement du poison dans la classe ouvrière.

— Voyons, docteur, me disait mon interlocuteur, le remède? le remède à un petit mal?

Et comme j'esquissais un geste de vague découragement.

— Allez' poursuivit-il, si l'on réunissait quelques bonnes volontés, un peu de capitaux et que l'on fasse une propagande antialcoolique, vous verriez rapidement diminuer le nombre de vos intoxiqués.

Et je lui citais les efforts de Aaris, les effets des grandes villes où toute la campagne activement et humanitairement menée contre le fléau n'a rien enrayé dans la classe ouvrière. — Car si l'antialcoolisme a recruté des adhérents, des adeptes, c'est dans la classe supérieure, c'est dans la bourgeoisie: le peuple continue à se perdre.

— Tenez, lui dis-je, on fait aussi la guerre au redoutable poison dans nos campagnes. Voyez dans nos où l'on a — honnête mais stérile tentative! — l'alcool est la cause de la tuberculose — le petit verre du matin est dangereux. — Eh bien! c'est du temps de perdu et de l'argent inutilement dépensé. Les enfants qui vont à l'école jusqu'à 13 ans ne comprennent pas la portée de ces avis. Rentrés chez eux, il voient leurs parents se livrer aux douceurs momentanés du petit verre de « fil » dans le café, du « gloria » de la « rincette », etc... De temps en temps même, pour leur faire voir qu'il sont hommes ou en passe de l'être, on leur donne un « canard » ou même un petit verre. J'en ai même vu donner de l'eau de vie à des enfants en bas-âge pour les « soutenir ». — Alors!... ce qu'on leur apprend à l'école.. ça n'est pas ce que leurs parents font?.. Pourquoi?... Les parents sont bien portants ou paraissent l'être... Les pancartes ont tort!...

— Eh bien! alors, supprimer l'alcool chez les parents...

— Oui! je veux bien, mais comment?

— Je me charge, vous dis-je, avec quelques capitaux, d'organiser dans le bourg une salle commune où vous tendrez de réunir le dimanche quelques ouvriers. Vous leur donnerez quelques distractions, des jeux, et vous ne leur vendrez, sans bénéfice bien entendu, que des boissons hygiéniques. Les commencements seront pénibles évidemment, mais je suis convaincu que nous aurions quelques prosélytes.

— Mon cher ami, lui dis-je, vos ouvriers ne mettront pas les pieds dans votre salle.

— Allons donc! Pourquoi?

(à suivre)

## EDITORIAL

LA PROPHYLAXIE DES MALADIES  
VENERIENNES

Ce sujet est brûlant d'intérêt et d'actualité, mais chez nous il semble exister un état d'indifférence, qui bientôt sera des plus funestes pour notre société, que nous croyons qu'il convient, à nous, médecins, à vous citoyens, à vous magistrats et à vous clergé de combattre par tous les moyens qui pourront offrir une lueur d'amélioration de cette affreuse plaie sociale.

Pour arriver à ce but, il faut non seulement l'instruction et l'éducation de tous, mais il faut tout spécialement que les détails en la matière soient mis à l'étude et sérieusement maniés par une main dirigeante.

Il est temps, plus que jamais, pour nous Canadiens, de voir à nos moyens particuliers de défense. Nous pouvons dire d'après notre expérience personnelle comme médecins, que les maladies vénériennes augmentent chez nous d'une façon prononcée. Il n'y a pas à le cacher, depuis quelques années surtout elles s'introduisent plus profondément et avec les conséquences les plus désastreuses dans toutes les classes de notre société. Nous n'avons pas à en rechercher les causes maintenant ; elles pourront être reconnues et combattues plus effectivement si le projet que nous soumettons à tout médecin et à tout citoyen judicieux, se réalise : *créer une société de Prophylaxie Canadienne*.

A l'étranger, et surtout en France, on a compris le grand fléau et on a tenté de le combattre énergiquement.

Il y a bientôt deux ans que la *Société française de Prophylaxie sanitaire et morale* a été fondée (31 mars 1901). Son but exclusif est d'étudier les moyens de tout ordre, à mettre en œuvre pour diminuer dans la mesure du possible la fréquence des affections vénériennes et de la syphilis en particulier.

Les travaux solides que cette société a faits et publiés prouvent son immense utilité. Les résultats commencent à couronner les efforts des braves travailleurs, médecins, avocats, négociants, politiciens, prêtres, etc, qui composent cette société.

Déjà l'on a tenu des congrès sur ce sujet, un des derniers à Bruxelles.

Voilà, aussi, qu'à la dernière assemblée de l'*American Medical Association*, tenue à Saratoga Springs, on a décidé ce qui suit :

" Il y a urgence d'arrêter l'extension des maladies vénériennes, et, acceptant le fait que les États-Unis ne peuvent pas avec impunité ignorer l'état actuel des choses, il est du devoir de la profession médicale de discuter et de suggérer aux législatures de chaque état, les moyens, non pas légaux, mais sociaux, économiques, sanitaires et pédagogiques de diminuer le mal vénérien.

Il est résolu : Que la section de Maladies cutanées et de chirurgie de l'*American Medical Association* invite la section d'Hygiène à coopérer avec elle, afin de créer une propagande dans chaque état, dans le but de reconnaître les dangers des maladies vénériennes, d'organiser et de fixer l'époque d'une *assemblée nationale*, sous les auspices de l'*American Medical Association*, pour la prophylaxie des maladies vénériennes, calquée sur la *Conférence Internationale pour la Prophylaxie des maladies vénériennes*, qui se tient encore cette année à Bruxelles, sous le patronage du gouvernement belge.

Un comité de six a été nommé :

Dr H. D. Holton, président, Bralteboro, Vt.

Dr L. Weiss, secrétaire, 77 Est 9<sup>te</sup> rue, New-York

Dr G. Kober, Washington, D. C.

Dr Sanders, Montgomery, Ala.

Dr Bulkley, New-York.

Dr F. Montgomery, Chicago.

Ces faits suffisent pour démontrer l'extrême importance du sujet et la grande nécessité qu'il y a pour nous Canadiens d'y apporter notre part de travail. Ce sujet ne regarde pas uniquement la médecine ; au contraire, il concerne tous les citoyens, toutes les professions.

La Revue Médicale est prête à faire tous ses efforts, dans son domaine, pour la formation d'une société de Prophylaxie, mais il faut qu'elle soit secondée par la profession. Elle recevrait avec plaisir toute lettre de conseils, d'adhésion,

Le docteur A. Ethier, secrétaire de la Revue Médicale et le docteur Brennan, le rédacteur en chef, sont tous deux membres de la société française de Prophylaxie sanitaire et morale de Paris. Ils sont donc au courant, et seront des plus heureux de donner des renseignements à tous ceux qui en feront la demande.

LA RÉDACTION.

# Travaux Originaux

## DE L'INFLAMMATION ET DE SON TRAITEMENT

par M. le professeur J. P. ROTTOR

*Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval  
à Montréal. (1)*

Comme pour la loi, on peut dire que, depuis la plus haute antiquité, cette question n'a pas cessé de faire briller les glorieuses incertitudes de la science médicale.

L'inflammation, par sa généralité, par la variété de ses symptômes et de ses effets, a été la pierre d'achoppement pour tous ceux qui s'en sont occupé. Pas une seule des nombreuses théories émises les unes après les autres, avec plus ou moins d'emphase, par leurs auteurs, n'a pu se maintenir.

Les progrès de la science moderne nous donnent-ils le droit de jeter à notre tour un regard de pitié sur nos devanciers, et nous autorisent-ils de dire que nous avons résolu ce problème ? La divergence d'opinion, parmi nos savants, sur cette question, nous permet d'en douter. Cependant je crois qu'il est possible de se former une opinion assez juste de l'inflammation et de son traitement avec les matériaux à notre disposition.

L'inflammation étant une maladie, un désordre dans le système, il est évident que pour en constater la présence, pour en connaître la nature et la gravité, il faut premièrement savoir comment les substances matérielles dont nous sommes composés ont été réunies, et combinées ensemble de manière à former un tout parfaitement organisé, notre corps en un mot. Et quoique la science n'ait pas encore dévoilé tous les secrets de la vie organique, il faut néanmoins avoir aussi, autant que possible, une juste idée des fonctions de nos organes à l'état de santé. C'est, je crois, la meilleure voie pour nous guider dans nos recherches, et la seule qui puisse nous fournir les bases sur lesquelles on pourra établir un traitement sûr et rationnel.

La vie donc commence par une cellule. A son origine cette cellule, quoique vivante, n'est

pas cependant en puissance, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas faire aucun acte vital ; elle est entièrement sous le contrôle de l'organisme qui la contient ; et si cet état se prolonge au-delà de certaines bornes, elle finit par être absorbée, comme tous les autres liquides, ou par être rejetée en dehors du système. Tout cela change au moment de la fécondation. La cellule reçoit alors son principe de vie, qui lui donne une existence indépendante, avec le pouvoir de se nourrir, de se développer et de remplir plus tard tous les actes de la vie organique et intellectuelle. C'est le vitalisme, si vous voulez. La cellule n'est plus soumise à la puissance maternelle. Au lieu d'être absorbée, elle absorbe à son tour, d'abord son protoplasme, et ensuite les substances fournies par la mère pour se les assimiler. Par le fait de cette fécondation, un nouvel être doué d'intelligence est formé. Ce pouvoir créateur extraordinaire et mystérieux, donné non seulement à l'homme, mais à tous les êtres du règne animal et du règne végétal, est bien propre à confondre notre jugement et à forcer notre intelligence à s'abaisser devant la toute-puissance divine.

Cet être, formé par la combinaison d'un certain nombre d'éléments simples de la matière, possède des propriétés tout à fait distinctes et opposées à ces mêmes éléments ; propriétés qui lui donne le pouvoir de s'emparer de ces matériaux, de les contrôler, et de leur faire remplir, durant une période plus ou moins longue, un rôle entièrement différent de celui qui leur avait été primitivement assigné. Mais cet assujettissement de la matière par une autre puissance ne se fait pas sans effort, parce qu'il y a antagonisme entre ces deux forces.

Il y a lutte : c'est la lutte pour la vie, commençant avec l'existence pour ne finir qu'avec elle.

Cette cellule possède une organisation qui mérite notre admiration ; car non seulement elle vit et prolifère sans vaisseaux et sans nerfs, mais de plus, par un procédé incompréhensible, elle forme des cellules toutes différentes les unes des autres, douées de propriétés distinctes, s'unissant ensemble pour former les os, les glandes, les organes et tous les autres tissus de notre corps. On constate cependant que, malgré les lois qui président à l'organisation si compliquée de notre être, la nature fait parfois défaut ; on remarque de

(1) Travail lu au Comité d'Etudes Médicales, aux séances du 26 octobre, du 9 et du 23 novembre 1899.

temps à autre chez le fœtus des lacunes ou des productions hétérogènes. Comme les cellules de l'adulte jouissent des mêmes propriétés, rien de surprenant si, par une déviation de la nutrition, ou par une cause quelconque, on voit se produire aussi chez lui des néoplasmes ou autres productions anormales. Comme la prolifération se fait par les cellules, il faut aussi que toutes les autres fonctions de nos organes se fassent par elles. Il s'ensuit que nous agissons et que nous vivons par nos cellules. Ce travail incessant doit nécessairement les épuiser et les altérer.

Pour conserver leur vitalité, et pour leur permettre de réparer les pertes que les fonctions organiques font subir continuellement au système, la nature emploie deux procédés, le repos et la nutrition. Je laisse de côté la question du repos pour ne parler que de la nutrition. Comment se fait la nutrition ? On dit que le sang est la nourriture du corps : il serait plus juste de dire que le sang contient les substances nécessaires à la nourriture du corps. Car le sang, tel qu'il existe dans les vaisseaux, n'est pas propre à la nutrition, et il n'est absorbé comme tel par les cellules. En effet, les cellules ne communiquent pas avec les capillaires, elles ne reçoivent donc pas leur nourriture directement des vaisseaux. De plus, le sang, transporté par la circulation dans toutes les parties du système, ne sort jamais des vaisseaux, et ne vient pas en contact avec les cellules. La nature se sert d'un moyen indirect pour donner aux cellules leur nourriture.

(A suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

Les épistaxis salutaires.

Dangers du tamponnement des fosses nasales.

PAR M. Le Professeur LANDOUZY.

(Suite)

Or, voici dans quelles circonstances était survenu l'ictus apoplectique fatal. Un matin la malade qui, habituellement, dormait bien, se réveille après une nuit

mauvaise, troublée par des cauchemars. Sa tête est lourde, quelques brouillards lui passent devant les yeux et elle se plaint d'un vertige. En un mot, elle se sent souffrante et, portant son mouchoir à son nez elle aperçoit une goutte de sang bientôt suivie d'épistaxis abondante. Elle remplit, assure-t-on, 1/3 de cuvette à toilette ordinaire.

Les moyens populaires (auxquels nous avons parfois tort de ne pas recourir) furent d'abord et successivement employés. Ces petits procédés, je le dis en passant, ont d'une part l'avantage de suffire souvent, d'être sans inconvénients, et d'autre part de permettre d'attendre si le médecin a des raisons de supposer que l'épistaxis est salutaire. Je vous signale simplement ces moyens, tous bien connus : le pincement des ailes du nez, l'élevation du bras correspondant à la narine qui saigne, la main s'appuyant sur un anneau pour se maintenir facilement relevée, les applications d'amadou, de compresses d'eau fraîche, l'aération de la chambre, le calme, le silence du patient.

Grâce à ces interventions les saignements de nez semblèrent se calmer vers midi. A 2 heures, ils reprurent, pas très abondants il est vrai, pour diminuer et recommencer à nouveau vers 5 heures.

Il se produisit alors ce qui se passe volontiers en pareille circonstance. D'habitude les malades et surtout leur entourage, relativement calmes dans la journée s'effrayent et prennent peur lorsque le soir arrive. Il y a là un phénomène psychique spécial, un état émotionnel, une sorte de terreur vespérale contagieuse qui explique pourquoi le médecin est fréquemment appelé à la tombée de la nuit.

On attendit donc la soirée pour demander les conseils d'un praticien. Celui-ci vient et, suivant encore une déplorable coutume actuelle des familles, il se trouvait en face d'un cas apparemment urgent chez une malade que jamais il n'avait eue à soigner. L'antique médecin de famille, sauve garde de celle-ci, dont il connaît l'histoire pathologique passée, les antécédents et les tares morbides, n'existe malheureusement plus qu'à l'état d'infime exception. Quoi qu'il en soit, notre jeune confrère, mandé à 6 heures du soir, arrive dans ce milieu nouveau pour lui. Il constate une hémorragie nasale, et la cuvette contenant le sang perdu dans toute la journée lui est mise sous les yeux. Pressé par les parents d'agir sans retard, contagionné par l'émotion ambiante, il va chercher une sonde urétrale molle et se met en mesure de tamponner les deux orifices antérieur et postérieur des fosses nasales. Il opère habilement sans causer de souffrances et son intervention faite avec virtuosité est si parfaite que toute trace de suintement cesse. Il se retire satisfait laissant la malade et l'entourage contents et tranquilles. Le lendemain il maintient le tamponnement et les choses semblent aller très bien. Néanmoins divers signes auraient pu mettre en

éveil l'attention de notre confrère. Les garde robes faisaient défaut depuis 2 jours et les urines étaient tombées à un taux notablement au-dessous de la normale. Appelé contre une épistaxis, il avait fait ce qu'il jugeait être son devoir contre cet accident et l'intervention menée opératoirement à bien, il s'était tenu là. Or, le lendemain l'ictus apoplectique se produisit et, 52 heures après, la malade était morte.

Je ne vous ai pas présenté ce fait simplement pour vous exposer les péripéties d'un drame pathologique. C'est un exemple et il est loin, croyez le, d'être unique. Un de mes anciens chefs de service me racontait que, pendant son internat à la Salpêtrière, il lui était arrivé souvent de soigner, les jours de garde, des vieillards atteints d'épistaxis. Il avait nombre de fois pris la sonde de Belloc et tamponné les fosses nasales. Cazalis, au service duquel il était attaché, lui posa un matin cette question : " Vous demandez vous ce que deviennent les malades ainsi tamponnés ? " Il chercha et plusieurs fois il les trouva le lendemain ou le surlendemain morts ou mourants, l'autopsie révélant alors une hémorragie cérébrale. Ces faits que me signalait mon ancien maître et qu'il tenait lui-même de Cazalis sont d'ailleurs très connus et ils s'expliquent sans difficulté si l'on réfléchit aux données pathogéniques. L'hémorragie nasale, ouvrant les vaisseaux de la pituitaire, abaisse l'hypertension artérielle menaçante et ménage souvent des vaisseaux d'une importance bien autre, ceux du cerveau.

J'ai dit que tout cela était connu, mais par contre à peine indiqué dans les traités classiques et nulle part mis en relief. Ce que j'ai vu, ce que j'ai appris de mes maîtres, ce que m'ont confirmé les derniers malades dont je viens de parler méritait de vous être signalé.

Cette pauvre dame (la dernière) était petite de taille, obèse, arthritique, avec des fluxions faciles. Enfant, elle saignait du nez à propos de rien, plus tard au moment de ses règles, elle avait d'abondantes épistaxis. Adulte, elle présenta des métrorrhagies, des hémorrhoides qui subirent souvent des flux congestifs. Vers 45 ans apparurent tous les ennuis de la ménopause et on remarqua que, volontiers, ses pertes sanguines nasales ou autre la soulageaient de diverses malaises. Son faciès, son habitus, étaient ceux des congestifs, des neuroarthritiques ; elle avait, enfin, la marque de la poly sclérose du cœur, du rein, du système vasculaire, dureté des artères, polyurie, pollakiurie, etc. Ajoutez à cela que, quelque peu gourmande et gourmette, elle s'était laissée aller au mois de décembre, époque des fêtes de famille, à nombre d'erreurs de régime alimentaire et vous estimerez que l'épistaxis venait là à point pour la soulager, qu'elle était bienfaisante, providentielle ; l'hypertension vasculaire excessive avait ouvert les artères les plus faciles à rompre. Si elle avait continué à saigner du nez quelque temps encore elle eût sans doute abaissé sa pression artérielle anormale et éliminé ses toxines ali-

mentaires, ce qu'autrefois faisaient ses flux hémorrhoidaires. Probablement, l'hémorragie cérébrale ne se fût pas produite.

Admettant même qu'il eût paru utile de modérer le symptôme, de tempérer l'épistaxis, on disposait d'autres moyens moins radicaux, moins dangereux par conséquent. Je ne viens faire ici aucun reproche à notre jeune confrère. Je me mets à sa place et je ne saurais lui en vouloir. Il faut déployer une force de résistance dont on n'a pas idée pour conserver son sang-froid au milieu d'une famille affolée qui vous laisse à peine le temps d'approcher et vous demande instamment d'agir, de guérir le mal ou ce qui semble être le mal. Pressé de toutes parts, néanmoins, tâchez de demeurer calmes et de ne pas commettre la faute d'intervenir sans avoir suffisamment examiné votre malade.

Il est, pour modérer l'épistaxis, nombre de petits moyens simples, sans inconvénient. Dans les cas intenses ils n'arrêtent pas toujours à fond le saignement de nez, n'empêchent pas l'hypertension, si elle existe, de faire passer le sang par d'autres points de la muqueuse. C'est vrai, mais là se trouve précisément la sauvegarde du patient. En dépit de vos formulaires, ne commencez jamais le traitement de l'épistaxis, même abondante, par le tamponnement double, antéro-postérieur, des fosses nasales. Chez les individus jeunes, artériellement sains, vous pourrez assurément y avoir recours d'assez bonne heure, mais chez les vieillards n'oubliez pas que ce procédé est un traitement de nécessité et jamais de choix. *Primum non nocere*, dit l'antique adage ; or, chez le vieillard et l'artério-scléreux, tamponner c'est nuire ; ne le faites que si vous y êtes contraints par l'abondance démesurée et la durée de l'épistaxis.

Je voudrais que vous gardiez dans votre esprit ce premier aphorisme : " pas de tamponnement des fosses nasales chez le vieillard " que vous complèterez par cette seconde règle, " ne jamais se servir de perchlorure de fer ".

Vous avez à votre disposition quantité de procédés de douceur. Les méthodes populaires, d'abord, grossières si voulez, mais innocentes, qualité essentielle en thérapeutique : l'élevation du bras, les compresses froides. La clef dans le dos, qui détermine un spasme réflexe. Elle réussissent plus d'une fois. Vous aurez avantageusement recours, ensuite, aux prises d'antipyrine ou d'une solution de cocaïne à 1/50e, à l'eau oxygénée, agent antiseptique et hémostatique, aux irrigations d'eau chaude. Tous ces médicaments ont l'avantage sur le perchlorure de fer de ne pas provoquer d'escharre et d'ulcérations. Ils suffiront sinon à faire cesser complètement l'hémorragie, du moins à la tempérer, ce qui n'offre qu'avantage puisque souvent l'épistaxis est utile : il vaut mieux que les vaisseaux s'ouvrent à la pituitaire qu'au cerveau ! Non seulement je maintiens volontiers. Dans ces cas, le suintement nasal dans une certaine me-

sure, mais j'y joins, si l'hypertension l'indique, les évacuations alvines par les purgatifs et la révulsion par les ventouses scarifiées.

En résumé, résistez à ce premier mouvement qui engage à instituer une médication symptomatique sans avoir étudié l'état du patient. Il y a des épistaxis salutaires. Faites de la thérapeutique pathogénique. C'est dans celle-ci que rentrent les ventouses sur les reins dont je viens de parler, les purgatifs, le rappel des mouvements fluxionnaires (menstruels ou hémorrhoidaux), les bains de pieds sinapisés, les compresses chaudes sur l'abdomen, etc. Ne commencez jamais d'emblée le traitement de l'épistaxis par le tamponnement, aveugle et dangereux, des fosses nasales. La thérapeutique du symptôme ne doit entrer en pratique que couverte par l'indication pathogénique. Subissez le tamponnement, au cas où vous ne pourrez vraiment pas l'éviter.

Et encore, je n'ai parlé que des méfaits de cette médication sur l'état général. Je pourrais en dire long si j'abordais maintenant les inconvénients locaux du tamponnement : que de sinusites, que d'otites suppurées graves il a causés ! A tous points de vue cette méthode de traitement est condamnable.

(Le<sup>2</sup> concours médical.)

#### Agglutination du bacille typhique et ictere

par M. G. DADDI.

Certains auteurs, Grünbaum, Köhler, Eckardt entre autres ont soutenu que le sérum des icteriques pouvait acquérir, en dehors de toute action du bacille d'Eberth, la propriété d'agglutiner ce même bacille, même aux dilutions très fortes de 1/100 et 1/1000 (Eckardt).

M. Daddi a recherché le pouvoir agglutinatif du sérum de huit malades atteints d'ictères par rétention indiscutables (cancer de la tête du pancréas, lithias biliaire, ictere catarrhal, etc.), en employant les taux de 1/20 et 1/50 pour ses dilutions. Jamais le séro-diagnostic ne fut positif. On devra donc, conclut M. Daddi, se montrer très circonspect à l'avenir, avant d'éliminer la possibilité d'une infection éberthienne chez un icterique dont le sérum agglutine le bacille typhique.

(Gaz. des hôp.)

#### Contribution à l'étude de la déviation du sang de la veine porte dans les cirrhoses du foie

par M. E. ARCOLEO.

L'auteur rapporte huit nouvelles observations de malades atteints de cirrhoses veineuses alcooliques, chez lesquels il a pratiqué l'omentofixation, par le procédé de Pascale. Comme M. Arcoleo le reconnaît lui-même, les

résultats qu'il a obtenus ne sont pas très encourageants : trois des malades sont morts peu de temps après l'opération, trois ont été légèrement améliorés, les deux derniers sont restés stationnaires.

(Gaz. des hôp.)

#### Recherche du bacille tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien par la culture sur sang gélosé

par MM. F. BEZANÇON et V. GRIFFON.

MM. Bezançon et Griffon apportent les résultats qu'ils ont obtenus par la culture du liquide céphalo-rachidien prélevé pendant la vie dans 40 cas de méningite tuberculeuse de l'adulte. Ensemencé sur "sang gélosé", le liquide a donné des colonies bacillaires dans les dix cas, qu'on ait simplement répandu quelques gouttes à la surface du milieu de culture, ou bien qu'on ait semé le culot obtenu par centrifugation de quelques centimètres cubes. L'addition de glycérine à la gélosé (sang gélosé glycérine) n'est pas indispensable, mais elle favorise l'accroissement des colonies. Celles-ci peuvent déjà être visibles à l'œil nu au bout de douze à quinze jours. Examinées au microscope, elles apparaissent, après dissociation et coloration, formées de bacilles isolés ou en amas caractéristiques : inoculées au cobaye ou au lapin, elles se sont montrées très virulentes.

(Gaz. des hôp.)

#### Sur le pneumothorax

par M. CHAPOCHNICOFF

Le décollement du poumon de la paroi interne du thorax, par suite d'un traumatisme, se fait difficilement, si le poumon et la plèvre sont sains. Dans ce cas interviennent : a) la force de cohésion des deux feuillets de la séreuse, b) la dilatation compensatrice des parties voisines du poumon par rapport à la plaie. La pression atmosphérique externe par elle-même ne peut pas décoller le poumon de la paroi thoracique, car en dehors de cette condition, un effort quelconque est indispensable pour séparer les deux feuillets pleurétiques.

La dilatation du poumon, au moment de la blessure, contribue à la fermeture complète de l'ouverture de la plaie ; quelquefois on voit même le bord du poumon sortir de la plaie.

L'étendue de l'orifice et sa place sur le thorax jouent aussi un rôle important dans la formation du pneumothorax. Si l'orifice dans la plèvre costale est plus petit que la trachée, le poumon en s'affaisse pas complètement et prend part dans l'acte de la respiration et le pneumothorax ne se forme pas. Dans les blessures du thorax, près la base du poumon, une certaine quan-

tité d'air peut encore entrer dans la cavité pleurale, tandis que, si la plaie de la paroi se trouve plus haut que la base du poumon, l'air extérieur rencontrera un obstacle du côté du poumon sous-jacent à la paroi thoracique.

Si le poumon est malade (tuberculose), le décollement et l'affaissement du poumon se produit immédiatement après la blessure, et l'air extérieur arrive facilement, puisque la résistance du poumon est diminuée.

La guérison après l'opération de l'empyème est possible, non par suite de la formation des adhérences, mais grâce à la *cohésion* des feuillettes séreux de la plèvre.

(Arch. russes pathol.)

#### Pansement des vésicatoires

M. J. Davezac rapporte, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, un pansement qui lui a donné les meilleurs résultats depuis deux ans dans son service de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux.

“ Le vésicatoire, dit-il, étant levé de *haut en bas* au moment opportun — et j'ai toujours soin de le prescrire recouvert d'un papier de soie imbibé d'huile camphrée, grâce auquel aucune cystite n'est observée — je fais appliquer à sa place un large cataplasme de farine de grainé de lin entre deux mousselines préparé de la façon suivante :

Créoline ou crésyl.....	2 grammes
Glycérine.....	5 —
Eau distillée.....	120 —

M. p. us. ext.

Une cuillerée à soupe de cette mixture est mise dans un litre d'eau bouillie, et c'est avec ce mélange que sont préparés d'abord le cataplasme, puis les compresses qui vont suivre.

Les bulles, s'il y en a déjà, étant fendues avec des ciseaux passés à l'eau bouillante, on met en place le cataplasme, qui reste appliqué pendant quatre à six heures. Au bout de ce temps, on le lève à son tour, et l'on fend ainsi que précédemment la ou les bulles qui se sont développées. On recouvre la plaie de vaseline “tiède,” et on applique dessus une “large” compresse de coton hydrophile bien taillée, qu'on recouvre sur la face cutanée de gaze bariquée ou bien encore de mousseline de ménage, imbibé complètement et exprimée de la même dilution créolinée “chaude” qui a servi à faire le cataplasme. Ces compresses humides sont séparées du badage de corps par une flanelle épaisse ou double, qui en conserve à la fois la chaleur et l'humidité. Le premier jour, on renouvelle ce dernier pansement toutes les huit heures, ensuite seulement matin et soir.

(Gaz. des hôp.)

## CHIRURGIE

### Traitement de l'hydrocèle par le procédé de Doyen modifié

La méthode sanglante est incontestablement, depuis l'antisepsie, la meilleure méthode de traitement de l'hydrocèle vaginale. Les ponctions, suivies d'injections iodées ou autres, ont des inconvénients multiples tels que ; lenteur de la guérison, fréquence des récidives, douleurs, dangers d'hématocèle, de phlegmon, etc., etc.

Parmi les divers procédés employés : procédé de Volkmann (incision simple), procédé de Julliard (incision avec résection partielle de la vaginale), procédé de Bergmann (incision avec excision totale de la vaginale), procédé de Doyen (inversion de la tunique vaginale), ce dernier est le plus élégant, le plus rapide, le plus efficace, surtout si l'on prend soin d'y apporter la petite modification que nous avons imaginée et que nous allons décrire.

\* \* \*

Voici comment s'applique notre procédé :

Le malade, purgé la veille, est conduit sur la table d'opération où l'on pratique l'anesthésie locale : la cocaïne en injections sous-cutanées suffit parfaitement. Le scrotum est rasé et soigneusement antiseptisé par un brossage au savon, suivi d'une friction au sublimé à 1 pour 1000 et à l'alcool ou à l'éther à 90°. Après ces précautions préliminaires, la partie antérieure des bourses est incisée sur une longueur de deux centimètres et demi et divisée jusqu'à la vaginale. Celle-ci, que l'on reconnaît à sa coloration bleuâtre, est séparée des tuniques fibreuse, musculaire et cellulaire qui la recouvrent par un décollement avec le doigt ou le stilet. Ensuite on la fend, et pendant que le liquide s'écoule, on pince chaque lèvres avec une pince à forcipresse, on hernie la séreuse à travers l'ouverture scrotale en entraînant le testicule, puis on l'énuclée de son enveloppe conjonctive.

Arrivé à ce moment de l'opération, pour prévenir toute récidive par déroulement de l'inversion (Legueu en a vu quelques cas, nous fixons la vaginale retournée par un *capitonnage* pratiqué au voisinage de l'épididyme. Ce procédé me paraît préférable à celui que Legueu préconise, à savoir : la fixation simple de la vaginale retournée ; il a pour double effet d'empêcher le déroulement possible de l'inversion et la formation d'un espace mort et, par suite, de prévenir toutes les conséquences fâcheuses que celle-ci pourrait entraîner.

Cette précaution importante prise, on remet le tout en place et on réunit par trois crins de Florence la petite incision cutanée.

La plaie est simplement recouverte de gaze iodo-

formée, et les bourses entourées d'ouate hydrophile. On assure la compression par un spica double à la tarlatane ; on isole le pansement et on le protège de toute souillure par l'urine à l'aide d'une lame de gutta-percha.

Les suites opératoires sont très simples. Le pansement est enlevé, ainsi que les crins, au sixième ou septième jour, époque à laquelle la réunion est complète.

(*La Presse méd.*)

## GYNECOLOGIE

### Traitement du vaginisme

(Pozzi)

I. TRAITEMENT MEDICAL — Antispasmodiques: bain de son, tous les jours.

Traitement hydrothérapique.

Bromure de potassium.

Matin et soir, appliquer un suppositoire avec :

N. 1. Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 25
Beurre de cacao.....	4 —
N. 2 Extrait de ratanhia.....	2 —
Beurre de cacao.....	2 —

Prescrire comme pomade :

Iodoforme.....	2 gr.
Beurre de cacao.....	2 —
Vaseline .....	15 —

Introduire dans le vagin une mèche enduite de cette pomade.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL — Si le vaginisme est dû à l'hyperesthésie et à l'étroitesse de la vulve, pratiquer une opération ayant pour but à la fois et d'agrandir la vulve et de déplacer la surface hyperesthésique, sur laquelle devait s'exercer le premier effort du membre viril.

Voici comment il faut procéder sous l'anesthésie :

Inciser d'abord l'hymen avec des ciseaux, puis faire la dilatation forcée de la vulve avec le spéculum de Trélat ; pratiquer ensuite de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépasse un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et forme avec elle une croix. Elle met à nu les fibres du constricteur et divise leur couche superficielle, dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

Enfin, faire la dissection des lèvres de la plaie, de manière à produire leur écartement ; donner ainsi peu

à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé, à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire.

Réunir alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croise perpendiculairement à la direction de l'incision primitive de la vulve. La suture attire la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision faite au commencement de l'opération.

On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve, que l'on peut graduer à son gré, et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire au frottement du coït la zone d'où partent les actions réflexes.

(*J. Med. de Paris.*)

## MALADIES VENERIENNES

### Traitement de la blennorrhagie urethrale

(Suite)

Les médicaments employés dans ce mode de traitement sont les mêmes que ceux qui sont indiqués ci-dessus. L'on doit à Janet l'application fréquente du permanganate de potasse ; à côté de celui-ci, les solutions les plus usuelles sont celles d'ichthyol, de sublimé (?), de nitrate d'argent, etc., etc. Quoi qu'il en soit, il faut veiller à ne mettre en jeu que des solutions diluées — cela est surtout vrai du sublimé que nous avons abandonné, et du permanganate de potasse, — ceci afin d'éviter l'apparition de phénomènes d'intolérance vésicale dus à la cautérisation produite par des solutions trop concentrées. Nous avons retiré grand avantage des irrigations à l'ichtargan ; l'ichthyol est aussi bien supporté lorsque survient l'intolérance vésicale, il faut suspendre pendant plusieurs jours ce mode de traitement et n'y revenir qu'avec des solutions très faibles ; celles-ci se font à une température voisine de 38°. Notons enfin que certains malades sont incapables de relâcher leur sphincter volontaire et, même après de nombreuses tentatives infructueuses, sont réfractaires à ce mode thérapeutique ; d'une manière générale, il faut, pour éviter cet écueil, se garder d'élever outre mesure la hauteur de la colonne liquide ; parfois même, c'est en diminuant la pression que l'on facilite le succès de la manœuvre.

Le traitement des uréthrites profondes est appliqué localement au-delà du sphincter externe, à l'aide d'une seringue armée d'une sonde sonde qui permet d'irriguer isolément l'urètre profond ou de déposer à sa surface une quantité modérée de liquide. A cet effet, on utilise beaucoup la seringue de Guyon et l'appareil d'Utzmann, qui l'un et l'autre, sont destinés à pratiquer des installa-



tions. Il va sans dire que les installations peuvent aussi être faites sur telle section de l'urètre antérieur dans laquelle l'urétrite est localisée — il s'agit généralement de la *pars bulbosa*. A ce titre, le traitement par installations convient surtout à l'urétrite chronique, fréquemment localisée sur une partie restreinte de l'urètre antérieur ou postérieur.

Les combinaisons médicamenteuses employées pour les installations sont les mêmes que celles décrites plus haut ; généralement, le titre en est plus élevé.

Pratiquées au niveau de la muqueuse du col vésical et de la prostate, les instillations exercent, sur certaines manifestations qui y ont leur origine (pollakiurie, ardeurs vésicales, miction paradoxale), une action sédative très évidente, même en dehors des accidents gonococciques. A l'égard de ceux-ci, elles font valoir leur action parasiticide ; lorsque le liquide caustique est déposé dans le voisinage du débouché de glandes volumineuses (prostate, glandes de Cowper), il doit en résulter une hyper-sécrétion de celle-ci et par là même un balayage de leur cavité. Les instillations — vu la concentration prononcée des solutions employées — ne sont pas pratiquées très fréquemment, en général tous les 3 à 4 jours.

Les *anthrophores* — soit les bâtonnets fusibles à base de cire — dans lesquels sont incorporées des substances actives (résorcine, ichthyol, sels d'argent) sont appliqués comme une sonde uréthrale. Leur longueur varie suivant que l'on veut atteindre la muqueuse de l'urètre antérieur ou postérieur seul, ou que l'on veut intervenir sur toute la longueur du canal urinaire. Par l'emploi de ces appareils, on cherche à obtenir, par la lente fusion de ceux-ci, une action modificatrice de longue durée.

Il ne nous a pas paru que l'emploi de ces appareils soit avantageux, et nous ne voyons pas qu'il se généralise.

Voilà, en raccourci, l'exposé des traitements à opposer aux accidents blennorrhagiques aigus de l'urètre. Il n'y a aucune utilité à séparer ceux-ci des autres, cette division étant purement théorique et le traitement ne différant que dans une mesure relative, puisqu'il repose surtout sur le titre des solutions médicamenteuses, titre plus élevé dans les écoulements d'ancienne date. Ce que nous avons dit ci-dessus montre, en outre, que les accidents chroniques sont localisés dans la muqueuse uréthrale en opposition aux accidents aigus qui la modifient dans toute son étendue.

La persistance de cet état pathologique sur certains points amène, à la longue, des modifications considérables — communes à toutes les phlegmasies chroniques — de la muqueuse (*rétrécissement*) de l'urètre. Nous n'avons pas à traiter ici cette question, il nous suffira de rappeler que les modifications hyperplasiques de la paroi seront plutôt *diffuses* dans la blennorrhagie — processus diffus lui-même — en opposition à celles que

provoque le traumatisme qui exerce généralement une action locale, et produit comme conséquence ultime un rétrécissement local.

On conçoit que dans la période tardive de la blennorrhagie, alors que l'écoulement est plus muqueux que purulent et repose, non plus sur la virulence, mais sur la mauvaise circulation et l'infiltration de la muqueuse et de ses glandes, on puisse agir avantageusement par la *dilatation uréthrale*. La dilatation peut être pratiquée au moyen de sondes métalliques : on cherche, dans ce cas, à pousser la dilatation à un degré élevé : on provoque ainsi par le massage une circulation plus active et — c'est là le but poursuivi — la résorption des exsudats dont l'organisation définitive conduit au rétrécissement. On charge parfois (*Unna*) ces sondes d'une pommade à base médicamenteuse active (ichthyol, résorcine, sels d'argent) méthode qui, dans la pratique, ne nous paraît pas supérieure à l'emploi des sondes nues : cela est également vrai des sondes cannelées (*Casper*).

L'indication de la dilatation forcée — comme la réalise l'appareil d'*Oberloender* — ne nous paraît pas donnée par la blennorrhagie dans sa période violente : elle s'applique aux périodes plus tardives (*rétrécissements larges*).

Les données thérapeutiques contenues dans le présent chapitre démontrent — nous y revenons en terminant — la nécessité des recherches microscopiques régulières au cours de la blennorrhagie. Il ne nous paraît pas possible de ne pas se conformer, dans ce domaine, aux données de l'Ecole de Breslau. Chaque semaine, une ou deux fois, l'écoulement (exprimé, le cas échéant, au moyen de la bougie à boule) — avant la première miction du jour — doit être examiné et c'est le résultat de cet examen qui dicte le traitement : omettre cette précaution, c'est opérer de l'*aveuglette*.

Deux mots encore concernant la *prophylaxie* de la blennorrhagie chez l'homme. Pour certains, moralistes le seul remède à l'extension formidable de la blennorrhagie consiste dans le retour (?) à la pureté des mœurs. Nous n'y voulons nullement contredire, mais comme médecin, nous devons nous placer en face des faits que notre profession nous met à même de constater ; or, rien n'est mieux établi que les dommages causés par le gonocoque. Le devoir ordonne au médecin, dans son domaine, de lutter contre ce péril.

L'usage du condom est un bon moyen — si l'appareil a les qualités voulues de résistance — de protéger l'urètre masculin. A côté de cette protection mécanique, l'on peut faire appel aux substances parasitocides : injections de sublimé 1/1000, de nitrate d'argent 2/1000 pratiquées sitôt après le rapprochement sexuel. Les injections ont un inconvénient réel, celui de provoquer une irritation prononcée de la muqueuse, irritation capable de durer plusieurs jours. La pratique paraît plus

favorable à l'installation dans la fosse naviculaire d'une goutte de solution de protargol dans la glycérine (20/100). Cette opération, facile à faire (appareil de Frank) paraît donner de bons résultats".

(Ann. therap.)

## VOIES URINAIRES

**De la cauterisation transvésicale pour remplacer l'opération de Bottini dans le traitement de certaines formes d'hyperthrophie de la prostate.**

La méthode préconisée par M. Bouffleur a l'avantage de ne pas être aveugle, comme l'opération de Bottini ; il l'a employée avec succès dans 2 cas où les lésions prostatiques étaient surtout marquées du côté de la cavité vésicale.

Le premier concerne un prostatique de 69 ans, atteint de cystite et qui venait d'avoir une crise de rétention aiguë. Quand la cystite ce fut améliorée, l'auteur exécuta une cystotomie sus-pubienne : une sorte de barrage, formé par le lobe médian de la prostate, obstruait l'urèthre ; à côté de lui, le lobe gauche faisait une légère saillie. Le barrage fut réséqué au thermocautère, et la saillie du lobe gauche fut ensuite légèrement évidée avec le même instrument. La plaie vésicale et la plaie abdominale furent entièrement suturées : on laissa cependant un drain capillaire à l'extrémité inférieure de la dernière. Une sonde à demeure fut maintenue pendant 4 jours, puis on se contenta de sonder le malade de temps à autre. Les suites opératoires furent bonne et, sauf un peu de cystite, les mictions sont devenues normales, sans laisser d'urine résiduelle.

Chez le second patient, existait une cystite extrêmement intense et un état d'infection urinaire assez marqué. Aussi M. Bouffleur n'osa-t-il point réséquer d'emblée le lobe prostatique qui formait clapet au-dessus de l'urèthre. Il se contenta, après cystotomie, d'y exécuter deux profondes incisures au thermocautère. Le malade se rétablit parfaitement.

(Ann. of Surgery.)

## DISCOURS

**Discours de M. le professeur A. A. Foucher, au banquet de la Société Médicale de Montréal**

Il ne viendrait à l'idée de personne, de contester au médecin, pourvu d'un diplôme et d'une licence, le droit

légal de se suffire à lui-même. Mais, détruisez par la pensée cet esprit de corps que notre association a précisément pour but de conserver, d'élever et de fortifier ; laissez la tendance à l'individualisme se généraliser, dans le monde médical, et vous ne tarderez pas à vous convaincre qu'il faut un contre poids à l'isolement du médecin, afin de maintenir un niveau professionnel en rapport avec sa dignité, son honneur et les besoins de l'humanité. Ce contre poids, messieurs, c'est l'association des médecins entre eux. Vous l'avez compris, et l'esprit qui préside à cette réunion en est l'éloquente expression. C'est le sentiment de la confraternité médicale qui nous a groupés autour de cette table ; c'est le besoin d'appui et d'instruction mutuelle qui nous a réunis en association.

Poursuivant le même but, nous nous sommes recherchés et rapprochés spontanément, mus par un sentiment né de tendances, d'aspirations, de besoins et d'intérêts communs. Ce principe d'union, qui répond à une impérieuse nécessité professionnelle, ressentie d'autant plus vivement que le but à atteindre est plus élevé, n'a rien de factice ni d'arbitraire ; il est certainement basé sur des sympathies mais n'a rien de commun avec l'admiration mutuelle.

Dans l'exercice de la médecine, le praticien isolé est un être incomplet ; il a besoin pour atteindre son développement, d'être aidé et secouru ; il lui faut l'assistance et les conseils de confrères ; il faut que les médecins mettent en commun leur expérience, leur lumière, le fruit de leurs recherches et de leurs travaux. Le mouvement ascensionnel de l'art médical n'est réalisable qu'à cette condition.

Devenu en possession d'une licence, le médecin cherche d'abord un champ d'action pour mettre ses études à profit ; puis la lutte s'engage ; lutte âpre et difficile, faite de dévouement, de responsabilités, de décevantes réalités, mais aussi de consolantes victoires quand, armé de science et de soins, intelligents le médecin triomphe de la maladie ; quand la guérison est obtenue, apportant avec elle la reconnaissance du patient sous les deux formes qui en sont la manifestation espérée : l'estime et le respect. Mais, pour mériter cette estime et ce respect, ai-je besoin de le dire, il faut être médecin vraiment digne de ce nom, il faut travailler constamment à augmenter les connaissances acquises, consolider ces quelques notions élémentaires, puisées à la Faculté, les appliquer avec prudence et méthode en y apportant l'esprit d'observation, sans lequel le nombre des patients traités peut augmenter, sans cesse, sans jamais ajouter à l'expérience.

Laisse à lui-même, isolé dans sa campagne, ou, ce qui est plus regrettable, en luttes factieuses avec un ou deux confrères pratiquant dans le même endroit, le médecin rural est en danger de devenir imperméable aux idées nouvelles, n'ayant personne à qui il puisse, en toute sécurité, communiquer ses doutes et ses incertitu-

des ; n'ayant personne pour l'affermir dans ses hésitations ou le retenir dans une voie trop audacieuse ; il peut s'acheminer graduellement vers sa perte, vieillir avant le temps et finir par douter de lui-même. Alors, comme conséquence fatale, on arrive à douter de lui, on lui marchandé le respect et la confiance ; il est discrédité et l'art médical avec lui.

Vous me direz peut-être que le tableau est trop chargé, que les médecins isolés étudient, qu'ils ne vieillissent pas si tôt, en se cristallisant à de vieilles méthodes ancestrales et surannées.

Je veux bien admettre qu'il y a d'heureuses exceptions ; que la profession médicale de ce pays a réalisé un progrès immense depuis une vingtaine d'années ; mais veuillez me croire, les déshérités de notre profession, ceux qui, là-bas, dans les montagnes, loin, bien loin des grands centres, exercent l'apostolat sacré de la médecine, ceux qui personnifient le tableau : "The pursuit of knowledge under difficulties," ceux-là, dis-je, ont une bien haute valeur morale et intellectuelle s'ils ne succombent pas sous le fardeau qui les accable.

A ce point de vue, il nous reste à nous, privilégiés des grands centres, de penser un peu à ces praticiens délaissés, humbles et ignorés ; de leur venir en aide. D'ailleurs en mettant en pratique ce principe de solidarité professionnelle, en travaillant au bien être de nos confrères, nous travaillons à l'avancement de la profession, nous en relevons le niveau et le prestige. Et la manière d'y arriver, c'est en continuant de développer le principe de l'association. Que les médecins se constituent en Sociétés médicales, partout où il y a place pour en grouper un certain nombre. Que chaque district judiciaire ait sa Société médicale, se réunissant une fois par mois, ou au moins à tous les deux mois.

Mais, me direz-vous avec raison, créer des Sociétés médicales est chose facile, autre chose est de leur donner de la vigueur et de les empêcher, par la suite, de tomber en dissociation. Nous en savons quelque chose à Montréal, mais nous avons trouvé la cause du mal et nous y avons remédié il n'y aura qu'à suivre notre exemple.

Notre Société médicale actuelle est de date récente, c'est un fruit de l'évolution. En effet elle a succédé à la Société de Médecine pratique qui elle-même avait remplacé la Société Médicale de Montréal. Ces deux dernières sociétés ont succombé à des maladies, intestines ; le microbe de la zizanie associé au microbe de l'indifférence ont accompli l'œuvre de destruction.

Pourtant, elles avaient eu leurs beaux jours. C'était, pour la première, à son origine, au temps des jeunes Rottot, Dagenais, Brosseau, L.-E. Desjardins. Plus tard, lorsque les premières atteintes de la maladie se manifestèrent, elle eût encore pour la soutenir dans ses épreuves des âmes d'élite dans la personne des Desrochers et des Lamarche. J'eus pour ma part la douleur

d'assister à son dernier soupir. Les luttes d'écoles battaient leur plein, notre firmament médical était sillonné d'éclairs de malédiction, on se battait à coups de décret<sup>6</sup> fulminés par de droits cautions, il eut été impossible de rallier les esprits à cette époque mouvementée. Mais heureusement le calme se fit et aussitôt des Brunelle, des Cléroux, des Rolland et autres se hâtèrent de porter la Société de médecine pratique sur les fondations baptismaux.

(à suivre)

Lettre ouverte au président de la  
Société médicale de  
Montréal

Montréal, le 20 Mars, 1903

Monsieur le Dr J. E. Dubé, Montréal.

Monsieur le Président :

Comme un des membres les plus assidus aux séances de la "Société Médicale" permettez moi de vous faire une observation. Ne croiriez vous pas, Monsieur le Président que, vu la position que vous avez prise vis-à-vis quelques uns de vos confrères les plus distingués de cette ville, dans l'affaire Marien-Lussier etc, il serait convenable dans l'intérêt de la société et pour sa dignité, que vous offriez votre démission comme président.

J'espère qu'il ne sera pas nécessaire de faire un pladoyer bien long pour vous en convaincre.

Agréé, monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

UN MEMBRE.

## APPAREIL NOUVEAU

Appareil à production d'oxygène pour usage  
thérapeutique.

La production de l'oxygène se fait par la réaction de Saubert, onylythe et eau :

$\text{Na}^2 \text{O}^2 - \text{H}^2 \text{O} = 2 \text{Na OH} - \text{O}$ , l'oxygène libre.

M. Sabatier, ingénieur-constructeur a sur des indications médicales, construit un appareil qui me semble plus pratique et que j'emploie dans mon pavillon de chirurgie de Sainte-Anne.



" C'est un double récipient en cuivre, basé  
" sur le principe des lampes à acétylène, mais  
" présentant cependant en plus un flacon la-  
" veur d'un genre spécial et sur lequel j'attire  
" votre attention.

Ce dispositif permet l'arrivée de l'eau goutte à goutte sur des blocs d'onylythe préalablement déposés au fond du vase inférieur ; l'oxygène se dégage, passe dans un flacon la-veur situé à la partie supérieure, de l'appareil et peut dès lors être absorbé par le mala-

de.

L'appareil de M. Sabatier est très simple.

1° Il donne un gaz chimiquement pur (analyses de mon pharmacien de Bichat), contrairement à l'oxygène ordinaire du commerce.

2° Il est facile à nettoyer et d'un transport extrêmement aisé.

3° Il est même de fonctionner en quelques secondes.

4° Enfin comme j'ai pu le constater à l'asile clinique Sainte-Anne, le prix de revient est minime, 3 centimes le litre.

(Société de Médecine de Paris.)

## Therapeutique et Matière Médicale

### Emploi du sulfate de soude pour stériliser l'eau dans les épidémies de fièvre typhoïde

J. Rideal a expérimenté l'action bactéricide de l'acide sulfurique et des sulfates. On sait depuis longtemps que des quantités relativement petites d'acide sulfurique suffisent à empêcher le développement du bacille typhique dans l'eau. L'auteur recommande, avec Parkes, d'employer le sulfate acide de soude pour la stérilisation de l'eau potable. Le sulfate neutre est préférable parce qu'on peut le porter aisément sur soi. Une série d'expériences portant sur le sulfate de soude, l'acide tartrique, l'acide citrique, l'azotate de potasse et l'acide sulfurique, a démontré que les acides organiques sont moins efficaces que les acides minéraux et que l'azotate de potasse, d'une acidité égale, toutes proportions gardées, à l'acide sulfurique, était supérieur à ce dernier.

(Gaz. des hôp.)

### Le soufre dans le traitement de la dysenterie

D'après les expériences de Richmond, dans plusieurs cas de dysenterie, on s'est fort bien trouvé de l'emploi combiné de l'ipéca et de l'opium. Quelquefois cependant, ces deux médicaments ont été complètement inactifs, tandis que le soufre agissait dans tous les cas : effet rapide, amendement des symptômes, pas de rechutes ni de tendance à la chronicité par les alternatives de diarrhée et de constipation, tels sont les avantages que l'on a retirés de ce traitement. De plus ce médicament, n'occasionnant pas de vomissements comme l'ipéca, était mieux supporté par les malades. Le malade est mis à la diète et celle-ci est continuée huit jours après la dernière selle diarrhérique. On administre 0gr30 de soufre sublimé et 0gr30 de poudre de Dover. Dans les cas de dysenterie chronique on abandonne le traitement à l'ipéca et à l'opium.

(Gaz. des Hôp.)

### Traitement de la coqueluche

M. AUSSET (de Lille) recommande dans la coqueluche :

1° D'irriguer la bouche avec de la liqueur de Labarraque en solution à 25 p. 1000 ; de faire dans le nez des instillations d'huile mentholée à 200 degrés ; de faire évaporer dans la chambre la mixture suivante, et de placer de temps en temps l'enfant au-dessus d'elle :

Acide thymique.....	1	gramme.
Teinture d'eucalyptus	} aa	30 —
Teinture de benjoin		
Alcool à 95 degrés.....	100	—
Eau quantité suffisante pour.....		1 litre.

2° Contre la toux convulsive, le grindelia (supérieur au bromoforme infidèle).

Teinture de grindelia robusta (selon l'âge).....	x à xx	gouttes.
Sirop de belladone.....	5	grammes.
Looch blanc, quantité suffisante pour.....	90	—

A prendre dans les vingt-quatre heures.

3° Contre le catarrhe des premières voies :

Ipéca (si les mucosités sont abondantes et s'il n'y a pas fièvre); — fumigations ci-dessus mentionnées et la potion suivante, à prendre en vingt quatre heures :

Benzoate de soude..	2	grammes.
Sirop de tolu.....	15	—
Looch blanc, quantité suffisante pour .....	90	—

(Journ. de méd. int.)

## Un Panama Medico-Pharmaceutique

Dans l'intérêt du public et des médecins, en janvier 1902, nous avons inauguré une active campagne contre une association de farceurs qui s'étaient donné pour mission de tromper les médecins et les malades de la manière la plus honteuse. Notre premier article avait pour titre "La contre spécialité" et a paru le 1er janvier 1902. Au cours de cet article, nous décrivions les méthodes employées pour profiter de la bonne renommée des spécialités sérieuses et bien connues, pour vendre et faire prescrire à leur place des produits plus que louches. Nous indiquions aussi les moyens ingénieux employés, afin d'amorcer les fournisseurs de l'étranger. Ce premier article était écrit dans un sens général et créa toute une sensation.

Le 29 janvier 1902, dans notre deuxième article, intitulé "Insultes aux médecins canadiens", dans lequel

nous dénonçons l'audace incroyable et l'effronterie de Gaston de Werthemer, le trop fameux propriétaire de la "Cie des médecines patentées françaises" et administrateur de l'"Union médicale", et de M. J. H. Faudon, pharmacien, représentant de l'"Union médicale" à Paris et directeur du Laboratoire de pharmacie pratique, qui s'étaient associés pour lancer la plus malhonnête et la plus stupéfiante fumisterie médico-pharmaceutique, dont nous ayons jamais entendu parler. Nos révélations au sujet des "Pilules de Pancréatine" stérilisées à l'autoclave, de l'huile de chaulmoogra, purifiée par distillation, le rapport de notre analyse des "Gouttes concentrées de peptonate de fer manganique du Dr Guérin" etc., etc., nous ont valu de nombreuses félicitations, ici et à l'étranger.

Le 26 février 1902, dans un article intitulé "Haut faits de la Cie des médecines patentées françaises" NOUS REPRODUISONS DEUX LETTRES DE MM. LES PROFESSEURS BOUCHARD ET ALBERT ROBIN de la Faculté de médecine de Paris. Ces deux lettres sont une appréciation indignée d'une dégoûtante spécialité pharmaceutique connue sous le nom de "Pulmolysé", fabriqué et mis en vente par Werthemer. Ce dernier s'était permis d'imprimer sur ses prospectus que MM. Bouchard, Albert Robin et nombre d'autres préconisaient sa sale drogue. On croyait que ces lettres et nos articles avaient suffi pour mettre fin aux opérations douteuses de Faudon, Werthemer & Cie, mais malheureusement pour le public il n'en a pas été ainsi, car ils ont DES AMIS INFLUENTS PARMI LES MEDECINS ET GRACE A EUX, les affaires de la fameuse Cie ont continué à prospérer.

Par la lecture des lettres de Werthemer à son complice Faudon, on verra combien Werthemer comptait sur l'influence de ses amis chez les médecins, dont un certain nombre n'ont pas rougi de participer directement dans les profits des opérations de la "Cie des médecines patentées françaises", même après nos avertissements. Combien d'autres y ont participé indirectement? Nous nous occuperons des amis de Werthemer un peu plus tard. Ils ne perdront rien à attendre.

On vient d'adresser de France à un certain nombre de médecins du Canada un pamphlet, intitulé "CAMBRIOLAGES PHARMACEUTIQUES".—Deux aigres fins démasqués par eux-mêmes. — Ce pamphlet vient confirmer absolument tout ce que nous avons écrit. Qu'on le lise, c'est un document d'un intérêt peu ordinaire. Les personnes intéressées comprendront que les originaux des reproductions photographiques et typographiques ont été conservés et sont en lieu sûr avec d'autres documents intéressants.

Les quelques documents qui suivent et que nous reproduiront de cet opuscule démontrent les malhonnêtes combinaisons de Werthemer et Faudon.

Montréal, 11 Mars 1902.

Mon cher ami,

" Je viens de recevoir votre cablegramme qui m'a navré en ce que je le considère comme un aveu des impardonnables erreurs signalés. Je dois également vous dire que je ne puis obéir à votre câble, et je vous prie si vous ne voulez courir à une irrémédiable catastrophe pour vos produits de reconsidérer votre message. Il ne faut pas avouer, mais résolument refuter, il le faut absolument, sinon nous ne vous cachons pas que nous nous trouvons dans la pénible situation de ne plus vous représenter.

" Par le prospectus adjoint, vous verrez se dessiner notre plan ; il faut combattre, refuter, parler et monter de nouveaux procédés etc., en tous cas faire en sorte sinon de refuter victorieusement du moins de jeter le doute. Nous ne pouvons comprendre admettre encore moins comment vous avez pu faire de semblables erreurs, vous rappelez vous que toujours vous nous disiez que vos produits étaient irréprochables etc, etc., que relativement, à ce pepto-fer vous nous aviez mis tout particulièrement en garde contre ceux.....

#### Plan de défense

" Nous vous communiquons notre plan de défense. Vous de votre côté comment il vous sera possible d'y contribuer en l'aidant.

" Nous avons fait refaire ici " 50 boîtes absolument identiques avons détachés les étiquettes, acheté du papier etc., et pris 100 flacons que nous avons fait manipuler de manière, avec l'adjonction de peptone Schmitt, et de fer d'arriver à votre formule. Quand cela sera fait, nous ferons refaire les analyses (celles que nous avons ne seront évidemment pas publiés) que nous publierons alors.

" De plus nous prenons un pharmacien ou un tiers faire faire cette analyse par le même analyste. C'est tout ce qu'il nous est possible de faire ici, le reste vous regarde, c'est à dire les autres produits à défendre.

" Nous allons attaquer, et non nous défendre, mais sans toucher à votre partie. Maintenant, n'auriez-vous pas un ami pharmacien, ou une personne quelconque pour jouer à Boulanger et Décary le tour suivant.

" Leur écrire afin de leur offrir une représentation et leur envoyer en même temps le produit. Prendre 1/4 de page d'annonces dans la Revue de Boulanger, et non dans l'Union, faire un produit absolument défec-tueux et au dessous de la formule, considérablement, leur envoyer 3 ou 4 douzaines par poste et puis dès que la Revue annoncera, et le produit mis en vente, nous nous chargeons du reste.

" Rappelez-vous qu'il n'y a pas qu'en géométrie que

“deux forces égales se neutralisent. Boulanger est déjà sur le flanc, en tant que produits, cela l'achèvera.

“Faites vite et bien. Si vous avez de la décision, de l'audace nous sauverons tout, car nos amis m'aideraient, tr... le passé. Mais n'hésitez pas et surtout refuter quand même.

signé (G. DE W.)

“Le vin Peptone n'est pas correct non plus, et les autres ?”

Il est ingénieur le plan de défense !! Il consiste à truquer 50 flacons des “Gouttes concentrées de peptonate de fer manganique du Dr Guérin”, (le même que nos analyses ont démontrées être sans valeur), non pour vendre un produit valant quelque chose, mais simplement dans le but de tromper les analystes chargés de refuter nos analyses du même produit.

Que vont penser les médecins du tour que Wertheimer proposait de jouer à MM. Boulanger et Décarv de cette ville ? Cette tentative est criminelle, diabolique.

Nous croyons qu'un individu capable d'inventer pareilles canailleries est capable de tout.

(à suivre)

**BIB IOGRAPHIE**

*Petite Chirurgie Pratique*, par Th. TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, et P. DESFOSSES, Ancien interne des Hôpitaux de Paris, 1 volume in-8° cavalier (15,8X23), cartonné : prix 10 frs. (\$2.00). (C. NAUD, 2, rue Racine, Paris.)

— Du traitement Hydeo-minéral des maladies de l'estomac, par M. Albert Robin de Paris.

— Les dangers de l'antisepsie interne, mercure et fièvre typhoïde, par M. Albert Robin de Paris.

— Les maladies de la déminéralisation organique. L'anémie plasmastique par M. Albert Robin de Paris.

— Variations des échanges respiratoires sous l'influence de l'attitude, de la lumière, de la chaleur et du froid. Applications à la physiologie et à la thérapeutique par MM. Albert Robin de Paris et Maurice Binet de Saint-Honoré les Bains.

— Conditions et diagnostic du terrain de la tuberculose pulmonaire par MM. Albert Robin de Paris et Maurice Binet de Saint-Honoré-les-Bains.

— Les indications prophylactiques et thérapeutiques de la phtisie pulmonaire fondées sur la connaissance de son terrain par MM. Albert Robin et Maurice Binet.

— Du Ferment Lab, technique et seméiologie par MM. Albert Robin de l'Académie de Médecine de Paris et F. X. Gouraud, interne des Hôpitaux.

— Les échanges respiratoires aux hautes altitudes par MM. Albert Robin, Maurice Binet et Dupasquier.

— Le diviseur vésical gradué par M. Fernand Cathelin, de l'hôpital Necker de Paris.

**FORMULAIRE**

CONTRE LA PNEUMONIE AIGUE ASTHENIQUE  
par le professeur GRASSET.

1° Atterner les deux potions heure par heure :  
Rhum ou cognac..... 40 grammes.  
Julep simple..... q. s. p. 120 c. c.

avec les aliments (lait ou bouillon), et :

Ipéca ..... 2 grammes.

faire infuser dans :

Eau..... 100 grammes.

réduire à 80 gr... passer et ajouter :

Sirop de polygala..... 30 c. c.

2° Appliquer un vésicatoire sur la région malade sans attendre le septième jour :

3° Dès la chute de la fièvre, alimenter le malade et, trois fois par jour, dans du lait, lui donner une cuillerée à café de ;

Arséniate de soude. .... 0 gr. 03

Teinture de Kola... } à 50 c. c.  
Teinture de cacao. }

Acide citrique..... 1 gr.

(Jour. de méd. de Paris.)

**TRAITEMENT DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME**

Acide salicylique.....=3 gr.

Quinine ..... 2 “

Podophyllin..... 0 “ 1

Extrait de colobique de phy. 0 “ 30

— tolacca..... 1 “

— de capsicum..... 1 “ 50

F. S. A. 50 pilules

Ce médicament s'emploie dans la goutte et le rhumatisme douloureux à la dose de 6 à 10 pilules par jour.

(Journ. de méd. de Paris.)

TRAITEMENT DE LA CONGESTION PULMONAIRE SANS  
POINT PNEUMONIQUE

La dyspnée est combattue par les ventouses sèches ou les cataplasmes sinapisés. *Pas de vésicatoires.* Lipéca à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, sera donnée si la dyspnée est forte. Les inhalations d'oxygène réussissent bien dans ces cas :

On prescrira la potion expectorante suivante :

Eau distillée.....	40 gr.
Sirop de polygala.....	30 —
Kermés minéral .....	0 — 05 c.

Par cuillerées à café d'heure en heure (enfant de 1 à 2 ans).

L'oximel scillitique est également bon à prescrire :

Oxymel scillitique.....	10 gr.
Sirop de tolu.....	20 gr.
Eau distillée.....	40 gr.

Par cuillerées à dessert de deux en deux heures.

Quand la congestion se produit trop fréquemment, on donne la poudre d'ergot de seigle, 20 à 30 centigrammes mêlée à de la confiture, ou bien l'ergotine :

Potion :

Ergotine.....	0 gr. 50 c.
Sirop de guimauve.....	40 gr.
Eau de menthe.....	15 gr.
Eau distillée.....	25 gr.

Par cuillerées à dessert dans la journée.

“ Voici la formule d'une autre potion expectorante qu'on peut employer dans le même cas : ”

Eau de tilleul.....	200 gr.
Suc de réglisse.....	10 gr.
Acétate d'ammoniaque.....	5 gr.
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 10 c.
Emétihue.....	0 gr. 05 c.

Mêlez. Une cuillerée toutes les heures dans les bronchites congestives pour favoriser l'expectoration.

(J. méd. de Paris)

TRAITEMENT DE L'HEMOPTYSIE

(Capitan)

Solution injectable :

Ergotine Yvon.....	5 gr.
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 04 c.
Antipyrine.....	1 gr. 50 c.
Sulfate de spartéine.....	0 gr. 20 c.
Sulfate d'atropine.....	0 gr. 002 m.

Eau distillée..... Q. s. pour faire  
10 centimètres cubes.

Dose : une injection de demi-heure en demi-heure, ou même, au besoin, de quart d'heure en quart d'heure, sans dépasser toutefois le maximum de cinq seringues de Pravaz.

Potion à prendre en même temps d'heure en heure, ou de demi-heure en demi-heure par cuillerées à soupe, si le malade peut boire :

Ergotine .....	2 gr.
Acide gallique.....	0 — 50 c.
Sirop de térébenthine.....	120 —

(Jour. de méd. de Paris)

JOYEUX ET TAS

Un député, chauffant sa réélection, offre à boire à un électeur influent, ivrogne fieffé. Ce dernier entame sa troisième bouteille.

— Monsieur le député, dit-il d'une voix pâteuse, vous pouvez compter sur moi pour être réélu ; du reste, vous connaissez mon dévouement.

— Le député, souriant :

Je vois qu'il est inaltérable !

\*\*

M. Bébé n'a pas été sage.

— Tu sera privé de dessert, lui dit son père.

— Ça m'est égal.

Au moment du dessert, M. Bébé ne bronche pas, mais il a des larmes dans les yeux.

— Tu ne dis rien ? lui demande sa mère.

— Puisque ça m'est égal, donne m'en tout de même.

\*\*

— Mon cousin est en province, il a le sac !

— Il est riche ?

— Non, il fait ses treize jours ?

\*\*

Chose invite Machin à dîner.

— Y aura-t-il du monde ? demande ce dernier.

— Mais non. Quelques gens d'esprit et vous.

Un malfaiteur de dix-sept ans comparait en correctionnelle.

— Voyons, dit le président paternel, c'est votre premier vol. Vous n'avez pas eu une petite crainte, une émotion quelconque en vous appropriant ce porte-monnaie ?

— J'ai eu peur qu'il ne fût vide.

Dr JOYEUX.

## EDITORIAL

Nous devons à nos lecteurs quelques mots sur la question des spécialités françaises frauduleuses.

La Revue a pris une attitude absolument désintéressée, à tous les points de vue, dans cette importante question. Elle a démontré tout simplement, qu'il y avait certaines gens qui tombaient sur le coup de la loi pénale, (chapitre 107 des statuts refond du Canada) relative à la falsification des drogues, consultez les lecteurs,

Au point de vue médical, celui qui fraude et *celui qui aide à la fraude*, sérieusement dangereuse quand il est question de drogues, sont également coupables, Nous avons assez dit.

Quant à reconnaître que l'Union Médicale est l'*organe officiel* de toute la profession médicale, nous disons non, non, et encore non, malgré les assertions de la Patrie (Vendredi 27 mars 1903).

Dieu merci, ce journal n'est pas l'*organe officiel* de la profession, car il y en a d'autres que la profession apprécie tout autant; Heureusement !

Si l'Union Médical — ainsi que ses directeurs, — ont jugé à propos de continuer à publier les annonces de la main Faudon et de conserver le même gérant après que "La Revue Médicale", d'une façon absolument confraternelle leur avait exposé une fraude des plus dangereuses pour la profession — eh bien, disons non. Si l'Union et ses directeurs ont jugé à propos d'agir ainsi, — à eux la responsabilité comme organe de la presse médicale et comme médecins pratiquants. *Ils devaient être tous au fait.* Les lettres de Robin, de Bouchard et autres documents suffisaient pour les convaincre ? A-t-elle agi ? Ont-ils agi ?

Nous avons fait notre devoir, que d'autres, spécialement les membres de la profession fassent aussi le leur.

## Travaux Originaux

DE L'INFLAMMATION ET DE SON  
TRAITEMENT

par M. le professeur J. P. ROTTOR

*Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval  
à Montréal (1)*

(Suite.)

Ainsi, lorsque le sang chassé par le cœur pé-

nètre dans les capillaires et les veinules, ces vaisseaux laissent passer à travers leurs parois, par diapédèse, une certaine partie des liquides qui le composent. Ces liquides contiennent plusieurs substances, entre autres beaucoup de leucocytes ; ils circulent dans les espaces intercellulaires et baignent les cellules qui s'y trouvent. Comme il y a des capillaires partout, et qu'ils sont tous semblables, les liquides diapédésés doivent être tous de même nature. La diapédèse est par conséquent une fonction normale, et toujours en action ; de sorte qu'on peut expliquer ainsi facilement la présence des leucocytes dans toutes les parties du système. Ce liquide est le véritable suc nourricier des cellules, elles l'absorbent et s'en nourrissent. Cependant ce plasma n'est pas propre à être assimilé, tel qu'il est, à sa sortie des capillaires. Il faut que les cellules des divers organes le travaillent, l'élaborent et le modifient avant de l'assimiler.

S'il était assimilé tel qu'il est à sa sortie des capillaires, ce liquide diapédésé étant le même partout, on n'aurait qu'un seul et même tissu, et les fonctions de tous les organes seraient toutes semblables. C'est comme un arbre fruitier sur lequel on met plusieurs greffes ; tous les bourgeons se nourrissent de la même sève, mais ils produisent des fruits différents. La balance du suc nutritif qui n'est pas assimilée, est absorbée par les lymphatiques, et transportée dans la circulation pour servir de nouveau, ou bien, est rejetée en dehors du système par d'autres voies. Les leucocytes circulent donc dans le système en vertu des lois vitales qu'ils subissent : ils ne peuvent passer à travers les tissus par leur propre mouvement, ni demeurer indéfiniment dans un endroit quelconque. Comment la cellule primitive se nourrit-elle après sa fécondation ?

Cette cellule se nourrit de la même manière que les cellules de l'adulte. Elle absorbe les liquides diapédésés provenant des capillaires, à l'endroit où elle est en juxtaposition avec la muqueuse de la matrice. Mais ce mode d'existence ne se prolonge pas longtemps. Le développement progressif de l'enfant demande plus de nourriture que la diapédèse peut fournir. La membrane de la cellule-mère en contact avec la muqueuse utérine subit alors une transformation graduelle, et forme le placenta. Les capillaires et les veinules du placenta s'unissent ou s'abouchent aux capil-

(1) Travail lu au Comité d'Études Médicales, aux séances du 26 octobre, du 9 et du 23 novembre 1899.



lares de l'utérus, ce qui permet au sang de la mère de passer directement dans les vaisseaux du placenta et de donner à l'enfant une nourriture abondante jusqu'à sa naissance. A cette époque tout change. L'enfant est complètement organisé capable de vivre par lui-même et de continuer la lutte. Lutte devenue cependant plus difficile par la multiplicité de ses organes en action et par les nouveaux obstacles qui surgiront pour entraver leur fonctionnement. Avant la naissance le fœtus recevait de la mère son sang tout formé. Il faudra qu'il le fasse à présent.

Les aliments fournissent les éléments nécessaires à la formation du sang. Ils sont élaborés par le canal alimentaire, aidé des glandes salivaires du foie, du pancréas, etc. Le chyle est le résultat de cette transformation ; il est transporté par le système lymphatique dans les veines, de là il passe par les poumons qui le transforment en sang artériel. Si d'autres organes contribuent à la formation des globules blancs, ou rouges du sang, ils n'agissent tout au plus que sur les éléments provenant des substances alimentaires en les transformant.

Voilà donc l'enfant tout à fait organisé. Sa santé et sa vie dépendent maintenant du jeu régulier de ses organes. Mais comme ceux-ci n'agissent que par leurs éléments cellulaires, il est évident que lorsqu'il survient un dérangement quelconque, il doit être dû à une altération des fonctions de ces mêmes éléments. Il faut que la maladie commence dans les cellules, et quels que soient les effets et les altérations qui en résultent, ils sont toujours produits dans et par les cellules. Avant la naissance, on a vu que les cellules agissaient sans le concours des nerfs, mais, après la naissance, le système nerveux est un facteur puissant dans l'exercice de leurs fonctions.

Comment les cellules peuvent-elles être affectées ? Naturellement, il faut que ce soit dans leurs fonctions ou dans leur organisation. Il y a par conséquent altération fonctionnelle et altération organique.

Ainsi il y a altération fonctionnelle lorsque les sécrétions des cellules sont augmentées, diminuées, ou modifiées. Il y a altération organique, lorsque l'organisation des cellules est altérée ou détruite.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

Le tétanos et les injections de quinine  
par M. J. V. LABORDE

Il résulte de la discussion, et de l'exposé qui précèdent :

1° Qu'en ce qui concerne l'intervention accidentelle du tétanos, à titre de complication, dans le cas et à la suite de l'administration d'un sel de quinine, par "injection hypodermique" :

a) La prédisposition nerveuse individuelle, constitutionnelle du sujet, aggravée par la coïncidence d'un traumatisme préalable, constitue une des conditions préjudicielles de la complication "tétanique" :

b) Toutes précautions antiseptiques et aseptiques, formellement réservées, le traumatisme opératoire issu de la pratique de l'injection, ne peut être incriminé en lui-même, comme cause réelle de ladite complication ;

c) C'est en conséquence à la substance servant à l'injection, c'est-à-dire au sel de quinine employé à cet effet, que revient, en réalité, cette attribution causale pathogène ;

d) Toutefois, ce ne peut être à une action propre, *tétanigène* de la quinine, quelle qu'en soit la préparation, qu'il convient de reporter cette influence complicationnelle, la quinine n'étant, en aucune façon, douée d'une action pareille, qui en compromettrait singulièrement les précieuses et indiscutables qualités thérapeutiques et spécifiques ;

e) La condition essentielle qui paraît présider à l'accident, en le favorisant, c'est la *solubilité relative* du sel de quinine employé, et le plus ou moins de concentration de la solution : d'où résulte la *récrystallisation* ou *solidification* sur place, à la suite de l'injection, l'*irritation locale*, et toutes ses conséquences ; de *nodules indurés* et persistants, comme minimum ; d'*abcès* d'*ulcération*, de *sphacèle*, aux degrés successifs de gravité ; et par suite de réalisation d'un traumatisme adjuvant et efficace, comme porte d'entrée et point de départ du tétanos ; sans compter, en dehors de cette complication des plus graves, le retard et l'insuffisance de l'absorption du médicament pour produire l'effet voulu, et souvent urgent ;

2° D'où, en fin de compte, cette déduction capitale, en l'espèce, que, pour l'injection hypodermique en particulier (et, *a fortiori*, pour l'administration interne), tout réside dans le choix le meilleur, le mieux approprié du sel de quinine devant servir à l'injection

et que ce choix est dominé, commandé, en quelque sorte, — toutes autres choses égales, d'ailleurs, — par sa plus grande solubilité.

Or, à cet égard, le choix du *chlorhydrosulphate de quinine* (de Grimaux) est absolument justifié à la fois par la chimie, l'expérimentation, et l'observation clinique.

(*La méd. orientale*)

#### Goitre métastatique.

M. JABOULAY présente une malade de 65 ans qui est entrée dans son service il y a trois mois pour une tumeur de la paroi supéro interne de l'orbite gauche, qui avait elle-même débuté trois mois auparavant. La marche en avait été rapide, douloureuse, envahissante, et avait dévié l'œil gauche en bas et en dehors. De gros vaisseaux la recouvraient; elle était elle-même pulsatile, expansible, et animée d'un mouvement de projection en avant, synchrone au pouls. Deux hémorragies nasales survenues deux nuits consécutives avaient nécessité le tamponnement des fosses nasales. Aussi une intervention s'imposait-elle. Le diagnostic était : ostéosarcome primitif de l'angle supéro-interne de l'orbite; il n'y avait pas de tumeurs ailleurs, sauf une tuméfaction très ancienne de la grande thyroïde qui n'avait pas augmenté ces derniers temps, et jamais la malade n'avait été opérée.

Une incision courbe parallèle au sourcil mena sur la tumeur sous le téguments; elle fut enlevée et à sa place existait une perforation du frontal au travers de laquelle se percevaient les méninges et les battements propagés du cerveau. C'étaient eux qui donnaient à la tumeur ses pulsations antéro-postérieures avant son ablation. Les bords de la perforation furent agrandis pour enlever le tissu suspect et un tamponnement placé dans la plaie opératoire. Celle-ci évolua normalement; les tampons furent peu à peu retirés; il ne reste aujourd'hui qu'une perforation large comme une pièce de 50 centimes, l'œil est revenu à peu près parallèle à l'œil droit.

Or, l'examen de cette tumeur montra qu'il s'agissait d'un goitre osseux métastatique. Il y avait des vésicules thyroïdiennes, et puis à côté des végétations, des cordons pleins indiquant une assez grande malignité. Bref, goitre malin. Cependant la grande thyroïde est hypertrophiée, mais sans signes physiques, ni fonctionnels de malignité. Elle a ce volume depuis 30 ans; elle est uniformément dure, non douloureuse, mobile à la déglutition, sans douleur spontanée ou provoquée, sans surtout ces fameuses douleurs occipitales qui sont caractéristiques de la dégénérescence d'un vieux goitre. Cette glande, qui a été malaxée, triturée, un nombre incalculable de fois depuis deux mois, depuis l'époque où l'on

connaît les résultats de l'examen histologique, n'a pas varié dans ses caractères physiques. On peut donc dire qu'elle est *cliniquement* bénigne, de même que la tumeur orbitaire était *cliniquement* maligne. Il semble qu'il puisse y avoir une discordance entre la tumeur primitive et la tumeur secondaire, cette dernière pouvant évoluer pour son propre compte et indépendamment de la tumeur qui lui a donné naissance.

Les tumeurs secondaires sont d'ailleurs souvent plus malignes que les primitives: exemple, les tumeurs des ganglions du cou consécutives à l'épithélioma de la lèvre inférieure.

J'ai dans mon service un homme qui a fait une tuberculose ostéo-articulaire bénigne du poignet gauche, terminée par simple induration, et qui dans la convalescence de cette localisation tuberculeuse a fait une adénopathie secondaire sous-épitrochléenne qui, elle, a suppuré et laissé une cicatrice.

En tout cas, cette femme est à rapprocher d'un homme que j'ai opéré il y a un an, et qui a été présentée ici porteur d'une tumeur maligne énorme de la paroi orbitaire externe. C'était un malade de M. Gayet. L'ablation montra qu'il s'agissait d'un épithélioma osseux à globes cernés. Celui-ci ne pouvait qu'être consécutif à un épithélioma du dos du nez, petit, que le malade portait depuis une quinzaine d'années.

M. VALLAS. Ces faits sont évidemment assez curieux; on a, du reste, des exemples analogues dans d'autres variétés de tumeur. Les kystes de l'ovaire notamment ont fréquemment des généralisations plus malignes que la tumeur originelle. La théorie de M. Bard sur les tumeurs à tissus multiples rend bien compte de la possibilité de ces faits.

M. BERARD. On a vu dans les épithéliomas du corps thyroïde les évolutions les plus capricieuses. On peut rencontrer dans un goitre en apparence bénin, un seul petit point dégénéré difficile même à trouver. Le goitre vrai est extrêmement rare. Je ne veux pourtant pas nier les faits de M. Jaboulay; j'ai vu en effet dans le même ordre d'idées un épithélioma verruqueux d'apparence très bénigne qui avait donné naissance à une volumineuse tumeur ganglionnaire de généralisation.

(*Lyon méd.*)

#### De la paralysie générale

par le docteur F. DEWAY.

En somme, la paralysie générale, au point de vue étiologique, n'est ni alcoolique, ni arthritique, ni toxique en général, elle est *syphilitique* et non parasymphilitique.

L'alcoolisme, l'arthritisme, l'hérédité nerveuse ou vésanique, les excès divers, le surmenage, le traumatisme

les maladies infectieuses, peuvent être des causes occasionnelles favorisant l'écllosion de la maladie, dont la cause efficiente est la syphilis.

Le traitement spécifique intensif doit être appliqué hâtivement. Il ne doit pas être rejeté de prime abord, même en présence de paralysie ancienne, datant même d'un an.

Le traitement sera d'autant plus prolongé que l'affection sera plus ancienne.

Si, après six mois, le traitement a été sans résultat, en général il ne donnera rien.

Il doit être continué après la guérison.

(Lyon méd.)

### Le bégaiement

par le docteur CHERVIN.

Le docteur Chervin, directeur de l'Institut des Bègues de Paris, fait à la Société médicale de Reims, une communication sur le bégaiement et déclare vouloir se tenir sur le terrain purement clinique.

Il insiste particulièrement sur les quatre signes pathognomoniques qui permettent, suivant lui, de faire le diagnostic différentiel du bégaiement vrai de tous les autres troubles de la parole qui peuvent lui ressembler :

Ces signes sont :

- 1° Début dès l'enfance ;
- 2° Intermittence ;
- 3° Disparition dans le chant ;
- 4° Troubles respiratoires.

1° *Début dans l'enfance.* — M. Chervin fait remarquer que le bégaiement apparaît toujours dans la première enfance, de trois à sept ans, quelquefois un peu plus tard ; très exceptionnellement après l'âge de dix ou douze ans. Toutes les émotions violentes : peur, chute, mauvais traitements, imitation, hérédité, peuvent occasionner le bégaiement. Toutes les impressions vives ont, en effet, un retentissement réflexe considérable sur le cerveau ; cette impression laisse une trace d'autant plus marquée que le sujet présente un terrain mieux préparé au point de vue de l'hérédité morbide. Il ajoute que la délicatesse des rapports entre l'appareil phonateur et l'organe pensant fait que, dans toutes les circonstances critiques, la parole donne immédiatement le signal de la détresse nerveuse et M. Chervin ne saurait trop insister sur la vulnérabilité très grande du système nerveux chez l'enfant.

Il rappelle qu'il est d'observation courante que chaque organisme est particulièrement exposé aux perturbations au moment de son développement fonctionnel : l'organe du mouvement dans les deux premières années (paralysies infantiles, convulsions), l'organe de la mimique à partir de six ou sept ans (chorée), l'organe de

la sensibilité affective après dix ans (hystérie), enfin l'organe de la parole dans la première enfance de trois à sept ans (bégaiement).

Le bégaiement est beaucoup plus fréquent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, et cela dans la proportion de 1 à 10. Cette différence tient probablement à ce que, aux âges d'apparition du bégaiement, le développement de la parole est beaucoup plus avancé, plus complet chez la fillette que chez le petit garçon. La concordance fonctionnelle entre le cerveau et les organes de la parole étant mieux établie, les troubles sont plus rares et l'action réflexe a un retentissement beaucoup moindre sur leur production.

2° *Intermittence.* — C'est un signe important à noter dans l'étude du bégaiement. En effet, l'intermittence est la règle dans le bégaiement : tel qui lira et parlera des heures sans bégayer, ne pourra pas, tout d'un coup, à quelques minutes d'intervalle, articuler la moindre syllabe, sans la plus grande difficulté.

Mais, en général, que le bégaiement soit très marqué ou qu'il soit faible, si la personne est seule dans sa chambre elle ne bégaiera plus ; elle lira, tant qu'on voudra, toute seule ; elle se fera des petits discours à elle-même, elle ne bégayera pas.

3° *Disparition dans le chant.* — La disparition totale du bégaiement est la règle absolue lorsqu'il s'agit de sujets capable de rythmer régulièrement leur voix ou de chanter une chanson quelconque aussi simple que possible.

M. Chervin reconnaît toutefois avoir vu très exceptionnellement (dans la proportion de 1 pour 1000 environ) le bégaiement ne pas disparaître complètement chez certains sujets lorsqu'il leur demandait de chanter. Mais il faut dire que ces bègues ne savaient pas moduler leur voix, les uns parce qu'ils étaient atteints d'amusie, les autres parce que, n'ayant jamais chanté, ils ne savaient pas chanter même les rythmes les plus élémentaires, comme *Au Clair de la lune*. Dans l'espèce de récitatif aussi faux qu'arhythmique qu'ils essayaient de fredonner, leur bégaiement diminuait mais ne disparaissait pas entièrement.

4° *Troubles respiratoires.* — Lorsqu'un bègue se présente à l'examen médical, il faut noter la manière dont il pratique le rythme respiratoire pendant la phonation. Il faut se rendre compte s'il bégaye pendant l'inspiration ou pendant l'expiration s'il lance le courant d'air expiré par la bouche ou par le nez, s'il ne laisse pas échapper, avant de parler, une partie de l'air destiné à la parole, soit par le nez, soit par la bouche.

Cette perturbation du rythme respiratoire est souvent tellement accusée que les bègues eux mêmes le constatent. Ils se plaignent de ressentir une oppression très marquée lorsqu'ils parlent et pour peu qu'ils conversent longtemps, ils éprouvent une véritable fatigue

provenant des efforts respiratoires qu'ils sont obligés de faire pour prononcer la moindre phrase.

Il se peut que le bégaiement se produise lorsqu'un seul des trois actes principaux de la parole est troublé dans son mécanisme, mais le plus souvent il n'y a pas qu'un désordre isolé. C'est à un défrut d'harmonie entre ces différents actes qu'est dû le bégaiement.

Tels sont, d'après M. Chervin, les 4 points particulièrement instructifs à reconnaître. Les autres phénomènes : grimaces, difficulté plus ou moins grande de s'exprimer, sans être dépourvus d'intérêt et d'utilité, ne viennent qu'au second plan.

**TRAITEMENT.** — En ce qui concerne le traitement, M. Chervin dit qu'on ne peut pas commencer un traitement sérieux avant l'âge de 10 ou 12 ans mais qu'il n'y a pas de limite d'âge pour les adultes.

*A priori*, le but de la thérapeutique à constituer est de chercher à rétablir la coordination nécessaire entre le cerveau qui commande et les organes vocaux qui doivent obéir.

M. Chervin montre alors comment sa méthode, qui a par devers elle plus de cinquante années de pratique, parvient à régler le travail d'élaboration de la pensée, comment elle fortifie l'énergie de la volonté, comment elle lutte contre les perturbations du rythme respiratoire et les désordres musculaires qui frappent la langue, les lèvres ou le larynx lui-même.

Il faut, tout d'abord rétablir le rythme respiratoire. Et pour cela, il faut apprendre au bégue à respirer et à utiliser sa respiration au point de vue de la parole. Il y a donc des exercices méthodiques de respiration dans lesquels on enseigne pratiquement au sujet comment on prend l'inspiration, comment se fait l'expiration, comment enfin ces deux temps doivent être précédés d'un repos pendant lequel la bouche doit rester fermée.

Les voyelles étant plus faciles à prononcer que les consonnes ce sont les voyelles qu'il faut choisir de préférence pour commencer.

Après les voyelles viennent les consonnes et on doit s'occuper de l'étude du mécanisme de la prononciation de chacune d'elles.

Lorsque les éléments de la parole ont été parfaitement étudiés, que les difficultés portant sur telles ou telles consonnes ont été vaincues par des exercices gymnastiques spéciaux, on passe à l'étude des syllabes, puis des mots, enfin des phrases et des discours.

M. Chervin ajoute qu'il attache une très grande importance à ce que, dans ces exercices, toutes les syllabes des mots soient clairement et nettement prononcées.

Tous ces exercices se font avec une excessive lenteur, surtout les dix premiers jours du traitement. Mais peu à peu la vitesse des exercices augmente, la diction s'accélère et, lorsque le traitement est terminé, le malade parle avec l'allure habituelle à tous les gens qui parlent posément nettement et sans bredouiller.

Il est bon d'ajouter que le rétablissement du jeu normal de l'appareil phonateur et articulatoire est singulièrement facilité par plus de trois cents exercices mûrement réfléchis et appropriés aux difficultés que rencontrent les bégues dans les diverses phases de la phonation.

M. Chervin parle ensuite de quelques autres troubles dans l'émission de la voix, comme le nasilleme de la voix eunuchoïde ou dans l'articulation de certaines lettres comme le grassement et la blésité qui frappe surtout l'articulation des consonnes z. s. j. ch. Ces formes très fréquentes dans le sexe féminin portent le nom de *zéaiement* et donnent un air de niaiserie à ceux qui en sont atteints. Il faut de dix à quinze jours pour les faire disparaître complètement.

(Union Médicale.)

## CHIRURGIE

### La luxation congénitale de la hanche et son traitement.

Par M. le Professeur TILLAUX

(Suite de la page 579)

Vous sentez sous le doigt la tête fémorale, qui roule au niveau de la fosse iliaque externe.

Je vous signale en passant un petit symptôme qui m'a été appris par une mère. Lorsque son enfant avait 12 à 15 mois, qu'elle le prenait sur ses bras, elle avait été impressionnée par un bruit de frottement, parti de la hanche, qu'elle percevait au moment où le bébé se tournait.

Dupuytren, qui s'était beaucoup occupé de la luxation congénitale de la hanche, et Bouvier, qui l'avait étudié plus encore, ont longuement discuté, autrefois, la question suivante : après avoir mesuré le membre inférieur malade et noté son raccourcissement, vous mettez l'enfant à plat sur le dos, vous fixez le bassin et tirez la jambe ; celle-ci s'allonge. Ce phénomène signalé par Dupuytren, fut contesté par Bouvier qui prétendait que l'augmentation de longueur était simulée par la descente du bassin. En réalité, le signe de Dupuytren est exact et je l'ai souvent observé. La tête du fémur descend et remonte : aussitôt après avoir lâché le pied, on

## ERRATUM

Dans notre Editorial d'aujourd'hui, (page 605) notre typographe nous a fait les erreurs suivantes que nous tenons à signaler immédiatement : Sixième paragraphe, 3ième ligne lire : *maison* au lieu de *main*. — 7ième ligne du même paragraphe lire : Eh bien ! disons nous, si l'Union etc.

voit le grand trochanter accomplir un mouvement d'ascension.

L'enfant atteint de luxation congénitale de la hanche unilatérale incline son bassin du côté malade. Il boite, il y a claudication. Comme conséquence, au bout d'un certain temps, il imprime un mouvement de torsion à la colonne vertébrale, donnant à celle-ci une inflexion lombaire à courbure du côté opposé.

Dans la luxation coxo-fémorale infantile double, la marche du petit malade est plus caractéristique encore. Pathognomonique et se fait, suivant l'expression consacrée, en canard: Ce signe qui ne manque jamais, se reconnaît sous les vêtements, à distance. Le patient une fois déshabillé, vous constatez, outre les déformations articulaires, une ensellure lombo fessière énorme, une véritable croupe sur laquelle on pourrait presque s'asseoir.

Que deviennent les sujets atteints de luxation congénitale bilatérale et surtout unilatérale? Point important qui n'a pas été suffisamment mis en relief par les auteurs. Ces malades, si le traitement n'intervient pas, sont-ils appelés à constituer des infirmes, incapables de remplir aucune fonction, à charge à leurs familles et à la société? Pas du tout, et il faut être bien pénétré de l'avenir naturel de cette affection, lorsqu'on entreprend de la soigner par des moyens chirurgicaux susceptibles de compromettre la vie.

Pour ma part, je ne conseille pas, à moins de cas particuliers, ces traitements dangereux. Je voyais dernièrement un confrère dont l'enfant était atteinte de luxation congénitale de la hanche. Naturellement, il avait lu toutes les publications parues sur la question, opérations de Hoffa, de Koenig, etc... et il se demandait anxieux où il fallait conduire sa fillette et s'il devait la remettre dans les mains des grands opérateurs. Je le lui ai formellement déconseillé puisqu'il est possible, par des procédés simples et inoffensifs, d'obtenir la guérison ou au moins une amélioration suffisante pour donner à ses enfants une existence semblable à celle de tout le monde. Voyez la jeune fille dont j'ai parlé au début de ma leçon: c'est une ouvrière qui marche et fatigue beaucoup; son membre inférieur du côté malade est raccourci, même atrophié. Elle n'a jamais été soignée. Néanmoins, elle offre une apparence extérieure normale, son état général est excellent. Elle va et vient à ses occupations plutôt pénibles, fait des courses fréquentes, et, grâce à une chaussure appropriée, sa marche se distingue à peine de celle d'une personne saine. En un mot, elle vit comme tout le monde. Autre exemple; je me rappelle avoir soigné une dame de 45 ans qui se plaignait de quelques douleurs dans la hanche droite. Après exploration de la région malade, j'arrivai au diagnostic de luxation coxo-fémorale congénitale. Alors, la patiente, qui jusque-là ne m'avait rien dit, me montra une consultation de Bouvier constatant la luxation, à l'âge

de 3 ans. Cette dame présentait 2 à 3 centim. de raccourcissement du membre inférieur atteint, elle n'avait subi aucun traitement chirurgical et, malgré cela, elle marchait sans boiterie, montait à cheval, nageait, faisait de l'escrime, se livrant sans fatigue et sans difficultés à tous les exercices physiques et à tous les sports.

En résumé, il faut proportionner le traitement à la gravité du mal. Ne croyez donc pas que votre devoir consiste à adresser toutes les luxations congénitales coxo-fémorales aux grands opérateurs.

Une question qui vous sera assez souvent posée par les parents est la suivante: convient-il de laisser porter aux petits malades des semelles de chaussures épaissées pour masquer la boiterie? Non, ne le permettez pas, du moins pendant les premières années tant que la luxation n'est pas fixée. Les semelles, en effet, augmentent la pression sur le pied, font remonter encore le grand trochanter, aggravant ainsi l'affection et la claudication. Pour permettre l'usage des semelles, il est nécessaire d'attendre que la néo articulation soit devenue solide.

Arrivons maintenant à la thérapeutique. Trois grands traitements ont été préconisés:

1<sup>o</sup> Traitement sanglant. Il consiste à inciser la fesse et à libérer, avec ou sans section des muscles, le grand trochanter. Hoffa, en 1889, a proposé de désinsérer les muscles du trochanter, de tirer sur le fémur pour ramener sa tête dans la cavité cotyloïde, celle-ci étant préalablement évidée lorsque du tissu pathologique la comble. Une telle opération est radicale, elle serait rationnelle si la luxation devait toujours aboutir à une infirmité rendant la vie très difficile. Cette intervention a été pratiquée nombre de fois à Paris, mais jamais on n'a pu exercer des tractions suffisantes pour amener la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. Un chirurgien italien, pour parer à cet inconvénient, a proposé de réséquer la tête du fémur.

Malheureusement, l'opération de Hoffa est grave. Elle a occasionné la mort et je dois dire que les chirurgiens qui en restent partisans sont rares. Il existe quelques cas, cependant, où elle est recommandable: chez des sujets, par exemple, qui, arrivés à l'âge de 10 et 12 ans, ont une tête fémorale mobile, non fixée un raccourcissement notable de 5, 6, 8 centimètres, un bassin déjeté, une jambe déviée, en rotation interne, le genou du côté malade croisant l'autre. En pareille circonstance, les moyens thérapeutiques ordinaires étant impuissants, l'opération sanglante est indiquée. Et encore, je préférerais à la méthode de Hoffa l'opération dite ostéoplastique de Koenig, qui consiste à découvrir la tête, à creuser dans la fosse iliaque une néo cavité, loge fibreuse où l'épiphyse fémorale est enfoncée et où elle trouve un point d'appui.

2<sup>o</sup> Traitement non sanglant mais rapide. C'est la réduction extemporanée appliquée à l'étranger par Lorenz, et en France par M. Brun. L'enfant est âgé

thésié et, pendant le sommeil, le chirurgien fait les manœuvres ordinaires de réduction. M. Kirmisson déclare que cette dernière est impossible, Bouvier émettait autrefois semblable avis : néanmoins, M. Brun, radiographies en main, montre que la réduction extemporanée est couronnée de succès.

3°. Traitement orthopédique de douceur. C'est la réduction lente, méthode essentiellement française. Elle fut préconisée, en 1839, par Pravaz qui provoqua, à son propos, un véritable orage à l'Académie de médecine. Pravaz ramène en bas la tête du fémur au moyen de l'extension continue, puis, par des pressions appropriées sur le grand trochanter et des mouvements de rotation, il réduit la luxation.

C'est à cette méthode que je me rallie dans la majorité des cas. Je l'applique aussitôt, le diagnostic posé, soit vers l'âge de 2 à 3 ans. L'enfant ne doit pas marcher, on le met sur un lit plan un peu dur, dans une gouttière. Bonnet au besoin. On fait de l'extension continue du membre malade, ce dernier étant placé en abduction suivant la recommandation de Lorenz. L'extension a besoin d'être prolongée plusieurs mois, elle procure de très bons résultats, fixant la tête en des points assez voisins de la cavité cotyloïde pour que la marche soit bonne. A mon avis, vouloir toujours obtenir une réduction absolument complète constitue trop d'ambition. Je me déclare satisfait lorsque la tête est fixée dans la cavité cotyloïde ou tout près d'elle et qu'ainsi la morce est normale et la claudication insignifiante.

Je ne songe à l'opération sanglante que si, malgré l'extension continue, vers 7 ou 8 ans (rarement plus tard), les résultats ne sont pas suffisants, la tête remontant et la déformation augmentant dès que le malade met pied à terre.

(Le concours Médical)

OPHTALMOLOGIE

Sur un cas d'ophtalmie purulente congénitale

H. ARMAIGNAC

L'ophtalmie purulente contractée *in utero* est très rare, et encore s'agit il d'ordinaire, dans les observations qui en ont été publiées, d'enfants venus au monde à la suite d'un accouchement laborieux, et souvent plus ou moins longtemps après la rupture de la poche des eaux. Le cas relaté par M. Armaignac est intéressant précisément en ce que les membranes ne furent rompues que trois quarts d'heure avant la terminaison de l'accouchement.

L'enfant en question était une fillette chétive, née

à huit mois et ne pesant que 1.786 grammes ; - les douleurs n'avaient duré qu'une heure et demie, et, après rupture de la poche des eaux, l'expulsion avait eu lieu sans difficulté. Dès la naissance, on remarqua que les paupières étaient gonflées, rouges et tendues, et qu'en les écartant il s'en écoulait une goutte de pus ; les cornées étaient déjà blanches, comme macérées, et fort difficiles à découvrir, en raison du gonflement palpébral. Il existait également une vulvite purulente.

Après avoir pratiqué un lavage complet de culs-de-sac au sublimé et une cautérisation de la conjonctive oculo-palpébrale au nitrate d'argent, on institua des lavages fréquents avec une solution de permanganate ; mais, malgré tous les soins, une large ulcération apparut sur chaque cornée, par laquelle le cristallin fut expulsé au bout de quelques jours. Le prolapsus consécutif de l'iris disparut peu à peu ; quand la guérison fut complète, il restait de chaque côté un leucome adhérent avec un vestige de cornée transparente.

Concernant le mécanisme de l'infection oculaire dans ce cas, M. Armaignac, sans pouvoir éliminer absolument l'hypothèse d'infection par voie sanguine, est plutôt d'avis qu'il s'est agi d'une infection ascendante, le gonocoque, après avoir pénétré dans le tissu utérin, ayant envahi l'amnios, ou ayant même atteint ce dernier directement, sans traverser l'utérus.

(La méd. Orientale)

PEDIATRIE

Traitement des convulsions infantiles

(LASNIEE)

1° Soigner la cause qui leur donne naissance : dents, vers intestinaux, entérite, constipation, etc.

2° Purgatifs : huile de ricin.

3° Donner toutes les heures une cuillerée à café de la potion suivante :

Alcoolature d'aconit racines.....	X gouttes.
Bromure de sodium.....	0 gr. 50 c.
Sirop d'éther.....	10 gram.
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 —
Eau distillée de tilleul.....	70 —

DAUCHEZ

Potion de Todd.....	40 grammes.
Sirop d'éther.....	10 —
Teinture de mélisse.....	10 —
Carbonate d'ammoniaque.....	0 gr. 30 c.

Par cuillerées à café.

Ou :

Asa foetida.....	0 gr 50 à 2 gr.
Miel.....	25 grammes.
Jaune d'œuf.....	No 1.
Lait.....	175 grammes.
Pour un lavement.	

DEBREYNE

Camphre.....	} à 0 gr. 01 c
Asa foetida....	
Extrait de belladone.....	0 — 005 mil.

Pour une pilule. Une à trois pilules par jour.  
Voici le traitement formulé par J. SIMON :

Lavement immédiat d'eau bouillie et de sel, faire respirer quelques gouttes d'éther sur un mouchoir, placer l'enfant dans une pièce fraîche desserrer les vêtements pour faciliter les mouvements respiratoires, donner un bain synapsé tiède, envelopper ensuite l'enfant dans une couverture et lui faire prendre la potion suivante :

Eau de tilleul.....	100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 —
Sirop de codéine.....	5 —
Bromure de potassium.....	1 —
Musc.....	0 gr. 10 c.
Pour un enfant de 2 ans.	
Lavements avec :	
Musc.....	0 gr. 20 c.
Hydrate de chloral.....	0 gr 30 à 1 gr.
Camphre.....	1 gramme.
Jaune d'œuf.....	No 1.
Eau distillée.....	100 grammes.

M. COMBY propose :

1° Dégager le tube digestif soit par un laxatif, soit par les titillations de la luette provocatrices de vomissements.

2° Si l'attaque continue, inhalations d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir.

3° Administrer par cuillerées dans les vingt quatre heures et en lavements, à défaut de la voie buccale, la potion antispasmodique :

Hydrate de chloral.....	} à 1 gramme.
Bromure de potassium.....	
Sirop de codéine.....	X gout.
Teinture de musc.....	} à X gout.
Alcoolature de racines d'aconit.....	
Eau de fleurs d'oranger.....	100 grammes.

4° Dans le cas d'une attaque grave et prolongée, bain tiède donné par le médecin et révulsions sur la nuque ou au besoin sur l'épigastre par un vésicatoire de petite dimension et laissé en place trois heures seulement. Cet emplâtre doit être appliqué avec les précautions antiseptiques convenables et remplacé dès le début de la vésication par un cataplasme.

(J. de méd. de Paris) ...

## DISCOURS

Discours de M. le professeur A. A. Foucher, au banquet de la Société Médicale de Montreal

(Suite et fin)

Mais les parrains étaient encore entachés des microbes néfastes ; on ne connaissait pas encore suffisamment, à cette époque, les sérums qui guérissent et qui immunisent.

L'arrivée d'un essaim de jeunes recrues, venant directement des laboratoires de Pasteur, a été le salut de la Société actuelle et si vous jetez les yeux sur son digne président vous pourrez constater qu'elle est pleine de vie et de santé et qu'elle promet pour l'avenir.

Par mesure de précaution, bien sage vous l'admettez, la nouvelle Société a débuté par une année d'études bactériologiques et histologiques, par l'étude des microbes et du terrain où ils développent.

C'était assurer l'existence de la nouvelle Société ! Maintenant, elle est en pleine voie de prospérité : immunisée contre toute infection mortelle, et elle ouvre ses portes toutes grandes à tous les travailleurs de bonne volonté.

L'Université lui donne cordialement l'hospitalité, la Faculté a vu cette création d'un bon œil et l'entoure de sollicitude depuis sa fondation. Les Rottot, les Hingaton et les Lachapelle sont des nôtres ; s'ils ne comptent pas parmi les plus assidus, néanmoins nous leur savons gré d'apporter leur concours à une œuvre aussi importante.

Comme complément, je dirais comme couronnement de l'œuvre des Sociétés médicales locales, nous apparaissent les congrès généraux tels que l'Association Médicale Canadienne, qui tient ses assises, une fois par année, dans les principales villes du pays, a tour de rôle ; puis, le Congrès des Médecins de langue française, en Amérique, qui s'assemblera à tous les deux ou trois ans. Cette dernière association nous est particulièrement chère, parce qu'elle répond à un besoin longtemps ressenti parmi les médecins de langue française.

C'est une institution indispensable à notre développement ; si elle n'a pas été créée plus tôt, c'est parce qu'on attendait la fin des luttes qui nous ont divisés pendant de longues années.

Inaugurée à Québec, à l'occasion du 50<sup>e</sup> anniversaire de la fondation de notre Université, en juin dernier, le Congrès a réuni près de quatre cents médecins venus de toutes parties du pays et des Etats Unis. Ce fut un succès éclatant qui fait le plus grand honneur à ses organisateurs.

Parmi ceux-là, permettez-moi de mentionner tout particulièrement l'ex-président, le Prof. Brochu, dg

Québec, un des plus ardents promoteurs de l'œuvre, celui qui en a été l'âme dirigeante et le bon génie. Les décorations qui lui ont été décernées en haut lieu prouvent deux choses : 1° que le but poursuivi était patriotique et d'utilité générale ; 2°, que celui qui a le plus contribué à l'atteindre méritait plus que la reconnaissance de son entourage immédiat ; en un mot qu'on ne s'emploie pas à protéger et faire fructifier un héritage précieux comme celui de notre langue sans faire vibrer des cordes sympathiques chez la nation généreuse par excellence qui est notre mère patrie.

Que les vœux et la confiance de mes confrères m'ont élevé à la haute charge honorifique de président général de cette association, je suis heureux de profiter de l'occasion qui m'est offerte de leur rappeler qu'il faut travailler dès maintenant à assurer le succès de la prochaine réunion, qui aura lieu en septembre 1904 ou 1905. Déjà les Sociétés Médicales de Québec et de Montréal ont un projet à l'étude dans le but d'assurer à ce Congrès une coopération active et efficace.

Je suis heureux aussi de profiter de cette circonstance que des confrères d'origine anglaise soient ici présents, pour dissiper quelques appréhensions qu'aurait pu faire naître notre association de langue française. On a pu voir dans cette fondation un but agressif, chauviniste, ou même, égoïste, cependant, il n'en est rien. On a du remarquer que les séances de la Société Médicale Canadienne ne réunissaient pas un grand nombre de médecins canadiens-français ; en certains milieux on a pu croire que les médecins d'origine anglaise, seuls, étaient dans le mouvement scientifique, puisque les nôtres s'abstenaient. On ne prenait pas en considération le fait que parler dans une langue étrangère, qui nous est peu familière, offre de grands inconvénients ; que parler notre langue dans un milieu qui ne la comprend pas, ne sert à rien ; qu'en définitive, assister à des débats, avec un dictionnaire à la main, ça n'est guère intéressant ni pratique. C'est ce qui explique pourquoi nos compatriotes n'ont pas pris, en grand nombre, une part active aux séances de l'Association Médicale Canadienne.

C'est ce qui explique, par le fait même, la fondation d'une association de médecins de langue française. Nous aurons maintenant deux congrès au lieu d'un seul, il n'y aura plus d'excuses pour s'abstenir : et ceux qui ont l'avantage de bien posséder les deux langues, auront double emploi, double avantage ; à eux d'en profiter, et je les y invite cordialement, persuadé qu'il y a tout à gagner à fuir le chauvinisme, à prendre le bon là où il se trouve et les connaissances utiles là où il y a chance d'en acquérir.

En résumé, les sociétés de médecine sont indispensables à notre développement ; nous leur devons, en conséquence, notre appui et notre concours actif afin de grandir et de prospérer avec elles.

Buvons donc à la santé de ces associations qui font notre force en nous procurant les jouissances de la vie intellectuelle.

## Therapeutique et Matière Médicale

### Antiseptique buccale

La Revue française de Médecine et de Chirurgie donne à ce propos quelques indications utiles à connaître.

Les moyens les plus simples pour réaliser l'antiseptie buccale et rhinopharyngée peuvent se réduire à deux principaux ; le savon et l'huile mentholée.

Le savonnage de la bouche pratiqué avec une brosse et le banal savon de Marseille constitue la méthode de choix ; aucun antiseptique n'a une efficacité comparable. Toutes les personnes qui, à l'état de santé, se sont habituées à cette pratique en ressentent les heureux effets dans la maladie. Ce savonnage peut être fait plusieurs fois par jour : on le fait suivre d'un rinçage avec une solution antiseptique légère, telle que la suivante :

Phénosalyl.....	5 grammes
Alcool de cochléaria.....	250 grammes
Teinture de benjoin.....	XL gouttes
Essence de citron.....	V gouttes

Une cuillerée à café dans un verre d'eau bouillie tiède.

Ce rinçage enlève le goût légèrement nauséux du savon et laisse la bouche dans un état de fraîcheur agréable.

Pour le rhino-pharynx, c'est à l'huile mentholée en badigeonnages qu'il faut avoir recours :

Menthol.....	1 gramme
Huile de vaseline stérilisée...	30 grammes

Avec un pinceau stérile, on porte dans l'arrière-gorge quelques gouttes de ce collutoire. L'effet désagréable de cette application est assez passager pour ne pas constituer un obstacle à sa répétition fréquente.

La même huile mentholée sert à désinfecter les fosses nasales. On l'emploie soit en vaporisation au moyen d'un pulvérisateur à poire spécial, soit directement en faisant tomber quelques gouttes dans les narines ou en y exprimant un pinceau préalablement trempé dans le collutoire. Ainsi, on prévient toutes les infections secondaires dont le point de départ est dans la muqueuse nasale ou pharyngée.

Chez les enfants, on ne peut utiliser le savon pour le nettoyage de la bouche. On se servira de pulvérisations à l'eau chloralée à 1 p. 100 ou plus simplement à



l'eau de Vichy. Mais le mieux est de nettoyer mécaniquement les gencives, les dents et les lèvres avec des tampons de coton hydrophile trempés dans de l'eau boratée. Le jus de citron déterge mieux les dents que les eaux alcalines, et peut être aussi utilisé. Ce frottement déterminé, on fait de grands lavages avec de l'eau chloratée, ou avec une solution de phénosalyl à la dose d'une cuillerée à café pour un litre d'eau bouillie.

Les collutoires à base de glycérine entretiennent la muqueuse buccale dans un état d'humidité favorable à la diffusion de l'antiseptique. On se sert de glycérine boriquée ou additionnée d'une petite proportion de phénosalyl (0 gr. 50 p. 100). M. Le Gendre prescrit volontiers chez les enfants la formule suivante :

Acide borique.....	1 gramme
Chlorate de potasse.....	0 gramme 75 cent.
Jus de citron.....	15 grammes
Glycérine .....	10 grammes

Lorsqu'il y a de petites érosions, on peut se servir d'eau oxygénée à 5 volumes, qui exerce une action désinfectante énergique.

Cette antiseptie minutieuse de la bouche atténue considérablement la gravité des maladies, surtout chez l'enfant et le vieillard, en prévenant les complications ou en les empêchant de se développer.

(Gaz. méd. belge)

#### Le traitement interne et précoce de la syphilis par les injections intra-veineuses de sublimé

par M. le Dr TOMMASOLI de Palerme.

Après les travaux de Baccelli et quelques autres cliniciens qui ne demandaient aux injections intra-veineuses de sublimé que la guérison des cas les plus graves et les plus anciens de syphilis, l'auteur résolut de leur demander l'avortement de la syphilis.

Pendant sept ans, il a soumis 44 malades à sa méthode abortive qui est la suivante :

1° Je ne soumetts, dit Tommasoli, au traitement abortif que les malades chez lesquels le diagnostic de syphilome initial est assuré et dont l'infection a été contractée depuis moins de 40 à 45 jours.

2° Il est nécessaire d'être d'autant plus rigoureux dans le traitement que l'infection est plus ancienne ; a) en élevant promptement le sublimé aux doses de 14-16-18 milligrammes ; b) en exigeant que les injections soient faites presque tous les jours et pendant le plus grand nombre de jours qu'il est possible ; c) en continuant ensuite pendant un temps plus ou moins long et tant que le malade y consent, les traitements supplémentaires (frictions mercurielles, injections intra-musculaires soit de sublimé, soit de calomel, ou pilules de pro-

toïdure) avec de courts intervalles de traitement à l'iodure de potassium ou de repos absolu de tout traitement spécifique.

3° Je préviens et je combats le très faible ptialisme que, dans quelques cas, j'ai vu se montrer même immédiatement après les premières injections et à très courte distance de l'injection, par l'hygiène la plus sévère de la bouche et par l'usage répété du chlorate de potassium, du borate de soude et de l'alun.

5° Je préviens et je combats la faiblesse générale qui peut se produire dans beaucoup de cas pendant le traitement, par les précautions hygiéniques ordinaires concernant particulièrement le régime, et par l'administration d'une liqueur renfermant du fer, de l'arsenic, du phosphore, du manganèse et de la strychnine."

Sur les 44 malades, le traitement a absolument échoué dans 8 cas ; dans 6 cas les malades n'étant pas revenus, on ignore les résultats obtenus ; enfin dans 30 cas, les malades sont absolument guéris et n'ont présenté jusqu'ici aucun accident. L'auteur fait remarquer que, dans les cas suivis d'insuccès, ou bien le traitement a été commencé trop tard, ou bien il a été trop léger et fait à des intervalles irréguliers et trop éloignés.

Pour T... sa méthode ne serait pas seulement une méthode de choix ou d'exception, mais une méthode obligatoire. Les inconvénients sont minimes ; il n'y a jamais eu d'accidents graves. Il conclut :

" 1° Le sublimé peut être introduit impunément dans les veines de l'adulte à la dose de 2 centigrammes, et cette notion peut servir même à ceux qui réservent l'usage des injections intra-veineuses pour guérir les syphilides anciennes et graves que les autres méthodes ne guérissent pas.

2° Par la méthode des injections intra-veineuses dans la période primaire, commencée le plus tôt qu'il est possible, et faites le plus énergiquement et le plus promptement possible, et aidées ensuite pendant quelques mois par d'autres traitements spécifiques suivant les anciennes méthodes, nous sommes désormais en mesure de promettre de faire avorter la syphilis dans une proportion qu'on peut estimer actuellement à 80 pour 100 des cas."

(Ann. de Thérap.)

#### Traitement de l'asthme

Dans une récente leçon (publiée par M. G. Max dans la *Tribune Médicale*), M. le prof. Dieulafoy a esquissé, en quelques grandes lignes, la méthode de traitement de l'asthme qui lui paraît la plus efficace :

Qu'il s'agisse de l'accès simple de l'asthme nasal, de l'asthme appelé *hay fever* par les Anglais, qui ne sont qu'une variété de la grande famille des asthmatiques, ou qu'il s'agisse de l'asthme franc, de l'asthme vrai, diathé-

tique, arthritique, gouteux, il faut s'occuper de deux choses :

a) Traiter l'accès d'asthme pour l'atténuer si possible ;

b) Soigner la maladie constitutionnelle, la diathèse. Comment faut-il traiter l'accès d'asthme ?

Supposez que vous êtes appelé auprès d'un individu qui respire difficilement, qui est oppressé, qui tient ses fenêtres ouvertes, qui recherche la fraîcheur et qui vous dit d'une voix difficile qu'il est pris d'un accès d'asthme épouvantable, qu'il en mourra et vous prie de le soulager. Comment le soulagerez-vous ?

Un des traitements consiste à faire brûler dans une assiette du papier nitré et des feuilles de *datura stramonium*. Vous mettez dans une petite soucoupe des feuilles de *datura* concassées et des morceaux très petits de papier nitré que vous faites brûler, et vous priez le malade de respirer les vapeurs qui se dégagent. Si vous voulez donner au malade plus directement votre médication, remplissez une pipe au trois quarts de feuilles de *datura* pour un quart de feuilles de belladone, le tout concassé ensemble, et mettez alternativement une couche de cette poudre et une de papier nitré, en ayant soin de ne pas bourrer la pipe trop fortement, comme le font les fumeurs de tabac, pour donner un accès plus facile à l'air ; puis, faites fumer cette pipe à votre malade. Le papier nitré va activer la combustion et le malade sera vraiment soulagé, l'accès diminuera d'intensité et pourra être amendé.

On emploie aussi la *pyridine*, et aussi les cigarettes confectionnées avec des feuilles de *datura*, quelques feuilles de *jusquiame* et un petit peu d'*opium*, pour calmer le spasme.

Mais il ne faut pas se borner là ; il faut employer la *morphine*, à très petites doses, ayant soin de ne jamais atteindre deux centigrammes. On administrera en injection hypodermique un demi ou tout au plus un centigramme de morphine ; quelquefois, il sera préférable de n'injecter qu'un tiers de seringue, c'est-à-dire trois ou quatre milligrammes.

Je vous recommande surtout la pipe aux feuilles de *datura* et belladone concassées avec du papier nitré, car je l'ai expérimentée bien des fois et elle m'a donné des résultats surprenants ; je la considère comme une médication merveilleuse pendant l'accès d'asthme.

A la rigueur, on pourrait la recommander, même s'il s'agissait d'une jeune femme.

Dans des cas tout à fait graves, et chez les personnes qui ont eu deux ou trois accès d'asthme consécutifs, il faut traiter, en plus, la maladie constitutionnelle, la diathèse.

Pour cela, vous prescrirez une potion à l'iodure de potassium. C'est à Trousseau que l'honneur revient d'avoir institué cette médication, qui est vraiment la

seule efficace. Votre potion contiendra, par cuillerée à soupe, cinquante centigrammes d'iodure de potassium, et vous recommanderez à votre malade d'en prendre deux cuillerées par jour, pendant dix jours. Vous formulerez ainsi votre potion :

Iodure de potassium.....	0 gr. 50
Bromure de potassium.....	0 — 50
Teinture de lobélie.....	15-20 gouttes.

pour une cuillerée à soupe. En faire une dose pour vingt cuillerées à soupe, de façon que votre malade prenne un gramme d'iodure de potassium, un gramme de bromure de potassium, et quarante gouttes de teinture de lobélie par jour.

Après dix jours, vous lui dites de cesser, et vous lui faites prendre deux ou quatre pilules par jour, dont chacune contiendra :

Extrait de belladone.....	1 centigr.
Poudre de feuilles de belladone.....	1 —

Vous ne dépasserez pas ces doses, car deux centigrammes peuvent occasionner, chez quelques individus, des troubles de la vision et de la congestion de la gorge.

A la médication belladonnée, il faut associer la médication arsenicale soit en solution, soit en granules ; mais je préfère la solution, les granules n'étant pas toujours bien dosés.

Voici la formule de la potion :

Eau bouillie.....	100 grammes.
Arséniat de soude.....	0 gr. 05.
Teinture de cochenille.....	Q. S.

pour colorer la solution et la distinguer de l'eau pure, à laquelle elle ressemblerait sans cette coloration.

Dites à votre malade d'en prendre deux cuillerées à café par jour, une cuillerée à café de cette solution contenant deux milligrammes et demi d'arsenic.

Vous pouvez, si vous voulez, ordonner l'acide arsénieux en solution, ou les granules de Dioscoride à 1 milligramme.

Il faut prendre cette potion pendant dix jours. Les autres dix jours du mois, votre malade se reposera.

Si vous avez affaire à un vieil asthmatique, qui vous demande votre avis au sujet du choix d'une station thermale, dites-lui que tous les endroits sont bons, à la condition d'être expérimentés par le malade lui-même. Il faut lui demander où il souffre le moins, où il a le moins d'accès. Tel se portera mieux dans les endroits élevés, tel autre dans les endroits bas. Je me rappelle, à ce propos, le cas d'un officier supérieur, vieil asthmatique, qui avait à Paris d'épouvantables accès d'asthme, et qui se portait à merveille quand il était en garnison à Clermont-Ferrand.

Dans un autre cas, dont parle mon maître Trousseau, il s'agit d'un interne très distingué de l'hôpital

Beaujon, qui était asthmatique et qui tout le temps de son séjour à Beaujon, dans le quartier Saint-Honoré, était pris d'accès d'asthme, ce qui le détermina à changer avec un de ses collègues de l'Hôtel-Dieu.

A l'Hôtel-Dieu, qui est situé au bord de la Seine et par conséquent dans la partie basse de la ville, ses accès l'avaient complètement quitté, et, chaque fois qu'il allait déjeuner avec ses camarades de Beaujon, il était repris de ses accès et payait assez cher le plaisir qu'il se donnait.

(Le concours médical.)

## Un Panama Medico-Pharmaceutique

Nous continuons à reproduire de l'opuscule "CAMBRIOLAGES PHARMACEUTIQUES", quelques lettres de Wertheimer à son copain Faudon de Paris.

Ces lettres se passent de commentaires.

"Seulement tenez-moi bien au courant, et si même vous pouviez faire entrer chez Houdé un garçon fin et intelligent je lui donnerais moi 150 frs. pour y rester un mois dans le but de s'emparer de q. q. lettres de Décary et de Houdé. J'essaie ça ici peut être réussira-je — mais j'aimerais infiniment mieux avoir les originaux que les copies, vous comprendrez ça. Ne vous étonnez pas de ma proposition, j'ai lorsque je suis avec de malhonnêtes gens l'habitude de ne pas jouer le rôle de dupe par excès d'honnêteté, ma famille mes devoirs envois elle sont là qui m'en empêchent. Si j'avais ces lettres une ou deux des plus typiques ça serait une belle fiche pour nous et un beau coup de pointe à donner. Je mets 150 frs. à votre disposition pour cela. Réfléchissez bien que ce que l'on désire c'est vous assommer donc vous avez affaire à des coquins, battez-les sur ce terrain-là, vous verrez quel beau respect ils vous porteront ensuite.

— "Je ne reviendrai pas sur une question déjà"....

Cher monsieur et ami,

"Je vous confirme toutes mes précédentes et vous mets au courant de ce que je fais ici.

"Pepto-fer -- J'ai fait faire le Pepto-fer par un ami suivant la formule que vous avez donné, ce qui, entre parenthèse donne un produit diamétriquement autre que celui que vous avez envoyé. Je vous envoie du reste un spécimen. Aussi j'ai fait venir au magasin des analystes qui ont pris les produits au hasard et vont me donner l'analyse Corrects de plus, je fais faire cette analyse par le même analyste qui a servi Boulanger mais je m'y prends de façon qu'il serait trop long, d'énumérer ici; je vous en causerai en juillet, de plus

"j'ai l'analyse de Robin — bref, la question Pepto va tourner à notre avantage n'ayez crainte et aidez-moi pour le reste où je suis préemptoirement impuissant. J'ai acheté et fourni de ma peptone Schmidt, j'aurais bien tout arrangé les flacons mais ça revient trop cher tel il est préférable de sacrifier le reste ou bien vous le retourner. On a essayé de traiter par le perchlorure mais c'eût été tout à refaire on a donc continué au citrate. Seulement, que ceci vous serve de leçon pour l'avenir. Songez que je me bats tous les jours contre la concurrence Anglaise, Américaine et Allemande, la française est pour moi sans importance, ça je vous l'ai dit déjà, je me fiche de toutes vos puissantes maisons et de leur argent, elles sont et seront constamment impuissantes à me nuire, prenez ça à la lettre."

Cable. — "J'attends la réponse de ce cable dernier avec beaucoup d'impatience car dès que je serai en possession des papiers Glyco, j'agirai énergiquement contre Rougier et je vous prie de croire que je ne le manquerai pas.

Maladresse. — Vous êtes un peu maladroit de m'envoyer des Peptonates et surtout de les envoyer sous leur véritable nom, de les déclarer comme tels et de plus de ne les faire qu'à la teneur en fer de 8 au lieu de 14. Vous pensez bien que je n'ai pas fait la bêtise de les retirer, ils y sont encore et peut être vous reviendront-ils. Car si une enquête se faisait on aurait pu prouver ce que justement je ne veux pas qu'on prouve du reste si j'en avais eu besoin je vous les aurais demandés. Bien plus simple pour vous c'eût été de m'envoyer du peptonate dans un flacon quelconque et des étiquettes tout cela à part.

Marques. — Vos marques tant pis pour vous d'abord pour deux raisons : 1° Qu'elles ne vous appartiennent pas étant au Canada déposées à mon nom, et nombre d'entre elles étant antérieures à nos relations : 2° Ensuite parce que je.....

Seulement, et prenez bien ceci en note, je ne veux avoir désormais à faire à personne d'autre quant à vos marques. Si vous les vendez c'est votre affaire seulement trouvez bien que je ne vous suive pas dans cette transaction et que je vois à protéger mes intérêts.

Après cela faites ce qu'il vous plaira et ne vous en prenez qu'à vous de ce qui pourra en résulter.

Acceptons traite en mai pour vous obliger, mais attendez avant, d'en faire d'autre sinon elles vous seront impitoyablement retournées.

Bien votre,

(à suivre)

G. W.

## Supplement Litteraire

### Les maladies de rois

Quand le premier venu d'entre nous se sent un peu mal à l'aise, il en est quitte pour dire à sa servante : "Nicole, apporte-moi mes pantoufles !" et, pour griffonner à l'adresse de la charmante maîtresse de maison chez laquelle il devait dîner le soir même, un petit bleu libérateur... Après quoi, la conscience en repos et les pieds aux chenêts, il savoure les douceurs du "home," du "sweet home". Le lendemain, il appelle le médecin, qui, selon le cas, rédige une longue ordonnance ou dit à son client : "Cher monsieur, vous n'avez rien du tout !" Que le médecin voie juste ou qu'il se trompe, peu importe, du moins pour lui. Et c'est très simple d'être un malade quelconque. On vit, on meurt, on tue, on guérit au hasard de la fourchette.

Mais il est beaucoup moins commode d'être souffrant quand on est roi, et d'intervenir quand on est médecin du roi.

Voyez le pauvre roi d'Angleterre. Il s'amuse, l'autre matin, à planter un arbre. C'est une distraction comme une autre, bien qu'elle ne soit pas de la plus rare intellectualité et que le fabuliste ait dit :

Passe encore de bâtir, mais planter, à cet âge !

Il est vrai qu'Edouard VII n'est pas, comme le personnage de la fable, un octagénénaire, et qu'après tout il ne soit pas tenu de savoir son La Fontaine par cœur. Donc, le roi d'Angleterre plantait et regardait son petit fils planter... Il rentre chez lui, légèrement refroidi. Il renonce à partir dans l'après-midi pour le château de l'un de ses amis — tel notre bourgeois qui "coupe" au dîner en ville. Voilà le Royaume-Uni sans dessus dessous. Le roi est malade ! Non, il n'est qu'indisposé ! Je vous dis qu'il est malade, je vous dis que c'est grave, très grave ! Mais non ! Mais si ! Un peu de grippe ? Vous nous la baillez belle, avec votre grippe ! C'est bel et bien de l'influenza ! Et un journal médical anglais, un grand journal qui fait autorité, opine doctement : "L'influenza ouvre la porte à toutes les maladies infectieuses !"

C'est qu'il faut bien que les médecins royaux se gardent à carreau. Déjà, ils ont été assez vertement repris par l'opinion pour l'avoir un peu trompée à la veille du couronnement. L'opinion a même prétendu que les médecins s'étaient trompés ; il y a là une nuance ! Alors, il ne faudrait pas recommencer. D'où des précautions infinies, dont le grave inconvénient est qu'elles paraîtront toujours excessives, si Edouard VII n'a qu'un banal refroidissement, et toujours insuffisantes, s'il tombe sérieusement malade. La charge de médecin royal, qui, par ailleurs, offre des compensations, n'est pas sans épines. Il faut même une singulière fermeté de jugement,

à ceux qui l'exercent avec honneur pour ne pas se laisser troubler par la peur du commérage et du reportage. Ah ! le bon vieux temps où un médecin de roi pouvait impunément saigner, purger, tailler, couper, et quand il avait mis son malade en terre, rejeter toute la responsabilité sur le Ciel !

Encore, même au bon vieux temps, y avait-il la jalousie des confrères. Je viens de lire une thèse de médecine où le docteur Maurice Le Maître expose des recherches intéressantes sur les procédés chirurgicaux de l'Ecole bordelaise avant la Révolution. Il y est question d'une opération que le chirurgien Loyseau, un prince de la science à Bordeaux, au XVII<sup>e</sup> siècle, fit subir, avec plein succès, à Henri IV. Ne me demandez pas de détails sur cette opération ; il s'agit d'Henri IV. Je ne sais si je me fais comprendre.

Toujours est-il que, l'an de grâce mil cinq cent nonante-huit, le roi Henri quatrième dut faire appel aux lumières de Loyseau — je dis lumières à dessins, car l'opérateur se servit de certaines "bougies" de son invention, qui firent merveille. — En cinq semaines, le roi fut guéri. Mais il avait traversé un moment critique. Et, à ce moment-là, Loyseau n'en menait pas large. Il raconte, dans son journal, que, sans un vomissement qui survint fort à propos, le roi eût été très mal en point. Or, cet accident, Loyseau l'impute à "quelque excès de nourriture" que fit le roi — les Bourbons n'ont-ils pas toujours été gros mangeurs ? — Mais les "ennemis" et "envieux" d'Loyseau l'imputèrent — quand on ne savait pas encore que les choses tourneraient bien — à l'opération et aux drogues. Le bruit courut, jusque dans Paris, que Loyseau avait, par ses instruments et ses remèdes, mis la vie du roi en péril. Il fallut que le roi lui-même témoignât bien haut en faveur de son chirurgien pour faire taire les médisants. Mais que fût-il advenu de Loyseau et de ses méthodes, et de sa réputation, si Henri IV n'avait pas vomi à temps ?

(Gaz. Méd. belge.)

### Propos d'un petit médecin de campagne

(suite de la page 590)

— Pour une seule raison : *Parce qu'on n'y boira pas d'alcool !* Alors, vous avez la naïveté de croire qu'ils pourront hésiter un instant entre la boisson hygiénique et la boisson alcoolique ? Voyons !... Voyons !... nos ouvriers de la campagne cesseront de s'empoisonner le jour où on leur supprimera le poison... Non ! non ! pas de demi-mesures, vous n'avez qu'un moyen pour supprimer les alcooliques : supprimez ceux qui alcoolisent. Vous aurez beau surélever les droits, surtaxer la matière première, vous n'arriverez à aucun résultat.

— Diable, vous allez bien, supprimer les marchands d'alcool !... mais...

— Oui ! oui ! je sais, en ce pays, le carabotier est une puissance qui dispose de beaucoup de suffrages, partant, de pas mal d'appuis... mais pardon... sta, viator, politicoam calcas !...

— Alors ! vous croyez que c'est le moyen ?

— Oui ! mon cher, et le bon ! Car je ne suis point de l'avis d'un illustre "docteur et professeur en médecine" de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Le père Tissot, de Lausanne, dans *l'Avis au Peuple sur sa santé*, une des premières œuvres de vulgarisation médicales qui aient été écrites, se réjouissait de la disparition des alcooliques. Après avoir cité un nombre incalculable de maladies où leur vice les entraînait, avec un optimisme délicieux, il dit : "Heureusement, la société ne perd rien en perdant ces sujets qui la déshonorent et dont l'âme abrutie est en quelque sorte morte longtemps avant leur corps." Je crois qu'il espérait ainsi sélectionner la race. Tissot oubliait que les alcooliques procréent.

(Normandie méd.)

#### A propos de l'alcool aliment

Les jours se suivent et pour M. Duclaux se ressemblent en ceci qu'ils amènent tous les uns après les autres des faits nouveaux qui certainement doivent être plutôt désagréables à l'éminent directeur de l'Institut Pasteur.

Dans la *Tribune médicale* du 4 février, M. Laborde publie le texte de l'affiche antialcoolique de l'Administration de l'Assistance publique que nous reproduisons ci dessous.

#### L'ALCOOLISME : Ses dangers.

"L'alcoolisme est l'empoisonnement chronique qui résulte de l'usage habituel de l'alcool, alors même que celui-ci ne produirait pas l'ivresse.

C'est une erreur de dire que l'alcool est nécessaire aux ouvriers qui se livrent à des travaux fatigants, qu'il donne du cœur à l'ouvrage ou qu'il répare les forces ; l'excitation artificielle qu'il procure fait bien vite place à la dépression nerveuse et à la faiblesse ; en réalité, l'alcool n'est utile à personne, il est nuisible pour tout le monde.

L'habitude de boire des eaux de vie conduit rapidement à l'alcoolisme, mais les boissons dites hygiéniques contiennent aussi de l'alcool ; il n'y a qu'une différence de doses : l'homme qui boit chaque jour une quantité immodérée de vin, de cidre, ou de bière, devient aussi sûrement alcoolique que celui qui boit de l'eau-de-vie.

Les boissons dites apéritives (absinthe, vermouth, amers), les liqueurs aromatiques (vulnéraire, eau de mélisse ou de menthe, etc.), sont les plus pernicieuses parce qu'elles contiennent, outre l'alcool, des essences qui sont, elles aussi, des poisons violents.

L'habitude de boire entraîne la désaffection de la

famille, l'oubli de tous les devoirs sociaux, le dégoût du travail, la misère, le vol et le crime. Elle mène, pour le moins, à l'hôpital, car l'alcoolisme engendre les maladies les plus variées et les plus meurtrières : la paralysie, la folie, les affections de l'estomac et du foie, l'hydripisie ; il est une des causes les plus fréquentes de la tuberculose. — Enfin, il complique et aggrave toutes les maladies aiguës : une fièvre typhoïde, une pneumonie, un érysipèle, qui seraient bénins chez un homme sobre, tuent rapidement le buveur alcoolique.

Les fautes d'hygiène des parents retombent sur leurs enfants ; s'ils dépassent les premiers mois, ils sont menacés d'idiotie ou d'épilepsie, ou bien encore, ils sont emportés, un peu plus tard, par la méningite tuberculeuse ou par la phthisie.

Pour la santé de l'individu, pour l'existence de la famille, pour l'avenir du pays, l'alcoolisme est un des plus terribles fléaux."

Mais on pense bien que le grand Syndicat des maîtres et marchands de vins de Paris n'a pas laissé passer sans protestation une affiche qui, si elle était écoutée, leur porterait par trop de tort, et, après avoir délibéré, ils ont eu l'idée lumineuse d'interpeller les signataires de l'affiche un procès en un franc de dommages et intérêts et cinquante insertions du jugement à intervenir ! MM. de Selves, Mesureur et Chaix n'avaient qu'à se bien tenir ! Sur ces entrefaites est arrivée la sagesse avec la réflexion, et le Syndicat, après avoir renoncé à un procès dans lequel il a compris, avec quelque esprit qu'il jouerait un rôle un peu ridicule et serait par trop difficile à défendre, a préféré opposer l'affiche à l'affiche : c'est la lutte à armes courtoises :

Que dit cette affiche ? Le voici :

Il résulte des déclarations et des expériences faites par les docteurs Atwater, Bénédic, Boix, etc... et par le professeur Duclaux, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine, directeur de l'Institut Pasteur, que *l'alcool est un aliment et non un poison.*

#### Extrait des annales de l'Institut Pasteur :

"Il est permis de dire aujourd'hui que non seulement l'alcool n'est pas un poison, mais qu'il doit être placé à côté de l'amidon et du sucre, qu'il remplace même par sa valeur alimentaire, car, à poids égal, il contient plus d'énergie. C'est un changement complet de point de vue au sujet de l'homme, et, pour les animaux, le moment approche où l'alcool entrera dans tous les tableaux de ration alimentaire.

"Dans le régime alimentaire de trois hommes bien portants on a pu, sans inconvénients, remplacer du beurre, des légumes et autres aliments analogues par l'alcool sous forme de vin ou d'eau-de-vie.

(A suivre)

# Travaux Originaux

## DE L'INFLAMMATION ET DE SON TRAITEMENT

par M. le professeur J. P. ROTTOT

*Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal (1)*

(Suite.)

On pourrait donc dire que toutes les maladies ne sont que le résultat d'une augmentation, d'une diminution, d'une déviation des fonctions cellulaires, et d'une altération de la substance même de ces cellules. Elles peuvent être toutes ramenées à l'un ou à l'autre de ces types.

Si elles présentent tant de variétés dans leurs symptômes et leurs effets, ça dépend de la constitution du malade, et de la diversité des causes. On pourrait donc dire qu'il n'y a qu'une seule maladie, la perturbation des éléments cellulaires. De sorte que toutes les maladies ne seraient que des variétés de cette perturbation. C'est comme pour le son ; malgré sa variété presque infinie, il n'y a cependant qu'un son. Comme les maladies sont produites par une action nocive sur les éléments cellulaires, tendant à diminuer ou à détruire leur vitalité, il est clair que ceux-ci doivent réagir contre elle et s'efforcer de revenir à leur état normal. Il s'ensuit que toutes les maladies doivent tendre à la guérison, pourvu que la vitalité des cellules n'ait pas été détruite d'emblée.

Si je devais faire un traité complet de médecine, il serait à propos maintenant d'étudier les diverses maladies qui peuvent affecter notre système et d'en donner le traitement. Mais comme je ne veux m'occuper que d'une seule, l'inflammation, j'entre immédiatement dans mon sujet.

### *L'inflammation.*

Qu'est-ce donc que l'inflammation ? Je laisse de côté les plus anciennes théories pour ne m'occuper que des modernes. D'après Conheim, l'inflammation serait la somme des différents processus débutant par la dilatation vasculaire, passant par la margination des leucocytes pour aboutir à la transsudation des substances solides (diapédèse) et liquides (exsudats) appartenant au sang ; et il ajoute que la diapédèse symbolise l'inflammation.

(1) Travail lu au Comité d'Etudes Médicales, aux séances du 26 octobre, du 9 et du 23 novembre 1899.

Le siège de l'inflammation, dit-il, est dans les vaisseaux, et la somme des processus qui s'y passent constitue l'inflammation. Il admet que tout processus inflammatoire d'origine quelconque débute invariablement par un premier acte, le bouleversement fonctionnel, et, en particulier, la perturbation nutritive des éléments cellulaires ; il ajoute que la cellule endothéliale est la première affectée. Il reconnaît que les cellules fixes du tissu conjonctif souffrent profondément par l'inflammation ; mais les lésions qu'elles supportent ne sont à ses yeux que consécutives aux troubles circulatoires. Il ne veut voir dans l'inflammation que l'accumulation diapédétique des leucocytes au milieu des mailles du tissu conjonctif. D'après lui, le processus inflammatoire est l'effet d'une action nocive sur les vaisseaux. Conheim dit que le pus est formé par les cellules diapédésées, car rien ne prouve que ce soit par les cellules fixes.

Virchow est d'opinion que l'essence de l'inflammation est dans le travail prolifératif des cellules fixes du tissu conjonctif. C'est comme une réaction hypertrophique et proliférative des éléments cellulaires plasmatiques (qui font le pus) aussi bien que des cellules des parenchymes (inflammation parenchymateuse). Pour expliquer la diapédèse, Virchow suppose une puissance attractive qu'exerceraient les cellules fixes sur les vaisseaux, et réciproquement sur leur contenu, d'où un courant transsudatif exagéré des liquides nourriciers appelés à fournir les matériaux nécessaires pour cette hyperproduction néo-cellulaire.

Voilà deux théories qui diffèrent notablement l'une de l'autre. Et je ne crois pas que ni l'une ni l'autre nous donnent une idée claire et satisfaisante de l'inflammation.

Examinons donc ces deux systèmes.

Premièrement, Virchow et Conheim s'accordent et sont dans le vrai, en disant que l'inflammation débute par un bouleversement fonctionnel et une perturbation nutritive des éléments cellulaires. Mais ils font erreur en disant, l'un, que les cellules endothéliales sont les premières affectées, l'autre, que l'essence de l'inflammation est dans le travail prolifératif des cellules fixes du tissu conjonctif.

Pourquoi limiter le travail inflammatoire ou au moins son début à ces deux espèces de cellules. Tous les tissus, tous les organes sont formés par des cellules, différentes il est vrai, mais jouissant

de la même vie, et remplissant des fonctions analogues. Comme c'est par elles que la santé et la vie se maintiennent, il est évident qu'un dérangement dans leurs fonctions, dans leur organisation, doit déterminer une maladie quelconque. Il s'ensuit donc que l'inflammation doit commencer dans les éléments cellulaires de n'importe quel organe. La preuve que les cellules endothéliales ne sont pas nécessairement les premières affectées, c'est que l'inflammation débute parfois dans les cellules de la cornée, là où il n'y a pas de vaisseaux. S'il est vrai que l'inflammation débute dans les cellules du tissu conjonctif ou autre, il s'ensuit que le siège de l'inflammation doit être dans les cellules et non dans les vaisseaux ; ceci serait vrai même si les cellules endothéliales étaient les premières affectées. De sorte qu'on fait erreur en disant que la somme des processus qui se passe dans les vaisseaux constitue l'inflammation ; elle n'en est que l'effet, la conséquence.

On pourrait définir l'inflammation, une altération organique et fonctionnelle des éléments cellulaires quels qu'ils soient. Par altération organique on doit entendre une modification quelconque de la cellule même, v. g. induration, ramollissement, transformation grasseuse, granulo-grasseuse, formation de pus, formation nouvelle, (ou la mort des cellules par gangrène).

Par altération fonctionnelle on doit entendre la prolifération des cellules ou hypertrophie, ou leur désassimilation produisant l'atrophie et l'ulcération ; ou bien encore l'exagération ou la diminution de leurs autres fonctions, déterminant une augmentation ou une diminution de leurs sécrétions ; le tout accompagné de symptômes fébriles plus ou moins prononcés, selon l'intensité de l'inflammation, avec un pouls vite, dur, ou faible, selon que la vitalité du malade a été plus ou moins affectée. De sorte que l'essence de l'inflammation ne peut pas être seulement dans le travail prolifératif des cellules, puisque parfois il y a désassimilation, perte de substance, ulcération.

Au lieu de dire que le processus inflammatoire est l'effet d'une action nocive sur les vaisseaux, on devrait dire sur les éléments cellulaires de ces vaisseaux.

Conheim ne veut voir dans l'inflammation que l'accumulation diapédétique des leucocytes au milieu des mailles du tissu conjonctif. Mais les leucocytes s'y trouvent à l'état normal, c'est

un acte physiologique, et leur accumulation peut survenir sans inflammation, et l'inflammation peut exister sans elle. Conheim fait erreur encore en disant que le pus n'est formé que par les cellules diapédésées. Comment expliquer alors la perte de substance dans les inflammations suppuratives si les cellules fixes ne sont pas détruites. L'explication fantaisiste de la diapédèse par Virchow ne repose sur aucune base solide.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MÉDECINE

#### Eudocardite blennorrhagique avec identification du gonocoque dans le sang durant la vie

MM. HARRIS et JOHNSTON décrivent un cas d'eudocardite rhumatismale survenu chez un nègre de vingt ans. Un an auparavant, le sujet avait eu une urétrite qui avait guéri sans traitement ; ayant contracté de nouveau la blennorrhagie depuis cinq semaines, il entre à l'hôpital accusant des frissons, de la céphalalgie, des vertiges et une prostration générale. A cinq reprises différentes, au cours de la maladie, on pratique des cultures du sang. A chaque épreuve le gonocoque est mis en évidence.

Les auteurs, à ce propos, insistent sur ce fait que, pour obtenir les cultures en question, il n'est pas nécessaire d'effectuer une dilution aussi considérable que pour rechercher le pneumocoque ou le bacille d'Eberth. En effet, quand le sang est très dilué on n'obtient pas de culture : il semble que dans ce cas les microorganismes ne trouvent pas en proportion suffisante les éléments nécessaires à leur nutrition. Les milieux liquides sont plus efficaces que les milieux solides.

(Gaz. des hôp.)

#### L'héroïne dans la laryngite tuberculeuse

par le prof. LEFFINGWELL HATCH, (de New-York.)

L'auteur, d'après la méthode d'application sous cutanée directe, déjà indiquée par le professeur Rosenberg de Berlin, a employé le chlorhydrate d'héroïne comme anesthésique dans la laryngite tuberculeuse. Il rapporte 19 observations de cas traités de cette méthode dans les périodes les plus diverses de la maladie, observations

qui permettent de juger d'une façon certaine de la valeur de la préparation.

J'ai employé l'héroïne, dit-il, le plus souvent dans les ulcérations laryngées tuberculeuses, bien que je l'aie aussi utilisée, comme anesthésique dans quelques cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale. Dans les cas d'ulcères tuberculeux du larynx, l'action du médicament se traduit de deux manières : il calme les douleurs dans la déglutition et arrête la toux ; cette dernière action est d'une grande importance, non seulement pour le bien-être du malade, mais encore pour la conservation de ses forces. L'effet de l'héroïne sur la gorge est semblable à celui de la cocaïne et traduit par l'insensibilisation, la sécheresse et une sensation de plénitude qui persiste quelques heures.

Dans la laryngite tuberculeuse au cours de laquelle la déglutition est si douloureuse, l'héroïne est un vrai bienfait, car après son application, le malade peut avaler sans douleur ni la moindre difficulté.

Le traitement des malades s'est opéré le plus souvent à l'aide d'injections de chlorhydrate d'héroïne dans l'ulcère, à l'aide d'une seringue de Pravaz, dans quelques cas, par l'application d'un tampon d'ouate imbibé de la solution. Quelques minutes après, on procède à l'application d'une solution saturée d'europhène dans l'éther. Les résultats obtenus avec l'europhène seule avaient également été très bons, mais son emploi était toujours difficile et plus douloureux qu'avec le procédé actuel, il faut toujours doser exactement le médicament et ne pas dépasser 0,10 centigr. Les résultats obtenus montrent dans l'héroïne un anesthésique local très pratique, et un succédané de la cocaïne, surtout dans les maladies de la gorge.

(Lyon méd.)

#### Des ulcérations tuberculeuses de l'estomac

par le Dr F. ARLDING. (Th. de Paris).

Fait sous l'inspiration de M. Tripièr (de Lyon), ce travail est consacré à l'étude clinique, expérimentale et anatomo-pathologique des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. Voici à quelles conclusions il arrive : la rareté de ces ulcérations tient à ce que l'estomac est admirablement protégé contre l'infection tuberculeuse d'origine alimentaire par sa constitution anatomique et ses propriétés physiologiques. L'action destructive exercée par le suc gastrique sur le bacille de Koch, incontestable *in vitro*, est faible *in vivo*. Ce bacille, introduit fréquemment et à doses notables dans l'estomac, est donc une menace continuelle d'infection pour l'organisme. Expérimentalement, l'on peut reproduire, mais seulement en injectant les bacilles ou les toxines dans la voie sanguine, toutes les variétés d'ulcérations tuberculeuses de l'estomac ren-

contrées chez l'homme. Les lésions trouvées dans ces cas montrent la résistance de la musculature et de la muqueuse à l'envahissement par les tubercules, et la constance des altérations d'endartérite tuberculeuse. C'est qu'en effet, c'est le plus souvent par la voie sanguine que se produit l'infection. Les bacilles et les toxines, circulant dans le sang des tuberculeux, engendrent des lésions qui deviennent facilement ulcéreuses à raison du processus d'endartérite créé par l'infection tuberculeuse.

De fort belles planches et une bibliographie très soignée complètent ce travail fort original, fort intéressant, et que nous devons signaler à nos lecteurs.

(Ibid)

#### Immunisation relative contre la vaccination nourrissons dont les mères avaient été vaccinées au cours de leur grossesse

Les faits suivants, rapportés par des auteurs différents, paraissent établir qu'il faut attendre une époque plus ou moins éloignée de la naissance pour vacciner efficacement un enfant, si la mère a été elle-même vaccinée pendant la gestation.

J. STRETTON ayant vaccinée une femme enceinte de quatre mois vaccina également l'enfant de celle-ci dans la semaine qui suivit sa naissance ; l'inoculation demeura sans effet. Trois semaines après, même opération suivie du même insuccès. C'est seulement à l'âge de trois mois qu'une piqûre vaccinale détermina l'apparition de la pustule caractéristique. Comme le vaccin de génisse utilisé, prélevé chaque fois dans des conditions identiques, s'était montré efficace chez d'autres sujets, il semble que la vaccination pratiquée chez la mère ait eu une influence sur l'enfant, sans toutefois le rendre complètement réfractaire.

V. Ræske vaccine au mois de juillet une femme enceinte de sept mois. L'enfant naît à terme, et quand, un mois après la naissance, on tente de le vacciner à son tour, au moyen de vaccin de génisse reconnu actif à l'égard d'autres enfants, l'inoculation reste stérile.

Ce n'est qu'à l'âge d'un an qu'on peut obtenir quatre pustules assez petites laissant après elles des cicatrices peu apparentes.

H. Fulton a fait des observations analogues ; cependant, il n'a jamais constaté que les enfants vaccinés dans ces conditions fussent réfractaires au delà de dix-huit mois ou deux ans.

(Gaz. des hôp.)

#### La leucocytose de la rougeole et de la rubéole

La formule hémoleucocytaire de la rougeole, déjà étudiée par MM. Combe et Renaud, vient d'être l'objet



de nouvelles recherches de la part de M. PLATENCA (de la Haye).

De ses observations, l'auteur conclut que, dans la rougeole, il existe, à la phase d'incubation, une hyperleucocytose marquée, portant sur les polynucléaires neutrophiles. Cette hyperleucocytose est suivie, pendant les derniers jours de l'érythème et pendant l'exanthème, d'une hyperleucocytose, et pendant la même période, il existe quelquefois une forte lymphocytose, lymphocytose qu'accompagnent toujours une violente diarrhée et une adénopathie générale. Après la fin de l'exanthème, le nombre de leucocytes revient à la normale, sauf complications. Les mêmes modifications du sang se produisent dans la rubéole. L'analyse hématologique ne peut donc servir à différencier rougeole et rubéole.

(Ibid)

### Grippe ganglionnaire de la fosse iliaque

par M. le Dr REIGNIER (de Surgères).

Le cas pathologique que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris n'est pas banal. Je n'en ai rencontré qu'un dans tout mon exercice, mais pour mieux s'affirmer, il s'est présenté deux fois sur le même sujet à une année d'intervalle. Je n'apprendrai rien à mes distingués collègues en leur disant que la grippe frappe presque tous les systèmes et que la glorieuse appendicite dont tous les services de chirurgie sont en quelque sorte pavés depuis quelques années et très probablement une manifestation morbide que la grippe réclame comme une de ses dépendances les moins contestées.

La grippe abdominale frappe l'intestin; elle frappe l'appendice, dans mon observation elle va frapper le tissu cellulaire de la fosse iliaque et ses ganglions si heureusement injectés par Marseille (février 1902).

J'étais appelé, il y a deux ans, dans un village situé sur la limite des Deux Sèvres et de la Charente Inférieure, auprès d'une malade âgée de cinquante ans, soignée infructueusement depuis trois mois pour une entérite chronique à cause mal établie. Malade maigre, émaciée, complètement vidée au physique et au moral, Elle a subi la médecine des symptômes: lavements, opiacés, sous-nitrate de bismuth à jet continu, alimentation rationnelle.

Le fait était tellement étrange, tellement en dehors des causes usuelles, que le diagnostic n'a pas été fait, ou du moins n'a pas été révélé à la famille, et cependant rien n'était plus aisé que ce diagnostic. Effectivement sans que j'aie eu le moindre mérite dans l'investigation, la palpation me révèle immédiatement dans la fosse iliaque droite, remontant jusqu'à l'ombilic, et atteignant

la ligne médiane, une tumeur volumineuse, située au-dessous de la masse intestinale, dure comme du marbre, lisse, d'une immobilité absolue, comme si elle avait fait partie de l'os iliaque.

Cette tumeur est à peine sensible à la pression, elle n'a point de nodosité, pas le moindre lobule, le doigt ne s'enfonçait point à son niveau, on sent qu'il bute sur quelque chose d'indépressible comme le cartilage. Son développement embrasse la fosse iliaque tout entière, elle fait corps avec elle. Apyrexie le matin, 38° et demi et 39 le soir, 10 à 12 évacuations par jour depuis trois mois; rien dans les poumons, rien dans les organes de l'abdomen, rien dans le petit bassin; tout est localisé dans l'abdomen dont la paroi est souple, sonore, sans sensibilité à la pression et sans la résistance cartonnée que donne la tuberculose du péritoine; le mésentère est libre et la main ne perçoit aucune induration médiane, aucune corde tuberculeuse tendue dans la cavité; du reste, nous ne sommes point sur un fond lymphatique et nous n'avons pas le moindre atome de liquide dans le péritoine qui n'est pas météorisé.

Cette situation dure depuis trois mois; mais la tumeur depuis combien de temps existe-t-elle? est-elle antérieure à la fièvre? à l'entérite? est-ce la dernière évolution d'une tumeur maligne qui précipite l'état général? est-ce un sarcome? J'avoue franchement que devant l'insuffisance des renseignements je n'ose me lancer ni dans le diagnostic, ni dans le pronostic. Seulement, praticien avant tout, je cherche à tirer le meilleur parti possible de la situation et, sans grand espoir, j'institue le traitement suivant:

Contre la fièvre, les injections de chlorhydro-sulfate de quinine sous la peau. Contre la diarrhée symptomatique de la tumeur par action réflexe ou par compression, la cotoïne. Contre la tumeur, les applications alternantes pendant un quart d'heure matin et soir et toutes les minutes de compresses imprégnées d'eau chaude à 50° et d'eau froide à 12° pour réaliser le seul mode possible dans cette localité de l'hydrothérapie résolutive.

Ce qui me dépitait absolument au point de vue du diagnostic, c'était la surface lisse de cette tumeur. Ah! si elle avait été lobulée, si elle s'était présentée sous l'aspect de celle qui s'était offerte à mon observation quelques années auparavant, aspect qui m'avait permis le diagnostic ferme de tumeur ganglionnaire, évidemment c'est de ce côté que j'aurais penché! Qu'on me permette incidemment de faire l'exposé de ce fait absolument instructif, où j'ai eu le bonheur de rencontrer la vérité. C'était encore un de mes clients, déserteur aussi, passé je ne dirai pas à l'ennemi, puisque j'étais avec le confrère en termes parfaits; mais passé d'emblée au spécialiste, parce que chirurgien en renom, et, du reste, justement réputé. Mon très honorable confrère mort depuis, véritable deuil pour la contrée, me renvoya

mon client avec une lettre et dans cette lettre un diagnostic motivé : *Sarcome de la fosse iliaque*. Le porteur a cinquante-trois ans : il a dans la fosse iliaque une tumeur dure comme du caillou. La peau est adhérente, l'individu est maigre et semble fini, la teinte est jaune, cachectique, assurément il sent le cancer. Je palpe, je trouve une tumeur inégale, lobulée, de la fosse iliaque ; je mets la main en arrière du cou, je trouve des ganglions, je respire. Mon confrère, très savant je dois le dire, s'est trop pressé. Je regarde mon déserteur en souriant et sans pose, je lui dis simplement en taponant légèrement la tumeur et sans trop de gouaillerie satisfaite : "Ceci ne tuera pas cela". La prédiction s'est réalisée. J'avais eu affaire à une tumeur ganglionnaire de la fosse iliaque qui s'est du reste abcédée, d'où l'adhérence à la peau. Cet élément de lobulation me manquait donc dans l'espèce. Mais, il y a huit jours, passant dans le service de l'éminent professeur Tillaud, j'eus la bonne fortune de rencontrer une tumeur de même nature dans la fosse iliaque d'une jeune femme, celle-là également non lobulée, et que le savant praticien après beaucoup d'hésitation, a fini par rattacher à une tumeur ganglionnaire dure comme celle que j'avais fait absorber, adhérente absolument à la fosse iliaque, présentant huit jours après un point fluctuant qui semble en confirmer la nature.

Ce diagnostic m'a paru un trait de lumière. L'égalité de la surface n'est donc pas d'un critérium absolu pour écarter la tumeur ganglionnaire et au lieu de tout rapporter à l'inflammation douteuse, puisqu'il n'y avait pas de douleur à la pression du tissu cellulaire ambiant, je me crois autorisé à admettre l'existence d'une adénite multiple et d'une périadénite associée, à forme à peine subaiguë, qui a produit l'ensemble des phénomènes singuliers que je viens de relater. Quoi qu'il en soit, c'était une tumeur soluble puisqu'en deux mois de traitement elle a disparu. Il n'y avait jamais eu de syphilis, et je n'ai point essayé le traitement comme pierre de touche.

Cette disparition, l'absence de ganglions indurés à distance, la fièvre quotidienne et l'évolution rapide de cette tumeur si elle date des accidents premiers constituent un ensemble qui éloigne l'idée de sarcome.

Sa réapparition l'année suivante, annoncée par une invasion fébrile brusque, la diarrhée, la courbature des membres, la céphalalgie, l'anéantissement des forces, l'épidémie de grippe dont nous étions enveloppés l'écartent encore davantage et apportent un appoint sérieux à mon opinion : grippe ganglionnaire de la fosse iliaque et grippe intestinale simultanée.

Pourquoi le bacille de Plesch, qui s'installe avec tant d'entrain sur l'intestin, respecterait-il dans tous les cas le tissu cellulaire et la chaîne ganglionnaire ? Pourquoi ce privilège ! L'existence de la grippe ganglionnaire est-elle contestable et n'avons-nous pas tous vu, dans des cas qui ne sont pas fréquents il est vrai, la

chaîne des ganglions du cou se tuméfier et les glandes de l'aisselle accuser l'infection microbienne ?

Cette hypothèse est la seule qui explique bien la terminaison heureuse de la maladie, car enfin ce qu'il y a de plus intéressant dans le fait, pour le malade surtout, c'est la disparition à deux reprises de la tumeur, de la diarrhée, sous l'influence hydrothérapique et l'affirmation consolante pour le médecin qu'en présence de tumeurs inexplicables et inopérables — celle-là l'était — il y a heureusement autre chose que le bistouri.

Donc honneur à la chirurgie ! mais respect aussi à la médecine qui, dans des circonstances bien moins limitées que le public et même quelques chirurgiens ne se l'imaginent, peut, en appelant à son aide toutes ses réserves, dont surtout l'hydrothérapie, peut, dis-je, arriver à réaliser de véritables merveilles.

(J. Med. de Paris).

#### Frictions médicamenteuses contre la tuberculose pulmonaire

D'après M. le Dr Turner, de Melbourne, les médicaments qu'on emploie habituellement pour combattre la tuberculose pulmonaire (créosote, gaiacol et huile de foie de morue) peuvent être introduits dans l'économie à l'aide de simples frictions cutanées, au lieu d'être administrés par la bouche, ce qui provoque souvent des troubles digestifs. Pendant deux ou trois jours, on pratique, en guise d'entraînement, des lotions froides ; puis, le malade étant dévêtu, on lotionne d'abord le corps avec une solution faible de bicarbonate de soude (4 gr. pour 500 gr. d'eau), et, après l'avoir essuyé avec une serviette on frictionne vigoureusement tout le tronc, à partir du cou jusqu'au bassin, en avant et en arrière, avec la mixture suivante :

Créosote ou gaiacol..... 15 gr.  
Essence de citronnelle..... 4 gr.  
Huile de foie de morue..... Q. S. p. 120 gr.

Avoir soin, en même temps, de pétrir légèrement l'abdomen avec la mixture. La quantité de mixture employée varie d'une à deux cuillerées à bouche, suivant l'âge du sujet. Chaque séance dure un quart d'heure ; elle est répétée tous les jours.

M. Turner a vu, sous l'influence de ces frictions, une amélioration considérable de la fièvre, de la toux, des sueurs. C'est surtout chez les enfants traités au début de la maladie que l'on observe d'excellents résultats.

Quand le patient ne peut accepter les frictions à l'huile de foie de morue et à la créosote (l'essence de citronnelle ne masquant pas complètement l'odeur de ces produits), on peut pratiquer des frictions d'huile d'olive, qui, sans être aussi efficaces, n'en sont pas moins douées d'une heureuse action.

### Diabète et tuberculose pulmonaire

M. le Dr. L. Rénon a traité magistralement, dans les *Archiv. gén. de médecine*, la question de la tuberculose pulmonaire accompagnant le diabète : nous retiendrons spécialement son appréciation sur le traitement.

Quel traitement peut-on opposer à la tuberculose pulmonaire des diabétiques ?

Doit-on traiter seulement la tuberculose ou le diabète, ou, au contraire, les deux à la fois ? Questions importantes, certes, mais beaucoup moins que la prophylaxie, seule méthode d'une efficacité certaine pour prévenir cette redoutable complication.

C'est là un point capital : pas de cohabitation avec un tuberculeux pour un diabétique. Qu'on admette la contagion par les bacilles secs, dans la poussière des crachats desséchés, ou par les bacilles en suspension dans ces gouttelettes de salive projetées de tous côtés, lors de la toux ou même de la parole du tuberculeux, peu importe : le danger est le même, et il est extrême. Si dans une même famille il existe un tuberculeux et un diabétique, il faut de toute nécessité les isoler l'un de l'autre. Le diabétique hospitalisé dans une salle de tuberculeux court des risques énormes. Il en est de même du diabétique issu de souche tuberculeuse, qui doit encore plus qu'un autre soigner son diabète et éviter les chances de contagion.

Celles-ci sont naturellement diminuées par le traitement rationnel du diabète, qui, en modifiant l'intensité du milieu sucré, rend les infections secondaires moins faciles. Mais il y a, dans la diététique de la maladie, une limite qu'on ne saurait dépasser sans danger, et je partage sur ce point complètement les idées de M. Dieulafoy. "Le régime et le traitement des diabétiques, dit-il, doivent être appliqués avec méthode et avec mesure, sous peine de graves inconvénients. Voici quelle est mon opinion à ce sujet : Pour ce qui est du régime et de l'alimentation, le diabétique doit s'abstenir complètement d'aliments sucrés ; on peut néanmoins lui permettre de sucrer son café ou son thé ou les laitages, avec la saccharine. Il ne doit manger ni pâtisseries, ni entremets sucrés, ni fruits sucrés, surtout pas de raisin. Il choisira dans ses boissons les vins qui ne sont pas sucrés. La bière et le lait sont permis ; le lait est même un bon aliment pour le diabétique (Frémont) ; j'ai souvent prescrit la cure lactée à des diabétiques, surtout à ceux qui étaient en même temps albuminuriques, ils s'en sont bien trouvés.

"Si je suis extrêmement sévère pour les boissons ou aliments sucrés, je le suis beaucoup moins pour les aliments féculents, je ne dis pas, bien entendu, que le diabétique doit se laisser aller à manger du pain et des aliments farineux à loisir, mais je dis que c'est une *erreur grave* que de l'en priver complètement. Suivant le cas, on peut conseiller le pain de gluten ou le pain fait avec de la farine d'amandes (pain de Pavy) ; mais ce

n'est pas une raison pour prohiber complètement le pain normal. Je permets également les pommes de terre, qui peuvent remplacer le pain avec avantage (Mossé) et je me garde de prohiber les sauces qui facilitent et varient l'alimentation.

"Il n'est pas nécessaire, *il est même nuisible*, à mon sens, de chercher, par un régime draconien, à faire disparaître totalement la glycosurie. Tel diabétique qui était robuste et bien portant avec 60, 80, 100 grammes de sucre par jour, maigrit et s'affaiblit, si on le soumet à un régime absolument sévère dont le but est de supprimer totalement et rapidement la glycosurie. Sous l'influence d'un régime intransigeant, le sucre peut, en effet, disparaître très vite des urines (du moins pour un temps), mais la nutrition est viciée et le diabétique est exposé à l'albuminurie, à l'amaigrissement, à la tuberculose".

On comprend facilement l'importance de ces préceptes, puisqu'un régime trop sévère, non seulement ne met pas à l'abri de la tuberculose, mais y conduit directement, en amaigrissant le malade, et nous savons que c'est justement dans une de ces phases de dépérissement que se développe la bacillose.

Autre point important dans la diététique du diabète. Le malade doit boire à sa soif. En buvant comme il en a besoin, il empêche la déshydratation des tissus et favorise l'élimination du sucre.

Le traitement médicamenteux du diabète n'a rien de spécial quand la tuberculose est en jeu. Aucune des médications habituelles n'est contre-indiquée ; on peut utiliser aussi bien l'antipyrine, les arsénicaux, la médication alcaline que la levure de bière et l'opothérapie, puisque plusieurs de ces médicaments ont pu rendre des services dans la tuberculose.

Quand au traitement de la tuberculose, il ne comporte pas non plus, de par la présence du diabète, d'indications particulières. La cure d'air, pourvu que le voyage ne soit ni trop long, ni trop fatigant, et la suralimentation, pourvu qu'elle soit raisonnée, en sont les principaux éléments. On devra organiser la lutte, comme si le malade devait guérir, encore qu'on ne puisse être soutenu par la foi ardente qui nous anime tous dans le traitement de la tuberculose vulgaire.

(Le concours médical.)

## CHIRURGIE

### Traumatisme de l'abdomen. Mort par inhibition.

Par le docteur LE ROY (DES BARRES)

Il s'agit d'un individu vigoureux, bien constitué, qui, au cours d'un rixe, reçut un coup de poing au

niveau du creux épigastrique; il tomba alors sans connaissance, sans avoir poussé aucun cri, et quand on s'empressa autour de lui il était mort.

L'autopsie pratiquée quatre heures après la mort donna les renseignements suivants :

Nulle part il n'existe de traces de violence, sauf au niveau du vertex où l'on note une légère bosse de la largeur d'une pièce d'un franc.

La paroi abdominale antérieure ne présente pas de traces de contusion, il n'y a pas de suffusions sanguines sous péritonéales à son niveau. Seul le grand épiploon, à deux travers de doigt environ au-dessous du milieu de la grande courbure stomacale, offre une ecchymose de la dimension d'une pièce de cinquante centimes; la région correspondante de la paroi abdominale est absolument indemne de toutes lésions.

La cavité péritonéale n'est le siège d'aucun épanchement.

L'estomac est distendu et contient environ un litre de matières alimentaires à peine digérées (riz, débris végétaux).

La muqueuse en est fortement rosée, mais ne présente pas d'érosion ni de suffusion sanguine; la paroi de l'organe est normale.

Les intestins sont indemnes de toute lésion.

Les chylifères sont apparents et les ganglions mésentériques, assez gros, sont résistants et sans trace de caséification ou de suppuration.

Les autres organes abdominaux ou thoraciques sont absolument sains.

Les téguments étant décollés au niveau du crâne, on voit à leur face profonde au niveau du vertex une suffusion sanguine correspondant à la bosse sensible sur la face externe. Le péricrâne à ce niveau est également le siège d'une légère ecchymose. Mais il n'existe aucun trait de fracture ni à la surface extérieure du crâne, ni à la surface intérieure. L'encéphale est normal.

La colonne rachidienne et la moëlle ne sont le siège d'aucune lésion.

En résumé, l'autopsie n'a révélé aucune altération pathologique, aucune lésion traumatique par laquelle on puisse au premier abord expliquer le décès.

Les lésions du crâne sont insignifiantes, et comme aucun coup n'a été porté sur la tête, elles se sont donc produites lors de la chute. La connaissance des commémoratifs permet également d'écarter l'hypothèse d'un empoisonnement.

Reste la possibilité d'une mort subite par inhibition traumatique, et c'est à cette idée que nous nous sommes ralliés. Il y a eu coup porté au niveau de la région épigastrique chez un individu en pleine période digestive d'un copieux repas, conditions rencontrées dans les cas semblables rapportés par les auteurs; de plus, la suffusion sanguine, au voisinage de la grande courbure, démontre que le coup a été donné avec une grande violence.

(Gaz. des hôp.)

### Deux cas de chylurie d'origine filarienne

MM. REMLINGER et HODARA-BEY ont eu l'occasion d'observer à Constantinople deux cas de chylurie due à la filaire du sang. C'est la première fois, semble-t-il, que ce parasite est signalé dans la capitale de l'empire ottoman. Les auteurs attirent particulièrement l'attention sur les particularités suivantes :

1° *L'absence d'hématurie.* — Signalée dans presque tous les cas de chylurie parasitaire, elle faisait complètement défaut chez les deux malades.

2° *La consistance de l'urine*, tellement épaisse qu'on pouvait la couper au couteau, renverser complètement le vase sans qu'elle vint à s'écouler. La coagulation est moins complète d'ordinaire. C'est un sirop épais, tout au plus à une gelée molle que la plupart des auteurs comparent les urines chyleuses.

3° *La faible teneur de l'urine en matières grasses.* — L'examen microscopique ne décelait que de rares granulations. L'analyse chimique ne révélait pas plus de 2 grammes de graisse par litre. Les matières albuminoïdes paraissaient jouer, au même titre que la graisse émulsionnée, un rôle dans la production de la lactescence.

4° *L'éosinophilie* (70 p. 100 chez un malade; 75 p. 100 chez l'autre). — Il y avait en même temps surcharge granuleuse des leucocytes et essaimage de granulations.

5° *La longue durée de la maladie et la bénignité du pronostic.* — L'un des malades était atteint de chylurie depuis cinq ans et son état général ne paraissait se ressentir en aucune façon de la déperdition considérable d'albumine subie par son organisme (18 grammes par litre). Le deuxième, âgé de cinquante ans, avait eu une première atteinte de chylurie à l'âge de vingt-six ans et porteur d'énormes varices lymphatiques inguinales. Il semblait rien être depuis cette époque sous la dépendance de la filariose.

6° *La guérison de la chylurie par la térébenthine à l'intérieur de la vessie au nitrate d'argent.* — Une amélioration immédiate a suivi l'institution de ce traitement et la guérison a suivi de près; la guérison de la chylurie s'étend, car celle de la filariose est encore au-dessus des ressources de la science.

(Gaz. des Hôp.)

### Fracture de la rotule

M. le Dr Jules BRIDOUX, de Lille, a consacré sa thèse à l'étude du pronostic et du traitement des fractures de la rotule. Voici comment il comprend le traitement :

1° On se trouve en présence d'un os fracturé, dont les fragments sont plus ou moins écartés, où des caillots sanguins, des lambeaux de tissus fibreux, un

épanchement, non seulement empêchent la coaptation des fragments, mais encore tendent à augmenter leur écartement ; 2° L'articulation est le siège d'arthrite et d'épanchement ; 3° Le muscle triceps fémoral a une tendance à s'atrophier.

Pour combattre cet état de choses, on doit : 1° Rapprocher les fragments ou, du moins, faire disparaître les obstacles qui s'opposent à leur coaptation, c'est-à-dire l'hémarthrose, l'épanchement et les lambeaux de tissus fibreux ; 3° favoriser la nutrition du muscle triceps fémoral.

En combinant le massage, la compression et une certaine mobilisation hâtive et précoce, on réalise le traitement de choix, lorsque l'écart n'est pas excessif.

Lorsque l'écart est important, on peut utiliser les mêmes ressources ; toutefois, il faut savoir réserver la suture osseuse pour une date qui ne doit pas être trop tardive.

Dans une fracture ouverte, il est préférable de pratiquer d'emblée le cerclage ; il peut en être de même lorsque la profession du sujet nécessite un cal osseux.

Dans le cas de fracture itérative, si la mobilisation et le massage n'ont pas donné de résultat suffisant, il convient habituellement de recourir au cerclage.

Il est préférable de commencer par le traitement non sanglant ; les opérations peuvent avoir leur utilité à une date plus ou moins retardée.

Pendant la période de convalescence, il convient de recourir méthodiquement aux frictions, à la gymnastique de chambre et à la mécanothérapie.

(Gaz. méd. belge.)

#### Diagnostic des fractures

Un médecin hongrois, le Dr Plesch (de Rajecz), a tiré de bons résultats, dans des cas difficiles, de la percussion et de l'auscultation osseuses combinées. Quand on percute l'épiphyse supérieure d'un os sain, tout en auscultant l'épiphyse opposée, on perçoit un son clair, dont les qualités acoustiques dépendent de la longueur, de l'épaisseur et de la densité, de l'os, ainsi que de l'état des tissus voisins. Chez l'homme sain, la percussion du même os des deux côtés donne des résultats identiques. S'il y a fracture incomplète, les vibrations sont mal transmises et le son est altéré ; dans certains cas, on perçoit des bruits métalliques. En cas de fracture totale, le son n'est plus transmis ; on entend seulement de la crépitation si les fragments sont en contact. Pour localiser la fracture, il suffit de rapprocher le stéthoscope du doigt qui percute : lorsque l'on entend le son clair normal, on se trouve au niveau du trait de fracture : Si une lésion quelconque (inflammation, hémorrhagie, etc.) empêche de percuter l'extrémité de l'os malade, on peut

percuter un os voisin, les articulations transmettant assez bien le son. Pour éviter les erreurs, il faut toujours répéter l'opération sur l'os homologue du côté opposé : c'est là un moyen de contrôle utile. Cette méthode permet aussi de localiser d'autres lésions osseuses et M. Plesch a pu l'utiliser pour le diagnostic de la carie costale et l'ostéomyélite du péroné.

Ce procédé, paraît devoir rendre des services dans les cas difficiles ; il est d'autant plus important qu'il est simple et n'exige d'autre instrument qu'un stéthoscope.

## OBSTETRIQUE

### De l'accouchement " post mortem "

par le docteur LOUIS HIRIGOYEN.

Quand un fait d'expulsion d'un enfant hors des parties génitales d'une femme morte vient à se produire, les assistants en sont ordinairement troublés ; mais l'émotion est encore plus grande quand la naissance a eu lieu, comme on dit, *in sepulchro*, après l'inhumation, et que cette naissance est constatée au bout d'un certain temps à l'occasion d'une expertise médicale ou de l'ouverture du cercueil pour une raison quelconque.

Dans ce cas, l'opinion publique s'émeut rapidement, les imaginations se donnent libre carrière : on admet d'emblée que la femme a été enterrée vivante, qu'elle s'est délivrée dans le cercueil et que bientôt ont succombé, à une mort atroce, la mère et son enfant nouveau-né. Sur cette présomption, acceptée sans la moindre hésitation, on base des accusations graves et quelquefois des poursuites judiciaires dangereuses comme dans l'affaire qui vient d'être appelée récemment devant un des tribunaux de notre département. Nous ne voulons ni décrire ni discuter les faits de la cause à laquelle nous faisons allusion ; mais à son occasion nous croyons intéressant de rechercher, au point de vue scientifique seul, ce que l'on sait et ce qui est démontré relativement à l'accouchement *post mortem*.

La littérature médicale offre un certain nombre d'observations de ce genre, qui ne se produisent pas toujours dans les mêmes circonstances.

D'abord, il peut arriver que la femme soit simplement à la fin de la période agonique ou en état de mort apparente quand l'accouchement se termine. Les accoucheurs savent, en effet, que dans les accès éclamptiques par exemple, le travail peut marcher rapidement, et qu'au moment de la mort, quelquefois un peu avant ou un peu après, on voit l'enfant être expulsé mort ou vivant. Voilà un premier point indiscutable admis par tous. " Si, par quelque circonstance inopinée et subite, il arrive qu'une femme périsse très près de la fin d'un tra-

vail naturel à tous égards, elle accouche ordinairement après la mort." (Levret, *Art des Accouchements*, 1766, p. 92).

"L'expérience a démontré que l'enfant a été expulsé vivant hors du corps mort de sa mère, mais ce cas est rare et on ne doit pas trop compter sur ces sortes d'exemples." (Jacobs, de Gand, *Escale pratique des Accouchements*, 1785, p. 240).

On admet donc que des enfants aient pu être expulsés vivants du corps de la mère mourante ou en état de mort apparente, précédant de peu d'instant la mort véritable. Dans ce cas, la circulation fœto-maternelle a pu persister plus ou moins longtemps, la vie n'ayant pas complètement cessé. C'est ainsi que les phénomènes ont dû se passer dans les observations suivantes :

"Un inquisiteur espagnol avait fait pendre, le 14 juin 1551, une femme, quoique enceinte. Quatre heures après la mort de cette malheureuse mère, encore attachée au gibet, deux enfants vivants tombèrent de son sein."

"Thomas Bartholin (1673) raconte qu'un enfant vint au monde près de deux jours après la mort de sa mère."

"La femme de François Arevallos (de Sueffo) tomba malade au terme de sa grossesse et fut enterrée. Le mari, arrivé quelques heures après, voulut revoir sa femme : à peine a-t-on ouvert le cercueil qu'on entend les cris d'un enfant qui fut tiré vivant et sain." (Sue, *Essais historiques sur l'art des accouchements*, p. 239).

Pour expliquer les faits qui précèdent il faut admettre que les femmes sont restées plus ou moins longtemps en état de mort apparente.

Dans un second groupe de faits, l'expulsion du fœtus a lieu dans les heures qui ont suivi la mort de la femme, du premier au troisième jour. Dans ces cas, les fœtus ont toujours été trouvés morts, la persistance de l'hématose fœtale ne dépassant pas une durée de quinze à trente minutes et même moins quand la mort de la femme est précédée chez elle d'une période d'asphyxie. On sait, en effet, que, dans l'asphyxie, le sang maternel emprunte l'oxygène au sang fœtal, et que le fœtus suc combe avant la mère, ce qui explique la rareté de la naissance d'enfants vivants même à la suite d'une opération césarienne faite immédiatement après la mort de la femme asphyxiée.

Au contraire, si la femme a succombé à un traumatisme, si elle est empoisonnée par une substance, comme l'oxyde de carbone par exemple, qui empêche l'absorption de l'oxygène du sang fœtal par les globules du sang maternel, qui ne fonctionnent plus, l'enfant pourra survivre quelques instants à sa mère et être expulsé ou extrait vivant. L'enfant ne peut survivre donc que quelques minutes après la mort de la femme et cela seulement dans certains cas exceptionnels ; mais, quoi

que mort, il est quelquefois chassé hors de l'utérus par les contractions de cet organe qui persistent plus ou moins longtemps. Les observations que je vais citer en sont des exemples.

Hoyer parle d'une femme, morte en travail, mise dans le cercueil et prête à être enterrée, qui rendit, avec bruit un fœtus et une grande quantité d'humeurs.

Hartmann a vu un cas semblable. Harvey cite une dame anglaise, morte, en état de grossesse, et dont l'enfant fut expulsé le jour suivant.

Richter a publié un cas d'accouchement *post mortem* au huitième mois de la grossesse, 1863.

Hunter, deux autres cas, dans les mêmes conditions.

Bartholin, Fodéré, Bemfer, Tourdes, en ont aussi relaté.

Schenk (*Journal d'Hufeland*, 1821), a vu un accouchement se faire du deuxième au troisième jour après la mort de la mère.

Le troisième jour après la mort d'une jeune femme, la garde entendit un grand bruit qui se produisit dans le cadavre. Un médecin appelé tout de suite trouva que la morte venait d'accoucher de deux jumeaux encore enfermés dans les membranes, qui étaient intactes. Les fœtus n'offraient aucune trace de putréfaction ; le placenta seul offrait un commencement d'altération. (Hermann, *The Edimb. med. Journal*, no 6, nouvelle série).

Les naissances survenant ainsi quelques heures ou même un ou deux jours après la mort de la femme s'expliqueraient de la façon suivante : Bichat a démontré que les organes ne meurent pas en même temps, et que l'utérus peut expulser le produit par sa force de rétraction quelques instants après le dernier battément du cœur. Leroux a senti cet organe se contracter un quart d'heure après le dernier soupir. Osriander, ayant pratiqué l'opération césarienne sur un cadavre, vit la matrice se rétracter comme sur le vivant (Chailly-Honoré).

Suivant Taylor Smith, la puissance de l'action réflexe s'exerce encore quelque temps après la cessation complète des mouvements respiratoires, et Brown-Séguard, suivant sa théorie connue, explique la contractilité posthume par le contact du sang non oxygéné sur la fibre musculaire. Cette théorie est très discutée à l'heure actuelle, mais le fait de la persistance de la contractilité est démontré, alors même qu'elle ne serait pas due au contact du sang non oxygéné sur le tissu musculaire utérin.

La contractilité et la rétractilité peuvent donc amener l'accouchement *post mortem* d'enfants morts déjà depuis quelques heures ou même davantage. Mais il est à remarquer que ces naissances *post mortem* ont toutes été observées au sujet de femmes ayant atteint le huitième ou le neuvième mois de la grossesse, et cela se

comprend, ainsi que Levret l'avait déjà fait remarquer : il faut, en effet, que le col de la matrice, le segment inférieur, le vagin, les parties molles de l'excavation et du périnée aient déjà subi une préparation suffisante pour que la contractilité utérine ne soit pas réduite à l'impuissance du fait de leur résistance.

Enfin, la naissance *post mortem*, *in sepulchro*, se produit encore plus tard, quand non seulement la femme est morte, mais encore quand la contractilité utérine a elle-même disparu et alors de nouvelles conditions rentrent en jeu pour produire le phénomène qui nous occupe. C'est sous l'influence de la putréfaction cadavérique que l'expulsion du fœtus s'opère dans ces cas, à une date plus ou moins éloignée du moment de la mort. L'accord est unanime à ce sujet. "Si l'accouchement se fait tardivement après la mort de la femme, il suffit pour l'expliquer de faire intervenir le relâchement des fibres de l'orifice utérin et la putréfaction, car celle-ci engendre des gaz qui distendent l'intestin, refoulent les parois abdominales, compriment l'utérus, la vessie et le rectum, et forcent ces réservoirs à se vider." (Tarnier et Chantreuil, t. I, p. 576).

"Dans quelques cas d'accouchement *post mortem*, il n'est pas démontré que l'utérus ait même agi le moins du monde, et on suppose à tort que la difficulté de l'accouchement après la mort est aussi considérable qu'auparavant." (Duncan, *Mécanisme de l'accouchement*, 1876).

(*Journ. de méd. de Bordeaux*).

## PÉDIATRIE

### Traitement de l'enterite chez l'enfant

(MALBEC)

Si l'enfant est au sein, surveiller le régime de la nourrice, pas d'alcool; peu de viande et peu de vin. Exercice au grand air.

Régulariser les tétées; une tétée toutes les deux heures. S'il y a régurgitation, éloigner les tétées.

Après chaque tétée, faire prendre, à la cuiller un peu de lait de la nourrice coupé de quelques gouttes d'eau de chaux ou d'eau de Vals.

Si la diarrhée ne céda pas, changer de nourrice.

Si l'enfant est au biberon, surveiller la propreté du biberon. Lait stérilisé; pratiquer soi-même la stérilisation du lait en faisant bouillir au bain marie le lait enfermé dans des flacons fermés par des rondelles de caoutchouc.

b) *Pendant le sevrage.*

Continuer l'usage du lait comme boisson; diminuer progressivement le nombre des tétées et rempla-

cer par des biscottes, des bouillies, du racahout, des œufs.

1° S'il y a diarrhée, recourir au régime lacté absolu. Couper le lait avec de l'eau de chaux.

2° Donner, par cuillerées à café toutes les heures, la potion suivante :

Elixir parégorique.....	V gouttes.
Salicylate de bismuth.....	3 gr-
Eau de chaux.....	30 —
Sirop de grande consoude....	} aa 30 —
Sirop de Cachou.....	

3° Faire des frictions sur le ventre avec de l'huile de camomille.

c) *Choléra infantile.*

1° Diète hydrique: Eau distillée, eau albumineuse, eau de riz.

2° Toutes les heures, donner une cuillerée à café de la potion suivante :

Acide lactique.....	2 gr-
Julep.....	80 —

3° Matin et soir administrer un lavement d'amidon cuit dans lequel on ajoutera deux gouttes de *laudanum de Sydenham*.

4° S'il y a collapsus, plonger l'enfant dans un bain sinapisé, pratiquer des frictions sur tout le corps et faire des injections sous-cutanées de 10 grammes avec le sérum artificiel suivant :

Phosphate de soude.....	1 gr.
Chlorure de sodium.....	5 —
Sulfate de soude.....	10 —
Eau distillée.....	1000 —

(*Gaz. med. de Paris*.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Emploi des compresses alcoolisées dans les inflammations des séreuses

Depuis que le professeur Filatov a fait connaître les résultats favorables qu'il a obtenus en traitant une appendicite par les compresses alcoolisées, le professeur SAVELIEV a entrepris une série d'observations pour étudier l'action de ces pansements dans les inflammations du péritoine, de la plèvre et des articulations.

Les compresses imbibées d'alcool éthylique sont couvertes de parchemin, car le taffetas gommé est préparé avec un mastic qui se dissout dans l'alcool, de sorte que le tissu doit être renouvelé souvent de façon à le maintenir constamment humide.

Depuis deux ans l'auteur a très souvent eu recours

à ce mode de traitement et en a toujours obtenu d'excellents résultats.

On ne doit pas oublier de prévenir les malades fumeurs d'être prudents car on a vu dans un cas le pansement prendre feu à l'allumette allumée pour la pipe.  
(Gaz. des hôp.)

#### La levurine dans les états diathésiques (arthritisme)

La plupart des médecins qui ont expérimenté la levurine se sont surtout attachés à en démontrer la spécificité dans les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et dans les troubles gastro-intestinaux. Mais jusqu'ici on n'a pas encore, que nous sachions, attiré suffisamment l'attention sur les bons résultats fournis par la levurine dans le traitement d'états diathésiques très répandus : nous voulons parler de l'arthritisme (ou herpétisme pour Lancereaux). Comment agit la levurine dans ces cas ? Il serait téméraire d'émettre dès maintenant à ce sujet des hypothèses que le temps seul pourra vérifier et confirmer, et il nous paraît plus simple de nous borner à résumer certains faits qui ont déjà été publiés ; ils sont de deux ordres :

Lorsqu'on donne de levurine à certains malades atteints de diabète, par exemple, on constate une amélioration manifeste dans les divers symptômes de l'affection ;

Lorsqu'on administre de la levurine à un rhumatisant chronique sujet à des poussées aiguës, on constate également une atténuation marquée dans la violence des accès, et si, dans la suite, ce rhumatisant continue à prendre de la levurine aux époques où se produisent habituellement les crises, celles-ci ne se produisent plus, ou du moins sont très atténuées. En pareil cas, on a noté des modifications très intéressantes du côté de la sécrétion urinaire : au bout de quatre à cinq jours de traitement par la levurine, on a vu les malades rendre du sable dans leur urine, et celle-ci, analysée, a accusé une différence de composition très nette en acide urique : avant l'emploi de la levurine, l'acide urique éliminé en vingt-quatre heures était, par exemple, de 0 gr. 30, tandis que, après quatre jours de traitement, il était de 0 gr. 80.

Les deux ordres de faits précités nous donnent le droit de présenter que la levurine agit chez ces malades comme un puissant modificateur de la nutrition chez certains malades arthritiques. Le fait était important à signaler.

Gaz. méd. belge)

#### BIBLIOGRAPHIE

*Petite chirurgie pratique*, par les docteurs T. TUFFIER et P. DESFOSSÉS.

Voilà un volume qui arrive à point, qui est bien fait et qui rendra les plus grands services et aux étudiants et aux médecins. Il suffit de mentionner le nom de Tuffier, l'éminent chirurgien de l'hôpital Beaujon, pour savoir que l'ouvrage est à la hauteur de la science française. Ce livre est français en tout : c'est bien, mais le professeur Tuffier, nous pardonnera si, nous relevons une phrase de la page 2. " Les nurses anglaises sont des modèles à cet égard (costume d'une netteté irréprochable), mais il serait désirable que leur instruction médicale fût aussi parfaite que leur tenue ". Nous ne connaissons pas l'expérience de M. Tuffier à cet égard, mais nous n'avons pas à enregistrer de ce côté ici de l'Atlantique, la plainte qu'il formule. Au contraire, pour nous, nous trouvons que le cours de l'infirmière en Amérique est infiniment surchargé et que conséquemment les nurses, au lieu d'être ignorantes, en savent trop pour le rôle véritable que comporte leur mission. C'est un tort.

Une analyse détaillée de ce bon livre serait facile : à chaque page nous ne trouverons que des bonnes choses à signaler. Il vaut mieux alors pour chacun posséder l'ouvrage, le lire, le consulter.

BRENNAN.

*Regional Minor Surgery*, par Geo. G. Van SCHAIK, de New-York. Cet excellent petit volume de 225 pages, est publié par The International Journal of Surgery Co.

Il est écrit pour l'étudiant, pour le praticien, et il atteint bien son but. Il renferme une foule de choses utiles, pratiques que les grands traités négligent de signaler et dont le praticien a constamment besoin.

C'est un ouvrage que nous conseillons beaucoup à l'élève ; en le consultant il s'initiera avantageusement aux travaux pratiques hospitaliers, qui doivent être la base de son éducation chirurgicale.

Le volume se vend \$1 50.

*Le traitement rationnel du diabète*, par M. le Dr A. LORAND, médecin consultant aux eaux de Carlsbad. Une brochure in 8° jésus de 53 pages. Prix 2 fra. (40 cents). (C NAUD, éditeur 3 rue Racine, Paris.)

*Periduodenal Abscess secondary to Ulcer of the Duodenum*, par W. S. Bainbridge, N. Y. Extrait du Medical News.

— *Report of two cases of Cancrum Oris*, par W. S. Bainbridge, N. Y. Extrait des Archives of Pediatrics.

— *Report of Twelve Operations on Infants and Young Children during Spinal Analgesia*, par W. S.



Bainbridge, N. Y. Extrait de la section de Pédiatrie (N. Y. Academy of Medicine).

— *The Influence of the Cervical Sympathetic upon the Eye, with Two Cases of Paralysis*, par W. Cheatham Extrait de American Practitioner and News.

— *Hyoscine in the treatment of Morphinism ; its office and value*, par George I. Pettey de Memphis Tenn ; Extrait de Medical News.

— *Pelvic Deformation in New-York City*, par James Clifton Edgard. Extrait de l'American Gynecological Society.

## Un Panama Medico-Pharmaceutique

(Suite)

Nous continuerons à reproduire de l'Opuscule CAMBRIOLAGES PHARMACEUTIQUES, quelques lettres de Wertheimer à Faudon toujours sans commentaires.

A nos lecteurs de juger les deux copains.

Montréal, 27 janvier 1902.

Mon cher ami,

Vos lettres sont rares et mes cablegrammes communs n'est-ce pas ? Je conçois très bien votre étonnement et afin de le dissiper vous donne ci-dessous quelques explications.

1° Nous avons pris une action contre Boulanger (Déary) c/. en libelle (diffamation) de \$5,000 ou 25,000 frs. pour les raisons suivantes :

1° Qu'il nous accuse de contrefaçon de produits.

2° Qu'il nous accuse de fabriquer nos produits ici.

3° Qu'il nous accuse de ne point exister et si vous existez d'être un type inconnu très quelconque.

4° Qu'il *vous* et *nous* est impossible de faire recevoir nos annonces dans un journal médical français etc., etc.

Vous avez maintenant l'explication de nos cablegrammes.

Nous désirons prouver le contraire de ces allégations, et, sur le conseil de notre avocat, nous avons câblé ; 1o d'annoncer ; 2o de faire passer la liste de tous nos produits aux commissionnaires en ayant soin de quadrupler ou quintupler tous vos prix de manière à rendre *absolument impossible* toute importation.

Nous comptons sur votre célérité pour accélérer toutes ces choses.

**ELIXIR NUTRITIF.**— Il dépose beaucoup et fermente au point que nous avons dû coller une étiquette sur la bouteille pour avertir le client que cette fermentation était due à l'extrême richesse en peptones et au degré d'alcool moindre que dans le Ducrot, etc. Veuillez aviser sans retard, heureusement que nous ne sommes pas dans les chaleurs, tout serait perdu ; aussi et afin de

nous en débarrasser vite, nous l'avons mis en vente à 3 fr. 75 la bouteille 5°/o moins 10°/o. C'est vous dire que c'est en raison de la quantité de bouteilles distribuées en spécimen, les droits 50°/o transport, etc., une perte sèche sur ce produit.

**LISTE.**— Je n'ai pas encore eu le temps de la vérifier, nous sommes en inventaire, mais j'y ai noté de fortes différences de prix.

**VOYAGE.**— Il n'y aurait rien d'extraordinaire à ce que je vous serre la main dans le courant de cet été, j'ai de grands et bien pratiques projets dont je vous parlerai dans ma confidentielle prochaine.

Montréal, 28 août 1900.

Confidentielle Réponse par cable si exécutez ordre.

Monsieur Faudon,

Confirmation de nos précédentes. Nous avions, il y a environ 4 mois, introduit ici les Cacodylates de Clin dont nous vendions une quantité assez considérable ; mais cette maison trop indépendante, se refuse à nous faire de meilleures conditions et nous désirons abandonner son produit. Dans ces conditions nous vous demanderions de nous faire *ordre ferme*

100 boîtes cacodylate de soude tubes injections hypodermiques.

100 boîtes cacodylate de soude globules.

100 flacons — — gouttes concentrées. faire quelque

chose qui soit *aussi bien* que Clin.

Pour les doses c'est identique.

Vous pourriez toutefois, surtout pour les globules, faire des flacons de 80 globules. Ces globules se trouvent toutes faites à Paris, Poulenc, etc., en vendent, au cent, mais nous tiendrions à spécialiser tout cela — le nom à donner serait

### CACODYLATE PAYAN

Vous voudrez bien déposer ce nom et nous en garantir la propriété. Faites-nous du bon et du *bon marché*, nous avons ici assez d'amis pour détrôner le Clin rapidement. Lorsque nous serons en possession du nom, nous le déposerons ici. Du reste nous nous en réserverons la vente exclusive.

Boîte, dimensions etc., calqués sur le Clin. Paiement à trois mois, non compris celui d'expédition Prospectus très *détaillé* en dedans, léger historique scientifique — Contenance de chaque granule, goutte.

Veillez nous croire tout à vos ordres.

EDVE

Rien à faire avec Capillogue. Mais beaucoup avec Glycomorrhum homogène.

NAISSANCE :—

A Ste-Thèle, le 24 courant, l'épouse de M. le Dr B. Bordeleau, un fils, Joseph, Michel Benoit.

## Supplement Litteraire

### L'assurance sur le décès des enfants à l'Académie de médecine de Paris

M. Budin signale à l'Académie les faits suivants : il existe dans le département du Nord des assurances sur décès d'enfants, faites par des compagnies belges ; moyennant une faible rétribution hebdomadaire, ces compagnies versent 20 francs lorsque les enfants meurent au-dessous d'un an ; 25 francs lorsqu'ils succombent à deux ans, etc.

Certaines compagnies, qui ont assuré le père et la mère, versent au décès de chacun des enfants une prime aux parents, sans qu'ils soient obligés pour cela de payer aucune somme supplémentaire ; on comprend que dans ces cas les parents ne soient guère encouragés à bien soigner leurs enfants.

Il y a plus, des personnes autres que les parents peuvent assurer un enfant. Certaines nourrices ne s'en font pas faute, et un médecin du Nord cite une femme qui avait assuré successivement sept nourrissons : tous succombèrent.

Certaines compagnies vont même jusqu'à assurer l'enfant *in utero*, et quand il naît mort, elles paient une prime à la mère.

M. le Dr Dupreux (de Gand) a relevé 141 cas d'assurances sur décès d'enfants, faites dans ces conditions ; au bout de treize mois aucun ne survivait. En supposant que cette statistique soit discutable, il n'en est pas moins réel que ces assurances ne peuvent qu'être funestes aux enfants.

L'Académie voudra sans doute appeler sur elles l'attention des pouvoirs publics.

A la suite de cette communication, l'Académie de médecine vote à l'unanimité le vœu suivant :

“ L'Académie de médecine signale à M. le Ministre de l'Intérieur, président du Conseil, les assurances sur le décès des enfants faites dans le département du Nord par des compagnies étrangères et appelle, sur ces faits, la vigilance du gouvernement.

### Nouvelle loi sur l'alcoolisme en Angleterre

Depuis le 1er janvier, une nouvelle loi, qui n'a pas fait grand bruit lorsqu'elle fut adoptée, il y a quelques mois, est en train de causer un véritable remue ménage dans les tribunaux de toute l'Angleterre. On ne le savait pas dans le public. Mais c'est une arme puissante contre l'alcoolisme qui vient de se révéler.

Jusqu'à maintenant, l'ivrognerie n'était un délit que si l'ivrogne causait du scandale. On ne pouvait le condamner s'il se contentait de tituber, même de zigzaguer,

Le carabattier qui lui avait versé la dernière rasade n'était pour ainsi dire pas inquiété.

Désormais, quels que soient les signes de son état, l'ivrogne peut et doit être arrêté. Homme ou femme, si l'ivrogne a charge d'un enfant de moins de sept ans, il risque, pour le fait de simple ivresse, un mois de prison.

A la troisième condamnation, il passe sur la liste des “ ivrognes chroniques ”, et sa photographie est fournie à tous les carabattiers de son quartier. Dès lors, il est passible d'une amende, puis de la prison, s'il tente de se procurer de l'alcool n'importe où. Les carabattiers de son quartier sont passibles d'une forte amende s'ils lui en vendent : 250 francs la première fois, 500 la seconde, puis de la prison jusqu'à six mois.

Contre toute personne inscrite sur la liste des “ ivrognes chroniques ”, la séparation judiciaire au profit du conjoint peut être immédiatement prononcée. Mais la loi n'a pas prévu le cas (trop fréquent) des époux inscrits ensemble sur la fatale liste. D'où mainte difficulté dans son application, qui pourtant ne date que du 1er janvier dernier.

(Journal de méd. de Bordeaux)

### La prostatectomie à la polyclinique de Bordeaux

Clinique du docteur LOUMEAU

Poème Héroïco-Comico-Didactique.

A mon ami Bertrand, Mire de Beauchermal :  
Dieu te conserve en joie et te garde de mal.

Mon vieux, je viens de voir la Pros-ta-tec-to mie !...  
Au temps — déjà lointain — où notre anatomie  
Nous donnait du tintoin ; où Creveilhier, Sappey  
Nous empêchaient de rire et de dormir en paix ;  
Dans cet heureux temps — où, pour pêcher les gre-  
[noailles,  
Nous passions les nuits dans de folles vadrouilles,  
Nos maîtres n'avaient pas la moindre notion  
Sur l'art de pratiquer cette opération.  
La prostate ! — Jugez du nez de Civiale  
En la voyant... issir de l'urne vésicale !

.....  
Je vais donc, lestement, pour ton plus grand profit,  
Te raconter comment l'opération se fit.  
Loumeau, le Grand Loumeau, le phameux Urinaire !  
Beau comme un Apollon — celui de Réverbère —  
Loumeau qui, dans le ciel lumineux de chez nous,  
Comme les rayons X éclaire les... cailloux  
Qu'il inonde à grands flots de la clarté profuse  
Qu'avec son cystoscope en leur antre il diffuse ;  
Et puis, qui les extrait avec cet or exquis  
Qui lui a, dans nos murs, très justement conquis

L'honneur d'être coté Maître en Urologie  
Et comme un des fleurons de notre Chirurgie.

.....  
Le malade reçoit un excellent accueil  
Et prend place aussitôt dans un vaste fauteuil.  
Loumeau, l'ayant fort bien examiné, constate  
Le vrai corps du délit : dans l'énorme prostate  
On sent distinctement, par le toucher rectal,  
Un corps dur obstruant tout le col vésical.  
De même qu'autrefois — tu permets qu'on badine —  
On prétend qu'à Marseille une énorme sardine  
Obstrua le goulet, rendant pour les marins  
Le Port inaccessible — au temps des Tartarin.....

Chacun, après avoir enlevé sa pelure,  
Déposé son chapeau, brossé sa chevelure,  
S'être lotionné longuement au phénol,  
Complicé de salol, de créosyl, de lysol ;  
Après s'être dûment aseptisé les pattes  
Avec des tas d'alcools et de permanganates, —  
Est, par un frais minois, introduit aussitôt  
Dans le Sacro Sanctum : *id est*, l'étal Loumeau.  
Tout est paré. Jetant des regards circulaires.  
Loumeau, de ses beaux yeux, sourit aux chers con-

[frères :

L'heure est très solennelle. On se parle tout bas,  
Comme dans la veillée — auguste — du combat.  
Tout à coup nous voyons apparaître Sengensse,  
Le plus chic des bouchers de toute la Province.  
Il est maigre, fluet, diaphane, petit ;  
Son œil bleu est profond ; il caresse, il sourit ;  
a voix est douce — un souffle ! — Il prend le fer...

Tout change :

Le chirurgien grandit — superbe, — c'est l'Archange !...  
Il intervient comme aide à l'opération.  
Tel, on verrait Tillaux prêtant aide à Guyon !  
Aussitôt, dextrement, au fond du noir caveau  
Il ouvre l'alvéole à l'aide du ciseau ;  
Et puis, déchiquetant d'un ongle de Rapace  
La malheureuse glande au sein de sa cuirasse,  
Il parvient lentement, à force de gratter,  
A la pouvoir enfin doucement fragmenter.

.....  
Tout à coup, détonnant et catapultueux,  
Du sphincter qui s'entr'ouvre un flot tumultueux  
Jaillit, dans un fracas crépitant de cybales,  
Comme un grésillement clair et sec de cymbales,  
Criblant de ses éclats l'infortuné Loumeau  
Qui, demi suffoqué, vous nous lâche un "Chameau !"  
Fon moins est embrené le malheureux Sengensse  
Qui — toujours calme et doux — se prend à dire :

[ "Oh ! mine

"Voilà ce pauvre anus qui fait son... Mont Pelé !"  
Tél bon mot méritait d'être ici rappelé.

Ouvrons la parenthèse : il ne faut pas qu'on perde  
La boule, quand on est élaboussé d... m...  
En cours d'opération. Car, malgré son odeur  
La matière est... louable, et *ca porte bonheur*.  
Si Loumeau fut nerveux, Sengensse fut Sublime !

.....  
Des gens mal... informés prétendent qu'à Paris  
Beaucoup trop d'opérés meurent... quoique guéris.  
Mon cher, il faut ici chanter tout autre gramme.  
Nous supprimons la mort — simplement — du pro-

[gramme ;

Et sur mille opérés, dans tous nos hôpitaux,  
Mille sortent guéris. Ecoutez-moi plutôt.  
Un mois après, j'allai revoir le pauvre diable.  
Je le croyais défunt ; le bougre était à table,  
Dévorant comme un ogre ; et je suis parvenu,  
Pour mémoire, à chiper la carte du menu :  
Hors d'œuvre, Poulet froid et sauce Mayonnaise,  
Œufs brouillés, côtelette en sauce Béarnaise.  
Crêsson, un Flan crémeux et dûment vanilé,  
Un quart de Roquefort congrûment persillé ;  
Des Pruneaux — laxatif, — plus une Mandarine.  
Enfin, ce vieux Moka, compris deux doigts de Fine.  
Notons qu'il avait bu, pour la digestion,  
Un frontignan complet de St-Emilion ;  
Puis sur la côtelette, au lieu d'eau de citerne,  
Un verre ou même deux d'un excellent Santerne ;  
Enfin, pour le dessert, un peu de Clos-Vongeoit  
Comme on boit seul Rousset, grâce à... St Garengoit.  
"Ça va mieux ?" — "Ah ! dit-il, la mine souriante,  
"Je pisse — à plein canal — à deux mètres cinquante.  
"J'ai cru même sentir, après avoir pissé,  
"Mon muscle caverneux vers l'équateur dressé !  
"Aussi — ne dites pas que mon idée est folle —  
"Avant le carnaval, Cher Docteur, je convole !  
"Béni celui par qui me vient ce renouveau :  
"Le grand, — le génial, — le merveilleux Loumeau !!!"

.....  
Ami Bertrand, vois tu, nous sommes des badernes,  
Et bien trop vieux, hélas ! pour changer de lanternes.  
Pardonne-moi d'avoir à ton intention  
Pondu ces quelques vers sans rimes ni raison.  
Oh ! les rimes surtout ! Elles sont plutôt... minces :  
On fait ce que l'on peut, car on n'est pas... des princes.  
Je sais ton indulgence et ta bonté : voilà  
L'excuse de ton Jean, Mire en Burdigala.

(La vie médicale.)

# Travaux Originaux

## DE L'INFLAMMATION ET DE SON TRAITEMENT

par M. le professeur J. P. ROTTOT

*Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval  
à Montréal. (1)*

(Suite)

Virchow commet, je crois, une erreur en disant que l'inflammation est comme une réaction hypertrophique et prolifératrice des éléments cellulaires plasmiques (qui font le pus) aussi bien que des cellules des parenchymes (inflammation parenchymateuse) ; on ne doit pas faire deux espèces d'inflammation. Il n'y en a qu'une seule.

Ainsi, prenons l'inflammation à son début, suivons-la dans sa marche et voyons s'il est possible d'en expliquer les symptômes et les effets, par les lois vitales qui nous gouvernent. On a vu que pour qu'il y ait inflammation il faut que la cellule soit primitivement affectée ou irritée. En effet, comment pourrait-il y avoir inflammation, avec des cellules à l'état normal. Cette irritation a pour effet, disent Conheim et Virchow, d'augmenter la prolifération et les autres fonctions des éléments cellulaires. De sorte que l'exagération de ces fonctions exigent de la part des cellules une plus grande absorption des sucs nourriciers, c'est-à-dire des substances diapédésées. Afin de donner la quantité suffisante de liquide pour satisfaire l'activité des cellules enflammées, il faut nécessairement que la circulation devienne plus rapide. La rapidité de la circulation est donc secondaire à l'irritation cellulaire, elle en est le résultat. La diapédèse augmente en proportion. Le premier effet de cette inflammation, au premier degré serait donc une prolifération plus considérable, une hypertrophie. Mais le nouveau tissu n'est pas normal, parce que l'activité des cellules se trouve taxée à un trop haut degré, ses nouveaux produits sont mal formés, mal organisés, avec une vitalité moindre. Car si l'inflammation augmente l'activité des cellules, elle diminue leur vitalité.

Letulle, page 329, dit : (Le travail hypertro-

phique bouleverse souvent les rapports préétablis entre les éléments, trouble l'ordination des épithéliums (et des autres cellules) et déforme ainsi les agrégats cellulaires, modifie le volume, les rapports et les fonctions des organes entre eux, à condition que le processus inflammatoire soit assez modéré pour permettre aux éléments de survivre.) Voilà ce que produit l'inflammation à son premier degré. Je suppose que l'inflammation soit plus intense, qu'arrive-t-il ? Les fonctions cellulaires augmentent, l'absorption et la transformation des liquides diapédésés devient plus considérable, la circulation est en conséquence encore plus rapide, la congestion dans les vaisseaux est plus prononcée, la diapédèse aussi, ainsi que l'élévation de la température, et la dureté du pouls. Mais on observe alors que les cellules ne peuvent pas transformer et s'assimiler tous les liquides diapédésés ; il arrive donc que les leucocytes non assimilés restent dans les espaces intercellulaires, et comme l'intensité de l'inflammation n'a pas été assez forte pour détruire leur vitalité, ils s'organisent en fausses membranes. En réponse à une observation faite à ce sujet par Letulle (page 19), on peut dire qu'il est facile ainsi de comprendre que les leucocytes servent à composer l'exsudat fibrineux, et qu'on peut expliquer sans peine la rapidité parfois extraordinaire de ces formations par l'accumulation incessante de leurs masses à la surface des nouvelles couches de fausses membranes.

Supposons que l'intensité de l'inflammation augmente encore d'un autre degré, nous aurons alors augmentation et aggravation de tous les symptômes ci-haut décrits, c'est la somme des processus de Conheim. Nous avons alors tout ce qui anciennement constituait l'inflammation, la douleur, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction, fièvre intense, etc. ; de sorte que les conditions nécessaires à la vie des leucocytes, libres ou fixes, n'existant plus, ils meurent et sont rejetés sous forme de pus. Letulle, il est vrai, dit que la cellule du pus est vivante ; ceci est juste en partie, parce que tout est vivant dans la nature : il n'y a que des transformations ; mais considérée physiologiquement, on peut dire qu'elle est morte, parce qu'elle ne s'organise pas.

La formation du pus n'est donc pas, comme dit Letulle, (page 155), un effort curateur, un procédé de guérison. Le pus est tout simplement un des produits de l'inflammation, un de ses modes

(1) Travail lu au Comité d'Études Médicales, aux séances du 9 octobre, du 9 et du 23 novembre 1899.

de terminaison. Si l'inflammation atteint ses dernières limites, la vitalité des cellules fixes est détruite, la circulation et la nutrition cessent et la gangrène a lieu. Les symptômes sont alors en rapport avec l'importance de l'organe ou l'étendue de la désorganisation. L'inflammation a donc plusieurs degrés ; il n'est pas nécessaire qu'ils soient tous présents pour qu'elle existe ; elle peut parfois ne pas dépasser le premier. Outre la prolifération et l'altération des cellules, l'inflammation affecte aussi leurs autres fonctions ; c'est ainsi qu'on voit leurs sécrétions augmenter ou diminuer selon les cas.

On rencontre une grande variété dans tous les produits inflammatoires. Ceci dépend de la constitution du malade, de la nature et de l'intensité de la cause. Par exemple, on peut avoir une sécrétion plus ou moins séreuse, sanguinolente, des néoplasmes, des hypertrophies, des atrophies, etc.

On peut avoir, dit Letulle, un pus louable, séreux, mal lié, sanie purulente, etc., (page 148) Le pus peut être produit par n'importe quelle puissance irritante, il n'est pas nécessaire que ce soit des microbes. Seulement, on dit que le pus sans microbes est aseptique. Comme toutes les sécrétions des cellules enflammées sont anormales, elles doivent pouvoir, il me semble, étant introduites dans le système, donner lieu à la même maladie qui leur a donné naissance. S'il y a dans le pus d'autres substances irritantes, elles doivent produire d'autres affections. Il s'ensuit que toutes les altérations organiques survenant dans n'importe quelle maladie sont le résultat de l'inflammation. Cependant, l'inflammation n'est pas toujours un mal, elle est parfois nécessaire, par exemple pour réparer les injures faites au système, pour guérir une plaie par première intention, un ulcère. L'inflammation augmente l'activité des cellules, mais elle diminue leur vitalité, de sorte que les formations nouvelles ont aussi une vitalité moindre.

La formation du pus n'est cependant pas toujours accompagnée de symptômes inflammatoires prononcés. Ainsi les abcès désignés sous le nom d'abcès froids surviennent sans fièvre apparente. Il faut donc alors que la vitalité des cellules soit tellement diminuée que la moindre cause suffit pour opérer cette transformation de la cellule normale en cellule purulente.

La formation du pus n'est donc pas due à une

action spécifique d'une substance quelconque, tout dépend de son action irritante, et de l'état du malade. La même cause ne produit pas toujours le pus. Ainsi le streptocoque peut produire une inflammation sans pus, v. g. page 145—l'érysipèle ; de plus le bactérium coli commune, pyogène lorsqu'il est devenu le moins septique, est incapable de faire du pus lorsqu'il est devenu très virulent. Il ne faut pas comprendre par cette expression, *faire du pus*, que c'est le microbe qui le fait : le microbe ne fait que produire une irritation, une inflammation de la cellule, et le pus se forme en vertu des lois physiologiques, par le système lui-même. On a tort de dire que la suppuration doit être considérée comme un acte important pour se libérer. Se libérer de quoi ? De la cause ; mais la cause a produit tous ses effets par la formation du pus ; la maladie est terminée. De sorte qu'on doit considérer la suppuration comme un produit inflammatoire plus ou moins grave selon le cas.

#### *Causes de l'inflammation*

Quelles sont les principales causes de l'inflammation et comment agissent-elles ? La première, par ordre de préséance, c'est notre organisation même. Nous portons en nous le germe de notre propre destruction, qui doit infailliblement nous conduire à la mort, indépendamment de toute autre cause. Le point de départ, la base de notre existence prouve que nous ne sommes pas faits pour vivre toujours. Nous avons vu que notre corps était formé par des substances inorganiques, contrôlées et mises en action par un principe vital, en opposition directe avec les lois physiques, contrôlant ces mêmes éléments inorganiques ; deux pouvoirs opposés et unis ensemble ; que les fonctions vitales de nos organes ne peuvent se faire sans une lutte continuelle, que cette lutte exige par conséquent une dépense de vitalité qui produit un affaiblissement graduel des cellules. Celles-ci s'altèrent, subissent des transformations qui les rendent incapables de remplir leurs fonctions, et la mort a lieu par usure. C'est la mort des vieillards.

(à suivre)

## Revue des journaux

## MEDECINE

## Traitement du rhumatisme par le Jus de citrons

par M. le docteur DESPLATS.

J'ai déjà fait, ici même, de courtes communications sur ce sujet ; depuis, j'ai continué cette médication, tant à l'hôpital qu'en ville ; j'ai reçu également une correspondance étendue : une lettre, notamment, m'était adressée par un officier qui ayant voyagé en Russie, puis en Perse, a vu ce traitement employé dans ces deux pays. J'ai reçu un jour un jeune homme inconnu qui s'est présenté chez moi pour me remercier de la part de sa mère, guérie d'une affection rhumatismale ancienne par le jus de citrons.

Dès le début, j'avais choisis les cas déjà traités par le salicylate de soude ; je citerai, se rapportant à cette époque, trois cas de rhumatisme à marche d'abord aiguë, puis subaiguë et enfin à rechutes successives ; sur les trois malades, le jus de citrons a produit une amélioration très réelle.

À côté de ces malades qui ont fait une expérience récente du salicylate de soude, j'ai choisi des malades vierges de tout traitement : chez eux aussi, après quelques jours, la médication au jus de citron a suffi à les guérir. Bon nombre de malades, en dehors des attaques de rhumatisme franc, présentent des périodes de douleurs qui aux pieds, qui aux poignets, qui dans les muscles, etc... ; le jus de citrons réussit chez eux au même titre que le salicylate de soude.

Bref, rhumatisme ancien, rhumatisme subaigu, rhumatisme aigu franc, petites poussées de douleurs rhumatismales, toutes ces formes sont justifiables de l'emploi du jus de citrons.

Certaines manifestations rhumatismales, non douloureuses, le sont également. Un monsieur m'a fait part de l'observation extrêmement détaillée de sa femme ; en voici les points principaux. Sa femme était prise, tous les soirs, d'un prurit extraordinaire qui compromettait le repos de la nuit à tous deux ; la malade était d'ailleurs impotente. Elle se décida, dans l'espoir de retrouver l'usage de ses membres, à absorber du jus de citrons ; au bout de quelques jours, elle parvint à faire quelques pas, puis, quelques temps après, à retrouver les mouvements disparus ; mais son étonnement ne fut pas moindre de voir que le prurit avait disparu, lui aussi.

J'en viens à la méthode d'administration du médicament. La technique employée en Allemagne était toute systématique : elle consistait à prendre 2, 4, 6 citrons, et ainsi de suite jusque 24 à 25 par jour, puis, à

partir de ce chiffre, à redescendre progressivement jusqu'à 2 citrons ; la consommation s'élevait ainsi de 200 à 212 citrons. La cure durait 18, 19, 20 à 21 jours. Je me suis demandé pourquoi la dose était toujours si élevée, alors que bien souvent elle n'était pas nécessaire pour obtenir de bons effets. Voici donc la règle que j'ai adoptée : prendre le jus de 2, puis 4, puis 6 citrons, chaque fois deux jours de suite à la même dose ; puis, s'arrêter à la dose reconnue active, la maintenir pendant 8, 10 ou 12 jours, jusqu'à disparition complète des manifestations rhumatismales. De la sorte, le traitement est moins pénible, car si quelques-uns absorbent facilement le jus de 15 citrons, beaucoup se plaignent bien avant d'arriver à une dose si élevée. Voici le *modus faciendi* ; je crois utile d'entrer dans quelques détails.

Lorsqu'une médication est en usage depuis un temps assez long, surtout dans un service où le personnel se renouvelle, on assiste parfois à des déviations fort inattendues de la règle adoptée ; j'ai vu certains malades manger consciencieusement les citrons ; d'autres malades absorbaient tout d'un trait le jus de 12 citrons, etc... Lorsque le nombre des citrons devient élevé, il faut les prendre sous forme de limonade, 2 citrons peuvent se prendre en une fois, 4 citrons en deux fois, 6 citrons en trois fois ; on en exprime le jus et on l'additionne de sucre. À 9 citrons, on peut prendre, trois fois par jour, 3 citrons, etc...

Quel est le mode d'action du jus de citron ? Il faut reconnaître que la question est difficile à résoudre ; là-dessus, les chimistes eux mêmes ne s'entendent pas. Pour certains, l'acide citrique favoriserait l'élimination des sels de potasse ; pour d'autres auteurs, il favoriserait l'élimination de l'acide urique ; il augmenterait la quantité d'urée excrétée. L'acidité des urines est-elle modifiée et dans quel sens ? Là-dessus encore, il y a divergences. Ici même, notre collègue M. Schmitt, analysant jour par jour les urines d'un malade traité au jus de citron, avait conclu à la baisse de l'acidité. Depuis cette époque, d'autres chimistes, que j'ai entretenus de la question, se sont montrés moins affirmatifs ; d'ailleurs, ils ne s'entendent pas sur la méthode à suivre pour le dosage de l'acidité urinaire.

J'avais demandé aussi à M. Bousquier, mon chef de laboratoire, des recherches en ce sens ; les résultats des analyses se sont montrés trop peu concordants pour permettre de dégager une loi, dans un sens quelconque : hausse ou baisse de l'acidité urinaire. Bref, les résultats donnés par l'urologie ne sont pas nets. Ignorant donc le mode d'action, bornons-nous à constater l'action du jus de citron qui, dans un très grand nombre de cas de rhumatisme est indéniable.

M. LAVRAND. -- Il serait intéressant, et d'ailleurs facile, de voir si les urines éliminent un excès d'acide urique ; comme cela s'observe dans la goutte.

M. LEMIERE. — Il ne faut pas se borner à suivre l'élimination d'acide urique libre, mais aussi celle des urates.

M. BOSQUIER. — M. Desplats a fait allusion tout à l'heure aux divergences des chimistes touchant la recherche de l'acidité urinaire et les résultats qu'on peut en tirer. Il existe, en effet, plusieurs méthodes de dosage de l'acidité urinaire; les unes donnent l'acidité apparente, les autres l'acidité réelle. Le procédé le plus souvent employé en clinique est celui de la saturation directe de l'acidité par une solution alcaline titrée, exemple: la solution décimolaire de soude; le réactif indicateur est le tournesol phénolphthaleïne. Ce procédé donne l'acidité apparente.

Déjà ici, le choix du réactif indicateur donne des résultats différents; les phosphates acides, qui constituent une grande part de l'acidité urinaire, absorbent des quantités variables de soude suivant l'indicateur: la phthaleïne, qui donne des résultats supérieurs au tournesol, vire lorsque tout le phosphate monosodique est transformé en disodique; on sature ainsi 2 des 3 valences de l'acide phosphorique, on n'atteint donc pas la neutralité chimique absolue; par suite, on n'obtient pas l'acidité réelle, l'alidité absolue des urines. L'acidité réelle, qu'on n'a pas l'habitude de considérer jusqu'à présent en clinique, est donnée par la quantité de base nécessaire pour transformer tous les acides et sels acides en sels théoriquement neutres. Le procédé Gauthier, et d'autres également récents, donnent l'acidité réelle.

Pour en revenir à l'action du citron sur l'acidité urinaire, pourrait-on arriver à dégager une loi par l'emploi des procédés récents de dosage de l'acidité réelle?

Ces procédés eux-mêmes, — d'ailleurs plus longs à suivre, — ne donneraient qu'une solution problématique; en effet, il faudrait tenir compte, et un compte très exact des aliments ingérés chaque jour par les sujets en expérience; car les aliments sont plus ou moins riches en phosphates, plus ou moins acides; ils influent tous, en plus ou en moins, sur l'acidité urinaire. Enfin, les aliments ingérés ne s'éliminent pas uniquement par l'urine, il faudrait tenir compte de tous les *excreta*: matières fécales, sueurs, etc. On voit jusqu'où de pareilles recherches peuvent entraîner.

M. LAVRAND. — La recherche de l'acidité absolue est très complexe; elle dépasse de beaucoup la portée des analyses faites en clinique.

M. FAUCON. — J'ai soumis une malade à la médication par le jus de citron; je n'ai pas observé d'amélioration: la malade avait pris jusqu'à 10 et 12 citrons par jour. Il s'agissait d'une femme atteinte de poussées rhumatismales répétées, cédant habituellement au salicylate de soude.

M. DESPLATS. — Le jus de citron ne réussit pas à coup sûr; je ne prétends pas qu'il soit une panacée.

(J. des sciences méd. de Lille)

### Signes physiques cardiaques du rétrécissement mitral et leur variabilité

par M. le docteur TOLON

Pour être pathognomonique du rétrécissement mitral, le bruit présystolique doit revêtir le caractère non d'un souffle, mais d'un roulement progressif, brusquement terminé par le premier bruit. Assez souvent le bruit présystolique est atypique; il ressemble alors à un dédoublement ou à un prolongement du premier bruit et ne peut avoir de valeur séméiologique que s'il est associé à d'autres signes. Dans une observation due à M. Paviot, il existait un véritable bruit de galop.

Un certain nombre d'auteurs, en particulier d'auteurs anglais, ont signalé un souffle présystolique dans l'insuffisance aortique et dans la symphyse du péricarde ou même en dehors de ces deux affections, sans concomitance de rétrécissement mitral. Il est vraisemblable que beaucoup de ces observations sont des erreurs de diagnostic; le prétendu souffle présystolique était le bruit de galop d'une néphrite, un grattement péricardique ou encore cette prolongation du premier bruit, qualifié de bruit de galop, que l'on rencontre assez souvent dans l'insuffisance aortique. D'autre part M. Tolot rapporte plusieurs observations, dont l'une due à M. Devic, l'autre au professeur Lépine, dans lesquelles l'induration de la mitrale sans rétrécissement orificiel manifeste, a suffi à produire un roulement présystolique. Il en était probablement ainsi dans plusieurs des observations rapportées par les auteurs, car fréquemment la valvule mitrale est notée indurée et sclérosée, sans rétrécissement véritable.

Le souffle diastolique est toujours distinct du roulement présystolique; des caractères qui servent à le distinguer du souffle de l'insuffisance aortique (timbre roulant, propagation vers l'aisselle, disparition au niveau du bord gauche du sternum) aucun n'est pathognomonique. Le dernier caractère, qui est de beaucoup le meilleur, a été trouvé en défaut dans une observation due à M. Mollard (souffle diastolique jusque dans le troisième espace interscostal gauche, contre le sternum, sans insuffisance aortique).

L'existence de souffles diastoliques inorganiques de la pointe, n'est pas démontrée.

Dans la plupart des observations, suivies d'autopsie, de souffle diastolique de la pointe sans insuffisance aortique ni rétrécissement mitral, il existait des lésions souvent même assez marquées de l'appareil valvulaire mitral.

Il est permis de se demander si la sclérose de la mitrale et de ses piliers ne suffit pas à produire un souffle diastolique.

Le dédoublement du deuxième bruit ne peut avoir une signification pathologique que lorsqu'il est nette-

ment perçu et qu'il n'est pas influencé par la respiration normale. Son maximum, souvent même son siège unique, se trouve dans le troisième et quatrième espaces intercostaux, entre la pointe et le sternum ; il est quelquefois localisé en dehors de la pointe. D'après quelques observations le dédoublement du deuxième bruit peut exister avec une simple induration de la mitrale et de ses piliers sans ou presque sans sténose de l'orifice.

L'éclat du premier bruit, en dehors des cas d'intensité extrême, ne peut être qu'un signe de pré-

L'accentuation du deuxième bruit pulmonaire n'a pas de valeur chez les jeunes sujets ; elle est normale jusqu'à 25 ans.

Lorsqu'il existe une insuffisance mitrale concomitante, le roulement présystolique manque le plus ordinairement ; souvent même le dédoublement du deuxième bruit manque également ; dans ces cas le frémissement présystolique peut permettre le diagnostic (Devic).

La variabilité des signes physiques du rétrécissement mitral dépend surtout de la contractilité cardiaque ; le rôle attribué à l'évolution de la lésion ne repose pas sur des faits bien établis. Il suffit que les contractions cardiaques soient moins énergiques que pour les signes physiques s'atténuent ou même disparaissent ; une observation de M. Mouisset montre bien l'influence de la tachycardie consécutive à l'hyposystolie ; dans une observation de M. Bret, une tachycardie à 120, due à une fièvre typhoïde, sans aucun signe d'asystolie, a également fait disparaître les signes. L'influence de l'arythmie est également bien démontrée.

Quelques observations semblent montrer la possibilité de la disparition des signes physiques du rétrécissement mitral en dehors d'un trouble de la contractilité cardiaque ; la question est loin d'être jugée.

La possibilité de constater un roulement présystolique et un dédoublement du deuxième bruit avec une simple induration de l'appareil valvulaire mitral, sans rétrécissement à proprement parler, et d'autre part, une observation due à M. Mouisset, de rétrécissement mitral assez serré, mais sans sclérose de l'appareil vulvaire, avec absence presque absolue des signes physiques propres à l'affection, alors que le malade n'a présenté aucun signe d'asystolie et a succombé à la cachexie cancéreuse, viennent à l'appui de la théorie pathogénique adoptée par MM. Tripier et Devic pour le roulement présystolique et le dédoublement du deuxième bruit.

(Lyon méd.)

### De l'adénopathie axillaire au début de la tuberculose du poumon

par M. le docteur CH. FERNET

Les adénopathies auxiliaires sont assez communes dans les phases initiales de la tuberculose du poumon pour qu'il convienne, je crois, d'ajouter ce nouveau signe à tous ceux qui marquent le début de la maladie. Sans doute, ces derniers sont déjà nombreux ; mais pour qui sait l'importance et aussi les difficultés d'un diagnostic précoce, un signe de plus n'est pas à dédaigner.

Depuis plusieurs années, sachant combien les lésions tuberculeuses retentissent souvent et de bonne heure sur les ganglions lymphatiques, j'avais été conduit à explorer ces ganglions chez les tuberculeux, et bientôt j'ai été frappé de la fréquence des engorgements ganglionnaires de l'aisselle au début de la tuberculose du poumon. Sans être aussi communes que les adénopathies axillaires sont assez fréquentes (j'estime qu'on les rencontre dans le tiers des cas), et comme elles sont très faciles à constater pour peu qu'on se donne la peine de les chercher, elles méritent de figurer parmi les bons signes, parmi ceux qui sont capables d'apporter un appoint sérieux au diagnostic.

Ce sont des adénopathies latentes, ordinairement petites, que le médecin découvre parce qu'il les cherche, et qu'on rencontre surtout chez des malades atteints de lésions commençantes du sommet d'un poumon.

Si l'on explore systématiquement les aisselles des malades qu'on soupçonne d'être atteints de tuberculose pulmonaire, cet exploration, qui à l'état normal ne laisse pas percevoir les ganglions lymphatiques, permet souvent et aisément de sentir un ou plusieurs ganglions situés, soit au fond de l'aisselle, soit sur la face interne de cette cavité, contre la paroi thoracique. Ces ganglions, dont le volume varie de celui d'une lentille ou d'un pois à celui d'un haricot ou d'une noisette et même davantage, sont mobiles et roulent sous les doigts ; ils sont indolents même à la pression, et les malades en ignorent l'existence, ce qui explique qu'ils aient passé inaperçus. En même temps, on trouve souvent quelques ganglions perceptibles sur le côté du cou au-dessus de la clavicule, plus souvent encore des signes qui indiquent une adénopathie trachéo-bronchique.

Je n'ai jamais vu ces ganglions se ramollir ni s'abaisser, au moins dans la première période de la maladie du poumon ; et comme, outre qu'ils sont indolents, ils ne déterminent aucun trouble fonctionnel, ils n'ont vraiment en eux-mêmes qu'une valeur négligeable, leur principale importance me paraît résider dans l'appoint qu'ils apportent au diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Je présume que l'adénopathie axillaire rétrocede ou même disparaît quand la lésion du poumon évolue vers le ramollissement ou vers l'ulcération : ce qui me fait



penser qu'il en est ainsi, à défaut d'observations qui le démontrent, c'est que l'engorgement des ganglions axillaires est beaucoup moins commun à ce degré de la maladie qu'au commencement. Il se passe sans doute pour les ganglions de l'aisselle ce qui, sauf le cas de calcification, advient aussi pour les ganglions trachéo-bronchiques qui, tuméfiés au début de la tuberculose pulmonaire, diminuent de volume dans les périodes ultérieures et qu'on trouve dans les autopsies indurés, scléreux et infiltrés de matière pigmentaire.

Le diagnostic clinique de l'adénopathie axillaire est sans difficultés, puisqu'il suffit d'explorer la cavité de l'aisselle avec l'extrémité des doigts pour sentir les ganglions quand ils sont augmentés de volume. Quand, chez un sujet suspect de tuberculose commençante, cet engorgement ganglionnaire existe et qu'il n'y a d'ailleurs aucune lésion du membre thoracique ou du côté correspondant du thorax qui puisse y donner lieu, on est conduit à admettre la présence d'une lésion tuberculeuse pré-existante dans le sommet du poumon. Sans vouloir exagérer l'importance de ce signe, je crois pouvoir dire que, lorsqu'on est en face d'un de ces cas si nombreux où l'on observe une déchéance générale de la santé sans trouble fonctionnel bien accusé, ou un amaigrissement progressif sans cause bien apparente, et où l'examen de la poitrine ne fournit que des signes douteux et incertains, l'existence d'une adénopathie axillaire ordinairement unilatérale renforce le soupçon de tuberculose commençante du poumon et peut même quelque fois décider le diagnostic. C'est dans les conditions que je viens d'indiquer, que se présente le problème clinique et que l'exploration de l'aisselle prend toute sa valeur.

Je me résume en quelques mots :

L'adénopathie de l'aisselle est fréquente au début de la tuberculose du poumon.

Souvent unilatérale, elle coïncide habituellement avec une adénopathie cervicale du côté correspondant à la lésion pulmonaire.

Elle a une réelle valeur diagnostique dans les cas où les signes de la tuberculose commençante du poumon sont encore douteux et incertains.

(Bull. acad. med.)

## CHIRURGIE

### Traitement des chéloïdes

Que devons-nous faire au malade atteint de chéloïdes ?

Voici d'abord les traitements qu'il ne faut pas adopter. J'ai vu quatre malades confiés à de bons chirurgiens et opérés par eux, et je proscriis le traitement

chirurgical ; il ne faut pas enlever les tumeurs chéloïdiennes avec le bistouri ; il ne faut pas les détruire par les caustiques, ni par cautères potentiels, ni par cautère actuel, car toujours, toujours, par neuf fois sur dix, mais dix fois sur dix, les tumeurs se reproduisent et se reproduisent plus fortes, plus vigoureuses. J'insiste sur cette proscription de l'intervention chirurgicale, car il paraît tout simple et tout naturel d'enlever une tumeur limitée, mobile, et je vous dis : arrêtez votre bras droit avec votre main gauche et laissez tomber votre bistouri.

De *traitement interne*, il n'y en a qu'un seul : le traitement arsenical : M. SEVESTRE a pu, grâce à lui, guérir une chéloïde, à la vérité unique et petite. Il faut donner de l'arséniate de soude ; l'iodure de potassium et la teinture d'iode n'ont donné aucun résultat.

Comme *traitement externe*, local, vous pourrez choisir l'un des suivants :

RAYER recommandait la compression prolongée ; HARDY se servait avec plus de succès de l'emplâtre mercuriel de Vigo. La compression permanente, continue, est d'ailleurs assurée par la présence de cet emplâtre de la tumeur. Un médecin anglais, BROWNING, a préconisé les badigeonnages pratiqués tous les cinq jours avec du collodion au sublimé à 1 pour 30 : c'est encore un moyen de faire de la compression.

M. MARIE a eu recours à l'huile créosotée à 20 pour 100. Il l'injectait dans la tumeur, regardée par lui comme parasitaire, et la tumeur, à la suite de ces injections, se momifiait et, en quelques jours, se transformait en une eschare sèche. J'ai suivi sa méthode sans profit, j'ai eu des phénomènes inflammatoires et j'ai vu s'accroître la tumeur ; alors j'ai mis des emplâtres créosotés et j'ai eu des résultats moindres qu'avec l'emplâtre de Vigo.

Vous pouvez chercher à modifier les conditions de la circulation, prescrire des douches sulfureuses locales, chaudes, deux fois par jour et amener une diminution de la tumeur.

Le meilleur procédé, celui qui m'a le mieux réussi, pour traiter la chéloïde cicatricielle, c'est la *sacrification*. Pourquoi les sacrifications linéaires ne donnent-elles pas un coup de fouet à la tumeur ? pourquoi la tumeur détruite par elles ne récidive-t-elle pas ? Je l'ignore ; ce que je puis affirmer, c'est qu'elles m'ont donné d'excellents résultats. Il faut les continuer pendant trois, quatre et cinq ans.

J'ai soigné par cette méthode une jeune fille de quatorze ans qui portait trois chéloïdes sur la joue. Ses tumeurs étaient consécutives à un lupus ; un premier chirurgien les lui avait brûlées, un autre les lui avait cautérisées et après cela les chéloïdes avaient atteint chacune le volume du pouce. Je les traitai vainement par l'huile créosotée, puis les emplâtres. Après ces échecs, je me décidai à les sacrifier et je les vis s'améliorer peu à peu ; je les ai scarifiées pendant six ans et

demie ; la jeune fille est guérie depuis l'an passé seulement, mais bien guérie.

Un autre procédé très recommandé est l'*électrolyse* qui n'offre pas les mêmes dangers que les caustiques. Il ne m'a rien donné de bon chez ma jeune fille, mais, dans d'autres cas, il a amené la guérison.

Le pôle actif, le pôle destructeur qu'il faut placer dans la tumeur, est le pôle négatif. Le courant convenable est de quatre à cinq milliampères qu'il faut faire passer pendant quelques secondes ou une minute ; on renouvelle les séances tous les huit ou dix jours. Il est bon d'agir avec prudence, car j'ai vu, au niveau de la piqûre de l'aiguille reliée au pôle négatif, se développer une petite chéloïde nouvelle : en pareille circonstance, il faut cesser les applications.

En résumé, pour traiter un sujet qui veut se débarrasser de ses chéloïdes, vous lui donnerez de l'arsenic à l'intérieur. Localement et comme traitement d'attente, vous placerez des emplâtres de Vigo sur la tumeur, et comme procédé curatif, vous aurez recours aux scarifications linéaires quadrillées ou à l'électrolyse unipolaire négative.

(Ann. de Thérap.)

#### Un cas de glossite phlegmoneuse

par le Dr Henri MONSCOURT

Nous avons observé avec le Dr Nigay un cas de glossite phlegmoneuse. Cette affection n'étant pas fréquente, nous croyons utile d'en rapporter l'observation.

Elle concerne un homme, âgé de quarante ans environ, qui souffre de la gorge depuis quatre ou cinq jours, éprouve de la difficulté pour avaler, et parle avec la plus grande peine. Il y a de la céphalalgie, des frissons et une forte fièvre.

Le cinquième jour, nous le trouvons dans un fauteuil, l'air anxieux, la face congestionnée, les yeux injectés, la respiration sifflante, convulsive, l'haleine fétide, en proie à des frissons répétés et une fièvre de 39 degrés. Il ne peut prononcer une parole, il se fait comprendre par des signes. La déglutition est absolument impossible ; voici d'ailleurs trois jours qu'il n'a pu absorber quoi que ce soit. La respiration se fait avec difficulté. Pas de sommeil par suite de la céphalalgie et des élancements ressentis dans la bouche et la tête.

Le cou est volumineux sur toute sa région antérieure, gonflé sur tout le côté droit, mais il ne présente de tumeur nulle part. Dans toute son étendue, la peau conserve sa coloration normale. La pression dans la région cervicale provoque de fortes douleurs qui irradient vers la face et vers la cavité buccale.

La bouche est entr'ouverte, et entre les mâchoires écartées, on aperçoit la langue volumineuse, qui rem-

plit toute la cavité buccale et empêche les mâchoires de se rapprocher. Elle est si gonflée qu'elle comble, en bas, l'espace compris entre les dents ; elle les déborde même, et s'applique, par sa face supérieure, contre la voûte palatine à laquelle elle paraît collée. Sur les bords de la langue, on aperçoit les empreintes des dents. Sur sa face supérieure, elle est recouverte, par places, d'un enduit saburral et de quelques fuliginosités. La muqueuse buccale est rouge.

La langue forme une masse molle, oedématisée, et comme entièrement gonflée de liquide. Quand on place l'abaisse-langue on ne rencontre aucune résistance ; au contraire, l'instrument la déprime dans sa totalité. Les bords ont une hauteur de deux travers de doigt et présentent la même apparence à droite qu'à gauche. Mais une petite pression sur le bord droit y amène de vives douleurs et des élancements qui irradiant la tête et le cou, tandis qu'à gauche elle est beaucoup moins sensible. La douleur et la fluctuation sont bien plus accusées à droite, autant qu'il est possible dans ces conditions de le constater.

Une ponction dans la langue, avec une seringue de Pravaz, ramène un pus horriblement fétide. Au même endroit nous enfonçons, de 3 à 4 centimètres, la lame d'un bistouri ; il sort une vingtaine de grammes de pus, d'une odeur infecte, et de couleur chocolat.

Le soulagement est instantané : la langue se dégonfle en partie, elle peut remuer ; la parole sort plus facilement, la respiration devient plus libre, et, surtout, le malade peut boire.

Pendant toute la soirée, d'heure en heure, il procède à des lavages de bouche. La nuit, il peut dormir ; mais, le lendemain matin, il est pris de nausées et subitement il se met de nouveau à cracher du pus, à peu près autant que la veille, aussi infect et de même couleur.

A partir de ce moment, la langue diminue encore de volume, redevient mobile ; le malade parle, boit et commence à manger.

Le surlendemain la fièvre est tombée ; il ne ressent plus de douleur, mais seulement un peu de gêne dans la bouche qui se ferme très facilement. Le cou est bien moins gros, la langue a diminué considérablement de volume, elle est tout à fait mobile. Elle permet de voir le pharynx qu'il avait été impossible d'examiner auparavant, et de constater que le voile du palais, les amygdales, les glandes salivaires ne présentent aucune lésion.

Deux jours après, le tout était rentré dans l'ordre, la guérison était complète.

En terminant, nous croyons devoir attirer l'attention :

1° Sur l'apparition imprévue de ceste glossite, qui ne se rattache à aucune des causes habituelles, et sur la brusquerie du début.

2° Sur l'augmentation rapide et énorme de la langue, qui dès le quatrième jour ne pouvait plus être con-

tendue dans la cavité buccale et rendait la respiration difficile et l'alimentation impossible.

3° Sur les conséquences immédiates de l'incision, qui, en dégonflant aussitôt la langue, permit au malade de respirer, de parler et d'avaler librement.

4° Sur la rapidité de l'évolution terminée en moins de huit jours.

En somme, bien que se manifestant par des symptômes d'une réelle gravité, l'affection n'en a pas moins eu une issue heureuse.

*Gaz. des hôp.)*

## OBSTETRIQUE

### A propos du diagnostic de l'infection puerperale avec la dothiènerie et le paludisme

par le docteur P. SAVELLI.

Le 31 décembre 1902, entre dans le service de gynécologie de notre maître, M. le professeur Quirel, la nommée Ph... Fern..., journalière, âgée de 21 ans. Quel n'est pas notre étonnement d'apprendre que cette femme vient d'accoucher en ville, depuis quelques heures à peine : l'accouchement a été normal ; seulement la sage femme, pour des raisons extra-médicales, n'a pu continuer ses soins à la nouvelle accouchée et l'a fait envoyer à l'hôpital.

Nous pensons néanmoins à quelque rétention placentaire ; mais il n'y a pas d'hémorragie, et d'ailleurs l'examen des organes génitaux reste complètement négatif.

La malade nous dit bien qu'elle souffrait un peu de la tête depuis quelques jours, mais ce symptôme n'attire guère notre attention. Du reste, la température est normale et le pouls régulier.

Le lendemain, la température s'élève brusquement à 40° ; comme il y a quelques lochies fétides, nous, en sous à de l'infection puerpérale et nous pratiquons une injection intra utérine. La température reste élevée malgré ce lavage utérin ; une nouvelle injection intra-utérine faite le second jour n'amène aucun abaissement du thermomètre. Ce qui nous frappe à ce moment, c'est l'état de stupeur dans laquelle se trouve plongée la malade ; elle est à demi somnolente, répond mal aux questions qu'on lui adresse et sa parole est trémulante, mal articulée. La langue est blanche, saburrale, le ventre ballonné ; il y a un peu de diarrhée, mais pas de gargouillement dans la fosse iliaque. Nous remarquons, sur le ventre, la présence de quelques taches rosées, quoique nous ne soyons qu'au deuxième jour de la maladie. La température oscille toujours aux environs de 40° le pouls bat à 96 pulsations par minute. Les

pertes fétides sont un peu moins abondantes ; l'utérus n'est pas très douloureux à la palpation.

Devant de tels symptômes, notre maître M. le professeur Quirel pose le diagnostic de dothiènerie probable et nous conseille de faire passer la malade en médecine. Notre maître, M. le professeur Arnaud, qui reçoit Ph... Fern... dans son service, paraît un peu hésitant les premiers jours pour affirmer le diagnostic de dothiènerie ; cette élévation brusque de température, cette apparition trop précoce de taches rosées, la fétidité des lochies ne lui semblent pas des symptômes en faveur de la fièvre typhoïde.

A ce moment, le ventre paraît douloureux à la palpation, mais il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque. L'utérus est encore haut et en retard d'évolution. La rate ne donne aucun renseignement ; elle n'est guère appréciable à la percussion, encore moins à la palpation. A la base du poumon droit, nous trouvons des râles de congestion assez intense.

Dans le courant du troisième jour, la malade a une épistaxis abondante. L'état général s'aggrave de plus en plus ; la malade ne peut plus rien avaler ; à l'état somnolent du début fait suite un état comateux avec céphalgie qui va s'accroître tous les jours davantage. La langue se sèche, les lèvres deviennent fuligineuses. La température s'élève au-dessus de 40°, le pouls s'accroît de plus en plus ; de 96 il s'est élevé à 116 ; la tension est considérablement abaissée.

Malgré les lotions froides, malgré les lavements de quinine, la maladie ne subit aucune rémission. La malade succombe au sixième jour, rapidement emportée par une infection et une intoxication si grave. Le séro-diagnostic n'a pu être pratiqué qu'un peu tardivement ; il a été nettement positif au vingtième.

Par l'autopsie nous avons pu confirmer la valeur du séro diagnostic : nous avons trouvé sur la dernière partie de l'iléon, sur une étendue d'un mètre environ, des plaques de Peyer et des follicules clos largement infiltrés. Les lésions formaient de véritables plaques gaufrées, très saillantes, surélevées de 2, 3 et même 4 millimètres.

La rate est très congestionnée ; son poids dépasse de 35 grammes la moyenne, quoique son volume ne soit pas considérablement augmenté.

L'observation précédente nous offre un bel exemple de fièvre typhoïde passant inaperçue au moment de l'accouchement pour se déclarer immédiatement après la délivrance.

On comprend combien il peut être difficile dans ces cas de dépister l'infection éberthienne surtout lorsqu'elle revêt une forme anormale. Le ballonnement du ventre, la sensibilité douloureuse de l'abdomen, la diarrhée peuvent exister aussi bien dans la fièvre typhoïde que dans l'infection puerpérale. La douleur hypogastrique à la pression de l'utérus peut être absente dans l'infection puerpérale ou passer inaperçue.

L'apparition de taches rosées n'a parfois aucune importance; et l'aphorisme bien connu : "Toute affection dans laquelle les taches rosées apparaissent avant le premier septénaire, n'est pas une fièvre typhoïde," a reçu le plus cruel démenti dans notre observation. Il n'est pas jusqu'au défaut d'hypertrophie de la rate qui ne puisse parfois faire errer le diagnostic. Quand aux lochies plus ou moins fétides, elles ne sont pas pathognomiques d'infection puerpérale, puis qu'elles peuvent souvent exister sans elle.

Quand on peut faire le séro-diagnostic, il est vrai que le doute n'est plus alors permis; "mais on n'est pas toujours outillé pour le faire": le clinicien doit, sans lui, arriver quand même à poser un diagnostic exact par l'étude synthétique des symptômes que présente la malade.

M. le professeur Queirel l'a très bien démontré dans ses *Leçons de clinique obstétricale*, quand il dit : "C'est alors la plus grande partie de signes de la fièvre typhoïde qu'il faudra rechercher, de ces symptômes qui viendront modifier la marche habituelle de l'infection puerpérale pour asseoir votre diagnostic. Adressez-vous au pouls, à la température, aux phénomènes intestinaux : apparition de diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque, coïncidant avec la stupeur, a fortiori avec le délire, l'apparition de taches rosées vers la fin du premier septénaire; tout ce concours symptomatique a une grande signification."

A moins qu'on ne soit en présence d'une infection grave, il est rare que l'infection puerpérale s'annonce vers la fin du deuxième, plus souvent du troisième jour. Elle a toujours un début brusque; le plus souvent un grand frisson avant la scène; le thermomètre monte de suite à 39°, 40° et descend le même jour à 38° 37°, il y a des sueurs profuses après le frisson. La température subit donc de grandes oscillations et le pouls, suit toujours une marche parallèle, s'accéléralant quand celle-ci monte, se relentissant lorsqu'elle s'abaisse.

De plus, quand on pratique une injection intra-utérine, il est rare que ce traitement local n'amène une rémission de température d'au moins quelques dixièmes.

Enfin, dans l'infection puerpérale, au début, il n'y a pas de stupeur, pas de délire.

L'apparition brutale d'une dothiéntérie aussitôt après l'accouchement est exceptionnelle, ainsi que l'élévation brusque de la température à 40°, l'apparition de taches rosées au deuxième jour, l'absence d'hypertrophie apparente de la rate; en clinique, néanmoins, il faut toujours s'attendre à toutes les surprises.

L'association des différents symptômes : céphalalgie, épistaxis, stupeur, ballonnement du ventre, diarrhée, dissociation du pouls et de la température, l'absence de grandes oscillations, nous ont paru, malgré l'irrégularité de la marche de la maladie, former un faisceau de preuves suffisantes pour affirmer, d'une façon presque

certaine, le diagnostic de fièvre typhoïde chez notre malade.

Il nous semble intéressant de rapprocher de l'observation précédente, l'histoire d'une malade atteinte d'infection puerpérale et de paludisme, entrée le 15 décembre 1902, au no 12 de la salle de gynécologie.

(à suivre)

## GYNECOLOGIE

### Massage gynécologique

D'après Mme *Hélène Sosnowska*, la technique du massage gynécologique est très simple et se résume en quatre termes : appuyer, pousser, tirer et frotter.

La main gauche appuie, pousse et tire, la droite frotte.

Dans tout traitement, nous commençons par le masso-diagnostic dont la technique est la suivante.

Les malades sont examinées d'abord debout, ensuite couchées.

Temps debout : l'index gauche dans le rectum appuie doucement sur toutes les parois du petit bassin, et explore la situation de tous les organes pelviens et leur sensibilité; pendant ce temps, le pouce gauche appuie doucement sur la paroi antérieure du col utérin.

Pour le temps pendant lequel la malade est couchée, la manière de masser est la suivante :

1° L'index gauche soutient l'organe, et la main droite extérieurement fait des frottements circulaires en appuyant légèrement de la superficie vers la profondeur. Ces mouvements doivent être faits de la périphérie du bassin vers le centre.

2° Tout l'utérus est poussé de gauche à droite, de droite à gauche, d'avant en arrière et d'arrière en avant avec l'index gauche et la main droite combinés.

Voici maintenant la technique du massage proprement dit dans les différentes maladies des femmes.

1° Dans la cellulite. — L'index gauche, en même temps qu'il appuie, frotte doucement les parois du bassin par le rectum, la malade étant debout; par le vagin, lorsqu'elle est couchée.

2° Dans les annexites. — La malade étant couchée, la technique est la même que pendant le masso diagnostique (temps où elle est couchée).

3° Dans les adhérences de l'utérus et des annexes, on tire, pousse et tend, tantôt avec l'index, tantôt avec les deux mains combinées.

4° Dans les rétro-déviations, trois cas peuvent se présenter, pour chacun desquels la technique du massage diffère :

1er cas. — L'utérus est très petit, très mobile et très facile à redresser.

La malade étant couchée, on appuie avec l'index gauche sur la paroi antérieure du col utérin, tandis que les doigts 2, 3, 4 de la main droite font des frottements doux semi-circulaires, de haut en bas de la face postérieure de l'utérus, en dirigeant cet organe vers sa place normale, c'est-à-dire vers le pubis.

2e cas. — L'utérus est gros, lourd et haut placé.

On fait le redressement en deux temps.

(a) La malade est debout. — Avec l'index gauche placé dans le rectum, le plus haut possible, on pousse doucement l'utérus d'arrière en avant et de haut en bas. Si l'utérus n'est pas du tout sensible, on lui donne une petite secousse plusieurs fois répétée avec l'index d'arrière en avant, ce qui le pousse plus en avant, et le fait descendre un peu.

(b) La malade est couchée. — L'index introduit dans le vagin appuie d'avant en arrière sur le col utérin et la main droite fait des frottements demi-circulaires sur la face postérieure de l'utérus de haut en bas, comme dans le premier cas.

3e cas. — L'utérus n'est pas redressé par les deux procédés précédents.

Il faut agir ainsi :

L'opération se fait également en deux temps.

La première partie est identique au premier temps du procédé précédent, sauf que j'insiste davantage sur la petite secousse imprimée par l'index gauche à l'utérus d'arrière en avant.

Dans la seconde partie, la malade est couchée. L'index gauche est placé dans le cul-de-sac de Douglas aussi haut que possible, de manière que l'utérus soit couché sur la face palmaire de l'index. Pendant ce temps, la main droite placée extérieurement aussi sur la face postérieure du fond de l'utérus le pousse et le relève d'arrière en avant simultanément avec l'index gauche.

Enfin, quand l'utérus est redressé, on replace l'index gauche sur la face antérieure du col utérin et la main droite fait des frottements semi-circulaires de haut en bas sur la face postérieure du fond et du col utérin.

5° Dans les latéro-déviation de l'utérus renversé, on doit faire le mouvement suivant.

La malade étant debout, l'index dans le rectum, contre le bord de l'utérus, et le pouce dans le vagin contre le bord du col, poussent simultanément tout l'utérus de l'extérieur à l'intérieur jusqu'à ce qu'il soit au milieu du bassin et ensuite on procède pour le redresser comme dans l'un des cas précédents.

6° Si l'utérus est très haut placé, on agira comme il a été indiqué dans le temps debout.

Dans les prolapsus utérins, la technique du massage est celle-ci :

Deux opérateurs sont nécessaires et la malade doit être couchée.

L'utérus est en antéverson :

L'un des opérateurs, avec l'index gauche, appuie

doucement sur la face antérieure du col utérin d'avant en arrière, tandis que la face palmaire des doigts 2, 3, 4 de la main droite appuie extérieurement aussi doucement que possible sur la face antérieure du col d'avant en arrière.

La main droite est retirée lorsque le second opérateur commence.

Celui-ci, agenouillé sur la chaise longue, en face de la malade, saisit l'utérus de ses deux mains profondément enfoncées dans le bassin et le tire de bas en haut et d'arrière en avant, puis le laisse doucement retomber.

Après chaque séance, il est nécessaire de faire toujours pendant dix minutes du massage vibratoire sur le ventre.

En terminant il est important de dire que le massage gynécologique ne doit jamais laisser de douleur, car si les manipulations avaient été un peu douloureuses, le massage vibratoire calmerait complètement la malade.

(Le concours médical.)

## PEDIATRIE

### Traitements chimiques de la coqueluche

De la très intéressante monographie que M. le docteur Roques vient de publier, nous extrayons les renseignements qui suivent sur les principales médications chimiques auxquelles on peut recourir dans le traitement de la coqueluche.

La *scille*, dont l'action expectorante est bien connue a été préconisée par Netter, Schirer, Benoist, Josias, et surtout par M. Comby, qui a inspiré à ce sujet la thèse de Boulade. Pour ces derniers auteurs, l'administration d'oxymel scillitique fait baisser rapidement les quintes en nombre et en intensité, et abrège la durée totale de la maladie. De plus, employé à dose de 1 à 2 centimètres cubes par année d'âge, l'oxymel est absolument inoffensif et très facile à employer.

Les *vomitifs* ont été très vantés dans le traitement de la coqueluche et si, par leur administration répétée, on ne guérit pas l'affection, on influence favorablement son évolution et l'on obtient ainsi des résultats appréciables. Les vomitifs ont en effet l'avantage de désobstruer les bronches et de vider l'estomac des crachats, ils calment les quintes et rompent les spasmes. A l'ipéca, encore très employé, Trousseau préfère le sulfate de cuivre aux doses de 0g20 à 0g40 centigrammes ; Demartini recommande le chlorhydrate d'apomorphine ; M. Roques s'est souvent bien trouvé de l'infusion de polygala senega.

A côté de ces médications anticatarrhales, il faut placer les antiseptiques. Le benzoate de soude, dont

Klebs avait voulu faire l'anti-microbien par excellence est encore très usité. M. Josias recommande la formule suivante, due à M. Ruault,

Benzoate de soude.....2 à 5 grammes  
Eau distillée..... 10 —  
Sirop d'écorces d'or. amères..... 40 —

On peut encore utiliser la formule ci-dessous :

Benzoate de soude.....1 à 3 grammes  
Eau de fleurs d'orangers..... 10 —  
Eau de tilleul..... 70 —  
Sirop Désessarts..... 30 —

par cuillerée à café d'heure en heure.

Le *goménol* a été essayé par M. Pasteau : d'après cet auteur, il améliorerait rapidement l'état général et diminuerait le nombre des quintes : il abrégerait notablement la durée de la maladie. La *terébinthine*, le *terpinol* et la *terpine* ont aussi été fréquemment prescrits. La *quinine*, pour M. Josias, serait à la fois antiseptique, antispasmodique et tonique.

Elle a été expérimentée avec succès par Binz, Dawson, Henke, Heubner, Campbell, Unger, Chéron, Baron. M. Richardière donne la formule suivante :

Valérianate de quinine. n décigr. (sel. l'âge)  
Infusion de valériane... 100 grammes.

Pour un lavement.

M. Barth formule en suppositoires :

Sulfate de quinine..... 0g25 centigr.  
Beurre de cacao..... 1 gramme

Pour M. Roques, la quinine est loin de pouvoir remplacer quelques-uns des antispasmodiques les plus usuels, elle est seulement recommandable dans les cas de complications pulmonaires aiguës. La *résorcine* a été employé par Moncorvo en badigeonnages de la gorge.

Des antispasmodiques, le plus usité est peut-être l'*antipyrine* dont les recherches de Sonnenberger, Griffith et Eloy, Dubousquet Laborderie ont montré la valeur thérapeutique. M. Marfan formule :

Antipyrine..... 3 grammes  
Sirop de fleurs d'orange..... 25 grammes  
Eau..... 100 grammes

Une cuillerée à café renferme 0g20 centigrammes d'antipyrine. Une à deux cuillerées à café chez les nourrissons ; cinq, et plus, à partir de deux ans.

De ses propres recherches, M. Roques conclut que, si l'antipyrine n'abrége pas la durée de la coqueluche, elle paraît, du moins, diminuer le nombre des quintes lorsqu'elle est administrée à doses suffisantes.

La *belladone* est une des substances les plus réputées contre la coqueluche. Trousseau la considérait comme le remède héroïque contre les quintes, à con-

dition, qu'elle soit administrée en une seule fois, à doses massives ; Cadet de Gassicourt donne la potion suivante :

Sirop de belladone..... 50 grammes  
Sirop de tolu..... 150 —

par demi-cuillerées à café jusqu'à ce que le malade soit assoupi.

Archambault prescrit trois fois par jour I, II ou III gouttes de la solution :

Sulfate neutre d'atropine..... un centigr.  
Eau..... 10 grammes.

Une autre formule très précisée est la suivante :

Teinture de belladone..... } à 5 gr.  
Alcoolature de racines d'aconit... }  
Laudanum de Sydenham..... } v gouttes.

III gouttes matin et soir.

La belladone atténue à merveille les symptômes spasmodiques de la coqueluche, mais son emploi doit être très surveillé. Aussi la formule de Cadet de Gassicourt peut-elle être considérée comme la plus recommandable et la moins dangereuse.

Le *bromure de potassium* est, " à l'heure actuelle, un des traitements de choix de la coqueluche." M. Variot formule :

Bromure de potassium..... } à 8 gr.  
Teinture de Valériane ..... }  
Eau distillée..... 250 —

Jusqu'à deux ans, trois cuillerées à café ; trois cuillerées à dessert de deux à cinq ans ; trois cuillerées à soupe jusqu'à dix ans.

M. Josias l'associe au sirop de codéine, M. Legendre à la belladone et à la quinine.

Le *bromoforme* a été expérimenté dans la coqueluche par Stepp, Goldschmidt, Löwenthal, Fischer, Marfan, qui le considère comme le plus actif de tous les remèdes connus. Pour M. Roques, le bromoforme n'agit pas sur la durée de la maladie, mais il diminue l'élément spasmodique, modère les quintes et calme parfois les vomissements. Mais c'est un médicament difficilement maniable, surtout chez les nourrissons.

M. Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de publier un très intéressant travail sur l'action de l'*ozone* dans la coqueluche. Bien que l'instrumentation soit un peu compliquée, les résultats fournis par les inhalations d'*ozone* soit satisfaisants : l'*ozone* est un antispasmodique efficace, qui calme les reprises et modère les phénomènes congestifs, mais son action disparaît dès qu'on cesse le traitement.

Le *chloroforme* a été employé en inhalations : il aurait donné quelques guérisons ; il en est de même du *nitrite d'amylo* et du *chlorure d'argent*. La *cocaïne* a

été utilisée en badigeonnages et pulvérisations. Son action est contestée : " L'efficacité des badigeonnages et pulvérisations est loin d'être démontrée : bien appliquée, la cocaïne peut, dans certains cas, peut-être, arrêter la quinte, mais elle n'a aucune action sur la maladie, la quinte même plus intense, l'action du médicament passée. De plus, c'est un produit dangereux."

Nous ne citerons que pour mémoire le *formol*, le *gaz d'éclairage*, la *naphtaline* ; la *créosote*, combinée à d'autres antiseptiques, comme dans la formule de Tournier, peut-être avantageusement employée en inhalations :

Glycérine.....	10 grammes.
Créosote.....	5 —
Essence de térébenthine.....	4 —
Essence d'eucalyptus.....	3 —
Essence de girofle.....	1 —

(Tournier)

Pour les insufflations, on a utilisé le sulfate de quinine, l'acide benzoïque, l'acide borique. Carton et Moizard propose la formule suivante :

Chlorhydrate de quinine.....	1 p.
Acide benzoïque.....	3 p.

M. Moizard recommande encore les insufflations avec :

Poudre de benjoin.....	} AA 10 grammes.
Poudre de salicylate de bismuth	
Sulfate de quinine.....	2 —

D'autres médicaments ont encore été utilisés en insufflations : et en particulier l'orthoforme et le salicylate de soude. Enfin, le *thymol* a été très employé sous forme d'inhalations et de pulvérisations. M. Josias recommande :

Thymol .....	} AA 6 grammes.
Menthol.....	
Alcool à 90 degrés.....	120 —

Une cuillerée à café dans le flacon du pulvérisateur de Lucas Championnière.

M. Paulet formule :

Thymol.....	10 grammes.
Alcool.....	300 —
Eau.....	700 —

Placer une partie de cette solution dans la chambre du malade, dans une tasse au-dessus d'une veilleuse.

(Gaz. des hôp.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Le pyramidon

M. le Dr A. Blanc, de Paris, a étudié très complètement le pyramidon et a exposé dans sa thèse les résultats de ses recherches.

1° Le pyramidon est un dérivé méthylé et amygdé de l'antipyrine.

2° Son élimination est complète en 1 heure 1/2 environ.

3° a. — Il augmente les échanges nutritifs (le rapport azoturique s'élève).

b. — Il augmente les échanges respiratoires.

c. — Il augmente la pression sanguine.

4° On l'emploie comme analgésique dans la migraine, les névralgies, les douleurs tabétiques, celles des rhumatisants, etc.

5° Comme antipyrétique, il constitue un bon médicament dans la fièvre des tuberculeux, et dans toutes les fièvres infectieuses (typhoïdes, fièvres éruptives, érysipèle, grippe, etc.).

6° Il n'est contre indiqué que par le diabète. Il n'a donné lieu, chez les malades, à aucun accident.

7° Il paraît supérieur aux autres analgésiques, ainsi qu'aux autres antithermiques, les bains froids mis à part.

8° Il agit à dose relativement faible, son action est rapide, son effet se manifeste assez longtemps.

Le pyramidon peut s'administrer soit en cachet, soit en potion. Etant donnée sa saveur peu marquée nous préférons de beaucoup ce mode de préparation.

Chez l'adulte, la dose habituelle sera de 0 gr. 60 à 1 gramme par jour. Mais nous croyons qu'il est bon de donner ce médicament par dose fractionnée de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 chaque fois, toutes les 3 heures par exemple : une bonne formule nous paraît être la suivante :

Pyramidon.....	2 gr. 40
Eau distillée.....	90 grammes.
Sirop de groseilles.....	30 —

Une cuillerée à bouche contient 0.30 de pyramidon.

Pour les enfants on se contentera de prescrire 0 gr. 15 à 0 gr. 20 de pyramidon en ayant toujours soin de fractionner les doses.

M. Bertherand a employé dans la sciatique les injections sous-cutanées de pyramidon. Il utilisait une solution saturée dont il injectait un centimètre cube tous les deux jours environ.

## Supplement Litteraire

### Bains de lait

Les anciens déjà très raffinés avaient recours aux bains de lait pour blanchir et adoucir la peau. Les Romains du temps de Néron témoignaient une confiance très grande dans l'efficacité du lait d'ânesse pour faire disparaître les rides et les taches de grossesses qui altéraient les belles apparences de leur ventre (*æquor ventris*). Pline raconte que certaines courtisanes faisaient jusqu'à soixante-dix lotions par jour ; ce chiffre de soixante-dix étant regardé par les pythagoriciens comme présentant des propriétés puissantes de par la vertu des nombres.

Les plus fortunées se baignaient dans ce lait : telle Poppée, la divine Poppée du divin Néron. Tous les jours cinquante ânesses qui avaient mis bas depuis peu et qu'on renouvelaient sans cesse pour avoir du lait toujours nouveau étaient amenées au palais. Des esclaves femmes après s'être purifiées les mains par de fréquentes ablutions, trayaient les ânesses toutes ensemble au-dessus d'éuelles déjà chaudes et remplissaient la baignoire de marbre blanc tiédie à l'avance. Le lait encore chaud aussitôt réuni et le plus vite possible, Poppée se plongeait dans le bain, et en sortait bientôt rajeunie et marmoréenne.

Diane de Poitiers, paraît-il, s'offrit aussi ces fastueuses fantaisies.

Pour remplacer ces bains, les parfumeurs déjà du temps de Juvénal préparaient des onguents au lait d'ânesse ; voici ce qu'en dit l'auteur satirique :

"Cependant, hideux à voir, le visage de notre coquette est ridiculement couvert d'une sorte de pâte ; il exhale l'odeur des gluants cosmétiques de Poppée, et là viennent se coller les lèvres de son pauvre mari. Elle se lave avec du lait, et pour se procurer ce lait, elle mènerait à sa suite un troupeau d'ânesses, si elle était envoyée en exil au pôle hyperboréen. Mais cette face sur laquelle on applique tant de drogues différentes et qui reçoit une croûte épaisse de farine cuite et liquide, l'appelle-t-on un visage ou un ulcère !" (Juvénal.)

Félix, comte d'Hezecques, raconte dans ses souvenirs d'un page de la cour de Louis XVI, l'anecdote suivante :

"On se rappelle, dit-il, les fameux bains de lait que le maréchal prit à Bordeaux, quand il était gouverneur de la province, et qui, pendant un certain temps, dégoutèrent la ville d'en faire usage, à cause du bruit qu'on répandit que ses valets de chambre le revendaient ensuite."

C'était là une mauvaise plaisanterie renouvelée des âges féodaux. N'avait-on pas, en effet, attribué la même fantaisie à une demoiselle de Rohan, abbess de Mar-

queste, qui aurait fait faire de la soupe à ses religieuses avec le lait dans lequel elle s'était baignée ?

Dans certaines localités de la Suisse, à Linderbach, par exemple, on fait encore usage des bains de lait de vache, comme agent thérapeutique. A ce point de vue le lait a-t-il réellement des propriétés ? Oui, pour que un peu à toutes les époques on soit revenu à l'usage du bain de lait malgré le prix élevé, il faut admettre que l'expérience en a été bonne. Les bains de lait ont tout autant de raison d'être fortifiants que les bains de sang, et ils sont moins dégoûtants, d'une odeur moins désagréable. Leur action fortifiante doit tenir à l'absorption du sérum du lait par osmose. L'eau s'absorbe peu par la peau, mais cela tient à ce que sa composition n'est pas du tout analogue à celle du corps. Le sérum du lait dont la composition est très analogue à celle du sérum du sang humain, sera bien plus apte à être absorbé. Pour rafraîchir la peau, les muqueuses, pour embellir, le lait est certainement très favorable, mais à la condition qu'il soit très fraîchement trait, encore chaud.

Quant au prix d'un bain de lait, il nous semble qu'il pourrait rester très abordable, d'abord si on s'en servait uniquement en lotions comme dans un tub, ensuite si on l'utilisait après le bain ou le tub pour engraisser les veaux, qui ne se montreraient probablement pas dégoûtés.

(*Journ. de la santé.*)

### La peau humaine dans l'art

Nous savions déjà que le tatouage — coutume plutôt bizarre, pratiquée chez nous surtout par les 'Apaches' et les "Cœurs d'aciers", — avait fait de nombreux adeptes dans la haute société anglaise et américaine ; nous savions aussi que le roi Edouard VII et le duc d'Edimbourg avaient la chair empreinte d'une marque indélébile. La pairresse Lady Randolph Churchill, elle-même, est stigmatisé au bras gauche d'une "éternité" qui se mord la queue, et notre ami le tsar s'est autrefois fait faire, dans le dos, au Japon, un tableau cabalistique. Eh bien ! cette coutume vient de recevoir, à Londres et à New-York, une application pratique, dont se réjouiront nos belles madames et nos actrices. Cette application supprime tout simplement le khol. Au lieu de se noircir chaque jour les paupières et de s'évertuer à y dessiner un esthétique liseré, on se livre aux mains d'un artiste-tatoueur, qui "opère" selon le désir de sa coquette cliente ; et l'œil reste à jamais ombré et maquillé. — Un journaliste, M. E. Legentil, a rencontré tout récemment un de ces "artistes" parisiens, qui, à l'aide de l'encre de Chine mêlée à un corrosif, illustrent bras et mains d'une population spéciale, et qui s'intitulent "graveurs sur peau humaine". Il gagna sa confiance et eut les confidences de l'artiste qu'ils a publiées dans un journal du



soir. Fort nombreux, paraît-il, ont été les clients du tatoueur ; c'est surtout dans le sexe masculin que se recrute sa clientèle ; pour le sexe féminin il faut aller à domicile : c'est mieux payé ; mais la femme exigeante. Le goût des hommes est peu varié : des têtes de femmes avec, dessous, le prénom ; des étoiles, des ancras ; les femmes ont des fantaisies. Il y a bien un peu de morte saison ; aussi l'artiste a-t-il adressé une pétition à la Chambre et espère bien réussir à provoquer un simple (!) décret qui ordonnerait que tous les enfants à partir de six mois portassent gravés sur le bras nom, prénoms, ville et date de naissance ; ce serait un acte d'identité indélébile. Très originale, cette idée de faire porter son état civil sur le bras, au lieu de l'avoir plus ou moins dans la poche ; mais il est douteux qu'elle soit adoptée.

(Gaz. méd. de Paris)

### Le 1er Congrès égyptien de médecine

Le 1er Congrès égyptien de médecine a été un franc et légitime succès ; c'est une constatation que les plus aveugles ont pu faire, et tous ceux qui ont boudé les organisateurs du Congrès, qu'ils soient d'Égypte ou d'Europe, n'ont qu'à faire leur (mea culpa) et à montrer plus de clairvoyance dans l'avenir.

Or, il est juste de reconnaître que l'organisation de ce Congrès du Caire présentait des difficultés qu'aucun autre congrès n'a jamais présentées. Tout d'abord à cause de la date. Aucun congrès, en effet, que je sache, ne s'est tenu dans la dernière quinzaine de décembre. C'est là, semble-t-il, une époque on ne peut plus mal choisie : les cours battent leur plein dans les Universités, la morbidité est élevée aussi bien dans les villes qu'à la campagne, enfin les vacances sont à peine terminées pour tous. Toutes ces raisons et d'autres encore retiennent pas mal de médecins chez eux à ce moment. Et cependant, à bien tout examiner, on ne pouvait fixer d'autre date. C'est par éliminations successives qu'on avait fixé la bonne. Juin, juillet, août, septembre, octobre sont des mois d'été insupportables là-bas à cause de la chaleur. De plus, ce sont les mois d'inondation. Le Nil couvre le pays et il n'y a pas de milieu pour le plus petit coin du sol : ou brûlé par le soleil ou noyé par le Nil. Mars, avril, mai sont plus acceptables ; cependant, il règne à ce moment, souvent plusieurs jours de suite, un vent appelé (kamsinn), vent chargé de poussière impalpable et brûlant durant lequel on ne peut, m'a-t-on dit, que se claquemurer chez soi pour essayer de respirer un peu moins mal, toute affaire cessante.

Il restait donc par exclusion novembre, décembre, janvier et février ; je crois, comme le Comité du Congrès, que décembre était le mois optimum, surtout vers sa fin, car novembre est encore beau en Europe, et janvier et février sont les mois d'invasion des étrangers là-bas. Je

ne sais si dans cinq ans le IIe Congrès égyptien de médecine que l'on projette déjà se tiendra à la même date, mais peut-être sera-t-il difficile de trouver une époque où l'on quitte plus facilement les brouillards et l'air glacé d'Europe pour aller vers la claire lumière et le soleil vainqueur de l'Égypte.

Nous n'étions au Caire que trente deux Français sur une centaine d'inscrits, et sur cent quatre-vingts étrangers en tout. Parmi ces trente deux congressistes présents, la médecine des Stations thermales était brillamment représentée. Quant à la délégation française chargée de représenter le ministère de l'Instruction publique au Congrès, elle était composée de la manière suivante au moment où elle a été présentée au Palais d'Abdin à S. A. le Khédive : M. Bouchard (de Paris), président ; MM. Chantemesse (de Paris), Lortet, doyen, Boudet, Courmont, Gayet, Tessier (de Lyon), Baudry (de Lille), et Bergonié (de Bordeaux).

Constater le franc succès qu'à eu la science française au Congrès du Caire, c'est faire, de ce qui s'est passé là-bas, une appréciation pleine de modestie. Dès la séance d'ouverture, c'est l'allocution du professeur Bouchard toute pleine de poésie, hymne glorieux à la lumière, à la beauté, à la vérité, qui a soulevé les enthousiasmes et les applaudissements répétés. Puis, ce fut sa belle leçon substantielle et simple sur les (Nouvelles tendances de la thérapeutique), écoutée et comprise jusqu'au bout par ce public officiel et chamarré, d'attention si mobile, qui compose l'auditoire de ces grandes premières séances d'ouverture. C'est qu'elle était claire et démonstrative, précise, sans sécheresse et savante avec bonhomie, cette leçon du maître. Et cependant, combien difficile était la note juste à trouver, la longueur exacte à garder : nous l'avons appris plus tard en entendant les autres.

Le succès ainsi fixé et accaparé dès le début par le président du groupe des médecins français n'a fait que se confirmer par la suite dans les séances ordinaires du Congrès pour la plupart des représentants de notre pays. M. le professeur Lortet, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, presque Égyptien d'adoption, a été très écouté et dans les banquets et dans sa communication sur la (Bilharzia et la Bilharziose, expériences nouvelles) ; M. Chantemesse nous a savamment parlé de la (Sérothérapie dans la fièvre typhoïde) ; M. J. Courmont nous a exposé avec autorité ses (Recherches sur le diagnostic de la fièvre typhoïde par la culture du sang des typhiques) ; M. Legrand a discuté avec compétence le (Problème de la protection de l'Égypte contre le choléra.

(A suivre)

# Travaux Originaux

## DE L'INFLAMMATION ET DE SON TRAITEMENT

par M. le professeur J. P. ROTTOT

*Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval  
à Montréal (1)*

(Suite.)

Il y a encore d'autres causes internes dépendant de notre organisation, telles que les malformations, le manque d'équilibre entre les différents systèmes lymphatiques, nerveux, etc. Les fonctions des divers organes sont loin de se faire alors d'une manière régulière. Il en résulte des dérangements fonctionnels et organiques plus ou moins graves. Nous avons en plus les causes externes.

Tout ce qui contribue au maintien de la vie peut être une cause de maladie, une cause d'inflammation. L'air, la chaleur, le froid, l'électricité, le boire, le manger, le travail, l'inaction, etc. A part de cela nous avons les blessures de toute espèce, les substances irritantes, les poisons, les parasites et les microbes. Les maladies qui en résultent sont aussi variées que les causes qui les produisent, mais elles ont toutes une même origine, un même point de départ, l'altération fonctionnelle et organique des éléments cellulaires. Etudions d'abord les microbes.

Qu'est-ce qu'un microbe ?

La science moderne nous dit que les microbes sont de très petits êtres organisés, appartenant au règne animal ou au règne végétal, constitués, les uns par une cellule, les autres par plusieurs cellules et de formes différentes. Ils jouissent de tous les attributs qui appartiennent aux autres êtres organisés, c'est-à-dire qu'ils se nourrissent, prolifèrent et secrètent. On les trouve en grand nombre dans l'air, dans la terre, dans l'eau, ainsi que dans le règne végétal et animal. Contrairement à ce que l'on serait en droit de supposer, leur existence, ou au moins celle d'un certain nombre d'entre eux, est loin d'être éphémère. Généralement, en effet, la durée de la vie d'un être organisé est en rapport avec la rapidité de sa croissance

et de sa multiplication. Les microbes, qui croissent rapidement et qui se multiplient de même peuvent, dit-on, conserver leur vitalité pendant un temps considérable, soit dans le système, soit en dehors. Les microbes sont regardés comme nos pires ennemis. Les maladies les plus graves paraissent être causées par eux. A voir la crainte qu'ils nous inspirent, la guerre qu'on leur fait, on dirait qu'ils ont été mis sur la terre pour la destruction du genre humain, et qu'il faut employer les moyens les plus extraordinaires pour ne pas être dévorés par eux. Ce qui prouve que tout change dans la nature : à présent ce sont les petits qui mangent les gros. Cependant, s'il n'y avait pas de microbes nous ne serions pas ici : la terre serait déserte depuis longtemps. En effet, si la cellule suffit pour former un être organisé, un microbe, on peut dire que tous les êtres organisés sont des microbes, parce qu'ils sont tous formés par des cellules ; et comme nous nous nourrissons de végétaux et d'animaux, on peut dire encore que nous ne vivons que par les microbes. D'ailleurs le nombre des mauvais microbes dans notre manger, dans notre boire, et dans l'air que nous respirons, doit être exagéré. L'absorption énorme que nous en faisons tous les jours, pendant des années, rendrait, il me semble, la santé et la vie même impossibles. On prétend, il est vrai que les mauvais microbes sont détruits par les bons qui les mangent. Si ce moyen là suffit pour nous protéger, on devrait obliger ceux qui s'occupent de cette science à cultiver au moins autant de bons microbes qu'ils en cultivent de mauvais.

D'où viennent les microbes ? La nature doit employer le même procédé pour eux que pour les autres êtres organisés. Ainsi après la formation de la terre, ses éléments, sous l'influence de l'humidité, de la lumière, de la chaleur et de l'électricité, ont vu leur énergie s'accroître, ils ont formé des combinaisons nouvelles et simples dont quelques-uns sont pour ainsi dire restées rudimentaires comme les microbes. Les autres ont formé par des transformations successives tous les êtres de la nature. Système de Darwin, si vous voulez, mais que je ne puis pas accepter complètement. Darwin prétend que les êtres, par transformations successives, forment des espèces nouvelles et d'une nature tout à fait différente ; ce qui qui me paraît un non-sens. Je veux bien croire aux progrès de l'humanité, mais je ne puis pas admettre que nos

(1) Travail lu au Comité d'Etudes Médicales, aux séances du 26 octobre, du 9 et du 23 novembre 1899.

ancêtres étaient d'une autre espèce que la nôtre. Puisque la vie réside dans la cellule, je veux bien croire que cette cellule est le point de départ de l'existence de tous les êtres. Mais je crois qu'une grande variété de cellules ont été primitivement formées, et douées d'une organisation propre et distincte les unes des autres, et que, par leurs transformations successives, elles ont formé cette variété d'êtres que l'on voit dans la nature. Ce qui le prouve, c'est que ces diverses espèces conservent toujours leur même caractère.

Le microbe constitue le premier échelon des êtres organisés. Les microbes d'aujourd'hui descendent-ils directement des microbes primitivement formés, ou bien renaissent-ils après être disparus. On serait porté à le croire, en voyant les maladies dites microbiennes disparaître pendant des années et revenir ensuite. Si les microbes ont toujours existé, on ne voit pas pourquoi la disparition de ces maladies aurait lieu d'une manière si complète. Pourquoi la nature, se trouvant dans des conditions favorables, ne pourrait-elle pas former, de nouveau, des microbes de mêmes espèces ou d'espèces différentes, comme elle les avait formés au début ; ça ne serait pas plus une génération spontanée que leur première création. La nature n'a rien perdu de son énergie, de son pouvoir générateur. C'est un immense laboratoire toujours en activité, détruisant les anciennes organisations pour en former d'autres. Si l'on examine ce qui se passe chez l'homme seulement, on est étonné de la quantité de nouvelles substances formées, absorbées, décomposées et rejetées. Le nombre de microbes trouvés dans les sécrétions intestinales, par exemple, est, dit-on, énorme. N'est-il pas plus logique de croire qu'au lieu de provenir de l'air que nous respirons, ils sont plutôt le résultat de l'action des organes de la digestion, ou le produit de l'inflammation. S'il y avait autant de microbes pathogènes dans l'air qu'on le dit, comment la guérison par première intention pourrait-elle se faire après une opération à présent surtout qu'on ne désinfecte plus l'air de la salle d'opération, ni les instruments, et qu'à moitié la peau du malade et les mains du chirurgien, puisque les substances antiseptiques employées pour cela ne causent la mort des microbes qu'au bout de deux heures au moins, et que l'on opère immédiatement. Comment expliquer la guérison par première intention quand on se contente seule-

ment de l'asepsie. Cependant je ne voudrais pas prendre sur moi de condamner l'antisepsie.

On ne connaît pas encore d'une manière satisfaisante tout ce qui concerne les microbes. Les caractères distinctifs de chaque microbe sont peu prononcés, et les transformations qu'ils subissent font que les experts même ne peuvent pas toujours les distinguer les uns des autres.

Ainsi, on dit que les sécrétions vaginales d'une femme en bonne santé contiennent au delà de 30 espèces de microbes, entre autres le staphylocoque pyogène et le streptocoque pyogène. On y trouve aussi, dit-on, le bacille Doderleins qui détruit les bacilles pathogènes. Un fait curieux, c'est que l'on trouve plus de bacilles pyogènes dans la sécrétion d'un ulcère qui guérit que dans celui qui présente une mauvaise apparence. La diphtérie est due, dit-on, à un bacille spécifique de Lœffler. Cependant on ne le trouve pas dans certains cas de diphtérie ; on le trouve parfois dans la gorge plusieurs mois après la disparition de la maladie. On l'a trouvé aussi dans certaines maladies éruptives et chez des personnes en santé. Il en est de même pour le gonocoque produisant la gonorrhée. On a la gonorrhée sans gonocoque. La peau renferme un bacille, le staphylococcus albus, situé si profondément qu'il est très difficile de le faire disparaître, etc., etc. (British, M. P., April 8th 1899). Dans la variole, la syphilis, le vaccin, on n'a pas encore, je crois, trouvé le bacille propre à ces maladies.

Sait-on au moins comment les microbes agissent sur nous ?

On prétend qu'ils sont inoffensifs par eux-mêmes, et que vu leur extrême petitesse, ils ne peuvent pas obstruer la circulation, de sorte qu'on a conclu qu'ils produisaient leurs effets par leurs ptomaines.

Les microbes introduits dans le système, par les poumons ou les intestins, peuvent, dit-on, être rejetés avec les sécrétions de ces organes sans causer de mal. On dit de plus que les microbes ne produisent pas d'effet, si la muqueuse de ces organes est intacte : qu'il faut, pour qu'ils agissent, une plaie, une érosion quelconque, par où ils puissent s'introduire. Cependant, dans un temps d'épidémie de fièvre typhoïde, par exemple, il est impossible de croire que tous ces malades avaient des plaies, des érosions dans le canal alimentaire. Il est plutôt probable que les microbes qui se

trouvent dans l'estomac, ou les intestins, sont absorbés, avec les autres liquides, par les vaisseaux chylifères et transportés dans tout le système par les artères. Les microbes rendus dans les capillaires et les veinules doivent être diapédésés avec les autres liquides du sang. C'est alors qu'il doivent produire leurs effets, parce que, venant en contact avec les cellules de tous les organes, ils peuvent agir directement sur elles. Il n'est pas possible de croire qu'ils passent à travers les tissus par leur propre mouvement.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Reaction de Widal comparative et pronostic de la fièvre typhoïde

par M. TROUSSAINT

M. Troussaint, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire, fait une communication sur la réaction de Widal comparative et le pronostic de la fièvre typhoïde. Il tire de ses observations les conclusions suivantes : La séro-réaction de Widal, pratiquée dans les conditions ordinaires de la clinique, conserve toute sa valeur diagnostique, mais ne peut être d'aucun secours dans l'appréciation de la gravité des divers cas.

Il devient, au contraire, possible d'avoir un élément de pronostic en utilisant simultanément et comparativement la méthode de Widal avec une culture de laboratoire et celle fournie par l'ensemencement du sang des malades. Les deux réactions se contrôlent l'une par l'autre ; également ou inégalement positives, elles semblent indiquer une défense organique suffisante à permettre l'espoir de la guérison, négative avec l'Eberth du malade, bien que positive avec un bacille de laboratoire, elle fixera l'attention sur la gravité du pronostic, malgré les apparences cliniques parfois bénignes.

M. PAGLIANO. — Ce que vient de rapporter M. Troussaint est particulier au bacille d'Eberth : on a, en effet, remarqué que, contrairement à ce dernier, le bacillus coli s'agglutine avec le sérum du malade et non avec le sérum d'une autre provenance.

(Marseille Méd.)

#### Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la pelade

PECHIN

Dans la plupart des observations de l'auteur, la guérison de la pelade, après la suppression de l'épine irritative gingivo dentaire qui en était la cause présumée, est venu confirmer le diagnostic.

Dans un certain nombre de cas, l'intervention, constituant une irritation aiguë, a renforcé momentanément tous les symptômes produits par l'irritation chronique qu'elle avait pour but de supprimer, y compris la pelade, démontrant ainsi la réalité du réflexe gingivo-dentaire. Cette aggravation n'a, d'ailleurs, été que passagère comme sa cause elle-même, et a été bientôt suivie de guérison.

Ainsi le critérium thérapeutique vient s'ajouter aux arguments tirés de l'observation clinique en faveur de la théorie de l'origine dentaire de la pelade.

Cette théorie, d'ailleurs, n'a rien d'exclusif, et ne prétend pas plus expliquer tous les cas de pelade que les guérir par la seule intervention dentaire. La pelade est l'aboutissant commun de diverses causes d'ordre général et d'ordre local qui contribuent chacune pour leur part à entretenir la maladie. Il est bien évident que la suppression d'une épine irritative gingivo-dentaire n'amènera la guérison de la pelade que si elle en est la cause principale. Il ne faudra donc pas s'attendre à avoir toujours un succès immédiat après l'intervention dentaire.

Les observations de l'auteur montrent cependant qu'il y a un bénéfice réel à tirer de ce nouveau mode de traitement.

On peut donc résumer les faits de la façon suivante :

I. La pelade peut être provoquée et entretenue, entre autres causes, pour une épine irritative gingivo-dentaire qui traduit sa présence par un ensemble de phénomènes réactionnels locaux et réflexes, sensitifs, vaso-moteurs et trophiques.

II. Chez tout peladique ou devra rechercher avec soin toutes les causes d'irritation buccale et les supprimer toutes les fois que cela sera possible.

III. La suppression de l'épine irritative entraînera le plus souvent la guérison rapide de la pelade, soit immédiatement, soit après une aggravation passagère.

(Ann. de Thérap.)

#### Emploi de l'eau oxygénée comme epilatoire

Par M. le Dr. P. GALLOIS

S'il est des hommes qui tirent vanité de la beauté de leur barbe, il est rare que des poils follets trop apparents causent aux femmes une égale satisfaction. Pour détruire ce que, par euphémisme, on appelle parfois un

duvet opportun, diverses méthodes ont été proposées : l'épilation, l'emploi de pâtes, l'électrolyse, etc. De ces méthodes, les unes sont douloureuses, les autres risquent d'être irritantes ou dangereuses. L'eau oxygénée fournit un procédé simple, inoffensif et indolore de faire disparaître les poils trop visibles.

Ayant lu que l'eau oxygénée permettait de décolorer les taches de rousseur, je l'avais employée dans ce but. C'est au cours de ces essais que je me suis aperçu qu'elle était capable de détruire les poils anormalement pigmentés. D'ailleurs, on sait déjà que le bi-oxyde d'hydrogène appliqué sur les cheveux les décoloré et permet en s'arrêtant au bon moment, de leur donner la teinte vénitienne si recherchée dans ces dernières années.

Voici comment je procède, la technique est des plus simples. On imbibe un coton avec de l'eau oxygénée et on l'applique sur la région que l'on veut épiler. On le laisse en place quelques minutes. On renouvelle cette application tous les jours, jusqu'à ce que le résultat désiré soit obtenu. Supposons qu'il s'agisse de poils de la lèvre supérieure. Très rapidement ces poils pâlisent et ne constituent plus qu'un duvet incolore absolument imperceptible. Si l'on persiste à faire les applications, ces poils redevenus follets se cassent et disparaissent : *etiam periere ruinae*.

Rien n'est plus facile. Le procédé n'est absolument pas douloureux et ne cause aucun accident. L'inconvénient est que le poil n'est pas détruit et qu'il faut recommencer les applications d'eau oxygénée, mais pour les femmes auxquelles j'ai fait suivre ce traitement, ces applications ne sont pas des complications, elles s'ajoutent sans difficultés aux autres menus artifices de leur toilette ordinaire. Une recommandation est à faire, c'est d'éviter que l'eau oxygénée ne vienne humecter une étoffe à laquelle on tient, car elle brûle le tissu tout comme elle brûle le poil. On ne s'en aperçoit généralement pas immédiatement ; c'est lorsque le linge (par exemple) revient du blanchissage que l'on remarque des trous à l'emporte-pièce, aux endroits qui ont été attaqués par le médicament. C'est là un petit inconvénient facile à éviter.

En somme, par ce procédé, on fait disparaître une difformité disgracieuse, et l'on n'a même pas besoin d'invoquer cette circonstance atténuante : "Il faut souffrir pour être belle."

(Ibid)

#### Contribution à l'étude et au traitement de la stomatite mercurielle

PROST

La stomatite mercurielle, suivant la conception de de MM. Galippe, de Renzi, Chompret, n'est pas spécifi-

que de l'intoxication par le mercure. C'est une infection secondaire survenant sur un terrain préparé et rendu moins résistant par l'absorption du mercure : mais le mercure, cause déterminante, n'agit pas autrement que toute autre substance toxique.

Cette infection secondaire peut être évitée en prenant des soins d'antisepsie buccale suffisants ; le savon mercuriel rend ici de grands services et met à l'abri de toute infection secondaire. Il ne faudrait pas dire que ce soit la seule préparation que l'on puisse employer ; on pourra obtenir de bons résultats par d'autres méthodes, mais c'est un moyen pratique, commode et sûr.

Enfin, on peut affirmer encore ici la nécessité du traitement préventif. Avec de l'antisepsie buccale bien faite, on peut mettre son malade à l'abri de toute infection secondaire, faire disparaître à jamais cette affection et gagner un temps souvent précieux dans le traitement de la syphilis.

(Ibid)

#### Le diagnostic précoce de la néphrite interstitielle

M. le Dr LECLERC, médecin de l'Hôtel Dieu de Lyon, a indiqué en quelques lignes, dans le *Lyon Médical*, la nécessité et la possibilité de faire de la néphrite interstitielle un diagnostic précoce. "Pour beaucoup de cliniciens, dit M. Leclerc, néphrite et albuminurie sont pour ainsi dire les deux termes d'une équation et voici comment, dans la plupart des cas, les choses se présentent et se passent.

"Un sujet de l'âge mûr, de 40 à 50 ans, présentant encore toutes les apparences extérieures de la santé, vient consulter son médecin parce qu'il est faible et surtout oppressé, dès qu'il fait un effort quelconque. Le praticien, qui connaît parfaitement l'origine rénale d'un certain nombre d'asthénies musculaires et de beaucoup d'états dyspnéiques, examine les urines de son client ou se contente de les faire examiner par le pharmacien ! La réponse est, en général, qu'il y a peu ou qu'il n'y a pas d'albumine. Or, on ne saurait trop le dire et le répéter : pendant longtemps, parfois plusieurs années, la néphrite interstitielle ne donne lieu qu'à une albuminurie minime, souvent intermittente ou même nulle. Celle-ci est d'autant plus souvent absente qu'obéissant à un usage très généralement répandu, et qui repose sur je ne sais quel préjugé, le malade a eu bien soin de faire examiner les urines du matin. Celles-ci sont prélevées sur celles de la nuit ou bien sur celles qui sont émises au saut du lit, c'est-à-dire sur des urines qui ont la moindre chance de renfermer de l'albumine dans le cas où cette dernière n'est encore qu'intermittente. Donc, peu ou pas d'albumine : tel est le résultat de l'examen dans la consultation à laquelle je faisais allusion. Dans le premier cas, certains praticiens n'hésitent pas à conclure à l'ab-

sence de tout néphrite importante, car la quantité d'albumine leur paraît négligeable. Tout comme si cette quantité donnait la mesure de la lésion rénale! Dans le second cas, *a fortiori*, la conclusion pour eux s'impose : il n'y a pas d'albumine, donc il n'y a pas de néphrite, puisqu'ils ne conçoivent pas la possibilité de cette maladie en dehors de l'albuminurie. Dans ces circonstances, on fait des diagnostics variés. Artériosclérose avec emphysème pulmonaire, asthme, myocardite avec hypertrophie du cœur, aortite, angine de poitrine, voire même neurasthénie, tels sont les diagnostics posés le plus souvent. Quelques uns ont une part de vérité. C'est ainsi que le cœur de Traube, c'est-à-dire le cœur rénal vrai, pourra bien, à un moment donné, présenter de la myocardite, mais celle-ci ne surviendra que plus ou moins tardivement, ne jouera en tout cas, au début de la néphrite, aucun rôle dans la symptomatologie. Le *primum movens* réside dans les reins et non pas dans le cœur ou dans l'aorte.

« Si ces diagnostics erronés n'entraînaient pas une thérapeutique subversive et désastreuse pour le malheureux brigthique, il n'y aurait pas grand mal, mais que l'on juge des effets des traitements conseillés ! On prescrit l'iodure de potassium, l'arsenic, l'opium et la digitale, un régime alimentaire tonique et par conséquent carné, les vins dits reconstituants. Vous voyez la somme de poisons, de toxines et de substances irritantes, dont l'élimination sera imposée à des reins, dont le pouvoir éliminatoire est déjà diminué et qui sont le siège d'un processus inflammatoire chronique !

« L'erreur de diagnostic est donc une faute grave et grosse de conséquences fâcheuses. Elle provient, je le répète, de cette conception fautive de la néphrite interstitielle qui consiste à regarder l'albuminurie comme un symptôme indispensable. On ne saurait trop insister sur l'obligation qui incombe au praticien d'apprendre à reconnaître l'existence de cette maladie à l'aide de ses autres grands signes qui, par leur réunion, suffisent amplement à en asseoir le diagnostic. Ils sont universellement connus, et l'étude approfondie, qui en a été faite dispense d'entrer dans les détails. Il suffira de les énumérer sans les interpréter.

« Un gros cœur, avec un bruit de galop très fréquent et un éclat exagéré du second bruit à droite de la ligne médiane du sternum ; un pouls d'hypertension artérielle, c'est-à-dire dur, en même temps qu'il est généralement un peu rapide et régulier ; de la polyurie et de la pollakiurie, surtout importantes quand elles sont nocturnes ; des urines pâles (claires comme de l'eau, disent les malades satisfaits de cette transparence anormale), avec une densité souvent, mais non toujours, abaissée ; de la dyspnée d'effort et de la dyspnée nocturne ; de l'affaiblissement général : tels sont, pour ne citer que les principaux, les symptômes dont la réunion, même par-

tielle, permet, en dehors de l'albuminurie, d'affirmer l'existence de la néphrite interstitielle.

Ils sont nombreux, les brigthiques qui, pendant longtemps, se présentent à notre observation avec simplement de l'hypertrophie cardiaque, un bruit de galop, de l'hypertension artérielle, de la polyurie et de la dyspnée. Il faut savoir diagnostiquer la néphrite interstitielle chez les malades qui ne sont pas encore albuminuriques, au moyen de l'examen du cœur et des vaisseaux.

« Une fois le diagnostic posé, en effet, il y aura à soumettre le malade à un traitement, dont l'hygiène générale et le régime alimentaire feront tous les frais. Nous lui interdisons tout ce qui peut surmener son cœur et son rein, par conséquent les travaux pénibles, les efforts, tels que marches et courses fatigantes, ascensions d'escaliers, etc. Dans certains cas, nous n'hésiterons pas à conseiller un changement de profession. Nous le ferons renoncer à l'usage de la viande, du vin et de toute autre boisson alcoolisée. Le lait, les œufs, les légumes, les pâtes alimentaires, les fruits, serviront exclusivement ou à peu près exclusivement à l'alimentation.

Nous ne devons pas nous faire trop illusion sur l'empressement que mettront certains malades à observer nos conseils, car beaucoup ont conservé des apparences de santé trompeuses pour eux mêmes et pour leur entourage, qui ne partagera pas plus qu'eux notre manière de voir et avec lequel nous aurons à lutter.

« En outre, beaucoup d'entre eux sont de gros mangeurs, peu disposés à changer de régime. Il faudra donc souvent revenir à la charge, insister pour faire comprendre aux récalcitrants les dangers auxquels ils s'exposent en suivant les vieux errements. Nous réussirons auprès d'un grand nombre. Quelques-uns nous échapperont et iront chercher ailleurs des adoucissements à notre régime qu'ils trouvent trop sévère et qu'ils qualifient de débilitant. N'importe ! »

(Le Concours Médical.)

## CHIRURGIE

### Le pansement humide au bicarbonate de soude contre l'ulcère de jambe

par M. le Dr TETRADZE.

M. Tétradzé a appliqué, avec succès, à l'ulcère variqueux, le pansement au bicarbonate de soude, qui, il y a quelques années, fut recommandé par un médecin russe, M. Guéorguievsky, pour le traitement des phlegmons et de diverses suppurations.

La plaie de jambe est d'abord nettoyée au moyen de tampons de coton trempés dans une solution de bicarbonate de soude à 20/0, lavée avec cette même solution, puis séchée et recouverte d'une compresse de tarlatane

fortement chargée d'une solution de bicarbonate de soude à 3 ou 40/0 et pliée en cinq ou six doubles. Par dessus on place une petite couche de coton hydrophile, qu'on fixe par quelques tours de bande. Le malade doit tenir le membre dans une position élevée.

Le premier jour, on renouvelle ce pansement trois ou quatre fois, ou bien, ce qui est plus simple, on l'arrose de temps en temps de solution sodique pour le maintenir à l'état humide. Le lendemain, le changement du pansement est obligatoire. Si, à ce moment, la suppuration est déjà tarie, ce qui est fréquemment le cas, on n'applique qu'une seule couche de tarlatane imbibée de la même solution, mais fortement exprimée de façon qu'elle soit à peine humide. Au bout d'un ou de deux jours, la compresse commence à adhérer à la plaie. On la laisse alors en place, après en avoir excisé aux ciseaux les parties excédentes. Si, par suite, elle était traversée par la sécrétion séreuse, on la change contre une autre, toujours à peine humide. Si, au contraire, la compresse demeure sèche et adhérente, on n'y touche pas : on renouvelle seulement la couche de coton sec hydrophile et les tours de bande. On continue de la sorte jusqu'au moment où, après quatre à six jours, la tarlatane tombe d'elle-même. On ne trouve alors, à la région où siégeait l'ulcère variqueux, qu'une croûte qui ne tarde pas à tomber, à son tour : la plaie est complètement cicatrisée.

(Ann. de Thérap.)

#### L'hypochlorite de chaux dans les brûlures

M. Tichy recommande l'emploi d'une solution de chlorure de calcium, surtout dans les brûlures du deuxième et du troisième degré. D'abord, on applique des compresses imbibées d'huile ; puis au bout de vingt-quatre heures, on ouvre les phlyctènes en s'entourant des précautions aseptiques ordinaires. On recouvre alors les blessures de compresses imbibées de la solution suivante :

Hypochlorite de chaux..... 2 gr. 4 à 5 gr.  
Eau distillée..... 900 grammes

Filtrez et ajoutez :

Alcool camphré..... 5 grammes

Aussitôt que la sécrétion de la blessure cesse, des croûtes se forment sur la peau. Dès que la peau est séchée sous ces croûtes, on peut cesser le pansement humide et recouvrir alors d'une couche de lanoline.

(Ann. de Thérap.)

#### Des occlusions aiguës de l'intestin grêle et de leur différenciation avec les appendicites

M. CAHIER dans cette article insiste à propos

d'une observation personnelle sur les difficultés qu'il peut y avoir pour séparer les occlusions aiguës de l'intestin grêle des appendicites.

Les signes que l'on recherche habituellement : limitation des symptômes autour du point de Mac Burney, élévation rapide de la température, toucher rectal, ne lui semblent pas suffisants dans certains cas pour éviter une erreur.

Il engage à utiliser les trois signes suivants, qui se rencontrent dans l'appendicite :

1° Examen de la formule hématologique, qui permet de trouver de la leucocytose, parfois de l'osinophilie (Laignel Lavastine).

2° Différence de la température axillaire et rectale qui est de près de 1 degré (Schüle).

3° Phénomènes d'hypersensibilité produits par les applications chaudes sur la région appendiculaire (Lewin de Berlin).

M. Cahier ajoute que fréquemment ces occlusions aiguës reconnaissent comme cause une hernie dans les fossettes duodénales décrites par Jonesco.

(Gaz. des hôp.)

#### La teinture d'iode contre les ulcérations de la cornée

M. Lawton Hierz applique la teinture d'iode au traitement des ulcères de la cornée. L'anesthésie est d'abord pratiquée avec une solution de cocaïne, puis on gratte l'ulcère avec une curette appropriée. L'ulcère est ensuite touché avec un petit tampon d'ouate hydrophile enroulé à l'extrémité d'un stylet. L'excès de teinture ayant été enlevé, le globe oculaire est lavé avec une solution d'eau boricisée ou avec de l'eau stérilisée.

Le traitement a été appliqué depuis 5 ans par M. Hierz dans plus de 200 cas et a toujours amené la guérison. Il est surtout indiqué dans les formes torpides. Après les applications de teinture d'iode les ulcérations qui succèdent aux ulcérations de la cornée seraient moins étendues.

(La vie médicale.)

## OBSTETRIQUE

A propos du diagnostic de l'infection puerperale avec la dothiénentérie et le paludisme

par le docteur P. SAVELLI.

(Suite et fin)

Cette jeune femme, âgée de 23 ans, est une journalière.

lière d'origine italienne. C'est une multipare qui a déjà eu deux grossesses antérieures; ces grossesses, normales, se sont terminées au neuvième mois, suivies de couches physiologiques et tout à fait apyrétiques.

La malade entre donc à l'hôpital, cinq jours après son troisième accouchement qui a lieu, en ville, sous la direction d'une sage-femme.

La température est à ce moment à 40°, 8; le pouls est très rapide, le facies vultueux, la langue subarrale; il n'y a pas de diarrhée, mais le ventre est douloureux et ballonné.

Les lochies sont peu abondantes, quoique fétides; l'utérus est douloureux quand on le mobilise, soit par le palper, soit par le toucher.

Infection puerpérale, tel est le diagnostic qui semble tout de suite s'imposer. On donne une injection intra-utérine; la température s'abaisse le lendemain à 38°, pour se relever de nouveau à 40° dans la soirée.

Nouvelle injection intra-utérine, le lendemain; nouvel abaissement de la température.

Mais, malgré cela, le thermomètre remonte à 40° tous les soirs; les injections de sérum antistreptococciques n'amènent aucune rémission. La malade est prise de frissons intenses et prolongés, une, deux et jusqu'à trois fois dans les 24 heures.

Dans la matinée du quatrième jour, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Queyrel, nous pratiquons le curettage de l'utérus. Nous ramenons avec la curette des débris de muqueuse sphacélée, des lambeaux de membranes qui avaient été oubliés dans la cavité utérine.

Dès le premier jour, après ce curettage, les pertes fétides s'arrêtent presque entièrement; cependant, les frissons persistent et la température remonte encore le soir aux environs de 38°, 4.

Puis, il n'y a plus qu'un frisson par jour, et ce frisson revient chaque fois vers trois heures de l'après-midi.

Le sixième jour, malgré l'arrêt de l'écoulement fétide, le thermomètre s'élève de nouveau à 41°.

L'utérus ne pouvant plus être en cause, nous soupçonnons du paludisme sous roche: nous pouvons arriver à savoir, par l'interrogatoire, que la malade est originaire d'un pays à fièvre; mais elle-même affirme n'avoir jamais été malade et n'avoir jamais souffert de fièvre paludéenne. Malgré ces affirmations, nous ordonnons un gramme de quinine à prendre, en une seule dose, cinq heures avant le frisson, c'est-à-dire avant le moment présumé de l'accès.

Quelle n'est pas notre satisfaction de voir bientôt la température s'abaisser sous l'effet de la quinine. De plus, chose curieuse, l'accès de la fièvre se régularise; il y a nettement d'abord un frisson, puis de la chaleur et des sueurs de plus en plus abondantes. Ces sueurs pro-

fuses, indiquant la fin de l'accès, n'existaient nullement avant l'administration de la quinine.

Au bout de cinq jours, la fièvre est complètement jugulée; on donne encore pendant trois jours 0 gr. 50 de quinine, puis on le supprime complètement. Notons qu'à aucun moment nous n'avons remarqué d'hypertrophie apparente de la rate.

Les pertes fétides, qui s'étaient déjà en partie arrêtées après le curettage, ont complètement disparu; l'utérus, au début, mollassé, volumineux, douloureux, s'abaisse de plus en plus, et vers le quinzième jour, on le sent à peine au-dessus de la symphyse.

Cette observation nous offre un cas intéressant de paludisme évoluant en même temps que l'infection puerpérale. Il s'agirait ici du réveil d'un paludisme latent, sous l'influence du traumatisme causé par l'accouchement, comme il s'en produit parfois après les traumatismes chirurgicaux.

Il est, en effet, démontré depuis longtemps que certains individus, ayant habité des pays à fièvres, mais n'ayant jamais eu de fièvres paludéennes proprement dites, peuvent conserver l'hématozoaire de Laveran, à l'état latent dans leur organisme. Mais il y aurait chez eux une prédisposition spéciale à subir l'atteinte du paludisme, toutes les fois que leur organisme se trouve en état de moindre résistance, par suite d'une infection.

L'hématozoaire qui a toujours vécu à l'état latent dans un organisme sain, exalte sa virulence quand il trouve, dans le milieu intérieur d'un organisme malade, des conditions favorables à son développement.

C'est la seule hypothèse qu'on puisse invoquer pour expliquer, chez notre malade, l'apparition d'accès de paludisme, évoluant en même temps et aussitôt après l'infection puerpérale.

Remarquons également combien il est important de savoir dépister le paludisme à côté de l'infection puerpérale; toutes les deux ont les mêmes frissons intenses, les mêmes grandes oscillations de la température.

Mais dans l'infection, on trouve, en outre du retard de l'involution utérine, des douleurs à la pression de l'utérus; enfin, signe plus important, la fétidité des lochies.

Quand l'utérus reste muet à l'examen du clinicien, c'est toujours au paludisme qu'il faut penser, s'il y a des frissons et des grandes oscillations de la température, suivies de sueurs profuses.

(Marseille méd).

#### Traitement de la rétention placentaire post-abortive non compliquée

par le Dr F. LORIER.

L'auteur est partisan de l'évacuation assez rapide — au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures



— de la cavité interne, en cas de rétention placentaire post-abortive, même non compliquée d'accidents. Ceux-ci en effet, sont toujours à craindre si l'on s'abstient d'intervenir ; et, d'autre part, on intervient dans de meilleures conditions si on le fait avant l'éclosion de ces accidents. La méthode d'expectation, au reste, a l'inconvénient d'obliger les femmes à rester au lit pendant un temps trop long souvent.

Le ballon de Champetier de Ribes, *petit modèle*, appliqué dans les cas de rétention placentaire, détermine de contractions utérines dont le résultat est non seulement la dilatation du col, mais aussi le décollement du placenta. Ce ballon est donc à la fois dilateur et excitateur, son emploi est absolument indiqué dans la rétention placentaire, dans l'avortement.

Le plus souvent, l'expulsion spontanée du placenta est provoquée par le ballon.

Si le décollement n'est que partiel ou si une complication surgit, la dilatation produite par le ballon permet l'exploration digitale de la cavité utérine et le curage digital, c'est à dire permet de vider l'utérus complètement et en toute sécurité.

(Gaz. méd. belge.)

## PEDIATRIE

### Un signe nouveau d'épanchement pleurétique chez les enfants

Kelley dit que dans les pleurésies dès que l'épanchement est un peu abondant, le décubitus est la règle. Dans les épanchements déjà anciens, le malade peut se coucher sur le côté de sa pleurésie, le poumon ayant acquis une certaine tolérance. Mais dans les premiers temps, le décubitus dorsal ou la position assise se voient plutôt. C'est ce qu'on observe, en effet, quand l'épanchement est abondant et se développe rapidement. Dès que le liquide a été évacué le décubitus redevient homologue. Au contraire, quand le liquide se reproduit aussi, ainsi est évitée la compression du cœur et la dyspnée qui en est la conséquence.

(La vie méd.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Traitement de la névralgie faciale par l'électricité

Il est peu d'affections aussi douloureuses et aussi rebelles au traitement que la névralgie faciale. On a éprouvé contre elles toute la série des analgésiques et des

antispasmodiques sans obtenir autre chose que des améliorations temporaires, et la plupart des médecins la considèrent aujourd'hui comme absolument incurable.

Aussi faut-il louer M. ZIMMERN d'avoir songé à appliquer à la névralgie faciale le traitement préconisé, dès 1897, par Bergonié. Ce traitement qui consiste à faire passer, au niveau des régions malades, des courants de haute intensité (50, 80 milliampères et même davantage), a été légèrement modifié par M. Zimmern qui emploie des courants beaucoup moins forts (3 à 12 milliampères), mais prolongés pendant trois quarts d'heure à une heure au moins. Avec cette méthode très simple, et absolument inoffensive, on arrive à améliorer, et même souvent à guérir définitivement la névralgie faciale, ainsi que le montrent les très intéressantes observations annexées au travail de l'auteur.

(Gaz. des hôp.)

### Les médications thyroïdiennes

par M. le docteur BRIQUET.

Le Dr Briquet (d'Armentières) vient de publier un très intéressant travail sur la posologie, les accidents et contre-indications des médications thyroïdiennes. D'après l'auteur, la thyroïdothérapie demande à être surveillée de très près et le praticien n'a rien à perdre à être excessivement prudent, aussi bien au point de vue de la posologie que de la pureté de la préparation à employer. Dans tous les cas où le traitement thyroïdien est susceptible d'être utile, on arrive plus ou moins lentement à obtenir la tolérance et on ne doit pas renoncer à la thyroïdothérapie par défaut de tolérance chez un sujet qui peut en retirer profit.

Chez les enfants, le Dr Briquet déclare qu'il a toujours vu les médications thyroïdiennes admirablement tolérées. Il débute par une dose correspondant à 5 à 10 centigrammes au plus, pour arriver à la dose moyenne de 25 à 50 centigrammes, suivant l'âge.

Chez les vieillards, on doit être d'une très grande prudence et les doses moindres que chez les adultes, tant à cause des lésions artérielles ou cardiaques fréquentes, que de la dénutrition qu'il est susceptible d'entraîner. L'iodothyrene paraît chez eux particulièrement recommandable.

Après avoir passé en revue les diverses contre-indications, le Dr Briquet déclare que l'emploi de doses très faibles peut toujours être essayé si l'affection, dont le sujet est porteur, rentre dans la catégorie de celles qu'améliore le plus souvent la médication ; tel serait par exemple, un cas de myxœdème arrivé à la cachexie avec albuminurie. Les cardiopathies elles-mêmes ne constituent pas des contre-indications formelles, comme le prouvent les observations de Weiss, d'Affanasieff, etc. L'iodothyrene est pour l'auteur la forme de choix du

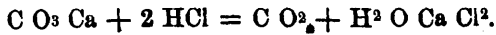
traitement thyroïdien dans le cas où il s'agit avant tout d'être particulièrement prudent.

(La Presse médicale.)

**Le chlorure de calcium dans les hémorragies de la variole**

par MM. les Drs L. PEAUDELEU et A. BARRAJA

Le chlorure de calcium (Ca Cl<sub>2</sub>) est un sel qu'on rencontre fréquemment dans les matériaux salpêtrés et dans quelques sources minérales salines. Mais au point de vue chimique il s'obtient en décomposant le carbonate de chaux par l'acide chlorhydrique, d'après la formule :



Comme on le voit, on obtient un sel qu'il faut faire cristalliser, en laissant déposer la liqueur que l'on concentre ensuite par la chaleur. On obtient alors de beaux cristaux rhomboédriques et si l'on veut avoir la formule exacte, on peut dire que la composition peut en être représentée par Ca Cl<sub>2</sub> + 6 H<sup>2</sup> O.

Très avides d'eau, ces cristaux sont donc déliquescents. Cette propriété est très utile au point de vue chimique puisqu'elle permet la dissolution dans le quart de son poids d'eau et que ce corps peut être employé à l'état sec pour dessécher les gaz. Cette propriété, dirons-nous, est une des difficultés dans son emploi en thérapeutique. En effet, son affinité pour l'eau est telle que, placé en contact avec une muqueuse, il devient un véritable caustique.

Le chlorure de calcium se présente encore sous d'autres formes : à l'état sec et à l'état fondu. Ces deux dernières préparations se font remarquer d'ailleurs par leur extrême causticité, conséquence immédiate de leur déshydratation.

A cette causticité des sels de calcium s'ajoute encore un autre inconvénient : leur toxicité. Les principaux caractères de cette toxicité ont été décrits par Orfila, Blacke, Lisfranc, etc... et on peut dire que, outre ces propriétés corrosives, ces auteurs ont signalé des accidents cardiaques, des convulsions, des malaises et un ralentissement considérable du pouls.

Il nous a donc paru utile de fixer une dose, que nous avons toujours employée, et avec laquelle nous n'avons jamais eu d'accidents.

La dose de 6 grammes administrée en 24 heures dans une potion formulée comme il suit, nous a donné d'excellents résultats, et nous croyons pouvoir affirmer que de cette façon la causticité du médicament a été détruite.

Pr. Chlorure de calcium..... 6 gr.  
Eau distillée..... 10 "

Mucilage simple de gomme arabique à 300/0 40 "  
Teinture de cannelle..... 10 "  
Lait ou Emulsion huileuse. Q. S. P..... 150 "

On fait dissoudre le sel dans l'eau distillée et on fait d'autre part le mucilage de gomme avec du sirop de Tolu ; on mélange les deux solutions, on ajoute la teinture de cannelle et on complète avec du lait.

Pour les enfants ou les personnes qui prennent difficilement les médicaments l'administration de cette potion mélangée à du lait nous a paru le plus convenable.

Le médicament ainsi préparé, ne présente aucun mauvais goût, il est facilement toléré, et la légère saveur styptique qu'il offre est facilement masquée par le véhicule que nous avons préconisé plus haut.

Disons de nouveau qu'il ne présente plus aucune causticité, ce qui est un fait très appréciable, dans une maladie comme la variole, où les lésions inflammatoires bucco-pharyngées ne sont pas toujours au dernier plan.

CONCLUSIONS

De l'ensemble des faits précédemment cités, il ressort que si le chlorure de calcium est cet hémostatique local que l'on a préconisé dans les plaies légères, dans les contusions et dans les hémorragies des muqueuses (l'épistaxis, par exemple) ; il constitue aussi dans les infections hémorragiques un médicament qui, s'il n'est pas toujours fidèle, peut être mis au même niveau que l'ergotine ou le sérum gélatiné.

Nous avons, en effet, divisé en deux parties notre expérimentation clinique. La première, dans laquelle nous comprenions l'administration du médicament dans la forme hémorragique d'emblée de la variole, la seconde dans laquelle le chlorure de calcium a été employé dans la variole hémorragique secondaire, et, disons-le, c'est dans ce dernier cas que le médicament s'est surtout montré efficace.

Dans la variole hémorragique primitive, l'infection sanguine est si massive et si rapide à la fois, que le médicament n'a pas le temps d'agir, ou tout au moins ne peut exercer son action hémostatique en présence d'un milieu sanguin très altéré dans sa composition.

Il se produit aussi cet autre fait, que nous n'omettons pas de mentionner, c'est que, à cette époque avancée de l'infection sanguine, les malades ne peuvent plus ou ne veulent plus avaler aucun médicament. Les lésions bucco-pharyngées sont aussi à ce moment très douloureuses ; le moindre mouvement de déglutition est excessivement pénible, ce qui fait que toute thérapeutique ayant pour but l'ingestion de médicaments par la voie buccale est, par ce fait même, impossible.

Ces deux inconvénients : infection sanguine rapide et totale avec altération du milieu sanguin, déglutition pénible et souvent impossible même pour les liquides, font que le chlorure de calcium administré dans les for-

mes hémorragiques primitives de la variole donne rarement de bons résultats.

Est-ce à dire qu'il doit être rejeté ? Nous ne trancherons pas la question, mais nous dirons cependant que ce médicament nous a paru donner des effets certains dans les formes hémorragiques secondaires de l'affection, et qu'il agit d'autant plus efficacement, que l'infection sanguine est moins avancée.

Comme on peut le voir, d'ailleurs, dans l'exposé de nos observations, le chlorure de calcium n'a pas fait attendre ses effets, lorsqu'il s'agissait de varioles hémorragiques secondaires ; les écoulements sanguins par les voies utérines et vaginales, les hémoptysies, les épitaxis, etc., se sont amendées sous l'influence du médicament, et le chlorure de calcium, dans ce cas, a remplacé avantageusement l'ergotine qui n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients.

Peut-être pourra-t-on dire que, même sans ce médicament, les hémorragies auraient pu cesser d'elles-mêmes, et que l'expectation seule aurait aidé la *natura medicatrix*.

C'est également possible, mais il nous a paru bon d'essayer, dans les formes hémorragiques de la variole, un médicament qui était connu dans sa constitution chimique et dans ses effets locaux et qui, à défaut d'une action toujours sûre et efficace, avait le mérite d'agir dans de nombreux cas et de justifier tout au moins la devise : *Primum non nocere*.

(Marseille méd.)

#### L'eau oxygénée contre la dysenterie

Nous avons parlé l'an dernier de l'emploi de l'eau oxygénée contre la dysenterie ; nous y revenons aujourd'hui pour compléter nos indications sur cette méthode thérapeutique. M. ROCAZ, de Bordeaux, se sert d'eau oxygénée complètement neutralisée, c'est-à-dire qu'il prend 100 centimètres cubes d'eau oxygénée, à laquelle il ajoute quelques gouttes de phléine du phénol ; il y verse ensuite, goutte à goutte, une solution étendue de lessive de soude, jusqu'à coloration rose, mais persistante. A ce moment, la neutralisation est obtenue.

Mais, l'eau oxygénée ainsi obtenue est neutre, et par conséquent peu stable ; pour éviter sa trop rapide décomposition, il est nécessaire de lui conserver une très acidité.

L'eau oxygénée, dans la dysenterie, peut être employée à différents titres ; et, notamment, dans le service de M. Rocaz, on emploie l'eau titrant dix volumes et étendue de cinq fois son volume d'eau distillée.

La dose à employer peut être fixée approximativement ainsi :

Le lavement étant pris froid ou tiède, il est difficile de remplir complètement la cavité du gros intestin et

l'expérience prouve que, la plupart du temps, une quantité d'eau supérieure à un litre amène rapidement des contractions réflexes qui provoquent l'expulsion immédiate du liquide antiseptique sans aucun bénéfice pour le malade. En thèse générale, on peut fixer la dose à

0 l. 500 à 1 litre pour un adulte.

0 l. 200 à 0 l. 500 pour un jeune sujet.

0 l. 100 à 0 l. 200 pour un enfant.

L'eau oxygénée est additionnée d'eau bouillie pour arriver à cette quantité de liquide et de manière qu'elle soit diluée au cinquième environ.

C'est par tâtonnements qu'on arrivera à découvrir la quantité de liquide qui convient le mieux à tel ou tel dysentérique.

Il est nécessaire, d'après l'administration du lavement, ainsi que le recommande M. Rocaz, de "faire coucher le malade, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, afin que le liquide puisse baigner complètement le gros intestin."

Le nombre de lavages à l'eau oxygénée à pratiquer dans un jour varie avec la gravité de l'infection. On peut admettre que généralement deux ou trois lavements par jour sont suffisants lorsque la dysenterie est bénigne ; il faut les multiplier dans les cas graves.

Le meilleur moyen pour l'administration des lavements consiste dans l'emploi du bock suspendu à une faible hauteur, muni d'un long tube en caoutchouc auquel on adapte une canule rectale souple qu'on introduit à une grande hauteur. Cette introduction doit être faite avec les plus grandes précautions, le malade étant couché dans le décubitus latéral droit. Elle est précédée d'un lavement évacuateur.

L'eau oxygénée agit aussi efficacement dans la forme aiguë que dans la forme chronique, chez les enfants que chez les adultes, et diminue jusqu'à faire disparaître rapidement les douleurs du ventre, les épreintes, le ténésme, et supprime d'une manière complète les mucosités et le sang dans les selles. On peut dire qu'il n'existe pas de contre indication à l'emploi de ce traitement.

(Concours méd.)

#### Naftalan dans le traitement de l'eczéma

Averbach a expérimenté dans un certain nombre de cas d'eczéma, le naftalan, un dérivé du naphte, préconisé depuis quelques années, par Rosenbaum, dans les affections cutanées.

Il s'est servi de naftalan sous forme d'une pommade dont voici la composition :

Naftalan.....	20 gr.
Oxyde de blanc zinc.....	} à à 10 gr.
Amidon pur.....	
Menthol.....	0 gr. 50 à 1 gr.

Le menthol devait servir pour rendre plus énergique l'action calmante du naftalan sur le prurit.

Avec cette pommade il a fait des frictions deux ou trois fois par jour en étendant sur la peau une couche épaisse aussi uniforme que possible, en général sans appliquer aucun pansement.

Il a constaté que les meilleurs résultats sont obtenus dans les éruptions médicamenteuses, dans le catarre chronique aigu ou subaigu à la période humide.

Pourtant, pour faciliter la résorption définitive des infiltrations de l'eczéma chronique, il est nécessaire de joindre au naftalan les préparations de goudron ou autres.

Au contraire, dans les formes chroniques sèches de l'eczéma à la période de desquamation et d'infiltration, ainsi que dans l'eczéma séborrhéique (Unna), l'action du naftalan est généralement peu efficace, sauf quelques exceptions. Grâce à la propriété fort précieuse du naftalan de ne pas exagérer les phénomènes inflammatoires, on peut l'employer de très bonne heure, même à la période la plus aiguë.

Quant à l'action du naftalan, elle consiste à calmer la peau irritée, à diminuer considérablement la douleur et le prurit, et enfin à dessécher les points traités.

Pas un malade de l'auteur ne s'est plaint, après l'application de la pommade de naftalan, de cuisson, de douleur ou de picotement. Jamais non plus on n'a constaté aucune complication. Sous l'influence du naftalan, on observe une remarquable tendance à la cicatrisation des affections eczémateuses chroniques aiguës ou subaiguës.

Il faut ajouter encore que le naftalan n'a pas d'odeur désagréable et que les taches qu'il laisse sur le linge s'enlèvent facilement.

Averbach termine son travail en disant qu'il faut voir dans le naftalan une acquisition thérapeutique des plus importantes.

(Ann. thérap.)

**Traitement abortif des furoncles par une solution concentrée d'iode dans l'acétone**  
par MM. P. GARROISSET COURBOUX.

Un de nos amis, ayant un furoncle du conduit auditif externe, nous demanda de le traiter par des applications d'un liquide noirâtre qu'il nous présenta. C'était une solution d'iode dans l'acétone, qui a la propriété de dissoudre environ quatre fois plus d'iode que d'alcool.

Le traitement que notre ami demandait d'appliquer n'était donc qu'une variante du traitement abortif classique des furoncles par la teinture d'iode. Les probabilités étaient même que le médicament nouveau

serait plus actif que l'ancien. Les résultats obtenus chez notre malade ayant été satisfaisants, nous nous proposâmes d'expérimenter en grand la méthode dans le service de M. le professeur Chantemesse. Les typhiques présentent, en effet, fréquemment, des éruptions acnéiques et furoncleuses abondantes, lesquelles donnent lieu, parfois, à des abcès et à des pertes de substance souvent assez étendues. La tradition dans le service était précisément de traiter ces boutons par des applications de teinture d'iode.

La formule que nous avons utilisée est la suivante :

Iode métallique.....	4 gr.
Acétone .....	10 —

Au début, cette solution a tout à fait l'apparence de la teinture d'iode ordinaire. Mais à la longue, elle se transforme. Au bout de quinze jours elle est devenue noire et sirupeuse. Elle ressemble alors à de la liqueur de cassis. Ce changement d'aspect est dû à la production de monoiodoacétane et de di-iodoacétone.

Il nous a semblé que la solution fraîche était moins maniable et plus irritante que la solution plus vieille. Ce serait l'inverse de ce qui se passe avec la teinture d'iode ordinaire, qui devient plus caustique à mesure qu'elle vieillit.

Voici comment nous avons procédé. Nous enroulons un flocon d'ouate autour d'un bâtonnet quelconque, nous le trempions dans l'iodoacétone et nous le portons au contact de chacun des boutons enflammés, qui se trouve ainsi recouvert d'une sorte de vernis noirâtre. Quand le bouton n'est pas ouvert, le malade ne sent rien ; tout au plus éprouve-t-il une sensation de piqure légère. Si le bouton est entamé, la cuisson peut être assez vive.

En général, un bouton non encore suppuré est éteint dès le lendemain. Parfois il faut renouveler l'application. Même quand il y a déjà du pus, s'il y en a qu'une simple gouttelette superficielle, le furoncle peut encore avorter.

L'iodoacétone a une action incontestablement plus puissante que la teinture d'iode. Mais elle a les inconvénients de ses avantages ; elle est aussi plus caustique et doit être maniée plus prudemment. Elle peut parfois provoquer une petite phlyctène, voire même une légère exulcération. D'autre part, il faut savoir que l'iodoacétone, déposé sur les bourgeons charnus d'un furoncle ouvert, peut produire une douleur très vive.

Enfin, chez une de nos malades, nous avons eu des accidents d'iodisme caractérisés par de la céphalalgie, du coryza et un érythème papuleux généralisé. Mais l'un de nous a vu un accident analogue se produire chez un malade atteint d'ecthyma qui fut traité avec la teinture d'iode ordinaire.

Ces inconvénients, peu grave en sommes en somme, sont largement compensés par l'efficacité plus grande du médicament. Celle-ci a été si manifeste que M. Chantemesse, en reprenant son service, a continué à se servir de notre solution d'iode dans l'acétone et qu'il nous a engagés à faire connaître ce procédé thérapeutique. Mais, pour le moment au moins, et en attendant que le public soit familiarisé avec ce nouveau produit, il sera prudent de ne pas en confier l'emploi au malade ou à son entourage; le médecin doit s'en réserver le maniement.

(*Annales Thérapeutiques.*)

### BIBLIOGRAPHIE

Nous accusons réception de la thèse de M. le Dr G. J. Barthelat docteur en médecine de l'Université de Paris, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, Licencié es-sciences naturelles, Préparateur de micrographie à l'École Supérieure de Pharmacie, Lauréat de l'École Supérieure de Pharmacie de Paris, Membre de la société mycologique de France.

La thèse de M. le Dr Barthelat est consacrée à l'étude des moisissures qui appartiennent à la famille des mucorinées. Ce travail vient de combler une grande lacune, en mettant de l'avant l'étude jusqu'aujourd'hui négligée, de ces champignons parasites, d'origine saprophytique, et en en faisant connaître l'action nocive.

Chimiste et botaniste distingué avant de devenir médecin, Mr. Barthelat réunit par conséquent toutes les qualités pour traiter son sujet de main de maître. Connaissant à fond les caractères botaniques et biologiques de ces parasites végétaux, il peut étudier leur caractère pathogène, avec plus de facilité. Par ses connaissances approfondies et ses expériences personnelles, M. Barthelat met au point l'étude des mucorinées pathogènes et les mucormycoses de l'homme et des animaux et justifie pleinement les paroles autorisées qui ont été inscrites en tête de son travail et qui l'on en quelque sorte inspiré :

“ Il suffit d'envisager d'où vient le progrès pour se convaincre que, réduite à la seule clinique, la médecine retomberait fatalement dans l'empirisme, dont les savants ont eu tant de peine à la tirer. Les sciences que l'on désigne sous le nom dédaigneux de sciences accessoires sont en réalité la base solide sur laquelle repose l'art médical. C'est à elles, et à elles seules, que la médecine doit d'être entrée dans la voie du progrès et d'avoir abandonné les systèmes pour adopter résolument la méthode expérimentale, qui seule peut la conduire à la conquête de la vérité. ” (R. Blanchard, leçon d'ouverture du cours d'histoire naturelle médicale à la Faculté de Médecine de Paris, 7 mars 1898.—)

Il suffit de jeter un coup d'œil sur le plan du travail

pour avoir une idée de ce qu'il a dû coûter d'études sérieuses, de recherches patientes et d'expériences laborieuses.

L'ouvrage comprend trois parties :

La première, précédée de quelques notions de botanique cryptogamique, si nécessaires à la clarté du sujet, est consacrée à l'étude botanique et biologique des espèces pathogènes.

La deuxième comprend l'analyse des différentes notes et des mémoires concernant l'existence et le rôle pathogène des mucorinées chez les animaux et chez l'homme. Elle renferme aussi les principales observations de mucormycoses spontanées.

La troisième partie enfin, rapporte les diverses tentatives expérimentales auxquelles les mucorinées ont donné lieu soit pour déterminer ou modifier leur degré de virulence, soit pour établir le siège et les caractères des lésions obtenues.

De ce court exposé ressort toute l'importance, au point de vue médical, d'un semblable travail. Nous regrettons de ne pouvoir en donner une analyse plus détaillée afin d'en faire apprécier le côté scientifique et utilitaire, à sa juste valeur.

*Manuel de la Prostatectomie périnéale pour Hypertrophie* par le Dr ROBERT PROUST, Prosecteur à la Faculté.

La prostatectomie périnéale a pris quelque temps à conquérir son droit de cité. Cette opération nouvelle appartient maintenant à l'actualité chirurgicale et le Dr Proust en a fait l'objet d'une publication à la fois théorique et pratique. La partie théorique est entièrement consacrée à expliquer les données scientifiques sur lesquelles l'opération est basée; la partie pratique a pour but d'initier le chirurgien à cette opération délicate et difficile et de lui permettre si peu habitué qu'il soit à la chirurgie périnéale, de mener à bien et à coup sûr l'ablation de la prostate.

Les planches et les figures sont d'une netteté et d'une clarté qui n'ont besoin d'aucune explication pour l'œil si peu exercé qu'il soit à la chirurgie. C'est donc un livre éminemment utile.

Un volume in-8 carré de 186 pages cartonné. Prix : 4 frs.

(C. Naud, éditeur, 3 rue Racine, Paris).

### NOUVELLES

NAISSANCE :—

A Maisonneuve, l'épouse de M. le Dr Letourneau, une fille.

NÉCROLOGIE :—

Nous regrettons d'apprendre la mort de M. le Dr Forest de l'Assomption.

## Supplement Litteraire

### Le 1er Congrès égyptien de médecine

(Suite)

Citons encore parmi les communications des Français, celles de M. Belleni (de Port-Saïd), un ancien élève de Bordeaux, sur l'Entérolyse dans la dysenterie ; de Raynaud (d'Alger) sur les Mesures prises en Algérie contre l'invasion des maladies pestilentielles ; de Hobbs (de Bordeaux) sur l'Importance de certains signes et réactions dans le diagnostic de la tuberculose à forme lente), et sur les Néphrites unilatérales partielles ; de Lortet (de Lyon) sur la Photothérapie des affections cutanées, lupus, épithélioma, etc. ; de Bergonié (de Bordeaux) sur les Rayons X dans l'examen du foie ; de Tessier (de Lyon) sur les Albuminuries, et de bien d'autres qu'il serait trop long de citer dans cette courte revue. Ce qui est certain, c'est que chacun de nous a essayé de faire là de son mieux son métier de bon Français, et que, grâce à une cohésion chaleureuse dont sont rares les exemples, hélas ! grâce à un Président attentif, large et plein d'entrain, nous avons laissé là-bas, je crois, une impression qu'aucune calomnie n'effacera de sitôt.

Voulez-vous maintenant connaître quelques communications marquantes en dehors de celles venant de chez nous ? Je vous citerai celles du professeur Nothnagel (de Vienne) sur la Prophylaxie ; du professeur Maragliano (de Gênes) sur la Pathogénie des néphrites et sur le Traitement de la tuberculose pulmonaire ; du professeur Loos (du Caire) sur l'Ankylostome duodénal, histoire de sa vie, avec de magnifiques préparations ; du Comanos Pacha (du Caire) sur la Pathogénie de l'hépatite ; d'Ibrahim Pacha, président du Congrès, sur la Tuberculose en Egypte ; du Dr Ruffer (d'Alexandrie) sur la Pathologie de la bilharzia ; du Dr Voronoff, l'actif secrétaire général du Congrès, sur le Traitement chirurgical des abcès du foie en Egypte ; d'Abbate Pacha sur l'Eunuchisme, notes physiologiques ; de Mariani (de Gênes) sur la Tuberculose dans ses manifestations cliniques, etc. ; il faudrait tout citer pour être sûr de ne pas oublier un titre intéressant.

Cet intérêt constant et vrai des séances du Congrès tenait certainement à une sorte de spécialisation voulue par les organisateurs eux-mêmes. Ils avaient, avec raison, penser à tirer du Congrès pour le bien de leur pays tous les enseignements possibles. En échange d'un séjour parmi eux pendant lequel ils nous ont comblés de prévenances, ils nous demandaient d'étudier en Congrès les maladies qui désolent l'Egypte, maladies sur lesquelles une prophylaxie plus éclairée et l'application des mesures d'hygiène récemment reconnues efficaces pouvaient avoir la plus favorable influence. Ce programme

a été rempli, témoin les ordres du jour des séances du Congrès. J'y ai relevé pour les lecteurs de ce journal, la statistique suivante : sur 246 communications faites au Congrès, 24 ont porté sur les (maladies du foie), 16 sur la (bilharzia), 13 sur les (granulations oculaires), 11 sur la (malaria), 8 sur la (dysenterie), 7 sur des (cas de parasitologie) autres que ceux de la bilharzia, 9 sur la (tuberculose), 5 sur la (peste), 5 sur la (lèpre), 4 sur le (choléra), une dizaine sur d'autres maladies infectieuses.

Vous voyez par ce relevé quelle ample moisson de connaissances on pouvait faire au Congrès du Caire sur la pathologie exotique et la parasitologie. D'ailleurs, les leçons de choses n'ont pas été moins intéressantes que les discussions théoriques. De nombreux cas d'abcès du foie, du bilharziose, de lèpre, de pellagre, d'ankylostomiase, etc., nous ont été montrés dans tous les hôpitaux, et particulièrement à l'hôpital français du Caire, si bien dirigé par le Dr Brossard.

Une mention spéciale doit être faite pour l'Ecole de Médecine du Caire, réorganisée depuis le Protectorat anglais, et dans laquelle nous aurions pu conserver quelques chaires si nos gouvernants l'avaient voulu. C'est là, dans un édifice entièrement neuf, bien aménagé, au milieu de magnifiques et vastes jardins, que se tenaient les séances du Congrès. Combien d'Ecoles secondaires chez nous sont moins scientifiquement et moins complètement installées ! Tout y est ordonné et réglé : non seulement les hommes, suivant l'adage anglais bien connu, y sont à leur place, mais encore aucune chose ne s'en écarte. Nous y avons vu la plus magnifique collection de parasitologie qu'il soit possible de trouver au monde, au dire de connaisseurs compétents. Elle a été créée grâce au labeur persévérant du professeur Loos, chargé de cet enseignement à l'Ecole, et nous a été montrée avec un orgueil bien justifié par le professeur Keatinge, directeur de l'Ecole. Que dire encore des services d'anatomie, de physiologie, de chimie, de pharmacologie, de bactériologie, etc. ? Tout cela est simplement et pratiquement installé.

Un bon Congrès ne va pas sans fêtes, sans banquets, sans excursions. De ce côté, celui du Caire a été des mieux remplis. Des fêtes, nous en avons eu chaque soir ; des banquets et des invitations, souvent deux par jour ; quant aux excursions, c'était le clou du Congrès pour un grand nombre d'entre nous qui donnaient en rechignant quelques heures d'un temps si précieux aux séances cependant bien peuplées des trois sections.

Mais aussi que d'attractions dans cette grande et très belle ville du Caire (plus de 600,000 habitants), si pittoresque et si pleine d'avenir ! Le pèlerinage aux Pyramides de Gizeh se fait aujourd'hui en tramway électrique à trolley en quarante cinq minutes, avec service toute la nuit les jours de clair de lune. Quel saut de civilisation entre ces haubans ultra-modernes

qui soutiennent le fil aérien et ces amoncellements gigantesques de pierre ! Ils contiennent cependant ou ont contenu les sarcophages de ceux qui tenaient, il y avait déjà 4,000 ans à la naissance du Christ, le sceptre du progrès humain avec celui de l'Égypte ! Le spectacle du Sphinx au clair de lune est inoubliable ; magnifique aussi ce nouveau Musée des Antiquités égyptiennes, où nous avons pu, grâce à la parole émouvante de notre éminent compatriote M. Maspero (de l'Institut), le directeur, faire notre petit stage d'égyptologie avant de partir pour les temples de la Haute-Égypte.

Je n'oublierai certes pas de signaler la (fête arabe) chez le Dr Voronoff. On nous y a montré des charmeurs de serpents, des concerts extraordinaires, une chorégraphie abdominale des plus savantes et des plus nature. Quelques-uns se sont voilés la face (proh pudor) ! d'autres, parmi nous, s'y sont folâtement amusés. Allez donc, après cela, avoir une idée moyenne ! Nous étions en Orient, que diable ! et nous avons bien vu, dès les premiers jours, que l'optique y était particulière. Ce qu'il y avait de mieux à faire, c'était de vite s'adapter. C'est ce que les sages ont fait. On n'a repris qu'avec le paquebot les scrupules — d'autres disent les préjugés — de mise dans la vieille Europe.

En résumé, je ne crois pas qu'aucun de nous regrette sa fuite en Égypte ! N'est-ce pas là le meilleur éloge ? Et puis, resteront dans notre souvenir, et pour quelques-uns aussi sur le gélatino-bromure de leurs plaques, les colosses de Memnon et les colonnades de Luxor et de Denderah, le visage de Sésostris et les bas-reliefs de Seti Ier dans la vallée des Rois, les ruines gigantesques de Karnak et les allées de Sphinx de la Thèbes aux Cent-Portes, enfin les soirs inoubliables sur le Nil, comme une marche à l'étoile de rêve.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

### Conseils de pratique médicale aux jeunes

#### *Le départ.*

Voici l'heure du départ pour la tournée... Vous sortez de bonne heure afin de consacrer, avec exactitude et ponctualité, le plus de temps possible à chacun de vos malades. — Même s'il n'a qu'un bobo, votre malade sera toujours content de vous garder, ne l'oubliez pas, mais il ne faut pas que ce soit au détriment des autres qui, en raison de leur état, méritent davantage votre attention, vos soins et vos consolations. Il faut faire à chacun sa part sans qu'on puisse pourtant vous accuser de parcimonie.

Ayez sur vous la trousse d'urgence : bistouris, sondes, seringue de Pravaz avec sa solution de morphine, thermomètre, etc. Ayez même la liste des médecins et chirurgiens consultants que vous préférez, avec leur

adresse et leur numéro téléphonique : il est tels cas d'urgence qui n'admettent aucun retard, et d'ailleurs le client vous saura gré de votre esprit d'ordre, de méthode, d'organisation et d'à-propos.

#### *L'entrée.*

En médecine comme en affaires, être aimable, pour le client comme pour le public, est encore le meilleur moyen de se faire bien venir d'eux. La valeur personnelle et la science ne sont jamais appréciées avec justesse et passent au second plan.

Soyez donc aimable envers la concierge, agent de propagande de premier ordre. Vous avez tout bénéfice à en retirer, sans pour cela vous mettre à ses genoux, ni passer des marchés avec elle, comme cela se pratique quelquefois, disent les mauvaises langues.

Ne ratez pas votre entrée chez le client, surtout s'il s'agit d'un enfant. Laissez votre pardessus et votre chapeau dans l'antichambre du riche. S'il n'y a pas d'antichambre, mettez votre chapeau sur un meuble de la pièce d'entrée, avant de voir l'enfant qui a instinctivement horreur des gibus (combien il a raison !) et se met à hurler à leur vue. S'il voit votre tuyau de poêle, c'est fini, vous êtes mal coté ; il faudra lutter, gronder, faire toutes sortes d'avances qui n'aboutiront pas, et, après bien des frais, vous vous exposerez à perdre un client sous prétexte que l'enfant ne *peut vous voir*. — Abordez l'enfant sans brusquerie, ni fracas, doucement, indifféremment, sans prendre garde à lui pour ainsi dire, souriant, affable, caressant, lui parlant indirectement, disant bonjour à la poupée ou à un jouet, le complimentant adroitement, offrant la main — sans insister s'il y a un refus, — vous assurant, causant à la mère, puis revenant petit à petit au malade, et vous arriverez ainsi — pas toujours toutefois — à gagner les bonnes grâces de votre petit client.

Ne tirez pas rapidement votre thermomètre... Il effraiera moins, placé dans le rectum, que sous le bras. — L'enfant, qui est tout yeux, vous juge immédiatement, mais voit d'abord en vous un ennemi. Si vous vous y prenez mal, vous n'en ferez rien : il criera, se débattrra et vous ne viendrez pas à bout de l'examiner.

Les lunettes et le haut de forme amusent les enfants au sein, mais font peur à ceux qui sont âgés de deux à cinq ans.

Gardez vous de vous placer en face d'un nourrisson tout nu lorsque vous l'examinerez, vous risqueriez de recevoir en pleine figure un jet d'eau chaude dont vous auriez pu vous passer.

(à suivre)

# Travaux Originaux

## DE L'INFLAMMATION ET DE SON TRAITEMENT

par M. le professeur J. P. ROTTOT

*Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval  
à Montréal (1)*

(Suite.)

Si les microbes mouraient dans le système on pourrait croire que tous ces cadavres seraient une cause d'infection, mais jusqu'à présent on a trouvé que les microbes survivaient toujours malgré les maladies les plus virulentes, car, recueillis et soumis à la culture, ils prolifèrent toujours. On dit encore que les microbes ne produisent pas toujours leurs mauvaises effets immédiatement, qu'ils attendent une occasion favorable pour agir. Que font-ils en attendant? Est-ce qu'ils se blottissent dans un coin pour y demeurer sans se nourrir, sans secréter, sans proliférer? Comment sauront-ils que l'occasion favorable est arrivé. La connaissons-nous nous-mêmes cette occasion? est-ce la faiblesse, l'épuisement? Mais on voit les microbes laisser les plus faibles pour s'attaquer aux plus forts. En attendant que toutes ces obscurités soient éclaircies, il est plus logique de dire que les microbes, comme toutes les autres causes irritantes, agissent primitivement sur les cellules, en causant une perturbation fonctionnelle et nutritive de ces éléments cellulaires; ils produisent, en d'autres mots, une véritable inflammation avec tous ses symptômes et tous ses effets; de sorte que, selon l'intensité de l'inflammation, vous avez des sécrétions différentes et variées provenant des cellules et non des microbes. Est-il possible maintenant d'isoler les ptomaines de ces produits? Et quand vous injectez ces substances, n'a-t-on pas le droit de dire que la maladie qui en résulte est causée autant par les produits inflammatoires que par les ptomaines? Que se passe-t-il maintenant dans le système, au moment où les microbes commencent à agir, que font les cellules pour se défendre? Que fera le système? Est-ce que les forces vitales vont réagir contre ces ennemis et résister à leur enva-

hissement. Anciennement c'est ce qui se faisait. Mais les théories modernes ont changé tout cela; ce sont les leucocytes qui ont à présent la mission de protéger la santé et la vie; ce sont eux qui vont livrer un véritable combat en règle contre les microbes. Ils possèdent, dit-on, une puissance extraordinaire connue sous le nom de phagocytose, c'est-à-dire le pouvoir d'englober les microbes et toute autre particule de matière rencontrés par eux sur leur passage, pour les faire mourir ou les transporter en dehors du système. Les leucocytes, dit-on, comme des sentinelles avancées, sont toujours sur le qui-vive, et du moment qu'un désordre se produit dans un endroit quelconque, ils s'y précipitent en nombre, attaquent les microbes, auteurs de tout le mal, et les mangent littéralement. C'est, paraît-il, un véritable plaisir de les suivre dans leur course furibonde dans les vaisseaux, et à travers les tissus, à la poursuite de leurs ennemis. Durant ce temps-là que font les bons microbes? Les éléments cellulaires, menacés de destruction, dans leur impuissance soupirent après un défenseur, mais, comme sœur Anne, ils regardent partout et ne voient rien venir.

Les leucocytes ressemblent beaucoup, dans l'exercice de leurs fonctions, à ce fameux personnage représenté, *sicut lea querens quem devoret*. Ce qu'il y a d'étonnant dans l'exercice de cette fonction, c'est que les leucocytes attendent pour agir que le mal soit fait. Pourquoi ne pas commencer avant, vu que les microbes et les leucocytes sont toujours ensemble, dans le sang, dans les espaces intercellulaires, etc. Le succès serait plus certain, car la lutte ne se termine pas toujours à l'avantage des leucocytes. Il paraît que les microbes englobés ne meurent pas tous, et qu'on trouve un grand nombre de leucocytes morts, par l'action des microbes. Il paraît aussi que la prolifération des microbes dépasse de beaucoup en nombre les microbes mangés. Il me semble que les leucocytes se sacrifient inutilement, et qu'ils devraient cesser de jouer un rôle qu'ils sont loin de remplir avec honneur pour eux et avec avantage pour nous; puisque l'inflammation, loin d'être jugulée, continue le plus souvent, et ne se termine qu'après avoir produit tous ses effets. Voici sur ce sujet ce que l'on trouve dans Letulle.

Letulle dit que la cellule blanche est chargée de fonctions importantes, qu'elle va vivre à travers les tissus normaux, que la plus évidente, sinon la

(1) Travail lu au Comité d'Etudes Médicales, aux séances du 26 octobre, du 9 et du 23 novembre 1899.



plus capitale de ces fonctions sera d'assurer l'élimination hors de l'organisme des matériaux inutiles ou nuisibles à la vie des colonies cellulaires. Il dit que le corps étranger, inerte, nuisible seulement par son volume et ses aspérités, est bientôt entouré de cellules migratrices qui l'englobent, et s'il est friable, se chargent d'en apporter les fragments loin du foyer inflammatoire. Sinon, les globules l'entourent et président à la formation d'un tissu cicatriciel qui l'isolera du reste de l'organisme. Je suppose maintenant qu'une inflammation locale soit produite par toute autre cause que par des microbes : les leucocytes vont-ils s'y précipiter tout de même ? Que feront-ils quand ils seront rendus, n'ayant pas de microbes à manger ? Vont-ils rebrousser chemin ? Je ne crois pas qu'on puisse jamais, à l'aide de semblables théories, pénétrer les secrets de la vie organique.

Après tout, on peut conclure que les microbes peuvent, comme toutes les autres substances introduites dans le système, produire un bouleversement fonctionnel et organique des éléments cellulaires, ce bouleversement est accompagné, tout naturellement, de plus ou moins de fièvre, d'inflammation, et d'altérations des organes affectés. De sorte que les microbes agissent comme toutes les autres causes de maladie, et causent la mort en détruisant la vitalité des éléments cellulaires. Il s'ensuit que, pour le traitement, ce sont toujours les mêmes règles qui doivent nous guider. La première indication générale, c'est de faire disparaître la cause. Pour les microbes on emploie les injections de sérum. Si ce traitement pouvait réaliser nos espérances, ça serait un immense bienfait pour l'humanité et pour les médecins. La pratique de la médecine, en ce qui regarde les maladies microbiennes, serait des plus simples et des plus faciles. Mais quoique les résultats obtenus, d'après les statistiques, soient très satisfaisants, la science n'a pas encore atteint ce résultat. Il arrive parfois qu'avec ou sans la destruction des microbes, l'inflammation continue ; nous sommes obligés alors de traiter cette inflammation d'après les règles de la science médicale. Quel est ce traitement ?

*Traitement de l'inflammation au point de vue de la saignée.*

Si on considère l'inflammation comme le résultat de la suractivité des éléments cellulaires, on

devrait, il me semble, pour être logique, employer contre elle le traitement antiphlogistique. Cependant, cette proposition, faite d'une manière générale, est fautive. Le traitement de l'inflammation est conditionnel. Il dépend de l'impression faite sur le système.

Le traitement antiphlogistique convient tant que l'organisme conserve assez de vitalité ; mais s'il est trop affaibli, ce traitement est contre-indiqué. On doit par conséquent se servir tantôt du traitement antiphlogistique, tantôt du traitement stimulant, quelquefois des deux en même temps, selon le cas. Par traitement antiphlogistique, je ne comprends pour le moment que la saignée, je laisse de côté la considération des autres remèdes.

Puisque le traitement dépend de l'impression faite sur la vitalité du malade, comment pourrions-nous constater cette impression, et qui nous guidera dans le choix du traitement ? Ça sera les symptômes locaux et généraux, et surtout le pouls. Le thermomètre nous aidera aussi jusqu'à un certain point, mais il nous donnera très rarement l'idée juste de l'état du malade. Et comme l'élévation de la température coïncide souvent avec le pouls inflammatoire, il est plus facile de se dispenser du thermomètre. Lorsqu'il y a divergence entre les deux on doit encore préférer le pouls, le plus souvent. On peut dire en effet sans craindre de se tromper, que, de tous les organes, le cœur est le guide le plus important et le plus sûr que le médecin doit suivre dans le traitement de toutes les maladies en général.

C'est l'organe le plus impressionnable, celui qui fait connaître le plus clairement et le plus promptement les impressions éprouvées par le système. Rien d'important ne peut survenir dans l'organisme sans que le cœur en ressente les effets et sans qu'il nous le fasse voir par ses pulsations plus ou moins fortes, plus ou moins rapides, et plus ou moins régulières. Comme la sensitive, il suffit d'une ombre, d'un regard, d'une parole pour l'arrêter dans sa marche ou précipiter sa course. Véritable baromètre, il est ferme et régulier lorsque la vitalité est dans toute sa force ; il devient faible et irrégulier lorsque la vie s'en va. Sentinelle avancée, s'il ne reçoit pas les premiers coups, il les ressent tous et il nous indique toujours, par la nature des pulsations artérielles, la gravité de l'injure faite au système. Le pouls possède donc des caractères qui servent de bases au traitement

des maladies et qu'il est absolument nécessaire de connaître.

C'est de plus une connaissance assez difficile à acquérir. De même qu'il faut au musicien une oreille bien organisée, de même il faut que les doigts du médecin soient doués d'un tact extrêmement délicat. Cette connaissance est la condition *sine qua non* pour devenir bon médecin. Par elle vous soignerez avec plaisir, avec certitude : sans elle vous n'exercerez votre art qu'au hasard. Je ne prétends pas dire qu'en prenant le pouls vous pourrez faire le diagnostic d'une maladie quelconque, mais vous pourrez constater jusqu'à quel point le système est affecté par la maladie, et si le traitement doit être antiphlogistique ou non. Enfin c'est l'état du pouls qui complète la connaissance que vous devez avoir de votre malade. Il faut d'abord savoir ce que c'est qu'un bon pouls, afin de pouvoir s'en servir comme terme de comparaison. Le pouls est naturel et bon lorsqu'il est peu développé, compressible, régulier, et que ses pulsations sont au nombre de 65 à 80 à la minute chez l'adulte. Plus il s'éloigne de ces caractères, plus il est mauvais, et chaque déviation a une signification particulière, suggérant le traitement à suivre.

Je ne vois pas la nécessité d'étudier minutieusement les nombreuses variations du pouls : il me suffira d'en donner les principaux caractères et d'en faire ressortir les indications. Ainsi le pouls peut être irrégulier ou intermittent, dénotant un état de faiblesse plus ou moins grave selon qu'il est plus ou moins prononcé et selon sa cause. Il peut être trop lent ou trop vite, ample, mou ou compressible, petit filiforme. Ces divers pouls indiquent la faiblesse ; on en constate la gravité par la légère sensation ressentie par les doigts à chaque pulsation du cœur, et par la facilité avec laquelle on peut comprimer l'artère et arrêter la circulation. Ces caractères du pouls dénotent un affaiblissement de la vitalité, et exige un traitement tonique et stimulant. D'un autre côté, le pouls peut être plein, dur et vite, ou petit, dur et vite, le choc produit par le cœur est ressenti plus vivement par les doigts, et il faut comprimer plus fortement l'artère pour arrêter la circulation, vous sentez en même temps l'artère sous vos doigts comme dans un état de rigidité, de tension. Ce dernier caractère dénote plus, je crois, le pouls de saignée, que les autres. Ce pouls indique la surac-

tivité des fonctions vitales, l'inflammation, et demande le traitement antiphlogistique. Ce pouls inflammatoire est accompagné d'une élévation de température plus ou moins considérable, et sa vitesse est généralement de 90 à 120 pulsations. Je crois devoir observer que la vitesse du pouls a quelquefois une importante signification. Ainsi un pouls de 90 pulsations continues à la minute, même sans cause apparente, est généralement un très mauvais pouls, non pas qu'il indique un danger prochain, mais il montre que l'organisme est sous l'influence d'une cause morbide qui doit lentement mais sûrement conduire le malade à la mort. Avant d'accepter la théorie prescrivant les émissions sanguines dans le traitement de l'inflammation, il est bon de s'assurer si elle est juste, si la saignée est nécessaire et justifiable en principe, afin d'avoir une base sur laquelle on puisse s'appuyer pour pouvoir l'employer en toute sûreté de conscience. Pour cela procédons du simple au composé.

Je suppose deux malades, dont l'un est maigre, faible, pâle, avec un pouls petit, vite, compressible, un véritable anémique ; l'autre au contraire est fort, plein de sang, avec un pouls plein et dur, un pléthorique en un mot. Quoiqu'il n'y ait point d'inflammation chez ces deux individus, ils sont néanmoins malades. Il est évident qu'on ne doit pas leur donner le même traitement. Il faudra tonifier et stimuler le premier. On emploiera pour l'autre le traitement antiphlogistique, c'est-à-dire la diète, l'exercice, les purgatifs et la saignée. Mais pourquoi la saignée ? Est-ce que les autres moyens ne suffiraient pas ? Dans certains cas, oui, lorsque la pléthore n'est pas excessive.

Mais lorsque la congestion est forte partout, que les organes sont surexcités, qu'ils fonctionnent trop, qu'ils fonctionnent mal, que le malade éprouve des points de côté, des engourdissements, des maux de tête, des éblouissements, etc., symptômes indiquant qu'il est menacé d'une attaque d'apoplexie pulmonaire ou cérébrale, d'un moment à l'autre, va-t-on le laisser exposé à un danger si sérieux, quand on peut le guérir immédiatement on lui ôtant le surplus de sang dont il n'a que faire ? On voit parfois la nature venir au secours du malade et le guérir au moyen d'une hémorrhagie quelconque. Pourquoi ne pas l'imiter ? On ne peut donc pas se refuser à l'évidence,

et il faut avouer que la saignée est parfois nécessaire et rationnelle. Les autres moyens sont plus lents, moins sûrs, le malade ne s'y soumet pas toujours. Un accident peut survenir avant qu'ils aient produit leur effet.

Maintenant, la saignée doit-elle être employée chez un individu non pléthorique pris par l'inflammation, lorsque le pouls l'indique? Pour répondre à la question, il faut d'abord se rendre compte des effets de l'inflammation, on verra ensuite s'il est possible de les prévenir ou au moins d'en diminuer la gravité par les émissions sanguines.

(à suivre)

## Revue des journaux

### MEDICINE

#### Traitement local, des manifestations laryngées de la grippe

M. le Dr Moure étudie dans le *Journal de médecine de Bordeaux* les diverses manifestations laryngées de la grippe et donne les indications suivantes relatives au traitement médical et aux complications pour lesquelles il est parfois nécessaire de recourir aussi au traitement chirurgical.

Dans certains cas, les malades présentent une sorte de toux nerveuse à type spasmodique, dont ni l'auscultation, ni la percussion n'expliquent l'existence. Ce symptôme résiste habituellement à tous les calmants ou antispasmodiques connus. M. Moure l'a vu, par contre, céder bien des fois à une simple cautérisation de la muqueuse plus ou moins tuméfiée des cornets inférieurs ou moyens. Souvent même, l'introduction de simple vaseline cocaïnée :

Chlorhydrate de cocaïne..	0,10 à 0,25 centig.
Mentol.....	0,05 centig.
Acide borique.....	1 gramme.
Vaseline.....	15 grammes.

modère cette toux à type plus ou moins coqueluchoïde qui, chez les adultes, ne semble pas dépendre d'une adéno-pathie appréciable. D'après l'efficacité du traitement nasal, on est en droit de supposer qu'il s'agit ici d'une véritable névrose d'origine nasale consécutive à l'infection grippale.

Dans les formes inflammatoires, catarrhales, érythémateuses, œdémateuses ou même ulcéreuses. M. Moure donne la préférence aux inhalations chaudes faites avec des plantes aromatiques ou autres substances, telles que :

Menthol pulvérisé.....	} à 25 grammes.
Baume du Pérou.....	
Thymol.....	0,25 centig.
Tincture d'eucalyptus.....	250 gram.

Mettre une cuillerée à café de ce mélange dans un demi litre d'eau plus ou moins chaude, pour faire des inhalations par le nez et par la bouche matin et soir pendant trois à cinq minutes. Au début, employer l'eau à peine chaude pour arriver graduellement jusqu'à la température de l'eau bouillante. Des formentations chaudes autour du cou sont aussi très utiles dans les formes congestives, douloureuses.

Si l'œdème devenait trop considérable ou si l'érythème se prolongeait au-delà des limites ordinaires, on pourrait, dans le premier cas, faire des applications galvaniques sur les parties œdémateuses ou même les réséquer à la pince coupante, si l'infiltration était trop prononcée. En général, on peut se borner à prescrire des pulvérisations cocaïnées et adrénalisées pour calmer les douleurs éprouvées par le malade et pour réduire la tuméfaction de la muqueuse. Voici la formule que l'on peut prescrire dans ces cas :

Solution avec

Chlorhydrate de cocaïne...	0,25 à 0,50 centig.
Solut. d'adrénaline à 1 p. 1000	5 grammes.
Antipyrine.....	4 grammes.
Glycérine.....	} à 50 grammes.
Eau de menthe.....	
Eau.....	400 grammes.

*Gaz. méd. belge*)

#### Sur le pneumothorax

par M. le Dr CHAPOCHNIKOFF

Le décollement du poumon de la paroi interne du thorax, par suite d'un traumatisme, se fait difficilement, si le poumon et la plèvre sont sains. Dans ce cas, interviennent : a) la force de cohésion des deux feuillets de la séreuse, b) la dilatation compensatrice des parties voisines du poumon par rapport à la plaie. La pression atmosphérique externe par elle-même ne peut pas décoller le poumon de la paroi thoracique, car en dehors de cette condition, un effort quelconque et indispensable pour séparer les deux feuillets pleurétiques.

La dilatation du poumon, au moment de la blessure, contribue à la fermeture complète de l'ouverture de la plaie ; quelquefois on voit même le bord du poumon sortir de la plaie.

L'étendue de l'orifice et sa place sur le thorax jouent aussi un rôle important dans la formation du pneumothorax. Si l'orifice dans la plèvre costale est plus petit que la trachée, le poumon ne s'affaisse pas complètement et prend part dans l'acte de la respiration et le pneumothorax ne se forme pas. Dans les blessures du thorax, près de la base du poumon, une certaine quantité d'air peut encore entrer dans la cavité pleurale, tandis que, si la plaie de la paroi se trouve plus haut que la base du poumon, l'air extérieur rencontrera un obstacle du côté du poumon sous jacent à la paroi thoracique.

Si le poumon est malade (tuberculose) le décollement et l'affaissement se produit immédiatement après la blessure, et l'air extérieure arrive facilement, puisque la résistance du poumon est diminuée.

La guérison après l'opération de l'empyème est possible, non par suite de la formation des adhérences, mais grâce à la *cohésion* des feuillettes séreux de la plèvre.

(Gaz. méd. belge)

#### La péricardite typhique

par MM. Ch. GANDY, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, et F.-X. GOURAUD, interne des hôpitaux.

#### CONCLUSIONS

De cette étude sur la péricardite typhique nous concluons :

1° La péricardite est une complication très rare de la dothiéntérie.

2° Elle revêt deux formes anatomiques : l'une, la plus fréquente, fibrineuse, caractérisée par la présence d'exsudats pseudo-membraneux abondants et d'un épanchement séreux insignifiant ou minime ; l'autre, la plus rare, fibrino-purulente, à épanchement parfois notable.

3° La péricardite est tantôt isolée, tantôt associée à d'autres complications dont les plus fréquentes sont l'endocardite, la myocardite et les déterminations broncho-pulmonaires.

4° Son évolution est le plus ordinairement insidieuse ou même latente ; seule, l'auscultation systématique de la région précordiale permettra de déceler le signe pathognomonique de l'apparition de cette complication, le frottement.

5° Sa nature pathogénique est encore à l'étude. Si la forme purulente paraît devoir relever souvent d'une infection secondaire, il est très vraisemblable d'admettre que par contre la forme fibrineuse doit reconnaître le bacille d'Eberth lui-même comme agent causal.

6° La terminaison fatale a été constante dans les quelques cas de dothiéntérie accompagnée de péricardite purulente. La péricardite fibrineuse reste, cliniquement, à l'état de péricardite sèche et elle se termine le plus souvent par la guérison ; lorsque la mort

survient elle est le fait d'autres accidents ou complications (myocardite, etc.), et non provoquée directement par la péricardite elle-même. Celle-ci peut être considérée comme un épisode local qui modifie peu le pronostic général de la dothiéntérie.

(Gaz. des Hôp.)

#### Topographie cardio-pulmonaire

M. DESTOT présente un orthodiagraphe de Grünach qu'il a complètement transformé, de telle façon que cet appareil est devenu aujourd'hui universel.

En effet, il permet d'employer un grand écran qui donne un examen général du sujet, en même temps qu'un dispositif très simple permet d'analyser les sensations perçues : chercher une balle, vérifier la forme, le volume, le siège, la profondeur d'un corps opaque. Sans que le sujet soit dérangé, par une simple mutation on obtient un appareil enregistrant des projections orthogonales et inscrivant les formes perçues grâce à l'emploi d'un papier quadrillé au millimètre. Enfin on peut inscrire sur le sujet directement au moyen d'un crayon dermatographique les ombres portées.

La connaissance de la topographie cardio-pulmonaire sur le vivant est un des points les plus intéressants que permet de résoudre cet appareil.

Situation du cœur dans la poitrine, ses obliquités variables suivant les sujets, les rapports de la pointe avec les côtes, avec le tétou, chez l'homme, la femme et l'enfant, dans les différents moments respiratoires, tout est enregistré d'une façon absolument rigoureuse, et les notions acquises de cette façon diffèrent sensiblement des données cliniques et anatomiques enseignées jusqu'alors.

La physiologie pulmonaire, les altérations du rythme respiratoire, fournissent encore des données précieuses. Dans le domaine de la pathologie le chirurgien ne saurait se désintéresser de ces questions. Pleurésie purulente, libre ou enkystée, opérée ou à opérer, sont vues nettement.

Les résultats de l'empyème peuvent être inscrits et on peut se rendre compte de la fixation du poumon ou de son ampliation. Les différentes tumeurs des poumons s'aperçoivent aussi. Tumeurs du médiastin, ganglionnaires, tuberculeuses ou cancéreuses, exploration de l'œsophage, des rétrécissements, de leur siège, de leur forme, de leur diverticule, grâce à l'emploi du cachet de bismuth et de l'examen oblique droit, sont facilement résolus.

Anévrysme de l'aorte, péricardite avec ou sans épanchement, corps étrangers des bronches et de l'œsophage, sont nettement perçus.

Mais on peut encore apprécier les lésions parathoraciques. C'est ainsi que les tumeurs du cou, goitre

plongeant et les tumeurs de l'abdomen, abcès du foie, kyste hydatique de la tace convexe, sont rendus très sensibles par cette méthode d'examen.

Il me resterait à montrer que la radioscopie orthogonale sert non seulement à préciser un diagnostic, mais encore à conduire le chirurgien en lui indiquant le siège exact et la profondeur où se trouve la lésion à atteindre.

Jusqu'à présent, la chirurgie du cœur et des poumons s'est bornée à quelques tentatives, mais il est à croire que l'avenir en élargissant le champ permettra et légitimera des interventions plus hardies. C'est ce qui semble résulter du rapport de Raymond et Terrier au dernier Congrès de chirurgie.

(Lyon méd.)

---

#### Lithiase biliaire et suc hépatique

M. Cassaët s'élève contre le radicalisme de certains chirurgiens américains que M. Francis Munch nous a fait connaître dans ses correspondances. On sait, en effet, que ces chirurgiens, identifiant en quelque sorte l'appendice et la vésicule biliaire, n'hésitent pas à proposer l'extirpation de cette dernière dans tous les cas de trouble dus à la lithiase. M. Cassaët croit qu'il est bon d'opposer à ce radicalisme les résultats très efficaces de la thérapeutique médicale. L'huile d'olives, le salicylate de soude ont déjà fait leurs preuves. M. Cassaët rapporte les très heureux effets qu'il a obtenus du suc hépatique dans quatre cas de lithiase biliaire avec ictère. Quelques jours après l'administration du suc, l'ictère et les douleurs disparurent, et il s'ensuivit une débâcle de sable intestinal ou de calculs, dont quelques-uns très volumineux, que M. Cassaët présente à la Société.

(Jour. de méd. de Bordeaux.)

---

#### La dyspnée cardiaque est justiciable de la morphine

Une lésion de l'arbre aérien, des bronches ou des poumons a diminué le diamètre des canaux aërifères ou l'étendue de la surface respiratoire. L'oxygénation du sang est incomplète. Le sang arrive au centre en quantité normale, mais il renferme trop peu d'oxygène. La dyspnée s'installe, dyspnée bienfaisante, car, en accélérant les mouvements respiratoires, elle assure dans la mesure du possible l'aération du sang; elle essaie de parer au déficit en oxygène. Abolir la dyspnée serait une lourde faute; ce serait enlever à l'organisme sa seule planche de salut. Ainsi :

(La Dosimétrie)

#### La dyspnée respiratoire contre-indique la morphine

Abstraction sera faite cependant des cas où elle accompagne un état incurable et dans lesquels, mû par la considération, avec l'assentiment du malade et de l'entourage, le médecin donne de la morphine pour assurer l'euthanasie.

L'emploi de la morphine contre les accès d'asthme a fait aussi mourir beaucoup de malades. C'est qu'ici encore il faut distinguer soigneusement les cas justiciables de la morphine de ceux qui ne le sont pas.

Von Basch a magistralement fixé la physiologie pathologique des deux formes principales de l'asthme. Or, de ces deux formes, l'une appelle l'emploi de la morphine, l'autre le contre-indique.

L'asthme bronchique est dû à un spasme — d'origine variable — des muscles bronchiques. La lumière des bronches est diminuée; l'air arrive en trop petite quantité sur la surface respiratoire. La dyspnée s'installe. La morphine, en levant le spasme des muscles de Reissenssen, met fin à cet état pathologique.

(La Dosimétrie)

---

## CHIRURGIE

**Pourquoi, dans la pratique courante, la fracture de la rotule ne doit pas être traitée par les méthodes sanglantes, mais reste encore soumise aux anciens moyens thérapeutiques**

par M. le Dr A. RICARD

A lire les doctes discussions qui viennent d'avoir lieu à la Société de chirurgie, il semblerait que pour le traitement des fractures de la rotule l'accord se soit fait sur la nécessité de traiter toute fracture par l'ouverture large et précoce de l'articulation. Seuls, quelques petits points de détail resteraient à fixer.

Il faut ouvrir l'articulation, c'est entendu; mais, comment faut-il se comporter vis-à-vis de la rotule fracturée? Faut-il la saturer en long, en large ou en travers? Faut-il la cercler ou l'hémi-cercler? Faut-il se borner à la suture des ailerons déchirés, ou des lambeaux périostiques prérotuliens? Tels sont les points qu'on discute.

En pratique courante, la question n'est pas là. Cette discussion récente de la Société de chirurgie n'intéresse que les chirurgiens de profession, rompus à la pratique quotidienne de leur spécialité, pourvus d'une bonne assistance fidèle et sûre, et d'une non moins bonne salle d'opérations.

Certes, ceci a été dit à la Société de chirurgie, mais sans y insister autrement. De sorte qu'à la lecture des comptes rendus, les choses sont mal mises au point.

Tous les chirurgiens savent que la suture de la rotule est une opération délicate et par suite dangereuse ; ils en conviennent, mais ils ne le proclament pas assez haut. Ils discutent pendant des heures, entre chirurgiens, pour peser les avantages réciproques du cerclage et de la suture ; mais ils n'ont pas assez dit, à l'ouverture de leur séance que cette discussion n'intéressait que ces seuls chirurgiens. Pour l'immense majorité des praticiens ce sont, en effet, là, des questions byzantines qui ne les intéressent nullement.

C'est ce que nous allons démontrer.

La conclusion qui se dégage des discussions de la Société de chirurgie est que le traitement de la fracture rotulienne par les méthodes sanglantes est simple, facile, efficace et qu'elles constituent le véritable traitement de choix, dont il ne s'agit plus que de préciser quelques menus détails.

Une telle formule doit nécessairement inciter le praticien à pratiquer cette opération : ce serait là une grave et funeste erreur. Si l'arthrotomie avec suture ou cerclage de la rotule est une opération simple, donnant d'excellents résultats, il ne faut pas oublier qu'elle est singulièrement dangereuse et il faut savoir gré à M. Berger d'avoir su rappeler, au cours de cette discussion, que les vieux traitements conserveront toujours leurs indications.

Tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que les synoviales en général et en particulier la large synoviale du genou sont infiniment sensibles à l'infection et aux inoculations septiques. La séreuse articulaire réagit avec une intensité bien autrement violente que le péritoine. Lisez, entre les lignes, les communications de la Société de chirurgie. Vous y voyez que l'un des chirurgiens recommande l'usage des gants stérilisés pour lui et pour son aide. Surtout, dit un autre, ne mettez pas de doigt dans l'intérieur de l'articulation, n'y pénétrez qu'avec des compresses aseptiques montées sur des pinces ; et videz ainsi la cavité articulaire et débarrassez-la de ses caillots sans y toucher vous-mêmes. Méfiez-vous, dit un troisième, de l'asepsie de la peau de la région malade. Ce sont des téguments généralement et habituellement sales, que les téguments du genou chez les blessés de la rotule. Attendez quatre, cinq et six jours avant d'opérer et par des pansements humides constants, par des brossages quotidiens au savon, à l'éther et à l'alcool, préparez les téguments pour le grand jour de l'opération.

Toutes ces recommandations constituent un luxe de minuties sur lesquelles on n'insiste pas autant lorsqu'il s'agit de l'ouverture du ventre. C'est qu'en effet, pour qu'un chirurgien se permette d'ouvrir un genou, il faut un ensemble de précautions qu'on ne trouve réunies que dans certaines conditions bien déterminées.

Il faut que le chirurgien qui va ouvrir un genou soit rompu à la pratique de l'asepsie la plus scrupuleuse, qu'il puisse affirmer qu'au cours de l'opération, aucune faute ne sera commise de ce côté. Et pour cela, il lui faut non seulement une installation irréprochable, mais il lui faut un aide sûr et aussi habitué que lui à l'asepsie, des téguments rigoureusement propres, des instruments stérilisés, des compresses et des fils dûment autoclavés, et il faut qu'au cours de l'opération rien ne pêche ; qu'il n'y ait aucun contact douteux. L'arthrotomie du genou est le type de l'opération aseptique conduite dans toute sa rigueur.

Il faut qu'elle soit telle ou qu'elle ne soit pas. Aussi, si en pratique certaines interventions peuvent être en quelque sorte improvisées par l'ébullition de quelques tampons et compresses, par le flamage extemporané des instruments, le nettoyage rapide de la région à opérer, il ne saurait en être ainsi pour l'arthrotomie du genou. C'est une opération qu'on n'improvise pas et pour laquelle on ne s'improvise pas chirurgien.

Sur 12500 médecins qui exercent la profession sur le sol français, combien y en a-t-il qui se trouvent pratiquement et matériellement dans les conditions requises pour exécuter, comme il convient, la suture de la rotule ? La réponse à cette question n'est pas difficile. Mettez à part quelques centres hospitaliers et universitaires ; en dehors d'eux comptez sur un ou deux médecins par département ayant l'installation et la pratique suffisante, et vous obtiendrez un chiffre de médecins ne dépassant pas beaucoup 500 et n'atteignant certainement pas 1000.

Aussi, aux 11,500 praticiens restants qui n'ont ni l'habitude courante de la chirurgie, ni l'installation matérielle nécessaire, nous disons : Lisez les discussions de la Société de chirurgie de Paris et sachez qu'il y a un traitement opératoire des fractures de la rotule, sachez même que ce traitement est le traitement de choix, que c'est lui qui donne les résultats les meilleurs, le cal le plus solide, et la guérison la plus rapide ; mais, sachez aussi que ce traitement constitue un idéal, que dans les conditions usuelles vous ne pouvez tenter de réaliser sans faire courir de risque à vos malades.

Souvenez vous du *primum non nocere*, et songez au vieux confrère que Flaubert a exécuté si durement dans *Mme Bovary*.

En réalité, pour la presque totalité des praticiens, le traitement des fractures de la rotule doit rester ce qu'il était autrefois, quoique cependant un tant soit peu modernisé.

La région blessée étant bien nettoyée, les petites éraflures protégées par un attouchement à l'alcool ou à la tainture d'iode, et recouvertes par un gaze aseptique, simplement bouillie, ou à la rigueur antiseptique, le premier traitement à expliquer sera la compression du

membre en extension, compression faite avec de l'ouate, méthodiquement roulée, et de bonnes bandes.

Pour être sûr d'éviter la flexion du genou qui augmenterait l'écartement des fragments rotuliens, une attelle rigide pourrait être incorporée dans la partie postérieure du pansement compressif.

Dès que la compression aura fait diminuer suffisamment l'épanchement sanguin intra-articulaire, il ne serait pas mauvais de substituer à l'appareil compressif une gouttière plâtrée, mettant le membre en extension forcée, et de compléter cette immobilisation par l'adjonction des vieilles et antiques bandelettes de diachylon croisant en sautoir les fragments rotuliens pour en solliciter le rapprochement.

Mais, très rapidement et suivant les cas, dans un délai qui oscillerait entre douze et vingt jours, il faudrait enlever le membre de sa gouttière, et commencer le massage méthodique du genou et de la cuisse dont le triceps s'atrophie si rapidement.

Chaque jour le massage sera pratiqué régulièrement, puis le membre maintenu par un bandage roulé; il sera loisible, vers la fin du premier mois, après le vingt-cinquième jour en moyenne, de faire lever le malade et de lui permettre la marche avec des béquilles, la jambe étendue, sans flexion.

Peu à peu, le médecin se relâchera de la rigueur de ses prescriptions, et tout en continuant le massage jusqu'à ce que le triceps ait repris sa force et l'articulation sa souplesse, il permettra au malade d'abandonner ses béquilles, de se soutenir seulement sur une canne et de se livrer progressivement et méthodiquement à une marche de plus en plus normale.

Sans doute, en traitant son malade de la sorte, le médecin ne donnera pas à son malade la soudure osseuse idéale que Dupuytren voulait payer de son poids d'or. Sans doute il persistera un léger écartement entre les fragments, mais cette pseudarthrose rotulienne permettra toujours ou presque toujours un bon fonctionnement du membre blessé. C'est là tout le résultat que le médecin, dans les conditions habituelles de la profession, doit chercher à obtenir.

(Gaz. des hôp.)

#### 5. Traitement chirurgical des prurits perineaux, anaux et vulvaires

**M. ROCHET.** Celui qui n'a pas vu des malades atteints de ce genre d'affection ne peut se figurer pareil tourment; les dermatologistes connaissent le prurit cutané et ano-scrotal en particulier, les gynécologues connaissent le prurit vulvaire.

Quelle que soit l'étiologie exacte de ces affections, et elle est bien controversée, on ne peut nier qu'à une certaine période, tout au moins dans les formes invétérées,

le système nerveux ne soit en cause, et que ce ne soient alors de véritables névrodermies.

Certaines formes sont bénignes ou très intermittentes, se font par poussées, par périodes, comme pour beaucoup d'affection cutanées; d'autres sont atroces, *ni répit le jour, ni surtout la nuit*. Tout va bien encore quand le malade n'a pas perdu confiance dans les médications ou qu'il en retire un peu de soulagement, mais on peut voir des sujets absolument exaspérés par leurs souffrances et devenus tout à fait et gravement neurasthéniques par la perte totale de repos.

La démangeaison est épouvantable et irrésistible; pendant la marche, pendant les repas il faut que le malade se gratte; certains arrivent à se faire saigner, à s'emporter la peau avec des brosses très dure pour éloigner l'insupportable prurit; la démangeaison se poursuit parfois jusque dans l'intérieur de l'anus, du vagin, de l'urètre, même chez la femme, et les malades cherchent à y faire pénétrer des corps étrangers pour calmer le prurit.

Extérieurement on ne voit rien, où plutôt aucune des lésions élémentaires de la maladie de peau ordinaire, ni papules, ni vésicules, ni pustules; la peau est seulement épaissie, sèche et rugueuse, comme parcheminée, avec coloration plus foncée que celle des parties avoisinantes. Ça et là quelques sillons, quelques points excoriés, de simples lésions de grattage, jamais de suintement.

J'ai eu l'occasion de voir deux malades atteints de ces prurits localisés à forme spécialement graves, et qui avaient couru de tous côtés pour demander soulagement de leurs maux. A ces deux malades j'ai proposé la section des principaux rameaux innervant le territoire du prurit. Chez la femme j'ai pratiqué la section du tronc même du honteux, elle est guérie depuis trois ans. Le prurit ne touchant pas à l'anus, et n'étant qu'urétral-vulvaire, je n'ai rien coupé autre, comme rameaux nerveux.

La malade, âgée de 48 ans, était atteinte de prurit vulvaire depuis plus de dix ans, la sensation prurigineuse s'étendait même chez elle jusque dans l'urètre et le vagin. Elle avait été soignée à Paris et à Nancy dans les services de MM. Guyon et Spilmann, et contre les crises de prurit et de brûlure urétrale, on lui avait même fait des instillations et des lavages innombrables et avec différentes substances.

L'homme était âgé d'une cinquantaine d'années, il souffrait depuis plus de deux ans d'un prurit anal et scrotal, d'abord supportable au début, puis devenu intolérable dans les derniers mois. Toute application locale aggravait la sensation, plutôt que de l'adoucir, et quand son médecin, M. C..., me fit appeler, ce malade, caissier d'une grande maison, en était arrivé à prendre, pour se procurer quelques minutes de repos, 3 centigr. de morphine par jour, de la cocaïne, du chloral, le tout en

même temps ; très bon père de famille, de mœurs très douces, il couchait près de son fusil chargé, tout prêt à se suicider quand il ne pourrait plus y tenir.

Chez l'homme j'ai fait la section de la branche périméale du honteux, car il avait bien stipulé qu'il voulait conserver la sensibilité et la fonction pénienne ; j'ai en outre sectionné la plupart des branches du nerf anal cutané, conservant celles qui me paraissaient aller au sphincter anal, et enfin les rameaux périnéo-scrotaux de la branche génitale du petit sciatique, car le malade, outre le prurit anal et périnéal, avait le prurit scrotal. La guérison qui fut complète date maintenant de huit mois.

M. le professeur Tavel, de Berne, qui publia l'an passé un travail sur la résection des honteux dans le traitement du prurit vulvaire et m'avait demandé auparavant de lui en envoyer la description du procédé que j'avais suivi pour cette section nerveuse, est arrivé à cette conclusion : c'est qu'il faut, non seulement sectionner le tronc, mais poursuivre une à une toutes les branches de la périphérie en les arrachant. C'est peut-être exagérer et compliquer l'acte opératoire. J'enroule simplement le bout périphérique sur une pince à torsion, et je continue jusqu'à arrachement total.

Le véritable traitement des prurits invétérés de l'anus, de la vulve, du scrotum qui ont résisté aux moyens médicaux, et qui peuvent devenir graves par leur intensité, c'est l'énervation du territoire malade. Le plus souvent la résection de la branche périméale du honteux interne suffit à ce but ; chez des sujets un peu âgés la résection du tronc principal (avec la branche pénienne ou clitoridienne) n'aurait pas grande importance. On peut en se servant de la même incision que pour la recherche du honteux (en l'agrandissant ou en la déviant) y ajouter la section de la branche génitale du petit sciatique.

(Lyon méd.)

#### Traitement sanglant des luxations irréductibles du coude

M. Tuffier revient sur la question des germes de l'air des salles d'opération. Ces germes peuvent être combattus par deux sortes de moyens, des moyens chimiques ou des moyens mécaniques. MM. Quénu et Lucas-Championnière préfèrent les moyens chimiques et en particulier l'eau oxygénée. M. Tuffier, depuis longtemps, emploie de simples pulvérisations d'eau bouillie qui débarrassent très bien les parois des salles d'opérations des germes infectieux qu'elles peuvent contenir.

M. Tuffier a entrepris une série d'expériences dans le but de comparer les résultats de l'emploi de l'eau oxygénée et ceux de l'emploi de l'eau simplement bouillie. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Lorsqu'une salle d'opérations, ordinairement réservée aux opérations aseptiques, reste close pendant longtemps, le nombre des germes en suspension dans l'air s'abaisse beaucoup ;

Le nombre des micro-organismes augmente d'autant plus que les assistants sont plus nombreux ;

Dans une même séance opératoire, et toutes conditions restant d'ailleurs les mêmes, le nombre des germes n'est pas beaucoup plus grand à la fin qu'au commencement ;

Les germes diminuent considérablement de nombre dans une atmosphère humide, qu'il s'agisse de pulvérisations simples (vapeur d'eau sous pression) ou de pulvérisations antiseptiques (eau oxygénée) ; dans les deux cas, la diminution est à peu près la même, l'eau oxygénée semblant agir surtout par l'humidité qu'elle provoque ;

Quels que soient les moyens employés, il paraît impossible d'obtenir un air absolument privé de micro-organismes ; mais les dangers d'infection de ce côté n'en restent pas moins très petits, car les microbes sont presque toujours de simples saprophytes de l'air.

M. Quénu se félicite que les expériences de M. Tuffier confirment les siennes. Il répond à plusieurs objections qui lui ont été faites ; on lui a reproché d'exagérer le rôle de l'air ambiant ; c'est une erreur, car il a eu soin de déclarer qu'il considérait le rôle de l'air comme peu important en raison de ce fait que les germes de l'air étaient modifiés par la lumière du soleil et que les chances de contamination étaient diminuées par l'absence de mouvement dans les salles et l'action énergique de la phagocytose à la surface des plaies.

Toutefois, il est bien certain que l'air contient parfois des germes pathogènes. Il est donc indiqué de le purifier, soit par des vapeurs d'eau, ou même par l'eau oxygénée.

M. Quénu préfère ce moyen au lavage antiseptique des plaies préconisé par M. Championnière parce que ce lavage antiseptique met obstacle à la phagocytose. En résumé, il faut, pour les opérations, être aseptique et antiseptique si cela est nécessaire.

(Gaz. des hôp.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### L'Eucalyptol

L'Eucalyptol est l'antiseptique pulmonaire par excellence. Sa vapeur se dilate dans les poumons qu'elle remplit, puis elle s'échappe par l'haleine ; elle est tonique, astringente ; elle contracte les ulcérations vasculaires et cicatrise les plaies hémoptiques ; elle diminue et tarit les expectorations purulentes, elle désinfecte le



corps entier des émanations fétides, intestinales, stomacales et pulmonaires. Elle apaise la fièvre et supprime en peu de jours, les sueurs nocturnes.

L'Eucalyptol réussit souvent à détruire le bacille de Koch, et, plus rapidement les autres microbes septiques.

Son indication est la phthisie pulmonaire.

La formule à employer :

Eucalyptol..... 20 grammes  
Huile stérilisée... Q. S. pour 100 centimètres cubes

C'est ainsi qu'en 1884, déjà, s'exprimait Roussel.

Plus tard, en 1888, Roussel insiste à nouveau, sur l'emploi de l'*Eucalyptol injectable*.

L'*Eucalyptol injectable* en solution dans l'huile végétale, dit-il, introduit par injection sous-cutanée sous le derme, est aussitôt absorbé par les capillaires ; le sang l'entraîne dans le corps entier et l'action antiseptique se produit dans tous les organes. Mais cette essence volatile a une affinité spéciale pour le tissu aérien du poumon. Son élimination s'opère toute entière par les bronches ; ce n'est qu'après sursaturation, que quelques traces en apparaissent par la peau ou par les urines.

Les atomes de l'essence englobés dans les gouttelettes d'huile, n'ont avec le sang aucun contact nuisible.

Arrivée dans les capillaires du poumon, après l'endossement de l'essence, l'huile emportée plus loin par le sang, est reprise par les chylifères. Emulsionnée et saponifiée, au même titre que les graisses et les huiles alimentaires, elle concourt à l'alimentation générale.

Mais, pour que cette assimilation soit possible, il est nécessaire que l'huile soit d'origine végétale ; les huiles minérales ne sont pas sponifiables ni assimilables à nos tissus ; c'est pour cette raison que d'emblée, j'ai renoncé aux solutions à la petrovaseline, dite vaseline liquide et les ai reléguées à l'usage des pansements externes.

Les particules d'Eucalyptol dilatées par la chaleur et subissant l'appel de l'air ambiant, pénètrent les tissus vasculaires et vésiculaires du poumon ; elles les traversent sous forme de vapeur, qui sont de l'essence pure d'Eucalyptol, de même que la vapeur d'eau est de l'eau. C'est à ce moment que se produisent, dans le poumon, les actions balsamiques, astringentes, fébrifuges et antiseptiques de l'Eucalyptol. Puis après un séjour dans les vésicules aériennes, le trop plein de vapeurs s'échappe par les bronches, la trachée et la bouche sous forme d'effluves, toujours actives, et nettement appréciables au goût du malade, à son odorat et à celui de l'observateur.

L'Eucalyptol est doué d'une action astringente fort reconnaissable au contact de la main, sa vapeur la possède au même degré.

Cette action est la première produite sur le tissu pulmonaire, au moment où il est à la fois imbibé de l'essence liquide, libéré de l'huile et traversé par la vapeur.

Dès les premières injections pratiquées chez les phthisiques hémoptoïques, les hémoptyses cessent.

L'astringence contracte les perforations ulcéreuses par où s'échappent le sang, les lèvres de ces petites plaies s'affrontent d'elles-mêmes, par leurs bords rapprochés et une cicatrice, bientôt solide, s'oppose à l'hémorragie jusqu'à ce que le processus ulcératif soit enrayé.

Il est d'observation régulière et presque sans exception, que les phthisiques en traitement par l'Eucalyptol hypodermique, n'ont pas d'hémoptyses. Inutile d'insister sur l'importance de ce fait.

L'astringence de l'Eucalyptol restreint très vite l'abondance des expectorations ; il est de règle que le volume des crachats est diminué de plus de moitié dès les premières semaines. Tous les malades le constatent.

Inutile encore de dire combien il est heureux pour le phthisique de ne plus s'épuiser en expectorations intarissables.

L'astringence de l'Eucalyptol autant que sa vertu antiseptique sur le corps entier, est une fois de plus démontrée par la cessation de sueurs nocturnes.

Ce phénomène morbide, si débilitant et si grave, par les bronchites répétées qu'amène le refroidissement de la sueur, disparaît en peu de jours. Les diarrhées cessent de même et par le même effet. Les diarrhées colliquatives et les sueurs nocturnes ne se représentent plus pendant les injections d'Eucalyptol.

L'action antimicrobienne de l'Eucalyptol injectable ne peut plus être niée, tant est grand, le nombre des observations microscopiques qui le démontrent.

Le professeur Bull l'a affirmé à l'Académie, après une longue période d'examen microscopiques, prouvant que des crachats infestés de microbes de Koch avant les injections en présentent un nombre rapidement moindre, en deviennent exempts après plusieurs mois de traitement et définitivement en demeurent purifiés.

Cette démonstration est d'autant plus intéressante qu'elle a été obtenue à l'hôpital Laënnec, dans un service encombré de tuberculeux, pour lesquels l'infection mutuelle est d'ordinaire inévitable. Il semble que l'imprégnation du poumon par l'Eucalyptol assure la non-receptivité des microbes organismes ambiants. Cette action préventive de la contagion est de haute valeur.

Dans d'autres hôpitaux et en ville chez des malades isolés, la preuve microscopique de la disparition des bacilles de Koch a été fournie, à plusieurs, par des examens microscopiques pratiqués par MM. Courtade, Jullien, Armentero, Lecerf, Chicandard, Galliard, etc., etc.

(Méd. Hypodermique.)

## OPHTALMOLOGIE

## Reflexe corneen

M. CHAVIGNY a été frappé de ce fait que l'abolition du réflexe cornéen, donné comme signe important de l'hystérie, manque chez la plupart des hystériques. Certains diagnostics d'hystérie étant basés seulement sur l'abolition des réflexes cornéen et pharyngien sont des suspects. M. Chavigny croit que cette contradiction apparente entre l'interprétation du symptôme et sa constatation tient à ce que ce réflexe est très souvent mal recherché. On se contente d'exciter la conjunctive bulbaire et non la cornée, c'est pourquoi on n'obtient pas de réflexe.

(Lyon méd.)

## GYNECOLOGIE

## Traitement des fibromes utérins

par M. le Dr MANGIN

Nous oublions un peu trop aujourd'hui les leçons du passé, et il serait véritablement bien instructif de mettre en comparaison le pronostic de ces tumeurs, tel qu'il est donné par tous les gynécologues d'il y a seulement vingt ans et tel qu'il semble ressortir de la lecture des nombreux travaux des chirurgiens de notre époque.

Bayle, qui fut un des premiers à étudier ces tumeurs, prétend qu'elles existent chez 25 0/0 des femmes ayant dépassé 35 ans ; pour lui, ces affections entraînent rarement des accidents mortels.

Klob va plus loin et estime la fréquence des fibromes à 40 0/0 des femmes observées.

Matthews Duncan affirmait au Congrès International de Londres en 1881 qu'on ne meurt pas d'un fibrome.

Pour Schröder, il est relativement rare que les moyens menacent l'existence par leur volume ; ils peuvent amener parfois une terminaison fatale par hémorragie ou suppuration. Il conseille d'essayer toujours le traitement médical avant d'en venir à une opération.

Martin, de Berlin, nous dit : " Lorsque les moyens médicaux employés à chaque hémorragie nouvelle un peu abondante sont couronnés de succès : que les manifestations morbides se trouvent diminuées ou supprimées, que la tumeur n'occasionne pas de symptômes notables de compression, ou que l'état général contre-indique d'une façon formelle toute intervention radicale, tout plaide évidemment en faveur de l'expectation."

Gaillard Thomas n'a jamais observé de transformation cancéreuse ; pour lui, " le praticien qui annonce " rait un pronostic très grave lorsqu'il découvre l'existence d'une tumeur fibreuse enlèverait inutilement la tranquillité à sa malade et compromettrait sa réputation pour l'avenir." Ces tumeurs n'entraînent qu'exceptionnellement la mort.

Le pronostic doit cependant être souvent réservé, parce qu'il n'est pas rare de voir survenir des accidents graves, mais généralement tardifs.

Emmet constate que dans un grand nombre de cas les tumeurs fibreuses ne donnent pas d'accidents sérieux ; il conseille d'essayer les traitements médicaux et l'électricité avant d'intervenir.

Somme toute, la plupart des auteurs reconnaissent avec raison que les fibromes sont essentiellement bénins. La regression ou la disparition de quelques-unes de ces tumeurs sous l'influence des traitements médicaux ou électriques, soit des traitements chirurgicaux palliatifs (ligature des utérines, castration), de même leur non-récidive après l'ablation totale de l'utérus plaident en faveur de la non-malignité.

Dans ces conditions, on peut établir en principe que l'intervention immédiate et constante n'est pas indiquée.

Le fibrome, étant une tumeur bénigne, devra être traité comme telle, c'est-à-dire que l'intervention ne deviendra nécessaire que le jour où se développeront des accidents pouvant mettre la vie de la malade en danger, ou bien lorsque par une observation prolongée on se sera rendu compte qu'on ne peut enrayer la marche progressive de la tumeur et que celle-ci devra fatalement amener des accidents graves. Ceci est affaire de tact et il est impossible de tracer une règle absolue.

Donc, en règle générale, on devra essayer le traitement palliatif médical qui donne assez souvent des améliorations marquées et qui permet dans beaucoup de cas d'atteindre la ménopause sans péripéties trop pénibles ; de loin en loin on cite des cas de guérison bien nette avant la ménopause.

(Gaz. de gynécologie.)

## OBSTETRIQUE

## L'analgésie cocaïnique

M. Reclus fait un plaidoyer en faveur de l'analgésie cocaïnique, et constate que la plupart des dentistes qui l'emploient, car ce sont eux qui s'en servent le plus, en méconnaissent les principes, à savoir : ne pas employer de solutions plus fortes que 1 0/0 ; ne pas opérer le malade assis, mais couché ; ne pas permettre au malade de se lever tout de suite après l'opération, D'où

les petits accidents multiples que l'on a constatés, et parfois même des accidents plus graves, et M. Reclus pense que ce sont les dentistes qui ont porté le coup le plus rude à la méthode.

Dans le domaine chirurgical, M. Reclus recommande de pratiquer les opérations pour panaris, toujours et seulement avec la cocaïne ; on prend une solution à 1/2 0/0 ; on pique les tissus d'un coup sec avec la seringue hypodermique, en poussant de suite le piston pour juguler la douleur de la piqûre, puis on achève l'injection avec une grande lenteur ; on doit voir la peau blanchir pour être autorisé à continuer ; sinon, laissant l'aiguille en place, on injecte une seconde seringue de Pravaz au même endroit, et on agit ainsi de suite. On incise ensuite très largement et le malade ne doit absolument rien sentir ; il est bon, après l'opération, de donner un léger tonique, un peu d'alcool, par exemple.

M. Galippe intervient pour déclarer qu'il est absolument persuadé de l'extrême toxicité de la cocaïne dans les opératins buccales, toxicité exagérée du fait de la région où l'on opère. Il est d'ailleurs souvent impossible de se conformer, lorsqu'il s'agit d'avulsions dentaires, au précepte de coucher le malade ; il a totalement abandonné la cocaïne dans sa pratique.

M. Laborde appuie l'opinion de M. Galippe ; il se rappelle un cas d'intervention sous la cocaïne, dans lequel le patient faillit trouver la mort. D'ailleurs, la toxicité de la cocaïne augmente en raison de son introduction dans l'organisme dans certaines conditions.

(Acad. méd.)

## DERMATOLOGIE

### Traitement de l'herpès génital

par M. le docteur NOAH ARONSTAM

Le traitement de l'herpès génital de causes locales dépend surtout du facteur étiologique particulier. La propreté est ici souvent le principal remède. Si le prépuce est trop long, la circoncision sera un excellent moyen prophylactique contre les futures manifestations. On doit aussi combattre tous les écoulements qui proviennent d'un point quelconque des voies génitales.

Les régions qui sont le siège de l'herpès seront protégées contre toute irritation et contre l'infection des lésions. Si une infection s'est produite, on traitera l'ulcération par les antiseptiques qui paraissent le mieux appropriés.

Comme soins de propreté, lavages tous les jours avec de l'eau tiède additionnée d'acide borique ou de biborate de soude, puis, après avoir séché avec une boulette de coton, appliquer la poudre suivante :

Sous-nitrate de bismuth.... } à 12 grammes  
Acide borique..... }  
Aristol..... } 8 grammes

ou

Oxyde de zinc..... } à 12 grammes  
Sous-nitrate de bismuth.... }  
Poudre d'acacia..... }  
Euphène..... } 8 grammes

Avant de saupoudrer, il est utile d'humecter les parties avec un peu de glycérine, pour faire adhérer la poudre. Une bonne préparation est celle qui se compose de talc chimiquement pur ou de palmitate et de stéarate de calcium et de magnésium auxquels on ajoute 10 0/0 d'ichtyol ou de baume de Pérou. Dans les régions exposées au frottement, on appliquera un pansement isolant avec de la gaze stérilisée ou boriquée.

Si les régions s'adaptent mal à un pansement, on badigeonnera de collodion après avoir appliqué le topique.

Sur les lésions suppurées, on fera des lavages avec des solutions antiseptiques, faibles, d'acide borique, de lysol, etc. On évitera les applications fortes ou irritantes.

(Ann. de Thérap.)

## BIBLIOGRAPHIE

*Thérapeutique clinique.*—Les médicaments par le docteur Alfred Martinet, ancien Interne des Hôpitaux de Paris. (M. C. Naud, Edit. 3 rue Racine, Paris, prix : 4 frs.)

Quand et pourquoi il faut administrer tel ou tel médicament et comment il faut le prescrire, voilà la division claire, précise, en même temps que pratique, pour chaque médicament dont traite "La Thérapeutique Clinique de Mr. le docteur Alfred Martinet."

Cette division aussi simple que méthodique rend l'étude de la thérapeutique, facile pour l'étudiant, utile pour le praticien et attrayante pour les deux. C'est un volume de 284 pages, appelé à rendre de réels services au praticien soucieux du bien-être de ces malades, attendu qu'il ne traite que des médicaments les plus communément employés, entre autres : l'arsenic, la digitale, le fer, les bromures, les iodures, la quinine, etc.

Cet excellent livre est un de ceux qu'on ne peut analyser. Nous y ferons des emprunts et nos lecteurs pourront se rendre compte de tout l'avantage que le médecin peut avoir à le consulter.

Vient de paraître : de la Glycérine, Physiologie, Thérapeutique, Pharmacologie, par A. Catillon, président honoraire de la Société des Pharmaciens de 1ère classe de Paris, ex-interne des Hôpitaux de Paris, membre de la société de thérapeutique. Un volume in-8 carré de 184 pages ; broché prix : 4 frs. (80 cents). (C. Naud, éditeur, 3 rue Racine, Paris.)

## Supplement Litteraire

(Suite)

### Conseils de pratique medicale aux Jeunes

Surtout ne quittez jamais un enfant sans avoir examiné sa gorge. Et que ce soit à la fin de votre visite, rapidement, en accusant la cuiller de tout le mal que vous ferez, ce qui n'empêchera pas que, plusieurs années après, vous verrez de jeunes enfants dans la rue vous regarder avec méfiance, se détourner de votre chemin, parce qu'ils se souviendront de la cuiller — Le lendemain, à votre arrivée, le petit malade criera, demandera *caca pot*, sur lequel la mère l'installera et d'où il ne voudra plus bouger, pensant qu'il ne vous est pas permis de le déranger dans de pareilles circonstances.

S'il ne s'agit pas d'enfant, que votre entrée soit gaie, souriante, un peu bruyante même, sans entrer en coup de vent. Abordez votre malade avec la mine ouverte-joyeuse, la physionomie avenante, réfléchie et... *thérapeutique*.

Soyez agissant, vivant et bien portant, lors même que vous seriez malade ou affligé intérieurement. Il ne s'agit pas de se présenter grave, silencieux, drapé dans trop de dignité, ni d'examiner et de rédiger l'ordonnance selon les règles. Il faut avoir une tête qui plait, un langage et des manières qui plaisent. La médecine n'est pas seulement dans le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique, elle est dans la confiance qu'on inspire, dans les bonnes paroles qu'il faut savoir dire et des consolations qu'il faut savoir faire accepter. Le malade était triste à l'arrivée, il doit sourire à votre départ. La gaieté est partout la bienvenue, à de très rares exceptions près.

Que le malade sente à votre approche une force, un homme ferme, certain de réussir, dont l'attitude inspire la confiance de par une volonté communicative.

Emparez-vous du moral de votre malade, faites de suite main basse sur son esprit, faites-en votre chose, sinon tant pis pour lui et tant pis pour vous.

### Pendant la visite.

Assurez-vous de la température du malade et de celle de sa chambre. Nous avons été appelé jadis auprès de deux enfants atteints de rougeole, couchés dans le même lit, dans une petite chambre dont on avait pas ouvert les fenêtres depuis quatre jours. C'était au mois d'août. Les pauvres petits asphyxiaient et avaient des convulsions. L'air les a immédiatement ranimés, mais quelques minutes de plus, ils succombaient, soi disant à la rougeole ! — Oh ! les préjugés fréquents et tenaces ! amoncellement de couvertures, fenêtres fermées, linge sale non renouvelé dans les maladies aiguës — surtout des fièvres éruptives ! !

Vous vous asseyez. Tout médecin qui s'assoit est bien venu : " A la bonne heure, ce n'est pas comme le docteur un tel, qui est pressé, n'a jamais le temps de s'asseoir., celui-là au moins s'occupe de son malade ! " Interroger, percuter, tapoter, causer, examiner, même quand on est sûr de son affaire. Ecouter toutes les sottises avec patience et un semblant d'intérêt et même de plaisir est très adroit. Plus vous manipulerez le malade, plus vous lui causerez de sa maladie, plus il sera heureux et content. D'aucun pensent — examen terminé — à raconter des histoires, à plaisanter, à causer de la pluie et du beau temps, voire même à parler politique, erreur ! En général ces conversations déplaisent au malade qui n'a pas appelé le médecin pour cela et qui pense qu'on le néglige.

Si vous avez le temps — et c'est ce qui fait le succès des jeunes — de rester des demi-heures auprès des chroniques, on dira bientôt de vous que vous soignez bien *telle maladie*, et tous les chroniques vous appelleront, sans que vous sachiez pourquoi, mais peu importe. Ce sera encore bien mieux si vous faites soi-disant par *du neuf*, une thérapeutique spéciale qui... *épate* tout le monde. Ceci est votre affaire, mais je vous conseille avant tout d'agir consciencieusement, car les manœuvres par trop habiles et les procédés par trop intensifs finissent tôt ou tard par retomber sur ceux qui les emploient.

Quoi qu'il en soit, ayez l'habileté de conserver les chroniques qui font vivre. Vous y arriverez avec une dose énorme de patience, de la variété dans vos discours et votre thérapeutique et pas mal de savoir-faire.

Votre patient bien et dûment examiné, vous rédigez l'ordonnance après vous être lavé les mains. A ce propos, vous arriverez, à force de recommandations qui se répètent de client en client, chez le pharmacien, au travail ou ailleurs, par faire prendre aux familles l'habitude de préparer à l'avance, lorsqu'elles attendent le médecin, cuvette, eau, savon, serviette, papier, plume et encre. Excellentes habitudes qui vous feront gagner le temps que l'on met à aller chercher de l'eau, à courir acheter un sou de papier, puis à recourir chercher une plume parce que celle du porte-plume est cassée etc. Par exemple, vous n'arriverez pas à leur faire prendre l'habitude d'appeler le médecin le matin.

### L'ordonnance.

Habituez le client à vous présenter les dernières ordonnances. Cela lui prouve que vous le suivez attentivement et que vous vous intéressez à lui d'abord, et cela vous dispense de recherches et d'efforts inutiles de mémoire ensuite.

Pendant que vous rédigez l'ordonnance, n'ayez aucune crainte de rembarasser les voisins qui vous questionneront, vous troubleront, vous feront perdre inuti-

lement votre temps. Recommandez le silence autour de vous.

Relisez *toujours* votre ordonnance avec attention, car c'est humiliant de s'exposer à des observations de la part du pharmacien, et il y va de l'intérêt, quelquefois de la vie de votre client. Si vous n'êtes pas sûr des doses maxima, ne rougissez pas de consulter votre formulaire : il est si facile de trouver un prétexte pour ouvrir un petit livre en écrivant l'ordonnance, sans pour cela passer pour quelqu'un qui ne sait pas son affaire.

Quoi qu'il en soit, faites toujours une ordonnance, quand même vous n'auriez pas de préparations magistrale à formuler. Certains clients arguent de ce que vous n'en avez point fait pour ne pas payer une visite. D'ailleurs, on a toujours des recommandations à écrire.

#### *La tisane.*

Nos grand'mères en buvaient dix litres et même plus par jour. Connue de temps immémorial, la tisane, est une tradition. Elle est intimement liée au rite médical, indispensable aux riches comme aux pauvres. Jamais vous ne sortirez sans la question : " Et quelle tisane faudra-t-il lui donner ? ". Ne l'oubliez donc pas dans vos prescriptions ; donnez même de l'importance à son rôle ; ce ne sera point flatterie, ni charlatanisme, car la tisane est utile. Elle a d'ailleurs un passé glorieux passé dans lequel on savait l'administrer.

Boisson aseptique, bu chaude, en abondance et sans sucre, comme au temps jadis, elle est — en provoquant des sueurs — le régulateur de la circulation, de la température et entraîne les poisons et les déchets or de l'organisme.

Boire un ou deux verres de tisane par jour, n'a aucune raison d'être, ne répond à aucun but, ne peut produire aucun effet physiologique ou thérapeutique sérieux. On ne sait plus administrer la tisane. Vous pouvez y revenir avec profit ; cela fera plaisir à vos clients, mais il faudra leur enseigner la manière de la faire et de la prendre. Ils vous en sauront gré, et dans certaines maladies infectieuses, notamment la fièvre typhoïde, elle leur rendra de réels services.

#### *Le cataplasme.*

Le français cataplasme, comme disait le professeur Lorain, qui devait connaître son origine, puisqu'il était professeur d'histoire de la médecine, est un agent thérapeutique de premier ordre. Laudanisé, sinapisé, huilé, etc., il a tous les avantages. Il occupe le malade et les gardes-malades ; il est renouvelable à volonté ; il est douillet, sédatif, calmant, et quoiqu'en pensent les destructeurs de feu Després, qui l'employait comme pansement, il n'est pas plus sale que bien d'autres pansements.

D'ailleurs, il a été prôné, encensé, chanté, en prose et en vers. Soyez reconnaissant du bien qu'il fait sans

chercher à l'expliquer, comme tant d'autres choses en médecine. Employez-le ; donnez la recette pour le faire par exemple, car chaque variété de cataplasme nécessite un coup de main spécial et adroit, sinon il peut devenir un objet de dégoût dont l'action est nulle.

Et puis je mets au défi ses accusateurs, s'ils ont une douleur, un furoncle, un abcès, un anthrax, etc., de ne point y avoir recours. Et ses bienfaits apaisants, merveilleux, leur feront pousser des cris de soulagement lors de l'application : Ahhhh !... que c'est bon !...

#### *Diagnostic.*

Vous l'avez fait *a parte*, avant de rédiger l'ordonnance, mais il va falloir répondre à la famille : " Qu'est-ce qu'il y a ? " Souvent vous n'en savez rien et il faut répondre. L'erreur que vous commettrez, si toutefois vous la commettez, ne sera pas connue et n'aura pas d'aussi sérieuses conséquences sur votre réputation, que l'erreur de pronostic — à moins qu'un confrère !... — Je vous conseillerais presque, si vous vous êtes prononcé imprudemment, à la hâte, de ne point réformer votre diagnostic vis à-vis la famille, si toutefois cela ne peut entraîner dans la suite de conséquences pour le malade ou l'entourage. Vous avez avoué que c'était une pleurésie sèche quand il s'agissait de névralgie intercostale, que la pleurésie sèche soit, mais à l'avenir soyez prudent. Il y a tant de façons d'atermoyer, de se garder, d'embrouiller les questions et d'embarlificoter les questions, qu'il ne faut être catégorique que lorsqu'on peut l'être.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic extemporané réclame par les clients est toujours dangereux à porter ; il faut s'en méfier, rester presque muet, car les diagnostics les plus brillants et les plus hardis seront vite dédaignés devant l'erreur reconnue... C'est parfois après une seule et simple consultation, ou un conseil demandé dans la rue que le client met le médecin en défaut et trouve qu'il n'a pas découvert *sa maladie*.

(à suivre)

#### NOUVELLES

##### NAISSANCE :—

A Valcourt, Shefford, le 22 de ce mois l'épouse de M. le Dr. C. Ethier, une fille.

##### MARIAGES :—

A Montréal, le 23 du courant, M. le Dr J. S. Bélanger conduisait à l'autel mademoiselle Sarah Saint-Denis aussi de cette ville.

A Fall River Mass. M. le Dr J. U. Savoie de Pawtucket R. I. a épousé mademoiselle M. L. Corneau.

# Travaux Originaux

## DE L'INFLAMMATION ET DE SON TRAITEMENT

par M. le professeur J. P. ROTTOT

*Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval  
à Montréal. (1)*

(Suite)

L'inflammation est pour ainsi dire une attaque contre la vitalité des éléments cellulaires, pouvant causer leur destruction et la mort même du malade. Par l'inflammation, l'activité des cellules est considérablement augmentée; l'assimilation, la désassimilation et les autres fonctions sont exagérées. Cette suractivité se maintiendra tant que la circulation apportera aux cellules les matériaux nécessaires à leur fonctionnement, et pourra déterminer les plus fâcheux résultats. Le meilleur moyen, il me semble, de faire cesser cet état de chose, c'est de supprimer tout simplement cette nourriture par une saignée: affamez pour ainsi dire les cellules, vous les aurez bien vite réduites à l'impuissance et à l'inaction. Et puisque l'inflammation est le résultat de la suractivité des cellules, cette suractivité étant disparue, l'inflammation devra disparaître aussi. Il est vrai que la saignée n'agit pas directement sur la maladie, excepté peut-être pour la pléthore. Cependant, malgré cela, il faut avouer que la saignée est nécessaire et rationnelle dans l'inflammation, même chez les non-pléthoriques et autres. Néanmoins on s'objecte à cette pratique, parce que, dit-on, la saignée ne peut pas juguler la maladie, ni diminuer l'inflammation, et parce qu'en ôtant du sang au malade on l'affaiblit et il ne peut pas réparer l'injure faite aux organes.

Quant à la possibilité de juguler l'inflammation, les opinions sont partagées. Trousseau dit avoir arrêté une pneumonie dans l'espace de 12 à 24 heures par une ou deux saignées. Je me rappelle qu'un jeune homme, pris par la picotte, fut saigné le troisième jour, la fièvre tomba, les papules, qui avaient commencé à pointer, disparurent, et le malade fut guéri immédiatement. On peut multiplier les exemples. La plupart des auteurs s'accordent à dire, je crois, que la saignée peut

diminuer l'intensité de l'inflammation. Et quand même il en résulterait une certaine faiblesse, est-ce qu'elle ne serait pas moins grave que celle produite par la désorganisation d'un organe par le fait de l'inflammation. D'ailleurs le sang se renouvelle promptement, témoins ces hémorragies accidentelles chez des personnes loin d'être pléthoriques.

Il n'est pas suffisant de savoir que la saignée est nécessaire; il faut de plus connaître quand, comment on doit saigner, et combien de sang il faut ôter. Il faut saigner le plus promptement possible après le début de la maladie. Comme la maladie ne marche pas toujours avec la même rapidité, on ne doit pas se régler sur la longueur du temps écoulé pour faire ou non la saignée. Il en est de même pour les différentes périodes parcourues par la maladie; elles ne peuvent pas nous guider seules.

### *Comment saigner.*

La perte du sang étant un mal en soi, excepté chez les pléthoriques, il faut le ménager autant que possible. Ce n'est pas toujours tant la quantité de sang perdu qui fait du bien, que l'impression produite sur le système. On a vu la guérison survenir chez un malade après deux syncopes provoquées par la vue des préparatifs que l'on faisait pour le saigner. Il faut par conséquent faire une large ouverture à la veine. La position du malade est importante. S'il est debout, il sera bien plus vite affecté que s'il est assis, ou surtout couché, parce qu'alors le malade n'éprouvera pas autant ni aussi vite les effets débilitants de la saignée. Dans ce dernier cas, il faut être sur ses gardes afin de ne pas ôter trop de sang. On ne peut jamais dire d'avance combien de sang il faut ôter. Tout dépend de la maladie et du degré de résistance du malade. On saigne pour obtenir un effet. L'effet désiré n'est pas toujours le même; il peut parfois s'obtenir par une perte légère de sang, d'autre fois, il faut aller jusqu'à la syncope. Ainsi par exemple, pour un pléthorique, vous ne cherchez qu'à faire disparaître ses malaises et à rendre son pouls naturel. Dans une inflammation, lorsqu'il est nécessaire de ménager le sang du malade, soit par rapport à son état ou par rapport à la nature de la maladie, vous cessez la saignée lorsqu'une amélioration suffisante a été produite. Par exemple, lorsque vous saignez pour une affection des poumons, le malade sent ses douleurs diminuer à

(1) Travail lu au Comité d'Études Médicales, aux séances du 26 octobre, du 9 et du 23 novembre 1899.

mesure que le sang coule, sa respiration devient plus facile, la température tombe, le pouls devient moins dur et moins vite, une légère transpiration survient, le malade éprouve un véritable bien-être, vous arrêtez alors la saignée. Si, dans certaines inflammations pulmonaires ou autres il est nécessaire de produire un effet plus marqué, de produire ce que Peter appelle une perturbation, vous saignez jusqu'à ou près de la syncope. Les symptômes qui indiquent l'approche de la syncope sont : pâleur des lèvres, de la face, dilatation de la pupille, nausée, vomissement, étourdissement, obscurcissement de la vue, pouls petit, vite, imperceptible, et syncope.

On ne doit pas toujours se fier aux différents caractères du pouls pour saigner ou non. Ainsi un pouls petit, vite et compressible contre indique la saignée, pourvu qu'il soit le résultat de la faiblesse de l'épuisement du malade. Mais si, par exemple, ce pouls est dû à la gêne de la circulation pulmonaire, ne laissant passer qu'une petite quantité de sang dans le cœur, ou bien s'il est dû à une congestion cérébrale gênant les fonctions du cerveau, et diminuant d'autant la force du cœur, dans ces cas la petitesse du pouls n'est pas due à l'épuisement vital, et en dégorgeant les poumons et le cerveau, le cœur reprend son action, et le pouls redevient normal.

Je n'entre pas dans l'étude des autres affections du cerveau et des poumons ou de toutes les autres maladies qui peuvent ainsi affecter le pouls. Pour faire connaître toutes les indications et les contre-indications de la saignée, il faudrait passer en revue toutes les maladies. Tous ces cas douteux sont inquiétants pour le médecin. Il faut tenir constamment les doigts sur l'artère afin d'arrêter la saignée si le pouls faiblit. Si le pouls se relève on se guide sur l'amélioration des symptômes et sur les variations du pouls ; si le pouls devient dur, il faut continuer jusqu'à ce qu'il devienne mou et naturel, et s'il est nécessaire jusqu'à ce qu'il présente des caractères de faiblesse ; il est douteux qu'on doive continuer jusqu'à ou près de la syncope. L'état du malade, etc., nous guide.

Doit-on saigner quand le pouls l'indique ?

D'après Flint, la saignée est contre-indiquée dans les maladies tendant à se terminer par asthénie. S'il en est ainsi, il est probable qu'on ne saignerait presque jamais, parce que toutes les maladies finissent toujours par produire l'épuise-

ment, l'asthénie. Il y a des maladies, j'en conviens, qui paraissent affecter très sérieusement la vitalité du système nerveux, même dès le début ; par exemple, les fièvres typhoïdes, le typhus, les fièvres éruptives, etc., et comme tous les organes fonctionnent par l'action du système nerveux, il n'est pas surprenant de voir l'affaiblissement de tout l'organisme se produire, et la mort survenir par adynamie. Lorsque la maladie commence, ainsi le pouls est petit, vite, sans consistance, indiquant la faiblesse, et contre-indiquant la saignée. Mais tous les cas ne sont pas semblables. Il y a des malades qui montrent beaucoup plus de résistance. On ne constate pas chez eux cet anéantissement des forces, le pouls est plein, vite et dur. Pourquoi s'abstenir alors de la saignée ? Les causes qui produisent ces maladies spécifiques n'agissent-elles pas de la même manière que toutes les autres causes, en produisant une altération fonctionnelle et organique des éléments cellulaires. La fièvre qu'on observe est toujours le résultat de l'exagération de la température normale. Celle-ci dépend elle-même des fonctions vitales. Qu'une cause quelconque stimule les cellules, les transformations seront plus rapides, plus nombreuses, et, comme conséquence, il y aura élévation de la température. De sorte que c'est toujours le même problème qui se présente, celui de l'inflammation et de son traitement.

Je me demande maintenant si dans ces maladies spécifiques produisant des altérations si graves et causant la mort si promptement, il ne serait pas à propos d'employer la saignée dès le début, quand même le pouls ne l'indiquerait pas. Il y a déjà bien des années, une affection ayant le caractère de la peste bubonique se déclara dans les paroisses du golfe Saint-Laurent. La maladie se terminait promptement toujours par la mort. Le médecin eut alors recours à la saignée et obtint de bons succès. Je n'ai pas pu savoir la nature du pouls de ses malades. La théorie microbienne recommande maintenant je crois, comme traitement unique les injections de sérum. Si par ce moyen on pouvait faire périr les microbes et juguler la maladie, on rendrait un immense service à l'humanité. Cependant, malgré les succès que l'on dit avoir obtenus, je ne crois pas que la science ait encore pu atteindre ce résultat. Je me crois néanmoins obligé d'employer ce traitement tant que je n'aurai que des doutes à opposer aux affirmations de la théorie, tout en ne négligeant pas

les autres moyens à notre disposition, comme plus grande sûreté pour mes malades. J'avoue n'avoir pas employé la saignée dans ces diverses maladies-là. J'ai peut-être eu tort, mais moi aussi, j'ai été impressionné par les raisons données contre son emploi. Comme chez le pléthorique, j'ai vu une hémorrhagie survenir dans le cours de la fièvre typhoïde et mettre fin à la maladie. Doit-on admettre aussi que ces maladies sont causées uniquement par des microbes? Ne voit-on pas des épidémies apparaître à la suite de changements atmosphériques, ou climatériques, et par l'effet d'une disproportion d'ozone dans l'air? Ne voyons-nous pas des fièvres survenir par l'effet d'une cause quelconque extérieure ou intérieure agissant sur le système nerveux?

Je désirerais faire quelques observations sur la divergence d'opinion parmi les auteurs sur l'opportunité de saigner dans les cas d'inflammation. Ainsi, lorsque les auteurs modernes recommandent la saignée, ils ajoutent souvent, si on veut toujours : pourvu que le malade soit assez fort. Lorsque l'inflammation pleurétique se déclarait, Peter l'employait chez les lymphatiques, les anémiques, les tuberculeux, dans l'urémie, dans la scarlatine, s'il la jugeait nécessaire. C'est, disait-il, chez les individus à constitution débile qu'il importe de mettre en œuvre le traitement anti-phlogistique.

On doit les traiter avec moins d'activité qu'un pléthorique, mais d'une façon semblable. Il est bien entendu que le malade ne doit pas être une ruine, qu'il doit avoir assez de vitalité pour que la réaction puisse se faire. Les émissions sanguines locales doivent parfois être préférées, elles sont moins dangereuses, mais elles doivent être assez abondantes, autrement on s'expose à favoriser et à provoquer la congestion plutôt que de la diminuer. Je dois dire que Peter n'appuie pas, il me semble, assez sur le pouls; il parle surtout des symptômes locaux et généraux sur lesquels il se guide. La saignée doit parfois être répétée plusieurs fois dans la maladie. Quels sont les symptômes qui réquièrent une nouvelle saignée? Le Dr Borden nous dit que si la sédation qui suit immédiatement la saignée ne continue pas et ne se confirme pas par le relentissement et la régularité du pouls avec la respiration plus libre (si les poumons sont affectés), la toux moins dure et muqueuse, les crachats, quoique sanguinolents, rejetés aisément, l'attitude naturelle, l'expression

libre d'anxiété, la couleur de la face claire, uniforme, sans tache, de jaunisse; si au contraire, la peau demeure sèche, le pouls élevé, vite et dur, ou si la transpiration est inégale, ou partielle, comme sur les mains, sur la face seulement, et si la transpiration paraît être symptomatique plutôt que critique, si le pouls, affaibli et concentré, semble, en rapport avec les autres symptômes, indiquer l'oppression et la gêne de la circulation, plutôt qu'une faiblesse réelle, la nature attend une autre saignée, qu'il faut se hâter de donner dans l'espace de six à huit heures ou moins, selon l'urgence des symptômes.

Je termine ici la tâche que je m'étais imposé et vous remercie de votre bienveillante attention. J'aurais désiré vous parler des autres moyens ou remèdes à notre disposition pour combattre l'inflammation, parce que je les considère d'une telle importance, qu'on ne peut pas traiter efficacement cette maladie sans connaître le mode d'action de chacun d'eux. Je remets ce travail à plus tard.

---

## Revue des journaux

---

### MEDECINE

---

#### Glycosurie et lévulosurie alimentaires dans les maladies du foie

Lépine a montré l'année dernière que l'épreuve dite de la glycosurie ou mieux de la *glycurie* alimentaire doit être faite avec la lévulose et non avec la glycose pour donner les résultats qu'on est en droit d'en attendre. L'intégrité fonctionnelle du foie est en effet indispensable pour que la lévulose soit assimilée; et l'insuffisance hépatique pour la lévulose apparaît bien avant celle pour la glycose. Ainsi s'expliquent les résultats différents obtenus par les auteurs qui ont recherché la glycosurie alimentaire, les uns, et en particulier les Allemands employant toujours la glycose pure, les autres surtout en France se servant de sucre de canne qui est un mélange de glycose et de lévulose.

Ferrannini a repris cette question, et ses conclusions confirment complètement les idées de Lépine. Il faisait absorber à ses malades, à quelques jours d'intervalle, 100 grammes de glycose et 100 grammes de lévulose. Parmi les 16 cas de maladie de foie aussi examinée, une seule fois on constata l'absence complète de glycosurie et de lévulosurie : il s'agissait d'un icotère par stase chez



un syphilitique. Dans les 15 autres cas, l'épreuve de la lévulosurie fut positive, tandis que la glycosurie ne se montra que 10 fois ; les cinq cas où la glycosurie ne passa pas dans l'urine se rapportaient à trois observations de paludisme chronique et d'ictère chez des syphilitiques. Dans les 10 cas où la glycosurie se montra, 7 fois la quantité de sucre était si minime qu'il fallut, pour la mettre en évidence, recourir au procédé de Réale (précipitation par l'acétate de plomb, addition au filtrat de 10 pour 100 d'ammoniaque, dissolution du précipité dans une solution aqueuse de 25 pour 100 de tartrate de soude, et recherche dans cette solution alcaline des réactions de Trommer, Böttger et Nylander) ; si ce procédé n'avait été appliqué systématiquement à tous les cas, où le résultat était négatif avec les méthodes ordinaires, la glycosurie aurait échappé 7 fois de plus. Par contre pour la lévulosurie, ce n'est que dans 4 cas que l'auteur dut recourir au procédé de Réale (2 cas de paludisme chronique avec hypertrophie du foie et de la rate, un cas de tumeur du foie et du mésentère). Enfin, chez les malades qui présentaient de la glycosurie et de la lévulosurie alimentaires, la quantité de lévulose était toujours plus marquée que celle de la glycosurie.

(*La Presse médicale.*)

## CHIRURGIE

### Les résultats éloignés du redressement de la gibbosité spondylitique

La méthode de Calot, qui rendit son auteur si rapidement célèbre, fut si rapidement décriée et abandonnée, qu'on n'eut pas seulement le temps de se rendre compte de sa valeur réelle et de ses résultats définitifs ; personne ne pouvait apporter son expérience clinique à l'appui de ces affirmations anatomo-pathologiques en vertu desquelles le redressement devait forcément créer à la face antérieure de la colonne vertébrale une cavité béante, incapable de se combler par suite des tendances destructives du processus tuberculeux. Après un long silence général, Joseph essaya de démontrer en 1901, cliniquement et anatomiquement, que la guérison de la gibbosité redressée se faisait par enfoncement des vertèbres ramollies, le segment supérieur de la colonne vertébrale entrant dans le foyer inflammatoire, de telle sorte que la perte de substance, au lieu de devenir béante, est, au contraire, en partie comblée et que les conditions deviennent plus favorables à la consolidation.

L'auteur n'a presque rien trouvé dans la littérature sur les résultats éloignés du redressement ; aussi ses deux observations datant de cinq ans présentent-elles un réel intérêt :

Obs. I. — Garçon de huit ans, cachectique ; mal de Pott au niveau des premières vertèbres lombaires, volumineux abcès par congestion dans la fosse iliaque droite

et flexion de la cuisse droite. La collection incisée donne 1.500 centimètres cubes de pus et laisse une fistule qui se ferme au bout d'un an. Un mois après l'ouverture de l'abcès, on procède au redressement de la gibbosité dans l'extension horizontale : la réduction se fait sans peine ; elle complète par la résection de quatre apophyses épineuses et l'enfant est immobilisé dans un corset plâtré qui s'étend de l'occiput jusqu'au genou droit à cause du redressement simultané de l'articulation coxo-fémorale droite.

Le premier corset fut remplacé au bout de deux mois ; le second corset resta trois mois et demi en place et l'enfant, photographié à ce moment, présentait un dos droit. Après cela, le traitement est continué dans le lit (gouttière) plâtré à extension ; un an après le début du traitement, on fait lever l'enfant avec un corset en cellulose qu'il porte pendant un an. Au bout de ce temps, il peut être considéré comme absolument guéri : il partage l'existence des enfants de son âge en tout, tant à l'école qu'à la gymnastique et aux jeux. A treize ans, les cicatrices seules rappellent la maladie antérieure. La mobilité de la colonne vertébrale est normale. L'état général est excellent.

Obs. II. — Garçon atteint d'un mal de Pott avec gibbosité énorme impliquant une dizaine de vertèbres. Depuis l'âge de quatre ans jusqu'à huit ans, l'enfant a porté les différents corsets en usage, ce qui n'a pas empêché l'aggravation continuelle, ni la formation de deux volumineux abcès par congestion. L'auteur incise d'abord les abcès et les sutures après injection d'une émulsion iodoformée ; l'un des abcès guérit ainsi sans incident, l'autre reste fistuleux durant un an. Quinze jours après cette intervention, on procède au redressement ; l'extension mécanique diminue la gibbosité dans une mesure importante, la pression manuelle la fait disparaître après une série de craquements ; on termine par la résection de quatre apophyses épineuses et la fixation du tronc dans une attitude de lordose prononcée. L'enfant put s'asseoir dans son lit le jour même et, huit jours plus tard, il courait, tandis qu'il était à peine capable de se tenir debout avant l'opération. Le premier corset fut porté deux mois et demi ; au bout de huit mois, le plâtre fut remplacé par un corset en cellulose pour le jour, un lit plâtré pour la nuit ; tout traitement cessa au bout de deux ans. L'enfant a continué à vivre de la vie commune et sa santé, à quatorze ans, est florissante. La colonne vertébrale est droite et ankylosée (six photographies).

(*La Presse Méd.*)

De l'analgésie localisée par la cocaïne. Incision du pancharis,

par M. le Dr PAUL RECLUS

Quoique long, nous reproduisons cet article au

complet, parce qu'il résume toute la question et donne carrément les vues les plus renseignées d'hommes éminemment compétents, et parce qu'il renferme des principes fondamentaux qu'aucun médecin, ni même aucun étudiant, ne doit ignorer, sous peine des conséquences les plus désastreuses (La Rédaction).

Nous croyons intéresser toute la profession et la en publiant le projet adopté par l'Académie de Médecine de Paris à sa séance du 10 février dernier.

Nous n'y retranchons rien. A chacun d'y voir les points importants et à les utiliser. (La Rédaction).

L'analgésie localisée par la cocaïne est loin d'avoir conquis la place qu'elle mérite et parmi nos collègues des hôpitaux de Paris, nul, sauf peut être M. Chaput n'accepte, pleinement notre méthode. Nous avons souvent réfléchi à cette méconnaissance d'une substance qui nous rend de si merveilleux services et nous lui avons trouvé deux raisons.

La première est le déplorable usage qu'en font trop souvent les dentistes. Nous ne voudrions pas dire qu'aucun d'eux ne sait manier la cocaïne, — certainement il est de brillantes exceptions — mais la plupart violent délibérément, une, deux ou même trois des lois fondamentales de notre technique. En effet beaucoup ont recours à des solutions à deux, trois, quatre et cinq pour cent, ce qui est à la fois inutile et dangereux ; la plupart opèrent leurs clients assis et les exposent à la syncope si souvent notée dans les observations ; enfin presque tous permettent à leur opéré de se lever et même de marcher avant d'avoir mangé ou bu ; de là ces vertiges, ces éblouissements, ces cardialgies, ces ébriétés pénibles, ces troubles bizarres qui peuvent durer plusieurs heures. Et voilà pourquoi j'ose affirmer que les dentistes ont compromis la réputation de la cocaïne.

La deuxième raison est la réelle difficulté de la technique. Certes, il est délicat d'administrer le chloroforme et l'éther et leur emploi réclame une longue habitude. Mais une fois qu'on sait les manier, l'anesthésie générale est toujours la même ; elle n'est pas pour une laparotomie autre que ce qu'elle est pour une intervention sur la tête, la main ou le pied. Certes, la rachicocaïnisation exige une réelle habileté et il faut savoir faire pénétrer l'aiguille jusque dans le canal rachidien ; mais une fois qu'on possède la technique, elle est la même pour toutes les opérations. Tandis que lorsqu'il s'agit de cocaïne, la technique est bien soumise à des règles générales, mais ces règles, il faut les adapter à chacune des opérations et l'analgésie n'est pas identique pour une cure d'hémorroïde, pour une kélotomie, une dilatation anale ou une gastrostomie.

Le peu d'élèves que j'ai formés m'a révélé ces difficultés de technique auxquelles je ne croyais pas tout d'abord. Aussi avons-nous pensé qu'au lieu de revenir sans cesse sur les règles générales, le mieux était de

décrire quelques opérations simples ou l'analgésie cocaïnique est vraiment supérieure à tout autre mode d'anesthésie. Les praticiens verront alors les services qu'elle peut rendre et leur conviction une fois bien assise, rien ne leur sera plus facile que d'apprendre ou même d'improviser les manœuvres pour l'analgésie nécessaire à d'autres opérations. Et je voudrais aujourd'hui décrire la technique de l'analgésie par la cocaïne pour l'incision du panaris.

On sait combien d'habitude l'incision du panaris est mal faite : on ne peut se résoudre à endormir le malade au chloroforme ou à l'éther pour une aussi petite opération et l'on se contente le plus souvent de la compression à la base du doigt, de la réfrigération par la glace, le bromure d'éthyle ou le chlorure de méthyle dont l'application elle-même n'est pas sans provoquer des souffrances ; puis l'incision reste douloureuse ; aussi la fait-on incomplète : les tissus profonds enflammés viennent s'étrangler à travers la brèche cutanée insuffisante et l'opération a été inutile ; l'inflammation persiste, gagne l'os, les gaines des doigts, et de la main, et des accidents irréparables sont souvent observés.

Comme tout est plus simple avec la cocaïne ! Mais il faut savoir l'employer, ne pas faire pénétrer l'aiguille en tissu enflammé, ce qui est douloureux, et recourir à ce que l'on a nommé l'anesthésie " régionale ". La manœuvre est des moins compliquées : à la base du doigt, dans les tissus normaux, on fait pénétrer l'aiguille d'un coup sec, non pas dans la peau, mais sous la peau, et l'on pousse immédiatement le piston pour que la cocaïne répandue dans le tissu cellulaire arrête tout à coup la petite douleur qu'aurait pu provoquer la piqûre. On pousse lentement, en faisant cheminer l'aiguille sous la peau, et l'on parcourt ainsi le quart environ de la circonférence du doigt. Le liquide injecté soulève la peau qui blanchit ; si ce soulèvement et cette anémie ne se manifestent pas on laisse l'aiguille en place, mais on recharge la seringue dont on pousse le contenu à nouveau dans le tissu cellulaire et cette fois la peau blanchit ; on enfonce alors l'aiguille à l'extrémité de ce premier quart et la piqûre ne se sent pas parce que la peau est déjà analgésée. On pousse ainsi une seringue ou deux de la solution à un — ou à un demi pour cent — pour anesthésier un dixième quart ; puis on passe au troisième et au quatrième et c'est ainsi qu'on a créé, à la base du doigt, une sorte de bague analgésique qui interrompt la sensibilité.

On peut alors agir à sa guise ; le doigt, absolument insensible appartient au chirurgien. Il savonne le doigt, le passe à l'éther et à l'alcool ; il incise la tuméfaction tout entière ; puis cette large brèche pratiquée, il saisit avec une pince de Kocher les deux lèvres de l'incision, découvre le foyer, voit ces prolongements, les foyers secondaires ; il les curette, le doigt ainsi ouvert est plongé dans un bain d'eau oxygénée chaude ; au bout de quelques minutes on l'en ressort et l'on applique sur lui

un pansement avec une pommade analgésique. Le patient n'a rien senti ; on fait tout ce qu'il fallait faire et la guérison totale survient au bout de peu de jours.

Voilà comment avec l'analgésie cocaïnique, on opère, sans danger et sans provoquer de douleurs, les panaris les plus profonds et les plus graves. Nous ne croyons pas qu'aucune méthode puisse être comparée à celle-là. Bien entendu les règles générales de l'anesthésie par la cocaïne auront été respectées : la solution atteindra à un ou à un demi pour cent, ce qui fait que la dose totale sera tout au plus 6 à 7 centigrammes, dose tout à fait innocente. Le patient sera couché et on ne lui permettra de se lever qu'après avoir mangé ou bu ; avec ces quelques précautions tout ennui sera conjuré.

M. GALIPPE : Je ne partage pas la confiance de M. Reclus dans l'innocuité absolue de la cocaïne lorsqu'il s'agit de son application aux opérations pratiquées dans la cavité buccale ; j'estime également qu'il a été trop sévère pour les opérateurs qui ont eu des accidents. Ceux-ci n'ont pas toujours été provoqués par l'exagération de la dose, il y a un entraînement à cette chose et des accidents ont été observés avec des quantités minimales. Il faut donc tenir compte d'autres éléments que ceux dont M. Reclus a parlé.

Quoi qu'il en soit, je me refuse depuis longtemps à employer la cocaïne et la condition rigoureusement imposée par M. Reclus de tenir le patient dans une position horizontale, n'est pas faite pour faciliter l'intervention opératoire, mais doit au contraire la compliquer singulièrement.

Je persiste donc à considérer qu'il est dangereux de recommander l'anesthésie locale par la cocaïne comme n'offrant aucun danger à faible dose, et je continuerai à n'y point recourir et à en déconseiller l'emploi dans le cas particulier dont j'ai parlé.

M. LARORDE : Je ne puis qu'appuyer les très judicieuses remarques de M. Galippe : il y a longtemps que j'ai signalé les dangers de l'emploi de la cocaïne en injection hypodermique, principalement dans les conditions de son absorption intra-vasculaire rapide, et dans le voisinage des centres nerveux supérieurs, encéphalo-bulbaires : notamment l'injection intra-gingivale, pour les extractions dentaires ou autres opérations buccales, à la suite desquelles on a vu se produire les plus graves accidents : Je rappellerai, à ce propos, le cas, que j'ai déjà relaté, d'un professeur de haute notoriété scientifique, du Collège de France, qui, à la suite d'une injection de cocaïne (5 milligrammes de chlorhydrate) dans la gencive pour l'extraction d'une dent, tomba dans un état syncopal et de mort apparente, auquel il fut arraché à grande peine, et eut, durant une quinzaine de jours, des rechutes qui donnèrent de vives inquiétudes à son entourage, et à moi-même qui fus invité, à raison de mes recherches expérimentales sur la cocaïne, à intervenir pour les soins à lui donner.

(à suivre)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Le chlorhydrate d'adrénaline dans un cas de morbus maculosus Werlhoffi

par MM. les docteurs DECKERS et MEESSEN

Chez une malade, gravement atteinte de purpura hémorragique, les auteurs, en présence de l'insuccès de la médication prescrite, eurent recours aux injections de chlorhydrate d'adrénaline à 1 o/o (1 cc. dans la fosse rétrotrochantérienne).

Le lendemain, une légère amélioration s'étant produite, on fit une seconde injection d'un centimètre cube : comme la malade supportait bien le médicament et que l'amélioration allait en augmentant, on administra le jour suivant 2 cc. pour arriver le quatrième jour à la dose de 3 cc.

Cette médication transforme complètement la patiente : toutes les hémorragies cèdent comme par enchantement ; mêmes les métrorragies, bien que tenaces, disparaissent finalement ainsi que les taches pétéchiiales à la peau. La malade qui, depuis longtemps déjà, accusait une inappétence complète, avait une faim telle, qu'il était difficile de la rassasier ; le pouls s'était relevé en même temps.

En présence de ce beau succès, on décida, pour éviter une récurrence, de continuer l'injection encore pendant plusieurs jours, en diminuant graduellement la dose.

Au bout de huit jours, la malade est complètement guérie et actuellement elle vaque à ses occupations journalières.

(Annales Thérapeutiques.)

### La benzine contre l'érythème fugace du nez

D'après l'expérience de M. le Dr F. Bruck (de Berlin), les applications de benzine constitueraient un moyen très pratique pour faire disparaître rapidement l'hypémie du nez qui, chez certains sujets, se montre sous l'influence d'une émotion ou de toute autre cause. A cet effet, notre confrère recommande d'employer une compresse de gaze hydrophile pliée en plusieurs doubles, qu'on imbibe de benzine et qu'on maintient ensuite sur le nez pendant quelques secondes, en ayant soin de recouvrir toute la zone hypérémie et d'éviter de frictionner la peau. Sous l'influence de l'évaporation rapide du médicament, les téguments du nez ne tarderaient pas à pâlir, en même temps qu'on les verrait devenir moins luisants. Ces applications, qui n'exerceraient aucune irritation sur la peau, pourraient être utilisées avec succès, à titre prophylactique, dans les cas où le patient, connaissant par expérience les circonstances qui provoquent l'érythème, serait à même d'intervenir à temps.

Il va de soi que le procédé en question est également indiqué contre l'érythème fugace des autres parties du corps.

(Ann. de thérap.)

#### Traitement de l'ulcère de jambés par injections sous-cutanées de calomel

Les bons effets que M. le Dr A. I. Pospélov, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Moscou, a obtenus dans le traitement de l'éléphantiasis par des injections sous-cutanées de calomel, ont engagé un autre confrère russe, M. le Dr G. I. Mechtchersky, à essayer le même moyen chez une femme de soixante et un ans, admise à la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Moscou pour un ulcère variqueux datant de sept ans, accompagné de pseudo-éléphantiasis et ayant résisté à tous les remèdes employés habituellement en pareille occurrence.

M. Mechtchersky fit, tous les huit jours, une injection hypodermique de 0 gr. à 5 centigr. de protochlorure de mercure. En fait de traitement local, il se borna à appliquer sur l'ulcère des compresses imbibées d'une solution d'acide borique à 5%, tout en ayant soin d'envelopper le membre malade d'un bandage compressif s'étendant de la racine des orteils jusqu'au genou. Cinq jours après la première injection de calomel, la surface de l'ulcère — qui était auparavant recouverte d'un enduit membraneux gris sale et très adhérent — se trouvait complètement détergée; on vit bientôt apparaître des granulations qui ne tardèrent pas à se couvrir d'épithélium et la cicatrisation progressa rapidement en allant du centre de la plaie vers sa périphérie. Au bout d'un mois, il ne restait plus la moindre trace d'ulcère, et la cicatrice semblait assez ferme et solide pour qu'on put procéder au massage de la jambe, destiné à assouplir les téguments sclérosés.

Ce fait mérite d'autant plus d'être retenu qu'il s'agissait ici d'un ulcère très invétéré et resté rebelle à la thérapeutique usuelle. On sait, d'ailleurs, que les injections de calomel influent d'une façon très favorable sur le développement des granulations épithéliales; c'est ainsi que M. Mechtchersky a été à même de constater que, dans les cas de lupus traités par le curetage, la cicatrisation se fait beaucoup plus rapidement lorsque les patients reçoivent en même temps des injections de protochlorure d'hydrargyre.

(Ann. de Thérap.)

#### Traitement des fistules anales par le sulfate de cuivre

M. le Dr S. Artault, de Vevey, préconise, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, un procédé médical qui lui a donné de bons résultats dans le traitement des fistules anales, lorsque, pour des raisons variables, le traitement chirurgical ne peut être employé.

Toute lésion cutanée de la région anale ou de la muqueuse ano-rectale, par irritation ou érosion, peut s'infecter et provoquer chez ces prédisposés, la formation d'une fistule. C'est à ce titre seulement de porte d'entrée que les hémorroïdes peuvent être comptées parmi les causes prédisposantes.

Une très grande propreté de la région et l'emploi de serviettes efficacement hygiéniques pourraient, dans bien des cas, mettre à l'abri d'infection par fissures ou érosions cutanées.

Les observations montrent en outre qu'on peut parfaitement guérir, les fistules anales, inopérables pour une raison quelconque, par un traitement médical général et local.

On fera des injections au moins trois fois par semaine, sinon chaque jour, avec la solution suivante :

Acétate neutre de cuivre cristallisé 1 ou 2 gr.  
Eau distillée..... 100 gr

et on irriguera largement toutes les anfractuosités du trajet fistuleux; puis on en fera appliquer constamment et renouveler des compresses, maintenues si c'est nécessaire, par une garniture.

En outre, on combattra le terrain tuberculeux, soit en faisant au malade des injections d'huile gäacolée, soit en le mettant au régime, soit en lui donnant les pilules suivantes qui vont bien avec le traitement local :

Acétate neutre de cuivre cristallisé  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  ou 0,01 c.  
Extrait de feuilles de noyer..... Q. S. pour une [pilule.

A prendre le matin.

Il faut insister sur ce détail, *acétate neutre de cuivre cristallisé*, car il est alors chimiquement pur, et qu'autrement il peut provoquer des accidents. Comme l'acétate de cuivre commercial est parfois arsenical, il y a donc intérêt à être prévenu. Aussi faut-il toujours être prudent et c'est pourquoi il faut recommander toujours au malade de prendre d'abord un quart de centigramme d'acétate neutre de cuivre cristallisé, pour augmenter progressivement si ses susceptibilités organiques ne sont pas mises en éveil.

(Ann. de Thérap.)

### Pharmacologie de l'huile de Chaulmoogra

Par M. G. DESPREZ, docteur en pharmacie.

Étant donné les nombreuses et intéressantes études sur la lèpre publiées dans le *Caducée*, il nous a semblé qu'il y aurait intérêt à faire connaître aux lecteurs de ce journal, la pharmacologie de l'huile de Chaulmoogra, qui constitue le seul spécifique de cette affection.

L'huile de Chaulmoogra est connue et employée par les Fakirs et les tribus indigènes de l'Inde depuis les temps les plus reculés, pour le traitement de la lèpre. Les Chinois, qui en font un grand usage, la considère comme un remède précieux.

C'est vers 1848 que les médecins anglais de l'Inde ont attiré l'attention sur la valeur thérapeutique de l'huile pure de Chaulmoogra.

En France, les premières expériences furent faites en 1876, à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr Vidal, et en 1881, à l'hôpital général de Montpellier, par le Dr Hamolin.

Depuis cette époque, l'huile de Chaulmoogra a acquis la valeur curative que l'on sait dans les différentes formes de lèpre. Elle peut prendre rang dans notre *codex medicamentarius*, et en l'admettant nous ne ferons qu'imiter la Grande Bretagne, l'Allemagne, les États-Unis, la Chine et les Indes.

**Globules.**— Le plus souvent on emploie l'huile pure de Chaulmoogra en nature, sous formes de globules à enveloppe gélatineuse de 0 gr. 20 et 0 gr. 25, que l'on fait prendre *avant*, au *milieu*, ou *après* le repas, suivant la tolérance gastrique.

On commence par prendre un globule par jour et on augmente graduellement d'un globule tous les jours jusqu'à dix ou quinze. Naturellement on partagera le nombre de globules par le nombre de repas.

Si l'état est grave, si la maladie est ancienne et si l'estomac supporte bien cette dose de dix à quinze globules, on peut progressivement augmenter jusqu'à 25 et 30 globules par jour.

Arrivé à cette dose maximum, le malade devra diminuer d'une globule par jour jusqu'à ce qu'il arrive à deux globules par jour. Se reposer huit jours et recommencer.

Pour faciliter l'absorption et la digestion des globules d'huile pure de Chaulmoogra, il est préférable de prendre en même temps du lait, du thé, du vin de quinquina ou de banyuls, ou bien une infusion de menthe ou de mélisse.

La dose pour les enfants sera proportionnée à leur âge, 1 à 5 globules par jour.

Il y a, relativement aux doses et à la tolérance gastrique, une question d'idio-synocrasie, car un lépreux de la Guyanne Française, dans son désir immodéré d'arriver à une prompt guérison, était arrivé à supporter 12 gr. par jour pendant plusieurs mois.

Le Dr Patren Espada, professeur à la Faculté de

médecine de Mérida de Yucatan (Mexique), a pu faire ingérer la quantité énorme de 45 gr. d'huile de Chaulmoogra par 24 heures.

Le Dr Kieffer, médecin principal des colonies, nous a dit que pendant son séjour à la Nouvelle-Calédonie, un indigène atteint de lèpre était arrivé à absorber jusqu'à trois cuillerées à bouche par jour d'huile de Chaulmoogra.

Il arrive quelquefois que de pareilles doses ne sont pas tolérées sans éprouver des troubles gastriques, accompagnés d'un peu de dégoût, surtout au moment des grandes chaleurs.

**Ampoules.**— Dans ces cas il est préférable d'employer des ampoules contenant chacune cinq centimètres cubes d'huile pure stérilisée et filtrée à la bougie Chamberland.

Le Dr Jeanselme administre ainsi l'huile par voie hypodermique dans les muscles des fesses, à la dose de dix centimètres cubes par semaine, en deux fois.

Le Dr Tourtoulis-Bey, du Caire, a fait à un de ces malades, de 1894 à 1899, 650 injections de chacune 5 cc. Il les pratiquait sur la face externe des membres supérieurs et inférieurs à l'aide d'une longue aiguille introduite au-dessous de la peau.

La piqûre est peu douloureuse, le gonflement consécutif disparaît en 24 heures et jamais il ne doit se produire d'abcès.

MM. Du Castel, Balzer, Danlos et Rille ont expérimenté avec succès la méthode du Dr Tourtoulis.

**Suppositoires.**— Un autre mode d'administration de l'huile de Chaulmoogra consiste à introduire, dans le rectum, des suppositoires contenant chacun 2 grammes d'huile. Ces suppositoires peuvent être à base de glycérine solidifiée ou de beurre de cacao.

**Emulsion.**— Le Dr Danlos a expérimenté l'introduction par voie rectale de l'huile émulsionnée dans du lait chaud. Cette émulsion ne peut être préparée qu'au moment du besoin, car en se refroidissant elle devient solide.

Selon nous, il est préférable de préparer une émulsion à base d'hypophosphites de chaux et de soude qui reste toujours liquide, de plus, elle a encore l'avantage de pouvoir être introduite par l'œsophage et le rectum.

**Ovules.**— Il est admis que la lèpre est une maladie contagieuse. La lèpre familiale est enregistrée tous les jours. En dehors de l'hérédité, un rôle important est joué par le coït, le contact des mains, etc.

Le Dr Jourdran, directeur de l'École de médecine de Tananarive, a vu plusieurs cas de lèpre contractés par des Européens ayant épousé des femmes indemnes en apparence, mais appartenant à une famille lépreuse.

Pour ces cas particuliers, plus fréquents que l'on ne croit, du bacille lépreux dans le vagin, les ovules à base d'huile pure de Chaulmoogra et de glycérine solidifiée sont tout indiqués. Chaque ovule contient 4 gr. d'huile.

**Baume.**— Pour le pansement des plaies lépreuses on

emploi des baumes, pommades renfermant une quantité variable d'huile. Il arrive, quelquefois, que les premiers pansements sur les parties ulcérées produisent une certaine irritation ; il ne faut pas s'en étonner, on continuera quand même l'emploi, ce ne serait que dans le cas où l'irritation serait beaucoup trop forte, qu'on pourrait éloigner les pansements et les suspendre pendant un jour ou deux ; d'ailleurs, après quelques jours cette irritation cessera complètement.

*Savon.*— Pour les soins de la toilette, pour le lavage des mains, il est préférable d'employer un savon à base d'huile de Chaulmoogra.

Dans les pays où la lèpre règne, le savon à l'huile de Chaulmoogra est un préventif à recommander aux Européens.

*Emplâtre.*— Le Dr Vidal employa le premier l'huile de Chaulmoogra, sous forme d'emplâtre. Pour les pansements occlusifs, cette forme médicamenteuse mérite d'être utilisée.

*Liniment.*— L'huile de Chaulmoogra est encore employée, sous forme de liniment, contre les douleurs rhumatismales et goutteuses. Le Dr Ergay, de Chicago, a vu, par des applications de l'huile de Chaulmoogra en liniment, six cas de sciaticques très anciens, entièrement guéris.

(Le Caducée.)

## GYNECOLOGIE

### Dysménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes

M. le Dr Bouilly traite, dans la *Gynécologie*, de la dysménorrhée qui n'est liée à aucune lésion néoplasique ou inflammatoire de l'utérus ni des annexes, et qui constitue en somme toute la maladie ; une fois la crise passée, la santé revient toute entière ; avec la dernière douleur des règles, tout est fini jusqu'à la prochaine époque.

On peut distinguer ici plusieurs ordres de faits : chez certaines jeunes filles, la dysménorrhée est transitoire, elle ne dure que quelques années et disparaît ou s'amende après les deux ou trois premières années de menstruation ou disparaît tout à fait seulement après les premiers rapports conjugaux ; d'autres fois, c'est seulement après une grossesse que se fait cette disparition.

A ces formes ne correspond aucune malformation apparente ; il s'agit seulement de troubles fonctionnels, mais dont l'explication reste néanmoins obscure.

A côté de ces cas se placent des faits de dysménorrhée rebelle et tenace, que ne font céder ni la série prolongée des menstruations, ni les rapports conjugaux, et qui le plus souvent se compliquent de stérilité. C'est de ceux-là que M. Bouilly s'occupe plus particulièrement ici.

Le tableau de cette dysménorrhée est bien connu : Ce sont des crises pelviennes, affreusement pénibles, dans lesquelles les malades se tordent et se roulent sur leur lit, angoissées, énervées, ne sachant quelle position prendre, passant deux ou trois jours dans un état de douleur et d'énervement qui les laisse pour quelque temps encore brisées et anéanties. Chez les unes, la douleur précède de quelques jours l'écoulement sanguin ; tout le ventre est déjà sensible trois ou quatre jours avant la venue des règles ; d'autres fois cette douleur cède avec l'apparition du sang ; plus souvent chez les vrais dysménorrhéiques, elle dure pendant toute la période menstruelle.

Le type de ces malades est variable ; tantôt, ce sont de petites jeunes filles frêles, maigres, peu développées, tantôt, au contraire, on est en présence de jeunes femmes grasses, fraîches, de bonne apparence, chez lesquelles rien ne pourrait faire soupçonner la production du trouble menstruel ; quelques-unes sont trop grasses, sont de véritables obèses, envahies, dès leur jeunesse et la première année de leur mariage, par une surcharge exagérée de graisse.

Mais quel que soit le type, le plus souvent l'examen local révèle les mêmes particularités, à savoir la présence d'un utérus à type infantile — col petit pointu, à orifice circulaire plutôt étroit — et corps utérin peu développé, plutôt rond qu'allongé, couché en antéflexion fixe. L'hystéromètre doit être fortement coudé en avant pour pénétrer jusqu'au fond de l'utérus ; mais en général, il peut y pénétrer ; dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de rétrécissement des cavités utérines : il n'existe qu'une coudure au niveau de la flexion du corps sur le col.

C'est tout ce que l'on constate ; les culs-de-sac sont souples, libres et indolents ; la palpation abdominale ne permet de constater ni augmentation de volume des ovaires, ni sensibilité, anormale, et cependant il est permis d'admettre que le système ovarien est mauvais et que les ovaires sont eux-mêmes atteints d'un arrêt de développement et présentent les caractères des ovaires atrophiques ou infantiles.

Pour beaucoup d'auteurs, la coudure utérine par antéflexion est la cause de la dysménorrhée.

Cette explication mécanique, valable pour un certain nombre de cas, est inadmissible pour beaucoup d'autres, et si la dilatation pratiquée avec la laminaire réussit assez souvent, il n'est même pas démontré que ce soit par son action sur cette coudure, cette action persiste souvent pendant plusieurs mois, alors que la même antéflexion et la même coudure persistent ; et d'autre part contre cette théorie purement mécanique, on peut invoquer encore l'amélioration des phénomènes dysménorrhéiques avec les années, malgré la persistance de la déviation utérine.

Il est rare, en effet, d'entendre, après la trentaine, la femme se plaindre de cette variété de dysménorrhée ;

on dirait qu'à la longue, la fonction a refait l'organe ou au moins lui a fait une habitude fonctionnelle plus facile et plus tolérable.

Il est donc nécessaire d'admettre pour la production de ces phénomènes dysménorrhéiques, des éléments multiples dont la source doit être recherchée dans le développement incomplet des organes génitaux profonds et dans un état particulier du système nerveux central. Le développement génital incomplet, créé par lui-même, une faiblesse ou une excitation nerveuse qui viennent exagérer les moindres causes. L'antéflexion seule ne semble pas pouvoir créer la dysménorrhée; elle ne paraît être qu'une des formes témoignant de malformations génitales profondes, ou au moins de troubles de développement génital dont une des expressions symptomatiques les plus marquées consiste dans la dysménorrhée et le plus souvent dans la stérilité, en coïncidence ou même en rapport de cause à effet, avec des troubles plus ou moins marqués du système nerveux général.

En conséquence de cette manière de voir, M. Bouilly, sans refuser de parti pris la dilatation prolongée à la laminaire aseptique, l'applique assez rarement; mais il s'élève fortement contre les interventions sanglantes qui ont la prétention de corriger l'antéflexion. Chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes, présentant ce type génital infantile avec les troubles nerveux qui en sont l'accompagnement ou la conséquence, il semble qu'il y a mieux et plus à faire qu'un traitement local; celui-ci, en tout cas ne doit constituer qu'un point de la thérapeutique.

Bien entendu, il pourra être utile de soigner et de guérir le léger degré de catarrhe cervical qui ne manque guère en pareil cas. Il sera bon de pratiquer quelques séances prudentes de dilatation à la laminaire, moins dangereuse et plus efficace, en pareil cas, que la dilatation par les bougies d'Hégar. Il sera utile de calmer la douleur par les divers hypnotiques connus, en évitant soigneusement la morphine dont l'accoutumance est trop facile en pareil cas, par la prescription de certaines substances telles que l'aconit et les préparations du *viburnum prunifolium*, dont l'effet est quelquefois efficace. Mais il sera plus utile d'instituer une hygiène spéciale et une thérapeutique d'ensemble capables d'éveiller et de régulariser les fonctions ovariennes. A ces jeunes filles, à ces jeunes femmes, on prescrira les exercices corporels, la marche, la bicyclette, l'équitation, le tennis, la gymnastique; pour elles, ne sont pas bonnes les longues séances de repos, de lecture, de travail intellectuel, d'exercices de musique.

Pour les anémiques et les nerveuses marquées, M. Bouilly prescrit volontiers les cures d'eau appropriées, le séjour à la montagne à diverses altitudes, sans craindre les grandes altitudes de l'Engadine. Comme médication interne, il prescrit volontiers les préparations ovariennes, persuadé que la sécrétion ovarienne est in-

suffisante en pareil cas et que les indications de l'opothérapie ovarienne se font sentir comme à la ménopause. Enfin, si les circonstances le permettent, faire faire à ces malades un traitement prolongé par l'électricité statique, dont les résultats sont excellents dans nombre de cas et à laquelle il n'y a à reprocher que la nécessité d'une installation spéciale et d'une main consciencieuse et habile.

(Gaz. de gynécologie.)

### Paralysies de la grossesse et des suites de couches

par le Dr Ch. ALDRICH

Les paralysies, dites puerpérales, sont de nature très variée, et pour les étudier plus facilement, l'auteur les classe en paralysies de la grossesse et en paralysies du puerpérum. Il ne s'occupe pas des paralysies hystériques qui peuvent s'observer également pendant ces deux états physiologiques.

Les paralysies de la grossesse sont d'origine centrale ou périphérique. Les paralysies d'origine centrale proviennent d'hémorragie ou d'embolie cérébrales. Les paralysies spinales sont très rares. Les paralysies périphériques sont toxiques ou traumatiques. Les névrites s'observent généralement chez des femmes épuisées par des vomissements incoercibles. Elles sont caractérisées par de la paraplégie s'accompagnant d'atrophie musculaire; ces accidents guérissent ordinairement après l'évacuation de l'utérus. Dans quelques cas rares, la névrite est la seule manifestation de l'intoxication comme cela est arrivé dans le fait publié par Elder. On a également vu des formes graves s'étant terminées par la mort, si bien que l'accouchement provoqué peut devenir indiqué.

Les névrites traumatiques ont été très discutées. L'on croit qu'elles sont dues à la compression des vaisseaux maternels par la partie fœtale, ou à l'œdème de la gaine des nerfs. Ceci expliquerait les paralysies transitoires qui s'observent après l'accouchement et qui durent si peu de temps.

Les paralysies des suites de couches peuvent être également divisées en centrales et en périphériques.

Les paralysies centrales sont assez fréquentes et d'un pronostic ordinairement bénin. Ce sont des hémiplegies ou des monoplegies de nature embolique. Les hémorragies cérébrales sont plus rares. On peut observer également des myélites transverses. Les paralysies périphériques sont dues à des névrites traumatiques ou non traumatiques. Parmi ces dernières, il faut citer, en première ligne les névrites infectieuses qui peuvent intéresser tous les nerfs de l'économie. On décrit généralement une forme localisée (variété brachiale ou variété fémorale) et une forme généralisée qui quelquefois l'aspect de la paralysie ascendante de Landry. On a

également signalé une forme récidivante à la suite de plusieurs grossesses.

Les névrites traumatiques sont assez fréquentes ; elles sont dues le plus souvent à la compression des branches du plexus sacré qui se trouvent serrées entre la tête ou le forceps et la paroi pelvienne. C'est généralement le sciatique poplité externe qui est atteint. La compression nerveuse peut être produite également par des collections purulentes peri utérines, comme l'a bien montré Hervieux. L'auteur a inséré dans son travail un certain nombre d'observations personnelles intéressantes.

(Gaz. de gynécologie).

## OBSTETRIQUE

### Bactériologie de la sécrétion vaginale chez la femme enceinte

C'est une nouvelle contribution à la bactériologie du vagin pendant la grossesse, et l'auteur a essayé, par une technique très minutieuse, de s'assurer de l'existence des formes communes de pyogènes, tels que le staphylocoque, le streptocoque et le colibacille, et de quelle nature étaient ces diverses formes microbiennes.

La sécrétion vaginale contient des cellules épithéliales, des leucocytes et des microorganismes en quantité variable. Bien que, dans certains cas, la couleur, la consistance et la réaction de cette sécrétion aient pu faire prévoir la richesse en cellules épithéliales et en leucocytes, elles n'ont jamais eu la même signification au point de vue de la richesse en microbes. Ces caractères ne permettent donc pas de différencier la sécrétion normale de la sécrétion pathologique.

Les microbes du vagin de la femme enceinte sont pour la plupart des anaérobies ; cependant beaucoup d'entre eux poussent également sur les milieux de culture ordinaires, surtout des milieux très alcalins ; un petit nombre seulement est anaérobie obligé.

La forme ordinaire est celle de la bactérie ; il y a peu de microcoques. Tous ne sont pas pathogènes pour les animaux. On ne trouve, en effet, dans la sécrétion vaginale de la femme enceinte ni le staphylopyogène blanc ou doré, ni le streptocoque pyogène ou le colibacille.

La flore microbienne de la vulve est différente de celle du vagin. Dans la plupart des cas, il existe dans la sécrétion vulvaire des bactéries qui poussent bien sur des milieux alcalins aérobie. Les bactéries les plus communes au niveau de la vulve sont le staphylocoque blanc et le bacterium coli commune.

(La Presse méd.)

## DERMATOLOGIE

### Traitement de la leucoplasie buccale

par FRED. C. COBB.

Discutant l'étiologie de cette affection, Cobb assure que de tous les irritants, le tabac est le plus actif. La leucoplasie a été appelée en Amérique, la paralysie des fumeurs. En ce qui concerne le traitement, il existe beaucoup de divergences. On assure avoir obtenu des résultats excellents par des applications de papaine, par l'excoision, le galvano cautère et même par l'expectation. D'un autre côté, beaucoup de leucoplasies, en dépit de tous les traitements, se terminent par le cancer. Butlin recommande les lotions alcalines, il rejette les cautérisations et recommande de s'abstenir de tout irritant et surtout du tabac. Si, en dépit de toutes ces mesures, la leucoplasie reste stationnaire et surtout si elle tourne à l'induration et aux apparences de cancer, il faut procéder à l'excision du tissu morbide. Sur dix cas observés à l'hôpital de Massachusetts, quatre se sont terminés par le cancer.

(Ann. de Thérap.)

### Traitement de l'intertrigo

On désigne, sous le nom de l'intertrigo, un état inflammatoire qui se développe dans les plis de contact de la peau, plis rétro auriculaires, aisselle, région sous-mammaire chez la femme, plis inguinaux et périnéal, plis interdigitaux du pied, plis abdominaux chez les obèses et, chez l'enfant, dans les plis du cou. L'affection, extrêmement commune, se caractérise par de la rougeur, et un léger épaissement du tégument. Après une période plus ou moins longue, cet état se complique ; on observe du suintement en nappe, l'eczématisation parfois, puis assez souvent une hyperkératose avec macération de la couche cornée et une odeur fétide. D'autre part, le prurit est fréquent, parfois intolérable. La lichénification, c'est-à-dire l'épaississement de la peau avec formation d'un quadrillage par les plis superficiels est commune. Enfin, la peau se fissure parfois profondément : on observe des pustules et même un état végétant du derme.

Le traitement peut, dans tous les cas, amener la guérison, quand il est bien fait. On ne s'occupera pas du prurit, qui disparaît avec les lésions.

Celles ci sont-elles humides ? il faut, avant tout, amener la dessiccation des régions où elles existent par des poudres ou par des pâtes, avec applications de poudres à la surface. Dans l'intertrigo sous-mammaire, on relèvera les seins par des bandes de toile. Dans l'intertrigo du périnée et les plis inguinaux, il



pourra être nécessaire de laisser le malade quelques jours au repos.

Lorsqu'il existe un suintement abondant, avec odeur fétide, des lotions astringentes au tanin, à l'alun, à la liqueur de Burrow seront faites chaque jour. Dans l'intervalle, on appliquera des pâtes simples avec poudrage au-dessus. Les érosions peuvent être traitées au nitrate d'argent en solution aqueuse à saturation ; les furoncles seront ouverts.

En quelques jours on obtient aussi la disparition des infections annexes et la dessiccation de l'intertrigo.

A ce moment, on commencera le traitement par les réducteurs forts, à doses progressives.

Pour ma part, j'emploie surtout l'acide pyrogallique sous forme de pâtes, appliquées successivement une, trois, cinq heures par jour, puis toute la nuit, avec application de pâtes de zinc dans l'intervalle. Leistikow recommande la pâte de zinc soufrée.

Axonge benzoïnée.....	28 grammes
Ceyssatite.....	2 —
Souffre précipité.....	4 —
Oxyde de zinc.....	6 —

On peut faire des badigeonnages quotidiens avec une solution alcoolique d'acide chrysophanique ou éthéro alcoolique de goudron, suivis d'applications de pâtes de zinc. Les emplâtres sont d'une application plus pratique pour les malades, mais leur action peut être moins surveillée ; ils exposent aux infections secondaires et nous ne recommandons pas leur emploi lorsqu'on ne peut observer le patient de près.

Dans les lichénifications consécutives à l'intertrigo, j'ai utilisé avec succès la méthode exfoliante. Bien entendu les applications de préparations exfoliantes seront courtes ; leur effet sera surveillé de près.

Chez les enfants atteints d'intertrigo, on ne peut employer de moyens aussi énergiques ; il suffit de panser à la pâte de zinc au fond des plis, et, si les lésions résistent, de faire chaque jour des badigeonnages avec une solution hydro alcoolique de thiol ou d'ichthyol à 10 p. 100. S'il existe du suintement et des fissures, on badigeonnera avec une solution faible de nitrate d'argent à 1 ou 2 p. 100.

Chez les personnes qui ont eu l'intertrigo, une récurrence est toujours possible, surtout en été, au moment des chaleurs. Les plis exposés à l'intertrigo seront nettoyés tous les jours à l'alcool, poudrés matin et soir au talc porphyrisé ou à l'oxyde de zinc, additionnés de 7 p. 100, de bismuth. Les vêtements de laine ou de coton, appliqués directement sur la peau, seront interdits. On évitera toutes les causes qui peuvent provoquer une sudation intense, exercices violents, boissons abondantes.

(Ann. thérapeutique.)

## MALADIES VENERIENNES

### Traitement du rhumatisme blennorragique

#### A. — Période aiguë

On peut employer l'onguent napolitain (Lucas Championnière), ou les compresses imbibées de :

Acide salicylique.....	20 grammes.
Alcool absolu.....	100 —
Huile de ricin.....	200 —

(RUEL.)

ou

Acide salicylique.....	} à 10 grammes
Lanoline.....	
Essence de térébenthine..	
Axonge.....	80 —

(BOURGET.)

Dans certains cas, on peut employer les liniments laudanisés ou chloroformés, ou la pommade gaïacolée à 5 p. 30.

#### B. — Période d'état

Révulsion locale. (Teinture d'iode. Pointes de feu.) Massage. Electrification. Bains térébinthinés selon la formule de Balzer :

Emulsion aqueuse de savon noir.	} à 100 grammes
Essence de térébenthine.....	

On les emploie sous forme de bains généraux ou de bains locaux. Pour un bain général, on emploiera 400 grammes de ce mélange ; pour un bain local, 50 à 100 grammes. Le bain térébinthiné agit par révulsion, par absorption (peau et respiration) et par sa chaleur.

#### C. — Intervention chirurgicale

Dans le cas d'arthrite purulente, on fait une ouverture avec lavage au sublimé ou à l'acide phénique à 5 o/o, ou simple ponction avec injection (Balzer.)

Dans l'arthrite séreuse aiguë on peut discuter l'intervention (épanchement trop considérable, atrophie musculaire).

#### D. — Médication interne.

Le salicylate de soude donne quelques résultats quand la forme du rhumatisme est celle du rhumatisme vulgaire. L'antipyrine calme la douleur. Le salol agit assez bien, mais est irritant pour le rein. Le salophène (1 à 2 grammes), l'asaprol (4 à 5 grammes) donnent quelques succès.

Le colchique et la vératrine ont peu d'action.

(Ann. de therap.)

## RADIOGRAPHIE

### Présentation de radiographies

#### Un nouveau procédé de radiographies.

M. LABORDE : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie la photographie radiographique de la main, montrant les résultats d'un *procédé technique de radiologie*, permettant de reproduire visiblement, avec les détails de structure, le tégument dans ses rapports avec le squelette, par MM. Radiguet et Guichard, assistant de radiographie au laboratoire des Travaux pratiques de physiologie.

L'image obtenue à l'aide des rayons de Roentgen, qu'elle soit projetée sur un écran par la radioscopie ou fixée photographiquement par la radiographie, ne donne que les parties qui sont suffisamment opaques pour former des ombres, relativement à celles qui sont plus aisément traversées par les rayons invisibles.

Une main, par exemple, sera représentée par les os du carpe, du métacarpe et des phalanges (y compris le petit sésamoïde du Pollex que la généralisation de l'usage du précieux moyen d'investigation nouveau a rendu classique). Mais, le tissu musculaire, les vaisseaux, les tendons, les nerfs ni le tégument ne laissent de trace. C'est à peine si, dans certaines épreuves radiographiques obtenues à l'aide des tubes de Crookes, trop mous, une silhouette d'ailleurs très floue du tégument, permet de deviner ses contours.

Il serait pourtant très précieux, dans presque tous les cas, de pouvoir établir le rapport précis entre l'os et le tégument.

Sans développer ici cette proposition dont l'exactitude s'impose à première vue, disons que pour les études anthropologiques, l'intérêt est considérable de pouvoir établir les rapports entre le squelette et le tégument, sur toute son étendue et en général avec les phanères.

Le principe en lui-même était fort simple ; il suffisait d'enduire les surfaces à rendre apparentes, d'une matière opaque aux rayons X ; mais l'application a nécessité des tâtonnements que cette communication a pour objet d'éviter aux praticiens.

Un assez grand nombre de matières peuvent remplir ce but, mais la plupart sont vénéneuses et ne peuvent s'appliquer que sur le cadavre : céruse, minium, onguent hydrargyrique, ou dégagent des odeurs pénétrantes : iodoforme, ou sont d'un prix trop élevé pour être employées couramment.

Les auteurs se sont arrêtés aux matières suivantes, qui donnent des résultats satisfaisants, ainsi que le montrent les épreuves radiographiques ci-jointes et qui peuvent être employées indifféremment selon le cas :

L'une est le blanc de fard, *sous azotate de bismuth*, l'autre une *poudre de bronze très fine (cuivre rouge de préférence)*.

La réussite nécessite certaines précautions.

Il y a lieu de former avec de l'huile une sorte de peinture de circonstance sirupeuse, qui puisse s'étendre à l'aide d'un pinceau demi-dur, sur la partie du tégument à rendre visible.

La couche doit être d'une épaisseur proportionnelle à l'épaisseur de la partie du corps à traverser, et n'être posée que sur la partie reposant sur la plaque sensible ou faisant face à l'écran, de façon à éviter la superposition de deux couches, qui se confondraient et donneraient du flou à l'image.

Cette précaution offre en outre un avantage, elle permet de reconnaître à première vue si une main, par exemple, ou un thorax, est vu en pronation ou en supination.

Le dépôt doit être fait par couches successives de façon à bien remplir les sillons cutanés sans laisser de traces des coups de pinceau, qui seraient apparentes et formeraient des rayures.

Les ongles, leurs pourtours et leurs dessous doivent être légèrement surchargés de la pâte opaque, de même que dans le cas de substance cornée.

Les poils doivent être enduits comme à l'aide des pommades de toilette ordinaire, mais avec un léger excès.

À côté des deux exemplaires radiographiques d'une main gauche (pronation et supination), permettant de voir la peau et les ongles, on peut voir les quatre phalanges de cette même main (vue palmaire), à titre de spécimen, montrant sur chaque doigt des matières différentes produisant des silhouettes du tégument, mais ne laissant voir aucun détail des plis de la peau.

Par ordre croissant de rendement utile :

L'auriculaire était induit avec de la *plombagine* commune ;

L'annulaire avec de l'*or massif* (bisulfure d'étain) ;

Le médius avec du blanc de zinc (*oxyde de zinc*) ;

L'index avec du blanc de fard (*sous-azotate de bismuth*).

(Acad. de méd.)

## NOUVELLES

### NAISSANCES :—

A Montréal, le 30 avril dernier, au No. 72 Ave St-Denis, l'épouse de M. le Dr A. Label, un fils, Joseph Alphonse Adélaïde René.

En cette ville, le 4 courant l'épouse de M. le Dr L. J. A. LeSage, un fils.

### MARIAGES :—

A Lorette Qué., le 19 d'avril, M. le Dr J. E. Verret conduisait à l'autel mademoiselle Elmire Bastien, fille du chef Bastien, de la Tribu Huronne de Lorette.

M. le Dr A. Blais, fils du capitaine A. Blais, de Berthier, a épousé, le 28 avril dernier, à Calgary, mademoiselle Bolduc, fille du Dr S. Bolduc, de St-Michel de Bellechasse.

En cette ville le 22 courant, à l'église St-Louis de France, M. le Dr R. I. Charette conduisait à l'autel Mme F. H. Marin. La bénédiction nuptiale a été donnée par le Révérend M. Laroque.

## Supplement Litteraire

(Suite)

### Conseils de pratique medicale aux Jeunes

Une bonne précaution et une bonne ligne de conduite dans le diagnostic, comme dans le pronostic d'ailleurs, c'est de dire lorsqu'il est grave : "Si je me trompe, tant mieux, vous ne m'en voudrez pas..." à moins toutefois qu'il ne s'agisse d'une belle-mère ou d'un oncle à héritage.

Il y a des médecins qui n'étiquètent jamais une maladie et d'autres dont les malades ont trois ou quatre maladies à la fois, ce qui rend le malade tout fier et l'entourage tout surpris de la science du médecin qui découvre tant de choses.

Ne confondez point (erreur bien commune) fluxion dentaire avec érysipèle. Cela ferait plaisir au client qui vous a demandé peur un *risipèle* et qui est déçu de n'avoir qu'un vulgaire mal de dent, mais peu importe, tenez pour le diagnostic vrai.

### Pronostic.

On se tire toujours d'un diagnostic ; il en est autrement du pronostic. C'est ici l'habileté souveraine. C'est au pronostic que l'on reconnaît le vrai praticien ; c'est par le pronostic que l'on se crée une réputation et une situation.

Si vous n'êtes point fixé, faites de vagues réponses aux nombreuses questions posées au lit du malade, par le malade et l'entourage : "Est-ce grave ? qu'en dites-vous, docteur ?"

Pour le malade, c'est toujours un pronostic favorable, mais pour les autres, il faut être ou très réservé si l'on n'a pas de certitude, ou très catégorique si l'on est sûr de son affaire.

Si vous connaissiez bien vos angines, si fréquentes en clientèle, et que vous annonciez avec précision leur terminaison, quelle qu'elle soit, vérifiée par la suite, — si vous soulagez une indigestion simple, où le client pense mourir, — si vous annoncez la marche d'une pneumonie, sa durée, ce qui pourra se produire : la chute brusque au bout de cinq jours chez un enfant, malgré d'effrayants symptômes, l'issue fatale le cinquième jour chez l'alcoolique, le diabétique, etc. — si vous dénoncez les pseudo-paralysies hystériques, dysménoréiques ou colériques chez les femmes, phénomènes qui impressionnent tant le public, — si vous faites cesser rapidement des accidents douloureux aigus par une médication opportune, — si vous savez rassurer dans le faux-croup, prédire les complications ou les phases d'une diphtérie, d'une angine, d'une fièvre typhoïde, d'une scarlatine, d'un rhumatisme, la confiance des clients deviendra inébranlable, vous passerez pour un

dieu, on parlera de vous en tous lieux, à toute occasion, et votre réputation deviendra rapidement colossale, surtout si cela s'est passé chez des concierges.

Il vous eût été facile même, en y mettant un peu de bonne volonté, d'organiser un miracle ? Quoi de plus étonnant, de plus merveilleux que la compression des ovaires chez une hystéro-épileptique, cas si fréquent chez les jeunes filles dans les usines, ateliers, magasins, etc., etc. ? Le calme soudainement revenu impressionne vivement l'entourage, qui vous prendra pour un sorcier... Malheureusement, dans la suite, les contremaitres ne vous appelleront plus, car ils opéreront eux-mêmes.

Que si, dans certaines affections, vous faites un pronostic à longue échéance, pronostic désagréable par ses résultats ou par sa longue portée, il pourra vous en cuire, mais, lorsqu'après quelques années il se sera vérifié envers et contre l'avis de confrères consultés après vous, votre triomphe sera glorieux, le revirement sera complet et l'on vous reviendra humblement et plein d'admiration.

N'hésitez même pas, si vous avez affaire à des jeunes filles pas sages, à donner la date de la disparition de la maladie ou de la tumeur. Vous ne verrez peut être plus ni elles, ni leurs mères, vexées de votre découverte, mais elles n'auront pu vous porter préjudice.

De la prudence et du tact dans le pronostic des complications, que l'on pourra parfois vous reprocher de ne point avoir enrayées, les ayant prévues.

Vous serez considérablement aidé dans votre pronostic par les pressentiments des malades et leur attitude morale. Un malade qui a peur, se sent touché, qui se dit perdu, qui implore votre secours avec angoisse, est un malade bien souvent condamné. Les pressentiments d'un père ou d'une mère au sujet d'un enfant ne trompent guère non plus.

### Pessimisme et optimisme.

Maintenant, devez-vous être le médecin *Tant-pis* ou le médecin *Tant-mieux*, pessimiste ou optimiste ?

Il est des médecins pour lesquels toute affection est grave et qui par conséquent guérissent des méningites, des angines diphtériques, des fièvres typhoïdes, des gripes infectieuses, qui n'étaient que de simples indispositions. Et inversement, des médecins qui voient tout en rose et ne doutent jamais de la guérison d'une maladie, si graves que soient les apparences.

La vérité est dans un juste milieu. *In medio stat veritas.*

(A suivre)

## Travaux Originaux

### TROIS CAS D'AVORTEMENTS

PAR M. LE DR FRANÇOIS DE MARTIGNY.

Il m'a été donné d'observer dans le même mois trois, cas d'avortements compliqués d'accidents graves mais présentant des symptômes différents.

Nous sommes souvent appelés à traiter des femmes qui se sont fait avorter par des criminels, disons le mot. Nous nous trouvons presque toujours en face d'infections intenses, qui mettent la vie de la femme en danger et compromettent toujours l'avenir des annexes; très souvent en effet l'avortement criminel est obtenu par des manœuvres au cours desquelles les règles de la plus élémentaire asepsie sont ignorées et où l'antiseptie est plus que douteuse.

E. D. âgée de 21 ans vint me consulter pour des troubles bizarres des règles, qui tantôt avançaient tantôt retardaient, étaient très abondantes un mois pour ne durer que deux ou trois jours le mois suivant. Soupçonnant un avortement que ma patiente voulait me cacher, je l'examinai. Elle me raconta alors que ses règles duraient depuis quinze jours ?? et qu'elle perdait beaucoup.

Le ventre est mou et indolore. Le col utérin est gros, mou, entr'ouvert. Les annexes sont saines.

Je lui annonçai qu'elle faisait une fausse couche. Elle n'en parut aucunement surprise. Je lui conseillai le curettage qu'elle accepta de suite.

Je fis la dilatation, comme j'en ai toujours l'habitude avec les bougies d'Hegar, et je fus consterné de trouver une perforation du fond de l'utérus, qui laissait passer la sonde No 26. Le reste de l'utérus était dur et ferme. Je dilatai largement, je donnai deux ou trois coups de curette qui ne ramenèrent presque rien, je touchai légèrement à la teinture d'iode et ne fis pas de tamponnement intra-utérin. Je prescrivis en permanence des sacs de glace sur le ventre. La malade n'a jamais eu de température ni de ballonnement du ventre. Elle quittait l'hôpital trois semaines après l'opération. Je l'ai revue dernièrement et ses annexes me paraissent saines.

M. B. âgée de 19 ans fut toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Il y a huit semaines, alors

qu'elle avait un retard de cinq semaines dans ses règles, elle fit une chute de bicyclette et commença à perdre abondamment deux ou trois jours après cet *accident avoué*. Ses pertes ne se sont pas arrêtées depuis, malgré de grandes injections chaudes prises deux fois par jour et un repos au lit plus ou moins bien observé.

M. B. est très affaiblie et ne peut marcher qu'avec l'aide de quelqu'un. Sa température est de 101 et son pouls de 140.

A l'examen je trouve un ventre légèrement ballonné et douloureux à la pression. Le col utérin est gros, mou, entr'ouvert. Le corps est gros, dur, douloureux, immobilisé.

Les annexes gauches sont grosses comme une mandarine, très douloureuses. Les annexes droites me semblent saines.

Je fais d'urgence le curettage le lendemain matin.

La curette ramène de gros débris placentaires. Pendant l'intervention on injecte 750 grammes de sérum. Je fais placer des sacs de glace en permanence sur le ventre.

La température était normale le surlendemain. Le quatrième jour je suspends la glace.

Le dixième jour, brusque élévation de la température à 100 et douleurs vives dans le côté gauche du bas ventre. Les annexes gauches sont très grosses et douloureuses. De nouveaux sacs de glace en permanence sur le ventre.

Le 21ème jour la malade quitte l'hôpital ne souffrant plus du ventre ses annexes sont encore doublées de volume mais presque plus douloureuses.

Pendant toute la durée du traitement à l'hôpital elle prenait trois grandes injections vaginales très chaudes au permanganate et je prescrivis de continuer pendant longtemps le même traitement, et je conseille, le repos au lit pendant quelques jours encore.

Sept jours après sa sortie de l'hôpital, je suis appelé auprès d'elle pour une poussée aiguë du côté de ses annexes gauches et une légère hémorragie vaginale. Je prescrivis le repos absolu au lit, qui n'avait pas été gardé, et la glace en permanence sur le ventre. J'insiste pour que la malade prenne ses trois injections vaginales.

Je l'ai revue quatre mois après son curettage. Ses annexes gauches sont encore grosses et douloureuses mais ses règles sont indolores et régulières.

L'avenir est sombre pour ses annexes gauches

Un soir de septembre dernier j'étais appelé auprès d'une femme qui se mourait d'infection puerpérale, à ce que l'on me disait.

Je trouvai une femme au faciès fortement grippé perdant de gros caillots par le vagin et en grande abondance un liquide brunâtre qui dégageait une odeur nauséabonde. La température, malgré la quinine prise en quantité, était de  $105\frac{1}{2}$  et le pouls à 132. La malade âgée de 23 ans avait toujours été régulièrement réglée; elle avait eu un accouchement sans infection deux ans auparavant. Depuis son accouchement ses règles étaient régulières jusqu'à il y a deux mois. Elle eut un retard qui coïncida avec une blennorrhagie, mais ne consulta que dernièrement, un spécialiste qui lui fit pour sa blennorrhagie bien entendu, quatre applications intra-utérine d'un médicament dont elle ignore le nom. Ces applications se faisaient à l'aide d'une longue tige d'acier et étaient très douloureuses.

Cinq jours après le dernier pansement, il y a une semaine, elle fut prise de véritables tranchées et commença à perdre d'une manière abondante. Elle se donna trois fois par jours des injections vaginales chaudes. L'hémorragie diminua sans cesser et depuis quatre jours elle passe de gros caillots. Une amie lui fait prendre deux fois par jour 10 grains de quinine et quand elle souffre trop lui donne de la morphine.

J'examinai la malade. Ventre gros ballonné, sonore à la percussion, douloureux à la pression. Le col utérin mou, entr'ouvert, gros. Le corps gros comme le poing, dur, douloureux, immobilisé. Les annexes droites me paraissent saines. Les gauches grosses comme une petite organe et excessivement douloureuses.

Je me trouve en présence d'un avortement criminel avec infection grave. Je fais transporter immédiatement la malade à l'hôpital et le lendemain matin je curettais son utérus. L'intervention fut mouvementée à cause d'une hémorragie abondante, inquiétante même pendant un moment, mais qui céda aussitôt que la cavité utérine fut débarrassée des débris placentaires. Pendant l'intervention on injecta 850 grammes de sérum. Je fis placer des sacs de glace en permanence sur le ventre. La température était tombée le soir à  $99\frac{1}{2}$  et elle était à la normale la troisième journée.

Ma malade quittait l'hôpital trois semaines après son curettage. A ce moment ses annexes gauches étaient grosses comme une mandarine et toujours aussi douloureuses. J'insistai fortement auprès de la malade pour que chaque jour elle prenne trois grandes injections vaginales chaudes. Je revis cette malade de temps à autre, la dernière fois il y a une semaine, six mois après son opération. Ses annexes gauches sont à peu près dans le même état et je devrai les lui enlever prochainement.

En face d'un avortement que devons-nous faire, je ne crois pas qu'il puisse y avoir deux manières de voir, il faut débarrasser l'utérus du corps désormais étranger, qu'il renferme et agir d'autant plus vite que les symptômes sont plus graves; plus l'infection est intense et moins il faut perdre de temps.

L'hémorragie qui peut se produire au cours du curettage ne doit pas nous alarmer. Aussitôt que la cavité utérine sera débarrassée des débris placentaires l'hémorragie s'arrêtera d'elle-même.

Je n'ai pas employé le sérum antiseptococcique et je ne crois pas son emploi bien indiqué dans ces infections mixtes, je lui préfère de beaucoup le sérum ordinaire à doses massives.

---

## Revue des journaux

---

### MEDECINE

---

#### La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses

par M. RAYMOND, rapporteur.

Sur un travail de MM. ANGLADE et CHOCHRAUX (d'Alençon), concernant *la tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses*.

Vous avez renvoyé à mon examen un mémoire de MM. Anglade, médecin en chef de l'Asile d'Alençon, et Chocraux, médecin adjoint du même asile, intitulé : *La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses*. C'est là une question dont l'importance, au double point de vue pratique et doctrinal, n'échappera à personne.

Ces auteurs estiment, d'une part, que la tuberculose se rencontre, avec une fréquence *excessive*, beaucoup plus grande qu'on ne l'a dit jusqu'ici, dans les antécé-

dents des mentaux et des nerveux ou chez ceux-ci. Ils font ensuite remarquer que les maniaques, les mélancoliques sont souvent issus de parents tuberculeux ou meurent eux-mêmes tuberculeux. Esquirol avait déjà fait cette constatation ; il avait même observé qu'un tuberculeux pulmonaire, ayant un accès de manie, voit sa maladie organique marquer un temps d'arrêt pendant l'évolution de l'état maniaque. Les paralytiques généraux, disent MM. Anglade et Chocraux, qui n'ont pas eu la syphilis, peuvent être simplement des tuberculeux et, souvent, ils sont, à la fois, l'un et l'autre. Les épileptiques sont très fréquemment de souche tuberculeuse ou meurent phthisiques, de même que les idiots, etc.

D'autre part, une méthode histologique dont la paternité appartient à M. Anglade — (coloration élective spéciale de la névroglie) — lui a permis de constater : 1° que l'épilepsie et les arrêts de développement coïncident avec un excès de névroglie ; que la réaction névroglie constitue l'encéphalite vraie des paralytiques généraux, la pseudo-encéphalite des maniaques ou des mélancoliques ; 2° que la tuberculose a des poisons capables de provoquer, avec une intensité remarquable, la réaction névroglie diffuse corticale ou épendymaire. Ce sont ces faits d'observation, à la fois d'ordre clinique et d'ordre anatomique, qui font penser, à ces médecins distingués, que la tuberculose, étant capable de déterminer le plus important des processus anatomo-pathologiques qui s'observent dans les maladies du cerveau et de la moëlle — (prolifération névroglie) — peut être considérée comme responsable de l'apparition d'un grand nombre de maladies mentales et nerveuses. Ils se sont même demandés si le poison tuberculeux, agissant sur l'embryon, au moment du développement, et lorsque la cellule germinative cherche à s'orienter vers le neuroblaste (cellule névroglie), ne pourrait pas préparer les arrêts du développement intellectuel ou les insuffisances mentales. S'il en était ainsi on pourrait dire que la tuberculose, qui tue une partie de la population, rend folle, épileptique, paralytique, nerveuse ou idiote une autre partie.

Telles sont les propositions avancées par les auteurs du mémoire ; elles sont en partie neuves et dans tous les cas hardies. Or, j'ai étudié cette question du rôle de la tuberculose dans la pathogénie des affections du névraxe, plus spécialement des maladies nerveuses, à divers points de vue, depuis plusieurs années, dans mon laboratoire de la Salpêtrière, avec mes élèves Cl. Philippe, R. Cestan, Sicard, Oberthür, Ravaut. Plusieurs mémoires et thèses ont déjà été publiés à la société de neurologie et ailleurs. Aujourd'hui, je me contenterai de rappeler, sous forme de quelques propositions, les résultats qui sont plus immédiatement applicables à la solution du problème de pathogénie générale que soulève le mémoire remarquable de MM. Anglade et Chocraux.

Il convient, à mon avis, de faire une distinction capitale, en étudiant à part : 1° *La tuberculose du cer-*

*veau et de la moëlle ; 2° Les maladies nerveuses et les maladies mentales chez les tuberculeux.*

La solution du premier problème est depuis longtemps donnée, bien que les travaux de ces dernières années, ceux de M. Anglade en particulier, aient ajouté quelques faits intéressants aux faits anciens. Dans le cerveau comme dans la moëlle, le bacille de Koch donne des tubercules, des méningites tuberculeuses, diffuses ou localisées, même des *pachyméningites cervicales hypertrophiques* comme il m'a été donné d'en présenter à mes élèves une observation remarquable au cours d'un mal de Pott de la colonne cervicale. Même, comme M. Anglade, nous croyons à la fréquence considérable de ces maladies, nettement tuberculeuses, de la moëlle, du cerveau et de leurs méninges, et nous pensons que cette fréquence n'a pas été assez mise en évidence dans les traités classiques. De plus, comme M. Anglade, nous estimons que le bacille de Koch, ou ses toxines, est capable, non seulement de produire des tubercules et des inflammations nettement tuberculeuses, mais encore de donner naissance à des myélites, à prédominance interstitielle ou parenchymateuse (Raymond, *Revue de médecine* 1886, Cl. Philippe et Cestan, *Société de neurologie*, 1900), de même qu'à des réactions névroglie ou cellulaires du côté du cerveau et du bulbe (Cl. Philippe et Ravaut. *Recherches expérimentales et anatomo-cliniques, Leçons cliniques de la Salpêtrière*, 1902.

C'est, d'ailleurs, une loi commune à tous les organes frappés par la tuberculose (bacille et toxines) ; nous connaissons les tubercules du foie et les hépatites tuberculeuses ; de même, les tubercules du rein et les néphrites tuberculeuses, etc. Mais, si ces lésions d'inflammation banale, dues au bacille de Koch et à ses toxines, sont devenues classiques pour les autres organes (poumons, foie reins, etc.), elles ne sont guère connues pour le système nerveux central, cerveau et moëlle ; je dois ajouter cependant que Michaut (1871) a déjà pu décrire une véritable myélite au cours de la pachyméningite externe tuberculeuse, du Mal de Pott, dans sa thèse faite sous la direction de Charcot. Dans le même ordre d'idées, il convient de signaler les recherches expérimentales, fort intéressantes, poursuivies durant ces derniers mois par M. Armand Delille, interne de mon collègue, le professeur Dejerine (*Société de Neurologie*, 1902), recherches faites à l'aide des seuls poisons tuberculeux (éthéro-bacilline et chloroforme bacilline d'Aclair). Cet auteur paraît disposé à rattacher toutes les altérations des tissus avoisinants (névroglie et parenchyme) à des troubles circulatoires (œdème collatéral ou inflammatoire de Schmaus).

Reste le deuxième problème à la solution duquel M. Anglade s'est plus particulièrement attaché. Je rappelle ses conclusions : en clinique, les mentaux et les nerveux sont fréquemment de souche tuberculeuse, tuberculeux eux-mêmes. En anatomie pathologique, l'on se trouve, chez les tuberculeux pulmonaires ou autres,

des lésions analogues à celles qui se rencontrent autour des tuberculoses locales du cerveau ou de la moelle. Donc, la tuberculose joue un rôle pathogénique de premier ordre dans la production des maladies nerveuses et mentales.

Pareille conclusion peut-elle être acceptée d'une façon définitive ? Puis, si elle l'était, comment comprendre le mécanisme d'action de la tuberculose : s'agirait-il d'une véritable toxémie tuberculeuse, ou plutôt d'une altération du névraxe ainsi rendu plus fragile en face des autres intoxications ou infections ?

Ce problème est singulièrement complexe. Nous n'osons affirmer que M. Anglade apporte une solution justifiée à tous les points de vue et absolument complète. Ainsi, les tuberculeux pulmonaires présentent parfois, quoique de façon exceptionnelle, des troubles mentaux graves, un certain état de démence ; mais nous ne croyons pas qu'on puisse parler vraiment de démence paralytique, analogue à la paralysie générale vraie ; de même, en anatomie pathologique, malgré l'existence d'une épendymite scléreuse et d'une méningo-encéphalite corticale légère, nous n'avons pas là, à notre avis, les lésions fondamentales, si profondes et si destructives, de la paralysie générale ordinaire (disparition des fibres tangentiels et radiés ; atrophie plus tardive des cellules nerveuses ; lésions vasculaires ; réactions névrogiques intenses ; en dernier analyse, atrophie globale des circonvolutions). Il ne faut pas oublier que pour produire un type anatomo-clinique une lésion minime ne saurait suffire. Les examens doivent être répétés, suffisamment nombreux, capables de déceler une altération bien développée et diffuse au point d'entraîner la perte de fonctionnement de l'organe, ou au moins au point d'entraver sérieusement ce fonctionnement.

Pourtant et désormais, en pratique courante, au lit du malade comme sur la table d'amphithéâtre, il conviendra de songer à la tuberculose dans la pathogénie des affections mentales et nerveuses, en général, bien que, à mon avis, nous ne puissions d'ores et déjà dire si cette toxico-infection prendra jamais l'importance considérable reconnue par tous les observateurs à la syphilis et à l'alcoolisme dans le développement des maladies nerveuses et mentales.

Quoi qu'il en soit des réserves que je viens de faire en face des conclusions de MM. Anglade et Chocraux, j'estime que leur travail est des plus importants et je propose à l'Académie d'adresser des remerciements aux auteurs et de conserver leur travail dans les *Archives*.

— Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

(Acad. méd.)

## Traitement de la phlébologie par l'effleurage des veines,

par M. le Dr HANNEQUIN

D'après l'auteur, l'effleurage des veines est le traitement par excellence de la phlébologie. Employé seul ou associé à la cure thermale dont il corrige les effets légèrement excitants chez les névropathes, il fait disparaître la douleur dans l'immense majorité des cas et facilite la résolution des exudats inflammatoires qui en étaient la cause. Qu'est-ce donc que l'effleurage des veines ? Quand on promène doucement la main enduite vaseline sur une veine douloureuse, en suivant des règles bien précises, on perçoit au bout d'une quinzaine de minutes une sensation de chaleur qui va augmentant peu à peu, tandis que la douleur, suivant une marche inverse, s'atténue, puis disparaît insensiblement. Le malade se croit guéri, il ne l'est que momentanément, car la douleur reparait 4 à 5 heures après. Si on continue l'effleurage les jours suivants, la douleur devient de plus en plus faible, apparaît à des intervalles de plus en plus éloignés pour disparaître enfin complètement au bout de 10 à 15 séances.

(L'Etoile méd.)

## Purpura hemorrhagica

par M. le professeur DIEULAFOY de l'Hôtel-Dieu.

Le 15 février, entrant dans notre service, salle Saint-Christophe, n° 16, pour y mourir bientôt, un homme de 30 ans, de bonne santé antérieure. Il était atteint de cette forme de purpura dite primitive, parce qu'elle est sans porte d'entrée apparente ; infectieuse, parce que le sang renferme parfois alors du staphylocoque, du streptocoque ou de l'entérocoque ; dite surtout hémorrhagique parce qu'elle s'accompagne d'hémorrhagies multiples et abondantes.

Le patient avait été pris, vers la fin de janvier, d'éruptions de taches purpuriques sur les membres inférieurs, taches ayant l'apparence du purpura simplex, sans élévation de température. Dix à quinze jours après, des stomatorrhagies se multiplièrent, par les gencives, par les reins, par l'estomac. L'hyperthermie se maintint à 39°, 5 à 40°, à 41°, à 42° et le malade succomba. Ce ne sont pas ces pertes sanguines qui ont causé la mort, puisque, malgré elles, la numération des globules rouges a donné 2 millions 300.000 hématies, beaucoup plus qu'il n'en faut pour vivre. L'autopsie n'a pas révélé, non plus, de lésion expliquant l'issue fatale. Voilà, en résumé, un homme atteint de purpura avec hémorrhagies multiples, les unes visibles, sous forme d'ecchymoses de la peau et des muqueuses, sous formes de pertes sanguines, épistaxis, hématuries, hématuries ; les autres invisibles, hémorrhagies des méninges, du foie, de la

rate, des muscles, etc., et, finalement, il meurt avec 41°, 42°.

Pour classer cette observation dans le cadre pathologique qui lui convient, je vais maintenant aborder et esquisser à grands traits l'histoire générale du purpura. Disons-le de suite, c'est un sujet des plus complexes, dont la mise au point n'a pas encore été rigoureusement faite. Souvent les purpuras apparaissent, comme états secondaires, au cours de diverses affections, fièvres éruptives, cirrhose du foie, lymphadénie, mal de Bright; d'autres fois, ils sont, au contraire, primitifs. Ajoutez à cela l'abondance des dénominations données par les auteurs, purpura simplex, urticans rhumatismal, maladie de Werlhoff, etc., et vous comprendrez aisément que le praticien se perde au milieu de tout ce luxe de qualificatifs.

Si l'on veut mettre un peu d'ordre dans l'étude des purpuras, il est bon de passer au crible de la clinique toutes ces variétés morbides, réelles ou prétendues, de voir ainsi quelles sont celles qui doivent être rejetées et quelles sont celles qui offrent des allures suffisamment précises et caractérisées pour mériter une place, comme entité morbide, dans la nosologie.

Allant du simple au composé, nous trouvons :

D'abord, le purpura rhumatoïde, péliose rhumatismale. Il ne s'agit pas ici du rhumatisme articulaire aigu et, bien que ce dernier s'accompagne parfois de taches cutanées et d'épistaxis, il n'invite pas précisément au purpura. Mais, à côté de la fièvre rhumatismale vraie vous rencontrerez des gens se plaignant de douleurs dans les cuisses, dans les mollets, autour des articulations avec une élévation de température modérée, 38°, 38° 5. Ils se disent : " Je vais avoir une crise de rhumatisme articulaire aigu. " Il n'en est rien ; vous les examinez, ils ont seulement de la fatigue douloureuse des muscles. Quelques chose se prépare cependant et, le 2, 3e, 5e jour, ils nous montrent sur la peau un piqueté, un pointillé hémorragique, semblable à des piqûres de puces. Vous considérez les phénomènes douloureux, la fièvre, les taches purpuriques et vous dites : purpura rhumatoïde. Après 10 à 15 jours, la guérison est obtenue.

Voilà une première variété nettement définie de purpura : la péliose rhumatismale. Faut-il en nosologie, l'accepter ? Oui, je l'admets et elle est, à juste titre, admise sous la dénomination de purpura rhumatoïde simplex.

Habituellement, elle s'en tient aux taches ecchymotiques cutanées et ne s'accompagne pas d'hémorragies. Toutefois on a vu, au cours de son évolution, survenir des épistaxis ; on connaît également des observations avec des ecchymoses sous-conjonctivales, vélo-palatines, des stomatorrhagies. Ces cas-là s'acheminent vers le purpura hémorragica. Je dirai même que, à côté de la forme rhumatoïde ordinaire, bénigne, qui guérit toujours il en est d'autres plus embarrassantes à définir. Ainsi, quelquefois, vers le déclin de l'affection, apparaît un

saignement de nez, et tout rentre dans le calme ; puis, les lésions recommencent, pour cesser à nouveau, revenir et ainsi de suite : cela dure, 2, 3, 6, 8 mois. Je crois qu'il s'agit de purpura rhumatoïde, mais c'est du rhumatoïde qui peut devenir hémorragica. Il n'y a donc pas de limites bien tranchées entre l'un et l'autre : il serait à souhaiter, sans doute, qu'il en existât, cliniquement, puisque le premier est bénin et le second grave, mais nous devons prendre les choses comme elles sont et admettre les formes mixtes.

(A suivre)

## CHIRURGIE

### Abcès froid costal postérieur

(Leçon professée à la clinique Baudelocque).

Par A. BROCA. Agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon.

La fille de 8 ans que je vous présente porte dans la région dorsale, à droite de la ligne médiane, une tumeur allongée, assez fortement saillante, qui est limitée en dehors par la verticale de l'angle de l'omoplate, qui reste en dedans à environ 2 travers de doigt de la ligne épineuse, et qui s'étend, de haut en bas, du niveau de la 7e côte à celui de la dixième. Cette tumeur est recouverte d'une peau normale à tous égards, à la fois comme couleur, comme consistance, comme épaisseur et comme mobilité sur les plans profonds. A l'inspection, et surtout à la palpation, on reconnaît qu'elle est formée de deux bosselures : une plus volumineuse, verticale, ovoïde, prolongée en bas et en avant par une saillie plus petite, qui descend le long de la 10e côte jusque vers son angle ; et là on trouve dans la profondeur une tendance à l'empatement.

Sur ces deux bosselures, la surface est lisse ; et d'autre part, sur toute l'étendue de la masse, on trouve une fluctuation évidente. Déjà cette netteté de la sensation de flot est bien plus grande que dans le lipome, dont vous connaissez la consistance souvent fluctuante ; et surtout vous ne vous arrêterez pas à l'idée de lipome en raison de l'état lisse de la surface, car dans le lipome il est de règle que cette surface soit d'un grenu spécial. D'ailleurs, chez un enfant de cet âge, le lipome est exceptionnel, et dès lors nous concluons à l'existence d'une tumeur liquide.

Cette tumeur, quelle est elle ? En l'absence de toute réaction inflammatoire, et abstraction faite du kyste hydatique, trop rare pour que vous y pensiez, vous ne pouvez hésiter qu'entre deux diagnostics : un kyste congénital et un abcès froid.

De ce que la lésion n'est connue que depuis trois semaines, vous ne devez pas éliminer d'emblée le kyste congénital, sérieux, car on peut rencontrer de ces kystes



qui, réduits sans doute pendant des années à l'état d'un petit lymphangiomè inaperçu, prennent à un moment donné, et sans qu'on sache pourquoi, un développement plus ou moins considérable : je me souviens d'en avoir vu un exemple en 1885, alors que j'étais interne de Verneuil, à la région pectorale d'une fille de 20 ans. Mais à la paroi thoracique, cette lésion est d'une grande rareté, et quand je l'y ai observée, c'était toujours sous forme de kystes multiloculaires et non du grand kyste monoculaire qui serait ici réalisé. En sorte que nous arrivons à affirmer, avec presque certitude, qu'il s'agit d'un abcès froid. Et cela va bien avec le mode de début insidieux, il y a 3 semaines à un mois, par un point de côté siégeant vers l'extrémité antérieure des deux côtes flottantes, survenant surtout quand l'enfant toussait, riait, et il y a 15 jours la mère s'aperçut qu'il existait une tumeur, peu à peu accrue. Est-ce bien là le début ? n'y avait-il rien auparavant ? Vous savez avec quelle prudence nous devons fixer ces dates pour les abcès froids, bien souvent reconnus seulement plusieurs mois après le début réel.

Toutefois, je ne crois pas qu'il faille attribuer grande valeur à l'assertion de la mère qui se demande si, depuis près d'un an déjà, elle n'avait pas remarqué une irrégularité dans le développement des deux côtés du thorax : cette lenteur d'évolution, à partir du moment où l'asymétrie est appréciable à la vue, n'est pas dans les habitudes des abcès froids thoraciques.

Il est inutile de discuter longuement sur la nature de cet abcès froid : nous savons aujourd'hui qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse. Le seul point étiologique à débattre est de déterminer l'origine de cette suppuration tuberculeuse.

Nous sommes en droit d'éliminer plusieurs hypothèses autrefois émises : les abcès froids du tissu cellulaire n'acquièrent jamais un semblable volume ; la suppuration des bourses séreuses du glissement entre les plans musculaires a été, malgré l'autorité de Verneuil, rejointe dans le néant les idées de Larrey sur le rôle des frottements exercés par les pièces d'équipement sur le thorax des jeunes soldats. En fait, trois origines seulement sont possibles, avec les données actuelles de la science : une lésion osseuse, vertébrale ou costale, une lésion pleurale.

Avec un siège semblable de la collection en dehors de la verticale passant par l'angle de l'omoplate, on est parfaitement en droit de penser au mal de Pott et avant d'aller plus loin nous devons chercher les signes révélateurs de cette affection. Or, ces signes n'existent pas ; l'enfant se baisse avec une souplesse parfaite pour ramasser un objet à terre, et d'autre part aucun point douloureux n'est trouvé par la pression localisée sur la ligne épineuse ou sur les lames adjacentes. Par contre, sur la 10<sup>e</sup> côte, vers son angle, là où je vous ai signalé tout à l'heure une bosselure diverticulaire avec une tendance à l'empatement profond, la sensibilité à la pres-

sion est nette, je dirai même qu'elle est assez vive. Cet examen vous prouve donc que le rachis doit être mis hors de cause, et qu'il faut nous tourner du côté de la paroi thoracique proprement dite, et là, je vous le répète, on a invoqué soit une lésion costale, soit une lésion pleurale.

Ce débat pathogénique sur les "abcès froids des parois thoraciques" n'est pas neuf, et dès 1865, Leplat leur attribuait une origine pleurale, en se basant sur ce fait que très souvent, cliniquement ou anatomiquement, on constate des lésions concomitantes chroniques de la plèvre, des adhérences surtout, au voisinage du foyer purulent. Depuis longtemps, sans doute, on a reconnu qu'à ce niveau une côte était malade, dénudée ou même profondément cariée : mais, comme cela était classique il y a une cinquantaine d'années, la plupart des auteurs voyaient là une propagation secondaire, que le point de départ fut à la plèvre, comme le voulait Leplat, ou dans un plan conjonctif quelconque.

A mesure que l'on a mieux connu les tuberculoses chirurgicales, et surtout la tuberculose osseuse, on est arrivé à admettre que, dans la grande majorité des cas, les collections froides en relation avec une lésion osseuse sont sa conséquence et non sa cause, et devaient être assimilées, par conséquent, aux abcès par congestion. On a été amené ainsi à étudier la tuberculose costale : je m'en tiens là pour le moment, car c'est pour l'étude thérapeutique que je crois bon de réserver les notions ou anatomo-pathologiques à retenir sur ce sujet.

Ces deux opinions sont-elles exclusives l'une de l'autre ? Depuis quelques années, on arrive à conclure que non, mais je reste convaincu, tout en admettant la réalité des abcès par pachypleurite caséuse externe, qu'ils sont moins fréquents que les abcès d'origine costale.

Les études sur les relations causales de l'abcès avec la plèvre ou avec les côtes ont eu ceci de bon qu'elles ont attiré notre attention sur ce qui se passe à la face interne de la cage thoracique, en même temps qu'évolue à leur face externe la collection extérieurement accessible. Presque toujours, — j'y reviendrai au point de vue opératoire, — il y a un petit clapier intra-thoracique, et si, dans la grande majorité des cas, cela est inappréciable cliniquement, quelquefois au contraire, en raison d'un signe que vous devez systématiquement rechercher, cela peut être diagnostiqué.

Mettez, en effet, la main à plat sur la tumeur, et dites à l'enfant de tousser : à chaque secousse, vous allez sentir une expansion de la poche, et cela doit vous faire conclure qu'à l'intérieur du thorax existe une collection par l'intermédiaire de laquelle le choc pulmonaire, au moment de l'effort, est transmis jusqu'à votre main ; néanmoins la tumeur est irréductible et, cela étant, vous devez, avant d'aller plus loin, envisager une autre hypothèse de diagnostic : celle d'une pleurésie

purulente avec abcès migrant vers l'extérieur, ce que l'on appelle empyème de nécessité.

Car on observe, de temps à autre, des pleurésies purulentes négligées au point d'en arriver là, où il est malheureux d'avoir à dire que parfois un médecin est responsable de cette méconnaissance. Dans l'espèce, il n'en est rien, car, par la percussion autour de l'abcès, par l'auscultation on ne trouve aucun signe d'épanchement pleural. Et par contre, on relève un signe qui va nous faire prendre parti en faveur de l'origine costale ; une douleur à la pression très nette sur la 10<sup>e</sup> côte, vers l'angle, dans cette région un peu empâtée dont je vous ai déjà dit un mot. Là existe une lésion osseuse manifeste qu'il est plus raisonnable, à mon sens, de croire primitive que secondaire.

Que faire chez cette malade ? Deux méthodes sont en présence : l'injection modificatrice et l'incision franche avec résection costale.

Ce n'est pas le lieu de vous parler en détail du traitement des abcès froids par les injections modificatrices, des motifs qui m'ont fait, parmi les substances proposées, donner la préférence à l'éther iodoformé à 1/10<sup>e</sup>, des ressources précieuses que nous fournit cette méthode dans bon nombre de cas. Mais pour les abcès froids de la paroi thoracique, tout en reconnaissant qu'elle m'a donné des succès, je ne la considère pas comme le procédé de choix. Il est facile, ici, d'arriver sur l'os malade, et de le traiter par la résection franche et non pas par les curettages forcément incomplets qui, dans le tissu spongieux des grandes épiphyses, des corps vertébraux, ouvrent la porte à l'infection mixte avec toutes ses graves conséquences, dans les foyers étendus de la tuberculose osseuse ; et le fait est que par l'intervention chirurgicale large on obtient presque à coup sûr une guérison rapide et radicale. La réunion immédiate est la règle, et la fistule qui suit l'ablation du drain n'est pres- que jamais durable.

La résection franche de la côte malade est une pratique encore discutée, et en particulier, certains auteurs, avec Gaujet, avec Duplay, pensent que souvent, dans ces conditions, la lésion tuberculeuse n'atteint pas le tissu osseux proprement dit, mais seulement les couches superficielles du périoste, en sorte que le simple grattage suffirait pour venir à bout de cette périostite externe.

D'après ce que j'ai observé, je ne crois pas que cette opinion soit exacte, au moins chez l'enfant. Après nettoyage de la poche superficielle et résection aux ciseaux courbes de la plus grande partie possible de la paroi, il n'est pas rare, sans doute, qu'on voie au fond de la plaie un périoste continu, sans dénudation osseuse appréciable. Mais ce n'est qu'une apparence : comme dans tous les abcès froids ossifluents, il est fréquent que la migration du pus ait lieu à travers une éraillure aponévrotique recevant à peine le stylet et bouchée par une fongosité violacée. En cherchant attentivement ce per-

tuis, après curettage et hémostase par compression, on le trouve pour ainsi dire toujours ; son siège le plus habituel est contre le bord inférieur de la côte, dont la partie dénudée est alors à la face interne. Là existe un petit amas de fongosités, capable de devenir une vraie poche intrathoracique d'abcès en bissac ; dans ce dernier cas, il est de règle que la communication soit large, comme cela a certainement lieu chez notre malade, puisque la poche extérieure subit l'impulsion de la toux.

Donc, partez de cette idée qu'en explorant avec soin la côte, vous y trouverez un point dénudé conduisant sur un foyer d'ostéite proprement dite. Cela étant, puisqu'il s'agit d'un os qu'on peut sans inconvénient sacrifier sur une grande longueur, recourez à la résection franche, après dénudation à la rugine, et non pas au curettage.

La résection costale est une opération facile et sans danger : son seul accident possible est l'ouverture de la plèvre, tout à fait exceptionnelle entre des mains exercées.

Je vous répète que le résultat est presque toujours rapide et complet, au moins dans la région qui nous occupe aujourd'hui ; car on a plus d'ennuis, plus de fistules persistantes, plus de retouches à faire pour les abcès thoraciques antérieurs où la carie osseuse s'étend dans le tissu spongieux du sternum.

Le pronostic local est donc bon, malgré l'existence certaine d'une poche intrathoracique notable. Quant au pronostic général, il ne me paraît pas mauvais. Personnellement, malgré quelques bronchites hivernales, la fillette se porte en général bien ; elle n'a aucune autre lésion tuberculeuse ancienne ou en évolution ; en particulier, ses poumons sont sains. Quant à son hérédité, elle n'est pas parfaite, mais on ne saurait dire qu'elle est mauvaise : si le père a eu au régiment de l'adénopathie cervicale bacillaire, actuellement il ne tousse pas, et la mère est indemne : de quatre autres enfants, un frère est mort de méningite, en bas âge, mais trois sœurs plus âgées sont bien portantes.

\*\*\*

J'ai opéré le 9 février l'enfant dont je vous ai entretenu la semaine dernière. Il existait en effet une poche intrathoracique, grosse comme une pomme d'api, et communiquant largement avec la poche extérieure au-dessus et au-dessous de la 10<sup>e</sup> côte, dénudée sur toute sa circonférence, de l'angle au col. L'opération n'a d'ailleurs rien de particulier qui mérite de vous être signalé.

(Le concours médical.)

De l'analgésie localisée par la cocaïne. Incision  
du panaris

par M. le Dr PAUL RECLUS.

(Suite)

J'ai, ici-même, dans les récentes discussions soulevées par la dangereuse pratique de la rachi cocaïnisation, montré la réalité et le mécanisme des accidents, auxquels elle expose par le transport dans les centres bulbo encéphaliques de la substance, introduite dans le canal rachidien.

Je me hâte de dire que ces réserves motivées n'élèvent rien de sa signification et de son importance à la méthode systématisée et localisatrice de notre collègue M. Paul Reclus.

Pour ce qui est de l'intervention de l'alcool, comme correctif de l'action de la cocaïne, dont M. Reclus vient de parler, avec une pointe d'esprit d'à propos qui ne pouvait manquer, en ce moment, d'avoir un succès de sourires... cette intervention est des plus opportunes, puisqu'il s'agit, en ce cas, de l'alcool médicament, lequel est, en cette qualité, d'autant à sa place qu'il la doit et l'emprunte à sa qualité fondamentale de "poison."

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Je suis absolument d'accord avec M. Reclus sur la nécessité d'intervenir très complètement et jusqu'aux limites du panaris. Je pense qu'en agissant ainsi on éviterait habituellement tant de conséquences fâcheuses des inflammations insuffisamment combattues.

Mais je repousse absolument l'emploi de la cocaïne. Si celle-ci peut donner des résultats relatifs, dans les cas dans lesquels il ne s'agit pas d'une lésion inflammatoire, son action est absolument nulle dans les régions qui sont le siège d'une inflammation violente comme le panaris. Tout ce que j'ai vu me confirme absolument dans cette opinion.

J'estime qu'il faut de toute nécessité faire une anesthésie sérieuse, c'est-à-dire la chloroformisation. On n'a sérieusement opéré pour un panaris grave que lorsqu'on a donné du chloroforme. Je n'ai jamais agi autrement qu'à mon corps défendant, et je l'ai toujours regretté.

M. DUPLAY : Je considère la cocaïne comme un anesthésique dangereux, qui a déjà à son actif un très grand nombre d'accidents. Sans doute, entre des mains aussi habiles que celles de M. Reclus, il peut donner de bons résultats, mais il n'en saurait être de même avec un chirurgien quelconque. Cet anesthésique a produit des accidents avec des doses variées, et il me paraîtrait dès lors imprudent d'en recommander l'emploi sans signaler, en même temps, les méfaits qui lui sont imputables.

M. JAVAL : On utilise journellement la cocaïne, à la dose de 2 p. 100, pour l'anesthésie de la conjonctive,

sans que jamais, à ma connaissance, l'emploi de cet alcaloïde ait eu des inconvénients.

M. BERGER : Comme M. Lucas-Championnière, je suis d'avis que le chloroforme est infiniment supérieur à la cocaïne pour obtenir l'analgésie dans tous les cas d'ouverture de panaris ou d'abcès, d'autant que je crains l'action des injections locales sur la marche de ces affections.

Sans doute il ne faut pas exagérer les dangers de la cocaïne. Je l'emploie volontiers en suivant les principes posés par M. Reclus, et je n'ai jamais eu d'accident. En mon absence, il y a quelques années, un cas de mort est survenu, dans mon service, chez un malade atteint d'hydrocèle, auquel on injecta par erreur une dose trop forte de cocaïne dans la tunique vaginale. Cet accident ne s'est jamais renouvelé depuis que je fais usage de la solution à 1 p. 100, et que je me conforme à la technique recommandée par M. Reclus.

M. PAUL RECLUS : Je répondrai d'abord à mon maître M. Duplay qui a touché au point le plus important de la question : les dangers de la cocaïne. Il y croit, je les nie ; et c'est parce que je sais par une expérience de plus de seize ans, basée sur plus de 7,000 opérations, l'innocuité de l'alcaloïde administré selon les règles connues, que je préfère la cocaïne, dans les cas où elle est applicable, au chloroforme et à l'éther. Quand le genre d'opération me permet de choisir entre l'anesthésique général et l'anesthésique local, je n'hésite pas, c'est le dernier que j'emploie.

Les accidents graves, les accidents mortels causés par de petites doses de cocaïne, n'existent pas. J'ai fouillé toutes les statistiques, j'ai relevé toutes les observations, et j'ai d'abord remarqué que nombre de cas publiés, de seconde ou de troisième main, comme mortels ne l'avaient été nullement. On avait lu : "empoisonnement par la cocaïne," et ces mots on les avait traduits par ceux de "mort par la cocaïne" lorsque, en définitive, il ne s'agissait que d'accidents légers. Quant aux morts véritables, elles sont dues à l'emploi déordonné, fou, de doses invraisemblables de cocaïne, et les empoisonnés n'avaient pas absorbé moins de 60, 80, 100, 150, 200, 300 centigrammes de cocaïne, doses d'autant plus criminelles que 10 à 15 centigrammes suffisent à mener à bien les opérations les plus délicates, les plus longues et les plus complexes. Le jour où nous avons établi que la dose totale de cocaïne injectée ne devait pas atteindre 20 centigrammes, et que le titre de la solution ne devait pas dépasser 1 p. 100, nous avons coupé court à tous les accidents possibles. Et de fait, jamais dans ces conditions un cas de mort n'a été observé ; je ne parle pas ici de nos 7,000 observations, je parle, sauf erreur, de toutes les observations publiées et dont j'ai eu connaissance.

Et quand nous disons que nous avons pratiqué plus de 7,000 opérations sans un cas de mort, ce que nous ne pourrions pas dire pour le chloroforme et l'éther, nous

ne disons pas encore assez. Il meurt, dit-on, 1 opéré sur 3,000 soumis au chloroforme. Vous voyez que c'est plus qu'avec la cocaïne qui ne m'a pas donné une seule mort sur plus de 7,000 interventions. Mais, en outre, combien de fois, le chloroforme donne-t-il de ces alertes terribles qui vieillissent le chirurgien, qui lui mettent sous les yeux l'image même de la mort pendant une, deux, cinq, dix minutes et plus ! Et pendant ces terribles alertes, toutes les fautes contre l'asepsie peuvent être commises et toutes les inoculations avoir lieu. Eh bien, ces alertes, nous ne les avons pas avec la cocaïne, et nous pouvons dire que nous pratiquons toutes nos opérations, non seulement sans les alertes, les vomissements que le chloroforme provoque, mais même sans troubler l'équilibre physiologique de nos malades. Voilà ma réponse à M. Duplay : non, la cocaïne n'est pas dangereuse ; en suivant des règles précises et connues, nous pouvons éviter tout danger, tandis que nous cherchons encore les règles qui donnent la sécurité dans l'emploi des anesthésiques généraux ; les morts par le chloroforme restent le plus souvent inexplicables et, par conséquent, ne nous apprennent pas à conjurer le danger lors de nouvelles interventions.

MM. Galippe et Laborde nous ont parlé de la fameuse "zone dangereuse" inabordable, d'après eux, à la cocaïne ; les opérations sur la face et le cou seraient plus graves et les accidents fréquents. M. Galippe, dans cette région, redoute l'emploi de la cocaïne et croit devoir la prescrire. Je les connais, ces accidents, pour les avoir essayés, il y a 16 ans, à mes premiers débuts, mais depuis j'ai appris à les conjurer ; moi aussi j'avais vu se dessiner la syncope lorsque j'opérais sur la face, la tête et la bouche, parce que j'opérais mes malades assis, mais, dès que j'ai pris la précaution de les coucher, précaution systématique élevée à la hauteur d'une loi, j'ai vu qu'il n'y avait plus de zone dangereuse ; l'application de la cocaïne était aussi facile, aussi innocente, aussi efficace que sur les autres régions, et là, pas plus qu'ailleurs mes injections ne venaient troubler l'équilibre physiologique de mon opéré.

Et c'est parce que les dentistes violent quotidiennement cette loi qu'ils ont les accidents dont M. Galippe nous parle. Il est difficile, dit-il, d'arracher une dent chez un client couché ! Je suis certainement moins habile que M. Galippe, je n'ai pas sa dextérité née d'une pratique incessante, et cependant j'affirme que j'ai arraché et j'arrache encore beaucoup de dents, soit à l'hôpital, soit pour quelques amis qui veulent justement bénéficier de la cocaïne, et que je les arrache chez des malades couchés. Récemment j'ai enlevé, dans ces conditions, une dent de sagesse difficile, et l'opération n'a présenté ni accident ni incident. Que les dentistes veuillent donc bien suivre ces trois règles faciles : employer des solutions faibles, — et 1 p. 100, 1/2 même sont des titres tout à fait suffisants, — coucher leurs malades, les opérer dans cette position, ne les laisser se

lever qu'après une demi-heure et lestés d'une tasse de café ou d'un petit verre de liqueur, et la légende de "la zone dangereuse" aura définitivement vécu.

M. Lucas-Championnière nous dit que les opérés de panaris souffrent avec la cocaïne. M. Lucas-Championnière se trompe. Les opérés ne souffrent pas ; le doigt est absolument insensible ; l'esprit reste tranquille et lucide. Et justement j'opérais l'autre jour un de nos collègues de l'Académie, et je lui demandais son avis au fur et à mesure que se présentait la nécessité d'une incision nouvelle. Il regardait la plaie et me donnait paisiblement son opinion motivée. Je m'engage à opérer devant M. Lucas-Championnière, quand il voudra, un malade atteint de panaris, d'inciser le foyer principal, de fendre les foyers secondaires, de les curetter dans tous les sens, sous une analgésie qui vaudra le chloroforme comme absence de douleur, et qui n'aura pas les dangers et les inconvénients du chloroforme, ses vomissements, et ses troubles gastriques.

Je remercie mon ami M. Berger de l'appui qu'il vient de donner à la cocaïne. Mais dans le panaris, nous dit-il, il craindrait de s'en servir, de crainte de l'extension de l'inflammation par la seringue de Pravaz dans la profondeur des tissus. Eh bien, je puis lui répondre, au nom d'une expérience déjà longue, que ces inoculations, je ne les ai jamais observées, et le nombre de mes observations est grand.

En résumé, Messieurs, je crois avoir réfuté les objections qu'on a élevées contre la cocaïne, anesthésique merveilleux grâce auquel je fais des cures radicales de hernies par le procédé assez complexe de Bassini, les cures radicales d'hydrocèle, de varicocele, la castration, la circoncision, la dilatation anale, les ablations sanglantes d'hémorroïdes, les anus artificiels, les gastrotomies, les appendicectomies à froid et à chaud, les ablations de tumeurs sous-cutanées, en un mot les deux tiers des opérations quotidiennes de mon service. Certes, je ne nie pas les accidents notés par mes contradicteurs, mais tous sont dus à la violation d'une loi connue, édictée, et par conséquent facilement évitable. Qu'ils veuillent bien s'en donner la peine, et mes contradicteurs obtiendront demain des analgésies aussi remarquables.

(Acad. de méd.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

**Du traitement des affections microbiennes des voies respiratoires et en particulier de la laryngite tuberculeuse par les vapeurs d'eau oxygénée**

par MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

J'ai l'honneur de présenter un mémoire de MM. les Drs Maget et Planté (de Toulon), intitulé : *Du traitement des affections microbiennes des voies respiratoires et en particulier de la laryngite tuberculeuse par les vapeurs d'eau oxygénée.*

Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie mérite d'attirer l'attention à plusieurs points de vue.

Les auteurs ont cherché à porter l'eau oxygénée sur les ulcérations des premières voies respiratoires. Ils ont vu que l'eau pulvérisée n'y parvenait pas et ont eu l'idée de faire agir les vapeurs de l'eau oxygénée.

Leur mémoire contient des expériences sur les animaux montrant l'efficacité de ces vapeurs et quelques observations prises sur des sujets atteints de laryngite qui paraissent avoir été améliorés.

A côté du succès thérapeutique il y a une question de topique qui ne manque pas d'intérêt.

La vapeur de l'eau oxygénée contient-elle suffisamment d'oxygène pour avoir une action thérapeutique ?

Contrairement à ce que beaucoup d'auteurs ont pensé, l'échauffement, l'ébullition même ne font pas perdre à l'eau oxygénée son oxygène. On emploie même la chaleur pour concentrer l'eau oxygénée par évaporation.

La vapeur de l'eau oxygénée ne contient donc qu'une faible partie de l'oxygène contenu dans la solution employée.

Les auteurs du mémoire ont cherché à établir les quantités d'oxygène qui passent à la distillation. Ils ont trouvé ces quantités assez variables suivant les eaux oxygénées employées.

Des eaux oxygénées contenant de 9 à 11 volumes ont donné à la distillation de 0,20 à 4 volumes d'oxygène.

Le plus souvent c'est entre 1 et 2 volumes que les quantités d'oxygène se sont maintenues.

La quantité d'oxygène contenue dans les vapeurs est donc assez faible. Toutefois, même aussi faible, elle peut avoir une réelle valeur thérapeutique, d'autant plus que l'on sait que l'élévation de la température exalte la valeur microbicide de l'eau oxygénée comme de tous les microbicides.

J'ai voulu me rendre compte des résultats de la distillation de l'eau oxygénée et contrôler dans une certaine mesure les expériences de MM. Maget et Planté.

Mon interne en pharmacie, M. Even, a bien voulu me faire quelques essais sur les échantillons différents d'eau oxygénée.

D'une manière générale il a trouvé qu'il passait à la distillation une quantité d'oxygène plus faible que celle indiquée par ces auteurs.

Sur huit essais il a trouvé six fois un volume d'oxygène entre 0,88 et 1,20 sans trouver un chiffre plus élevé que celui-ci.

Il a trouvé que le titre du résidu donnait très régulièrement une concentration correspondante de l'oxygène.

L'eau oxygénée pure et neutre et celle additionnée d'alcool lui ont donné les meilleurs résultats en partant de onze et douze volumes.

De ces essais comme des observations du mémoire que je présente on peut conclure que les vapeurs d'eau oxygénée sont susceptibles d'avoir une action thérapeutique réelle.

On peut ajouter que les observations de nos auteurs les ont montrées très bien supportées puisqu'ils ont fait subir aux sujets des inhalations de dix minutes deux fois par jour.

Il s'agit enfin d'un produit qui n'a aucune toxicité.

En variant le taux de l'eau oxygénée ou les substances dont on l'additionne, on pourra certainement faire varier la puissance des inhalations.

Pour toutes ces raisons il nous a paru intéressant d'appeler l'attention sur une méthode thérapeutique qui peut avoir beaucoup d'avenir et qui peut aggrandir encore le champ d'utilisation de l'eau oxygénée, déjà si étendu.

M. CORNIL : J'ai l'honneur de déposer, au nom de M. le Dr Courtade, un travail sur l'emploi en laryngologie d'un nouvel anesthésique local, l'anesthésine (éther para-amidobenzoïque). Il s'agit d'un dérivé de l'orthoforme, peu soluble dans l'eau, très soluble dans la glycérine, les corps gras, etc. Sa toxicité est nulle, ce qui lui donne un grand avantage sur la cocaïne, et son action beaucoup plus prolongée que celle de ce dernier corps. M. Courtade l'a employé en particulier chez des malades à qui des ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques rendaient la déglutition impossible et qui parfois, après une seule application d'anesthésine en poudre, ont pu s'alimenter sans éprouver de souffrances.

(Bull. acad. med.)

## MALADIES VENERIENNES

### Comment doit-on traiter la néphrite parenchymateuse syphilitique

Cette question, qui est d'une grande importance pratique puisque, nous le savons très bien aujourd'hui, la néphrite syphilitique parenchymateuse existe et se présente même assez souvent pendant l'évolution des accidents secondaires, est diversement résolue par les divers auteurs. En effet, tandis que les spécialistes, les syphiligraphes pensent que la glomérulo-néphrite, manifestement syphilitique et dont la gravité est loin d'être rare, doit être traitée par les préparations mercurielles, bon nombre de cliniciens, et en particulier M. Senator, ne partagent pas cette manière de voir. Se basant sur ce que le mercure s'élimine en très grande proportion par la voie rénale, ils redoutent que ce médicament, en traversant le rein, ne vienne encore augmenter l'irritation dont il est déjà le siège et aggraver ainsi ses lésions anatomiques.

Or, dans ces derniers temps, M. le docteur M. Wagner a publié un intéressant travail dans lequel il a réuni quatorze cas de néphrite parenchymateuse, dont l'origine syphilitique était manifeste. Sur ces quatorze cas, trois ont été observés par l'auteur lui-même à la clinique médicale de M. le professeur Curshmann, à Leipzig. Ces cas viennent apporter une nouvelle preuve de l'efficacité des préparations mercurielles dans le traitement de cette néphrite. En effet, sur quatre cas dont les sujets n'ont pas été soumis au traitement mercuriel, il y a eu trois morts, tandis que sur les dix autres, traités par l'hydrargyre, deux seulement ont succombé. Il y aurait là une preuve en faveur de la médication par le mercure.

Cependant, malgré ces résultats, M. Wagner pense que le mercure doit être donné à ces malades avec les plus grandes précautions, car il peut survenir des intoxications dues à l'insuffisance de l'élimination du médicament par les reins déjà malades. Il convient donc de ne donner les préparations hydrargyriques qu'après avoir fait disparaître, en partie du moins, les accidents rénaux et rétabli la sécrétion rénale par l'institution du régime lacté suivi jusqu'au retour d'une urination assez abondante. Il convient aussi de continuer ce régime pendant l'administration du mercure.

Quant à la préparation mercurielle à laquelle le médecin praticien doit s'adresser pour le traitement spécifique de cette néphrite parenchymateuse, M. Wagner est très explicite. Il rejette d'une manière absolue les injections des préparations mercurielles insolubles dont il est de toute impossibilité de régler l'absorption et il recommande d'avoir recours à la méthode des frictions dont l'efficacité, chacun le sait, ne saurait être mise en doute. Enfin, et avec un grand sens clinique, l'auteur recommande de suspendre les frictions au moindre symptôme inquiétant survenant du côté des reins, de la bouche ou de l'intestin.

(Ann. thérap.)

## DERMATOLOGIE

Essai d'étude sur le caféisme dans les dermatoses  
par M. le Dr Camille PERFETTI.

Le café détermine, particulièrement chez la femme, une intoxication dont les effets semblent être accrus par la quantité, la dose et le mélange avec d'autres substances.

Les phénomènes morbides auxquels il donne lieu du côté de l'appareil tégumentaire peuvent être le résultat de l'intoxication aiguë ou l'expression lente, mais sûre, de l'intoxication chronique,

Ces phénomènes morbides sont de deux sortes :

Le prurit qui revêt parfois une forme spéciale.

Ce prurit peut se manifester primitivement sur une peau d'apparence saine ou se surajouter à une dermatose dont il exagère le caractère prurigineux. L'étendue des lésions paraît être fonction de son intensité.

*Les éruptions secondaires polymorphes secondaires au grattage.*

Ces éruptions seraient un mode de réaction et d'orientation spéciale de la peau dans un sens morbide déterminé chez le sujet prédisposé par des susceptibilités individuelles qui a subi les effets de l'intoxication caféique.

L'auteur pense qu'on peut établir, à la base des manifestations cutanées provoquées par le caféisme et variables suivant les individus, des troubles du type chimique de l'estomac ainsi que des troubles nerveux, rénaux et hépatiques.

(Gaz. des hôp.)

## PEDIATRIE

Desurmenage physique dans l'éclosion des psychoses de puberté

par M. le Dr Gabriel LETEISSEN.

Les psychoses de puberté ne présentent pas une entité morbide avec sa symptomatologie propre ; le développement pubéral communique seulement aux psychoses développées à cette époque une empreinte particulière.

L'hérédité et l'évolution pubérale prédisposent à l'éclosion des psychoses. Les enfants qui travaillent, qui sont presque toujours enfants de travailleurs, présentent, par leurs tares héréditaires et mauvaises conditions hygiéniques de la vie et du travail, un terrain particulièrement prédisposé au développement des psychoses,

Le travail musculaire prolongé fatigue le système nerveux central et l'intoxique par suite de l'élimination par les muscles en état de contraction des toxines qui ont une prédilection marquée pour le système nerveux central.

Chez l'enfant et l'adolescent le travail musculaire est surajouté à l'énorme travail physiologique produit par l'organisme à l'effet de croissance.

Le système nerveux central étant épuisé chez le pubère par suite du surmenage physique, les psychonévroses s'installent sous de différents aspects et degrés.

(Gaz. des hôp.)

### Les Inconvénients des laits maternisés

Depuis quelque temps, les cliniciens qui s'occupent de pédiatrie, ont remarqué, avec quelque surprise, la fréquence relativement élevée des cas de scorbut infantile, de maladie de Barlow et de rachitisme chez les nouveau-nés allaités au lait maternisé. Y aurait-il rapport de cause à effet ? Ou, au contraire, ces maladies se déclareraient-elles même en dehors de cette alimentation, et uniquement parce que l'enfant est né débile ? Cette dernière idée n'est guère admise par MM. Comby, Netter, Hutinel, Marfan, qui ont fait à ce sujet des communications à la Société de Pédiatrie.

M. le Dr Comby a observé un cas de maladie de Barlow chez un nourrisson alimenté avec du lait maternisé. Cliniquement, il présentait la forme de paraplégie douloureuse avec hématomes, tuméfactions et saignement des gencives. La paraplégie a débuté presque subitement, et, lorsque M. Comby vit l'enfant, celui-ci se trouvait dans un état lamentable. Il guérit très rapidement, avec le traitement aujourd'hui classique : lait, bouillie purée de pommes de terre, jus d'orange, etc.

A noter que cette enfant a été successivement soigné par les médecins qui l'ont vu, pour un rhumatisme, une coxalgie, un mal de Pott, une paralysie infantile.

Trois autres cas de maladie de Barlow, toujours par le lait portant la même marque, ont été signalés à M. Comby.

M. NETTER a observé un nouveau cas de maladie de Barlow chez un enfant nourri avec du lait stérilisé à domicile et avec des farines lactées.

M. HUTINEL a vu un cas manifeste de maladie de Barlow chez un enfant de six ans qui venait de l'étranger, où il avait été soumis à une cure diététique spéciale.

M. MARFAN signale un cas où le diagnostic de maladie de Barlow a présenté de grandes difficultés. L'enfant avait une paralysie des quatre membres, et l'on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une pseudo paraplégie syphilitique. L'existence d'une ecchymose gingivale et le fait que l'enfant était alimenté avec du lait maternisé a permis de se prononcer pour la maladie de Barlow. Le succès du traitement confirma le diagnostic.

(Concours méd.)

### HYGIÈNE

#### Une mesure de salubrité

Il faut avouer que lorsque les hasards de la politique mettent un médecin à même d'agir, les mesures qu'il prend méritent souvent l'approbation des honnêtes gens. C'est ainsi qu'il faut féliciter le Dr Augagneur, le distingué maire de la seconde ville de France, de l'arrêté qu'il vient de mettre en vigueur à Lyon. Considérant que certains écussons, enseignes,

affiches, attributs, etc., en saillie sur le domaine public et par suite ne pouvant exister qu'avec l'autorisation de l'autorité municipale, servent à des industries s'exerçant en violation de la loi, et constituent de véritables entreprises d'escroquerie. Considérant que la commune ne peut, sans être taxée d'immoralité, tolérer ces installations et encore moins en tirer un revenu par la perception de droits de voirie ; arrête : sont retirées toutes autorisations déjà accordées ; seront refusées toutes autorisations pour l'avenir, d'établir en saillie sur la voie publique, les écussons, enseignes, etc., à l'usage des rhabilleurs, masseurs, magnétiseurs, somnambules, cartomanciennes, chiromanciennes, etc.

Bravo ! on ne peut plus prétendre aujourd'hui que c'est du Nord que nous vient la lumière. A quand pareil arrêt pour la capitale ?

(La vie méd.)

### FORMULAIRE

#### CONTRE L'EPILEPSIE

Borate de soude..... 10 gr.  
Glycérine..... 5 gr.  
Sirop d'écorces d'orange amères.... 30 gr.  
Julep..... 00 gr.

2, 3 ou 4 cuillerées par jour.

ou :

Coque du Levant pulvérisée..... 200 gr.  
Alcool rectifié..... 1000 gr.

Faire macérer durant trois semaines, puis filtrer. Deux gouttes à chaque repas en augmentant d'une goutte par jour jusqu'à vingt ou trente gouttes.

(Le Progrès méd.)

### NOUVELLES

#### NAISSANCES :—

A la Jonquières, Chicoutimi, Mme Z. Pouliot, un fils.

A Menominee, Mich. le 1er mai, Mme R. A. Girardin, une fille.

#### NECROLOGIE :—

En cette ville, le 8 courant, à l'âge de 10 mois et 3 jours, Joseph Pierre Marcel, enfant de M. le Dr A. N. Rivet.

En cette ville, le 5 courant, à l'âge de 44 ans et 2 mois, Eugène Leclerc, fils de M. le Dr Géo. Leclerc.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de Mme Lucia Corinne Mouncey, épouse de M. J. B. Lamarche, M. D., décédée le 5 courant à St-Timothée, à l'âge de 29 ans.

Mme Lamarche laisse un enfant en bas âge.

Nos plus vives sympathies à notre confrère si cruellement éprouvé.

## SUPPLEMENT

## Conseils de pratique médicale aux Jeunes

*(Suite et fin)*

L'essentiel c'est d'être net, de parler avec assurance, de savoir dire dès choses vagues quand on n'a rien à dire de précis et de ne jamais avoir l'air d'hésiter, de chercher, de faiblir, de se dérober, d'annoncer en un mot. — "Cela pourrait bien être telle chose... ou peut-être une autre... — Nous pourrions peut-être faire ceci... ou cela..." — Voilà un langage qui doit être à tout jamais proscrit.

*Diagnostic à distance.*

Brio médical ! faire le maquignon d'hommes ! Amusant dans les hôpitaux. — On peut pourtant dans certains cas en tirer profit pour affirmer des connaissances sérieuses, une grande pratique, une expérience consommée de son art. Entendre un enfant tousser ou respirer et dire avant de le voir, dès la porte ouverte : "mais il a le faux-croup !" ou "il a le croup !" — Dire aussi dès le premier coup d'œil jeté sur le malade : "c'est le tétanos !" — "Ce sont des rhumatismes." — A la première parole grasseyante : "Vous avez une angine ! — ou à son teint jaune paille : "C'est une anémie intense !" — à son teint pâle : "Vous venez d'avoir une perte de sang !" — devant certaines pommettes, certaine respiration, certaine toux : "Il s'agit d'une pneumonie..., d'un tuberculeux !" — cela peut produire bon effet, mais ne vous trompez pas, sinon vous voilà coté comme quelq'un qui parle trop vite, sans savoir ce qu'il dit, et, pour un médecin... c'est une cote mal portée.

Mais sous prétexte de faire le malin, d'avoir un coup d'œil spécial, une habileté remarquable, d'être pressé, occupé, il ne s'agit pas de regarder rapidement un malade, de ne pas le toucher, de sortir dès qu'on est entré, — le malade veut être tapoté, il faut s'occuper de lui, il veut en avoir pour son argent... ou il vous quite.

Le professeur Lorain entrant dans une salle, s'arrêtait, posait la main sur l'épaule de l'un de nous en disant : "J'en tiens un, je le colle !" — Qu'est-ce qu'il a ce malade là-bas ? — ? ! — Vous ne voyez pas ce facies anxieux, ces sueurs qui perlent sur le visage et les mains, ce mouchoir à la main pour les esuyer, cette immobilité, cette crainte qu'on l'approche et qu'on le touche, cette respiration fréquente, ces poignets enveloppés de ouate... *rhumatismes articulaires !*

Mais Lorain était un *dilettante*, qui faisait de la médecine vétérinaire, s'en vantait, se trompait quelquefois ; mais cela ne tire jamais à conséquence à l'hôpital ou de la part des maîtres.

*Sortie.*

Vous sortirez avec une bonne parole et un salut amical.

Si nous vous avons dit de ne point entrer en *coup-de-vent*, nous vous recommandons de ne point non plus sortir précipitamment en homme pressé. N'ayez jamais l'air pressé quand même vous le seriez beaucoup. Que votre pas soit mesuré et que la famille et les voisins ne vous entendent point dégringoler les escaliers à la hâte, comme dans une fuite, ou comme quelqu'un qui échappe à une corvée ; cela produit mauvais effet — Ne courez pas davantage dans la rue quoique allant pour un cas pressé. Le calme et la démarche lente sont un signe de force et de confiance en soi, ce qui est la meilleure manière d'inspirer confiance aux autres.

Si vous traversez la boutique du marchand de vin en sortant, n'acceptez pas les offres qui vous seront faites et ne trinquez pas au comptoir. Remerciez de l'amabilité. "C'est tout comme !..." direz-vous. Ainsi vous ferez une excellente conférence anti-alcoolique de deux mots, et en prêchant l'exemple.

Dans la rue, reconnaissez vos clients qui passent, et adressez leur un salut souriant et amical. Il est très important de saluer les clients, de se rappeler leur physionomie et leur nom. Les saluer le premier n'est point humiliant, favorise et entretient la bonne opinion qu'on a de vous. Surtout, ayez le mot et le geste de rencontre, appropriés, adaptés aux circonstances et à l'individu.

*La thérapeutique.*

Il est nécessaire de croire à la thérapeutique pour être cru du malade et n'oubliez pas qu'il faut matérialiser vos prescriptions en vu de la stupide bêtise humaine.

Vous avez beau dire à un chronique : "il faut de la volonté, de l'énergie, un bon érat moral, vous alimenter et vous guérez !" — Il vous répondra souvent tout à coup : "Si je mettais des plaques de fer ? (disques vitaux) — un tel m'a dit qu'un tel avait été guéri après six mois de maladie !" — Et vous verrez l'entourage (l'ennemi) appuyer ; qu'objecterez-vous ? Direz-vous que c'est du charlatanisme, de la filouterie ? ou bien qu'il n'y a que la foi qui sauve ? Ces raisons ne seraient point goûtées et ne convaincraient personne. Vous répondrez, car il faut répondre quelque chose, qu'on est libre de jeter son argent par les fenêtres, mais que si cet essai inspire plus de confiance que vos paroles, ce qui ne serait point flatteur pour vous, on peut l'essayer... que vous n'approuverez point ces procédés suspects, pas du tout scientifiques malgré les apparences, et coûteux, qui vous font craindre qu'après cet exercice on ne passe à un autre et par tous ceux que proposent les exploiters de la crédulité humaine. Mais vous verrez souvent la raison et vos raisonnements méconnus et impuissants, tandis que la confiance (illusion !) sera accordée à cette suggestion par la matérialisation de l'idée.

Néanmoins, ne menacez pas de ne plus revenir, car on vous prendrait au mot. Faites en sorte que l'on ne dise



pas de vous que vous êtes un médecin soignant avec des secrets, et sauvegardez votre science avec dignité.

Cependant, ne vous contentez point de conseils ou de prescriptions verbales ou trop simples. Ecrivez votre ordonnance ; relisez, appuyez sur les détails ; donnez de l'importance aux moindres recommandations, puis tout en matérialisant vos soins vous ne serez pas toujours oru.

Les faits matériels frappent. Usez donc des procédés tels que la balance, le thermomètre, le bocal pour les urines, le collodion fuchsiné, le crayon dermatographique, la pommade carminée, etc. Pontifiez quelque peu !

Faut-il prescrire peu ou beaucoup ? C'est au médecin et non plus au pharmacien à répondre. Il y a là une question de tact dépendant de tant de circonstances qu'il faut une réelle habileté pour s'en tirer avec conscience.

Dans la pratique, il y a lieu, à ce sujet, comme en d'autres d'ailleurs, de tenir compte de l'état de fortune des clients et de ménager, à tous les points de vue, la bourse de ceux qui sont pauvres et travailleurs. Il y a lieu aussi de ménager les convenances, les opinions politiques et religieuses, les susceptibilités, l'état social, — sauf les préjugés. Chez les clients méticuleux, soigneux, propres, il sera bon de remplacer le papier Whinsi, par exemple, papier qui colle, graisse, tache le linge, papier sale en un mot — par un autre réulsif pour les enfants. On se trouvera très bien aussi chez ces mêmes clients d'user d'un liniment odorant et propre, au lieu de l'antique, sale et puant *Baume Tranquille*, à qui on doit de la reconnaissance pour les services rendus il est vrai, mais qui, — en somme — peut-être avantageusement remplacé par autre chose de plus agréable et tout aussi efficace.

Il importe surtout de connaître le prix des médicaments. Les uns très chers ne valent quelquefois pas ceux de quatre sous. Ceci est à considérer quand on est médecins de Sociétés, de Bureau de Bienfaisance, et aussi chez les ouvriers. Ordonnez suivant les idées du client, et surtout suivant ses ressources. N'est-ce point tromper (je dirais presque voler) certains clients pauvres, que de leur ordonner des médicaments coûteux et en quantité, lorsqu'on peut faire aussi bien, à meilleur compte ? — Si le client demande : " Vous ne me donnez que ça, docteur ? " — Vous lui répondrez : " Mais je ne serais pas embarrassé de vous ordonner dix fois plus si cela vous fait plaisir et si vous le voulez, mais vous ne guérirez pas plus vite ! "

A vrai dire, la réputation de médecin qui ne drogoue pas est préférable à celle de médecin qui drogoue trop. Et sachez-le, bien des clients font parfaitement la différence.

Ne donnez donc pas des quantités de médicaments inutiles. Ne formulez que ce qui pourra être pris. Les riches eux-mêmes n'aiment pas le gaspillage ni ceux qui croient aux drogues non plus. Ce n'est que lorsque les

médicaments ne coûtent rien aux malades que ceux-ci en veulent des tas.

Par exemple, n'ordonnez pas toujours la même chose. Variez, variez souvent vos ordonnances. Ce n'est pas difficile aujourd'hui et ne dites jamais qu'il n'y a plus rien à faire, que vous avez épuisé toutes les ressources et que vous ne savez plus que faire.

Faites prendre vos médicaments au moment des repas. Il est bien rare qu'il y ait avantage à les faire prendre entre les repas et le nombre de ceux-là est restreint. C'est une question d'habitude.

Quoi qu'il en soit, ordonnez toujours quelque chose, avec conviction, ayant toujours à l'esprit le *Primo non nocere*.

En affirmant l'action d'un médicament qui n'en a aucune, vous obtenez l'effet quand même et contentez votre malade. — N'ordonnez pas trop de médicaments actifs aux sociétaires et aux indigents qui avalent souvent la dose de 24 heures en une fois, croyant se guérir plus vite, et relisez toujours vos ordonnances, car tout le monde se trompe. Je vous l'ai déjà recommandé d'ailleurs, comme je vous recommande d'ordonner simplement. Vous vous rappellerez alors les mille ordonnances que vous faites par mois, ce qui a son importance vis-à-vis de la clientèle.

(Le Concours Médical.)

#### Le sulphydral dans les maladies infectieuses

Parmi les antiseptiques internes, une place d'honneur doit être attribuée au *Sulphydral*. Nous venons d'en constater une fois de plus l'heureuse influence dans plusieurs maladies infectieuses. L'observation suivante nous a paru intéressante à cause de la complexité de l'affection :

M. L., âgé de 28 ans, a été atteint, il y a deux ans, d'un commencement de tuberculose. Les deux sommets ont été pris, plus particulièrement le gauche. Grâce à un traitement et un régime sévère l'évolution de la maladie fut enrayée. Le sommet droit se dégagea même complètement. A gauche, sur un endroit assez limité, dans la région sus-épineuse, on entendait encore quelques légers râles, signe d'une lésion non encore complètement guérie.

Au mois de janvier dernier, je fus appelé auprès de ce malade. Depuis plusieurs jours il se sentait fatigué, l'appétit avait disparu, le sommeil était fiévreux, agité. Au larmolement des yeux, au catarrhe laryngo nasal, je diagnostiquai une rougeole, et en effet, le lendemain apparaissait une éruption caractéristique. Les phénomènes généraux augmentèrent, le thermomètre monta à 39,2.

(à suivre)

## EXTRAIT de CLINIQUE

### CERTAINS MÉFAITS DES LAVEMENTS EN CHIRURGIE ABDOMINALE ET EN GYNÉCOLOGIE

PAR M. LE DOCTEUR BRENNAN

*Professeur de Gynécologie à l'université Laval et Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, à Montréal.*

A la suite de la laparotomie, et de diverses opérations sur les voies génitales, nous sommes dans la nécessité parfois de prescrire des lavements, des injections rectales. Comme le soin de donner ces traitements incombe à la garde-malade et à vous, jeunes praticiens, il ne vous sera pas inutile de connaître certains des méfaits des lavements rectaux. Malgré que vous ayez suivi peut-être toutes les précautions que nous vous indiquons pour l'administration des lavements, il pourra se faire que le malade présente à la suite certains symptômes ennuyeux, parfois embarrassants à expliquer, si l'on est pas au fait.

J'attirerai, donc, ce matin, votre attention sur deux ou trois de ces symptômes.

#### 1° Douleurs à la suite du lavement.

Ces douleurs sont quelquefois intenses et incommodent beaucoup les patients. Elles peuvent être dues à une irritabilité spéciale de l'intestin, à la surdistension par trop grande quantité de liquide employé ou au manque de diffusion de celui-ci dans le boyau. Quelquefois à la perforation de l'intestin, heureusement très rare. Encore parce que l'injection aura été pratiquée trop vivement, ayant surpris l'intestin. Aussi par refoulement des masses de scybales.

Ces douleurs sont généralement passagères ; persistent-elles, qu'il faut aller aux renseignements, précis : rupture, hémorragie, etc.

Déductions pratiques : toujours donner le lavement avec une grande lenteur, à faible pression, de préférence avec un embout à lumière plutôt grande que petite. Tâchez la susceptibilité en injectant une petite quantité de liquide, jamais débiter par un demi ou un litre. S'il n'y a pas eu d'évacuation suffisante de matières fécales ou de gaz, introduire délicatement le tube colique mou.

Évitez la morphine ou l'opium ; donnez la préférence à la codéine.

#### 2° Défaillances, lipothymies.

Assez souvent vous remarquerez chez les personnes qui ont subi une opération abdominale sérieuse (hystérectomie, ovariectomie compliquée, etc.), à la suite d'un lavement et même d'une douche vaginale, des signes de dépression : pâleur, sueurs froides, anxiété, petitesse du pouls, palpitation du cœur.

Ces symptômes sont, aussi, passagers, ordinairement, mais ne sont pas pour cela, moins ennuyeux pour la malade et son entourage.

S'ils persistent recherchez hémorragies, choc, infection.

#### 3° Symptômes d'infection.

Après un lavement, surtout chez les personnes qui ont été longtemps constipées, vous constaterez souvent des frissons, de la rapidité du pouls, de l'élévation de la température, etc., enfin des signes d'infection.

Après une opération, il est important de rechercher minutieusement toute cause qui peut produire de tels symptômes. Si l'opérée a été bien et que ces signes se manifestent après une injection rectale, recherchez dans celle-ci la cause, et très probablement vous l'y trouverez ; et pourquoi ? Parce que chez une personne constipée il se produit des scybales ; chez une opérée, l'intestin et son contenu en scybales sont relativement secs. L'injection que vous ferez dans ces circonstances délayera les matières fécales et ramollira la surface des scybales ; cette bouillie toute grouillante de microbes et de toxines, si elle n'est évacuée entièrement, favorisera la résorption de ces éléments nocifs, d'où de la coprémie. Il arrive souvent dans ces cas que tout le contenu n'est pas évacué par le lavement, d'où les symptômes notés plus haut.

L'indication est donc très simple : il faut obtenir l'évidement complet de l'intestin au plus tôt. C'est donc d'y retourner avec un grand lavement, au moyen du tube colique s'il y a lieu. Ce lavement pourra contenir du fiel de bœuf, de l'huile, de la térébenthine, afin de désagréger le plus possible les masses fécales.

Après un nettoyage, un ramonage complet, les symptômes disparaissent rapidement. Nul besoin de drogues à désinfection intestinale.

Vous voyez, messieurs, d'après ces quelques remarques comme il est important d'être au fait

des méfaits des lavements ; au risque de faire des erreurs peut-être graves si on ne l'est pas.

Si, chez une opérée, après un lavement il se produit des symptômes ennuyeux, il vaut mieux ne pas persister, excepté dans le dernier cas mentionné la coprémie. Il sera préférable de remplacer les lavements ordinaires par des suppositoires de glycérine, des injections de glycérine pure, des insufflations boriquées, etc.

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Purpura hemorrhagica

par M. le professeur DIEULAFOY de l'Hôtel-Dieu.

(Suite et fin)

Les formes mixtes peuvent être d'emblée ou secondairement, lorsque, par exemple, une infection surajoutée se greffe sur un purpura simplex. Elles simulent au début la péliose rhumatismale ordinaire et, vers le 10<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup> jour, les hémorrhagies entrent en scène, la température s'élève et le malade meurt. L'observation suivante est un type de ce genre : un individu se plaint de douleurs autour et dans les jointures, il y a du purpura, sans fièvre, sans phénomènes généraux ; il offre, en un mot, toutes les apparences de la péliosis rhumatica simplex. Le pronostic paraît bon. A la famille qui vous demande : est ce grave ? vous répondez : non. Au patient qui vous interroge vous dites : vous avez des douleurs, c'est un purpura rhumatoïde, dans quinze jours vous serez guéri. Or, voici la suite. Au moment où vous avez laissé espérer la guérison, la température atteint 40°, les taches se généralisent, des hémorrhagies viscérales se produisent et le sujet meurt. Lors donc que vous serez en face de purpuras simplex, rappelez-vous que s'ils guérissent pour ainsi dire toujours, il est des circonstances où ils deviennent sérieux, voire grave et mortels. Faute de mieux, nous qualifierons ces cas du nom de purpura mixte.

Entre la péliose rhumatismale anodine, et les purpuras hémorrhagiques redoutables, on rencontre ainsi nombre d'intermédiaires. C'est parmi eux qu'il convient de classer — ou plutôt de ne pas classer — la prétendue maladie de Werlhoff (morbus maculosus Werlhoffii). De multiples générations médicales ont été élevées avec cette dénomination qui a peut-être l'avantage de frapper l'esprit du malade et de son entourage. Tous les traités de pathologie, y compris le mien, la décrivent.

Eh bien ! examinons-la de plus près et voyons si elle répond réellement à une entité morbide. Il faudrait d'abord remonter aux sources et se rendre compte si l'auteur allemand a vraiment attaché à la maladie qui porte son nom les idées de ses successeurs. Ensuite, il serait nécessaire de s'entendre un peu sur ce terme. Pour certains, maladie de Werlhoff est synonyme de purpura ; pour d'autres, c'est le purpura curable, le purpura hemorrhagica sans fièvre, sans pronostic grave, celui qui guérit. Ainsi comprise, la maladie de Werlhoff ne saurait être diagnostiquée qu'après coup, une fois l'affection terminée. Franchement, créer des appellations distinctes pour une lésion, suivant qu'elle guérit ou ne guérit pas, c'est faire une pathologie assez bizarre.

Que dit Werlhoff lui-même ? Sans diminuer son mérite (qui n'est pas en cause) a-t-il décrit une maladie spéciale ? Non, il a uniquement lancé, dans un journal de son temps (XVIII<sup>e</sup> siècle), comme faits divers, deux observations résumées en quelques lignes. La première concerne une jeune fille qui, à l'époque de ses règles, fut prise d'épistaxis, de vomissements noirs et de taches cutanées purpuriques. C'était un purpura hemorrhagica d'assez forte intensité, non terminé par la mort. L'autre observation est analogue. Werlhoff n'avance rien de plus et M. Lasègue, dans un commentaire, ajoute : voilà tout l'apport, de Werlhoff à la maladie portant son nom. Deux cas de morbus maculosus avec hémorrhagies chez des sujets qui ne moururent pas sont-ils des éléments suffisants pour créer une entité morbide ?

Que disent, maintenant les auteurs ? La maladie de Werlhoff, écrivent-ils, est le purpura hemorrhagica bénin, celui qui se termine favorablement. Cela revient, comme je le disais tout à l'heure, à distinguer deux formes de la même affection suivant que l'issue est heureuse ou fatale. Dans cette ordre d'idées, il serait logique de ne pas s'en tenir au purpura et d'aller plus loin, de dédoubler la pathologie entière, car une telle division peut s'appliquer à la totalité des maladies. Assurément, s'il était démontré que certains purpuras, ayant des caractères cliniques parfaitement tranchés, sont anodins et jamais mortels, il y aurait utilité à les étudier à part et à leur donner une étiquette spéciale, maladie de Werlhoff si vous voulez. Mais, pratiquement, juste le contraire a lieu : il est impossible, en face d'un purpura hémorrhagique, de fixer un pronostic certain. Rien de plus irrégulier, de plus imprévu que son évolution. Tel sujet que l'on croyait guéri est en butte à un retour des accidents, auquel il peut succomber.

J'ai l'intention de biffer de la nosologie la maladie de Werlhoff. Je reconnais que le médecin allemand a donné deux observations fort intéressantes pour son époque, mais de là à créer, à édifier sur de semblables bases, un état morbide autonome, je m'y refuse. Jusqu'à plus ample informé, je suis décidé à laisser de côté cette dénomination qui rentre simplement dans le purpura hemorrhagica.

## Autre variété :

Voici un patient atteint de purpura d'apparence rhumatoïde. Sans cause appréciable, il a été pris de douleurs, de taches cutanées et, au bout de 5 à 8 jours, d'épistaxis ou de stomatorrhagies. A ce moment, vous ouvrez l'œil; on n'aime pas beaucoup, en effet, voir apparaître des flux sanguins dans le purpura simplex. Puis, tout cela cède, assez rapidement d'ailleurs, et le malade va bien. Il ne se rétablit pas complètement toutefois, il revient avec quelques épistaxis, des acchymoses des muqueuses, à la conjonctive et aux joues. Le mieux se dessine encore; à nouveau, le mal recommence et ainsi de suite. Vous donnez tout ce que vous pouvez, du citron, de l'eau de Rabel, de l'extrait de ratanhia, des capsules surrénales, de l'arsenic, de l'oxygène; vous recommandez le séjour à la campagne, les alternatives se prolongent en dépit du traitement, pendant 3, 4, 6 mois, un an. Vous demeurez sur le qui vive, dans l'inquiétude de ce qui va arriver à la longue. Enfin, la cure définitive survient: c'est un purpura chronique. Une observation modèle du genre est celle communiquée par M. Millard à la Société médicale des hôpitaux le 2 février 1897. Elle concerne une dame de 57 ans qui, en mai 1896, au milieu d'une santé et d'une hygiène excellentes, fut prise de purpura à poussées successives. Elle n'était ni hémophile, ni diabétique, ni albuminurique. Ses digestions étaient excellentes (allusion à la théorie de M. Hayem sur l'origine gastrique du purpura), son estomac ayant supporté sans inconvénient le régime acide et les nombreuses drogues prescrites. Malgré les médications les plus variées, le repos, la campagne, l'affection dura, avec ses alternatives, 9 mois. Au début, tout se borna à des pétéchies, à des bosses sanguines. Le troisième mois, des hémorragies buccales, par la muqueuse de la face interne des joues, se produisirent, habituellement modérées et faciles à arrêter. Une seule fois, la perte sanguine dura 28 heures et ne fut enrayée que grâce à la compression prolongée. M. Millard et M. Besnier s'adressèrent à de nombreux moyens thérapeutiques, l'hamamelis, l'ergot de seigle, le sulfate de quinine, l'arsenic, le charbon végétal, etc. Aucun d'eux ne donna de résultat appréciable; l'oxygène parut mieux agir, sans doute par ce qu'il fut donné le dernier, au moment où le mal tendait à disparaître. L'analyse microscopique du sang montra une diminution des globules rouges et l'absence d'agent microbien. " A quel état morbide avons-nous eu affaire, demande en concluant, M. Millard? Ce n'est pas du purpura hémorrhagica infectieux, ni du purpura simplex, ni la maladie de Werlhoff sur laquelle les auteurs ne s'entendent guère. S'il faut mettre absolument une étiquette, ajoute-t-il, j'adopte celle de purpura rhumatoïde, la patiente s'étant plainte de quelques douleurs dans les membres inférieurs. C'est un purpura chronique, à rechutes."

Les variétés de purpura qui méritent leur autonomie sont donc en résumé les suivantes :

D'abord, le purpura rhumatoïde, peliosis rhumatica, généralement simplex, sans gravité, bien qu'il existe des formes mixtes graves, mais très rares.

Ensuite, le purpura hémorrhagica, infectieux, primitif, celui de notre malade. Il entraîne, des hémorragies multiples et fréquemment la mort. Le sujet ne meurt pas de ses pertes sanguines puisque la numération des hématies démontre qu'elles restent en quantité suffisante; il ne meurt pas de ses reins, ni de son foie, il n'est pas urémique; il succombe à cette affection encore inconnue dans sa nature intime, le purpura hémorrhagica, dans laquelle les hémorragies sont seulement des témoins.

Entre ces deux extrêmes se place une série d'intermédiaires et, de tous ces anneaux, au nombre de 10, 15 ou 20 peut-être, aucun ne mérite le nom de maladie de Werlhoff.

J'ai proposé pour le purpura hémorrhagica le mot infectieux. Il l'est ou il doit l'être de par la clinique et ses allures. On a recherché les agents pathogènes et, dans le sang prélevé sur les malades, on a trouvé tantôt des staphylocoques blancs tantôt des staphylocoques dorés, des streptocoques, des antérocoques. Il semble bien que ces éléments infectieux soient en jeu, toutefois cette question est encore à l'étude et y restera sans doute longtemps.

Deux mots maintenant, d'hématologie. Dans le purpura hémorrhagica, le sang est la plus part du temps peu fibreux; le caillot se forme mal et ne se rétracte pas. On ne doit pas, il est vrai, aller trop loin: ces caractères se sont vus quelquefois aussi dans le purpura simplex.

Reste le traitement. Il est, à la fois, long et court, les moyens les plus variés ayant été mis en œuvre mais sans donner, jusqu'ici, grande satisfaction. Les acides, le citron, l'eau de Rabel, les astrigents, le ratanhia, les modificateurs du système vasculaire, l'ergotine, l'hamamelis, la quinine, l'arsenic, le chlorure de calcium, l'adrénaline, sont logiquement utilisables. Chez notre malade nous les avons employés, le collargol inotus, et nous n'avons rien obtenu: le patient a succombé comme si rien n'avait été fait. Dans l'observation de M. Millard, l'administration successive de ces divers médicaments n'a pas empêché l'affection de durer 9 mois: toute la pharmacie avait été mise à contribution et seul, l'oxygène arrivant au déclin, a paru procurer quelque résultat.

## CONCLUSIONS :

I. Qu'il s'agisse de la variété simple, ou de la forme hémorrhagique, le purpura apparaît tantôt comme un état secondaire à différentes maladies (cirrhose hépatique, cachexies, etc.), tantôt comme une entité morbide primitive. Celle-ci comprend deux modalités principales qui sont :

II. Le purpura rhumatoïde, simplex, péliose rhumatismale, limité à la peau et généralement bénin. On

a publié des cas, cependant, où il est devenu hémorragique, grave et mortel ;

III. Le purpura hémorragica, infectieux, d'apparence primitive, à fièvre élevée, se terminant très souvent par la mort.

IV. En face d'un purpura, il est bon de faire quelques réserves, vous ne pouvez pas prévoir ce qui va se passer. La simple péliose rhumatismale peut s'aggraver (formes mixtes) et parfois également, sans motif connu, le purpura passe à l'état chronique et se fait par poussées.

V. Les agents du purpura infectieux sont encore à l'étude. Néanmoins, plusieurs microbes ont déjà été signalés.

VI. L'examen hématologique révèle l'absence de rétractilité du caillot dans le purpura hémorragica. Cette donnée n'est pas absolue.

VII. Les acides, la limonade, les fruits, l'oxygène, la campagne etc., sont les moyens à opposer au purpura.

VIII. Quant à la maladie dite de Werlhoff, je vous propose de la supprimer. Elle ne répond à aucune forme définie.

(Le Concours Médical.)

#### De la stase intestinale hystérique

par M. le Dr E. MABIN.

Parmi les manifestations intestinales hystériques, dit l'auteur, les phénomènes de stase fécale sont des plus fréquents et des plus graves.

C'est tour à tour le syndrome alarmant de l'occlusion aiguë ou lente, ou le cortège si varié de la constipation intermittente ou permanente, que l'on note selon que l'arrêt du cirrus fécal est absolu ou relatif. Ces phénomènes mieux connus donneront, pense M. Mabin, la clef de maintes occlusions dont la cause échappe, aussi bien que de nombreuses constipations opiniâtres et rebelles, sans autre cause apparente.

Du reste, ces manifestations hystériques ont des allures si personnelles, si originales dans leur étiologie, leur pathogénie et leur thérapeutique, qu'elles ne laissent, pour peu qu'on les recherche, aucun doute sur leur nature et leur origine.

Mais si l'hystérie peut provoquer l'occlusion et la constipation, il y a lieu d'admettre une certaine réciprocité, et comme toute autre cause banale, la constipation pourra faire éclore l'hystérie chez les prédisposés, les hystérisables, ou perfectionnera une diathèse hystérogène native, quant à la pathogénie même de ces phénomènes, elle ne saurait être une et exclusive. L'hystérie peut entraîner la stase fécale par tous les moyens qu'elle a à sa disposition, à la fois (tous ensemble ou) partiellement combinés ou isolés : anesthésie, paralysie, spasme. Aussi

bien, de même qu'il existe des manifestations hystériques des muscles de la vie relation : contractures ou paralysies, il en est ainsi de même pour les muscles lisses de la vie organique, en particulier pour les fibres lisses de l'intestin.

Le traitement devra être envisagé sous deux points de vue différents : traitement général, ou de la névrose elle-même, et traitement des phénomènes de stase, traitement symptomatique. Ce dernier, sur lequel l'auteur insiste, qu'il soit mécano-thérapeutique, médicamenteux ou même chirurgical, sera avant tout suggestif. Une thérapeutique suggestive, sagement maniée et bien conduite, peut produire les guérisons les plus brillantes des phénomènes d'occlusion ou de constipation qui résistaient à tout autre traitement.

(Gaz. des Hôp.)

#### Contribution à l'étude des hernies vésicales

par M. le Dr Julien PRIOT.

Certaines cystocèles herniaires paraissent formées par des diverticules congénitaux de la vessie.

Une autre catégorie de cystocèles peut être causée par des adhérences consécutives à une opération sur la région, une cure radicale de hernie principale.

L'étranglement des cystocèles herniaires est relativement fréquent. On peut observer l'étranglement d'une cystocèle, seule, ou, quand la cystocèle coïncide avec une entéroécèle, l'étranglement des deux hernies à la fois ou de l'entéroécèle seule.

Le diagnostic n'est presque jamais fait qu'au cours de l'opération.

Dans le traitement des cystocèles, le bandage donne souvent de mauvais résultats. Il vaut mieux recourir à la cure radicale, dont les divers procédés sont :

La libération et la réduction de la cystocèle dans les cas de cystocèles larges et à parois solides ;

La cystopexie, dans ces mêmes cas ;

La résection dans les cas de cystocèles à parois minces, ou constituées par un étroit et long diverticule.

Les diverticules congénitaux de la vessie peuvent non seulement constituer des cystocèles herniaires, mais encore s'invaginer dans l'orifice des uretères.

(Gaz. des hôp.)

#### L'enterite muco-membraneuse

Le docteur W. Meessen vient de publier dans les *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, un intéressant travail sur l'enterite muco-membraneuse. C'est une affection relativement fréquente, qu'il ne faut pas confondre avec la colite muco-membraneuse. L'enterite muco-membraneuse est une forme particulière d'enté-

rite aiguë, tandis que la colite muqueuse est une névrose de sécrétion.

Au point de vue anatomo-pathologique, macroscopiquement la colite muqueuse ne présente aucune espèce de lésion dans l'intestin, tandis que l'entérite muqueuse présente la muqueuse intestinale injectée, l'épithélium est desquammé et il y a présence de nombreuses mucosités et membranes. Ce sont les signes d'un catarrhe manifeste, comme le dit Nothnagel.

Au point de vue microscopique, il n'y a pas de globules blancs dans les cas de colite muqueuse, tandis que dans l'entérite muqueuse ces globules sont assez nombreux. Dans la colite muqueuse Nothnagel dit avoir trouvé des néoformations n'offrant aucune réaction particulière, ne se colorant pas par les réactifs ordinaires du protoplasme et du noyau, mais prenant une coloration jaune-paille sous l'influence de l'iode. Ce sont les Verschollte-Quellen Nothnagel, cellules ayant subi la dégénérescence de coagulation.

Meessen cite deux exemples. Dans un cas il s'agit d'une femme de 45 ans, multipare qui, tous les soirs était atteinte de crises abdominales. En dehors d'une péritonite elle n'avait jamais été malade. Il y a cependant un myome du volume d'un poing à l'utérus. La malade accuse une douleur intense au niveau de l'ombilic, le ventre est fortement ballonné. Un lavage de l'intestin avec la solution physiologique amène une quantité innombrable de membranes. Après cela, cessation des crises. Jamais Meessen n'a trouvé de globules blancs, mais très souvent des cellules ayant subi la nécrose de coagulation.

Dans le second cas il s'agit d'un enfant de deux ans, atteint de diarrhée aiguë. Les selles diminuèrent en fréquence sous l'influence de quelques lavages avec la solution physiologique. Dès le 3<sup>e</sup> lavage il n'y avait plus de matières fécales, mais de nombreuses membranes épaisses et pelotonnées. Dans ces membranes, il y avait de nombreux globules blancs.

La flore bactérienne abonde dans les mucosités et Thiercelin y aurait isolé un diplocoque spécifique.

Les fausses membranes sont constituées de mucine et de quelques traces de fibrine; jamais Meessen n'y a décelé la présence de matières albuminoïdes. C'est grâce à leur stagnation dans l'intestin que ces mucosités se transforment en fausses membranes. Ce sont, d'après Meessen, les acides organiques du contenu intestinal qui précipitent les mucosités en flocons et en membranes, car bien que le chyme acide de l'estomac devienne alcalin au contact des sucs intestinaux, il est certain que beaucoup de selles pathologiques sont acides et d'autant plus que l'infection est plus intense, comme dans certaines diarrhées estivales de l'enfance. Meessen a rencontré la réaction acide dans les selles de ses malades, rarement la réaction amphotère.

On peut répéter l'expérience *in vitro* : si à des mucosités on ajoute l'acide acétique très dilué, on voit lente-

ment se former des membranes, surtout si l'on chauffe légèrement le mélange.

Les deux affections ont des symptômes communs : la constipation, la douleur et le spasme, la production de mucosités et de fausses membranes.

Dans l'entérite muqueuse la constipation domine la scène et peut remonter jusqu'à l'enfance; elle est souvent interrompue par des diarrhées profuses, car souvent l'intestin ne se vide pas complètement, des fermentations secondaires s'établissent et irritent l'intestin. Il y a des cas où des masses stercorales s'amassent au niveau du cœcum et déterminent des crises simulant l'appendicite. Ordinairement les selles se présentent sous forme de scyballes dures, noirâtres, enveloppées de mucosités ou de fausses membranes, fréquemment teintées de sang.

La douleur est rarement une crise douloureuse : elle est rongearde, tandis que dans la colite membraneuse elle apparaît d'une façon soudaine à certaines heures.

Le spasme intestinal est très accentué dans les deux affections. Dans l'entérite muqueuse, les mucosités sont généralement expulsées sous forme de membranes, tandis que dans la colite muqueuse elles sont expulsées telles quelles. La constipation n'est pas la règle dans la colite muqueuse.

L'entérite muqueuse est facilement curable, la colite muqueuse est tenace.

La thérapeutique doit viser trois choses :

- 1° Irriter le moins possible l'intestin ;
- 2° Faire disparaître le spasme ;
- 3° Débarrasser l'intestin des mucosités et des membranes.

On proscriera tous les purgatifs drastiques et les lavements irritants. La constipation doit se guérir par le régime. La belladone serait un véritable spécifique. On la donne à raison de 3 à 6 centigrammes par jour. Elle combat le spasme et enlève la douleur; les selles deviennent plus faciles et se régularisent.

Comme lavement débarrassant l'intestin des mucosités et des fausses membranes, Meessen emploie la solution physiologique à raison de 1 à 2 litres par jour. On l'administre généralement tiède, le soir, au moment du coucher. D'ordinaire l'intestin est alors débarrassé des matières fécales et la solution physiologique enlève mieux les mucosités.

Quant au système nerveux, on augmentera sa résistance par les principes connus.

(Gaz. de gynécologie).

## CHIRURGIE

### Un traitement radical des cors aux pieds

Selon M. Freedland, tous les traitements palliatifs des cors aux pieds seraient avantageusement remplacés par le traitement curatif suivant, qu'il utilise depuis assez longtemps et qui ne lui a donné que des guérisons.

Voici son mode opératoire : La peau avoisinante du cor est anesthésiée au moyen de chlorure d'éthyle en vaporisation ; une injection sous cutanée d'eucaine 5 p. 100 (ou cocaïne à 2 p. 100) est faite aussi près du cor que possible, et celui-ci est enlevé en entier par deux incisions hémi-elliptiques. Les incisions qui circonscrivent le cor et se rejoignent à leurs extrémités doivent être profondes, pénétrant bien dans le tissu sous-cutané. Le cor est disséqué avec une grande facilité et les lèvres de la plaie sont réunies par une ou deux sutures fines. Ce traitement est simple, rapide, sans danger et sans douleur, tandis que la guérison est permanente.

(Ann. thérapeutique.)

### Traitement chirurgical des néphrites chroniques hématuriques de la décapsulisation

M. JABOULAY. — A propos de la communication de M. Rafin, sur les néphrites hématuriques, je tiens à dire qu'elles ne sont que des variétés du mal de Bright et qu'elles doivent être traitées de la même façon, c'est-à-dire non pas par la néphrectomie ou la néphrotomie, mais bien par la décapsulisation.

Cette opération a l'avantage de pouvoir être pratiquée sans le secours de l'anesthésie générale, avec la simple anesthésie locale, ainsi que je l'ai fait sur un brightique qui n'a souffert que du testicule correspondant, pendant les manœuvres opératoires.

D'autre part, la décortication amène dans le parenchyme rénal, non seulement de la décongestion, mais aussi des vaisseaux nouveaux qui vont de l'atmosphère périrénale dans le labyrinthe au niveau des tubes contournés dont ils modifient le fonctionnement. C'est ce qu'avait pressenti M. Lépine, et c'est ce qu'ont montré des recherches que j'ai fait faire au laboratoire de la clinique, par MM. Gayet et Bazeau.

(Lyon méd.)

### Traitement chirurgical des néphrites chroniques médicales

M. MONGOUR, après un très court historique de la question étudiée pour la première fois en France par A. Pousson et par lui-même, propose les conclusions suivantes :

1o Les néphrites aiguës ou chroniques sans troubles fonctionnels immédiatement graves ne sont pas justiciables de l'intervention chirurgicale.

2o Au cours de ces néphrites, l'anurie, la néphralgie, l'hématurie, l'urémie, et plus généralement tous les symptômes physiques ou fonctionnels dont la persistance, incompatible avec la vie, est reconnue cliniquement au dessus des ressources de la thérapeutique médicale, peuvent être traités efficacement par la néphrotomie ou la capsulectomie.

3o Ces opérations, dans l'état actuel de nos connaissances sur l'évolution probable des lésions chroniques du rein, ne doivent être acceptées que comme opérations d'urgence.

4o L'intervention unilatérale s'impose même dans les cas où il y a présomption de lésion bilatérale. Elle portera sur le rein correspondant au côté où les œdèmes prédominent.

5o La guérison du mal de Bright aigu ou chronique par une intervention chirurgicale est encore à démontrer.

(Journal de méd. de Bordeaux)

### De la néphrotomie appliquée au traitement des crises urémiques des brightiques

Par M. le Dr A. POUSSON.

M. Pousson, qui a déjà défendu en séance la légitimité de l'intervention chirurgicale dans certains cas de néphrites infectieuses aiguës et subaiguës, et a été un des premiers à conseiller un traitement opératoire dans les néphrites chroniques douloureuses et hématuriques, discute devant le Congrès la façon dont agissent la néphrotomie et le drainage prolongé du rein pour restaurer ses fonctions physiologiques profondément troublées au moment des crises d'urémie. Etendant aux accès urémiques des néphrites chroniques l'hypothèse pathogénique imaginée par Harrison pour expliquer les troubles de la sécrétion urinaire dans les néphrites aiguës, il attribue les altérations de l'urine chez les brightiques à l'hypertension intra-rénale.

Cette hypertension résulte dans les néphrites parenchymateuses de l'augmentation de volume des tissus du rein en voie de prolifération active au sein de sa capsule inextensible, et dans les néphrites interstitielles de la rétraction de la capsule propre et du stroma conjonctif. Ainsi sont fortement comprimés, comme dans le glaucome chronique, les vaisseaux et les nerfs du rein, et partant se trouvent profondément entravés son régime circulaire et son innervation. Dans de telles conditions, si le rein peut en ore remplir son rôle dépurateur tant que rien ne vient modifier sa circulation si précaire, il faillit à sa tâche au moindre incident susceptible de la troubler.

C'est ainsi que s'expliquent les effets des congestions subites qui, sous l'influence du froid ou de toutes

autres causes, se traduisent par une diminution et une altération de la sécrétion urinaire en même temps qu'éclatent les accidents parfois foudroyants de l'urémie. Sans nier les heureux résultats obtenus dans ces circonstances par les moyens médicaux et en particulier les émissions sanguines, je ne puis ne pas reconnaître que ces moyens échouent souvent. L'incision de la capsule du rein et de son parenchyme a pour premier effet de déterminer une déplétion sanguine abondante, mais elle agit surtout en supprimant l'hypertension intra-rénale, de manière à assurer le retour de l'irrigation normale et le rétablissement de l'innervation, et partant à permettre aux épithéliums de récupérer leurs fonctions avec leur vitalité.

Les graphiques urologiques mis sous les yeux des membres du Congrès paraissent confirmer d'une façon éclatante cette hypothèse. On y voit, à la suite de l'incision du rein, la quantité des urines se relever, l'urée, les chlorures et les phosphates revenir à leur proportion physiologique; l'albumine diminuer. L'observation clinique des malades a montré parallèlement la disparition des œdèmes sous-cutanés et viscéraux.

Moins enthousiaste que certains chirurgiens étrangers, en particulier Edebohls (de New-York), M. Pousson ne croit pas que la cure radicale des néphrites médicales puisse être réalisée par une opération dans l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie de cette affection; mais il a la conviction que la néphrotomie offre une ressource précieuse pour combattre les crises urémiques après échec des moyens médicaux.

(*Jour. de méd. de Bordeaux.*)

#### Traitement de la balanite

par M. le Dr LEREDDE

A) *Le malade peut décalotter*: laver à fond avec eau bouillie ou additionnée de sublimé 1 : 10000, ou de permanganate 1 : 2000, ou d'eau oxygénée 1 : 20; sécher, poudrer avec talc ou dermatol 2, oxyde de zinc 10; coton hydrophile ou gaze aseptique et recalotter, sinon faire tenir avec de la gaze sèche. Plusieurs pansements par jour dans les cas sérieux.

B) *Impossible de décalotter*: lavages fréquents au moyen d'un tuyau de caoutchouc introduit entre le prépuce et le gland; laver, jusqu'à ce que le liquide sorte non purulent, avec eau blanche 1 : 10 à 20, ou permanganate 1 : 2000 à 1000. De temps en temps chercher à décalotter. Si l'inflammation est intense, la gangrène à craindre, deux fois par jour injecter: acide phénique 1 gr., alcool 10; faire suivre une injection avec résorcine 3, eau 100. Malgré tout l'état s'aggrave, inciser.

(*La Presse médicale.*)

#### Traitement des abcès froids par les injections modificatrices d'eau oxygénée

M. le Dr Papon, médecin major, expose dans les *Archives de médecine militaire* un procédé qui, d'après ses observations, aurait une grande supériorité, à beaucoup d'égards, sur le naphthol camphré et l'éther iodoformé.

La technique opératoire est la suivante, les précautions antiseptiques ordinaires étant prises.

Les instruments nécessaires se réduisent à un trocart ordinaire de 1  $\frac{1}{2}$  à 2 millimètres de diamètre et une seringue stérilisable contenant de 10 à 20 centimètres cubes; la seringue de Roux convient très bien pour cet usage.

Quant à l'eau oxygénée, on aura soin de ne la prendre qu'en petite quantité à la fois, de manière à pouvoir la renouveler à chaque opération. On utilisera aussi de préférence l'eau oxygénée boriquée, beaucoup moins irritante, et que tous les pharmaciens savent préparer actuellement.

Une fois l'abcès examiné et la fluctation reconnue, on enfonce le trocart dans le point le plus déclive de la tumeur, de façon à favoriser l'écoulement naturel du pus. Si, sur un point de l'abcès, la peau est luisante, tendue, amincie et menacée de se perforer, on aura bien soin de ne pas ponctionner en ce point.

L'aspirateur de Potain n'est pas indispensable pour vider la collection; on peut aider l'écoulement du pus par quelques pressions légères et progressives de la main sur la surface de l'abcès.

Si on voit qu'elle est trop tendue, on laisse échapper un peu de la mousse qui s'est formée, en soulevant le pouce qu'on avait placé sur l'orifice du trocart, et qui joue ainsi le rôle de soupape de sûreté.

D'ailleurs, il est bon, au bout d'un instant, de laisser écouler le liquide de cette première injection; il entraîne avec lui une certaine quantité de pus et fait un véritable lavage de la poche.

On fait ensuite une seconde injection, et lorsqu'on s'est bien rendu compte que la peau n'est pas trop tendue, on retire le trocart, et l'on fait un pansement légèrement compressif à l'aide d'une compresse de gaze stérilisée et de coton hydrophile.

L'opération est terminée, elle n'a pas duré plus de cinq à six minutes, n'est nullement douloureuse et les malades les plus pusillanimes, après l'avoir subie une première fois, s'y soumettent très volontiers lorsqu'il faut la renouveler.

M. Papon ne conseille pas de renouveler les injections plus d'une fois par semaine.

Lorsque l'abcès est de petite dimension, il suffit d'une ou deux injections pour le faire disparaître; ordinairement, il faut de trois à cinq injections pour obtenir la guérison d'un abcès froid du volume d'un œuf de poule ou même du poing. D'ailleurs, il est bien évident



que l'origine de l'abcès influe aussi grandement sur la rapidité de la guérison.

Il arrive parfois que la peau s'amincit en un point limité de la surface de l'abcès et menace de s'ouvrir ; on peut empêcher cet accident de se produire en ponctionnant l'abcès à des intervalles plus ou moins rapprochés suivant la rapidité avec laquelle le liquide se reproduit, sans faire suivre ses ponctions d'injection de liquide modificateur.

Si, malgré ces précautions, il se produit un petit point de sphacèle, il suffit d'appliquer, sur la petite brèche, un pansement iodoformé ou une compresse stérile imbibée d'eau oxygénée, et de faire un peu de compression, pour voir se réparer rapidement la perte de substance qui disparaît ordinairement sans laisser de traces ; pendant ce temps, les parois de la poche se réunissent, et la guérison n'est pas retardé pour cela.

L'eau oxygénée ne présente aucun des inconvénients des autres liquides employés habituellement.

Quoique possédant un pouvoir antiseptique bien supérieur à celui de l'iodoforme, sa toxicité est presque nulle. La puissance expansive de l'oxygène est aussi considérable que celle de l'éther ; l'injection est indolore ; elle peut être faite le soir à la lumière sans faire courir plus de danger qu'en plein jour.

Enfin, l'eau oxygénée ne possède pas d'odeur désagréable et ne produit pas de pigmentation de la peau.

(Ann. de Thérap.)

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Mélange de cocaïne et de menthol pour pulvérisations nasales contre le coryza

Afin de faire disparaître la céphalgie et la sensation d'obstruction nasale qui accompagne le coryza aigu, on a assez souvent recours à des pulvérisations intra-nasales pratiquées avec une solution tiède de cocaïne à 1 %.

D'après l'expérience d'un confrère suisse, M. le Dr Pognat (de Genève), il y aurait avantage à substituer à cette solution le mélange que voici, employé de la même façon :

Chlorhydrate de cocaïne.....	5 gr.
Menthol.....	5 —
Huile de vaseline.....	100 —

Les effets décongestionnants de ces pulvérisations, qui doivent être répétées toutes les trois heures, seraient plus marqués et plus durables que ceux de la simple solution de cocaïne.

(Lyon méd.)

### Note sur l'emploi du Collargol

par M. Edmond VIDAL.

Je désirerais vous communiquer une simple note sur l'emploi du collargol, que j'ai eu l'occasion d'employer trois fois depuis la communication de M. Netter à la Société médicale des hôpitaux.

Le 1er cas était une typho-bacillose au 30<sup>e</sup> jour, évoluant chez un jeune homme de 16 ans. La température se maintenait au-dessus de 38°5 depuis une longue période et était à 38°6 quand fut faite la première friction. Le lendemain, chute à 36°8 suivie de nouvelle élévation de température, dans la soirée, à 38°2 ; nouvelle friction faisant descendre le lendemain, la température à 37. 3<sup>e</sup> friction, le surlendemain entraînant le même abaissement de température, suivi d'une nouvelle élévation. Comme pareille variation s'était produite plusieurs fois déjà au cours de l'affection, et continue à se produire en ce moment (nous sommes aujourd'hui au 72<sup>e</sup> jour de la maladie), j'estime que la médication par le collargol n'a produit aucun résultat dans cette tuberculose à forme typhoïde, dont je mets la courbe sous vos yeux.

La seconde observation est plus intéressante. Il s'agit d'une jeune femme faisant une poussée de métrite aiguë dont le début brusque pouvait faire songer un instant à une appendicite, mais dont le toucher bimanuel permit de trancher le diagnostic. La température, ainsi que vous le montre la courbe, était à 39,3 quand fut faite la première friction au collargol, à 5 h. du soir. A 10 h., la température était 38,2. Le lendemain, à 7 h., de 37,8. A 5 h. nouvelle friction ; à 10 h., 37,3. Le 3<sup>e</sup> jour, 36,3, à 7 h.— 3<sup>e</sup> friction à 5 h. ; 36,9 à 10 h. Le lendemain matin, 36,2, température qui s'est maintenue depuis. L'état subjectif paraît aussi avoir été notablement influencé par le collargol. Dès le premier abaissement de la température, les douleurs, jusqu'alors violentes dans la région utéro-annexielle droite, allaient diminuant pour disparaître quatre jours après la 1<sup>re</sup> friction de collargol.

L'écoulement leucorrhéique diminuait, la langue se nettoyait.

La malade est aujourd'hui entièrement guérie, malgré le mauvais pronostic que permettait de porter l'examen urologique pratiqué au début de la poussée aiguë, et dénotant, avec une notable déminéralisation, de l'albumine, de l'indican et des leucocytes abondants.

La 3<sup>e</sup> observation est celle d'une salpingite grip-pale survenue au 17<sup>e</sup> jour d'une grippe à forme gastro-intestinale chez une jeune femme. Alors que la malade, déjà convalescente, commençait à se lever, elle fut prise de douleurs au bas ventre, du côté gauche, douleurs à forme lancinante, gravative en même temps que la température, régulièrement surveillée, remon-tait brusquement. Encouragé par le résultat obtenu, chez la malade précédente, par l'emploi du collargol,

je n'hésitai pas dès le début à employer le même traitement; le lendemain, la température baissait pour revenir à la normale au 3<sup>e</sup> jour, en même temps que disparaissaient les phénomènes locaux.

Les courbes ci-jointes vous permettront de vous rendre compte aisément de l'influence du collargol sur la température dans les trois cas que je viens de vous citer.

J'ai employé chaque fois le collargol en frictions suivant le rite précisé par M. Netter.

Le collargol, découvert en Amérique par Carey Léa et utilisé en Allemagne par Crédé, est une modification allotropique de l'argent métallique qui se prépare en réduisant une solution de nitrate d'argent au moyen de citrate ferreux ammoniacal; on obtient ainsi de petites squames noires, à reflets métalliques, données comme entièrement solubles dans l'eau, mais ne se dissolvant qu'incomplètement en donnant une solution noirâtre semblable à la bière brune.

Cette poudre contient 970/0 d'argent avec des traces de fer et d'acide citrique et n'est ni odorante ni caustique.

L'argent colloïdal, incorporé à la lanoline et à l'axonge benzoïnée sous forme de pommade au 1/15<sup>e</sup> est divisé en cartouches de 3 grammes dont chacune servira pour une friction.

On choisit comme lieu d'élection une région à peau fine et bien vascularisée, loin de tout point douloureux, la face interne de la cuisse par exemple. Cette région est préparée chirurgicalement, c'est-à-dire longuement frottée à la brosse et au savon. Afin d'obtenir une décapation épidermique parfaite, j'ai employé dans mon dernier cas du savon mou de potasse.

La région est lavée à l'alcool puis à l'éther. On y étend ensuite peu à peu la pommade en frictionnant longuement pendant 1/4 d'heure, comme on fait une friction mercurielle.

J'ai fait moi même ces 9 frictions et, dans aucun cas, n'ai ressenti la saveur argentique signalée, pas plus d'ailleurs que ne l'ont ressentie les 3 malades soumis à ces frictions.

Je terminerai cette courte note en constatant que dans les deux cas d'infection utéro annexielle dont je viens de vous donner l'observation résumée, les frictions de pommade à l'argent colloïdal au 15<sup>e</sup> m'ont donné un résultat aussi rapide que favorable; par contre, dans le cas de typho-bacillose que je vous ai soumis, le résultat a été nul.

Etant donné le faible pouvoir bactéricide du collargol, dont la solution à 300/0 mets 10 heures pour tuer le staphylococcus aureus, je crois qu'il ne faut pas considérer l'argent colloïdal comme un microbiocide, mais plutôt comme une *stimuline* capable d'exciter la phagocytose et de permettre à l'organisme de lutter avantageusement contre l'invasion microbienne et l'intoxinisation. C'est d'ailleurs cette action d'exci-

tant de la phagocytose qui a permis de le rapprocher des zymases et des ferments, qui sont de puissants stimulants de la nutrition cellulaire et des oxydations organiques, les métaux à l'état d'extrême division, comme la mousse de platine ou à l'état colloïdal, comme le collargol.

M. Paul COUDRAY. — Nous ne savons encore rien de très précis sur l'action du collargol en thérapeutique. A la suite de la communication de Netter (Société médicale des hôpitaux, 12 décembre 1902), j'ai présenté à la Société de Pédiatrie (janvier 1903), trois observations relatives à des infections chirurgicales (une ostéomyélite total du fémur chez un enfant, une appendicite, une septicémie post-puerpérale).

Autant qu'on pouvait en juger après une expérience si restreinte, et en rapprochant ces faits d'autres plus ou moins analogues de Crédé, signalés par Netter, je disais que le collargol me semblait agir surtout dans les processus non pyogènes, et qu'en tout cas, l'emploi de cet agent ne devait pas faire perdre de vue les indications opératoires auxquelles les chirurgiens avaient l'habitude d'obéir dans les infections graves. Ces réserves fondamentales faites, auxquelles Netter a d'ailleurs souscrit, il m'a semblé exact d'attribuer au collargol un certain pouvoir pour atténuer les infections. A l'appui de cette manière de voir, je citerai encore le fait suivant que j'ai observé récemment. Un jeune homme de 24 ans, portant depuis plusieurs mois des adénites chroniques inguinales, dues sans doute à de l'herpès réitéré et entretenues par des malpropretés préputiales, présente une suppuration aiguë dans l'un de ses paquets ganglionnaires à gauche. Il y a de la fièvre, un état gastrique. Cependant l'infection n'a pas une allure très envahissante: la peau est rosée, tend à s'amincir. Avec mon ami le Dr Cotté, qui soigne le malade, nous nous contentons d'évacuer le foyer ganglionnaire avec un trocart, puis l'orifice est fermé avec du collodion, et l'on fait successivement une dizaine de frictions de collargol. La suppuration a été enrayée; il n'y a plus de fluctuation.

Le résultat est donc appréciable. Cela ne veut nullement dire qu'on obtiendra un succès semblable dans toutes les adénites et surtout dans celles où il y a une péri adénite accentuée, avec des décollements, etc.

J'ai essayé une autre préparation argentique, l'itrol, en topique, sous forme de pommade, dans un vieux foyer de suppuration osseuse; je me suis assuré que cet agent est un bon désinfectant et désodorant, sans être aussi irritant qu'on l'a dit, du moins à ce qu'il m'a semblé.

M. VIDAL. Je crois avec M. Coudray que le collargol ne produit aucun résultat dans les suppurations déjà collectées, mais qu'il agit au contraire fort bien contre les suppurations tendant à s'établir; il y a alors lutte entre l'invasion et la défense et le collargol, en

en excitant la phagocytose, appuie la défense et permet à l'organisme de résister victorieusement.

M. MOUZON.— Par quel procédé M. Coudray est-il parvenu à juguler la grippe au moyen du collargol ?

M. COUDRAY.— Je repousse l'emploi de l'injection intra veineuse et n'admets que l'emploi des frictions faites au moyen de la pommade de Créde.

(*Le progrès méd.*)

## DERMATOLOGIE

### Sur les dermatoses diabétiques et goutteuses-arthritiques

On rencontre, au cours du diabète, de nombreuses manifestations cutanées : eczéma, furoncles, impétigo, gangrène ; celles-ci n'ont rien dans leur aspect extérieur qui dénote leur origine spécifique ; leur seul caractère distinctif est de résister à la thérapeutique, ordinairement employée en pareil cas, et de ne céder qu'au traitement anti-diabétique. Fournier appelle toutes ces manifestations des diabétides, à l'instar des syphilitides.

C'est l'eczéma qu'on rencontre le plus fréquemment ; il siège de préférence aux parties génitales, au prépuce et au scrotum chez l'homme ; très souvent on l'observe aussi aux mains et aux pieds, surtout dans les régions palmaires ou plantaires, ou encore à l'extrémité des doigts. Il peut même parfois envahir le dos du pied et gagner la jambe.

Cet eczéma ressemble généralement à l'eczéma ordinaire, mais cependant il présente quelques particularités. Les parties génitales deviennent le siège d'un œdème non pas séreux, mais dur ; l'épiderme s'épaissit, s'écaille, il se forme des fissures, d'où s'échappe un liquide séreux, qui se répand à la surface de la peau, s'y dessèche en lui donnant un aspect vernissé. Chez les femmes diabétiques grasses, l'eczéma s'étend jusqu'à l'ombilic, gagne les cuisses et le périnée. La limite de cette dermatose est très nette et non diffuse comme dans l'eczéma ordinaire. Les régions voisines restent normales, si bien qu'on l'a déjà confondue avec la syphilis.

Chez les femmes, cet eczéma peut succéder à une vaginite diabétique, qui s'accompagne d'érosions et de prurit vulvaires.

D'autres éruptions cutanées sont encore susceptibles de se produire, qui peuvent faire commettre des erreurs. L'épiderme du diabétique est sec, fragile, et peu résistant aux chocs extérieurs ; de sorte que la pression d'un bouton, d'une ceinture, de quelque pièce dure de l'habillement, y détermine des rougeurs circonscrites, semblables à un érythème toxique. Bientôt apparaissent les vésicules, ou de petites excoriations.

Jusqu'à un certain point, il s'agit d'une action toxique exercée, par le sucre en circulation sur la nutrition de l'épiderme, du corps papillaire ; mais on prend souvent cette lésion pour un érythème toxique vulgaire ; on la traite par des lotions alcooliques ; la friabilité de l'épiderme s'accroît, et les ragades augmentent d'étendue.

Il faut au contraire supprimer les hydrates de carbone, ou, si la chose est difficile, appliquer localement des corps gras antiseptiques (vaseline boriquée, etc.). Il se produit ainsi une légère désinfection et une lubrification de l'épiderme.

Toutes ces dermites (eczéma, érythème, etc.) des diabétiques, ont une pathogénie assez compliquée ; elles sont dues à un trouble des échanges nutritifs, résultant soit de la présence du sucre dans le sang, soit de la dyscrasie acide. A cette cause première s'ajoutent l'influence des excitants physiques, thermiques, chimiques, les actions microbiennes qui peuvent se manifester plus facilement sur les régions dermiques et épidermiques mal nourries.

Les dermatoses goutteuses arthritiques ressemblent beaucoup aux dermatoses diabétiques ; néanmoins, la sécheresse et la délicatesse de la peau sont ici moins grandes, et les affections cutanées sont bien plus localisées.

L'eczéma peut apparaître sur la jambe, mais en plaques séparées et non d'une manière diffuse : souvent les espaces interdigitaux sont atteints aux mains et aux pieds. Ces dermatoses spéciales peuvent s'allier à des maladies de peau ordinaires : la chose s'observe plus fréquemment pour le psoriasis. Des idiosyncrasies particulières se développent parfois à cette occasion.

Le Dr Ehrmann conseille l'emploi de compresses imbibées de résorcine à 1 ou 2 0/0 en solution aqueuse, ou l'acide borique, indépendamment du régime diététique que comporte l'arthritisme.

(*Ann. de Thérap.*)

## PEDIATRIE

### Vulvo-vaginite chez la petite fille et la nouveaunée

par le Dr R. LABUSQUIERE

Affection sérieuse, de nature le plus souvent gonococcique, qui exige un traitement très soigneux et, assez souvent, prolongé, si l'on veut prévenir des complications diverses, graves parfois (salpingites, péritonites, atrésies, etc.). Il convient de noter que l'affection se rencontre même chez le nouveau-né, au même titre, sinon dans la même proportion, que l'ophtalmie, et qu'elle reconnaît la même cause, une gonorrhée génitale.

chez la mère. En pratique, il importe donc de ne pas borner son attention à l'examen des yeux du nouveau-né au point de vue d'une contamination gonococcique au cours de l'accouchement, mais d'examiner aussi soigneusement la région génitale exposée à pareille contamination : « chez les petites filles nouveau-nées, issues de mères atteintes de gonorrhée, appliquer aux parties génitales (la vulve) un traitement à la Crédé (applications d'une solution de nitrate d'argent), ou tout au moins les soumettre à un traitement antiseptique soigneux. Il faut également par une enquête ultérieure, s'appliquer à connaître quelles auront pu être les suites d'une affection observée à l'hôpital, après la sortie des malades, etc., — écrivait dès 1901, Pincus (gynécologue, à Dantzig). » De fait, ayant l'occasion d'examiner nombre de nourrissons, et ayant, depuis que notre attention avait été attirée sur ce point par la lecture de l'intéressant travail de Pincus, procédé systématiquement à cette inspection de la zone génitale externe chez tout nouveau-né, nous avons observé un certain nombre de cas de vulvite, et pu indiquer les soins nécessaires dans ces conditions, soins qui, chez le nouveau-né, se limitent à la vulve. Dans la seconde enfance, il n'en est pas ainsi. Et, dans un article tout récent de M. Blander, l'auteur insiste particulièrement sur ce point que, contrairement à une opinion assez générale, il a constaté *de visu*, que, presque toujours, sinon toujours, dans la vulvo-vaginite gonococcique, le vagin et même le col (érosions) sont atteints par le processus, et que *la condition capitale d'une guérison définitive consiste à traiter toutes les régions atteintes*, vulve, vagin, portion vaginale du col, zone cutanée péri-vulvaire (au niveau de laquelle la présence des gonocoques a été constatée), périnée, et, éventuellement, rectum (la rectite gonococcique étant relativement fréquente), etc.

\* \* \*

— Relativement au traitement, ce que nous avons dit plus haut indique déjà qu'il doit être : 1° *prophylactique*, 2° *curatif*.

I. *Prophylactique*. — Pour le *nourrisson*, il consistera à prendre chez toute femme enceinte ou parturiente atteinte d'écoulements suspects les mêmes soins antiseptiques donnés en vue de prévenir l'ophtalmie purulente, immédiatement après la naissance. Examiner aussi soigneusement la zone génitale que les yeux du nouveau-né, procéder à un lavage antiseptique soigneux, toilette qui, à l'occasion, permettra en outre de reconnaître des anomalies qui auraient pu rester imperçues. Pour cette toilette, on pourra se servir soit de solutions de permanganate de potasse à 1 p. 5000, soit de solutions de sublimé à 1 p. 4000. Pour les fillettes, il faudra songer aux causes diverses de contamination (mère gonorrhéique, objets de toilette, éponges, ayant servi à la toilette de mères ou d'enfant atteints d'écou-

lements suspects, emploi d'une même baignoire pour plusieurs enfants, etc., etc.). Pincus, dans le travail déjà cité, résume une observation empruntée à Mage, et très suggestive : quatre sœurs, âgées de 4 à 10 ans, toutes atteintes d'atrésies hyménales, tandis que le cinquième enfant, un garçon, était atteint d'un phymosis. Selon toute probabilité, c'étaient là les effets d'un processus infectieux, de nature gonorrhéique datant de la naissance, ou contracté durant la vie extra-utérine par l'usage d'une même baignoire, de linges de toilette communs, etc., etc.

II. *Curatif*. — Chez la nouveau-née, il suffira de soins antiseptiques, de lavages soigneux de la région péri vulvaire et vulvaire pour guérir assez facilement l'affection. Chez la fillette, le traitement devra être plus étendu, et, comme nous l'avons déjà noté, porter sur toutes les parties atteintes. A la période tout à fait aiguë, exiger le repos absolu, et le combiner avec les lavages et les irrigations antiseptiques, vulvaires et vaginales, pour lesquelles les meilleurs agents sont le permanganate de potasse, le protargo, le sublimé. Éviter, dans la période aiguë, les solutions concentrées ; par exemple, ne se servir que de solutions de permanganate de potasse faible à 1 p. 12000 ; de protargol à 1 p. 0/0, de sublimé à 1 p. 5000, etc. Lavages et irrigations ne doivent pas être notablement douloureux. A mesure que l'acuité des accidents diminue, augmenter le degré de concentration des solutions, le permanganate de potasse par exemple, pouvant être employé à 1 p. 3000 et plus, etc. Savoir qu'en certains cas, l'affection est tenace, qu'il faut persévérer, et qu'il peut être utile, au bout d'un certain temps, de substituer une solution antiseptique à une précédente dont l'action paraît momentanément éteinte. *Il importe aussi beaucoup, dans ce traitement, de commencer toujours par le nettoyage minutieux des zones externes*, et de ne procéder qu'après à la désinfection du vagin. Enfin, autre point important, de même que nous nous efforçons d'empêcher chez les sujets masculins la contamination des yeux par l'inoculation accidentelle à leur niveau du virus gonococcique, faut-il également s'efforcer de prévenir cette complication chez les enfants. Suivant Störér, il serait prudent, chez les enfants atteints de vulvo-vaginite, de leur attacher les mains pendant le sommeil, et au matin, de leur laver les yeux avec une solution de sublimé. Et Sheffield pense que le seul moyen efficace contre l'ophtalmie, consisterait à abriter les yeux pendant la nuit sous un pansement ; il estime en outre que l'insillation d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 60 est le moyen abortif par excellence, à condition qu'il soit employé tout à fait au début (période de larmoie-

## GYNECOLOGIE

### Traitement des métrorrhagies par l'adrénaline

L'adrénaline ayant la propriété de faire contracter les vaisseaux, et, par suite, d'arrêter ou de diminuer l'écoulement sanguin, est indiquée dans les métrorrhagies ou du moins dans certaines d'entre elles. Les métrorrhagies se divisent en effet en deux catégories : les unes ayant pour cause des altérations locales de la muqueuse, les autres étant uniquement en rapport avec des troubles de la circulation utérine. Les premières relèvent du curetage ; les secondes sont justiciables d'une thérapeutique ayant pour but de diminuer la congestion utérine. Telles sont les métrorrhagies de la puberté et de la ménopause, les métrorrhagies réflexes provoquées par la présence d'un cancer, d'un fibrome de l'utérus, ou l'existence de lésions annexielles. Dans ces cas, d'après M. Erlanger la médication par l'adrénaline serait suivie des meilleurs effets.

Le médicament s'administre sous deux formes : par la voie buccale et en injections intra-utérines.

A l'intérieur, l'adrénaline se prescrit suivant la formule :

Chlorhydrate d'adrénaline (solution au millième).....X à XL gouttes  
Eau distillée .....60 grammes.

A prendre par cuillerées à café toutes les cinq minutes.

Quant aux injections intra-utérines elles doivent être données de la façon suivante : après avoir lavé l'intérieur de la cavité utérine à l'aide d'une solution de sublimé à 1 pour 4000, on injecte dans cette cavité, avec la seringue de Braun, et directement au-dessus de l'orifice interne deux centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième.

Quel que soit le mode d'administration, le médicament agit toujours et ne tarde pas à manifester son action d'abord par une diminution notable puis par la cessation complète de l'hémorrhagie.

(Gaz. de gynécologie.)

## OPHTHALMOLOGIE

### Les inconvénients de la cocaïne dans la pratique oculistique

par M. le Dr FUCHS

L'emploi de la cocaïne en collyre devrait être limité à rendre indolore une intervention chirurgicale sur l'œil. Le flacon ne devrait pas être laissé au malade ; servir plusieurs fois par jour et quotidiennement sinon la cornée se désépithélise. La dessiccation pouvant favoriser cet inconvénient, il faut que le patient, après l'application du collyre à la cocaïne, reste quelques ins-

tants les yeux fermés. Si la lésion oculaire est profonde, la solution de cocaïne peut être injectée sous la conjonctive ; une instillation préalable d'extrait surrénal, en assurant la vaso-constriction que produit également la cocaïne, en est un adjuvant. Il ne faut pas oublier combien sont calmantes les compresses imbibées d'eau chaude sur les yeux fermés. Y joindre soit, par exemple, dans les iridocyclites graves 6 à 8 sangsues sur la tempe et recourir plutôt aux mydriatiques.

(Lyon méd.)

## FORMULAIRE

### POTION À L'IODURE DE POTASSIUM.

Une excellente façon de masquer le goût de l'iodure de potassium est de l'administrer avec de l'anisette.

Sirop simple..... 350 grammes.  
Anisette de Bordeaux..... 150 —  
Iodure de potassium..... 25 —

Une cuillerée à soupe contient 1 gramme de KI.

### POMMADE CONTRE LE RHUMATISME ARTICULAIRE.

Salicylate de soude... .. 2 grammes.  
Acide salicylique..... 2 —  
Extrait de belladone ..... 2 —  
Extrait de jusquiame..... 2 —  
Lanoline..... 20 —  
Axonge... .. 20 —

F. 1. a. — En frictions biquotidiennes contre le rhumatisme articulaire aigu.

### PILULES CONTRE LA CHLORO-ANÉMIE.

Une bonne préparation contre la chloro-anémie est la suivante :

Tartrate ferricopotassique... 10 grammes.  
Hémoglobine..... 8 —  
Extrait de mon de quinquina. 5 —  
Arrhénal..... 0 gr. 10  
Extrait d'armoise. .... Q. S.

Pour 100 pilules : 2 à chaque repas.

### FORMULE CONTRE LES DOULEURS DANS LE CANCER DE L'ESTOMAC.

A. Robin recommande contre les douleurs dans le cancer de l'estomac la potion suivante par cuillerées à café, toutes les heures, jusqu'à soulagement :

Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gr. 05  
Codéine..... 0 — 05  
Eau de chaux..... 150 grammes.

## SUPPLEMENT

(Suite et fin)

En raison des antécédents du malade, que je signale plus haut, mon attention se fixa plus particulièrement sur l'état des poumons. A l'auscultation je constatai les symptômes de la bronchite simple : râles sibilants et ronflants, quelques râles muqueux, s'étendant sur tout le poumon droit et un peu à gauche. Le sommet gauche présentait un foyer d'auscultation, où l'on entendait bien nettement des râles sous-crépitants.

Je prescrivis immédiatement le *sulphydral*, à la dose moyenne de 20 à 25 granules par jour, recommandant au malade de les continuer jusqu'à la nausée.

Je revis mon malade le lendemain ; l'éruption avait presque complètement disparu, la fièvre avait très notablement diminué, et à 6 heures du soir, le thermomètre ne marquait que 37,8°. A l'auscultation, les symptômes étaient presque complètement les mêmes, sauf toutefois une légère diminution des râles.

La fièvre décrivit de jour en jour ; les phénomènes inflammatoires disparurent rapidement, et le 6e jour après le début de l'affection, l'appétit était revenu, la toux avait presque cessé ; de bronchite il ne restait aucune trace, et le malade put sortir quelques jours après sans en ressentir les moindres inconvénients.

La brièveté de l'affection chez un adulte antérieurement malade, est déjà assez remarquable, mais elle n'est pas le seul fait intéressant de cette observation.

J'avais fait continuer à mon malade les granules de *sulphydral* par mesure préventive. Une dizaine de jours après son entrée en convalescence, en auscultant mon malade, je ne trouvai plus le foyer d'auscultation, du sommet gauche, où depuis deux ans la tuberculose s'était implantée. Une respiration un peu soufflante indiquait seule le siège du mal en voie de régression.

Ainsi donc chez ce malade, non seulement sous l'influence du *sulphydral*, la rougeole avait été jugulée, mais l'affection ancienne disparaissait rapidement, alors que souvent on observe une recrudescence de la diathèse tuberculeuse dans le cours des états infectieux.

L'imprégnation continuelle que notre malade avait subie a donc eu chez lui un résultat vraiment merveilleux, qui s'explique d'abord fort bien quand on pense à la puissance antiseptique du *sulfure de calcium* et à son mode d'élimination par les bronches.

Le résultat s'est maintenu depuis, et grâce à l'emploi du *sulphydral*, notre malade peut se considérer

guéri de cette terrible maladie qui semble se jouer des si nombreuses recherches des laboratoires officiels.

(La Dosimétrie)

La prétendue découverte du Dr Peter Stiens.— Une interview du professeur Javal.— Quelques conseils pratiques

Nous avons annoncé il y a quelque temps, sur la foi d'une information publiée par une revue étrangère, qu'un professeur Peter Stiens avait inventé un appareil destiné à rendre la vue aux aveugles. Cet appareil serait, en quelque sorte, un œil artificiel qui suppléerait à l'œil perdu et qui, à la manière d'un transmetteur téléphonique, influencerait le nerf optique et lui permettrait de donner au cerveau l'impression des images extérieures.

Cette information sensationnelle, qui a fait le tour de la presse, nous a valu un très grand nombre de lettres de personnes s'intéressant à des parents ou des amis aveugles, et nous demandant où elles pourraient se procurer le merveilleux appareil du Dr Stiens.

Nos recherches nous ont convaincu, hélas ! que la découverte en question n'est jamais sortie du domaine d'études plutôt hypothétiques.

Le Dr Caze, cité dans notre information, aurait publié à ce sujet, vers 1899, un article dans la *Revue des Revues*, aujourd'hui introuvable. Depuis lors, il n'en a plus été question, et notre confrère le *New-York Herald*, qui a fait la même enquête que nous, n'a recueilli également que des renseignements négatifs.

Il nous a paru que l'émoi considérable soulevé par cette nouvelle nous faisait un devoir de donner à nos lecteurs les indications les plus précises sur l'état de cette importante question de "la vue rendue aux aveugles". Nous ne pouvions nous adresser pour cela à une personnalité plus hautement qualifiée que le professeur Javal, le célèbre oculiste, membre de l'Académie de médecine, qui, par une terrible ironie du sort, est lui-même devenu complètement aveugle depuis plusieurs années.

\*\*

— Rendre la vue aux aveugles, nous dit le Dr Javal, c'est un beau rêve. Malheureusement, ni le Dr Stiens, — que je ne connais pas et que je serais même tenté de considérer comme un personnage imaginaire, — ni bien d'autres n'auront jamais le pouvoir de faire revivre ce qui est irrémédiablement perdu.

Il faut, en effet, distinguer deux choses dans le mécanisme de la vision : la rétine, qui localise les sensations visuelles, et le nerf optique, qui les transmet au cerveau. Celui-ci peut bien recevoir, sans le concours du faisceau rétinien, une "impression lumineuse" ; mais, si la rétine est absente ou impuissante, il ne pourra jamais percevoir les images extérieures.

Le fait de la possibilité d' "éclairer" le cerveau sans le concours de la rétine a été récemment confirmé par les belles découvertes de M. et Mme Curie sur le radium, ce singulier métal qui émet une lumière qui lui est propre.

Quant on place, devant les yeux fermés d'un "voyant", un tube contenant quelques grammes de chlorure de radium, celui-ci perçoit, à travers ses paupières closes, la lueur fluorescente qui émane du radium. Il la perçoit même si l'on interpose un corps opaque, la main, par exemple, entre son œil fermé et le tube de radium, ou, si l'on fait passer ces rayons lumineux à travers les os du crâne, en appliquant le tube près de la tempe.

Eh bien ! ces mêmes lueurs sont "vues" par certains aveugles. Chez d'autres, au contraire, — et le Dr Javal est du nombre, — le radium ne produit aucun effet.

Il n'y a là, en somme, qu'une curieuse expérience scientifique ou, tout au plus, un moyen de déterminer le diagnostic de certaines affections.

Malgré cela, il n'en a pas fallu davantage pour que, à la suite d'une communication que M. Javal fit, à ce sujet, à l'Académie des sciences, un important journal de Berlin publiât un article intitulé également "la vue rendue aux aveugles". Ce qui valut au professeur Javal un nombre considérable de lettres de personnes lui demandant des lunettes au radium !

La date de l'article du journal allemand aurait dû mettre ces personnes en garde contre la nouvelle ainsi présentée: il était du 1er avril 1902 !

— Mais, continue le Dr Javal, il y a autre chose à faire qu'à entretenir, par l'annonce de découvertes plus ou moins merveilleuses, l'illusion de ceux qui ont totalement perdu la vue. Il y a une œuvre louable à entreprendre, — parfaitement réalisable, celle-là, — et qui consiste à faire connaître aux aveugles ce qu'il faut faire pour arriver à vivre, le moins mal possible avec leur infirmité.

Cette œuvre, M. Javal l'a entreprise lui-même. C'est à ses compagnons d'infortune qu'il adresse les conseils pratiques que sa propre expérience lui a suggérés.

Les aveugles-nés ou ceux qui le sont devenus dès leur enfance suppléent à l'absence de la vue d'une manière en quelque sorte instinctive et véritablement étonnante.

Il n'en est pas de même de ceux qui perdent la vue à un âge plus ou moins avancé. Les uns se résignent bientôt à vivre dans leur coin et à disparaître du monde des vivants. Les autres, plus énergiques, mais très peu nombreux, continuent, dans toute la mesure possible, leur existence antérieure, grâce aux yeux d'autrui.

M. Javal est de ceux-là. Il a perdu la vue brusquement, en 1900, — par suite de glaucome, — à l'âge de soixante-deux ans. La cécité complète survint à la suite d'une opération qu'il fallait risquer de faire, après la

perte totale d'un œil, pour tenter de sauver celui dans lequel la sensibilité visuelle n'était pas encore abolie. Il dut aller à Londres pour cette opération.

Il est vraiment touchant de l'entendre raconter que, pour ce départ, il voulut faire à pied le trajet de chez lui à la gare du Nord, afin de voir encore ce Paris qu'il aime tant. "Pour rincer l'œil une dernière fois...", nous dit-il en souriant.

Une fois qu'il eut fait définitivement "le saut dans le noir", il organisa avec beaucoup de philosophie sa nouvelle existence, et voici, brièvement résumés, quelques uns des conseils qu'il donne aux personnes à qui le même terrible accident est arrivé.

Il ne nous dissimule pas, d'ailleurs, que l'indigence n'étant pas venue aggraver sa situation, les avis qu'il donne ne pourront pas être mis à profit par tous ceux auxquels ils s'adressent ; mais, si peu que ce soit, leurs proches trouveront à y glaner. On y rencontrera aussi bon nombre des observations déjà notées par notre éminent collaborateur M. Lucien Descaves dans son beau livre les *Emmurés*, observations auxquelles M. Javal a ajouté le contrôle de son expérience personnelle.

*Servitude et liberté.* — Une des modalités de la servitude à laquelle l'aveugle échappe bien difficilement est l'impossibilité où il se trouve habituellement de pouvoir contrôler par lui-même les assertions d'autrui.

Il est possible à un aveugle d'écrire, sans témoin, une lettre, de la fermer et de l'expédier pour qu'elle soit lu du seul destinataire ; mais il est beaucoup plus difficile de soustraire la réponse à son entourage.

— Je connais, dit M. Javal, un aveugle qui, dans certains cas, se fait adresser une lettre poste restante, puis, après l'avoir retirée, se fait conduire par un fiacre à un café d'un quartier lointain, où il se fait lire la lettre par un gargon qui, ne le connaissant pas, ne pourra guère commettre d'indiscrétion.

La correspondance en écriture Braille garantit souvent l'aveugle de cette cause de servitude.

Pour la plupart des besognes, un secours mercenaire est préférable. Un lecteur payé lit ce qu'on désire et épargne ses commentaires. Si on lui dicte une lettre, il ne s'interrompt pas pour donner son avis. Mais, par contre, il finit parfois par se rendre indispensable et devient le tyran domestique.

Depuis Antigone, on a vu des femmes, des filles d'aveugles faire entièrement abnégation d'elles-mêmes. "S'il est permis de les admirer, — dit M. Javal, — il est sage de les blâmer. Il faut leur raconter la lamentable histoire de ce poète dont la sœur fut la compagne de tous les instants. Quant elle mourut, il fut plus désolé paré que l'on ne peut s'imaginer. N'eût-elle pas mieux fait de se marier et de lui laisser des neveux ?"

(à suivre).

## Travaux Originaux

### QUELQUES USAGES DE L'ACIDE PICRIQUE

PAR M. LE DOCTEUR BRENNAN

*Professeur de Gynécologie à l'université Laval et Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, à Montréal.*

Nous employons l'acide picrique dans différentes maladies, depuis 1888. Les premiers cas dans lesquels nous en avons fait l'essai étaient des *blennorrhagies sous-aiguës ou chroniques chez l'homme*. Nous l'avons injecté très fréquemment depuis ce temps, soit en solution éthérée, au moyen d'un cathéter à jet récurrent, soit en irrigations avec la solution aqueuse. Nous avons eu des succès, des guérisons, mais nous croyons finalement que cet agent n'est pas plus efficace que bien d'autres, qui n'ont pas ses ennuis.

Dans l'*urétrite purulente chez la femme*, c'est notre traitement de routine et il agit bien; mais nous croyons que la permanganate de potasse donne des résultats plus rapides et plus durables. Nous pratiquons les injections avec un cathéter à jet rétrograde. Avant de faire agir, soit l'acide soit le permanganate, nous irriguons avec une solution de peroxyde d'hydrogène, puis avec de l'eau pure. Nous employons ensuite la solution saturée éthérée d'acide picrique ou une solution concentrée du permanganate. Avec de la patience, de la persévérance, la guérison s'obtient. Nos gardes-malades doivent instituer ce traitement avant de faire le cathétérisme chez les femmes atteintes d'urétrite. Nous avons été des plus satisfaits de l'acide dans l'*eczéma de la vulve* ainsi que dans certains *eczémas généralisés*. Il faut insister et faire les applications deux ou trois fois par jour au moins. Nous employons toujours, si elle ne produit pas trop de douleur, la solution éthérée.

Dans deux cas de *sycosis*, nous avons ouvert les pustules avec une aiguille, puis fait appliquer des compresses de peroxyde d'hydrogène, suivies de badigeonnages picriqués. Par temps, un onguent à base de résorcine et d'acide salicyclique. Résultat satisfaisant.

Dans les *syphtilides érosives ou ulcérées*, nous trouvons dans l'acide picrique un agent de prédilection. Nous employons rarement d'autre traitement, car nous n'avons que des louanges pour

celui-ci. Il en est à peu près de même lorsqu'il s'agit de *chancres simples ou huntériens*.

Les *plaques muqueuses* cèdent plus rapidement à l'action du nitrate acide de mercure, une ou deux fois par semaine; dans l'intervalle, l'acide picrique.

Les *ulcères variqueux*. C'est un excellent adjuvant du bandage. Voici comment nous procédons: — Toute la jambe est soigneusement lavée à grande eau avec une solution de sublimé au 1000e. La plaie est nettoyée avec du peroxyde d'hydrogène. Si l'ulcère est fongueux, indolent, à bords creusés ou à mauvais liséré, le tout est traité par l'acide carbolique pur, qu'on laisse agir une demi à deux minutes; puis grand lavage à l'alcool pur. L'ulcération est asséchée et on badigeonne à l'acide picrique. Puis pardessus un coussinet de coton hydropile, un ou deux bons bandages roulés sont appliqués. Nul besoin de dire que dans le traitement des ulcères des jambes, l'essentiel réside dans la propreté, l'asepsie et l'emploi intelligent et continu du bandage compressif.

Dans les *fissures anales, vulvaires, du mamelon*, l'acide est très utile.

L'*herpès génital* répond plus sûrement au nitrate d'argent qu'à l'acide picrique.

Lorsque après une opération, une *plaie suppure*, la solution éthérée nous semble l'agent qui tarit l'écoulement le plus rapidement et hâte le plus la guérison. Nous l'avons employé avec grande satisfaction lorsqu'il y avait *suppuration de la paroi* à la suite de laparotomie. Aussitôt la moindre rougeur aux points de suture, il convient d'y laisser tomber quelques gouttes de la solution éthérée. Il en est de même du périnée.

Souvent, comme mesure préventive, avant d'appliquer le premier pansement lors de l'opération, nous déposons des traînées picriquées le long des points et de l'incision.

Déjà, dans la "Revue Médicale," nous avons publié une note relative au traitement de la *phlegmasie alba dolens* par la solution alcoolique d'acide picrique (1900-I, p. 137). Nous disions alors: "Le traitement que nous avons adopté dans nos cas — en sus du bandage ouaté compressif et de la chaleur — a été l'acide picrique. C'est lui qui nous a semblé agir le plus vite et sur la douleur et sur le gonflement. Nous l'avons prescrit en solution alcoolique saturée, sous forme de badigeonnages, deux ou trois fois par jour. Nous



avons cru qu'en solution alcoolique le pouvoir pénétrant était plus considérable".

Nous ne signalons ici que les maladies dans le traitement desquelles l'acide picrique, d'après notre expérience, avait semblé agir d'une façon précise. Il reste maintenant le choix à faire des solutions aqueuses, alcooliques, éthérées.

Lorsqu'il est question d'une action superficielle, de modifier la surface d'une plaie, d'une ulcération, de la protéger contre l'action de l'air, des microbes extérieurs et peut-être de la lumière, c'est à la *solution éthérée* qu'il faut s'adresser. Cette solution trouve sa contre-indication dans la cuisson, la douleur qu'elle produit parfois; aussi encore vaut-il mieux ne pas s'en servir dans les cavités closes ou presque closes, à moins d'assurer un retour facile aux vapeurs éthérées: utérus, vessie, etc. Elle a l'immense avantage de laisser l'acide en une poussière impalpable, dans toutes les infractuosités et sur toutes les surfaces. La couche ainsi déposée est toute superficielle.

S'il faut une action un peu pénétrante — jusqu'à quel point l'acide peut-il infiltrer, nous ne pouvons le dire actuellement — il vaut mieux se servir de la *solution alcoolique*: phlegmasies, adénites, périarthrites, métrites, etc. Dans ces dernières, nous préférons de beaucoup la solution alcoolique à la solution éthérée; nous l'employons en badigeonnages dans la cavité utérine, et non en injections. Mais nous préférons à l'acide picrique, dans la plupart des cas, le liniment d'iode (Churchill: I x 9).

Dans les *vaginites*, on peut appliquer abondamment, à travers un spéculum de Ferguson, l'une ou l'autre des deux solutions.

La *solution aqueuse saturée* nous semble réservée aux lésions très douloureuses ou lorsqu'il y a de grandes surfaces à couvrir, (brûlures, traumatismes étendus). Elle convient sous forme de pansement humide. Le pouvoir pénétrant et l'action thérapeutique de cette solution, d'après notre expérience, nous paraissent inférieurs à ceux des deux autres solutions. Nous n'employons cette solution aqueuse que lorsque nous ne pouvons nous servir d'une des deux autres.

—: o:—

## CIRCULAIRE DU CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Montréal, 27 mai, 1903.

Cher Docteur,

Reconnaissant l'importance de la statistique, au point de vue démographique sanitaire et social, les pays étrangers sont arrivés à donner à celle qui concerne la mortalité une perfection qui leur permet de la commenter d'après des bases certaines et d'en tirer des conclusions profitables au maintien ou à l'amélioration de la salubrité publique.

La principale cause de l'imperfection de la statistique mortuaire dans notre Province, c'est que les quatre-cinquièmes des certificats de décès sont signés par les ministres du culte. Nous obtenons bien par cette pratique le chiffre total des décès, mais nous n'obtenons que des renseignements très vagues et très inexacts sur les causes de la mortalité, dans plusieurs districts. En effet, pour en donner quelques exemples, un grand nombre de certificats portent comme cause de décès—"diarrhée," "mal de tête," "paralysie," "convulsions," "hydropisie," etc. Ce ne sont là évidemment que des symptômes; si dans les circonstances le médecin avait donné son certificat, il aurait certainement spécifié la cause de cette diarrhée, de ce mal de tête, de cette paralysie, de ces convulsions, de cette hydropisie, etc., et nous aurions alors en mains des certificats beaucoup plus exacts, portant comme causes de mort, disons:—tuberculose des intestins, méningite aiguë, hémorragie cérébrale, choléra infantum, mal de Bright, etc. Avec le certificat médical nous nous pourrions donc dresser une statistique beaucoup plus scientifique, plus utile, et dont les données pourraient être comparées avec celles des autres pays. Une statistique ainsi faite servirait efficacement à diriger nos efforts contre les maladies évitables.

Nous avons cherché à obtenir des ministres du culte qu'ils se conforment strictement à la loi, qui demande qu'un certificat signé par le médecin traitant (si le médecin a été appelé) leur soit présenté avant de procéder à l'inhumation, et l'on nous a répondu que nombre de médecins négligent ou même refusent de donner des certificats de décès, malgré qu'ils y soient strictement tenus par la loi.

Nous avouons ne pas comprendre cette attitude d'un certain nombre des membres de la profession médicale. Ils savent pourtant bien qu'en ne donnant pas de certificat de décès ils empê-

chent les autorités sanitaires de connaître exactement le nombre de personnes, dans chaque municipalité, qui sont mortes sans qu'on ait appelé de médecin. Cette conduite nous semble être tout-à-fait contraire aux intérêts de la profession.

Comme exemple à l'appui de ce que nous disons, nous citerons la ville de Montréal où l'on exige un certificat de médecin pour chaque inhumation et où, à défaut de production de ce certificat, la mort est considérée comme suspecte, ce qui donne lieu à une enquête par le bureau municipal d'hygiène, suivi quelquefois de l'intervention du Coroner lui-même. Depuis que cette pratique existe, on remarque une grande diminution dans le chiffre des personnes qui meurent sans soins médicaux, et ce au bénéfice de la profession médicale.

La même chose arriverait à la campagne comme à la ville si les médecins le voulaient. En ne s'abstenant jamais de donner des certificats de décès, les médecins verraient se diriger sur leur bureau nombre de familles qui, jusqu'à présent, s'en sont dispensé, parce qu'elles ont érouvé que leurs morts étaient inhumés aussi facilement quand bien même le médecin n'était pas appelé.

Ajoutons que MM. les ministres du culte trouveraient leur compte dans un pareil contrôle médical ; car il est arrivé déjà que quelques-uns d'entre eux ont, faute de ce contrôle, introduit des cadavres contagieux dans les églises et ont même inhumé, sans le savoir, des enfants et même des adultes dont la cause de la mort aurait été certifiée "inganticide," "empoisonnement," etc, si le médecin avait pu en contrôler la cause du décès comme cela a lieu dans les autres pays.

Comme nous sommes tous solidaires les uns des autres, et que le corps médical a le devoir de coopérer pour une large part au bien-être général, nous prions MM. les médecins de nous aider dans notre tâche, en donnant à l'avenir un certificat pour chaque personne décédée qu'il a été appelé à traiter.

Votre obéissant serviteur,

PAUL E. PREGOST,

Compilateur de la Statistique.

Nous secondons de tout cœur ce bon mouvement que le Bureau d'Hygiène désire assurer.

Nous croyons qu'il est du devoir de tous de

prêter la main, afin de rendre nos statistiques plus positives et afin de mettre notre pays, sous ce rapport, à la hauteur des autres. Il n'y a pas à se le cacher, actuellement, il existe une "insuffisance" dans cette importante section de l'hygiène.

LA DIRECTION.

—: o: —

## CHRONIQUE LEGERE MEDICASTRE<sup>(1)</sup>

Amis lecteurs, mon absence si longue et si imprévue m'a contraint, bien à contrecoeur, de vous négliger, c'est-à-dire de ne pas tenir la promesse que je vous avais faite de vous causer dans une semaine. Comme il est déjà loin l'instant où j'ai ainsi parlé !

Dans l'air, j'entends s'entrechoquer les "Tant-pis", les "Tant-mieux", les "Qu'est-ce que ça fait" ! Que voulez-vous que je fasse contre ces "trois" ? Que je meure ? Eh bien, oui... quand j'aurai fini ma chronique ! Je reprends donc.

J'en étais aux santés, — les ennemis du médecin. Que dire, donc, d'elles, si ce n'est du mal ? Mais il faut être charitable : un conseil suffira alors. A l'avenir, il faudra boire, non à la "santé" de un tel ou un tel, mais bien à sa "maladie". Peut-être lorsque les convives ne seront pas exclusivement des médecins, faudra-t-il conserver ce vieux mot de "santé", mais ce sera la pilule dorée, et tous se rappelleront ce qu'elle renferme. Je bois donc à la santé de la "maladie" !

Autre réforme. Habituellement chaque orateur est acclamé par un chant ou un refrain flatteur. Pas d'objection, messieurs. Mais il me semble qu'il est temps que les banquets médicaux aient leur cachet musical, aient leur liturgie, leur musique, enfin ! D'abord je me soulève contre l'introduction dans ces banquets d'autre langue vivante que la langue française ! *Fore* même l'espéranto ! Faut-il en avoir du toupet pour brailler à un Canadien : "For he's a jolly good fellow" ? quand il se lève pour prendre un coup ? On pourrait à peine en faire du français léger de cuisine pour saluer les prostatiques et les urinaires qui sont obligés de laisser souvent la salle des débats pour gagner le cabinet de soulagement, car on chanterait ainsi : "Evaris a jolie goutte... fais l'eau" ! Ça pourrait être approprié à la condition.

Pas d'anglais, messieurs, n'est-ce pas ? L'anglais invité même sera heureux de s'entendre louer en français, et ne regrettera pas assurément son "He's a jolly good fellow". Que quelques-uns de nos artistes canadiens — de nos médecins musiciens, car il y en a parmi qui font vibrer les cordes, il y a jusqu'à des joueurs de ficelles étonnants — nous composent un joli

(1) Voir les Nos 32, 33 et 35 de La Revue Médicale Vol. VI.

refrain à la tournure esculapique. Que pour le prochain festin chacun apporte le sien. Que personne ne craigne de ne pas être entendu, il y aura toujours plus de discours que de refrains. Le président couronnera celui qui aura apporté le plus beau chant. Cette cérémonie formera une diversion qui égayera un peu la dissipation de l'orgie scientifique.

Faudra-t-il recourir à un chant cadavérique — souvent la mort et le cadavre dépendent du médecin et de la médecine — il conviendra de ressusciter une des langues mortes, plus faciles à réveiller que les vrais morts.

Veut-on célébrer la parcimonie professionnelle, l'hébreu s'offre tout naturellement—rien de plus "juif"! Et c'est assez "chantant"!

S'agit-il de glorifier les profonds mystères de notre science, le chant égyptien est là ; entremêlé de quelques notes hiéroglyphiques et de récitatifs de Vichnou, ça prend un caractère merveilleusement mystérieux.

A nos banquets, nous négligeons trop le chant. Je me permettrais, si j'étais musicien, de conseiller, d'aider la réforme, vivace et fortissimo, mais pauvre amateur, en suggérant même, je risque d'être discordant, de faire bien des quintes successives d'atrocités musicales.

Je crois humblement qu'il faudrait une "entrée" en musique, au début du banquet, naturellement — en naturel, rien à la clé ; comme aussi en arrivant à la maison conjugale après la soirée, il faut qu'il n'y ait rien à la clé pour l'entrée ! Quelque chose de gai, d'appétissant, comme des variations sur "Entrant dans la scierie".

Après chaque discours, naturellement on entonnera joyeusement le nouveau refrain bombastique, avec accompagnement obligato d'os par les bedeaux squelettiques.

Lorsque Morphée et ses agents soporifiques tenteraient de lancer leurs influences, odieuses en la circonstance, sur les convives, les bedeaux et l'orchestre lanceraient la "La Danse des Morts".

Le président aura aussi le privilège de faire entendre sa voix musicale. Cette année nous aurions pu faire connaître et goûter par sa voix, une musique nouvelle peu connue encore, — arabe, je crois : "Le Sublime Caprice du Bey Am Bahleh". C'est une étrange musique, à grande portée, à haute volée vers les régions du Parnasse. Je crois que notre digne Président aurait bien rendu le sens de cette musique à grand effet. J'aurai l'occasion de revenir, dans une chronique spéciale, sur les excentricités médicales du Bey Am Bahleh. Il serait défendu au président, même en dégustant son champagne pour se donner de l'aplomb, de chanter comme cet esculape, qui n'ayant pas de "pitou" ordinaire, se consolait en ingurgitant son alcool pur, tout en fredonnant

Esprit sain, descendez en moi.

Embrassez mon p'tit cœur de vos feux

Les plus doux... glou, glou, glou !

Les deux dernières œuvres seraient la sortie et le chant des bedeaux échansons.

La sortie digne, froide, silencieuse, glaciale, perdrait ses caractères au sitôt les portes de la salle franchies, pour devenir un pot-pourri contenant marches, valse, sérénades, symphonies, etc., le tout chanté suivant les dispositions de chacun, sans s'occuper du métronome ou du pendule de l'horloge. Enfin ce serait un véritable pot-pourri.

Aussitôt la salle évacuée par les convives, les bedeaux-squelettes, faisant claquer leurs os, attaqueraient "La descente d'Orphée aux Enfers" et finiraient dans les ténèbres par le chœur des moines de Robert le Diable ou le Walpurgis du Tannhauser.

Et l'on entendra dans le lointain des rues, des voix réveillées chantant "A nostri monti ritorneremo, tra la la" et ils retrouveront le trou de la serrure ; puis, moriendo, "io dormiro"... et tout sera silence dans l'immensité de l'aurore !

Digne fin d'une digne soirée !

Je quitte le chant, sans prendre, cette fois, la clé des champs !

D'AIGUILLON.

—: o:—

## Coq-a-l'Ane

*L'ivresse par l'éther.* — Sudeck, Landsfrom, Lennander, Erlich et Van Bruus rapportent grand nombre d'opérations faites, le patient étant sous l'influence de l'ivresse éthérée. On lui fait respirer, avec de grandes respirations, de 5 à 20 Cc. d'éther. Dans un cas on a amputé une cuisse — 32 minutes — le patient n'ayant absorbé que 70 Cc., quelques gouttes la 5e, la 9e, la 18e et la 24e minutes. (*J. Am. Méd. A.*)

*La furonculose.* — Cohn recommande la pommade suivante comme des plus efficaces : Ichthargan 10 gms., Eau distillée 5 gms., Glycérine 10 gms., Lanoline 35 gms., Vaseline 40 gms. En friction, dès l'apparition du bouton, deux ou trois fois par jour. Lorsque l'inflammation est tombée, une pâte d'ichthyol à 1 o/o. (*J. Am. Méd. A.*)

*Blennorragie.* — Chartier, de New-York, dit que la blennorragie peut souvent se guérir dans l'espace de trois jours par le traitement suivant : Thoicol, 5 grains quatre fois par jour ; injecter jusque dans la vessie, 3 Cc. d'une solution saturée d'acide pierique une ou deux fois par jour. (*Merck's Arch.*)

Savon Antiseptique (Wilbert, de Philadelphie).

Huile de graines de gossypium...	300 Gm.
Alcool.....	300 Cc.
Eau.....	325 Cc.

Hydrate de soude.....	45 Gm.
Carbonate de potasse.....	10 Gm.
Éther.....	15 Cc.
Acide carbolique.....	25 Cc.

Ajouter à l'huile dans une fiole, 100 Cc. d'eau et 200 Cc. d'alcool; puis l'hydrate de soude et agiter de temps en temps jusqu'à saponification. Ajouter le reste de l'alcool et le carbonate, dissout dans l'eau. Enfin l'acide et l'éther. Mêler et agiter vigoureusement.

Devra être conservé dans des fioles bien bouchées. (*Merck's Arch.*).

Pour éviter l'odeur que donne l'alcool méthylique, il vaut mieux ne se servir que d'alcool éthylique. Vu que l'odeur peut quelquefois fatiguer certains malades, il sera préférable de se servir de ce savon dans une pièce voisine, ou bien de substituer à l'éther et à l'acide carbolique, une huile essentielle qui parfamera le savon.

*Le nouvel aphrodisiaque, l'yohimbine.* — C'est un alcaloïde qui dérive de l'écorce du corymbé Yohimbé, dont la formule est  $C_{21}H_{26}N_2O_3$ : Il est employé sous forme d'hydrochlorate, à la dose de 1/12 à 1/6 de grain trois fois par jour. Il serait contre-indiqué dans les inflammations aiguës ou chroniques des organes génitaux, surtout l'orchite et l'épididymite. (*Merck's Arch.*).

*La mucine.* — Elle est extraite de la bile. Celle sur le marché contient du sérum globuline, de la vraie mucine et des sels biliaires. Elle n'est guère employée que dans l'ulcère de l'estomac, comme protectrice de la muqueuse, à la dose de 10 grs., mélangés à autant de bicarbonate de soude, avant chaque repas. (*Merck's Arch.*).

*L'extrait de glande thyroïde comme hémostatique.* — Fuller (*Med. News*), aurait eu un très joli résultat dans un cas d'hémophilie grave chez un garçon de 15 ans, après neuf mois de traitement. Il a bien réussi avec le même agent dans un cas d'hématurie.

(*NIRE*).

—: o: —

## Revue des journaux

### MÉDECINE

**Dyspepsie hyposthenique avec fermentations secondaires; dyspnée et bourdonnements d'oreille d'origine gastrique**

par M. le Dr A. Robin

X..... au sortir de table présente: alourdissement, mal à la tête, travail impossible, envie de dormir, éructations gazeuses, douleur épigastrique. Malaise immédiatement après le repas signifie hypochlorhydrie; dans

l'hyperchlorhydrie, l'éréthisme gastrique disparaît, au contraire à ce moment, les aliments neutralisant l'acide chlorhydrique, et, c'est seulement trois à quatre heures après que survient le malaise chez l'hyperchlorhydrique. Les fermentations gazeuses de l'hypochlorhydrique sont produites par les acides lactique, butyrique, acétique; leur action sur l'estomac est plus douloureuse que celle de l'acide chlorhydrique. De plus, X..... accuse de la dyspnée et des bourdonnements d'oreille.

A) Ne pas donner HCl, mais stimuler sa formation en stimulant la fonction gastrique: 1° par le régime carné, que l'hyperchlorhydrie au contraire contre-indique, pas de féculents, légumes verts qui renferment de la potasse excitant de la sécrétion gastrique; 2° par les médicaments: amers, strychnine, ipéca, une cuillerée à café d'élixir de Gendrin, qui renferme de la potasse, cinq minutes à une demi-heure avant le repas. A la fin du repas: teinture de fève de St-Ignace 6, teinture d'ipéca. 1, teinture de badiane 5: huit gouttes dans un peu d'eau de Vichy ou de Vals.

B) *Traitement des fermentations.* A. Robin, adversaire de l'antisepsie directe, n'admet que l'antisepsie indirecte: 1° régime, aliments peu fermentescibles, bien cuits; 2° *antiseptiques indirects*, que A. Robin admet agir contre les ferments figurés générateurs des acides de fermentation, respecter les diastases digestives. Contre la fermentation lactique: fluorure d'ammonium 0,1 à 0,2, eau distillée 300; deux cuillerées à soupe par jour; une au milieu de chaque repas; 3° *cessation de la stase gastro-intestinale ou antisepsie mécanique*: lavage aujourd'hui exceptionnellement employé; *vomitifs* dont le meilleur est l'ipéca.; *purgatifs*: soit surtout au moment du coucher une ou deux des pilules suivante: aloès des Barbades, extrait de réglisse à 0,08, gomme-gutte 0,03, extrait de belladone, extrait de jusquiame à 0,005 pour une pilule.

Ce traitement suffit à faire disparaître la dyspnée et les bourdonnements d'oreille. Contre ces derniers, s'il échoue, essayer bromure de potassium 1 gr. deux fois par jour, ou teinture de cimifuga racemosa XX à XXX gouttes par jour, X à la fois, une heure avant le repas. Aller jusqu'à L gouttes par jour.

(*Lyon méd.*)

—: o: —

### La cholémie

par M. les Drs Hayem et Gilbert

Les cholémiques de Gilbert et Lereboullet ont des troubles de dyspepsie gastro-intestinale et, d'autre part, les gastropathes, hyperpeptiques de Hayem présentent rapidement un retentissement de la maladie gastro-intestinale sur le foie, les voies biliaires. Du même malade, l'un dit: c'est un cholémique; l'autre, c'est un dyspeptique, un hyperpeptique,

Hayem écrit : " Tout en admettant les idées que j'ai soutenues, Gilbert et Lereboullet ont formulé un mode de traitement qui s'applique avant tout à l'état gastrique : régime lacté ou lacto-végétarien, quelques eaux minérales et des médicaments en petit nombre. En somme tout le traitement que je prescriis aux gastropathes, en particulier en cas d'hyperpepsie. Je suis très satisfait d'être d'accord avec mes distingués contracteurs sur une question aussi capitale que le traitement ".

Mais les distingués contradicteurs nient l'accord ; il s'en faut qu'il y ait identité de traitement. Bien plus, reconnaissant surtout quatre indications, ils ne nomment pas l'indication *dyspepsie* : 1° contre l'*infection biliaire* : calomel, salicylates, quinine. S'il y a de la dyspepsie, se borner aux salicylates de méthyle ou d'amyle en badigeonnage, et donner la quinine en injections hypodermiques ; 2° contre la *cholémie* : lait écrémé, kephir maigre, fait avec du lait écrémé par Hallion et Carrion, eau d'Evian, grands lavements d'eau de guimauve gardée le plus longtemps possible, thyroïdothérapie, efficace particulièrement contre le prurit des ictériques, l'urticaire, le prurigo d'Hebra ; 3° contre la *perturbation fonctionnelle du foie* : opothérapie hépatiques, pancréatique, extrait de bile, bicarbonate de soude, arsenic, Vichy, Vals, Carlsbad, la Bourboule ; 4° contre l'*hypertension portale* (splénomégalie, hémorragies veineuses intra-stomacales, pseudo-ulcère de l'estomac d'origine biliaire, hémorrhoides, opsiurie ou urines retardées, constipation, entérite muco-membraneuse) : purgatifs, lavements chauds, multiples cures thermales, massage abdominale, surtout massage direct du foie.

(Lyon méd.)

: O :

#### Ictères chroniques simples et angiocholites chroniques anictériques

par M. le Dr Lereboullet

Dans la plupart des cas d'ictère chronique simple que nous avons étudiés, M. Gilbert et moi, nous avons pu mettre en évidence l'hérédité et l'ancienneté de l'affection, les variations fréquentes d'intensité de la teinte ictérique et des mélanodermies qui l'accompagnent, l'augmentation fréquente de volume du foie et de la rate, etc. Suivant l'état objectif de ces deux viscères, on peut distinguer une forme *pure* d'ictère chronique, dans laquelle ni le foie, ni la rate ne sont hypertrophiés, une forme *hépatosplénomégalyque*, une forme *hépatomégalyque* et une forme *splénomégalyque*.

Au point de vue pathogénique, ces ictères chroniques simples se lient étroitement d'une part à la cholémie familiale, d'autre part aux cirrhoses biliaires ; ils semblent également avoir pour origine une infection biliaire ascendante. Cette infection amène des lésions

d'angiocholite pure, embryonnaire ou scléreuse, ou d'angiocholite avec espace-portite secondaire. Dans le premier cas, les ramifications portales, quoique saines, peuvent être comprimées dans l'espace porto biliaire par le canal biliaire atteint d'angiocholite, et cette compression explique l'hypertension portale légère que l'on constate. Cette compression, et surtout l'oblitération des voies biliaires deviennent plus accentuées lorsqu'il y a espace-portite, et dans ce dernier cas on peut facilement mettre en lumière l'origine biliaire des lésions. Elles expliquent et la gêne de la circulation biliaire, entraînant la cholémie et l'ictère, et le trouble de la circulation portale, commandant la splénomégalie et les hémorrhoides. Le trouble fonctionnel du foie, la toxi-infection biliaire rendent compte des autres symptômes observés. Il faut enfin faire une part à l'auto-infection pancréatique, qui va de pair avec l'auto-infection biliaire, et qui est prouvée par les lésions découvertes aux autopsies et à la suite des autres auto-infections, parmi lesquelles l'infection appendiculaire.

Quant aux angiocholites chroniques anictériques, elles ont les mêmes antécédents familiaux que les ictères chroniques simples et donnent lieu aux mêmes symptômes. Elles déterminent, en outre, les mêmes lésions et reconnaissent les mêmes conditions pathogéniques. Toutefois, l'imperméabilité des voies biliaires y est toujours moins prononcée que dans les ictères chroniques, ce qui explique l'absence de la teinte ictérique des téguments. Ces angiocholites chroniques, de même que les ictères chroniques simples, permettent de mieux saisir les liens qui unissent, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, la cholémie familiale et les cirrhoses biliaires.

(La méd. orientale)

: O :

#### Syphilis des mères et syphilis des nouveau-nés

(M. Mracek) a communiqué les résultats de ses recherches sur un grand nombre de femmes et d'enfants syphilitiques. Les femmes ont été réparties en 7 catégories. Le premier groupe concerne 17 mères, qui ont été infectées du deuxième au huitième mois de grossesse, et chez lesquelles on constata des accidents secondaires ; elles mirent au monde des enfants macérés, ou nés avant terme ou à terme, morts ou vivants. La seconde catégorie comprend 26 mères infectées au moment de la conception ; elles ont eu des accouchements prématurés ou ont donné naissance à des fœtus morts ou macérés. Sur 22 mères infectées peu de temps avant la conception (troisième groupe), 50 p. 100 ont eu des accouchements avant terme, ou ont mis au monde des enfants macérés. Dans la quatrième catégorie, l'orateur range 55 femmes, dont l'accident initial datait de deux à six ans ; elles ont eu des fœtus macérés, rarement de fausses couches ou des enfants à terme et

vivants, 9 femmes — constituant le cinquième groupe — dont l'infection remontait de six à vingt-cinq ans, ont eu des enfants macérés, morts ou nés à terme. A la sixième catégorie ressortissent 22 femmes, dont l'infection n'était pas prouvée mais vraisemblable, et qui ont eu des fœtus macérés ou des accouchements prématurés avec des enfants vivants. Le septième groupe enfin compte 11 femmes n'ayant jamais présenté aucun signe apparent de syphilis, et qui ont eu cependant des fœtus macérés ou des enfants mort-nés prématurément.

La syphilis, en effet, peut facilement passer inaperçue chez la femme : sur les 129 femmes manifestement syphilitiques observées par M. Mracek, 77 ignoraient leur maladie. Il est probable que l'accident primitif siège fréquemment au niveau de l'utérus et reste méconnu. On comprend que, dans ces cas, le traitement spécifique du mari ne suffise pas pour préserver les fœtus et que, au contraire, celui de la mère donne de très bons résultats.

Chez 4 femmes, l'orateur a vu naître alternativement des enfants syphilitiques et des enfants sains.

Les accidents tertiaires eux-mêmes doivent être considérés comme contagieux, car des femmes ayant eu des gommès peuvent donner naissance, même après guérison à des enfants syphilitiques.

Parmi les rejetons des femmes étudiées par M. Mracek, 18 ont eu une syphilis hémorragique, 34 des ostéochondrites ; 80 p. 100 d'entre eux présentaient de la syphilis hépatique ; on a noté, en outre, chez quelques-uns, des tumeurs de la rate, de la syphilis intestinale, pulmonaire, cardiaque, cérébrale, cutanée, etc. La mortalité globale de ces enfants a été de 90 p. 100.

Dans 47 p. 100 des cas, le placenta était le siège de lésions telles que : augmentation de poids, de volume, infiltration des villosités par de grandes cellules, prolifération des vaisseaux de villosités, dégénérescence calleuse des parois vasculaires et occlusion des vaisseaux, hémorragies, dégénérescences graisseuses et calcifications. Le plus souvent les altérations occupaient la partie fœtale du placenta, elles intéressaient cependant toute l'épaisseur de cet organe chez les fœtus les plus âgés et semblaient bien avoir débuté pendant la vie des enfants. Les vaisseaux du cordon ombilical offraient dans 10 cas les mêmes lésions.

Le placenta est altéré surtout lorsque l'infection a eu lieu pendant la conception, plus rarement dans les cas d'infection post-conceptionnelle (23 p. 100). Malgré la syphilis de la mère et du placenta, on peut observer la naissance de rejetons ne présentant aucune lésion. La mort des fœtus doit être attribuée à des lésions organiques graves, à l'action des toxines, à l' inanition ou à des hémorragies placentaires. Plus les fœtus sont infectés précocement, plus leur syphilis est grave. Ni l'âge, ni la forme de la syphilis maternelle ne permettent de conclure avec certitude à la transmission de la maladie au fœtus. Dans 9 cas, l'orateur a constaté des altéra-

tions du placenta sans aucune lésion spécifique chez la mère.

La longue période pendant laquelle la syphilis maternelle reste transmissible au fœtus, impose le devoir de soumettre à une cure très prolongée les femmes syphilitiques.

(Méd Orientale)

: o :

#### Du siège des anesthésies cutanées chez les tabétiques dans leurs relations avec les crises gastriques et intestinales

W. Heitz.—Il résulte des recherches que j'ai faites sur 67 tabétiques, que l'anesthésie de la région thoracique coïncide presque toujours avec l'apparition des crises gastriques.

Chez une malade présentant une crise intestinale pure sans participation de l'estomac, l'anesthésie cutanée, au lieu de siéger au thorax, s'étendait sur la partie supérieure du ventre, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au voisinage du pubis (territoire des racines dorsales, de la septième à la douzième).

La crise viscérale terminée, ces anesthésies disparaissent tout à fait, mais seulement quand le tabes est encore près de son début. Plus tard, il persiste un certain degré d'hypo-esthésie plus prononcé au tact qu'à la douleur.

Les sujets qui n'ont jamais eu de crises gastriques n'offrent pas, en général, d'anesthésie de la région thoracique. L'exploration de la sensibilité de la région thoracique peut donc servir, dans les cas difficiles, à faire le diagnostic entre la crise de tabes et les crises de douleurs épigastriques avec vomissements, dépendant d'autres affections.

(Méd. orientale)

: o :

#### Trois cas d'avortements

C'est un travail consciencieux, farci d'observations et qui intéressera vivement le praticien, car l'avortement est extrêmement fréquent dans la pratique médicale.

Voici les conclusions que l'auteur tire de son étude :

1. Dans les cas d'avortement imminent, le médecin doit prescrire le repos absolu, les lavements au laudanum ou le chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées et le viburnum prunifolium ;

2. Des injections vaginales avec de l'eau bouillie, à une grande pression modérée ou bien avec des solutions antiseptiques très faibles, se-

ront données pour assurer l'asepsie du vagin ;

3. Si l'hémorragie est abondante et menace de devenir dangereuse, faire le tamponnement vaginal ;

4. L'administration de l'ergot de seigle ou de ses dérivés doit être rigoureusement pros-  
crite ;

5. Dans les cas où l'avortement est sur le point de se faire, la conduite du médecin est l'expectation armée, et le praticien doit être prêt à faire le nécessaire en cas d'accident ;

6. Il ne faut pas employer l'ergot de seigle pour la raison exposée plus haut, d'autant plus que son action est nuisible en provoquant la contraction tétanique complète de l'utérus et en interrompant l'avortement ;

7. Si l'expulsion des annexes ne se fait pas immédiatement après celle du fœtus, on emploiera les injections vaginales chaudes, et on n'interviendra pas avant qu'il survienne une complication quelconque ;

8. Si l'hémorragie post-avortum n'est pas très considérable, le tamponnement vaginal a le double avantage de l'arrêter et de provoquer des contractions utérines qui expulsent les annexes du fœtus ;

9. En présence d'une hémorragie qui persiste, on essaiera la pression abdomino-vaginale de l'utérus (manœuvre de Fudin), et si, malgré cela, la délivrance artificielle ne se réalise pas, on fera le curettage de la matrice en commençant la manœuvre avec les doigts ;

10. Sitôt l'infection, il faut nettoyer l'utérus et le succès dépendra de la rapidité de l'intervention ;

11. L'ergot de seigle est inutile et dangereux en cas de rétention placentaire ; les observations correspondantes en font foi ;

12. On doit être le plus sobre possible du toucher vaginal, et, dans l'espèce, comme en toutes interventions faites sur le conduit génital, on prendra toutes les précautions aseptiques indiquées dans les opérations gynécologiques, si l'on ne veut pas être la cause inconsciente d'infection très grave.

(*La méd. Orientale*)

————: o: ————  
**CHIRURGIE**

Affections du cœcum chez des sujets opérés  
d'appendicite

Diakonon (Khirurgia), cite deux observations dans lesquelles peu de temps après l'abla-

tion de l'appendice il a observé des douleurs violentes dans le côté droit. Pour lui il ne s'agirait pas là de douleurs provoquées par des adhérences. Il s'agirait d'un processus inflammatoire nouveau développé entre le moignon appendiculaire et la séreuse cœcale suturée sur lui. Il y aurait entre ces deux organes une cavité close dans lesquelles viendraient pulluler les microorganismes du cœcum.

L'auteur pense qu'on pourrait éviter les accidents en agissant ainsi qu'il suit: Après avoir détaché l'appendice, appliquer une pince à forcipressure au point d'origine de cet appendice: puis à un centimètre de cette première pince en appliquer une autre destinée à empêcher l'écoulement du contenu appendiculaire.

Appliquer ensuite sur l'appendice à un centimètre environ de la base une suture en colle-rette intéressant la muqueuse et la séreuse. Sectionner l'appendice le plus près possible de la première pince. Essuyer la surface de section avec de la gaze stérilisée et tandis qu'un aide serre le fil, enfoncer le moignon dans la cavité cœcale. Alors seulement enlever la pince.

(*La vie médicale.*)

————: o: ————

Comment insérer un panaris

par M. le Dr G. Daviau

Les précautions à prendre sont celles de toute cocaïnisation et consistent à se conformer aux règles suivantes formulées par M. Reclus:

1. Le malade sera toujours couché; ne jamais faire d'opération à la cocaïne sur un malade assis ou debout, afin d'éviter la syncope ;

2. L'opéré ne sera pas à jeun et on ne lui permettra de se lever et de marcher qu'après avoir mangé ;

3. La solution de cocaïne sera à un demi pour cent. et de préparation récente;

4. Piquer le malade au niveau de la base et de la face dorsale du doigt et injecter en faisant pénétrer l'aiguille jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, doucement. Faire quatre piqûres en carré. On injecte ainsi 8 cc ;

5. Faire une incision large, saisir les deux bords de la plaie avec des pinces de Kocher, curetter profondément, nettoyer, débrider, panser à l'eau bouillie.

(*L'Etoile méd.*)

————: o: ————

Traitement de l'éventration par le procédé de  
M. Jaboulay

par M. le Dr Cavaillon

M. Cavaillon, interne des hôpitaux, présente une malade que M. le Prof. Jaboulay a opérée d'une éventration par son procédé "de la ceinture en peau."

Il s'agit d'une femme de 33 ans, qui avait subi deux ans auparavant une hystéropexie abdominale. A son entrée, on constate une éventration sous-ombilicale, s'étendant sur une hauteur de 12 centimètres environ. On sent parfaitement le pourtour de l'orifice artificiel; la toux y fait apparaître une véritable hernie assez volumineuse.

En raison des adhérences qui ont dû se former dans ce sac herniaire artificiel, M. Jaboulay estime qu'il faut s'adresser pour guérir cette éventration à un procédé qui ne comporte pas l'ouverture du péritoine.

Le 21 février, il intervient. Deux incisions à concavité interne sont pratiquées de chaque côté de l'éventration. Leur longueur est environ de 15 centimètres. Les extrémités supérieure et inférieure n'arrivent pas au contact. Ces incisions comprennent seulement la peau et son tissu cellulo-adipeux.

Dans un deuxième temps on pratique la suture.

Les lèvres internes de chacune des incisions sont suturées entre elles par un surjet au catgut. Ainsi est constitué un premier plan cutané profond.

Les lèvres externes des incisions sont ensuite suturées entre elles, par des points séparés et leur réunion forme un deuxième plan cutané, superficiel, qui double le précédent. Entre ces deux plans il existe un canal longitudinal, dont les orifices supérieur et inférieur restent ouverts. Il y a là un tunnel sous-cutané.

Les fils ont été enlevés au dixième jour. Actuellement la plaie est parfaitement cicatrisée et la paroi abdominale paraît avoir une résistance suffisante.

Ce procédé de traitement de l'éventration a été appliqué de nouveau par M. Jaboulay à une malade qui avait subi une laparotomie pour péritonite tuberculeuse cinq ans auparavant. L'opération date de dix jours, et les résultats sont encore trop récents pour présenter la maladie. Actuellement la cicatrisation s'est opérée par première intention et le pont cutané paraît parfaitement solide.

Cette méthode de traitement des éventrations a l'avantage de ne pas être une opération grave: on n'intervient pas sur le péritoine, on n'a pas à s'inquiéter des adhérences et des néoformations.

Le double étage de la peau donne à la paroi une solidité suffisante. Enfin, l'existence des deux orifices supérieur et inférieur permet de faire la toilette de ce tunnel sous-cutané.

En somme, on fait au malade une véritable ceinture abdominale aux dépens de la peau de l'abdomen.

(Lyon méd.)

—: o: —

## Thérapeutique et Matière Médicale

### De la valeur thérapeutique des injections sous-cutanées d'huile camphrée gäïacolée dans certaines infections au début

par M. le Dr Laveran

J'ai l'honneur de présenter, au nom de M. le Dr. Matignon, médecin-major, et de M. H. Bernex, interne des hôpitaux de Bordeaux, un travail manuscrit qui a pour titre: "De la valeur thérapeutique des injections sous-cutanées d'huile camphrée gäïacolée dans certaines infections au début.

Gäïacol..... 0 gr. 10  
Camphre ..... 0 gr. 50  
Huile d'olives..... 15 grammes

Les injections faites à la dose de 2 grammes dans le tissu conjonctif sous-cutané n'ont jamais produit d'accidents et les résultats thérapeutiques ont été satisfaisants dans un grand nombre de cas.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes:

1. Les injections d'huile camphrée gäïacolée constituent un très bon traitement de la courbature simple ou accompagnant la grippe, l'angine ou la bronchite au début.

2. Les injections ont une action antipyrétique en général assez rapide et durable.

3. Cette médication peut rendre de grands services dans le milieu militaire; les courbatures à l'arrivée des recrues et au commencement de l'hiver sont en effet communes et occasionnent un grand nombre de journées d'indisponibilité.

(Bull acad. med).

—: o: —



## GYNECOLOGIE

Sur les Indications de l'hystérectomie, dans les infections puerpérales

par M. le Dr H. Duret

### CONCLUSIONS

En résumé, nous pensons, que pour se diriger logiquement, dans le choix des indications opératoires, contre les septicémies puerpérales, il faut les diviser en trois catégories :

1. Les septicémies avec lésions locales utérines, ou périutérines ou annexielles, caractérisées, qui sont souvent justiciables de désinfections utérines, de curettages, d'incisions, d'ablation des annexes ou de l'hystérectomie.

2. Les septicémies sans lésions locales apparentes.

Elles sont aiguës ou chroniques.

A) Parmi les premières:

1. Il en est quelques-unes qui ont pour cause une infection placentaire, qu'on ne peut détruire par le curettage, et contre lesquelles l'hystérectomie abdominale ou vaginale, donnera des résultats avantageux.

2. Il en est d'autres dans lesquelles, la gravité tient à l'excessive virulence de l'agent microbien. Il est douteux que l'ablation de l'utérus soit efficace, si le lavage du sang par les injections de sérum artificiel ne donne pas d'abord quelque amélioration.

B) Les septicémies chroniques sont le résultat de plébités, ou de lymphangites utérines ou périutérines, ou de foyers méconnus. Dans ces cas, il y a souvent des lésions à distance, hors des régions génitales, qui dominent le tableau clinique, et qu'il faut savoir dépister.

Dans ces circonstances, on sera souvent en présence de petits foyers multiples, logés dans le parenchyme utérin, dans les tubes vasculaires efférents ou afférents. C'est le groupe pathologique, que nous avons désigné sous le nom de "pyohémies utérines puerpérales. Le plus souvent, les manifestations septicémiques ont commencé après l'accouchement et se sont prolongées plusieurs semaines après. L'hystérectomie abdominale ou vaginale pourra rendre quelques services; mais, ils seront d'autant plus incertains qu'on aura attendu plus longtemps.

3. Dans tous les cas de septicémies puerpérales, quelque soit leur mode pathologique, le meilleur remède, avec la désinfection utérine, soit comme adjuvant, soit comme moyen cura-

tif, réside dans les injections sous-cutanées massives ou intra-veineuses, de sérum artificiel, sur l'efficacité remarquable desquelles, nous avons été un des premiers, à appeler l'attention, dans notre mémoire à l'Académie de Médecine de Paris en 1896, et dans diverses publications.

Dans les "septicémies puerpérales," on sera d'autant plus amené à pratiquer une opération radicale, telle que l'hystérectomie, que les injections massives, auront relevé ou soutenu l'économie contre l'intoxication microbienne.

(J. des sciences méd. de Lille)

## SYPHILIGRAPHIE

Sur la maladie de Paget et la syphilis héréditaire tardive

M. FOURNIER: Le 3 mars dernier, notre collègue M. Lannelongue a abordé devant l'Académie une question des plus difficiles, des plus délicates, non moins que des plus intéressantes, à savoir la question de nature de l'affection dite *Ostéite déformante de Paget* ou, plus couramment encore, *Maladie de Paget*; et il a exposé devant vous, Messieurs, toute une série de considérations d'après lesquelles il s'est cru autorisé à conclure que cette singulière, cette mystérieuse maladie de Paget, dont la nature s'était dérobée jusqu'à ce jour, n'est rien autre qu'une manifestation de syphilis héréditaire se produisant dans un âge avancé de la vie, âge mûr ou même vieillesse.

Ingénieuse, habile, non moins que scientifiquement documentée, l'argumentation de notre collègue a consisté en ceci :

Exposer, d'une part, la caractéristique clinique des ostéopathies se produisant chez l'enfant et l'adolescent sous l'influence d'une infection syphilitique héréditaire;

Exposer, d'autre part, la caractéristique clinique de la maladie de Paget;

Puis, rapprocher, mettre en regard ces deux tableaux symptomatologiques et les comparer;

Constater alors les nombreux points d'analogie, de ressemblance, voire d'identité, qu'elles présentent;

Et, finalement, de cette similitude de symptômes conclure à l'identité d'origine, de nature des deux maladies.

Je précise.

En quoi consistent les expressions de l'hérédosyphilis sur le système osseux, alors qu'elles se manifestent sur l'enfant d'un certain âge ou sur l'adolescent, réserve faite pour l'enfant du tout premier âge, lequel est pas en cause pour l'instant?

En ceci, quant à leurs attributs principaux prédominants, comportant ce qu'on peut appeler la note spéciale, la caractéristique de l'affection :

Ostéopathies remarquables par les cinq particularités suivantes :

1° Ostéopathies à *prédilection particulière pour certains os*, tels que les os longs, et plus particulière encore, presque étonnante, pour l'un de ces os, à savoir le *tibia*, le tibia véritable siège d'élection pour elles, puisqu'à lui seul il est affecté plus souvent que tous les os réunis ;

2° Ostéopathies très généralement *multiples* ;

3° Ostéopathies ayant pour prélude habituel un *stade de douleurs* plus ou moins vives ;

4° Ostéopathies très particulièrement remarquables par leur ampleur de développement, leur volume plus ou moins considérable, leur caractère *massif*, hypertrophique, c'est-à-dire constituées par de véritables hyperostoses affectant tout un segment d'os, voire presque tout un os, par exemple intéressant le tibia sur la hauteur de sa diaphyse ;

5° Conséquemment, ostéopathies *déformantes* par excellence, c'est-à-dire renflant un os, l'exagérant, le bosselant, le modifiant comme direction générale, l'incurvant, etc., bref le rendant absolument et fortement difforme par rapport à son type normal.

Ajoutons encore cette particularité des plus curieuses et des plus cliniquement significatives, cela par rapport à l'os qu'intéressent avec une prédilection singulière ces ostéopathies symptomatiques de l'hérédo-syphilis, c'est-à-dire le tibia :

Ostéopathies déformant le tibia suivant un type pathologique vraiment spécial et presque pathognomonique, à savoir l'incurvant ou semblant l'incurver suivant son plan antéro-postérieur, en même temps que l'aplatissant ou semblant l'aplatir sur ses faces latérales. D'où un aspect tout à fait bizarre de l'os ainsi modifié de forme, aspect baptisé par M. Lannelongue du nom de *tibia en fourreau de sabre*, aspect justement qualifié par moi du nom de *Tibia Lannelongue*.

Telles se présentent classiquement les ostéopathies de la syphilis héréditaire chez l'enfant ou l'adolescent.

Eh bien, retrouve-t-on, oui ou non, dans les ostéopathies décrites sous le nom de maladie de Paget, quelques-unes des particularités dominantes de l'ensemble clinique que je viens de décrire ?

Précisément oui ; et non pas seulement quelques-unes, mais toutes, absolument toutes, sans réserve. Voyez plutôt :

1° Même *prédilection pour certains os*, et surtout prédilection toute spéciale, ultra-prédominante pour le *tibia*, os chéri par excellence du type Paget. Le fait est trop connu pour que j'aie autre chose à faire que de le signaler ;

2° Même tendance à la *multiplicité* habituelle des lésions. Que dis-je même ? Tendance bien plus accentuée encore à la multiplicité des localisations morbides

sur le squelette, car il est des cas où la maladie semble presque tendre à une généralisation diathésique sur tout le système osseux ;

3° De même que pour les ostéopathies de la syphilis héréditaire, fréquence d'un *stade douloureux* prémonitoire, stade prélude à l'invasion des déterminations osseuses ;

4° Et surtout même tendance, plus accusée encore au caractère *hyperostosant*, *massif*, et, pour certains cas, presque gigantesques des lésions. C'est surtout dans le type Paget que l'on trouve des intumescences osseuses considérables, énormes, qui sont presque dénonciatrices de la maladie ;

5° Enfin, et comme corollaire tout naturel, même *intensité de déformations*, ou même, pour nous rapprocher davantage de la vérité clinique, déformations souvent plus considérables, notamment en ce qui concerne le tibia par exemple, que dans les ostéopathies du premier groupe. Les tibias du type Paget ont leur réputation faite comme énormité de volume et déformation monstrueuse.

Donc, voilà bien des traits communs à relever de l'un à l'autre de ces tableaux cliniques. Or, est-ce qu'une constatation de cet ordre ne comporte pas de signification ? Au nom du bon sens, est-ce que cette série d'analogies, de similitudes, d'identités objectives ou autres entre les deux entités morbides en parallèle ne témoigne pas d'une parenté de l'une à l'autre, d'une connexion d'origine, voire de nature, entre elles deux ? Est-ce que pour le moins elle n'établit pas une présomption (je ne dis rien de plus), mais une réelle, une forte présomption en faveur de l'idée qui tiendrait à réunir ces deux états morbides et à en faire deux expressions morbides d'une seule et même maladie ? Telle a été mon impression, quant à moi, en écoutant l'argumentation de mon collègue, et telle elle subsiste encore après examen mûri de la question.

(à suivre)

(Bull. acad. de méd.)

— : o : —

## RADIOGRAPHIE

APPLICATIONS DES RAYONS X AU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE

par le docteur L. R. REGNIER

Chef du laboratoire de radiographie de la Charité,  
Aide-major de 1ère classe de l'armée territoriale.

Depuis l'article que nous avons publié dans le *Caducée* sur cette importante question, quelques progrès ont été réalisés qu'il est utile de faire connaître.

Au dernier Congrès des naturalistes et médecins allemands était jointe une exposition de tout ce qui concerne l'emploi des rayons X. Parmi les nouveautés on remarquait d'abord un tube désigné sous le nom de *tube Rontgen universel de Muller*, qui est muni d'un dispositif permettant de régler le degré de pénétration des rayons émis par la source lumineuse.

C'est, en effet, une des principales difficultés de la radiographie et de la radioscopie, que de proportionner l'intensité de la lumière du tube à l'effet qu'on doit obtenir. Quand on ne veut voir que des os, les tubes durs à rayons très pénétrants sont très utiles. S'il faut, au contraire, obtenir l'image de certaines parties molles, il est nécessaire d'employer un tube moins fort.

Le dispositif adopté par Muller consiste à munir le tube principal d'une ampoule secondaire, dont le pôle négatif est construit avec une substance spéciale qui émet une certaine quantité de gaz quand le courant la parcourt, ce qui permet de modifier le vide du tube primaire en le diminuant. Il en résulte que les rayons émis sont moins pénétrants. Une tige mobile sur une charnière permet de faire ou non passer le courant par le tube annexe, et c'est par ce moyen qu'on parvient à régler le tube principal.

Si ingénieux que soit le procédé, il nous parait beaucoup moins pratique que celui de l'osmo-régulateur de Villard, construit par M. Chabaud. Le seul avantage qu'il ait, c'est qu'il supprime l'emploi d'une flamme de gaz ou d'alcool nécessaire avec l'osmo régulateur.

Hirschmann a présenté un dispositif de réglage plus intéressant. Son tube est muni d'un pôle positif extérieur plat; le négatif (cathode) est placé comme dans les tubes ordinaires, mais il y a en plus une anticathode entourée d'une enveloppe, et un positif de renfort relié à l'anticathode par un fil conducteur. C'est dans la partie cylindrique du tube qui contient le pôle négatif, qu'est l'appareil de réglage. Il se compose d'un tube capillaire fermé en dedans par une soupape. Pour l'utiliser on commence par faire passer un faible courant; puis, au moyen d'un bouton, on ouvre la soupape du petit tube capillaire, et une très petite quantité d'air pénètre dans l'ampoule. En examinant sur l'écran l'effet produit, on constate si le tube est arrivé au degré voulu. Sinon on recommence la manœuvre une seconde fois. Outre ces nouveautés, il y avait plusieurs modèles modifiés de l'interrupteur de Wenhelt, dont on se sert beaucoup dans le pays. Mais il demande une trop grande énergie électrique pour être utilisable en campagne; nous le laisserons donc de côté.

Comme appareils transportables il y avait celui de Max Koll de Chemnitz, qui tient dans trois caisses munies de poignées mobiles en fer. Ces trois caisses peuvent se superposer quand l'appareil doit fonctionner. Celle du bas renferme les accumulateurs, celle du milieu la bobine, qui donne 35 centimètres d'étincelle; la supérieure contient l'interrupteur, les appareils de

mesure et les rhéostats. Les trois caisses reposent sur un support roulant amovible. Les prises de courant, situées sur le côté des caisses sont, pendant le transport, protégées par des couvercles de cuir.

(Le caducée.)

(à suivre)

## FORMULAIRE

### SOLUTIONS POUR L'ANTISEPTISME BUCCALE.

1° Acide thymique.....	0 gr. 25
— benzoïque.....	3 grammes.
Essence de menthe poivrée.....	0 gr. 75
Teinture d'eucalyptus.....	15 grammes.
Alcool à 90°..	100 —

—Verser dans un verre une quantité suffisante pour produire un trouble (Miller).

2° Acide phénique.....	1 gramme.
— borique.....	25 grammes.
Thymol.....	0 gr. 50
Essence de menthe.....	XX gouttes.
Teinture d'anis.....	10 grammes.
Eau distillée.....	1 litre.

—Employer cette solution pure (Dujardin-Beaumez).

3° Acide thymique.....	} à 1 gramme.
— benzoïque .....	
Essence de menthe.....	V gouttes.
Alcool à 90°.....	100 grammes.

—Mettre une cuillerée à café de ce mélange dans un verre d'eau (Grasset).

4° Tannin.....	12 grammes.
Menthol.....	8 —
Thymol.....	1 —
Teinture de benjoin.....	6 —
Alcool à 90°.....	100 —

Huit à dix gouttes dans un demi-verre d'eau tiède (Suarez de Mendoza).

## NOUVELLES

### NECROLOGIE :—

Nous avons le regret d'annoncer la mort de madame Herminie Champagne épouse de M. le Dr F. X. Lachapelle de Stremington, décédée le 12 de mai et inhumée au cimetière de la Côte des Neiges jeudi dernier.

Nous avons aussi appris avec regret la mort de madame M. David, mère de notre confrère M. le Dr H. David de St Henri de Montréal et de M. H. Béland, de Maskinongé, père de M. le Dr H. Béland, de St-Joseph de la Beauce.

Nous offrons à nos confrères si cruellement éprouvés, nos plus sincères sympathies.

## SUPPLEMENT

**La prétendue découverte du Dr Peter Stiens.— Une interview du professeur Javal.— Quelques conseils pratiques**

(Suite et fin)

### *La suppléance de la vue par les autres sens*

C'est une erreur de croire que la perte d'un sens augmente l'acuité des autres. Il ne se produit chez les aveugles aucun développement des sens auditifs, tactile et olfactif, mais une habitude d'interpréter avec plus d'attention les renseignements fournis par ces sens.

C'est ce qui fait que les aveugles apprennent à tirer un parti très utile de certaines sensations qui échappent aux voyants.

Un aveugle expérimenté reconnaît au son de ses pas si le sol est sec ou s'il est humide, s'il marche près ou loin d'un mur, s'il vient d'entrer dans une chambre de grande ou de petite dimension.

C'est le toucher qui est pour l'aveugle le plus précieux des sens. Un voyant qui porte le doigt sur l'écriture Braille est incapable de sentir la disposition des points qu'un aveugle exercé reconnaît sans hésitation.

Le bâton dont se servent les aveugles peut être considéré, à bon droit, comme un prolongement de leur sens tactile. Ce toucher à distance est bien plus délicat s'il est remplacé par une légère baguette. M. Javal ne se sépare jamais d'une badine en épine noire qu'il porte, retenue à la boutonnière de son vêtement, par un cordon de vingt centimètres de longueur.

S'il veut appeler, il fait usage d'un sifflet qui lui permet, à la campagne, par exemple, de s'éloigner seul de la maison sans appréhension. Un autre moyen d'appel très pratique consiste à frapper avec trois doigts bien serrés d'une main dans l'autre main entr'ouverte, à la manière orientale.

### *Le sixième sens des aveugles.*

C'est le sens des obstacles, qui est particulièrement développé chez les aveugles de naissance. On voit des enfants aveugles courir dans une cour de récréation sans se heurter aux arbres.

Cette faculté existe même pour eux dans un endroit où ils se trouvent pour la première fois. Marchant dans un couloir, ils n'hésitent pas à

reconnaître si une porte qui se trouve sur leur passage est ouverte.

Certains d'entre eux ont ce sens assez développé pour leur permettre de compter les fenêtres ouvertes au rez-de-chaussée d'une maison dont ils longent la façade. M. Javal cite un professeur aveugle qui sent à plus de deux mètres de distance la présence d'un mur et qui, à la campagne, évite les tas de cailloux formés sur les bords des routes.

Le siège de cette curieuse sensation est principalement le front et les tempes. On manque malheureusement d'éléments précis pour en assurer le développement chez les aveugles adultes.

### *L'habitation.*

Pour l'aveugle, un déménagement est presque un désastre. Il aura donc intérêt, s'il le peut, à acheter la maison qu'il habite, et à y faire respecter rigoureusement l'adage de Franklin : " Une place pour chaque chose et chaque chose à ta place ".

Une des plus graves préoccupations d'un homme jadis très actif et qui devient aveugle, est celle qui consiste à savoir souvent quelle heure il est. On construit pour l'usage des aveugles, des montres dont le cadran porte, en regard de chaque chiffre, une petite cheville en saillie, et avec laquelle on peut " tâter l'heure " à une minute près.

Un autre luxe est d'avoir dans l'appartement une pendule sonnante d'une manière différente à chaque quart d'heure.

### *La promenade.*

L'aveugle ne doit pas perdre l'habitude de circuler à pied. Il le fera sans appréhension, en passant son bras sous celui de son conducteur, ce qui lui permet d'être un peu plus en arrière. A chaque fois qu'il faut lever le pied, pour monter sur un trottoir, par exemple, le conducteur lève brusquement son avant-bras d'une petite quantité. Au contraire, pour signaler une descente, le conducteur serre son bras contre son corps, comme s'il voulait empêcher l'aveugle de tomber dans un trou.

Ces indications n'ont rien d'absolu, mais il importe que les différentes personnes avec qui l'aveugle a occasion de sortir adoptent toutes la même manière de faire,

La simple promenade à pied ne suffit pas comme exercice hygiénique. L'aveugle peut

faire de la gymnastique ; on en cite même qui font des ascensions de montagne, d'autres qui montent à cheval !

M. Javal qui était cycliste, a trouvé un moyen très original d'entretenir son activité physique. Il a adopté le tricycle tandem. Précédé de son fidèle conducteur, nous le voyons, tel que le représente notre gravure, circuler avec la plus grande facilité, même dans les rues de Paris, pour se rendre chaque mardi, par exemple, à la séance de l'Académie de médecine. M. Javal nous apprend que son exemple a été suivi ; il existe en France, actuellement, au moins trois autres aveugles qui font usage du tricycle tandem.

#### *Les repas.*

Les repas étant pour l'aveugle les meilleurs moments de la vie, il lui importe de manger proprement et sans trop de secours, pour se sentir en état d'accepter une invitation en ville.

La première précaution à prendre est de bien fixer sa serviette sur sa poitrine. Le plus difficile est d'arriver à manger du potage ; pour y parvenir, il ne faut pas remplir complètement la cuiller. Mais il y a certains détails auxquels l'aveugle doit renoncer, comme à mettre sur la viande de la moutarde en quantité convenable ou à exprimer du citron dans des huitres.

Au début, M. Javal faisait usage d'une fourchette en aluminium qui, très légère, lui permettait d'apprécier plus facilement le poids du morceau de viande qu'il avait piqué.

D'ailleurs, il y a à toutes les difficultés que l'aveugle peut rencontrer à table une contrepartie dans l'aide gracieuse qu'il ne manque jamais de trouver dans ses voisins.

Si le repas est le meilleur moment pour l'aveugle, cela tient surtout à ce qu'il se trouve en société, avec des personnes immobilisées à des places fixes, et qu'il peut prendre part à la conversation générale, sans risquer, comme dans un salon, par exemple, de continuer à parler à une personne qui vient de s'éloigner.

Il serait très intéressant de suivre M. Javal dans les conseils qu'il donne encore à propos de la lecture et de l'écriture (1), du dessin, de la musique et des jeux, mais nous en avons dit assez pour montrer à ceux qui s'intéressent au sort des aveugles de quelle façon intelligente on peut améliorer leur existence quo-

tidienne, au lieu de les bercer de quelque chimérique espoir.

—————: o: —————

#### DECALOGUE DU HERNIEUX :

1. Jamais hernie contracteras  
Si tu portes bandage avant.
2. Mais si hernie déjà tu as,  
Prends bandages immédiatement,
3. Qui bon, fort et bien fait sera,  
Pour te maintenir sûrement.
4. Nuit et jour tu le porteras,  
Afin de guérir promptement.
5. Sec et propre tu le tiendras,  
Pour rendre bandage clément.
6. Tous tes efforts calculeras,  
Dans ton travail et autrement.
7. Bonne hygiène toujours suivras,  
En vivant raisonnablement.
8. Puis, lorsque guéri tu seras,  
Porte ceinture constamment,
9. Laquelle te préservera  
De rechutes fatalement.
10. Et toujours tu te méfieras  
En vivant raisonnablement.

—————: o: —————

## Travaux Originaux

### UN CAS DE DIPHTHERIE MALIGNE DE TROUSSEAU

PAR M. LE DR C. A. WILSON PRÉVOST

*Médecin-Assistant à la Clinique Rhino-Laryngologique du "New-York Post Graduate Medical School and Hospital". (1)*

La diphthérie maligne, infectieuse toxique, n'est pas chose commune heureusement. Je viens d'assister à un de ces cas foudroyants où j'ai pu noter les progrès du mal, d'heure en heure, où j'ai vu le pharynx se couvrir d'une épaisse couenne membraneuse dans l'espace de dix-huit heures, la dyspnée apparaître d'emblée, l'empoisonnement délirique succéder dès le lendemain, la mort survenir en trois jours, et cela, malgré le traitement moderne le plus sévère et le plus dévoué.

René de C....., 35 ans, riche, industriel de Lyon, France, homme fort, constitution robuste, antécédents pathologiques nuls. J e suis appelé le 26 avril dernier à 9 hrs. du matin, le malade, se plaignant d'un fort mal de gorge, parle avec difficulté, et mouche devant moi, un fragment de membrane. Il paraît très abattu, a dormi peu la nuit précédente, mais cependant, est habillé entièrement et assis dans un fauteuil.

A l'examen de la gorge, l'amygdale droite seule est recouverte dans sa partie supérieure d'une membrane, couleur gris-jaunâtre. La luette est longue, rouge et oedématiée ; le voile du palais, d'un rouge intense ; les ganglions cervicaux et maxillaires sont augmentés de volume ; la narine gauche est moins perméable que la droite.

Je ne pousse pas plus loin mon investigation Je fais sur le champ une injection de sérum (3000 units) dans le tissu cellulaire du flanc droit, et je prends une parcelle de la membrane aux fins d'examen bactériologique. En outre, cataplasmes de farine de lin autour du cou ;

(1) Paraît en même temps dans les Archives du Laryngologie, etc., de Paris.

grands lavages de la gorge avec de l'eau mentholée toutes les demi-heures ; pulvérisation fréquentes d'une solution concentrée de hydrozone, dans la chambre vaporisations de menthol et eucalyptol. A l'intérieur, teinture de chlorure de fer et glycérine.

Le soir du même jour, à 9 hrs. le voile du palais, la luette et l'amygdale gauche sont entièrement recouverts de ce qui me paraît une seule membrane, épaisse, sale, jaunâtre. Nouvelle injection de sérum anti-diphthérique (3000 units).

Quelques heures après, dans la nuit, vers 1 hr. la paroi postérieure se montre prise à son tour. Nulle part un îlot de muqueuse saine, ou plutôt dénudée. On n'aperçoit qu'une masse de membranes, en bloc, à apparence consistante, épaisse inusitée, de mauvaise nature, qui me fait immédiatement porter un pronostic fatal.

A 7 hrs. du matin, le malade respire de plus en plus difficilement. Il ne peut rien avaler, la narine gauche est complètement obstruée. Inhalations d'oxygène ; nourriture par le rectum ; troisième injection de sérum (3000) units. Deux heures après, l'examen bactériologique, fait par le " Board of Health " de New-York, confirmait le diagnostic.

Le malade sombre peu à peu et vit encore trente heures, grâce à la quantité énorme d'oxygène qu'il absorbe, à peu près huit cylindres de cent litres chacun. A aucun moment il m'a expulsé un fragment de membrane, celui du matin 26 avril, excepté. Tout est resté là pour faire son œuvre d'empoisonnement.

### CONCLUSION

Cette observation est trop courte pour me résumer, je n'en veux tirer qu'une seule conclusion c'est que la diphthérie infectieuse porte en elle un pronostic fatal. La rapidité avec laquelle elle se développe paralyse nos efforts thérapeutiques.

Ce cas rappelle assez ceux de Walleix et Henri Blache.

111 Madison avenue New-York.

## Coq-a-l'Âne

"Dysménorrhée". — W. Stephenson (Scott Med. & Surg. J.) recommande fortement le permanganate de potasse, 2 grs., trois fois par jour. D'après une expérience de presque vingt ans, il aurait trouvé ce médicament supérieur à tout autre.

"Méthode humide pour l'examen du sang". Le frottis encore humide, est renversé sur le goulot d'une fiole contenant du formol à 40, et y est laissé environ 5 secondes, 2-15 minutes (à 24 heures si on veut) dans l'alcool absolu. 3. — Enlever l'excès d'alcool et avant que la couche ne puisse sécher, ajouter quelques gouttes de méthylène-éosine. Laisser agir pendant une couple de minutes, pas plus. 4. — Laisser égoutter, et rincer dans de l'eau distillée. 5. — Enlever excès d'eau et déshydrater "très rapidement" dans l'alcool absolu. 6. — Enlever l'alcool par un premier lavage dans du xylol; rincer dans un second xylol. Ajouter du xylol frais. 7. — Monter dans le baume au xylol. (Brinckerrhoff, Tysser, Woodhead, in (J. Path. & Bact).)

"Nouvelle manière d'employer l'acide nitrique pour la recherche de l'albumine". — On remplit une pipette à la hauteur d'un pouce ou un pouce et demi avec l'urine. On essuie bien le dehors de la pipette et on la plonge dans une fiole contenant l'acide nitrique qu'on laisse monter dans la pipette. Au point de contact, la réaction sera des plus visibles. (Boston, in N.-Y. Med. J.).

"Les centres génitaux du nez". — Fleiss (Post-Grad.) trouve dans le nez des centres génitaux : surtout les cornets inférieurs et les tubercules de la cloison. Pendant la menstruation ces régions deviendraient turgescents et saigneraient facilement. Des badigeonnages avec une solution de cocaïne à 2 o/o calmeraient les douleurs abdominales, et une cautérisation les ferait disparaître entièrement. L'auteur croit que la partie antérieure du cornet moyen gauche contrôle les douleurs gastriques, qui cessent après l'enlèvement de cette partie du cornet. Fleiss dit que les douleurs préparantes de l'accouchement sont calmées par le badigeonnage à la cocaïne de ces centres qu'il signale.

"L'euphtalmine comme mydriatique pour le praticien". — D'après Hales, de Chicago, cet agent serait sans danger, son effet est rapide et passager et il ne possède nullement les inconvénients de l'atropine, de l'homatropine ou de la cocaïne. De sorte que ce serait le médicament de prédilection pour le praticien qui veut faire un examen du fond de l'œil. (Ill. State Med. Soc.). — L'euphtalmine dérive de l'eucaine.

"Action spécifique du bismuth". — Fuchs dit que le bismuth a une action spécifique dans l'ulcère de l'estomac, action que ne possède ni la magnésie ni d'autres produits chimiques. Le bismuth serait décomposé par le mucus en oxydure, qui pénétrerait et protégerait les granulations. (Deut. Med. Woch. — J. Am. M. A.).

"L'anesthésie par la cocaïne et l'adrénaline combinées". — D'après Foisy (Presse Méd.) cette anesthésie serait supérieure à toute autre, car elle supprime et la douleur et l'hémorragie. Il emploie un mélange de 20 à 25 Cc. d'une solution de cocaïne à 1-200 et de 13 à 15 gouttes d'adrénaline au 1000e. On injecte une ou deux seringues de Pravaz, le patient étant couché. Afin d'éviter l'hémorragie secondaire, il faut lier soigneusement tout vaisseau qui suinte. S'il faut une solution plus concentrée : 1 Cc. de cocaïne à 1 p. c. et 4 ou 5 gouttes d'adrénaline au 1000e.

NIRE.

— :o : —

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Pseudo-stenocardie myogène

par M. le Dr Rosenbach

Il s'agit de malade qui, de par leur profession, ont des attitudes forcées, de telle sorte qu'il en résulte un effet fâcheux sur le tonus, la nutrition des muscles abdominaux et thoraciques, le rythme cardiaque. Ces malades souvent de constitution athlétique ont de l'oppression, de la douleur à la pression ou spontanée au niveau du xyphos ou des côtes. L'action de lever les bras, de se mettre sur son séant provoque d'intenses douleurs. Pulsations douloureuses.

ses, angoissantes dans le cou, le cœur, le dos. Avec une intensité variable, des rémissions marquées, cet état peut aboutir à une hypertrophie du cœur. Le pronostic est plutôt favorable, le mal ne se compliquant jamais de lésions organiques de l'appareil circulatoire. Traitement : Médication antirhumatismale, bains chaud, fardisme, antipyrine, phénacétine.

(Lyon méd.)

—: o: —

#### Massage du sein en cas d'engorgement laitoux

par M. le Dr Bacon

L'auteur, admettant qu'il ne s'agit pas tant ici de vider les galactophores prétendus engorgés, que de combattre la congestion vasculaire, repousse le massage pratiqué de la périphérie au centre, comme d'ordinaire on le fait dans le but de combattre le fait congestion. Bacon fait d'abord des effleurages au niveau de l'aisselle et le long du bord du grand pectoral pour mieux atteindre la glande par son côté externe ; alors il exerce des pressions progressives soit de la portion inféro-externe du sein vers l'aisselle, soit de sa portion supéro-externe vers la sous-clavière.

(Semaine méd.)

—: o: —

## CHIRURGIE

### Le traitement de l'ostéomyélite

Dans un récent article de la (Pédiatrie pratique), M. le professeur (Kirmisson) a résumé, en quelques lignes, les points principaux à retenir du traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Le traitement de l'ostéomyélite est essentiellement chirurgical. Dès que le diagnostic est établi, sans perdre de temps à des frictions ou à des émissions sanguines, il faut immédiatement intervenir. Il ne s'agit point de donner un simple coup de bistouri, comme dans un abcès superficiel. Ce qu'il faut, c'est faire une longue incision méthodique comprenant le périoste lui-même sur toute la hauteur du foyer. On ne s'arrêtera qu'au moment où le tranchant du bistouri vient rayer la face externe de l'os. Pour ne laisser ni clapiers, ni diverticules où stagne le pus, on fera les contre-ouvertures nécessaires et on réunira les ouvertures multiples ainsi faites par de gros drains en anse.

Mais, dira-t-on, comment un praticien pourra-t-il prendre la responsabilité de ces larges dé-

bridements, dans un cas où la sensation de fluctuation n'est pas manifeste ? L'objection est sans valeur et n'est pas de nature à arrêter un médecin sûr de son diagnostic. Tout d'abord, il est à remarquer que bien souvent il existe du pus entre l'os et le périoste, alors même que la fluctuation n'est pas perceptible. D'autre part, si vous annoncez à la famille du malade qu'il s'agit d'une affection grave, que le large débridement du périoste s'impose comme une nécessité, alors même qu'il n'y aurait pas encore de pus, vous aurez mis votre responsabilité à couvert. Attendez-vous pour intervenir, dans un panaris profond, que la fluctuation soit évidente ? Ne savez-vous pas que le débridement précoce du périoste est, le meilleur moyen d'enrayer l'inflammation ? Et qu'est-ce, après tout, qu'un panaris profond, sinon une ostéomyélite des phalanges ?

L'incertitude du diagnostic ne saurait pas davantage être un obstacle à l'intervention. Vous n'êtes pas assuré, dites-vous, qu'il s'agit d'une ostéomyélite ; vous pensez que peut-être, vous êtes en présence d'un phlegmon diffus ? Cette hésitation ne saurait avoir aucune importance au point de vue pratique, puisque, dans un cas comme dans l'autre, ce qu'il faut, c'est pratiquer de bonne heure de larges débridements. Vous avez commencé votre intervention dans l'idée qu'il s'agissait d'un phlegmon diffus et vous n'avez pas trouvé de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est la preuve que vous vous êtes trompé et vous pousserez dès lors votre incision jusqu'à l'os. Vous n'imiterez pas la conduite de ce médecin qui, il y a quelques années, nous envoya à l'Hopital Trousseau un petit malade atteint d'ostéomyélite du tibia, dont la jambe était transformée en un véritable lac de pus. Il avait fait le diagnostic de phlegmon, et, sous ce prétexte, il laissait depuis un mois le malade sans intervention. Ainsi que je l'ai déjà dit, l'erreur de diagnostic est pardonnable ; la conclusion thérapeutique qu'il en avait déduite était véritablement sans excuse.

Doit-on toujours pratiquer la trépanation de l'os ? C'est l'avis du professeur Lannelongue. M. Kirmisson pense qu'il ne faut pas être aussi absolu, car beaucoup de malade peuvent guérir sans trépanation, et quelques-uns ont eu des arthrites suppurées, des hyperostoses, des séquestres et des suppurations interminables, même après avoir trépanés.

La première indication, donc est de débrider



largement et de drainer soigneusement : cela suffit souvent à enrayer la marche des accidents. Si la fièvre et les accidents septicémiques se prolongent, quand même, on a recours alors au chirurgien et à la trépanation de l'os.

(Le concours Médical)

## Thérapeutique et Matière Médicale

De l'épithélioma cutané (ulcus rodens) pathologie et traitement

par M. le Dr M. Feeley

En ce qui concerne la nature de (l'uctus rodens), l'auteur après avoir mis en relief plusieurs de ses caractères (lenteur de l'évolution, intégrité des ganglions voisins, absence de métastases considérations des modifications histologiques, etc.—), se croit autorisé à conclure, [(qu'il s'agit d'un néoplasme intermédiaire aux tumeurs malignes et aux ulcères simples ou spécifiques.

(Traitement). Avant d'entrer dans le détail du traitement, l'auteur exprime sa conviction qu'on peut guérir l'ulcus rodens avec toute probabilité de non récurrence, aussi bien qu'un ulcère simple ou spécifique. — Le traitement peut être subdivisé en : a) traitement opératoire et b. (traitement non opératoire. Pour le traitement chirurgical, il accorde la supériorité au thermo-cautère ou au galvano-cautère. Pour le traitement médical, les meilleurs agents thérapeutiques seraient le chlorate de potasse, le colodion salicylé, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent. A ces moyens se sont ajoutés les rayons X et la photothérapie à la Finsen ; mais leur emploi est subordonné à la réalisation de conditions multiples, qui ne laisse guère espérer une généralisation de la méthode.

“ Le traitement que j'adopte, écrit l'auteur, quand l'ulcère n'est pas trop large ou lorsqu'il est aisément accessible, consiste dans l'application de la formaline pure c) ; si une seconde, une troisième application me paraissent nécessaires, je me sers de glycérolé à la formaline (30 p. 50).

“ Lorsque l'affection est ancienne, qu'elle paraît avoir atteint les os ou qu'elle s'accompagne d'une destruction considérable de tissu ou bien quand la lésion est peu accessible, je préfère anesthésier le sujet, enlever au bistouri ou avec la curette tout le tissu dégénéré, et ap-

pliquer comme topique astringent soit du tannin en poudre, l'aldéhyde formique, le formol, soit de l'extrait de glande surrénale pour arrêter le suintement et faciliter la formation d'une eschare, et alors, employer la formaline ou la formaline glycérolée (30 p. 50), avec le soin de prolonger l'anesthésie cinq minutes après l'application du topique ”.

La condition capitale du traitement, c'est la destruction entière du tissu dégénéré. Répéter, donc, autant qu'il le faut dans chaque cas, les applications de formaline.

Suit la relation résumée de 3 observations tout à fait encourageantes. D'autre part, depuis ces faits, l'auteur aurait traité avec des résultats également satisfaisants, des tumeurs vraiment malignes, au moyen de la formaline.

(Ann. de Thérap.)

### Ichthvol

Huile formée d'hydrocarbures, mêlés de produits sulfurés, azotés et phosphorés, provenant de la distillation de certaines roches bitumeuses et paraissant résulter de la décomposition de matières animales, en particulier de débris de poissons. Contient 2.5 p. c. de son poids de soufre (Prunier) à l'état brut. On emploie le produit traité par l'acide sulfurique et neutralisé, soit par la soude (sulfo-ichthyolate de soude), soit par l'ammoniaque (ichthyolammium).

Propriétés physiques et chimiques. — Liquide très visqueux, noirâtre, d'une odeur et d'une saveur désagréables. En partie soluble dans l'eau (émulsion laiteuse), complètement soluble dans un mélange d'éther et d'alcool. Utilisable avec la vaseline, les huiles et les graisses, entièrement soluble dans l'eau, s'il est bien neutre et donnant seulement dans ce cas une solution stable.

Propriétés et indications thérapeutiques. — Préconisé à l'extérieur contre la tuberculose pulmonaire, l'asthme, les douleurs rhumatismales, la sciatique (Crocq).

Agent thérapeutique (Unna), surtout employé en applications externes dans le traitement de l'acné, du psoriasis, de certains eczémas séborrhéiques (Unna), des brûlures, des engelures, des gerçures du sein, de l'hypéridrose, de la plaque érysipélateuse, des piqûres d'insectes. Employé en lavements contre l'entéocolite muco-membraneuse (Bourget), en injec-

tions urétrales contre la blennorrhagie, en pansements contre la métrite.

**Formés Pharmaceutiques. Posologie. —**  
(Usage interne : ) 0 gr. 10 à 2 grammes ; en capsules, en solution. (Enfants : ) 0 gr. 50 à 2 grammes. (Usage externe : ) solution aqueuse bien neutre à 5-10 p. c. (injections urétrales, à 1 p. c. lavages urétraux ou vésicaux.

Pommade 5 p.c. (dermatoses), 1 p. c. (yeux).

Suppositoires de 0 gr. 30-0 gr. 60.

Glycérolé, emplâtre, collodion, savon, traumaticine 15-10 p. c. Ovules à la glycérine solidifiée avec 0 gr. 10 à 0 gr. 50 d'ichthyol.

(Ann. de Thérap.)

: 0 :

## DERMATOLOGIE

### Traitement des phthirases et des dermatoses causées par la présence et le parasitisme des poux

Traitement des poux de tête. L'impétigo pédiculaire disparaît généralement très vite par la seule destruction des parasites, de sorte que, quelle que soit son intensité, il n'y a pas lieu de faire de traitement préparatoire et qu'on peut s'adresser de suite aux préparations parasitocides ; faire couper les cheveux ras aux garçons ; on peut parfois s'en dispenser chez les filles.

Les poudres insecticides et les lotions sont des procédés imparfaits ; on réussit mieux avec des pommades au soufre, au baume du Pérou, au précipité blanc, au naphthol. Une bonne préparation est la suivante :

Axonge.....	30 grammes
Précipité blanc.....	2 —
Naphtol B.....	2 —

Le traitement de la phthirase du corps consiste à détruire les parasites : or, comme les poux habitent les vêtements et non la peau, ce sont les vêtements qu'il faut désinfecter.

Le traitement populaire des poux du pubis consiste en frictions avec de l'onguent gris. C'est un traitement très efficace, mais non sans inconvénients, parce qu'il peut déterminer de l'hydrargirisme.

On peut remplacer l'onguent gris par la pommade suivante :

Axonge.....	20 p.
Précipité blanc.....	2 —
Naphtol.....	1 —

ou bien par une pommade au pétrole :

Pétrole.....	ââ 75 grammes.
Baume du Pérou..	“
Huile de laurier...	“

Pour la phthirase des cils, Julien recommande d'enlever à la pince tous les parasites. On peut mettre une pommade à l'oxyde jaune de mercure comme pour certaines blépharites :

Vaseline.....	5 grammes
Oxyde jaune de mercure finement pulvérisé.....	5 centigr.

(Ann. de thérap.)

## GYNECOLOGIE

### Sur le traitement conservateur des inflammations chroniques des organes génitaux internes de la femme

Malgré les excellents résultats obtenus par la gynécologie opératoire, grâce à ces nombreux perfectionnements de ces dernières années, on tend à devenir de plus en plus conservateur dans le traitement des inflammations chroniques des organes génitaux de la femme. A côté du massage et de l'antisepsie, l'action des températures élevées s'est montré d'une influence favorable sur la résorption des exsudats inflammatoires, l'arrêt des hémorrhagies (air chaude, vapeur chaude, eau chaude).

Eisenberg (Wien. Med. Woch., 1903, no 11) préconise l'emploi des douches internes chaudes ; mais, dit-il, pour obtenir un succès réel, le médecin devra les donner lui-même d'une manière systématique, en même temps qu'il surveillera attentivement l'évolution du processus morbide chez ses malades. Ces douches devront être abondantes ; elles seront vaginales ou rectales, à la température de 40 à 50 C.

La méthode s'applique d'ailleurs également aux différentes inflammations chroniques du petit bassin. Citons, en premier lieu, les exsudats abondants, intra ou extra-péritonéaux, d'origine génitale ou non. Naturellement, il faut que la lésion soit ancienne, qu'il y ait absence de fièvre, ou de quelque autre symptôme aigu d'inflammation.

L'action bienfaisante de la chaleur serait due à une augmentation du nombre des leucocytes.

Ce procédé offre l'avantage considérable de pouvoir être appliqué sans qu'il soit nécessaire d'hospitaliser les malades.

Les douches chaudes se recommandent aussi dans les inflammations chroniques des annexes. Dans le pyosalpinx, même peu abondant, la méthode peut être dangereuse. Dans l'ovario-salpingite, et même dans la périovario-salpingite, le procédé est particulièrement appréciable, car il diminue rapidement les douleurs, puis les fait disparaître totalement. Toutefois son action résorbante est peu accentuée dans ces affections. Eisenberg confirme aussi les bienfaits de l'ichtyol, que les praticiens emploient volontiers en gynécologie.

Mais les douches chaudes sont encore plus efficace dans la paramérite chronique, avec adhérences ; elles diminuent la douleur en même temps qu'elles facilitent la résorption des exsudats. Les résultats sont encore meilleur si on peut les combiner au massage. (Excellents effets, dans la rétroflexion fixée, de la douche chaude, suivie de massage.)

Eisenberg ne veut cependant pas faire de cette méthode une panacée. Beaucoup de cas doivent être traités uniquement par l'intervention chirurgicale, beaucoup aussi par le repos au lit, et par différents remèdes ; mais il est certain que les douches chaudes sont susceptibles de guérir assez vite, ou de soulager un grand nombre de malades atteints d'inflammations chroniques du tissu conjonctif du bassin, qui jusqu'alors n'étaient pas traitées convenablement, ou bien étaient simplement soumises à la médication ichthyolée, et ne guérissaient pas.

La guérison ne peut pas toujours être obtenue, anatomiquement parlant, ni par les autres procédés ni par cette méthode, mais celle-ci amène d'une façon certaine la disparition des douleurs.

(Le concours mèd.)

—: o: —

## OBSTÉTRIQUE

De la fièvre de grossesse

Clinique de M. le Prof. A. Pinard

Dans le cours de cette année, nous avons reçu et observé à la clinique Baudelocque un

grand nombre de femmes enceintes ayant un état fébrile. Tandis que plusieurs de ces femmes étaient près du terme ou dans les derniers mois de la grossesse, d'autres présentaient une gestation au début ou ne datant que de quelques mois. Chez l'une d'entre elles, actuellement encore dans le service, et qui fut apportée étant enceinte de quatre mois environ, nous avons cherché pendant longtemps la cause de son état fébrile avant de la dépister, de la saisir et enfin de la faire disparaître.

Or, à propos du diagnostic différentiel discuté devant nos élèves, parmi toutes les hypothèses émises dans les différents cas ne figura jamais celle de "fièvre de grossesse". Voici pourquoi :

"La fièvre de grossesse, la fièvre des femmes enceintes, la fièvre propre aux femmes enceintes, la fièvre gravidique", fut admise et décrite pour la première fois par un auteur anglais accoucheur de grand mérite, John Burns, professeur royal de chirurgie à l'Université de Glasgow, dans son traité des accouchements. Ce livre eut dix éditions, de 1809 à 1843.

Pour Burns, il y a deux espèces de fièvre de grossesse, l'une débutant presque avec la conception, pouvant durer plus ou moins longtemps, mais peu grave, l'autre débutant vers le milieu de la grossesse, à symptômes plus accusés, et pouvant déterminer l'avortement d'abord et la mort ensuite.

Dans leur traité de l'art des accouchements, S. Tarnier et P. Budin consacrent un article spécial à la "fièvre propre aux femmes enceintes".

Dans son excellent livre, Ch. Vinay discute la réalité de la fièvre de la grossesse, et admet que la grossesse n'agit, en quelque sorte, que de seconde main, et par l'intermédiaire de maladies spéciales et individualisées.

Aucun travail sérieux se recommandant par la notoriété de l'auteur n'a paru dans la littérature obstétricale depuis cette époque.

Aucune observation n'a été donnée, pour cette raison très simple : c'est que la "fièvre propre aux femmes enceintes n'existe pas".

De nature essentiellement scolastique, cette entité morbide n'a jamais servi qu'à masquer, je ne dis pas une erreur, mais une absence de diagnostic.

Il est absolument nécessaire de faire disparaître ce chapitre de la pathologie de la grossesse, car non seulement il est inutile, mais il est de plus dangereux.

En effet, la croyance à la réalité de la fièvre de grossesse empêchera de rechercher avec patience et ténacité, la cause véritable d'un état fébrile chez une femme enceinte, et par cela même de recourir à une thérapeutique éclairée et efficace.

Inversement, la négation " absolue " de la fièvre de grossesse commandera l'analyse attentive et rigoureuse des symptômes cliniques chez toute femme enceinte présentant un état fébrile pendant la gestation.

C'est ainsi que l'on pourra dépister l'existence d'affections inconnues des auteurs ci-dessus cités telles que : l'appendicite, les torsions de tumeurs plus ou moins volumineuses (hematosalpinx, hydrosalpinx, kystes de l'ovaire, etc., à pédicules tordus), la cholecystite, etc., affections déterminant un état fébrile chez les femmes enceintes.

Je tiens à répéter que pendant la grossesse il n'y a pas plus de " fièvre essentielle " que de " péritonite spontanée ".

Chez toute femme enceinte présentant un état fébrile ou des phénomènes de réaction péritonéale, la gestation doit être bannie de la pathogénie et de l'étiologie de cette fièvre. Il faut chercher, rechercher jusqu'au moment où, ayant dépisté la véritable cause, on peut faire œuvre de médecin, c'est-à-dire opposer à cette cause une thérapeutique véritablement rationnelle.

---

## PEDIATRIE

---

### Les bains dans les maladies aiguës de l'enfance

M. le Dr Laurent a étudié dans sa thèse les indications et les bienfaits de la balnéation thérapeutique dans les maladies aiguës de l'enfance.

" La balnéation, dit-il, comprend un ensemble de procédés qui peuvent être rangés sous trois groupes principaux, le bain froid, le bain tiède, le bain chaud. Les lotions, les affusions, sont des pratiques dérivées du bain froid. Les enveloppements forment une méthode mixte permettant de réaliser les effets physiologiques de l'immersion aux différentes températures.

" Toutes les applications hydrothérapiques ont des propriétés générales communes et réalisent en définitive la grande indication d'une thérapeutique anti-infectieuse : mettre l'organisme

dans le meilleur état fonctionnel, le soutenir dans sa lutte contre l'agent microbien.

" Froide, tiède ou chaude, la balnéation augmente l'absorption pulmonaire de l'oxygène, accroît les combustions interstitielles, dissipe les stases sanguines, favorise les éliminations.

" Ces effets physiologiques généraux sont le résultat d'une excitation transmise à l'axe cérébro-spinal, par les extrémités nerveuses périphériques ; dans une certaine mesure, ils sont en rapport avec la qualité de cette excitation : une application tiède semblerait convenir aux cas d'infection moyenne, les applications chaudes ou froides seraient plutôt indiquées dans les états toxi-infectieux plus profonds.

" Dans la détermination du procédé à employer, le degré de l'intoxication n'est pas l'unique facteur ; il faut aussi tenir compte d'indications spéciales : elles dépendent des lésions spécifiques engendrées par l'agent pathogène, de l'état fonctionnel des viscères et du système nerveux, surtout de la manière dont réagit le malade.

" Les propriétés générales de tous les modes de balnéation étant à peu près identiques, nous devons préférer celui dont les avantages particuliers satisferont le mieux aux nécessités.

" Les avantages particuliers du bain froid sont l'action sur le système nerveux, l'effet antithermique et la diurèse.

" La sédation appartient au bain tiède.

" Le bain chaud est un anticongestif puissant et provoque le maximum d'élimination en ménageant les fonctions du rein.

" Ces brèves données permettent de dégager une ligne de conduite assez précise ; d'une façon générale, voici les principes qui doivent guider dans le choix d'un mode de balnéation :

" Le bain froid répond aux états ataxo-adiynamiques, à l'hyperthermie, aux cas où l'intoxication de l'économie étant prononcée, la voie rénale paraît favorable pour l'élimination.

" Chez l'enfant, le jeune enfant surtout, le bain froid constitue un procédé très énergique qui demande à être manié avec prudence ; on utilise le plus souvent son action stimulante et on emploie dans ce but des procédés moins pénibles et aussi avantageux, les lotions, les affusions, le drap mouillé.

" Le bain tiède trouve son application dans la majorité des cas. Supporté par tous les malades, il suffit dans les infections de moyenne intensité.

" Ses propriétés sédatives en font le procé-

dé de choix dans les états compliqués d'éréthisme douloureux et d'insomnie.

" Le bain chaud sera préféré lorsque l'intoxication générale étant profonde, les reins, le cœur et les poumons doivent être ménagés.

" En dehors de l'infection générale, son action anticongestive le fait indiquer d'une façon spéciale dans les affections inflammatoires des viscères, dans celles des organes thoraciques et dans l'hyperémie des centres nerveux tout particulièrement.

" Enfin, il est logique de tirer parti du bain chaud dans tous les cas où l'infection nécessitant une médication énergique, le jeune âge de l'enfant ou sa susceptibilité particulière ne permettent pas de donner le bain froid "

(*Le concours médical.*)

## RADIOGRAPHIE

### APPLICATIONS DES RAYONS X AU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE

par le docteur L. R. REGNIER

*Chef du laboratoire de radiographie de la Charité,  
Aide-major de 1ère classe de l'armée territoriale.*

(*Suite et fin*)

L'appareil de Zossenhein, de Hambourg, tient dans 2 caisses, dont l'une renferme la bobine avec son interrupteur, son tube et son porte tube, l'autre les accumulateurs. La longueur d'étincelle obtenue est de 25 centimètres.

L'appareil Voltohm de l'Elektricität Gesellschaft de Munich est composé d'une bobine de 25 centimètres d'étincelle, avec interrupteur électro-magnétique et ampèremètre. Le tout se place dans un sac en cuir muni d'une courroie avec poignée. Une caisse de volume très réduit contient huit accumulateurs.

L'appareil d'Hirschmann, de Berlin, tient également dans deux caisses. Le support de l'appareil, pliant, se fixe pour le transport sur une des caisses. Le porte-tube se place dans la boîte qui contient la bobine.

Tous ces dispositifs ont du bon, mais ne représentent pas encore la perfection. Ils témoignent néanmoins de l'intérêt particulier que les constructeurs attachent à rechercher la meilleure solution du problème. Pourquoi n'en est-il pas de même chez nous? Nous avons vu, dans notre précédent article, qu'il y avait déjà dans notre pays deux appareils qui devraient tout au moins être mis à l'essai pendant les grandes manœuvres prochaines,

celui de Drault et celui de Séguy. Les constructeurs pourraient profiter de ces expériences pour apporter à leurs dispositifs les modifications qui seraient reconnues nécessaires. Il y a, certes, autant d'intérêt pour le corps de santé à avoir de bons appareils de radiographie, que pour celui des télégraphistes d'en avoir de pratiques pour la télégraphie sans fil. Attendra-t-on toujours que les premières tentatives faites en France aient leur consécration à l'étranger, pour s'en servir dans leur pays d'origine? C'est ici le cas, puisque ce sont des Français qui ont créé les deux premiers types d'appareils de radiographie transportables, et que l'armée attend encore d'en avoir un.

Nous avons puisé le second fait, intéressant à signaler, dans les recherches de Darcourt sur l'opacité aux rayons X des différentes poudres antiseptiques.

Souvent, en effet, on se trouve obligé dans la pratique journalière, d'examiner un blessé à travers son pansement pour ne pas déranger un appareil bien placé, sur une fracture par exemple, ou ne pas courir le risque d'infecter une plaie en l'exposant à l'air. Cette nécessité sera encore bien plus fréquente en chirurgie de guerre. Il faut donc savoir, avant d'appliquer un pansement, que certaines substances qui entrent dans sa composition pourront gêner l'examen, afin de leur en substituer d'autres si cela est possible.

Or, il résulte des recherches de M. Darcourt, que les corps les plus opaques sont le diiodoforme, l'iodol, l'iodoforme, le xéroforme, l'airol, le lorétinate de bismuth. Le traumatol, l'aristol et l'europhène sont plus transparents; le salol, l'orthoforme, le salophène, et l'acide borique le sont complètement. Il y aura donc lieu de se servir de préférence de ces substances, à moins de contre indication absolue venant de l'état de la blessure, chez les hommes qui devront être soumis aux rayons X. On évitera ainsi des erreurs d'interprétation qui pourraient être préjudiciables à la fois au blessé et au chirurgien, et tout le monde y trouvera son compte.

(*Le caducée.*)

## SYPHILIGRAPHIE

### Sur la maladie de Paget et la syphilis héréditaire tardive

(*Suite*)

Cela dit, je m'empresse de concéder toutefois que les considérations qui précèdent, et que toutes celles de même ordre qui pourraient y être adjointes, sont et resteront toujours impuissantes, à démontrer le fait qu'il s'agit de démontrer, à savoir que les lésions de Paget sont le produit de l'hérédosyphilis. Cette dé-

monstration ne sera acquise, scientifiquement et définitivement acquise, que le jour où nous serons en possession d'un fait ou, mieux encore, d'un groupe de fait répondant au schéma suivant :

D'une part, un malade affecté d'ostéopathies répondant d'une façon bien certaine au type des lésions de Paget ;

Et, d'autre part, antécédents d'hérédosyphilis incontestablement établis sur ce malade, cela soit de par la constatation sur lui de stigmates avérés d'hérédité syphilitique, soit, mieux encore (car c'est là le critérium par excellence en l'espèce), de par la " syphilis avérée des ascendants ", avérée d'après des témoignages bien authentiques.

Ah ! alors, devant ce fait modèle, devant ce fait idéal, l'évidence sera acquise, et la conception de M. Lannelongue établie sur une inébranlable base.

Mais, hélas ! nous ne sommes pas en possession d'un tel fait, et pour cause. Car (et je parle ici par expérience personnelle, pour avoir longtemps travaillé cette question de la syphilis héréditaire tardive), s'il est déjà facile de reconstituer un passé ne datant, par exemple, que d'une dizaine d'années, et même si l'on y échoue souvent, combien ne doit-il être pas plus ardu, plus aléatoire de remonter dans un passé vieux de trente, quarante, cinquante ou même soixante ans ! Quand on fouille le passé à ces distances lointaines, on marche dans les ténèbres. Sans doute, un fait de l'ordre en question, entouré de toutes garanties d'authenticité, n'est pas rigoureusement impossible à dépister ; mais ce sera là une véritable " trouvaille " de clinique, trouvaille (je répète le mot à dessein) que le hasard pourra nous faire bien longtemps attendre.

Aussi bien, à défaut de cas de ce genre qui se sont dérobés jusqu'à ce jour, n'avons-nous rien de mieux à faire que d'accorder bon accueil à des cas moins complets qui, pour n'avoir pas l'absolue certitude des premiers, sont cependant de nature à fournir un appoint à la démonstration poursuivie. De ce nombre sera le suivant que je demanderai à l'académie la permission de produire.

Ce cas, je l'ai observé il y a sept ans, et jusqu'à ce jour je l'avais tenu en réserve, dans l'espérance — hélas ! toujours déçue — d'en rencontrer un second, voire un troisième, pouvant lui servir de pendant, de garant. Je ne saurais assurément trouver une meilleure occasion de lui

faire voir le jour. Le voici donc en quelques mots, et il ne sera pas, je pense, sans faire plaisir à M. Lannelongue.

Deux frères me sont présentés par un médecin de la ville.

I. — Sur le plus jeune, âgé de trente-neuf ans, je constate : 1. une hyperostose considérable de toute la moitié inférieure du tibia, hyperostose que rend mieux appréciable encore une belle photographie Rontgen ; — 2. une hyperostose analogue, mais moins volumineuse, de la clavicule droite. — La première de ces lésions date de deux ans ; quant à la seconde, sa date d'origine ne peut être déterminée. — Ces deux lésions, me dit-on, ont été vues par deux chirurgiens (l'un et l'autre membres de cette Académie), qui, l'un et l'autre, les ont rapportées à une syphilis héréditaire.

II. — Le frère aîné, âgé de cinquante-deux ans, offre un type accompli de la maladie de Paget, se caractérisant ainsi :

1. Déformation très accusée des membres inférieurs, qui sont arqués en ellipse ; — fémur et tibia volumineux et fortement incurvés ; — genoux très écartés ; — marche gauche et gênée. — Cette lésion, d'apparence rachitique, remonterait à vingt ans environ, mais " pas plus haut dans le passé, affirme le malade ; car, survenue plus tôt, elle aurait été constatée par les divers conseils de revision devant lesquels j'ai pu passer et aurait été une cause d'exclusion ".

2. Incurvation très bizarre et très intense du radius droit, lequel revêt exactement la forme d'un dos de fourchette, avec une saillie dorsale d'au moins deux centimètres.

Or, qu'étaient ces deux sujets comme aspect général ?

De petits hommes, de tout petits hommes, n'ayant subi manifestement qu'un développement incomplet, avorté ; — de plus, des sujets grêles et réduits de toutes proportions, ratatinés étriqués, et atrophiés de toute leur personne. — En outre, sur le plus jeune, tête notablement petite.

Sur l'un et sur l'autre, très attentivement examinés, il me fut impossible de découvrir le moindre stigmatisme d'hérédité spécifique (comme aussi le moindre antécédent de syphilis acquise) — Le seul antécédent suspect que je pus recueillir consistait en des maux d'yeux intenses et prolongés ayant sévi sur le frère aîné pendant son enfance.

Mais, comme antécédents familiaux, deux frères morts en tout bas âge ; deux sœurs éga-

lement très petites de taille et très grêles de corps. — Père mort encore jeune, d'une " maladie du cerveau ", sans autres renseignements. — Enfin, absence de tuberculose, de cancer et d'alcoolisme dans la famille.

Pour ma part, je le déclare, ma conviction intime est faite sur le cas que je viens de vous raconter sommairement. Je crois fermement que ce cas est relatif à des ostéopathies hérédosyphilitiques ayant revêtu, au moins sur l'un des frères, le type parachevé des lésions de Paget. Ce diagnostic, je le répète à dessein, a été également celui de deux de nos collègues, relativement à l'un des frères pour le moins ; (j'ignore s'ils ont examiné l'autre). Et il sera de même partagé, je l'affirme à l'avance, par M. Lannelogue.

C'est qu'en effet, pour tout médecin ayant l'habitude de ces sortes de cas, c'est-à-dire ayant étudié d'une façon quelque peu suivie l'hérédosyphilis, le diagnostic d'hérédosyphilis dans l'observation précitée ressort presque nécessairement et de cet arrêt du développement général ayant frappé quatre membres d'une même famille, et de cette réduction de l'être, de cet étriement, de ce rabougrissement de l'individu, et aussi de l'absence de toute autre tare héréditaire. Cette atrophie de l'individu est par excellence un résultat de l'hérédité spécifique, résultat auquel nous assistons assez souvent sur nos malades, résultat qu'à coup sûr (je suis en mesure de l'affirmer) la syphilis produit bien plus fréquemment que ne le fait la tuberculose, que ne le fait l'alcoolisme, et qui, de par lui seul, est presque significatif à mes yeux.

(A suivre)

(Bull acad. med).

#### Une réaction nouvelle des syphilitiques vis-à-vis du mercure

On connaît déjà l'épreuve de Justus : Une dose élevée de mercure — en injection ou en friction — provoque, au bout de quelques heures, dans le sang d'un syphilitique qui n'a pas encore été traité, une chute caractéristique de la teneur du sang en hémoglobine.

Karl Herxheimer et Krause (de Francfort-sur-Mein) ont noté une nouvelle réaction du mercure qui serait spéciale aux syphilitiques non traités : une friction de 4 grammes d'onguent gris ou en injection de 0 gr. 1 de salicylate d'Hg ou de calomel produirait, dans un laps

de temps de quinze à vingt-quatre heures, une modification profonde de l'éruption secondaire, consistant en une augmentation du nombre et du volume des éléments éruptifs et parfois avec apparition de phénomène fébriles. L'exanthème perd ses caractères, prend un aspect plus floride et ressemble même objectivement à une poussée urticarienne : l'examen microscopique après biopsie rencontre de ces changements. Plus la réaction serait vive et plus serait rapide la guérison ultérieure de l'éruption.

Mais le mercure ne peut servir de pierre de touche qu'une seule fois ; la réaction ne se reproduit pas par la suite.

Les auteurs ont vu que cette réaction permettait de différencier les éruptions maculeuses quelconques non spécifiques, — que l'épreuve du mercure n'influence pas — des éruptions syphilitiques secondaires.

Ces faits mériteraient d'être contrôlés, (Karl Herxheimer und Krause,) Frankfurt a., M. : Ueber eine bei Syph. vorkommende Quecksilberreaktion, (Deutsche med. Woch., no 50, 1902).

(Ann. de thérap).

## MALADIES VÉNÉRIENNES

### Traitement antiseptique du chancre rectal et genital

On lave d'abord la lésion avec du coton trempé dans une solution fraîche de permanganate de potasse à 10 p.c. et, au bout d'une minute, on lave à l'eau oxygénée, diluée de trois fois son volume. On applique alors un pansement avec la solution suivante :

Alun.....	1	gr.	50
Acétate de plomb	8	—	50
Eau q. s. p.....	100	—	

Cette solution contient un précipité blanc et doit être agitée avant l'emploi. Elle n'irrite pas l'anus, ni les organes génitaux externes. Dans les cas de chancres intra-rectaux ou vaginaux, on lave à l'eau les surfaces après le nettoyage avec le permanganate et l'eau oxygénée, on retire le spéculum et on applique un suppositoire de beurre de cacao contenant 0.60 d'acide borique. Quatre ou cinq jours de pansements, appliqués une fois par jour, suffisent généralement pour supprimer la virulence et activer le travail de cicatrisation. Après quoi on supprime le permanganate et l'eau oxygénée et on applique de la vasaline boriquée sur de la gaze. On continue les suppositoires si la lésion est rectale ou vaginale.

(Annales Thérapeutique.)

## HYGIÈNE

Quels sont, au point de vue de la généralisation de la tuberculose, les effets de la cure marine

par M. le Dr F. Lalesque

## I

La France littorale doit à sa situation géographique, aux conditions topographiques où elle est placée, un climat tempéré, mais surtout d'une régularité, d'une stabilité réelles. Ces qualités atteignent leur maximum aux zones de la Manche et de l'Atlantique. Quelques éléments du climat doivent fixer l'attention. La pression barométrique active la circulation pulmonaire aérienne et sanguine. Les globules rouges augmentent (Cazin, Ranvier), le taux de l'hémoglobine s'accroît (Hénoque, Badaloni). La pureté atmosphérique absolue en haute mer reste encore dominante sur le littoral (Lalesque, Vivière, Duphil, Legrand, Brandès, Gautrellet). L'ozone abonde à la mer (dosages chimiques de Duphil, de A. Gautier). Aux régions littorales pourvues de dunes boisées de pins maritimes, l'ozone atteint le chiffre des hautes altitudes (P. de Thierry, H. Duphil). Le chlorure de sodium est un élément inconstant de l'atmosphère marine. Le poids spécifique de la gouttelette d'eau salée limite son transport à de courtes distances (Casse, Kruse, Duphil). Même dans les conditions les plus favorables à sa présence, le chlorure de sodium ne se trouve que dans la proportion de 22 à 15 millièmes de milligramme par litre d'air (A. Gautier, Duphil). La preuve de la spécificité de l'air marin due au chlorure de sodium n'est pas faite.

L'ensemble des éléments du climat marin produit des effets de préservation, des effets sédatifs, toniques, antiseptiques.

Théoriquement, ils semblent peu favorables à la généralisation de la tuberculose, sous réserve de pallier deux éléments parfois excessifs : le vent, l'humidité.

## II

La technique à mettre en œuvre dans les cures marines est d'une importance capitale. A lui seul l'air pur ne suffit pas pour guérir la tuberculose. Le meilleur climat donnera des résultats déplorables si le malade ne s'y soumet à la cure d'air dans toute sa rigueur.

La méthode de Broehmer a plus fait pour le succès des sanatoriums allemands que l'attitude

elle-même. Si nos vieilles stations françaises ont pu guérir nombre de malades sans l'emploi de cette méthode, les succès auraient été autrement nombreux avec la cure hygiéno-diététique. D'ailleurs, les qualités supérieures de nos climats côtiers en facilitent singulièrement la pratique.

La technique de la cure marine comprend les voyages sur mer et les stations littorales.

Les voyages sur mer ont donné et donnent d'excellents résultats. Mais pratiquement ils sont difficiles pour les peuples d'humeur peu voyageuse. Ils exigent de grosses dépenses. Un malade habitant aux environs d'un port du Nord devra préférer le voyage par mer (aller et retour) pour se rendre dans une station maritime de cure. Ce procédé m'a donné de bons résultats.

Arcachon est la seule station littorale où se pratique, de nos jours, la cure marine proprement dite. Le tuberculeux habite sur la plage et fait de fréquentes sorties en bateau, soit à la rame, soit à la voile, mais toujours étendu sur la chaise longue. L'accoutumance arrive vite et, sauf par tempête, ni le vent ni le froid ne sont des contre-indications.

Cette technique a pour but de mettre le malade en contact plus direct avec la grande pureté de l'air, comme aussi de le soumettre à une action plus directe des rayons chimiques du soleil et enfin de le faire bénéficier des mouvements passifs transmis au corps par la mer et le bateau. Cet exercice passif constitue un heureux correctif de l'immobilité imposée aux tuberculeux fébriles.

La cure sur mer a pu être pratiquée, en été, sur des plages de la Manche, par des tuberculeux à cavernes, préalablement entraînés sur le bassin d'Arcachon.

La durée des sorties en mer est fort variable ; pour quelques malades elle a pu se prolonger de six à huit heures.

Les avantages de cette technique se traduisent par le retour de l'appétit, la diminution de la toux, une plus grande facilité de la respiration, un sentiment de bien-être très recherché des malades, le retour du sommeil. Cependant on a dit que l'habitat au bord de la mer était capable de déterminer des effets d'excitation et d'insomnie. Il s'agirait dans ces cas des régions côtières aux vagues tumultueuses.

Si l'on sait doser la cure sur mer, la fatigue est inconnue. Si la fièvre s'observe, elle est le résultat d'une erreur de technique.



## III

La mer, a-t-on dit, provoque la fièvre et l'hémoptysie,

La fièvre marine décrite par Cazin, acceptée de beaucoup de nos contemporains, et due au seul fait d'habiter au bord de la mer, n'existe pas ; du moins ainsi conçue. Si, peu après l'arrivée du malade, survient une élévation de température, le climat n'en est pas responsable (Van Merris, Casse, Sprenger). Il s'agit là d'une simple fièvre de surmenage, apanage des tuberculeux, liée à une imprudence ou mieux à une erreur de technique. Le repos la fait disparaître.

La cure marine jouit d'une action antithermique réelle sur la fièvre de tuberculisation, en particulier sur la fièvre de suppuration, mais toujours sous condition d'une technique rigoureuse.

L'hémoptysie serait facilitée par l'air sec du littoral de la Méditerranée (Daremberg, Chiaïs). Pour Guillermet, quand cet accident se montre, il est le plus souvent attribuable à une imprudence, comme, par exemple, une trop longue exposition au soleil. Sabourin a fixé l'attention sur le danger d'exposer les tuberculeux aux rayons directs du soleil. C'est une cause fréquente d'hémoptysie. Cette erreur de technique doit, sur la Riviera, produire probablement plus d'hémoptysie que la sécheresse. L'avenir répondra.

En climat marin à l'état hygrométrique élevé et stable l'hémoptysie trouve les meilleures conditions à sa cessation. De nombreuses observations personnelles confirment cette proposition que la cure marine, sur le bassin d'Arcahon, ne provoque ni ne rallume l'hémoptysie.

## IV

Après avoir étudié d'aussi près que possible l'action des divers éléments du climat marin sur la tuberculose pulmonaire; après avoir recherché les causes de modifier cette action, en tel ou tel sens, on arrive à cette conclusion: la cure marine, loin de favoriser la généralisation de la phthisie pulmonaire, tend à l'atténuer, à la guérir. Seules, dans la majorité des cas, des erreurs de technique peuvent annihiler cette heureuse influence.

(*Journ. de méd. de Bordeaux*).

## BIBLIOGRAPHIE

Précis d'exploration externe du tube digestif, d'après la méthode Sigaud, de Lyon, par A. Chaillou & MacAuliffe, In-18 avec 27 figures, 4 francs.

Pour permettre d'apprécier ce livre, nous ne pouvons mieux faire que de donner un extrait de la préface du Dr. Sigaud, de Lyon ;

Grâce à l'emploi méthodique de l'inspection, de la palpitation et de la percussion, j'ai pu faire en quinze ans une moisson inespérée de "faits digestifs nouveaux".

De là est sorti un procédé d'examen clinique, inconnu des classiques, "l'exploration externe du tube digestif".

La mise en œuvre de ce procédé a frappé l'esprit de tous ceux qu'en ont été les témoins attentifs et impartiaux.

Il permet de voir clair dans toute une région de notre organisme, restée jusqu'à présent très obscure, et donne à la diététique alimentaire sa base scientifique.

juxtaposé aux autres procédés actuellement en usage pour le diagnostic, il complète à proprement parler le tableau objectif de l'organisme humain, et élève "ipso facto" notre vieille clinique au rang des sciences exactes, en lui donnant une méthode nouvelle et rigoureuse, dont je n'ai pas à parler ici.

Ce petit livre, en effet, n'envisage et ne doit envisager que le "procédé", à l'usage du praticien. C'est un recueil des conseils techniques nécessaires pour l'examen du malade, et un exposé des faits abdominaux les plus essentiels, éléments primordiaux du diagnostic.

Profondément convaincus de la réalité et de l'importance des signes objectifs, révélés par "l'exploration externe du tube digestif", les auteurs tiennent à mettre ce nouvel instrument de travail entre les mains des chercheurs et viennent leur dire après nous :

Voici un nouveau procédé d'examen clinique, d'une portée considérable, d'un maniement très simple et très aisé ; appliquez-le au lit du malade, sans parti pris, avec le seul souci de recueillir des "faits". Bientôt ce sera pour vous un guide indispensable et de tous les instants. Et, dans nombre de cas où jusqu'à présent votre esprit est resté flottant, votre conduite incertaine et empirique, vous aurez la satisfaction de trouver, grâce à ce procédé, l'assise d'un diagnostic précis et les raisons scientifiques d'une hygiène thérapeutique admirablement efficace.

## NOUVELLES

## NECROLOGIE :—

— A Portneuf, le 3 de ce mois, le Dr Louis-Alexandre-Auguste Weilbrenner, à l'âge de 67 ans.

— A Québec, le 2 juin 1903, à l'âge de 48 ans Dr Victor C. Sanfaçon, autrefois de Beauport.

## SUPPLEMENT

## FAUSSE ROUTE

Ils se boudent, se fuient, et pourtant il y a à peine 48 heures qu'ils sont rivés l'un à l'autre par les liens indissolubles du mariage, et ce, pardevant monsieur le curé.

Elle 16 ans, lui, pas tout à fait 20, tous deux d'une candeur et d'une naïveté presque invraisemblables, à tel point, que le jour de leurs noces ils ignoraient les choses les plus élémentaires de la procréation et encore plus les lascifs enivremments du rapprochement sexuel.

A quoi, ou, à qui imputer le blâme d'une telle ignorance, d'une éducation pour le moins dangereuse et sujette à caution ? Mystère. Le fait est avéré, cela suffit.

Or, la première nuit d'épousailles, ils se sont retirés, à une heure assez avancée, dans leur chambrette toute tendue de blanc. L'atmosphère tiède est imprégné de parfums exquis. Sous un pompeux ciel de lit, au centre de la pièce, se dessine une couche moelleuse, attirante, à faire rêver et toute recouverte de soieries et de minces draps d'une blancheur provoquante, aux replis mystérieux. Tout respire le bien-être suggestif, l'enchantement, la griserie, l'ivresse, le délire..... l'amour.

On conçoit parfaitement la perplexité fiévreuse du couple virginal soumis à ces douces et énervantes effluves.

Il est permis de croire que ce n'est pas sans une certaine appréhension et sans avoir au préalable éteint la lumière qu'ils se sont décidés à se dépouiller de leurs vêtements. Quoi qu'il en soit, ils se sont glissés, insensiblement, sans heurt, sur la couche soyeuse et le hasard qui est toujours complice en amour les a rapprochés. Graduellement, ils s'élancent. Leurs cheveux et leurs souffles se confondent. La peau hirsute du jeune homme chatouille l'épiderme neigeuse, moite de la petite dont l'haleine devient brûlante bien que de léger frissons lui courent dans le dos. Blottis, serrés étroitement, ils se pâment sous l'influx d'un désir nouveau, inconnu.

" L'instinct ", qui a causé tant d'ennuis à nos premiers parents menace d'en causer de pires à ces deux enfants que des appétits inasouvis torturent, rendent fous. Idées, désirs, raisonnements se croisent en furie dans le cerveau en ébullition du jeune homme jusqu'à ce que finalement la nature suppléant à la fatale ignorance lui indique le moyen d'apaiser leurs convulsions spasmodiques rendues au paroxysme.....

Un cri perçant, angoissé, a répondu aux efforts de notre héros qui recule épouvanté, saute à bas du lit et allume le bec de gaz. Des sanglots étouffés soulèvent le sein aux reflets d'albâtre de sa bien-aimée.

Tout penaud, honteux, il n'ose la consoler. Il cherche tout de même à deviner la cause du mal, lorsque, oh ! horreur, après un rapide examen, il constate que la " nature " complaisante mais traîtresse, si elle lui avait inspiré le moyen, ne lui avait cependant pas indiqué le bon chemin, car il avait fait fausse route, s'étant fourvoyé bien bas..... trop bas.

Et voilà pourquoi, lui, un frictus amer sur les lèvres, elle le sein tourmenté de haut-le-cœur, ils se fuient, se boudent, bien que le sacrement les unisse depuis à peine 48 heures.

Le N.

— : o : —

## LE MÉDECIN DANS LE MONDE

J'ai connu quelques grands maîtres de la médecine fréquentant beaucoup les salons politiques ou littéraires, et la plupart y ont laissé une réputation d'hommes d'esprit et d'intellectuels de première marque.

Il faut ajouter qu'il n'en faisaient point leur habitude et que ce n'est que par intervalle qu'ils apparaissaient dans une société extramédicales pour se reposer des durs travaux scientifiques.

Quelques-uns, dans la jeune génération, chirurgiens ou médecins, ont essayé de se lancer d'une façon plus folâtre dans le tourbillon mondain, soit par entraînement féminin, soit par réclame ; je crains qu'ils en ont tiré un bien maigre profit, inférieur toutefois, à la considéra-

tion recueillie par leurs anciens.

Mais, ce n'est pas vers le tourbillon de Paris ou des grandes villes que je veux porter mes regards, c'est surtout sur des petites cités, bourgeoises ou aristocratiques de province que je veux arrêter mon attention.

Dans ces milieux à esprit étroit, mesquin, méchant, le praticien devra-t-il se lancer à cœur ouvert dans la série des visites de cérémonie ; je ne le crois pas.

Quand il aura fait connaissance avec ses confrères et à la rigueur avec le groupement qu'on est convenu d'appeler partout la société du pays, il fera bien de surveiller ses épanchements et de n'ouvrir sa porte qu'à bon escient. Du reste, il a autant à gagner à ces précautions que le client lui-même.

Celui-ci n'aime pas rencontrer son médecin à tout bout de champ, lors même qu'il n'est pas son débiteur, ce qui arrive trop souvent, ou qu'il aurait à rougir de quelque péché caché.

La femme, elle, est moins embarrassée de la rencontre, elle a plus de toupet quoiqu'on en dise, et dans un tour de valse, elle ne dédaigne pas de parler de ses petites misères à son confident devenu fortuitement son danseur. Ces sortes de rencontre me paraissent parfois dangereuses, non point en ce qui concerne la morale, mais au point de vue d'une clientèle rémunératrice. L'intimité entre malade et médecin, quand elle dépasse certaine limite, permise cependant, devient à un moment, gênante de part et d'autre, lorsque la question des honoraires est à l'ordre du jour. Les bons comptes, font, dit-on, les bons amis, mais en clientèle, les trop intimes amitiés ne font pas souvent les comptes les moins discutés. Aussi le praticien fera bien, tout en tenant un juste milieu dans son centre d'action, de réserver ses épanchements et son intimité pour ses amis du dehors, n'étant tributaires ni de sa trousse, ni de sa science.

C'est mon expérience personnelle qui me dicte seul ces sages conseils, puissent mes jeunes confrères en profiter !

Quant aux visites de cérémonie que les gens bien élevés ou réputés tels, ont l'habitude de se

rendre à certaine époque de l'année, je me demande ce qu'elles peuvent avoir d'intéressant pour nous, dans leur banalité.

Le médecin commis-voyageur, qui s'incline devant cette coutume pour se faire personnellement de la réclame, peut tirer de ci de là, son épingle du jeu, mais les braves gens devant lesquels il va se prosterner ont tout à y perdre.

En ce temps de microbiomanie et de prophylaxie à outance, je me demande avec quelle confiance peut être reçu dans un salon un praticien qui a visité dans la journée des varioleux, des scarlatineux et autres contagionnés.

Non-seulement la maîtresse de maison et les siens, mais les co-vésiteurs eux-mêmes peuvent devenir la proie des microbes.

Il est depuis longtemps admis que toutes les agglomérations, toutes les fêtes d'enfants sont le point de départ de certaines épidémies. Pourquoi n'en serait-il pas de même d'un personnage, saturé de microbes qui les promène élégamment avec lui pendant tout un après-midi, de salon en salon. Ce ne sont ni les odeurs du patchouli ou de l'opoponax, qui tueront les bacilles de Klebs-Löffler ou de Koch, par conséquent nos femmes du monde aurait tard de regarder d'un mauvais œil le docteur qui ne va pas plusieurs fois par an leur parler de la pluie ou du beau temps, voire même d'autres choses.

Tout en ayant les allures d'un paysan du Danube, on peut être galant homme et excellent médecin sans sacrifier pour cela à toutes les mômeries idiotes de la civilité puérile et honnête.

Dr H. PAUTHIER

: o :

## Travaux Originaux

### HERNIE OMBILICALE TRAITÉE PAR LA METHODE DE SUPERPOSITION DES PLANS FIBREUX

par M. le Dr Brennan

*Professeur de Gynécologie à l'université Laval et  
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame à Montréal.*

Madame N. P..... âgée de 56 ans, est admise le 12 avril 1903, au No. 74 de la Salle des Sept-Douleurs, à l'hôpital Notre-Dame.

Son histoire ne présente rien de bien particulier. Elle a eu 15 enfants et deux fausses couches.

A l'examen, il existe une lacération bilatérale du col et une rétroversion prononcée d'un utérus enflammé et fixé, ayant entraîné des désordres de la miction, et de la dyspareunie.

Sur un ventre gros, flasque et pendant, la patiente porte une volumineuse hernie ombilicale, en grande partie épiploïque.

Elle souffre d'une constipation opiniâtre.

Les points que nous voulons faire ressortir dans cette observation, se rattachent à la hernie et au ventre.

Comme intervention, nous proposons de réparer son col, de fixer son utérus, de guérir sa hernie et de modifier, si possible, son ventre relâché.

Le 18 mai nous opérons. Nous nous attaquons à la hernie par une incision sous ombilicale — comme nous avons généralement l'habitude de le faire, afin de nous rendre bien compte du contenu du sac et de la position des viscères, avant de réduire, et afin d'éviter de blesser aucun organe.

Le sac contient une grande quantité d'épiploon, un coin du colon transverse et une partie du grêle. Le colon transverse avait pénétré dans l'anneau par son centre, les parties latérales pendant au-dessous de la ligne ombilicale transversale.

Nous dégageons et réséquons des morceaux d'épiploon, et par quelques points de catgut

nous fixons le colon à la paroi abdominale, à environ deux pouces au-dessus de l'orifice ombilicale.

La paroi abdominale est réduite à une lame fibreuse d'environ 1/8 de pouce (3 millim.) d'épaisseur, dans laquelle, aussi loin que nous pouvons aller sur les côtés, nous ne trouvons que quelques traces de fibres musculaires des droits atrophiés.

Rechercher la juxta-position dans ces conditions est illusoire. Alors nous réséquons, de chaque côté de l'incision, environ deux pouces (5 centim.) de la paroi, y compris toute l'orifice ombilicale, et nous rapprochons les bords, en les superposant. La paroi gauche empiète de un pouce à un pouce et demi sur la droite, le péritoine reposant sur la surface externe fibreuse, bien mise à nu, dépourvue de graisse par le grattage au bistouri. Des points en U, au catgut, traversant complètement les deux plans superposés, assurent leur contact intime dans toute la longueur de l'incision, de trois pouces en haut de l'ombilic jusqu'au pubis. Quelques autres, interrompus, accolent le bord libre du plan supérieur.

Des crins et des griffes de Michel rapprochent la peau.

L'utérus avait été dégagé de ses adhérences et fixé à la paroi par deux points près des cornes et deux autres sur son fond. Le col avait été réparé.

Les suites ont été des plus simples. La température n'a jamais dépassé 99 1/2 le pouls 96. Il ne s'est fait absolument aucune réaction morbide du côté de l'incision. Le neuvième jour, les points superficiels sont enlevés, et le 25e, on donne congé à la malade, qui a maintenant un ventre solide, mais qui devra porter une bande bien faite pendant quelques mois. Nous avons lieu de croire que la paroi résistera à l'avenir.

Nous tenions, par cette observation, à faire ressortir la valeur de la superposition large, d'avant en arrière, des parois abdominales dans ces genres de ventres, là où l'étoffe manque en épaisseur pour assurer un affrontement latéral.

## CHRONIQUE LEGERE MEDICASTRE

ERRATUM.— A la 4<sup>ième</sup> ligne de la fin de la chronique, à la page 720, il faudrait lire: "ou le Walpurgis, ou la Descente du Wartburg du Tannhauser."

Nous sommes au temps de la Réforme, et j'en ai une épatante à suggérer au sujet des banquets médicaux surtout — on pourrait, cependant, avec avantage, je crois, et je le permets, l'adopter pour d'autres réunions.

Il s'agit du costume des convives, tout simplement. Les médecins modernes devraient revêtir pour les banquets, au moins un habit spécial distinctif.

Une petite aventure qui m'est arrivée au banquet de la Société Médicale, vous prouvera toute l'importance de ma suggestion.

Peu d'instant après mon entrée dans la salle du festin intellectuel, j'aperçois dans l'embrasement d'une fenêtre, un joli grand garçon en habit, très bien mis. Je crois reconnaître un jeune médecin qui vient d'avoir ses plumes de docteur. Comme les confrères avec qui je me trouve jacassent spirituellement et que leurs droleries me semblent dérogatoires à la haute dignité de cette dignissime assemblée, je les quitte et je m'approche de mon jeune docteur. Je l'aborde, et le prenant par le bras, je me mets à causer amicalement avec lui : — " Et comment vont les affaires ? " " Bien ", me répondit-il. — " Et ça accouche toujours ? " " Ah oui, encore un ce matin ". — " Tiens, tant mieux ; plus il y en a plus ça fait l'affaire du médecin..." " C'est vrai ". — " Accouchement heureux, sans fers ? " " Non, pas de fers ; tout c'est bien passé ; l'enfant était un peu étouffé, mais en lui jetant un peu d'eau froide sur la poitrine, il est vite revenu ". — " Très bien, très bien ; c'est un excellent moyen de ressusciter ce petit monde-là. Et la mère ? "... " Elle a eu une perte, mais on lui a donné une bonne dose d'argot et ça a arrêté ". — " Tiens ", me dis-je en moi-même, comme malgré l'instruction la prononciation reste parfois mauvaise. — " Vous êtes marié ", repris-je ? " Tiens, beau dommage, que je le suis, puisque c'est ma femme qui a acheté ce matin ". — " Oh ! la ! la ! c'était votre femme, c'était chez vous. Mes félicitations, mon cher collègue. Il y a longtemps que vous êtes reçu, que vous prati..... ? "

Soudain, avant que j'aie pu terminer ma

phrase, le volumineux majordome, d'une voix sonore et magistrale, interpelle mon compagnon : " Vite donc, sapré Toine ; tonnerre ! es-tu venu ici pour flâner ? Quand même que t'aurais un gosse de plus depuis matin, quèque ça fait ! File préparer le potage, cré ié " ! Et voilà mon jeune homme en habit à queue et à cravate blanche qui détaille à toutes jambes, sans mot dire, vers la cuisine. Je n'ai eu que le temps d'ajuster mes binocles — car je suis un peu myope et enclain à l'orgueil — pour le voir disparaître derrière le buffet. Sic transit... ! C'était un des garçons avec qui j'avais eu l'honneur de causer, aussi " Swell " qu'aucun de nous, et sans caractères distinctifs extérieurs. Il était bien, ce garçon. Si c'eut été l'âge d'or — l'âge de la vente des brevets bibocodériques, il serait, j'en suis sûr, devenu un esculape. Quel dommage ! Il y a eu des tailleurs qui n'ont fait que changer de ciseaux ; pourquoi n'y aurait-il pas des garçons de table qui n'auraient qu'à remplacer leurs mets et leurs breuvages gastronomiques par des extraits et des teintures pharmaceutiques ? Et dire que notre Collège des Médecins est si difficile maintenant qu'il faille un bill privé pour orner la profession des brillants sujets dont l'Université n'a pu comprendre les talents transcendants !

Je suis resté perplexe. Ah ! si notre costume avait eu un cachet distinctif, je ne me serais pas emballé avec ce quasi-marmiton.

Cet exemple doit suffire pour vous démontrer l'urgence d'un costume particulier.

Comme c'est chose scientifique, sérieuse, que le banquet médical, pourquoi n'aurions-nous pas dans le choix de l'habit, quelque chose de pittoresque, de rayonnant ? Ça donne du poids, du crédit. Ne dit-on pas dans l'Avocat Patelin. " Mais sans l'habit pas de crédit " ? Je ne sais si on adoptera jamais la suggestion d'un vieux radoteur, mais comme je jouirais, comme ce serait beau ce me semble, voir briller autour de ces tables où sommeille tant de science, mille — trois ou quatre suffiraient à la rigueur — et une couleurs resplendissantes ! Pourquoi, pourquoi ne pas reléguer aux grands congrès — j'allais dire aux garçons d'hôtel — le traditionnel habit ? Pourquoi ne pas recouvrir nos dignes et doctes personnes de quelque chose de chic, nouveau siècle ? Nous aurions l'air moins corbeaux et par conséquent plus corps beaux ! La médecine a progressé — l'habit est un vestige stationnaire.

Par exemple, pourquoi ne porterions-nous pas une jolie jaquette, un gentil veston de cou-

leur, en soie, satin ou même en flannelette ? Ça, ça serait beau et crâne — par conséquent médical ! Comme il serait facile avec ce costume si charmant, si digne, de faire des distinctions, de créer même des distinctions ; ainsi s'éviterait toute possibilité de méprise blessante pour notre dignité professionnelle. Alors avec quel éclat le médecin politicien ne pourrait-il pas se montrer au jour — excusez, à la nuit ! Le conservateur en bleu tendre, le libéral au rouge feu, les "viristes" (admis par l'Académie, ce mot, depuis l'épisode Tarte) sous étoffe caméléon — soie moirée, le jaune pénétrant pour les médicos chasseurs de gibier à cornes ! Les professeurs de Laval se fendraient en deux pour la profession : la moitié droite rouge, la moitié gauche noire — aussi afin que la main droite ne sache pas ce que la gauche fait.

Sur cet habit de distinction on pourra pousser la distinction même plus loin : Au-devant du cœur, les spécialistes pourraient porter l'emblème de leurs spécialités : le gynécologue y exhiberait un utérus (ce serait une occasion pour cet organe de plaider pitié avec plus de cœur plus près du cœur de cet exterminateur sans cœur souvent) : l'oculiste y pourrait poser son œil, le rhinologiste y mettre son nez ; le laryngologiste y ajuster son larynx : le poumoniste y accrocher ses poumons ; le chirurgien planter son bistouri ; les "orificiaux" supérieurs y apposer un grand O avec des dents, les inférieurs sans dents ! Et ainsi de suite ad infinitum.

Les invités et les officiers auraient leurs cachets de distinction.

Un joli bonnet à la Molière ou un fez rouge, portant un blason approprié à chacun ou à tous, aurait son attrait et protégerait contre les rhumes et le mal de cheveux.

Une jolie canne avec deux serpents enrôlés — très utile pour affirmer son opinion, surtout entre les mains d'Irlandais — compléterait chiquement ce charmant costume.

Je ne prolongerai pas mes suggestions : le comité pourra les développer à son loisir : je l'engage à le faire.

Qu'en dites-vous, amis lecteurs, n'est-ce pas que ce serait splendide, grandiose ? A la fin du banquet on pourrait singer ce vieil auteur latin et dire avec toute chance de produire un effet concassant mirobolant : — "Ouvrez les portes : faites entrer les dames" !

A propos, puisque je les mentionne, un mot d'elles.

D'AIGUILLON.

## Coq-a-l'Ane

"Vaporisations dans les chambres des malades". (Deguy). — Mettre dans un demi-litre d'eau à évaporer une cuillerée à café du mélange suivant :

Eucalyptol.....	10 gms.
Ess. de thym.....	5 "
Ess. de citron.....	5 "
Ess. de lavande.....	5 "
Alcool à 90.....	100 "

(Ann. de thérap. dermat. et Syph.)

"A la morgue". — Le particulier que vous cherchez a-t-il un signe distinctif ? — Oui, monsieur, il est sourd et muet. (Marseille Med.)

"Les injections de nitrate d'argent dans la tuberculose". — T. J. Mays, de Philadelphie, (Phil. Med. J.) préconise les injections superficielles de nitrate d'argent au-dessus des carotides, dans la tuberculose pulmonaire. Il dit que les transpirations nocturnes et la toux sont bien diminuées, que la santé générale est amendée et que le malade gagne en poids. (Penn. Med. J.)

"Carnegie et une bibliothèque médicale". — Weir-Mitchell a obtenu de Carnegie \$50,000 pour la bibliothèque du Collège des Médecins de Philadelphie, à la condition que la corporation trouve une somme semblable. Vanderbilt a souscrit \$10,000 et A. Griscom, \$5,000. Cette bibliothèque vient actuellement en second, après celle du Surgeon General, à Washington.

Quelle belle idée pour nos échevins. Une bibliothèque de ce genre à Montréal trouverait-elle des opposants ? Comme elle rendrait service à la science canadienne si pauvre — le terme est encore trop fort — si dénuée sous ce rapport ! Qui va essayer ? Si l'échevin Chaussé pouvait nous en ramasser une ! Si Carnegie tournait son œil et son gousset de ce côté ! Qui lui tirera l'oreille tout délicatement ?

"Le traitement de la variole par le xylol". — Vischnevsky (Russky Vratch) rapporte des résultats favorables par l'administration interne du xylol, à la dose de 15 gouttes, dans du vin rouge, 4 à 6 fois par jour. Il ne s'est servi d'aucune autre drogue, si ce n'est l'application externe de vaseline carbolisée à 1 o/o. Voici ses conclusions : —

I. — Dans les 6 cas traités, le traitement fut commencé pendant la période éruptive, le second, troisième et même le quatrième jour de l'éruption.

II. — Pas un patient n'a eu de pustulation, et là où il y avait de la tendance, le pus devint caséux ; la vésicule, ainsi caséifiée sécha et laissa une petite croûte mince et superficielle.

III. — L'éruption, qui au début du traitement était papuleuse, resta papuleuse.

IV. — La marche de la maladie fut ou apyrétique ou du type irrégulier ou fébrile, la température n'ayant persistée dans aucun cas au-delà de 4 jours après le début du traitement.

V. — Dans aucun des cas il ne resta de cicatrices, (Phil. Med. J.).

"Reconnaissance". — R..... se promène sur le boulevard avec un de ses amis, un médecin célèbre.

— Passe une jolie femme que le docteur salue.

— Il me semble que cette dame ne vous a pas rendu votre salut.

— Nous sommes un peu en froid : j'ai soigné son mari.

— Et vous l'avez laissé mourir ?

— Non ; je l'ai sauvé ! (Marseille Méd.).

"Nouvelle maladie... la maladie de Mills". — A la Neurological Society, C. K. Mills, de Philadelphie, a décrit un nouveau syndrome clinique : — Il s'agit d'un hémiplegie progressive ascendante, non encore décrite, et dont la pathogénie est incertaine. Après la maladie d'Osler, celle de Mills. C'est au tour du Canada, malgré que le professeur Osler soit Canadien.

"Le traitement de la tuberculose par le cinnamate de soude". — Herrera, de Madrid rapporte d'excellents résultats avec la solution de Landerer administrée hypodermiquement, 4 p. de cinnamate de soude pour 100 p. d'eau. Ainsi il peut faire absorber de 10 à 20 fois la dose, sans mauvais effet. Il débute par 3 Cc., et augmente jusqu'à 20 Cc. par jour, la dose normale. Dans certains cas difficiles, il a donné jusqu'à 70 Cc. sans accident. L'amélioration est rapide, affectant d'abord la fièvre et le marasme, puis la toux. Au bout de trois mois, les bacilles sont généralement disparus de l'expectoration. (Congrès de Madrid — J. Am. M. A.).

"Nouveau signe de l'artério-sclérose". — L. Miraglia, de Naples, dit que le choc de la pointe du cœur présente un signe important non

encore signalé : A l'état normal, la pointe bat dans le cinquième espace, entre les lignes mammaire et parasternale, avec un déplacement, dans le décubitus latéral gauche, à mi-chemin préopératoire devra être suivi : mesure hygiénique, de trois centimètres environ. Dans la sclérose de l'origine de l'aorte, ce déplacement peut aller à 4 ou 5 centimètres, et le choc être perçu même au-delà de la ligne axillaire. Aucun autre état ne présente ce phénomène à ce degré. Dans le cœur "nerveux", il y a du déplacement, mais peu ; il en est ainsi dans les marasme et la tuberculose avancée. (Congrès de Madrid. — J. Am. A.).

"Les indications de l'intervention opératoire dans l'hypertrophie de la prostate". — Ochsner, de Chicago, formule ainsi : — 1. — La prostatectomie périnéale est indiquée dans tous les cas d'hypertrophie de la prostate qui ne peuvent être efficacement combattus par un traitement médical et des mesures hygiéniques. 2. — Ceci est surtout vrai chez les âgés, passé la période de la virilité, car il n'est pas nécessaire alors de conserver les vésicules séminales. 3. — Chez les sujets plus jeunes, il faut tenter de soulager autrement, et il faut conserver les vésicules. 4. — Les contre-indications sont : — Une infection aiguë, une néphrite avancée, avec ou sans pyélite. — Si possible un traitement préopératoire devra être suivi : mesure hygiénique, repos au lit, ingestion d'eau distillée, lavages de la vessie, l'administration de médicaments non-irritants qui pourront rendre l'urine stérile. (Chicago Med. Rec.).

"L'anévrisme de l'aorte". — H. Walsham attire l'attention, comme étant de grande valeur diagnostique, sur le fait de la position transversale du cœur dans ces conditions. (Lancet.).

NIRE

## Revue des journaux

### MEDECINE

#### Palpitations du début de la tuberculose pulmonaire par M. Chavigny

Rappelle la fréquence des palpitations chez les jeunes gens et surtout dans le milieu militaire où il observe. La palpitation est un phénomène essentiellement subjectif qui fréquem-

ment ne s'accompagne d'aucun signe objectif appréciable. On a dit qu'il y avait des palpitations idiopathiques. L'auteur ne le croit pas ; du moins il a presque toujours trouvé le point de départ en le cherchant d'après les données classiques, soit du côté du poumon, soit du côté de l'estomac. Huchard a signalé les palpitations et la tachycardie pré-tuberculeuse dans l'adénopathie trachéo-bronchique. En s'appuyant sur ces données, M. Chavigny est arrivé à retrouver fréquemment de la tuberculose pulmonaire chez les individus se plaignant de palpitations. Mais il a constaté en même temps que tous ces individus étaient des dyspeptiques et des névropathes. La cause prédisposante réside dans le nervosisme, et le point de départ du réflexe qui détermine les palpitations se trouve à la fois dans l'estomac et dans le poumon. L'adénopathie bronchique n'est pas nécessaire. Il résulte de là que le bromure si souvent prescrit contre les palpitations est en général contre-indiqué à cause de son action fâcheuse sur l'estomac, et qu'il y a lieu au contraire de soigner l'estomac, et d'agir sur l'état général.

(Lyon méd.)

—: o: —

**Traitement de l'Incontinence nocturne d'urine essentielle par les injections épidurales et retro-rectales de serum artificiel**

par M. le Dr Vialle

J'ai eu l'occasion de soigner en décembre et janvier derniers quatre militaires de mon service atteints d'incontinence nocturne d'urine essentielle, par la méthode de Cathelin : j'ai fait à chaque malade trois injections de 20 Cc. de serum artificiel. Ces injections épidurales sont faciles à faire ; elles ne sont pas douloureuses ; elles ne m'ont donné aucun accident. Mais le résultat thérapeutique a été négatif.

La méthode de Cathelin ne m'ayant pas donné de résultat, j'ai eu recours chez mes deux malades aux injections rétro-rectales de serum artificiel conseillées par M. Jaboulay. J'ai fait à chaque malade une seule injection de 250 Cc., car cette injection est fort douloureuse et a amené un état de dépression et de faiblesse extrêmes. Les injections rétro-rectales, comme les injections épidurales, n'ont pas amélioré mes deux malades : ils ont conservé leur incontinence nocturne et leur pollakiurie diurne.

Je vous rapporte simplement ces quatre faits sans en tirer aucune conclusion pour ou

contre les méthodes préconisées par MM. Cathelin et Jaboulay, car il faut tenir compte de la mentalité tout à fait particulière des malades que nous avons l'occasion d'observer dans le milieu militaire. Ces malades en effet n'ont pas, pour la plupart, le désir de se voir débarrassés de leur infirmité quelque répugnant qu'elle soit. Cette mentalité intervient peut-être pour une certaine part, soit pour produire la maladie, soit pour l'empêcher de guérir quand elle existe, quelle que soit la méthode thérapeutique dirigée contre elle. Une mentalité tout à fait différente, faite du désir de guérir, peut peut-être expliquer dans une certaine mesure l'excellent résultat que M. Bérard a obtenu récemment par des injections rétro-rectales d'air stérilisé chez une jeune fille de 18 ans dont l'observation a été consignée dans l'un des derniers numéros du " Bulletin médical ".

(Lyon méd.)

—: o: —

## CHIRURGIE

**Extraction des sondes brisées dans la vessie**

par M. le Dr E Desnos

Le diagnostic des corps étrangers de la vessie est particulièrement difficile à établir. Dans toute la classe des corps étrangers qui ont pénétré à la suite des manœuvres de lubricité, les malades inventent des circonstances extraordinaires pour faire croire à toute autre chose que la vérité. Même dans des conditions tout à fait avouables, les malades hésitent à faire l'aveu de l'accident survenu. Il y en a qui croient sincèrement avoir rendu le corps étranger pendant une miction ; d'autres enfin ne remarque pas le fait.

Pour l'extraire, il y a d'abord une règle à appliquer, c'est d'attendre. Plusieurs cas se présentent. La sonde a pu se briser par son milieu et rester engagée, à la fois dans la vessie et l'urèthre ; si l'extrémité rompue est au-delà de la portion membraneuse, le malade se comporte comme s'il avait une sonde à demeure ; l'urine s'écoule d'une manière continue pendant un certain temps, puis la sonde est expulsée pendant une violente miction. S'il n'en est pas ainsi, l'extraction par l'urèthre est généralement facile. Dans toutes les autres circonstances, surtout si l'extrémité fixée est restée dans la vessie, il vaut mieux temporiser, prendre son temps



et opérer dans de bonnes conditions. La vessie aseptique a une grande tolérance pour le corps étranger. La vessie infectée l'entoure d'un encroûtement prosthétique. Pour l'opération, la voie naturelle est la meilleure ; après elle, vient la voie hypogastrique bénigne, mais longue comme conséquences et enfin la voie périnéale, dont on peut se servir surtout si le malade est un prostatique et qu'on veuille par la même occasion faire une prostatectomie.

(Bull. méd.)

—: o:—

**Etude sur 114 cas de fractures traitées par la méthode ambulatoire**

Dans le traitement des fractures du membre inférieur, les appareils permettant la déambulation tiennent le milieu entre les bandages inamovibles, et le massage sans appareils. La méthode ambulatoire doit être préconisée toutes les fois qu'elle n'est pas contre-indiquée, car elle présente pour le malade de réels avantages. Elle lui permet, en effet, de circuler, et par suite lui évite bien des inconvénients liés à l'immobilisation absolue : ses muscles continuent à travailler journellement et ne s'atrophie pas ; en outre, si le membre fracturé se consolide tout aussi rapidement par cette méthode que par les autres moyens, l'organisme tout entier en retire de grands bénéfices : toutes ses fonctions s'exécutent comme à l'état normal ; l'appétit et le sommeil sont conservés. Enfin, chez les vieillards et les alcooliques, on élimine ainsi les dangers d'une pneumonie hypostatique d'un catarrhe bronchique, d'un delirium tremens.

Depuis l'année 1898 le docteur Kristinus a traité par la méthode ambulatoire tous les cas de fractures des membres inférieurs, pour lesquels il n'a pas trouvé de réelle contre-indication ; et ce sont les résultats de son expérience personnelle qu'il nous fait connaître aujourd'hui : (Wiener Medicinische Wochenschrift, no 51 1902).

**I. FRACTURES DE LA JAMBE.**

Avant d'appliquer un appareil pour cette variété de lésion, il faut bien déterminer le niveau et la direction du trait de fracture, le degré de raccourcissement du membre atteint.

A. — Appareil ambulatoire remontant jusqu'aux tubérosités du tibia.

Ce bandage est applicable à toutes les fractures siégeant au tiers moyen ou inférieur de la

jambe ; il en est ainsi pour les fractures isolées du péroné pour les fractures malléolaires, pour celles du tibia, ou des deux os ; mais il faut que le trait de fracture soit horizontal, ou peu oblique, ou bien que le raccourcissement léger qui existe (1-2 à 1 cent.) puisse facilement disparaître par l'extension manuelle.

Pour appliquer cet appareil, on entoure toute la jambe depuis les orteils jusqu'au genou d'une couche de coton, qui doit être plus épaisse au niveau des tubérosités tibiales. Sous la plante du pied s'anapte une couche d'ouate, ayant 3 cent. d'épaisseur. On fixe au moyen d'une bande, puis on applique l'appareil plâtré. Pendant qu'il sèche, l'extension et la contre-extension se font au niveau des malléoles et des tubérosités tibiales, en déprimant légèrement la croûte plâtrée. La partie plantaire de l'appareil est consolidée au moyen de plusieurs applications de bandes plâtrées. Dans le creux poplité, on dessine un demi-cercle, afin de permettre le jeu de l'articulation du genou. Pour empêcher toute déviation, il est bon de combler le creux dessiné par la voûte plantaire : dans ce but, Kristinus applique sous le pied une semelle de carton, et comble le vide avec de la bouillie plâtrée. Par dessous il met encore une autre semelle de feutre. Grâce à cet artifice, le pied portera également sur son bord interne et sur son bord externe. Inutile de dire que pour le côté sain il faut augmenter d'une quantité égale la semelle de la chaussure.

Si le raccourcissement dépasse un centimètre, si le trait de fracture est oblique, il est indiqué de faire de l'extension. L'appareil s'applique en deux temps : tout d'abord on met un plâtre qui remonte jusqu'au niveau de la fracture, ou un peu plus haut ; puis on fait de l'extension au moyen d'une poulie, fixée au mur, et d'un étrier adopté à l'appareil, de la contre-extension à l'aide d'un sanglon passé sous le périnée, et relié à un point fixe. La réduction obtenue, on complète l'appareil comme précédemment, après s'être assuré que le fragment supérieur ne pointe pas vers la peau.

B. — Appareil ambulatoire remontant à mi-cuisse.

Quand la fracture à direction transversale siège au tiers supérieur, l'appareil précédent ne suffirait pas à fixer les fragments. L'application de cet appareil se fait en deux temps, pour assurer la réduction. Même mode opératoire que plus haut. On resserre le plâtre au-dessus de l'articulation du genou, et des condyles fé-

moraux, afin que pendant la marche il n'exerce pas de tiraillements sur le fragment inférieur.

C. — Appareil remontant à la tubérosité ischiatique.

Le trait de fracture est-il oblique, ou même pénètre-t-il dans l'articulation, on applique d'abord l'appareil jusqu'à son niveau, puis la réduction opérée, on le continue jusqu'à l'ischion, le poids du corps est alors supporté par la partie supérieure de l'appareil.

Les fractures traitées par Kristinus se répartissent de la manière suivante :

“ Vingt-quatre fractures malléolaires du péronné seul ” : la solution de continuité siègeait à 2 ou 4 centimètres au-dessus de la pointe malléolaire, elle était oblique dans 14 cas. Chez dix-huit malades, qui ne présentait pas d'œdème, l'appareil fut appliqué le jour même ou le lendemain de l'accident. D'autres fois, le membre fut immobilisé et massé pendant six jours avant l'adaptation du plâtre. Tous les malades purent sortir et circuler dès que leur appareil fut appliqué, les uns avec des cannes ou des béquilles, les autres sans aucun soutien. Dans tous ces cas la guérison se fit sans raccourcissement. Mis à part trois malades, les autres ne présentèrent aucune raideur dans l'articulation tibiotarsienne. On ordonna du massage, et un bandage roulé de la jambe avec une bande de flanelle.

(à suivre)

(Concours méd.)

: o :

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Du traitement de l'rythme transitoire du nez

par M. le Dr Bruck

L'auteur donne la benzine comme le plus propre à diminuer ou à effacer promptement un érythème qui se produit brusquement. Comme la benzine a le don de s'évaporer rapidement et que pour cela elle soustrait beaucoup de chaleur la peau devient plus froide et de plus elle pâlit. L'effet obtenu dépend de la quantité de la benzine, de son intensité d'action et du degré de l'hypérémie. La peau prend parfois une coloration bleuâtre mais qui, en raison de la décoloration concomitante, vaut mieux, au point de vue esthétique, que l'érythème primitif. La benzine fait ainsi disparaître le reflet luisant de la peau du nez qui va souvent avec l'érythème.

me. Il faut en outre savoir que la benzine, employée judicieusement à titre de prophylaxie, peut affaiblir ou même empêcher entièrement la détermination érythémateuse.

(Ann. thérapeutique).

: o :

## OBSTETRIQUE

### Des indications de l'accouchement provoqué dans les maladies internes

Il est très difficile de fixer d'une manière absolue les indications de l'accouchement provoqué pour cause de maladies internes. Le praticien doit, en présence de chaque patiente, tenir le plus grand compte de toutes les circonstances particulières qui peuvent influencer ses décisions. Connaissant pour chaque affection les indications générales, basées sur l'étude comparative d'un grand nombre d'observations, il cherchera à les appliquer d'une manière juste et rationnelle à sa malade. Cette question de l'accouchement provoqué est d'une importance telle qu'il ne faudra jamais hésiter dans le doute à prendre les conseils d'un spécialiste.

L'étude du docteur Schauta est particulièrement documentée ; elle est basée sur 40,000 observations, tirées soit de la pratique journalière, soit de la littérature médicale (Wien. med. Woch., 1903).

“ Affections du système nerveux ”. — La polynévrite des femmes enceintes paraît souvent reconnaître pour origine la résorption des toxines de la grossesse ; elle peut être d'une intensité telle que toute thérapeutique se montre impuissante à son égard. L'état général de la parturiente s'altère, et lorsque sont état devient inquiétant, il est bon de recourir à l'accouchement prématuré, voire même à l'avortement pour sauver la vie de la mère.

La chorée se montre particulièrement grave dans la grossesse ; souvent elle ne se révèle qu'avec l'état gravidique, et détermine alors une mortalité de 22 à 30 o/o (pour 6 o/o à l'état normal). Cette affection serait due à une auto-intoxication, et se développerait de préférence chez les femmes prédisposées par un fonctionnement défectueux du foie. Plus l'état gravidique est avancé, plus la maladie est dangereuse. Il arrive parfois que certaines parturientes finissent par ne plus s'alimenter, ou bien présentent des manifestations maniaques, au

point que l'accouchement provoqué devient l'ultime refuge. Si, dans les cas moyens, on juge à propos d'interrompre la grossesse, il est bon de pratiquer cette opération dans les huit premiers mois ; passé ce délai, elle devient en effet dangereuse pour la vie de la mère. La chorée " gravidarum " disparaît généralement huit jours après la délivrance.

La grossesse prédispose à la tétanie, mais cette affection cède aussitôt l'accouchement effectué. Les cas très graves deviennent seuls une indication opératoire.

Atteintes de tumeurs cérébrales, les femmes enceintes arrivent rapidement au délire, et à l'exitus léthal. Si la mère est condamnée, on n'hésitera pas à provoquer l'accouchement, dans l'intérêt de l'enfant. Le pronostic reste-t-il douteux, cette opération est contre-indiquée, car elle serait dangereuse pour la mère.

Dans les hémorragies cérébrales, la vie de l'enfant n'est pas directement menacée, et il ne faut accoucher la malade qu'au moment où celle-ci entre en agonie.

Pour les femmes qui présentent des troubles intellectuels, la gravidité est toujours un élément funeste ; mais c'est dans les affections héréditaires seules qu'elle devient une cause d'aggravation ; exceptionnellement, la grossesse peut guérir une psychose accidentelle. L'accouchement provoqué ne serait indiqué que s'il y avait danger de suicide ou de faiblesse extrême.

Aucune relation n'existe entre la grossesse et les maladies de la moelle : l'accouchement est laborieux, mais non douloureux.

Les cas très graves d'épilepsie seuls, nécessitent parfois l'avortement ; généralement la parturition n'augmente pas le nombre des attaques, et ne provoque pas de complications.

Jamais l'hystérie ne doit faire interrompre la grossesse, qui souvent exerce une influence plutôt favorable sur cette affection.

" Affections des voies respiratoires ". — Normalement, l'augmentation de volume de l'utérus gravide détermine une ascension progressive du diaphragme pendant les huit premiers mois ; mais la compression des poumons qui en résulte est compensée par un élargissement de la base du thorax. L'hydramnios et les grossesses multiples favorisent la production de ce phénomène. Cependant cette insuffisance relative du poumon reste sans conséquences fâcheuses, tant que ne surviennent pas d'autres complications.

Déjà la bronchite, accompagnée de fièvre,

augmente la teneur du sang en acide carbonique et en toxines ; mais rarement, la grossesse est interrompue par suite de l'irritation du centre contactile médullaire consécutive à l'action de l'acide carbonique, ou par suite de l'état hyperémique, hémorrhagique même, de la muqueuse utérine.

D'après les renseignements fournis par la littérature médicale, la pneumonie est indiquée comme foéticide dans 45 o/o des cas pendant la première moitié de la grossesse ; elle provoquerait l'accouchement prématuré dans 60 o/o des cas dans la deuxième moitié. Mais d'après Schauta, cette affection ne déterminerait l'expulsion de l'enfant que d'une manière tout à fait exceptionnelle ; lorsque cet accident se produit, il arrive peu de temps avant la défervescence, quand la saturation du sang en acide carbonique atteint son degré maximum. Dans la pleurésie, cette complication serait moins à craindre. D'un autre côté, la pleurésie et la pneumonie présentent un pronostic réservé pendant la grossesse, car celle-ci facilite les complications de l'appareil circulatoire ; ces deux affections sont d'autant plus dangereuses pour la femme gravide que celle-ci est plus près du terme.

La grossesse évolue dans des conditions défavorables chez les tuberculeuses. Ces malades présentent, en effet, un organisme affaibli par une intoxication générale parfois ancienne ; elles ont souvent des élévations de température rapides et marquées. Parfois l'affection récidive chez elles ; souvent aussi le mal, jusqu'alors latent, révèle sa présence pendant la période de gestation. A ce moment, la tuberculose fait des progrès rapides ; dans la moitié des cas environ, elle se complique d'hémoptysies, et 70 fois o/o elle détermine l'accouchement prématuré. Même dans les cas guéris cet accident survient 8 fois o/o en raison de l'état défectueux du poumon, et d'une hématoxe insuffisante. Quand les premières manifestations de la tuberculose se révèle à l'occasion d'une grossesse, l'avortement se produit 91 fois sur cent. La chose devient d'autant plus certaine que la bacillose apparaît ou récidive à une époque plus avancée de la gestation.

Quant à la tuberculose laryngée, elle constitue, par les symptômes de suffocation qu'elle détermine, une grave complication de la grossesse (10 avortements sur 18 cas de Schauta). Il en est de même du pneumothorax, par suite de la compression exercée par l'utérus gravide sur les poumons, le cœur et le diaphragme.

Si l'on étudie les dangers que font courir les maladies du poumon, pendant la gestation et les suites de couches, on voit que la mortalité déterminée par la pneumonie est de 33 o/o, celle de la pleurésie de 10 o/o, celle enfin de la tuberculose laryngée ou pulmonaire de 44 o/o.

Pour éviter l'accouchement prématuré pendant ces affections, il faudra calmer la toux, lutter contre la fièvre, fortifier le cœur.

Est-il nécessaire dans certains cas de provoquer artificiellement l'accouchement ?

Dans la pleurésie et la pneumonie, cette manœuvre est contre-indiquée.

Quant aux cas graves de tuberculose pulmonaire rien ne sert de provoquer l'accouchement prématuré (dans l'intérêt de la mère), il n'en est pas de même de l'avortement dans les premiers mois, surtout pour la tuberculose laryngée.

Dans les cas moins graves, si brusquement la tuberculose se met à progresser, il est indiqué, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, de provoquer l'accouchement même pendant les derniers mois ; mais l'enfant sera rarement viable dans ces conditions.

Quand la tuberculeuse est condamnée, il est logique de faciliter l'expulsion dès que l'enfant est viable. Néanmoins, si la mère est moribonde, il est peu probable que l'enfant puisse vivre.

Dans le pneumothorax, l'interruption de la gestation est contre-indiquée. Cette question ne se pose même pas dans la bronchite, l'emphysème et l'asthme.

"Maladies du cœur". — Les auteurs, dit Schauta, semblent redouter à l'excès l'état gravidique pour les cardiaques ; en effet, d'après son observation personnelle, les lésions du cœur que l'on découvre au cours de la grossesse sont dans la proportion de 1/7 toutes les autres (6/7) restent bien compensées et ne provoquent pas le moindre trouble durant la gestation.

Le cœur sain et le cœur bien compensé luttent facilement contre les obstacles que leur impose, pose l'état de grossesse ; mais aussitôt que disparaît la compensation, on observe de la cyanose, de la dyspnée, de la stase pulmonaire, des œdèmes, du collapsus, et souvent des embolies avec hémiplegies ou paraplégies. Du côté de l'utérus, on note une hypertrophie et une hyperémie de la muqueuse, puis, comme conséquences, la possibilité d'hémorragies utérines, de décollements placentaires, et l'apparition des douleurs sous l'influence de la surcharge du sang en acide carbonique. Les lésions cardiaques

provoquent l'accouchement prématuré dans 20,2 o/o des cas, et les enfants meurent dans la proportion de 25,5 o/o.

Quand un cœur est mal compensé, le moment de l'accouchement est particulièrement dangereux. Il se produit en effet une brusque dépression artérielle quand la poche des eaux se rompt, quand les liquides s'écoulent, et surtout quand l'enfant est expulsé. Le diaphragme s'abaissant, le sang fait irruption dans les vaisseaux abdominaux, brusquement rendus libres. La grande circulation devient alors plus active aux dépens de la petite circulation ; le sang s'oxyde mal, et le cœur, mal nourri par du sang trop riche en acide carbonique, cesse de battre.

D'après la littérature médicale, la mortalité des cardiaques gravidiques serait de 38,5 o/o. Schauta n'a observé qu'une mortalité de 6,3 o/o ; et si on tient compte de ce fait que les affections cardiaques ne sont pas diagnostiquées que dans la proportion de 1/7, la mortalité s'abaisse à 0,9 o/o.

Celle-ci s'élève à 20 o/o quand il y a complication de tuberculose, à 32 o/o s'il y a néphrite concomitante. Le pronostic de la grossesse chez les cardiaques n'est donc pas aussi mauvais qu'on le pense généralement,

Le rétrécissement mitral semble être la complication la plus fâcheuse.

L'accouchement provoqué n'est indiqué pour un cœur compensé que si des accidents graves sont survenus à l'occasion d'une grossesse précédente ; mais pour un rétrécissement mitral, il est indiqué, s'il y a les moindres troubles de circulation.

Lorsque la lésion n'est pas compensée, on essaiera d'abord de l'améliorer par une thérapeutique rationnelle ; en cas d'insuccès, il faudra aussitôt interrompre la gestation. S'il y a en même temps néphrite chronique ou tuberculose, on doit intervenir au plus tôt.

En cas de danger imminent, on pratiquera la rupture artificielle de la poche des eaux ; sinon la méthode des bougies sera suffisamment active.

"Maladies des tractus intestinal". — Quand on étudie les 110 cas d'appendicite avec grossesse que l'on trouve dans la littérature médicale, il semble que cette affection constitue une complication désastreuse ; mais, il faut bien se rendre compte que, seuls les cas les plus graves sont publiés. Schauta, sur des milliers d'observations de sa pratique personnelle, n'en relève que 4 cas, dont trois assez graves et réci-

vants. L'hyperémie veineuse, la constipation liée à la grossesse, paraissent favoriser le retour de ces manifestations. En outre, l'augmentation du volume de l'utérus est susceptible de rompre des adhérences protectrices et de mettre ainsi le foyer purulent en communication avec la cavité péritonéale, d'où fièvre et collapsus, et quelquefois contractions de la matrice.

Toujours est-il que l'appendicite est une complication grave de la grossesse. En pareil cas, la mortalité varie entre 30 et 35 o/o. Deux des malades soignées par Schauta sont mortes (2 sur 4). D'après Abraham, la mortalité de l'enfant atteindrait 85,7 o/o.

(à suivre)

(Le Concours Médical.)

:o:

## SYPHILIGRAPHIE

Sur la maladie de Paget et la syphilis héréditaire tardive

(Suite)

Mais cela dit, je n'en ai pas moins l'obligation de reconnaître que, telle qu'elle est, mon observation n'a pas de valeur démonstrative. Elle est boiteuse, dirai-je. Il lui manque, pour preuve, la pièce à conviction capitale ; à savoir, il lui manque l'attestation, le certificat de la syphilis des ascendants. Rien n'y est dit relativement à une syphilis du père ou de la mère. De ce fait, donc, elle est récusable, je le reconnais absolument. N'empêche toutefois que, telle qu'elle est et en dépit de ce desideratum, elle ne laissera pas, j'en ai l'espérance, de constituer aux yeux de plusieurs de mes collègues une présomption (je ne dis rien de plus), et une présomption de quelque valeur.

Quant aux objections que rencontrera certainement l'opinion de M. Lannelongue, je n'en parlerai pas, notre collègue étant de ceux qui n'ont pas besoin d'alliés, et je n'aurai pas l'indiscrétion de lui offrir mon aide. Tout au plus me permettrai-je de guerroyer encore quelques instants à ses côtés, pour dire leur fait une fois de plus à deux arguments que, pour ma part, je n'ai cessé de trouver sur ma route en situation analogue, vis-à-vis desquels je conserve de vieilles rancunes, et qui ne manqueront pas bien sûrement l'occasion de rentrer en scène à propos de la question actuelle.

I. — Voici le premier, que j'entendais déjà formuler dans notre Salle des pas perdus, en

sortant de la séance où notre collègue venait de produire sa très intéressante communication :

“ De la syphilis faisant invasion, comme moyenne usuelle, à cinquante et un ans, voire à soixante, voire plus tard encore, allons donc ! C'est là de la fantaisie, du roman ”. — Erreur, erreur profonde, absolue, répondrai-je. La science a progressé depuis le temps où l'on croyait la syphilis héréditaire circonscrite aux jeunes années de l'existence. On sait aujourd'hui, à ne plus pouvoir en douter, qu'il y a une syphilis héréditaire “ tardive ”, voire très tardive parfois, évoluant dans l'âge adulte, dans l'âge mûr, et même (plus rarement, bien entendu) jusque dans la vieillesse, c'est-à-dire, en somme, susceptible d'entrer en scène “ à tout âge ” ; voilà la vérité actuelle et sûrement définitive.—C'est là un fait que je dois me borner actuellement à affirmer, n'ayant pas le loisir de le démontrer pour l'instant.

II. — Seconde objection, qui ne se fera pas attendre, j'en suis bien sûr également :

“ Mais le traitement spécifique ne guérit pas la maladie de Paget ; donc, la maladie de Paget n'est pas syphilitique ”.

Ah ! je le connais cet argument, pour ma part, car j'en ai eu les oreilles rabattues pendant plus de vingt ans, alors que je m'efforçais de démontrer que le tabès et la paralysie générale sont des résultats, des produits, à un titre quelconque, de la syphilis. Des milliers de fois, on m'a dit : “ Mais, voyez donc : Est-ce que la paralysie générale guérit par le mercure ou l'iode de potassium ? Non, n'est-ce pas ? Eh bien, qu'est-ce que cela veut dire, sinon que tabès et paralysie générale n'ont rien à voir avec la syphilis ? ” On sait ce qui est advenu depuis lors.

Il en est de même pour la maladie de Paget. Le traitement spécifique ne la guérit certes pas, ne l'a même jamais amendée d'une façon bien appréciable. Il semble n'exercer sur elle qu'une influence des plus médiocres, d'après la plupart des observateurs. Pour ma part, je n'en ai retiré aucun résultat dans la demi-douzaine de cas que j'ai eus sous mon observation.

A cette objection M. Lannelongue a déjà répondu, comme vous le savez, par l'argument des “ lésions confirmées ”. On ne voit guère la maladie de Paget, nous disait-il en substance, qu'à une époque où elle est déjà ancienne, ancienne de plusieurs années (cinq, dix, quinze, vingt années), par conséquent à un terme où ses lésions

sont faites, acquises, confirmées, définitives, irrémédiables, etc.

Rien de plus juste. — Mais, — et c'est là le seul point sur lequel je sois en léger désaccord avec mon collègue, — ne nous dites-vous pas vous-même, M. Lannelongue, avec la plupart des auteurs qui ont écrit sur la question, que la maladie de Paget affecte une évolution lente, très lente, chronique, progressive, et aussi qu'elle procède par poussées intermittentes, par invasions surajoutées, etc. ? " C'est une ostéite déformante progressive ", a dit de même aussi M. le professeur Dieulafoy. Eh bien, une maladie à évolution telle, surtout une maladie à phases successives, forcément n'est pas constituée d'une façon exclusive par des lésions accomplies et définitives ; elle se compose nécessairement de lésions de divers âges, c'est-à-dire qu'elle présente, à côté de lésions vieilles et irréductibles, des lésions plus jeunes et encore accessibles à l'action thérapeutique. Elle devrait donc pour le moins subir, quant à ces dernières, une action résolutive notable de la part du mercure et de l'iodure. Or, il n'en est rien, et la maladie de Paget, de l'aveu presque général, ou bien n'est en rien influencée, ou bien n'est que médiocrement influencée par le traitement spécifique.

Pourquoi cela ? Certes, je ne saurais le dire. M'est avis seulement qu'il pourrait bien en être d'elle, à ce point de vue, comme de nombre d'autres affections qui, bien que dérivant de la syphilis d'une façon non douteuse, bien que certainement syphilitiques d'origine, ne sont pas impressionnées par le traitement spécifique, ou ne le sont qu'à un degré inférieur par rapport à l'action qu'exerce ce même traitement sur les accidents syphilitiques vrais. Ces affections, on les réunit aujourd'hui sous le nom (bon ou mauvais, n'importe pour l'instant) de " parasymphilitiques ". Dans leur groupe prennent place, comme types principaux, le " tabes " et la " paralysie générale " dont je parlais à l'instant ; — puis encore la " syphilide pigmentaire du cou ", cette curieuse affection que Ricord appelait la " signature de la vérole sur le cou du malade ", et qui n'en guérit pas mieux pour cela de par le mercure ; — puis la " leucoplasie ", tellement syphilitique, elle aussi, que certains de nos collègues (le professeur Landouzy et le professeur Gaucher, par exemple) déclarent qu'elle ne se produit jamais sans la syphilis ; — puis encore, dernier type que je citerai parce qu'il est de circonstance, " l'exostose ta-

bétique ", aussi insensible que possible au mercure et à l'iodure, etc., etc. Eh bien, les lésions de Paget rentreraient-elles, elles aussi, dans ce groupe ? Je l'ignore ; cela ne peut être déterminé que par un examen ultérieur.

En tout cas, on le voit de reste, ces lésions n'ont pas indispensablement besoin d'être curables par le mercure pour être rattachées à l'hérédo-syphilis comme origine, ainsi que le propose M. Lannelongue. C'est là simplement ce que je voulais établir.

Dernier point, celui d'ordre différent.

En terminant sa communication, M. Lannelongue faisait appel à l'Académie pour lui signaler les " dangers d'avenir " auxquels restent exposés les enfants ou les adolescents hérédo-syphilitiques, qui ne savent pas ce dont on les traite, qui oublient bien vite ce dont on les a traités, et dont les familles mêmes sont souvent ignorantes de la qualité du mal qui a sévi sur leurs enfants.

" Aussi bien, disait-il, je prie l'Académie de vouloir bien examiner s'il n'y aurait pas lieu de faire connaître à ces malheureux contaminés, qui sont comme leurs parents dans une ignorance absolue, la maladie dont ils sont atteints, sans parler peut-être de son origine. J'ai résolu, quant à moi, cette question par l'affirmative. Mais, étant donnée sa gravité, je serais très heureux d'entendre les voix les plus autorisées sur ce sujet, celles du professeur Fournier, du président de l'Académie, du professeur Brouardel et de beaucoup d'autres de mes collègues, émettre leur opinion sur ce point ".

L'invite est directe et trop flatteuse pour que je n'essaye pas d'y répondre. Bien entendu, je n'ai nulle mission de parler au nom de l'Académie ; c'est simplement mon opinion toute personnelle que j'exprimerai dans ce qui va suivre.

Oui, très certainement oui, dirai-je sans la moindre hésitation, " il importe que le malade affecté de syphilis héréditaire soit prévenu de son état syphilitique et en soit conscient ".

Il y va en l'espèce et de son intérêt personnel et de l'intérêt général ; de son intérêt personnel, pour qu'il puisse se tenir en garde dans l'avenir contre des assauts possibles de la maladie, laquelle, méconnue comme nature et non traitée comme il convient, risquerait fort d'aboutir aux multiples et désastreuses conséquences que l'on sait.

Il y va, en second lieu, de l'intérêt général, de par les ricochets possibles et de tout genre

des syphilis ignorées, de par les conséquences, par exemple, d'un " mariage " contracté par un malade inconscient de son état. Ce dernier danger, je tiens même à le souligner ici par quelques exemples, d'autant qu'on n'y pense guère en général ou qu'on en fait trop bon marché.

(à suivre)

(Bull. acad. de méd.)

: o :

### BIBLIOGRAPHIE

**THE VIRTUE OF VALERIAN**, par le Dr S. Earp, d'Indianapolis. — Extrait du Medical & Surgical Reporter.

**METHODS WHICH RENDER SOME THERAPEUTIC AGENTS MORE PALATABLE**, par le Dr S. Earp, d'Indianapolis. — Extrait du Medical & Surgical Reporter.

**ACCIDENT BULLETINS**, No. 1, No. 2 & No. 3, Interstate Commerce Commission, Washington.

**PRACTICAL GYNECOLOGY, OBSTETRICS and the MENOPAUSE**, par le Dr A. H. P. Leuf, de Philadelphie. — Volume de 326 pages, publié par The Medical Council. Prix : \$2.50.

Ce livre est écrit dans un sens pratique et tend à faire adopter par le praticien, pour son plus grand profit, ce que la gynécologie et l'obstétrique offrent de plus utile.

Une analyse succincte de ce volume est un peu difficile à bien faire, tellement il couvre tout le terrain. S'il n'y a pas véritablement beaucoup de nouvelles choses, celles qui y sont traitées, le sont avec le cachet de l'expérience et du sens pratique de l'auteur. Nous croyons que le lecteur y trouvera une quantité d'idées utiles à se rappeler et à mettre à exécution journellement dans l'exercice de sa profession. C'est donc un bon livre à parcourir.

**DE LA GLYCERINE**. — Physiologie, thérapeutique, pharmacologie, par M. A. Catillon, président honoraire de la Société des pharmaciens de 1ère classe de Paris. Volume publié par la maison C. Naud, de Paris, 1903.

Celui qui médecin ou pharmacien possèdera et lira attentivement ce volume aura absorbé ce qu'il y a d'écrit de mieux sur la glycérine ce

corps si utile, si précieux en médecine surtout. La partie chimique traite de choses les plus intéressantes ; notons entre autres, la solubilité de la codéïne dans la glycérine ; la transformation de celle-ci en glucose fermentescible sous l'influence du tissu testiculaire, (due d'après G. Bertrand à un microbe existant normalement dans les testicules ; les pouvoirs bactéricides de la glycérine, entre autres celui sur les microbes que contient la pulpe glycérinée, car après cinquante à soixante jours, cette pulpe devient absolument stérile, le vieillissement simple suffit donc à son épuration.

La recherche de la glycérine dans les excréta présente un haut intérêt médical et l'auteur a bien traité cette partie.

D'après ses expériences physiologiques la glycérine exerce une action des plus favorables sur la nutrition. Jamais l'auteur n'a trouvé de sucre, ni d'albumine dans les urines, après l'ingestion de la glycérine à n'importe quelle dose. La dose rationnelle serait de 15 à 30 grammes par jour. Nous ne pouvons passer sous silence le délicat procédé de la créosote de l'auteur par la recherche du fer dans la glycérine. La section thérapeutique de l'ouvrage est trop précieuse pour que nous tentons de la mutiler dans une analyse si écartée. Il faut la lire pour réaliser les bienfaits multiples de ce précieux agent thérapeutique, et le travail honnête de l'auteur.

Dans la partie traitant de la pharmacologie, le pharmacien et le médecin praticien trouverait tous deux les notions les plus utiles dont le manque d'espace ne nous permet pas de parler.

Nous n'osons féliciter M. Catillon de la façon toute magistrale avec laquelle il a traité le sujet. Vu sa grande expérience et ses connaissances si profondes on ne pouvait s'attendre à autre chose. Nous formulerions les vœux que d'autres médicaments de notre pharmacopée fussent traités aussi bien. La médecine et les pauvres malades y trouveraient certainement bon compte.

BRENNAN

: o :

### NOUVELLES

NECROLOGIE :—

— A Ste-Rose, le 9 de juin, à l'âge de 53 ans et 5 mois, Joseph Alphonse Edmond Ouimet, médecin régistrateur du comté Laval.

— En cette ville, le 9 courant, à l'âge de 32 ans et 6 mois, Alphonse Roch Gervais, fils de M. le Dr Gervais de la rue Ontario,

## SUPPLEMENT

SUR LA VALEUR THERAPEUTIQUE DE LA  
JUGLANDINE

Le Dr J. Roussel consacre dans la " Médecine hypodermique " (no du premier trimestre de 1903) un assez long article au remarquable travail du Dr Tétou, publié par le " Bulletin général de Thérapeutique " sous le titre de " Contribution à l'étude du traitement préventif et curatif de la phtisie pulmonaire par modification du terrain de prédisposition ", et au nombre des notes qui accompagnent cet article, je relève la suivante dont la teneur m'a d'autant plus frappé qu'elle présente comme presque inconnu l'usage d'un agent grandement en honneur au contraire en médecine dosimétrique :

" C'est dans l'extrait des feuilles de noyer, dit le Dr J. Roussel, qu'un des professeurs les plus distingués de l'Ecole de Reims, le Dr Luton, auteur de découvertes thérapeutiques intéressantes, a trouvé le secours le plus puissant contre la tuberculose et la granulie. Les effets de cette préparation, écrivait-il dernièrement, sont admirables. La fièvre s'apaise, la langue se nettoie, l'appétit reparait ; le malade semble, en un mot, renaître à la vie. Toutes les fonctions un instant suspendues ou perverties, reprennent leur cours habituel ; du côté de la poitrine, le mieux se dessine d'instant en instant ; la dyspnée cesse, les engouements pulmonaires se dissipent, les râles deviennent franchement humides et l'expectoration se fait sans peine pour se tarir bientôt "

" Ajoutons, pour être juste, — c'est toujours le Dr Roussel qui parle — que les travaux du Dr Négrier, d'Angers, sur le médicament en question " Archives générales de médecine, 1841-1844 ", ont dû éveiller l'attention du savant professeur de Reims ; seulement, le premier n'avait songé à traiter avec l'extrait de noyer que les affections strumeuses, tandis que le second s'en est servi pour attaquer un ennemi encore plus redoutable, le tubercule "

" Nous nous appuyons donc ici sur des autorités médicales incontestables pour conclure qu'à la dose de 3, 4, 6 grammes par jour, l'extrait de noyer est un remède des plus puissants de la " bronchite chronique "

Les lignes qui précèdent montrent jusqu'à l'évidence que le Dr Roussel ignore absolument — comme bien d'autres de nos confrères d'ail-

leurs — les expériences de l'Ecole dosimétrique sur la " juglandine " principe actif du Noyer royal " Juglans regia " (Juglandées).

La " juglandine " a pour action physiologique d'activer l'appétit et de favoriser la digestion ; en même temps que d'être astringente et tonique. C'est pour cela que, thérapeutiquement, elle est tout indiquée dans le traitement des dyspepsies dyscrasiques, de la scrofule et de la tuberculose.

En Dosimétrie, la " juglandine " s'administre soit en granule au milligramme, à la dose quotidienne de 10 à 20, donnés séparément, soit en granules au centigramme, à la dose quotidienne de 1 ou 2.

C'est surtout dans le cas de tuberculose que les dosimètres prescrivent cet agent. Quels sont, en effet, les modificateurs reconstituants dont ils usent toujours quand ils se trouvent en présence de cette maladie terrible ? Ces modificateurs sont les granules d'hypophosphate de chaux, de glycérophosphate de fer, de glycérophosphate de chaux, de " juglandine " ; ceux d'héline, d'iodoforme, de sulphydral.

Parcourez les ouvrages du fondateur de l'Ecole dosimétrique ou les travaux de ses disciples les plus en vue, les Drs Van Renterghem, Laura, Oliveira, Castro, Ferran, etc., et vous y verrez invariablement la juglandine recommandée comme reconstituant anti-tuberculeux. Le Dr Ferran surtout la préconisait et le déclarait aussi hautement que le Dr Luton un excellent médicament dans l'affection qui aujourd'hui tient si fort en éveil la sollicitude du Corps médical de tous les pays. J'y ai moi-même eu recours dans maintes circonstances depuis près de quinze ans et je n'ai jamais eu qu'à me féliciter de l'avoir adoptée.

Les effets signalés par le Dr Luton, je les ai le plus souvent observés chez mes malades, et avec de la patience et du temps je suis arrivé bien des fois à un résultat tout à fait satisfaisant.

Je ferai seulement remarquer que, comme l'indiquait le Dr Négrier dans son lumineux mémoire sur " l'emploi des préparations de noyer dans les affections scrofuleuses à toutes les périodes ", il faut avoir le courage de persévérer des mois et des mois, même un an et davantage.

Le Dr Luton se sert d'extrait préparé avec des feuilles sèches de noyer. Il prescrit cet extrait, soit dans une potion gommeuse à la dose quotidienne de 1 à 5 grammes, soit sous forme de pilules contenant chacune 30 centigrammes



d'extrait et quantité suffisante de poudre de noyer, à la dose quotidienne de 2 à 4 pilules.

En ce qui me concerne, fidèle en cela aux principes de notre Ecole, je préfère les granules de juglandine à l'extrait de noyer, et, quand il y a lieu, je conseille à mes clients de prendre chaque jour 1 ou 2 de ces granules au centigramme, en même temps que les granules anti-diathésiques composés, le tout avec une infusion de feuilles sèches de noyer. Comme le fait remarquer Rabuteau, cette infusion est presque aussi agréable que le thé, ce que beaucoup de personnes ignorent ; aussi les malades se trouvent-ils très bien, à tous les points de vue, de ma façon de procéder.

Le moyen de reconstituer par l'utilisation des propriétés physiologiques et thérapeutiques des feuilles sèches ou de l'écorce de noyer un organisme atteint de strume ou de tuberculose, ce moyen n'est pas, on le voit, aussi rarement employé qu'il semblerait à s'en tenir à ce qu'avance le Dr J. Roussel. Les Dosimètres le pratiquent pour leur compte sur une grande échelle. J'ajoute qu'il est même de tradition au sein de nombre de familles. Ainsi notamment, dans certaines contrées du Midi de la France, — je parle de ces contrées, parce que je sais par expérience ce qui se passe, pour y être né et y avoir habité jusqu'à vingt ans — les mères de famille font prendre régulièrement chaque matin et pendant des mois à leurs enfants une décoction de feuilles sèches de noyer, quand ces enfants ont une constitution strumeuse ou simplement lymphatique. Personnellement, j'ai été maintes fois soumis, dans ma prime enfance, à cette mesure prophylactique, et, comme la plupart de mes petits camarades, j'en ai certainement éprouvé de bons effets.

Je profite donc de l'occasion que m'offre le Dr J. Roussel pour appeler à nouveau sur la "juglandine" l'attention de ceux de mes confrères dosimètres qui auraient perdu cet agent de vue. Que mes confrères m'en croient. La juglandine employée concurremment avec les granules anti-diathésiques et le régime hygiéno-diététique, et continuée au besoin pendant de longs mois, leur sera d'un puissant secours pour combattre une maladie contre laquelle trop souvent le praticien s'estime à tort absolument désarmé. Mais, je le répète avec le Dr Négrier : qu'ils ne se découragent pas, qu'ils persévèrent longtemps, fort longtemps, le succès final est à ce prix. "Le Génie est fait de patience", a dit un profond penseur. On pourrait en dire autant de la

guérison de la tuberculose. Sans patience, pas de continuité dans l'effort, impossibilité radicale d'atteindre le but.

Si, à l'instar des agents médicamenteux même les plus réputés, la juglandine n'agit que lentement contre la tuberculose, elle a du moins sur la plupart d'entre eux, surtout quand on l'aide avec les autres moyens appropriés, l'avantage d'agir sûrement. Ne lui demandons pas, par conséquent, ce qu'elle ne peut pas donner, mais sachons lui permettre de nous procurer un bénéfice certain en lui en laissant le temps.

Dr ALBERT SALIVAS.

—————:o:—————

### HYMENIANA

- Après neuf mois de mariage.
- “ La belle-mère furieuse ” :
- Vous n'avez pas honte, Monsieur ?
- De quoi ?
- Votre femme enceinte ! Déjà !
- Où est le crime ?
- Comment ? un bel ange ! une belle innocence ! lui avoir fait subir...
- Mais, belle-maman...
- Fallait dire que vous n'étiez que lubricité.
- Luxure...
- !!
- ?
- Dévergondage...
- ? !! ?
- Et alors... j'aurais tout fait pour épargner cette enfant... Oui Monsieur... je... je me serais sacrifiée.

—————:o:—————

### ERRATUM

Par erreur de mise en pages le "Supplément" page 757, se trouve à la suite de la page 745 et la page 746 "Chronique Médicastro Légère" devrait être à la suite du Travail Original, c-a-d page 746.

—————:o:—————

## Travaux Originaux

### EPILEPSIE MENSTRUELLE TRAITÉE PAR LA TRANSPLANTATION OVARIENNE

par le Dr Brennan

*Professeur de Gynécologie à l'université Laval et Gynécologue à l'hôpital Notre-Dome à Montréal.*

La patiente qui fait le sujet de cette intéressante observation, était sous les soins de mon excellent collègue et ami, le docteur H. O. Joyal, d'Enosberg Falls, Vt. Elle se présente pour des attaques épileptiformes survenant aux époques menstruelles.

C'est une jolie grosse fille sanguine, de près de 19 ans, très bien constituée physiquement, intelligente et vivant dans un bon milieu.

Sa maladie date de l'apparition de ses premières règles, à l'âge de huit ans. Elle eut alors des absences épileptiques qui se sont répétées de 6 à 14 fois par mois, surtout au voisinage des époques menstruelles.

Sa menstruation a été, en somme, assez régulière, survenant quelquefois toutes les trois semaines, dans d'autres temps retardant jusqu'à cinq semaines. Rarement de la dysménorrhée ; parfois quelques douleurs peu fortes, au début de l'écoulement, répandues à tout le bassin.

A l'âge de quinze "mois", elle rapporte avoir eu des convulsions localisées à la figure, au bras droit et à la jambe gauche.

Aucune histoire de traumatisme ou de maladie nerveuse infantile.

Depuis trois ans, elle tombe, près des époques, jusqu'à trois fois dans la même journée ; autrefois elle ne tombait pas : elle devenait pâle, le regard fixe, le corps rigide et il y avait perte de connaissance.

Maintenant elle tombe avec pâleur de la face, perte de connaissance, rigidité, poings fermés, mouvements convulsifs généralisés, congestion de la figure ; elle se mord la langue et les joues ; les extrémités deviennent froides ; elle écume rarement et le cri initial est exceptionnel. La crise dure un quart d'heure environ et

la malade se réveille fatiguée, abasourdie. L'attaque est accompagnée d'une sensation de faim ; il y a parfois des coliques.

Elle a eu des attaques nocturnes, sans relâchement des sphincters. Les crises ne sont pas accompagnées de sensations érotiques.

On n'a pas constaté chez elle de stigmates d'hystérie.

Le pouls bat de 80 à 90. La température est normale.

Ses intestins et sa digestion vont assez bien. Son appétit est conservé.

Elle n'a jamais eu de maladies sérieuses. Elle aurait, cependant, déjà passé du sucre dans ses urines. A l'heure actuelle, on ne retrouve aucun signe de glycosurie.

Ses pupilles sont ordinairement dilatées et ses yeux un peu proéminents. Les réflexes sont normaux.

Elle aurait maigri de quarante livres depuis un an et demi. Au point de vue du ténia, l'histoire est négative.

On ne relève chez les ancêtres, ni alcoolisme, ni grandes névroses, ni tuberculose, ni aliénation mentale, ni syphilis.

A l'examen de la patiente, nous ne découvrons rien de défectueux au physique ; pas de stigmates osseux ou dentaires. Pas de saturnisme, pas de ptoses viscérales ; aucune lésion organique du poumon ou du cœur. Il n'y a rien au nez, au pharynx, aux yeux, aux oreilles. Les réflexes sont normaux. L'examen des reins est négatif. L'hymen est intact. Aucun signe d'infection génito-urinaire. L'utérus est normal, ainsi que le canal cervical. L'ovaire gauche est sain mais un peu prolabé vers le Douglas. Il n'existe aucune hyperesthésie vulvaire ou pelvienne ; aucune plaque d'anesthésie. Le clitoris et son prépuce n'ont rien de pathologique. Pas de cellulite juxta-ossense ; une légère panniculité.

Nous voilà donc en présence d'un cas des plus intéressants d'épilepsie menstruelle, sans lésion appréciable cliniquement ; comme cause déterminante, le molimen menstruel.

Les médicaments n'ont pas réussi et la ma-

lade se présente avec l'espoir de trouver une guérison dans une intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit, tellement elle est malheureuse.

Nous renvoyons notre patiente à l'hôpital Notre-Dame, la mettre sous observation, faire faire une analyse complète des urines et trancher la question du ver solitaire. Elle y entre le 25 novembre 1902, Salle des Sept-Douleurs, lit no 77.

Sa température a présenté une moyenne de 98 4/5, et son pouls de 89.

Le 27 novembre, elle a une crise qui dure cinq minutes, la figure très congestionnée. Le 1er décembre sa menstruation apparaît. L'analyse des urines, bien faite par le docteur Oudet, ne révèle rien d'anormal.

La patiente s'est montrée réfractaire à l'hypnotisme.

Le 5 décembre, la patiente ayant eu d'autres crises, nous intervenons, le chloroforme étant administré par le docteur Brosseau, l'anesthésiste de l'hôpital.

L'aspect du bassin et de la cavité abdominale ne présente absolument rien d'anormal à l'œil.

L'utérus est normal, mais du type que j'ai appelé " caméléon ". Les deux ovaires sont sains, quoique un peu kystiques.

Nous enlevons radicalement ces deux organes. Une partie, de la grosseur d'un haricot, du gauche, est déposée dans une cavité faite pour la recevoir, sur le fond de la matrice. Le tissu utérin est cousu par dessus et cette parcelle d'ovaire est ainsi enfouie dans la substance utérine. Nous faisons un badigeonnage à l'huile stérile des organes pelviens et nous fermons le ventre par le procédé de Jonnesco, terminant par des agrafes de Michel.

Le réveil est un peu agité. Le lendemain, les règles marchent encore. Le troisième jour, un lavement contenant un demi-once d'alun, amène une évacuation. Le quatrième jour, la malade a une légère crise de rigidité, sans congestion de la figure. Le deuxième jour, elle pique une pointe à 104, avec un pouls à 120 : elle

n'avait pas été à la selle depuis quatre jours. Le lendemain, la température à 102 et le pouls à 100, l'opérée a une crise magistrale avec cri initial, morsure de la langue et écume à la bouche. Ce fut sa dernière. Par des évacuants, l'intestin est débarrassé, et le dix-septième jour, la température est normale et elle y reste. Les points avaient été enlevés le treizième jour ; la cicatrice sera à peine visible.

La malade quitte l'hôpital le 27 décembre, le vingt-deuxième jour après son opération, se sentant très bien.

Une lettre du 6 avril 1903, nous apprend qu'elle est en bonne santé.

La malade consultée le 2 juin, nous apprend qu'elle n'a eu ses règles qu'une seule fois, huit semaines après l'opération. Elle a eu cinq ou six petites crises nerveuses, rien en comparaison de ce qu'étaient les anciennes, et ces accès se sont manifestés à la suite d'une grande fatigue ou d'un écart de régime. L'état général de sa santé est des plus satisfaisants ; elle ne souffre pas de symptômes de ménopause post-opératoire.

L'amélioration chez cette malade est si prononcée que nous osons espérer une guérison radicale, avec le temps.

Nous publions cette observation parce que nous croyons que c'est la première transplantation ovarienne faite au Canada dans ces circonstances et pour démontrer l'utilité de cette opération dans les grandes névroses, dans l'épilepsie, à forme menstruelle. En conservant et en transplantant le tissu ovarien, le but est d'éviter les troubles de la ménopause post-opératoire, et de nouveaux accidents nerveux qui pourraient être imputés à l'ablation complète des ovaires, sans transplantation.

## Coq-a-l'Ane

" Une cure éternelle ". — Mon cher docteur, je souffre des crampes d'estomac ; indiquez-moi quelque chose pour me guérir.

— Prenez de l'eau de Vichy.

— C'est bon ?

— Je le crois bien, madame. Un de mes clients en fait usage depuis dix ans ! (Il Motto per Ridere).

“ Mort certaine ”. — Le docteur Grignoletti a sous ses soins un patient sujet à des crises de catalepsie.

— Ah ! docteur, dit le malade, ce n'est pas la mort que je crains. Ce qui m'effraie, c'est d'être un jour enterré vivant.

— N'y pensez pas, répond le médecin, du moment que vous êtes entre mes mains, je vous assure que vous ne serez pas enterré vivant ! (Il Motto per Ridere).

“ Les propriétés anesthésiques de l'Yohimbine ”. — Cette drogue, dont nous avons signalé les effets aphrodisiaques déjà, posséderait, paraît-il, une action locale anesthésique. Elle réduit ou abolit l'excitabilité et la conductibilité des nerfs moteurs et sensitifs. Elle produit l'anesthésie sur les muqueuses. Son action est fugace et les tissus reprennent leur état normal. Les essais ont été faits avec des instillations de solutions à 0.5 ou 1 o/o dans de l'eau distillée ou dans une solution salée de 0.9 o/o. On a pu enlever sans douleur, après 5 ou 6 minutes, des corps étrangers de la cornée. La conjonctive s'hyperhémie et la sécrétion lacrymale est accrue, mais ni la pupille ni l'accommodation n'est altérée. (Magnani, Loewy : Muen. Med. Woch. — J. Am. M. A.).

“ Les injections intestinales thérapeutiques d'oxygène ”. — C. Barnabei proclame que ces injections stimulent les fonctions digestives, réduisent la toxicité intestinale, et qu'après absorption, il se fait une augmentation de l'élimination de l'acide carbonique et de l'absorption de l'oxygène par les poumons. Elles modifient favorablement la composition du sang et de l'urine et la nutrition en général. Dans “ l'ostéomalacie ”, l'auteur affirme que les résultats sont tellement remarquables que cette maladie peut maintenant être classée parmi les curables.

Il a très bien réussi dans 5 cas. Il a injecté 26 Cc. par kilogramme de poids du corps ; 1208 Cc. pour une insufflation, ou 39,000 Cc. dans l'espace de 52 jours. Dans “ l'arthrite déformante ”, ses succès ont été brillants : 67,000 Cc. dans 63 jours, soit 41 Cc. par kilo. Il dit que la “ péronite tuberculeuse ” se traite par cette méthode avec autant de succès que par la laparatomie : 48,100 Cc. en 57 jours, soit 36 Cc. par kilo. (Rifor. Med. — J. Am. M. A.).

“ Administration de la quinine aux enfants ”. — Mélanger 15 grs. de sulfate de quinine avec deux drachmes d'huile d'olive : 27 minimes contiendront un grain de quinine. Cette mixture peut être administrée seule ou flottant sur une cuillerée à soupe de lait froid. (Borde, in Gaz. des hôpit.).

#### LE MEDECIN DU ROI

Un médecin d'ignorance accomplie

Chez moi débuta l'autre jour,

En me disant : Monsieur, je vous en supplie

En ma faveur d'écrire à votre cour.

— Et pour quel sujet je vous prie ?

— Le roi me fait venir pour être...—Quoi ?

(— Son... Hem !)

Cordonnier ? — Médecin ! — Médecin !...

(je m'écris,

Domine, salvum fac regem.

(Droleries poétiques).

#### LE MISOGAME

Dans une compagnie, avec emportement,

Albin se déchaînait contre le mariage ;

Il soutenait impudemment

Que l'hymen et le cocuage

N'allaient plus l'un sans l'autre, et que

(tout homme sage

Du beau sexe devait toujours se défier.

Laissez le contre nous crier,

Dit l'aimable Dorine, il est comme son

(père,

Qui, s'étant entêté de la même chimère,

N'osa jamais se marier !

(Droleries poétiques).

“ Le sérum de Trunecek dans l'artériosclérose ”. — In Klin. — Ther Woch., Trunecek donne ses dernières indications : — haute tension artérielle permanente (sans néphrite), dyspnée, cyanose, angine de poitrine, signes d'artériose-sclérose cérébrale, intoxication alcoolique... On obtiendra des résultats favorables aussi quand les urines seront très acides ou contiendront beaucoup d'acide d'urates ou d'oxalates de chaux. On doit éviter les boissons et l'exercice qui fatiguent le cœur.

La nourriture sera choisie de façon à favoriser les oxidations et à augmenter l'alcalinité. Le sérum abaisse la tension artérielle et tend à faire disparaître les bruits dans les oreilles, le vertige, la polyurie. C'est un remède souverain contre la dyspnée des artério-scléreux. Dans

les cas rebelles, il faut répéter les injections tous les trois jours. Dans les cas sérieux d'angine, il faut quelquefois pratiquer de 15 à 20 injections à tous les trois jours. La dyspnée dans un cas d'anévrisme de la sous-clavière droite a été guérie, ainsi que des douleurs violentes dans le bras. Dans quelques états parétiques, suites d'apoplexie, même après plusieurs mois, il y a eu une amélioration : 3 à 5 Cc., tous les trois jours, jusqu'à total de 100 à 150 Cc. Il a obtenu de bons effets dans l'alcoolisme chronique sans néphrite ou hépatite. (J. Am. Med. Ass.)

"Le tétanos et la méthode de Bacelli". — Kenefick, d'Iowa, (Railway Surg.) rapporte une guérison par les injections d'acide carboli-que. Il a débuté par 15 minimes d'une solution à 2 1/2 o/o, trois fois la première journée, 30 minimes trois fois la seconde journée, puis il se servit d'une solution à 5 o/o, jusqu'à coloration des urines. Le traitement dura 16 jours ; et le patient ne prit pour ainsi dire aucun autre traitement. On l'engagea à boire beaucoup d'eau. Wood (Merck's Arch.) dit que le traitement à l'acide donne de meilleurs résultats que l'antitoxine ; l'acide doit toujours être administré hypodermiquement. Il va de soi qu'on ne néglige pas le traitement antiseptique de la blessure lorsqu'il en existe une.

"Le sérum gélatiné et le tétanos". — Le professeur Dieulafoy vient de faire le rapport d'un cas de tétanos fatal survenu dans son service à l'Hotel-Dieu, à la suite d'une injection de sérum gélatiné faite à une tuberculeuse pour des hémoptysies. Ces cas deviennent de plus en plus nombreux, car c'est la gélatine qui contient l'agent tétanique. Il faut donc dans la préparation de ce sérum gélatinisé des précautions toutes spéciales pour assurer son innocuité. M. Chauffard avait pensé que la préparation de ce sérum ne devrait pas être libre, et qu'elle devrait être soumise aux lois qui régissent la préparation des sérums thérapeutiques. Dieulafoy ajoute : "Et encore même, c'est en tremblant qu'on prescrira pareille médication. Pour ma part, je n'ai jamais fait usage de sérum gélatiné, et, à l'avenir, je me tiendrai sur la même réserve. Je ne le prescrirai jamais". Quand un savant comme le professeur Dieulafoy sonne la note du danger d'une façon si claire, il est temps de se tenir sur ses gardes et de mettre ses patients à l'abri de semblable péril. Je ne

crois que quelqu'un ait signalé, ici au Canada, de ces accidents. Roux dit qu'il est toujours possible de rendre les solutions de gélatine inoffensives en les stérilisant à la température de 110 degrés suivant la méthode classique.

NIRE

## Revue des journaux

### CHIRURGIE

Etude sur 114 cas de fractures traitées par la méthode ambulatoire

(Suite et fin)

"Vingt-et-une fractures épiphysaires doubles et huit supramalléolaires", en somme 29 fractures des os de la jambe à leurs extrémités inférieures. Quand l'œdème ne permit pas l'application immédiate de l'appareil, on prescrivit en attendant (de 4 à 7 jours) de la compression, de l'enveloppement humide et du massage. A part trois malades, qui marchèrent aussitôt sans aucune aide, les autres se servirent pendant les premiers jours de cannes ou de béquilles. Les résultats furent excellents. Deux fois seulement, on nota un raccourcissement d'un centimètre. Quatre malades présentèrent une formation calleuse assez volumineuse au niveau du péroné.

"Trente-huit fractures diaphysaires du tibia ou du péroné", dont neuf compliquées. Le genre d'appareil plâtré varia d'après les indications, fournies par chaque fracture.

Mis à part quatre malades, qui ne purent apprendre à marcher avec leur bandage, les 25 autres atteints de fractures simples circulèrent dès le début, tout d'abord avec des béquilles, puis avec des cannes, et enfin sans aides. Kristinus s'efforçait toujours de faire le plâtre aussitôt que possible après l'accident.

Quand le patient se lève et apprend à marcher, on remarque toujours combien il est difficile de faire disparaître chez lui la crainte de s'appuyer sur le membre fracturé. Il est bon que le blessé sache se tenir debout avant de marcher ; il doit s'appuyer de préférence sur le membre sain ; et non pas porter en avant le membre fracturé, pour tirer l'autre à sa suite. En se servant de béquilles, le malade portera tout d'abord sa jambe saine d'un pas en avant, puis il ramènera la jambe fracturée non pas au

niveau de l'autre, mais légèrement en avant d'elle. Ensuite, s'appuyant sur les béquilles, il recommencera le mouvement avec le membre sain, et ainsi de suite.

Quant aux résultats obtenus, ils furent les suivants. Dans dix-huit cas, sur 29 (fractures au tiers moyen, ou supérieur de la jambe), il n'y eut pas de raccourcissement; dans 6 cas il y eut un demi-centimètre; dans 4 cas, un centimètre; deux centimètres enfin dans un cas de fracture double.

Quand la lésion se compliquait de plaie, on nettoyait la blessure, puis on mettait une gouttière après pansement. S'il ne survenait aucun accident, si la plaie prenait bon aspect, aussitôt on appliquait l'appareil déambulateur, sous l'extension et la contre-extension: une fenêtre était ménagée dans le plâtre pour les pansements. Sur neuf fractures compliquées, il y eut cinq guérisons sans raccourcissement; dans trois cas graves, la diminution de longueur varia entre 1 centimètre 1/2 et deux centimètres.

## II. Fractures de la cuisse

L'application d'un appareil ambulatoire pour fracture de cuisse réclame le plus grand soin, la plus grande attention. Peu important la quantité de plâtre, la forme du bandage pour un malade qui doit garder le lit pendant deux mois. Mais pour l'appareil ambulatoire les conditions ne sont plus les mêmes; moins il y aura de plâtre, moins l'appareil sera lourd, et plus il facilitera la marche au blessé.

Ces bandages peuvent être appliqués soit dans la position verticale, soit dans la position horizontale. Le premier mode est plus avantageux en ce sens que l'on peut circuler autour du malade, soigner tout particulièrement la partie ischiatique de l'appareil, qui est la plus importante; néanmoins il nécessite la présence d'aides en assez grand nombre, et il réveille chez le patient une grande appréhension; en outre si la douleur est cause de syncope il est impossible d'anesthésier le malade dans cette position pour achever l'appareil.

Après avoir utilisé dans quelques cas les règles édictées par Dollinger pour cette manière de procéder, Kristinus a préconisé définitivement la position horizontale.

Tout d'abord il applique jusqu'à moitié de la cuisse un bandage ouaté avec semelle épaisse; il le recouvre de bouillie plâtrée, suivant les procédés ordinaires, en le resserrant davan-

tage au-dessus des condyles fémoraux. Le patient est alors couché sur une combinaison de tables et de planches, de telle sorte que seuls soient supportés le dos, la hanche et le membre du côté sain. La hanche du côté fracturé est soutenue par un aide. Ensuite l'extension est faite sur la jambe au moyen d'un étrier, d'une poulie et d'un crochet fixé au mur; la contre-extension se pratique par une sangle englobant le périnée et attachée en un point fixe. Enfin le bassin, garni de coton, est soutenu par une bride de toile, descendant du plafond.

A ce moment, on fait, au moyen d'une bande plâtrée, mesurant 20 à 30 centimètres de longueur, repliée plusieurs fois sur elle-même, un large coussin, que l'on garnit de coton sur une de ses surfaces. On l'applique, à l'état humide, entre la tubérosité ischiatique et le sanglon périérial, afin qu'il se moule bien sur la peau, puis on fait la réduction de la fracture en agissant sur la moufle. Il est très important de veiller à ce que les deux épines iliaques antéro-supérieures restent sur un même plan horizontal quand la réduction s'opère; sinon, l'épine du côté malade s'abaissant légèrement, par rapport à l'autre, on obtiendrait une fausse réduction de la fracture; le raccourcissement aurait disparu d'une manière apparente seulement, et la cuisse serait immobilisée en abduction.

Ce temps effectué, on complète l'appareil en reliant le coussin plâtré au bandage inférieur.

L'appareil a deux points faibles; l'un au raccord de la partie supérieure avec la partie inférieure, appliquée avant l'extension, l'autre au niveau du pli inguinal. A ces différents endroits, Kristinus met dans son plâtre des attelles en bois léger.

Il ne faut pas oublier de laisser la région anale libre; on prend au niveau de la voûte plantaire les mêmes dispositions que pour les appareils de jambe.

Le blessé ne doit pas regagner son lit aussitôt; on le maintient pendant quelque temps dans la station verticale pour permettre à la partie postérieure du plâtre de sécher convenablement.

Sur les 20 fractures de cuisse traitées par Kristinus, 15 guérirent sans le moindre raccourcissement; deux présentèrent un raccourcissement de 1 centimètre; deux autres malades eurent deux centimètres de raccourcissement. Un autre malade enfin, dont l'appareil n'avait pu être appliqué qu'au bout de quatre semaines en raison d'une fracture compliquée de la rotule,

le membre subit une diminution de longueur de 3 cent.

Au début de ses expériences, l'auteur enlevait presque toujours le bandage à une époque fixe et déterminée pour chaque variété de fracture : c'était cinq semaines pour les malléoles, six semaines pour la jambe, sept à huit semaines pour la cuisse. Néanmoins, dans bien des cas, ce délai fut augmenté ; on ne peut donc fixer des chiffres exacts à cet égard.

Dans huit cas de fractures de cuisse, les fragments étaient encore un peu mobiles après six semaines, et l'on dut remettre de nouveaux appareils pour une période de trois semaines.

Mises à part les lésions compliquées, peut-on dire que l'application de la méthode ambulatoire ait entraîné une diminution de longueur des membres atteints ? Il n'y eut aucun raccourcissement dans 24 fractures du péroné, dans 27 fractures des deux malléoles, dans 18 fractures des régions diaphysaires, et juxta-épiphysaires supérieures du tibia et du péroné, dans 15 fractures de la cuisse ; en somme dans 84 cas sur 104 ; il y eut donc 80,7 o/o de guérisons sans raccourcissement.

Quant aux fractures diaphysaires de la cuisse, cette guérison totale, sans diminution de longueur a pu être obtenue dans 15 cas sur 20 ; soit 75 o/o. Ce sont là des résultats supérieurs à ceux que donne la méthode de l'extension continue, qui laisse en moyenne un raccourcissement de 0,7 cent. d'après Volkmann.

Kristinus a vu, dans la moitié des cas, ses malades guérir, sans qu'il fut obligé de refaire leur appareil ; pour quelques-uns néanmoins, il dut le renouveler à deux ou trois reprises. Dans un seul cas, il nota de l'atrophie des muscles de la cuisse.

L'auteur utilisa également ces appareils, contentifs, permettant la marche, dans des lésions autres que des fractures : ostéotomies, résections articulaires, etc. En résumé, on peut dire que son étude porte sur 130 cas.

Toutes les fractures traitées par Kristinus ont été radiographiées après guérison et il faut avouer que, surtout dans les fractures obliques, l'adaptation des fragments n'est pas idéale, malgré une rectitude extérieure parfaite et une fonction excellente du membre. Sous ce rapport, le traitement ambulatoire, qui permet au malade de continuer ses occupations journalières, ne s'est pas montré supérieur aux autres méthodes.

Souhaitons que ce procédé, devenu si bril-

lant entre les mains expérimentées de l'auteur, permette au modeste praticien d'obtenir des résultats aussi surprenants !

(Le concours méd.)

— : o : —

## Thérapeutique et Matière Médicale

### Sur quelques usages de l'acide picrique

par M. le Dr F. V. Milward

L'acide picrique rend des services surtout dans les cas où la perte de l'épithélium détermine une ulcération cruentée et douloureuse d'où suinte du sérum plus ou moins purulent. Cela se voit dans certaines formes d'eczéma aigu ou mêmes après des blessures légères. L'acide picrique est ici le remède le plus actif et le plus sûr : en solution dans l'eau distillée à 1 pour 95, il agit comme coagulant et analgésique. S'il existe un degré notable d'inflammation avec production de pus, l'usage de l'acide picrique est contre-indiqué, car, ici, la pellicule protectrice que forme la solution picriquée favorise la rétention des micro-organismes et de leurs produits, d'où aggravation de l'état local.

L'auteur insiste sur les excellents effets de l'acide picrique dans l'onxyxis : on sépare les chairs de l'ongle et on introduit dans la fente ainsi formée des filaments d'ouate imbibé de solution picriquée. La douleur et l'inflammation disparaissent très rapidement et l'action destructive des micro-organismes sur l'ongle jeune est arrêtée. De même encore, la solution picriquée rend des services dans le traitement de l'ongle incarné ; elle durcit et anesthésie les parties molles et ulcérées.

En somme l'acide picrique est un antiseptique puissant, diffusible, non irritant, dont le seul inconvénient est de colorer fortement les tissus. Il est à souhaiter que l'usage en soit mieux connu et plus répandu.

(Annales Thérapeutiques.)

— : o : —

### Emploi d'un serum ioduré

par M. le Dr Ernest Luton

M. le docteur Ernest Luton fait remarquer dans " l'Union Médicale du Nord-Est " que, si l'on ajoute au sérum artificiel de A. Luton de l'iodure de sodium dans la proportion de 10 p, 100, on obtient un nouveau mélange qui présente des propriétés particulières permettant de

l'utiliser dans tous les cas pour lesquels les iodures sont indiqués, avec cet avantage que l'action de l'iode est beaucoup plus sûre et plus rapide et sans qu'il y ait à redouter des effets d'intolérance.

Le sérum ainsi modifié devient :

Phosphate de soude.....	5 grammes
Sulfate de soude.....	10 —
Iodure de sodium.....	10 —
Eau distillée.....	100 —

L'injection de ce sérum se fait dans la région trochantérienne et ne donne lieu à aucune particularité notable. Elle est cependant un peu plus douloureuse que celle du sérum artificiel ordinairement employé ; aussi observe-t-on plus fréquemment la présence d'une nodosité assez persistante et y aurait-il intérêt à enfoncer l'aiguille plus profondément que de coutume ; en tout cas, cette nodosité ne peut être une gêne pour la marche et finit d'ailleurs par disparaître.

La dose injectée en une fois est naturellement variable, mais on obtient avec une injection de 2 centimètres cubes par séance, soit 20 centigrammes d'iodure de sodium, des résultats assez satisfaisants ; des cas légers ont cédé même à la suite d'une injection de 1 centimètre cube. D'ailleurs, l'opération est facilement renouvelable, et M. Luton met généralement un intervalle de huit jours entre les piqûres.

C'est principalement contre les manifestations du rhumatisme chronique que ce sérum est indiqué. Après des poussées, on obtient la disparition des douleurs qui persistent si souvent, si longtemps, après une, deux ou trois injections.

Certaines formes de sciatique chronique se trouvent de même heureusement influencées par le sérum ioduré.

La méthode est encore applicable utilement à certaines formes de scrofule ganglionnaire et même de tuberculose, ainsi qu'à l'artério-sclérose, où la médication iodurée est généralement employée.

(Ann. de thérap).

:o:

## OBSTÉTRIQUE

Des indications de l'accouchement provoqué dans les maladies internes

(Suite)

Au point de vue thérapeutique, se pose la question d'une intervention. Celle-ci doit être entreprise chaque fois qu'il y a récurrence, même si les symptômes ne sont pas alarmants, surtout dans les premiers mois de la grossesse. Cette dernière condition est particulièrement importante pour le pronostic de l'opération.

Quoique la mortalité fournie par la statistique soit de 13 o/o sans opération, de 33 o/o avec opération, il faut bien penser que ce sont les cas les plus graves qui ont été opérés.

En somme, il faut opérer l'appendicite dès qu'il y a du pus, quelle que soit l'époque de la grossesse. Il en est de même, dans les formes catarrhales graves.

On ne doit provoquer l'accouchement que dans les formes catarrhales ; jamais il ne faut recourir à cette pratique, si il y a du pus.

Quand l'ictère grave s'accompagne de symptômes sévères, tels que fièvre, pétéchies, atrophie du foie, manifestations nerveuses, on interrompt aussitôt la grossesse.

Si les tumeurs hépatiques s'accompagnent de cachexie prononcée, il faut agir de même pour sauver la vie de la mère.

Les coliques hépatiques intenses indiquent la cholécystectomie, mais non l'accouchement provoqué.

Dans la péritonite, cette opération est également contre-indiquée, en considération de l'infection péritonéale et de la grande plaie génitale qui serait créée dans le voisinage.

" Voies urinaires ". — L'albuminurie se rencontre souvent dans la grossesse, et particulièrement pendant l'accouchement. Elle est des plus fréquentes chez les primipares (2/3 des cas), dans la grossesse gémellaire, l'hydramnios, et dans les cas où le travail se prolonge. Elle reconnaît pour cause les toxines gravidiques, ainsi que les obstacles apportés à la circulation. Les conséquences sont parfois assez graves, si l'albumine persiste longtemps, il se produit au niveau des reins des altérations qui peuvent devenir définitives. Mais le plus souvent, celle-ci disparaît après la délivrance. Dans les conditions ordinaires, il suffit de mettre la parturiente au régime lacté pour voir ré-



trocéder les phénomènes morbides. Si l'amélioration ne se produit pas, il est nécessaire d'interrompre la grossesse dans les cas d'albuminurie avec néphrite. Les mêmes règles s'imposent, quand la néphrite apparaît dans la première moitié de la grossesse, ou bien quand la néphrite se révèle avant le huitième mois (dans l'intérêt de la mère).

La néphrite chronique est une indication pour l'accouchement provoqué, aussitôt que l'enfant est viable, ou qu'apparaissent des troubles généraux graves.

Les lésions et les maladies du poumon assombrissent le pronostic.

Dans la néphrite aiguë, la mortalité est de 5 o/o ; elle est de 40 o/o dans la néphrite chronique.

Quand les malades sont gravement atteints, l'accouchement prématuré se produit d'une manière spontanée dans 13,5 o/o des cas pour l'albuminurie, dans la proportion de 45 o/o pour la néphrite aiguë, et de 50 o/o pour la néphrite chronique.

Il faut traiter d'une façon très énergique les primipares, les femmes qui présentent une grossesse gémellaire, une lésion cardiaque, une affection pulmonaire ou névropathique.

La mortalité des enfants atteint 31 o/o, d'après la statistique de l'auteur.

Si les toxines sont particulièrement abondantes ou ne s'éliminent pas d'une manière suffisante, elles atteignent le cerveau, et déterminent des crises " d'éclampsie " : Celles-ci apparaissent le plus souvent avant l'accouchement ; " post partum ", elles ne s'observent que dans la proportion de 11,1 o/o. La mortalité totale des " parturientes " serait de 12,5 o/o et même de 19 o/o de ces multipares ; les enfants naîtraient à terme dans la proportion de 54 o/o. " Ante partum ", l'éclampsie est deux fois plus meurtrière pour " l'enfant " que " intra partum " (mortalité variable entre 21 et 77 o/o). Plus la mère est proche du terme de l'accouchement, meilleur est le pronostic.

Dans 40,9 o/o des cas, les accès disparaissent avec délivrance ; dans les autres, ceux-ci diminuent beaucoup de nombre et d'intensité ; parfois il devient possible de les supprimer en dilatant l'orifice utérin. Cependant, on ne peut dire que leur nombre soit proportionné à la quantité d'albumine émise.

La fièvre assombrît le pronostic.

L'accouchement provoqué donne pour la mè-

re une mortalité de 12 o/o, et de 58 o/o pour l'enfant.

L'amaurose ne doit pas être considérée comme un signe précurseur de l'éclampsie ; elle doit faire redouter l'apparition d'une rétinite albuminurique, qui entraîne assez fréquemment la cécité, ou tout au moins une diminution considérable de l'acuité visuelle. L'accouchement provoqué donne en pareil cas des résultats satisfaisants.

(A suivre)

(Le concours Médical)

— : o : —

## SYPHILIGRAPHIE

Sur la maladie de Paget et la syphilis héréditaire tardive

(Suite et fin)

Il n'y a pas une quinzaine, j'étais consulté par un homme de trente-quatre ans, portant sur une de ses jambes un ulcère gommeux typique, lésion jusque alors méconnue comme nature, et résultant en toute évidence d'une hérédité spécifique. " Guérissez-moi bien vite, M. le docteur, me disait ce malade, car il faut absolument que je me marie, et rapidement ; je n'attends que ma guérison pour conduire ma fiancée à la mairie ". Inutile de dire quel dangereux mari il eût fait avec sa syphilis absolument vierge de tout traitement jusqu'à ce jour.

Je trouve encore dans mes notes de ville trois autres exemples analogues, concernant tous des jeunes filles hérédo-syphilitiques qu'on était sur le point de marier, à savoir :

1. Une splendide jeune fille d'une rare beauté, exemple de tout stigmatisme d'hérédo-syphilis bien qu'issue d'un père syphilitique, et affectée depuis quelques semaines d'une gomme ulcérée de la jambe. Précisément depuis une quinzaine elle était demandée en mariage.

2. Une jeune fille de vingt-trois ans, affectée depuis quatre ans d'un ulcère phagédénique serpiginieux de la jambe. Pour celle-là aussi sa mère sollicitait de moi une guérison rapide, " car, disait-elle, jugez de notre situation : un mariage est arrêté pour notre fille depuis deux ans ; nous avons toujours différé, mais il faut en finir, et nous sommes vraiment à bout de prétextes pour différer encore, etc. "

3. Une jeune fille de vingt ans, affectée d'une gomme du voile palatin, gomme restée

méconnue pour cette raison, me fut-il raconté, " qu'on a pas à vingt ans d'accidents de syphilis héréditaire ". La perforation venait de se faire quand je fus mandé près de cette malade, et le même jour la fiancée recevait sa corbeille de mariage.

On voit que l'hérédo-syphilis peut avoir quelque relation avec la question matrimoniale. — Mais je poursuis.

Chose extraordinaire, à laquelle je ne suis pas habitué, dans les trois derniers cas dont je viens de parler, on daigna écouter mes représentations et différer le mariage, — oh ! pas aussi longtemps que je l'aurais voulu, bien certainement, — mais enfin à le différer, ce qui, je pense, ne fut pas inopportun.

Il est donc essentiel, on le voit, que la syphilis héréditaire, au lieu de rester le secret du médecin, soit connu des familles et du principal intéressé. Voilà le principe.

Quel procédé, maintenant, mettre en œuvre pour aboutir à ce résultat ?

Rien que de très simple, me semble-t-il.

De deux choses l'une : On a affaire ou bien à un sujet au-dessous de l'âge de raison, ou bien à un sujet en âge de raison.

" Première alternative " : le médecin, bien évidemment, n'a qu'une chose à faire. C'est, d'abord, de confier aux parents de l'enfant le diagnostic de la maladie, et cela avec tous les ménagements, toutes les précautions d'usage que je n'ai pas à dire, de façon à éviter toute déclaration imprudente qui risquerait de troubler la paix d'un ménage. (Je passe ici sur certains détails variables suivant le cas particulier).

Puis, cette première déclaration faite, continuer ainsi l'entretien avec les parents : " Maintenant que vous savez ce qu'a votre enfant, ce sera un devoir pour vous, alors qu'il sera en âge de raison, de l'éclairer sur la maladie qu'il a eue, — devoir pénible, mais indispensable, et que saura remplir votre tendresse. " — Faire comprendre alors à ce père ou à cette mère ce que l'un et l'autre peuvent bien ignorer, à savoir qu'il peut y avoir un intérêt majeur, considérable, pour leur enfant à connaître ses antécédents spéciaux, et cela, d'abord, pour continuer à se traiter tout le temps nécessaire à la guérison, puis pour se tenir en garde contre l'éventualité toujours possible d'accidents à venir, accidents qui ont toutes chances pour

guérir si la cause en est connue, mais qui, au cas contraire, risqueraient fort d'aboutir aux pires catastrophes, voire la mort.

" Sauvegarder ou tout au moins essayer de sauvegarder ainsi l'avenir de l'enfant me paraît un objectif bien digne de l'attention d'un médecin ".

" Seconde alternative " : on a affaire à un sujet en âge de raison. Eh bien, règle formelle, il " faut " éclairer le sujet (homme ou femme, n'importe) sur son état de syphilis, qu'il y aurait pour lui (comme pour les autres par ricochet), danger grave à ignorer.

Mais, ici, précisons :

Convient-il de dire simplement à ce malade : " Vous avez la syphilis " ; ou bien a-t-on obligation de lui dire : " Vous avez la syphilis " que vous tenez de vos parents " ?

Je m'en tiens à la première formule, quant à moi, jugeant la seconde inutile.

Et, en effet, autant le dit sujet a intérêt à savoir qu'il a la syphilis, autant lui importe peu d'apprendre qu'il la tient de ses parents. Que pourrait-il avoir à gagner de cette notion d'hérédité ? Rien, évidemment. Donc, inutile que le médecin entre dans des détails à ce sujet. D'autant qu'au cas très possible où le dit médecin aurait eu notion professionnellement de la syphilis des ascendants, cette déclaration deviendrait dans sa bouche une violation du secret médical.

Sans nul doute, le malade ne manquera pas d'être surpris à l'énoncé du diagnostic que lui formulera le médecin, et de se récrier et de protester contre ce diagnostic : " Vous dites, docteur, que c'est de la syphilis ce que j'ai là ; mais enfin, je n'ai pas eu la syphilis, moi, j'en suis bien certain. D'où voulez-vous donc qu'elle me soit venue, cette prétendue syphilis ? Etc., etc. ".

Ce à quoi le médecin, se retranchant derrière une feinte ignorance, se contentera de répondre évasivement : " J'affirme, Monsieur, que ce que vous avez là est bien de la syphilis, cela à n'en pas douter. D'où cette syphilis vous est-elle venue, il n'importe et je l'ignore ; c'est là un point secondaire. L'essentiel le seul point essentiel, pour vous, c'est de savoir que vous avez cette maladie, de façon à vous en traiter comme il convient pour en guérir, et de façon aussi à ne vous marier qu'en temps propice ".

Telle est, me semble-t-il, la conduite à tenir

dans les cas de cet ordre, pour satisfaire à l'importante indication que nous a signalée M. Lannelongue et sur laquelle il réclamait l'opinion de l'Académie ; — conduite se résumant au total en ceci :

Faire au mieux, dans tous les cas possibles, pour que le malade ait notion de son état de syphilis.

Et je terminerai en disant que : dénoncer ainsi la syphilis à un sujet affecté de syphilis, de façon que ce sujet puisse s'en traiter et en préserver autrui, c'est là, par excellence, "œuvre de prophylaxie", constituant un "devoir professionnel" auquel le médecin n'a pas le droit de se soustraire.

M. Albert Robin : Dans la séance du 3 février dernier, j'ai élevé quelques doutes sur l'origine syphilitique de la maladie de Paget en m'appuyant sur l'inefficacité du traitement antisiphilitique et sur les différences entre la composition chimique des os dans la maladie de Paget et dans les altérations osseuses de la syphilis. Evidemment, comme l'a fort bien dit M. Lannelongue, le fait de l'inefficacité de traitement antisiphilitique est un argument d'une modeste valeur. Mais en est-il de même de la différence dans la composition des os ?

J'ai pratiqué, avec l'aide de MM. Monfet, Bournigault et Bouillon, un grand nombre d'analyses d'os dans divers états morbides, afin d'établir des termes de comparaison qui me permettent d'établir l'évolution de la chaux chez les tuberculeux. En attendant que j'aie les documents suffisants pour traiter cette importante question qui sous-entend des applications thérapeutiques sérieuses, je veux insister seulement sur les particularités qui distinguent l'os syphilitique de l'os de la maladie de Paget :

L'os syphilitique contient donc plus d'eau et plus de matières azotées que l'os de la maladie de Paget. D'autre part, il renferme beaucoup moins de graisse, pendant que la proportion des matières minérales demeure à peu près la même.

On pourrait objecter que l'os de la maladie de Paget est un os syphilitique atteint de la dégénérescence graisseuse, mais on n'a qu'à consulter l'analyse de la partie saine du tibia droit, et l'on verra que la proportion de la graisse est à peu près aussi considérable que dans la tibia gauche, malade.

Je laisse à l'Académie le soin de tirer de ces recherches les conclusions qu'elles comportent,

relativement à l'identité de la syphilis osseuse et de la maladie de Paget.

(Bull acad. méd).

—: o:—

#### Nouvelles contributions à l'étude du bacille de la syphilis

par MM. les Drs Max Joseph et Piorkowsk

Les auteurs prennent, comme point de départ de leurs recherches, cette constatation si certainement établie, qu'un individu syphilitique, présentant toutes les apparences de la santé, "sans aucun symptôme révélant actuellement son infection", peut fort bien infecter une femme saine et fécondante. Ils rappellent les observations nombreuses dans lesquelles nous voyons des syphilitiques coïter avec des femmes saines, et cela pendant des années sans leur communiquer leur maladie ; une de ces femmes devient-elle enceinte, nous constatons, au contraire, soit l'infection du fœtus seul, soit celle du fœtus et de la mère. Il faudrait donc conclure de ces faits bien observés, que c'est dans le sperme que le virus syphilitique persiste le plus longtemps et avec son maximum de virulence, et que c'est là qu'il doit et peut être décelé.

Les auteurs emploient à cet effet la méthode suivante ; des placentas rigoureusement stériles, sont inoculés avec du sperme frais. On inocule en même temps d'autres milieux de cultures et des examens microscopiques du sperme sont pratiqués afin de s'assurer de la présence de spermatozoïdes vivants.

Les résultats sont très constants. Après 24 heures, ou mieux 48 heures, apparaissent sur les placentas inoculés de petites colonies, peu visibles à l'œil nu, semblables à des gouttelettes de rosée et devenant très grises de ton ultérieurement. L'examen microscopique montre des bâtonnets épais, renflés à l'une de leurs extrémités, présentant fréquemment de la dégénérescence granuleuse, alignés, disent les auteurs, comme les piliers des estacade. Leur dimensions sont de 4-8 en longueur, 0,2-0,3 en épaisseur. Leur forme rappelle celle des bacilles diphtériques ; leurs dimensions celle du bacille subtilis.

Les bacilles qui ont poussé sur les placentas peuvent être ultérieurement cultivés sur agar et surtout sur sérum. Ils dégèrent après la troisième génération, mais retrouvent toute leur virulence quand on les reporte sur un placenta. Ils présentent nettement les corpuscules méta-

chromatiques, dits corpuscules de Babès-Ernst et un certain nombre de caractères supplémentaires.

Prévenant les objections qu'on pourrait leur faire au sujet de la spécificité de leurs bacilles, les auteurs, après avoir annoncé que Waelsch et Winternitz (de Prague) viennent de décèler un germe très semblable dans le sang des syphilitiques, citent un nombre imposant d'observations (39 syphilitiques en pleine période infectieuse). Chez tous ces malades, le sperme fut examiné et le bacille caractéristique mis en évidence. Au contraire, 15 malades, très anciens syphilitiques, à infection peu virilente ou éteinte, donnèrent à examen du sperme des résultats absolument négatifs. Il était également instructif de rechercher le bacille dans les sécrétions normales et pathologiques des syphilitiques. C'est ce que firent les auteurs qui examinèrent avec succès tout particulièrement les exsudats des chancres et des plaques muqueuses ; ils virent que les productions vénériennes non syphilitiques (chancre mou, herpès), donnent des résultats constamment négatifs.

Ils purent même aller plus loin dans la voie de la démonstration en recourant aux inoculations, en essayant de communiquer l'affectation au porc comme l'avait déjà tenté Adrian Hugel et Holzhauser.

Un porc est inoculé d'abord avec une culture pure sur une étendue de tégument de la dimension d'une pièce de cinq marks. Pas de modification locale.

Le 6 février 1902, cet animal, âgé de quatre semaines, reçoit une seconde inoculation (3 cm. c.) de culture sur bouillon provenant de plusieurs malades. Le 12 février, troisième inoculation de 12 cm. c. d'une culture vieille de 2 jours. Le 21 février, apparition d'un exanthème qui recouvre les organes génitaux ainsi qu'une partie des membres postérieurs.

Ce sont des taches, tantôt isolées, tantôt confluentes, de la dimension d'une lentille, rouges à la surface érosive. Des macules rosées et brunes sont visibles en outre sur l'abdomen et le thorax. Les auteurs attachent enfin une grande importance à ces deux faits : la mise en évidence directe par l'un d'eux (Piorkowski) des bacilles caractéristiques dans le sperme frais et la découverte de ces mêmes bacilles sur des coupes de ganglions lymphatiques syphilitiques.

(Ann. de Thérap.)

—————: o: —————

### Traitement de la syphilis du cœur

par M. le Dr M. Breitmanet

Les toni-cardiaques, et surtout la digitale, donnent de bons résultats si la lésion syphilitique du cœur est peu étendue ; ils n'agissent pas dans le cas contraire.

Il faut instituer au plus tôt le traitement spécifique et le répéter à intervalles réguliers, tous les trois à cinq mois par exemple, même avec un état subjectif satisfaisant.

Dans chaque cas spécial, on tiendra compte des phénomènes menaçants. On recourra au mercure (frictions, injections) et à l'iodure à haute dose (jusqu'à 10 grammes par jour). Dans les cas moins graves, on commencera par le mercure, puis on passera à l'iodure de sodium ; on peut aussi prescrire les nouvelles préparations iodées (iodalbacide, etc.). Le mercure est surtout utile à titre de toni-cardiaque et de diurétique.

Le traitement général ne sera pas négligé. Dans la lésion syphilitique du cœur à accès angineux, les vésicatoires, appliqués à la région précordiale, sont très utiles.

Il faut défendre l'alcool, les efforts physiques, les émotions morales, prescrire le repos au lit, les bains sulfureux et iodurés. Éviter la sudation, mais faciliter la transpiration. Ne pas donner d'anesthésiques tels que chloroforme, chloral, nitrite d'amyle, nitro-glycérine.

(Ann. dep Théra.)

—————: o: —————

### MALADIES VENERIENNES

#### Traitement du chancre mou par le froid

Drandweiner obtient par la réfrigération des effets analogues à ceux que donne l'emploi de la chaleur. Il dispose de 40 cas traités par le spray au chlorure d'éthyle. On commence par un nettoyage minutieux de l'ulcération avec une solution de sublimé : après une dessiccation aussi complète que possible, on envoie à 20 cm. de distance, le jet de chlorure d'éthyle. Pendant la pulvérisation, on dirige, au moyen d'une soufflerie dont l'extrémité du tube est placée à 5 cm. de la plaie, un courant d'air sur le point traité, dans le but de favoriser l'évaporation du chlorure d'éthyle. Au début de la congélation, les malades ressentent un peu de douleur ; l'intervention est suivie d'une hyperémie

accentuée avec hémorragie ; ce stade est de courte durée,

On fera une séance par jour en général, et on ira jusqu'à 3 par jour dans les cas de chancre très étendu et tenace. Pansement à la poudre d'iodoforme. Il suffit parfois d'une seule séance pour modifier déjà profondément la lésion : celle-ci commence à granuler, et ses bords ne sont plus minés. Mais on n'obtiendra un tel résultat, le plus souvent, qu'au bout de quatre séances.

Trente-trois cas sur quarante ont donné d'excellents résultats.

(Ann. de thérap.)

—————: o: —————

#### Traitement des condylomes

par M. le Dr Waldo

Beaucoup de condylomes sont conservés secs par l'application des poudres : celles qui m'ont le mieux réussi sont le calomel ou l'acide borique pulvérisé. Dans quelques cas, un astringent, comme l'acide tannique, peut amener la guérison ; mais un grand nombre de cas requiert des moyens plus radicaux.

Dans les cas plus graves tous les traitements doivent avoir en vue la destruction de la base de la tumeur. J'enlève le condylome avec des ciseaux et je cautérise la base avec de l'acide phénique pur ou de l'acide nitrique. On peut aussi se servir d'autres escharotiques. Lorsque les masses sont très larges, il faut employer la thermacautère de Paquelin. Parfois l'hémorragie a été extrêmement difficile à arrêter, et alors il subsistait invariablement une plaie douloureuse qui confinait le patient au lit pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines.

L'électrolyse peut être employée dans les cas récents et ne présente guère d'inconvénients. Dans les cas vraiment sérieux, je crois que le galvano-cautère est, parmi tous les moyens spéciaux, la meilleure méthode, car elle ne donne pas d'hémorragie et son emploi est suivi de peu de douleur. Pendant qu'on opère, le patient doit nécessairement être soumis à l'influence d'un anesthésique.

Après avoir enlevé les condylomes, il faut soigner la cause qui les a engendrés, si on ne veut pas les voir se développer de nouveau.

(Ann. de Thérap.)

—————: o: —————

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DES SYPHILIS GRAVES

((Gaucher))

Benzoate de mercure..... 0 gr. 30  
 — d'ammoniaque I — 50  
 — de cocaïne..... 0 — 15 (à 0.75))  
 Eau distillée stérilisée... 30 c. c.

Injecter quotidiennement 2 centimètres cubes de cette solution pendant 2 mois consécutifs, suspendre le traitement si on constate des nodosités du tissu cellulaire ou d'autres accidents.

—————: o: —————

### TRAITEMENT DU CANCER INOPERABLE

('A. Cooper)'

On peut essayer :

- 1) Les inoculations avec le streptocoque de l'érysipèle,
- 2) Les injections sous-cutanées de liquides Coley.
- 3) Les injections sous-cutanées de sérum anti-cancéreux, de Wlaeff.
- 4) L'enlèvement des ovaires ?
- 5) L'emploi du corps thyroïde.
- 6) L'emploi d'extrait de ganglion lymphatique.
- 7) Les rayons de Roentgen et ceux de Finsen.
- 8) Les injections de substances irritantes (acide acétique, alcool, violet de méthyle, venin de serpent, etc.), et les injections qui produisent une suppuration superficielle (ess. de térébenthine, ac. arsénieux, carbure de calcium).
- 9) L'électricité.
- 10) Les médicaments (la grande chélidoine).

N. B. — L'auteur a oublié la quinine, qui, entre les mains de Jaboulay, de Lyon et de Lannois, de Paris, a donné des résultats encourageants.

—————: o: —————

## SUPPLEMENT

DISCOURS DE M. LE DR ROUSSEAU

Professeur agrégé, à l'Université Laval et chargé du cours de clinique à l'Hotel-Dieu de Québec

Excellence,

Monsieur le Gouverneur,

Mesdames, Messieurs,

L'Université Laval déplore cette année la perte du docteur Vallée qui, pendant un quart de siècle, dans les chaires de toxicologie et de médecine légale, de toxicologie, de clinique interne, de maladies mentales et de déontologie, a illustré dans notre pays la faculté de médecine de Québec.

Durant sa trop courte carrière, il s'est distingué par des qualités supérieures et a donné l'exemple d'un rare mérite.

Un éclatant hommage était certe dû à sa mémoire en cette circonstance.

Si pourtant la mission m'a été confiée de faire son éloge, n'y voyez pas un signe qu'il ait pu être méconnu. Croyez plutôt que l'Université, confondant sa douleur avec celle de l'élève le plus profondément attaché au maître, a tenu avant tout à évoquer le souvenir de l'éminent et dévoué professeur, dans une expression émue de regret, de reconnaissance et d'admiration.

Arthur Vallée est né à Québec le 29 décembre 1848, d'une famille aisée. Ses parents n'épargnèrent rien pour son instruction, lui assurant ainsi dans sa jeunesse les biens de l'esprit auxquels il devait de plus en plus s'attacher. Il commença ses études classiques au collège de Lévis, passa ensuite au Séminaire de Québec et suivit ses cours de philosophie et de physique comme élève de la faculté des Arts.

L'histoire se demandera pourquoi il changea si souvent les conditions de sa vie scolaire.

Empressons-nous donc de dire qu'il fut un élève estimable, actif et studieux, quoiqu'irrégulier dans son travail, animé en outre de ces sentiments de droiture qui nous firent hautement apprécier le commerce de l'homme mûr. L'expérience de la vie n'allait pas tarder à lui faire comprendre la nécessité d'une règle de conduite sévère et minutieuse. Mais il n'en accepta pas d'autorité la théorie collégiale. Aussi fut-il porté à des incartades d'écoliers qui eurent des suites grosses de vicissitudes. Il s'est souvent plu à les raconter lui-même; preuve que sa conscience n'en fut pas trop affectée, ni sa destinée compromise.

Du moins il ne perdit pas son temps sur les bancs de l'école. Il avait une passion excessive pour la lecture, qui lui attira sans doute bien des réprimandes, mais lui valut aussi des con-

naissances étendues et variées et marqua, au milieu de ces temps d'humiliation, l'origine de sa supériorité.

Lorsqu'il fut étudiant en médecine, on ne lui trouva plus son aversion de collégien pour les programmes réglementaires; si bien qu'il poursuivit ses nouvelles études avec une application soutenue et gagna le titre de docteur en médecine réservé alors aux seuls candidats qui subissaient leurs examens avec très grande distinction.

Avant d'entreprendre sa tâche professionnelle, il alla étudier trois ans en Europe. Il passa à Paris la plus grande partie de ce temps; mais resta aussi quelques mois à Londres, à suivre les cliniques des hôpitaux. Pendant ses vacances, il visita l'Italie et fit un pèlerinage en Terre-Sainte, au cours duquel se raviva pour toujours sa foi chrétienne un peu ébranlée par les premières et troublantes révélations des secrets du monde. Il avait déjà beaucoup lu et devait lire encore davantage. Ses lectures affinèrent ses facultés d'observation et lui permirent de voyager avec profit. Il rapporta d'autre part de ses nombreux voyages le moyen de saisir facilement la réalité dans les choses écrites.

Sous la pression des idées et des sentiments propres à des civilisations étrangères, la conscience s'élargit singulièrement vite. Le docteur Vallée pût ainsi condenser en quelques années des enseignements qui résultent généralement d'une vie entière.

A son retour à Québec, il était un homme mûr. Dans l'accomplissement de ses devoirs professionnels, dans l'étude et dans l'enseignement, il commença à vivre suivant la conception nette du rôle qu'il allait jouer.

\* \* \*

Le docteur Vallée présentait à ce moment des qualités que, dans un pays peu avancé, on ne trouve pas réunis dans un grand nombre de personnes. Un talent distingué, une culture sérieuse, l'amour passionné du travail le gardaient de toute obscurité possible. Un mariage heureux qui le lia à une des premières familles du pays vint bientôt ajouter à ces avantages en lui créant des influences sociales importantes, et en dissipant du même coup les préventions que l'état heureusement primitif de nos mœurs entretient non-seulement contre la moralité, mais même dans certains milieux naïfs, contre la valeur scientifique des médecins célibataires. Cependant il ne fut pas et ne pouvait pas être un médecin très populaire. L'autorité du savoir ne commande pas toujours seule les faveurs du public.

Une grande timidité empêchait le docteur Vallée de se produire. Sa dignité le tenait loin de ces intrigues par lesquelles la clientèle est comme captivée et asservie. Sa franchise lui interdisait les complaisances intéressées,

Des trésors de bonté se répandent en sympathies compatissantes sous le couvert de la plus absolue discrétion. Une réserve qui pouvait passer pour de l'indifférence, masquait la sensibilité du docteur Vallée. Tandis que le malade attendait des marques d'intérêt, il ne lui donnait que l'attention la plus dévouée. Et puis, savait-il conserver aux incurables leurs illusions ? Il y a lieu d'en douter et de supposer que bien de ces malheureux se sont éloignés de lui par crainte de la vérité.

Il n'était pas moins redoutable par la vivacité de son caractère que par sa sincérité. La promptitude de ses mouvements s'est manifestée dans des conflits athlétiques fameux avec autant d'éclat qu'apparaissait sous le choc des opinions la malice de son esprit aiguisé.

Bien des gens se rendent coupables d'excès d'humeur, bien peu les condamnent et les expient avec la grandeur et la tendresse d'âme qui animait le docteur Vallée, lorsqu'il abaissait sa fierté naturelle devant un élève, plutôt que de souffrir de l'avoir injustement humilié ou chagriné.

Dans la plus stricte acceptation du mot, il était un homme de bien. La société offre peu d'exemple aussi parfait de droiture. Sans fléchir devant l'intérêt personnel et les passions ou même devant des considérations plus généreuses d'amitié, il a conformé scrupuleusement ses actions aux besoins de l'ordre général établi dans la réalisation constante de l'idéal de justice le plus élevé.

Cette intégrité lui gagna la confiance d'un public quelque peu intimidé par son extérieur grave et rigide. Il n'obtint pas dans l'exercice de sa profession les faveurs du grand nombre, mais il eut celles de l'élite. C'était le succès qui appartient à un mérite aussi distingué que discret.

Sous les grands maîtres il avait suivi les expériences participées aux observations qui sont le fondement de la médecine moderne. Il y a cet avantage à être témoin des faits particuliers d'où découlent les préceptes généraux, qu'il devient plus facile à comprendre la signification précise de ceux-ci et de les réappliquer exactement aux faits analogues. Les connaissances médicales du docteur Vallée reposaient sur des principes nettement définis et il en tirait un parti sûr dans la pratique. La patience du chercheur lui manquait. Mais sans s'attarder à l'analyse minutieuse de détail, il savait bien distinguer le trouble originel à travers l'ensemble des désordres symptomatiques d'une maladie et déterminer ensuite le point où devait être portée l'attaque thérapeutique. Le don de réduire à des considérations simples les cas les plus compliqués est la marque du véritable médecin. Celui qui le possède n'établit pas ses médications sur des tâtonnements, il les dirige d'une façon rationnelle contre la cause, contre la lésion où le symptôme capital de la maladie. Mais pour obtenir ce don précieux, il faut une

science approfondie et des capacités d'observation, de raisonnement et de déduction dont un esprit ordinaire n'est pas capable. L'application d'une science aussi inexacte que la médecine laisse en effet trop de marge à la discrétion individuelle pour ne pas exiger beaucoup de discernement. Le docteur Vallée avait même une si haute idée de sa profession qu'il n'était pas loin de croire que le médecin doit être l'homme le plus cultivé de son temps. Pour cette raison il s'était fait le défenseur ardent des hautes études préparatoires à la médecine et, dans des articles excellents publiés sur ce sujet, s'était appliqué à démontrer la nécessité de la vigueur et de la souplesse intellectuelle que donne une bonne formation, pour comprendre à fond les phénomènes de la nature. Il fut lui-même un des exemples les plus frappants que l'on puisse citer à l'appui de cette idée.

\*\*\*

L'œuvre médicale de sa vie, la plus importante et la plus chère, a été celle qu'il a accomplie en sa qualité de Surintendant de l'asile d'aliénés à Beauport. Il s'y est appliqué avec toute son intelligence et, par excès de zèle, y a dépensé ses forces physiques. Les fonctions qu'il avait à y exercer n'étaient pas sans obstacles. Entre les parties intéressées à l'hospitalisation des aliénés il existe des droits et des obligations que des motifs divers, on le sait, portent à méconnaître. Des réclamations en résultent qui sont une source inépuisable de difficultés pour le surintendant. Celui que nous regrettons avait le jugement qui fixe le juste milieu des prétentions opposées, la fermeté qui permet de s'y maintenir. Il était modéré, conciliant ; il savait faire la part des circonstances plus ou moins favorables. Son autorité personnelle lui servait à ramener l'accord sur des points contestés, afin de réaliser le progrès par la bonne entente.

Il a réformé sans bouleverser. La crainte de faire un pas qui ne fût un avancement définitif le gardait de tout essai téméraire. Il connaissait trop les exagérations sans cesse renouvelées qui marquent l'évolution des méthodes médicales pour risquer un changement qui n'eût pas subi l'épreuve du temps ou le contrôle de sa propre expérience. En somme, il n'était pas un orateur. Mais il a prouvé que la prudence n'est pas une entrave au progrès. Grâce à cette sage réserve, sans soulever la moindre méfiance, il a opéré des améliorations qui feront époque dans les annales de l'asile de Beauport.

Pendant les dix années de sa surintendance, il suivit son service avec ponctualité et une méthode qui assurait en même temps la mise en opération régulière et l'économie des forces utilisables de l'institution. Il en fit ainsi, avec des ressources médiocres, un des hospices du genre les mieux organisés que l'on puisse voir.

(à suivre)

o:

## Coq-a-l'Ane

" De la valeur de la radiothérapie dans les cancers ". — C. W. Allan donne à la Amer. Dermat. Ass., ses résultats dans 47 cas :

Sont morts.....	5
Guéris.....	25
Améliorés.....	3
Non-améliorés.....	5
Améliorés encore sous traitement.	9
<b>Total.....</b>	<b>47</b>

10 du sein, 1 de l'utérus, 1 des glandes du cou, 3 sarcomes, 1 sarcome douteux, 30 cancers de la peau, 2 épithéliomas du menton, 9 du nez, 3 multiples, 5 de la joue, 4 de la lèvre, 2 du bras.

" Remarques de C. G. Jones, de Ann Harbor sur l'emploi des rayons X ". — A chaque nouveau patient, dans les traitements des lésions malignes, on devra donner une séance de pas plus de cinq minutes, à une distance de 5 à 8 pouces, et alors discontinuer tout traitement pendant huit ou dix jours, et cela afin de tâter la susceptibilité du sujet et éviter les brûlures. Après cette période de repos, les séances peuvent se donner tous les deux ou trois jours, suivant les besoins. Il rapporte le cas du docteur Rubel, du Johns Hopkins Hospital, terminé par la mort, suite de brûlure de l'abdomen succédant à deux exposition de vingt minutes chacune, à une distance de six pouces et avec une étincelle de trois pouces. Pour les cas de lupus et les lésions malignes superficielles, il convient de n'employer que des tubes faibles et une étincelle de 1/8 à 1/2 pouce. Dans les néoplasmes profonds, on peut se servir de tubes plus puissants et d'une étincelle de deux pouces. Il n'est pas nécessaire de produire une dermatite pour obtenir la guérison, au contraire, cette complication entrave le résultat recherché, facilite la propagation du néoplasme au tissus environnants, aide à l'intoxication par l'absorption de produits nécrosés, favorise la formation de toxines qui adimentent l'épuisement général et hâtent la mort. (Phys. & Surgeon).

" Chez le gynécologue ". — Docteur, je viens vous prier de m'examiner. On m'a dit que j'avais besoin d'une opération. J'ai un courant d'air dans le vagin...

— Un courant d'air dans le vagin ! ... Voyons.

La malade avait une fistule recto-vaginale. (Lyon Med.).

" La stérilisation des instruments tranchants ". — Il ne faut pas les faire bouillir plus de trois ou quatre minutes. On les plonge pendant quinze à vingt minutes dans de l'acide phénique pur. On les enlève avec des forceps stériles et on les met dans de l'alcool. (Internat. J. Surg.).

" Guérison de la rage au Bengale ". — G. M. Gould mentionne — au cours d'un excellent article sur " les découvertes en Médecine " (J. Am. M. A.) — le fait rapporté par un voyageur (Gaz. heb. méd.), qu'au Bengale les aborigènes, pour guérir ou prévenir la rage à la suite de morsure, tuent le chien enragé, extraient son foie palpitant et en font manger des morceaux crus et ensanglantés au mordu. Quoique paraissant étrange, on soutient que la guérison est certaine et permanente.

" Les œufs d'araignée comme microbicides.. chasse-microbes " ! — Sam. Foote a publié en 1768 une pièce intitulée " The Devil on Two Sticks ". Dans cette pièce, le Président du Collège des Médecins donne une conférence, au cours de laquelle il reconnaît des animalcules comme cause de maladies. Dans la jaunisse, il fait la démonstration au microscope, de la présence dans le sang, de mouches jaunes, et reconnaît que ces mouches sont les éléments qui produisent la maladie et qui donnent la coloration à la peau. Pour la guérison, il administre la cinquante-deuxième partie d'un scrupule " d'œufs d'araignée ", disant que ces œufs pénètrent dans le sang, s'y développent, deviennent des araignées, y font la chasse aux mouches, leur aliment naturel, les détruisent et ainsi débarrassent le sang, rendant la santé au patient. (Gould in J. A. M. A.).

" Le pantalon ". — Le chemineau sonne chez le médecin, une jolie femme répond.

" Le docteur aurait-il un vieux pantalon à me donner " ?

Et la jolie dame de répondre en souriant :

" C'est moi le docteur " !

Et le " tramp " court encore... après sa culotte. (Cincinnati Lancet Cl.).



" Catgut iodé ". — Le moyen le plus simple et le plus efficace de préparer le catgut serait la méthode de Claudius : — Le catgut cru du commerce, sans préparation, est enroulé sur des bobines en verre et plongé dans la solution iodée, où il demeure pendant huit jours. Ce catgut est noir flexible et presque aussi fort que la soie. Avant de s'en servir, on le lave dans de l'eau stérile ou une solution carbolisée. La solution iodée est composée d'iode et de KI, de chacun, 1 partie, eau, 100 parties. On dissout l'iodure de potassium dans une petite quantité d'eau à laquelle on ajoute l'iode, finement pulvérisé ; puis on dilue à 1 o/o.

" Traitement abortif des furoncles ". — Callois conseille un mélange de 2 parties d'iode métallique pour 5 parties d'acétone.

" La lumière électrique bleue comme anesthésique ". — D'après Minin, cette lumière permettrait de pratiquer des opérations sans autre anesthésique. On aurait fait des opérations mineures et des kélotomies sans douleur.

" Le citron contre l'anasarque ". — Tchigalev, de Saint-Petersbourg, aurait vu disparaître l'hydropisie chez une femme par l'emploi du citron. La digitale, les diurétiques et les purgatifs étaient restés sans effet. La femme prenait de un à trois citrons par jour.

" Emulsion de créosote ". (J. J. Stoll). —  
Carbonate de créosote..... 8 parties.  
Extrait de malt..... 15 "  
Glycérine..... 67 "

Dose : Une cuillerée à the apres chaque repas.

Cette préparation est bien acceptée par les malades. (Am. J. Nursing).

" Le chlorure de calcium comme hémostatique local ". — Parry (Lancet) a fait cesser une hémorragie dentaire chez un hémophile lorsque tous les autres moyens avaient échoué, en tamponnant avec du coton hydrophile imbibé d'une solution de chlorure de calcium, 30 grains à l'once.

" Le baiser ". — D'aucune utilité à un seul, jouissance réelle à deux. Le bambin l'a pour rien, le jeune homme le vole, le vieillard l'achète. C'est le droit du bébé, le privilège de l'a-

mant, le masque de l'hypocrite. Pour la jeune fille, c'est la foi, pour l'épouse l'espérance, pour la vieille fille la charité. (Cin. Lancet-Clin.).

NIRE.

## Revue des journaux

### OBSTETRIQUE

Des indications de l'accouchement provoqué dans les maladies internes

(Suite et fin)

L'hématurie et l'hémoglobinurie, qui accompagnent parfois la néphrite, n'aggravent pas beaucoup la situation ; il suffit pour les faire disparaître de prescrire le repos au lit, ou le port d'un pessaire.

Une grossesse augmente toujours la gravité d'une pyélonéphrite ; cette affection peut néanmoins débiter pendant la gestation, et son apparition est favorisée par la compression exercée sur les uretères. Quand cette maladie résiste à la médication interne, il est bon de provoquer l'accouchement dès la 32e semaine.

" Maladies du sang ". — L'excès de travail, imposé aux organes hématopoïétiques par l'état de grossesse, prédispose à la leucémie ; dans les cas très graves seulement, il faut pratiquer l'avortement artificiel.

L'accouchement n'amène aucune amélioration de l'anémie pernicieuse ; au contraire, il hâte l'échéance fatale de la mère. Dans l'intérêt de l'enfant, il faut, au plus tôt, provoquer artificiellement son expulsion.

Il n'en est pas de même pour l'hémophilie ; mais cette affection prédispose, au moment du " post-partum ", à de fortes hémorragies, qui le plus souvent ne deviennent pas mortelles.

Dans le purpura ou la maladie de Werloff, le pronostic est grave, l'accouchement provoqué peut s'imposer, s'il survient de l'anémie progressive, ou des hémorragies abondantes, celles-ci ne disparaissant d'une manière générale qu'au moment du " post-partum ". Même indication pour les états cachectiques avancés.

Parfois, il arrive que la "maladie de Basedow" débute dans le cours de la grossesse ; toujours est-il que les troubles circulatoires liés à cette affection peuvent amener de fortes hémorragies dans l'endo-métrium, d'où possibilité d'un décollement placentaire précoce. Les métrorragies et les troubles marqués de l'état général nécessitent l'interruption de la grossesse.

"Maladies dyscrasiques". — Les femmes enceintes, atteintes de diabète, succombent dans la proportion d'1/4. Le plus souvent l'enfant est perdu. L'accouchement détermine des troubles graves.

Dans les premiers mois de la grossesse, il est bon de pratiquer l'avortement chez les diabétiques. Plus tard (après le 5e mois) on peut attendre la délivrance naturelle, si le sucre ne s'élimine pas en trop grande quantité.

Deux formes "d'ostéomalacie" nous intéressent particulièrement : la première, qui débute pendant la grossesse, s'aggrave peu à peu pendant la gestation, puis, guérit rapidement après la délivrance : c'est l'ostéomalacie de la grossesse. La deuxième existe en dehors de toute conception ; elle est liée à des troubles dans la sécrétion interne de l'ovaire : c'est l'ostéomalacie ovarique.

Dans les cas d'ostéomalacie gravidique progressive et surtout récidivante, il faut, pour obtenir la guérison, provoquer l'accouchement, si le bassin permet le passage de l'enfant vivant. Pour éviter le retour de ces manifestations morbides, on résèque les trompes.

S'agit-il d'une ostéomalacie ovarique aggravée par la grossesse, on fait de même, puis on pratique la castration de la femme.

Quand les symptômes sont très graves dès le début de la gestation, on peut aussitôt se résoudre à l'extirpation totale de l'utérus.

"Maladies infectieuses". — L'interruption de la grossesse ne serait utile que durant les premiers jours d'une "fièvre typhoïde" ; plus tard, elle est contre-indiquée. Il en est de même pour la dysentérie.

On ne doit pas songer à cette intervention dans le "typhus exanthématique", la "rougeole, l'érysipèle", le "choléra", la "malaria" (à moins de cachexie prononcée), la "scarlatine", etc.

Dans la "variole", la "diphthérie", elle est même contre-indiquée, en raison des dangers d'infection, qui surgiraient durant les suites de

couches. Il ne faudrait y recourir dans l'intérêt de l'enfant, que si la mère était perdue.

Il en est de même pour le "rhumatisme", qui pendant la gestation reste inoffensif, mais devient dangereux pendant les suites de couches, puisqu'il expose à des infections générales d'origine streptococcique, staphylococcique, ou gonococcique.

"Tumeurs de l'utérus". — Il est inutile d'interrompre la grossesse pour un myome ou un kyste. Quant aux carcinomes opérables, il faut les extirper sans s'occuper de l'état gravide de l'utérus. S'ils sont inopérables, on pratique la césarienne dès que l'enfant est viable, de préférence à l'accouchement artificiellement provoqué.

Quand il se présente une tumeur maligne de l'abdomen, non adhérente aux organes génitaux, il faut, avant de l'opérer, pratiquer l'accouchement prématuré, si l'état de gestation empêche l'intervention, ou bien si l'accouchement peut nuire à la cicatrisation normale de la plaie.

En terminant, Schauta estime qu'il est préférable d'être plutôt conservateur, quand se pose la question d'un accouchement provoqué artificiellement. Les auteurs exagèrent beaucoup les influences fâcheuses que peut exercer sur les différentes affections de la grossesse ; d'ailleurs, les douleurs et les risques occasionnés aux femmes par une interruption de la gestation, par l'accouchement même, sont souvent plus accentués qu'ils pourraient l'être par l'évolution normale de la grossesse.

(Le Concours Médical.)

— : o : —

NECROLOGIE :—

Nous apprenons la mort de l'épouse du Dr Joseph Triganne, coroner du district d'Arthabaska.

Le pénible évènement n'était pourtant pas une surprise, car madame Triganne était malade depuis plusieurs mois.

La défunte, Marie Noéma Guay, était la fille de feu M. Joseph Guay, en son vivant marchand de cuir de la rue St-Valier, à Québec. Elle était âgée de 39 ans et 2 mois.

Notre confrère et ami, voudra bien accepter, dans cette rude épreuve qu'il subit, nos sincères condoléances. Nous croyons être l'interprète de nos lecteurs et de la profession, en lui transmettant à lui et à sa famille, nos sentiments de sympathie, en ce moment de douleur.

— : o : —

# SUPPLEMENT

## DISCOURS DE M. LE DR ROUSSEAU

Professeur agrégé à l'Université Laval et chargé du cours de clinique à l'Hotel-Dieu de Québec

Excellence,

Monsieur le Gouverneur,

Mesdames, Messieurs,

(Suite et fin)

Il ne se contentait pas de diriger et de contrôler le travail de ses assistants. Il interrogeait et observait avec soin les mille malades ; il retenait l'histoire de chacun ; il les veillait de près. Le contact qu'il avait tous les jours avec eux rendait son ministère plus efficace pour les pauvres malades et plus profitable pour lui-même.

Rien ne se publiait sur les maladies mentales qu'il n'en prit immédiatement connaissance et ne cherchât à le vérifier. Toute question d'alinéation l'intéressait vivement. Mais il comprenait qu'on ne se renseigne pas uniquement dans le commerce des auteurs, qu'il faut voir par soi-même, si l'on ne veut pas que refléter la pensée des autres et que l'observation directe des faits dans la nature est la condition nécessaire d'une conception originale vraie des maladies. Les notions que lui donnait le livre n'étaient ainsi que l'image agrandie de ce qu'il avait vu dans la réalité.

Il avait du goût et des aptitudes spéciales pour la pathologie mentale. L'orientation de ses études et les tendances naturelles d'un esprit élevé lui faisaient une réelle vocation de s'appliquer à la solution des problèmes psychologiques qui s'y rattachent.

Aussi était-il un aliéniste avisé et profond. A ce titre et par la réputation qu'il s'était acquise comme médecin légiste, il devint le témoin indispensable de la Couronne dans presque toutes les causes criminelles où la justice eut besoin des lumières d'un médecin expert. Il excellait dans ce rôle d'expert. Il savait dégager ses convictions des suppositions gratuites ou des impressions vagues et irraisonnées. Il les exposait avec une clarté qui pénétrait l'esprit des jurés aussi bien que des juges. Les objections de ses adversaires ne le prenaient jamais par surprise : il était prompt à la riposte. Les conclusions qu'il émettait étaient fermes,

assurées et, sinon toujours incontestables, du moins plausibles et conformes aux opinions les plus accréditées. Son attitude digne, son impartialité, sa vigoureuse logique, sa science bien connue et évidente donnaient à son témoignage une grande influence sur les décisions du tribunal. Ajoutons que son respect des coutumes judiciaires ne contribuait pas peu à lui assurer la faveur des cours et l'assentiment de l'opinion publique plus fière des lois établies que des conquêtes nouvelles sur le préjugé et l'ignorance.

Nul en ce pays n'a joui de plus de prestige dans l'exercice des délicates fonctions d'expert et nul n'en fut plus digne.

\*\*\*

Cette attention si flatteuse, de bonne heure éveillée chez le docteur Vallée, était en grande partie due aux succès qui couronnaient son enseignement. Il n'avait que trente ans lorsque l'Université l'appela à succéder à l'un de ses professeurs les plus renommés, le docteur Hubert Larue. C'était faire preuve de vitalité que de réparer si bien une perte aussi sensible. La nomination à la chaire de toxicologie et de médecine légale est en quelque sorte en même temps une désignation à un rôle social important où la valeur de l'enseignement est mise au grand jour de la publicité. Il faut à l'Université dans cette position un homme qui puisse aussi bien lui faire honneur devant le monde, que la servir auprès des élèves. Elle ne fut jamais plus heureusement inspirée qu'en y plaçant le docteur Vallée.

Il aimait la science pour elle-même et non pas seulement pour ce qu'elle donne en considération et en avantages matériels. Il aima de même l'enseignement. Il en comprit d'ailleurs supérieurement les devoirs comme il en goûta les joies. Autant par souci de sa dignité que par délicatesse de conscience, il apportait un grand soin à la préparation de ses cours. Il eût cru mentir à ses élèves s'il s'était servi de son autorité pour leur faire accepter des notions incertaines et vagues dans son esprit. L'enseignement réclame des connaissances considérables. Ce que le professeur dicte de mémoire ne doit pas valoir mieux que ce qu'il sait : ce qu'il sait au contraire doit dépasser de beaucoup ce qu'il dit. Une érudition lui est indispensable qui ne se perde et ne s'oublie pas dans les détails accessoires, mais pénètre le

fond même des questions pour en trancher dans leur origine les multiples difficultés.

Cette érudition permettait au docteur Vallée d'unir dans son enseignement la sûreté de doctrine à l'actualité. Il faisait ainsi de chacune de ses leçons un travail original, sérieux, documenté, où tout sujet était développé d'une façon complète, présenté sous ses aspects anciens et nouveaux, sans rien d'inachevé, non plus rien de démesuré. Une large place y était réservée à la preuve des affirmations, à la revue critique des opinions contraires. Pour former les élèves aussi bien que les instruire, il faut s'adresser moins à leur foi d'étudiant qu'à leur raison, cherchant ainsi à les prévenir contre ces engouements, souvent suivis d'un scepticisme outré, que provoquent les réclames mensongères ou, avec des méthodes douteuses, les abus d'autorité scientifique.

Un enseignement aussi approprié dans la bouche du docteur Vallée ne pouvait manquer d'être religieusement écouté et de produire d'excellents effets. Il avait le don de s'adapter à ses élèves, de mettre toute question à leur point de vue, de suivre, en la modifiant au besoin, la pénétration de sa parole dans leurs esprits.

Enfin il était intéressant. Il ne l'était pas seulement par l'abondance, l'élévation et la justesse de ses idées, par la puissance d'une pensée qui donnait de l'éclat aux objets les plus ternes. Il plaisait aussi par une fine ironie, par des plaisanteries délicates qui ne donnaient pas de trêve à la prétention, au ridicule et à la petitesse, mais toujours évitaient de rabaisser l'homme, respectant nos misères et nos infirmités.

La facilité de sa parole ne laissait pas soupçonner l'effort de ses longues préparations. Son langage était simple, correct, élégant, abondamment nourri de citations heureuses, trop abondamment peut-être; mais elles lui venaient sans recherche, d'une mémoire enrichie de presque tous les chefs-d'œuvre de l'esprit humain.

Tant de qualités réunis chez ce regretté maître sont admirables, messieurs, et je craindrais peut-être à les vanter, d'être taxé d'exagération si le public québécois n'avait eu plusieurs fois l'occasion d'en juger, à l'Institut Canadien ou ici même dans les conférences surtout qu'il consacra à l'hypnotisme et dans cette sorte d'apothéose qu'il fit de Pasteur. L'en-

thousiasme avec lequel il a été applaudi s'est exprimé dans la presse par la plume de nos meilleurs écrivains.

Vous l'avez vu là, messieurs, sur une plus grande scène, tel qu'il s'est constamment montré devant ses élèves, soit dans son cours de médecine légale et de toxicologie, soit plus tard dans ses cours d'accouchement et de clinique, soit dans ses leçons sur les maladies mentales. Il ne savait rien faire de médiocre, ni même d'ordinaire. Dans les différentes chaires qu'il a occupées, il a laissé l'emprunte profonde de son talent et de son travail.

\*\*

Il est mort à l'âge peu avancé de cinquante-quatre ans, après une longue et cruelle maladie. Ses dernières lectures de la Bible, de l'Imitation de Jésus-Christ et de la vie de saint Vincent de Paul lui furent comme une introduction à l'infinie bonté. La mort ne lui causa pas d'épouvante. Une telle résignation signale sa fin, qu'une fois son renoncement fait à sa chère famille, ce curieux toujours avide de savoir dut avoir hâte de faire un si grand pas vers la vérité.

Avec lui est disparue une des figures les plus distinguées, les plus saisissantes dont se soit enorgueillie cette Institution, au nom de laquelle je me suis efforcé de le faire revivre dans ses principaux traits, pour le rendre à votre admiration, et plus discrètement, à l'amitié de ceux qui comme nous l'ont aimé.

C'était un caractère fortement trempé, un cœur généreux, un esprit vif et magnifiquement orné. Il a mené simplement une vie remarquable, se recommandant uniquement — dans les belles positions auxquelles son mérite l'avait désigné — par le bien qu'il faisait. Avant tout, il fut professeur avec tant d'éclat et de dévouement qu'il devint pour l'Université un sage aussi bien qu'un savant, capable de l'éclairer, de la conseiller et de la soutenir.

Dans son malheur de l'avoir perdu elle a encore de lui, pour la servir longtemps, son nom qui lui reste attaché.

: o : —————

# TABLES DES MATIERES

## Travaux Originaux

A	E	M
Abdomen: Dissection de l'— par M. le Dr L. E. Fortier. 113, 129, 145, 159, 173	Eclampsie: Du vétratrum viride dans le traitement de — par M. le Dr E. A. René de Cotret..... 215, 230	Maladies vénériennes : Note sur la transmission des — par les sièges des latrines, par M. le Dr M. T. Brennan. 17
Acide picrique : Quelques usages de l'— par M. le Dr Brennan ..... 717	Epilepsie menstruelle traitée par la transplantation ovarienne, par M. le Dr M. T. Brennan..... 759	Note complémentaire, par M. le Dr Brennan..... 575
Anesthésie: De l'importance qu'il y a de donner aux élèves en médecine un enseignement pratique sur les différentes méthodes d'— par M. le Dr Brennan..... I	F	La mouche comme agent de propagation des maladies et comme milieu de métamorphose microbienne, par M. le Dr M. T. Brennan..... 33
Annexes : Un cas de double lésions des— par M. le Dr François de Martigny..... 517	Fractures : De la suture métallique dans le traitement des — par M. le Dr O. F. Mercier..... 237, 243	Mortalité infantile : La — de la naissance à un an: L'œuvre de la goutte de lait, par M. le Dr S. Boucher..... 192
Appendicite aiguë : Traitement de l'—. Indications et contre-indications de l'intervention, par M. le Dr Fernand Monod..... 218, 236	G	N
Avortements : Trois cas d'— par M. le Dr François de Martigny..... 689	Gastro-entérostomie pour cancer et obstruction duodénale, par M. le Dr Albert Laurendeau..... 485, 501	Neurasthénie : La — et son traitement, par M. le Dr C. N. DeBlois ..... 285, 299, 313
<b>B</b>	Grossesse extra-utérine : Contribution à l'étude de la — basée sur observations personnelles, par M. le Dr Coyteux Prévost... 175, 189, 202, 216, 233	P
Blanc de céruse: Empoisonnement par le — par M. le Dr René Hébert..... 257	H	Pelade et lésions dentaires, par M. le Dr Damien Masson..... 229
Bras: Le— par M. le Dr L. E. Fortier..... 443, 471	Hernie ombilicale traitée par la méthode de superposition des plans fibreux, par M. le Dr M. T. Brennan..... 746	Périnée : Intervention secondaire précoce, dans les déchirures du— par M. le Dr Wm. Jas. Derome..... 81
<b>C</b>	"Hygiène moderne" par M. le Dr E. P. Lachapelle..... 173	Pied-bot paralytique : Traitement du — par l'anastomose tendineuse, par M. le Dr Eugène St. Jacques..... 203
Cancer de la matrice : Le — par M. le Dr Laphorn Smith 387, 401	I	Puerpéralité: Des occlusions intestinales pendant la — par M. le Dr Constantin Daniel.. 246
A propos du cancer de l'utérus par M. le Dr François de Martigny..... 457	Inflammation : De l'— et de son traitement, par M. le Professeur J. P. Rottot. 605, 619, 633, 647, 661, 675	Prolapsus génital : Un cas de — total irréductible, par M. le Dr Rhéaume..... 65
Certains méfaits des lavements en chirurgie abdominale et en gynécologie par M. le Dr Brennan..... 703	K	Prostate : Traitement radical de l'hypertrophie de la — par M. le Dr Ahern..... 271, 287
Coq-à-l'âne médicaux... 13, 28, 45, 61, 77, 93, 126, 170, 183, 197, 211, 224, 253, 267, 281, 720, 732, 747, 760 773	L	R
<b>D</b>	Keratite: Traitement chirurgical de la— en bandelette, par	"Rétention placentaire prolongée", par M. le Dr Eugène Mathieu ..... 177
Diphthérie: Un cas de — maligne de Trousseau, par M. le Dr C. A. Wilson-Prévost..... 731	L	T
Diviseur vésical : De la séparation de l'urine des deux reins et du choix d'un— par M. le Dr Z. Rhéaume..... 415	La prophylaxie des maladies vénériennes ..... 591	Traitement chirurgical de la keratite en bandelette, par M. le Dr Rodolphe Boulet.... 187
Du médecin affilié aux loges et aux associations de secours mutuel de ses méthodes et de son influence sur la pratique de la médecine, par M. le Dr J. C. S. Gauthier..... 49	La science médicale à Montréal depuis 50 ans jusqu'à nos jours, par M. le Professeur J. P. Rottot..... 342	Traitement mercuriel : Progrès à faire dans le — par M. le Dr Leredde (Paris)..... 301
	La transmission des maladies par les sièges des latrines.....	Tuberculose : Enseignons aux nôtres comment combattre la — par M. le Dr J. G. Paradis (Montmagny)..... 190, 205

U

Ulcère à l'hypopion à cent ans d'intervalle, par M. le Dr A. A. Foucher..... 244, 257  
 Urètre : Un cas de rupture de

l'— pendant le coït, par M. le Dr François DeMartigny..... 201  
 Utérus bicorne: Un cas d'— par M. le Dr Wm. Jas. Dero-me ..... 97

V

Variole : Considérations sur la — et le vaccin, par M. le Dr J. E. Laberge..... 531, 545, 559

Revue des Journaux

A

Abcès: —de fixation et méningite cérébro-spinale..... 463  
 —froid costal postérieur... 693  
 Traitement des—froids par les injections modificatrices d'eau oxygénée... 709  
 Abdomen: Plaie perforante de l'— Herni du pancreas. Blessure de l'—..... 406  
 Acétonurie: L'—est elle synonyme de mort du fœtus.....395 590  
 Acide picrique: Sur quelques usages de l'—..... 764  
 Accouchement: de l'— "post mortem"..... 626  
 Accouchement provoqué: Des indications de l'—dans les maladies internes..... 751, 765 775  
 Acné rebelle: De l'emploi de la pensée contre—..... 476  
 Adénopathies: Les—à distance dans les néoplasmes de l'estomac..... 429  
 Affections dites parasymphilitiques: Pathogénie des—..... 45  
 Affections microbiennes: Du traitement des—des voies respiratoires et en particulier de la laryngite tuberculeuse par les vapeurs d'eau oxygénée... 697  
 Agglutination des microbes: L'—Albuminurique: Quelle viande peut on permettre aux—..... 303  
 Alcalinité du sang: Les variations de l'—..... 389  
 Aliénation mentale: Le bain continu dans le traitement de l'—..... 437  
 Alimentation rectale..... 247  
 Allaitement pendant les maladies infectieuses de la mère De l'—..... 402 477  
 Analgésie cocainique: L'—De l'—localisée par la cocaïne. Incision du panaris.....678 696  
 Anémie: Plastique..... 429  
 Anesthésie: Les différentes procédés d'— chirurgicale, éther, chloroforme, chloréthyle, co-caine locale et lombaire..... 6  
 Du siège des— cutancés chez les tabétiques dans leurs relations avec les crises gastriques et intestinales..... 723  
 Anévrisme: —vrais et—faux...6, 20  
 Diagnostic et traitement de l'— de l'aorte abdominale..... 99  
 Angine de poitrine: Traitement

de l'—..... 453  
 Annexis: Traitement des..... 397  
 Procédé nouveau d'—générale par le chlorure d'éthyle... 101  
 Antiphlogistique: De la strypticine comme—local... 479  
 Antipyrine: Les incompatibilités de l'—..... 11  
 Antiseptie buccale..... 613  
 Antrax: Les injections d'oxygène contre les furoncles et les —..... 18  
 Traumatisme de l'— Mort par inhibition... 624  
 Anurie: De l'—après les anesthésiques..... 68  
 Aortique: Des secousses rythmiques de la tête chez les—et les personnes saines: signe de Musset... 307  
 Aortite abdominale: Le signe de la pédieuse dans l'—... 472  
 Apomorphe: Action hypnotique de l'—chez les alcooliques..... 117  
 Apoplexie: La température dans l'—..... 99  
 Appendicite: L'—..... 445  
 Arthritisme: La lévurine dans les états diathésiques (—)..... 629  
 Arythmie du pouls: Lenteur et —chez l'enfant... 76  
 Asthme: Traitement de l'—... 614  
 Avortement multiple: L'—..... 450  
 Avortement: Trois cas d'—..... 723

B

Bacille de Kock: Recherche du—dans l'urine..... 561  
 Bacille typhique: agglutination du— et ichère..... 595  
 Bacille de la tuberculose: Sur la cause des réactions colorantes du—..... 69  
 Procédé de recherche du—tuberculeux dans le sang par homogénéisation du caillot..... 547  
 Cause d'erreur dans le diagnostic du—tuberculeux recherché dans les caillots par l'examen microscopique..... 562  
 Recherche du—tuberculeux dans le liquide cephalo-rachidien par la culture sur sang gelose..... 595  
 Bains dans les maladies aiguës de l'enfance..... 737  
 Balanite: Traitement de la—..... 252 709  
 Bartholine: La— et son traite-

ment..... 86 103  
 Basedow: Maladie de— aigue consécutive à l'émotion produite par les exercices de tir..... 534 535  
 Bégaïement: Le—..... 608  
 Blépharites: Les—..... 75 87  
 Blennorrhée: Traitement de la —..... 9  
 Traitement de la— du canal de lacrymal par les injections d'eau oxygénée..... 280  
 Traitement de la—urethrale 564  
 —..... 583 597  
 Bleu de méthylène: Technique de l'épreuve du—..... 116  
 Bronchite: La—adénoïdienne... 73  
 Traitement de la—avec emphysème..... 276  
 Chronique avec emphysème..... 460  
 Capillaire..... 536  
 Broncho-pneumonie: —chez un enfant de cinq ans..... 451  
 Brulures: Traitement des—chez les enfants..... 409  
 L'hypochlorite de chaux dans les—..... 587 652

C

Cachexie: Moyen propre à prévenir la— consécutive à l'évacuation d'épanchements abdominaux abondants..... 66  
 Calculs de l'urètre: Étude sur les—prémembraneux..... 405  
 Caféine: L'injection de— comme auxiliaire de la saignée..... 472  
 Essai d'étude sur la— dans les dermatoses..... 699  
 Cancer: Traitement chirurgical gical du— du sein..... 23  
 L'hypertrophie de la visicule dans le—du choledoque..... 84  
 Traitement quino arsénical du—..... 107  
 Traitement du cancer de l'estomac..... 251  
 Indication et résultats de l'hystérectomie dans le— de l'utérus..... 330  
 Quelques essais de sérothérapie du—..... 447  
 Capsule surrénale: Emploi de la— comme hémostatique..... 59  
 Cardiopathies valvulaires: Règle générale pour le traitement kinésique des—..... 430  
 Les bains d'acide carbonique dans les—..... 549  
 Cardio-pulmonaire: Topogra-

phie..... 665	Coqueluche: Diagnostic de la ..... 99	avec fermentations secondaires; dyspnée et bourdonnements d'oreille d'origine gastrique..... 721
Cataracte: Indication de l'opération de la..... 581	Un cas de toux coqueluchoïde ..... 115	Dyspnée cardiaque: La— est justifiable de la morphine..... 666
Céphalées: Traitement des—persistantes et rebelles par la saignée..... 571	L'iodure d'éthyle dans la—...121 153	Dyspnée et point de coté..... 260
Chancre: Traitement antiseptique de—rectal et vaginale... 740	Traitement de la— par les bains d'air comprimé..... 393	Dyspnée: Etiologie de la—... 575
Traitement de—mou par le froid..... 769	Sublime corrotif dans le traitement de la—..... 468	Le souffre dans le traitement de la—..... 587 601
Cheloides: Traitement de la—Chirurgie: Le bicarbonate de Chloroforme: chez les cardiaques et accidents de la chloroformisation 147, 164, 178, 194 208	Traitement de la—..... 601	L'eau oxygénée—contre la— 656
Chlorose: Traitement de la—compliquée de phlébite... 252	Traitement chimiques de la— 642	Dystocie: De la— par kyste hydatique du bassin..... 9
Cholecystite: Observation de—simulant l'injection pendant les suites de couches..... 390	Corps étrangers: —métalliques dans les tissus et dans les cavités..... 319	
Cholemie: La —..... 721	Cors aux pieds: Un traitement radical des—..... 708	<b>E</b>
Chorée: Traitement de la—soudé en chirurgie..... 103	Corset: Réflexion sur le—..... 146	Eau oxygénée: Inconvénient de l'— commerciale..... 389
Cicatrices vicieuses: Traitement non sanglant des—..... 70	Coryza: Traitement prothétique du— atrophique ozénaux..... 562	L'— comme épilatoire..... 403
Cirrhoses: Etat des reins dans les—..... 502	Mélange de cocaïne et de menthol pour pulvérisation nasales contre le—..... 710	Eclampsie: Traitement de l'accès de — infantile par le massage..... 140
Clavicule: La fixation de la— et son traitement... 464	Coude: Les fractures du— chez les enfants..... 165	Traitement de l'—..... 292
Cocaine: Les inconvénients de la— dans la pratique oculistique..... 714	Coxalgie: —par suggestion..... 115	Eczema: L'— des nourrissons... 88
Coecum: Affection du— chez des sujet opérés d'appendicite..... 724	Cuir chevelu: Des arrachements du—..... 405	Naptalan dans le traitement de l'—..... 656
Coeur: La digitale dans les affections non valvulaires du—Le — tabagique, sa nature, son traitement..... 561	Cure de raisin: Action du jus de raisin sur l'organisme—..... 43 141	Eczéma vulnaire: Traitement de l'—..... 422
Col utérin: Le cancer de la portion vaginale du— a ses débuts et ses voies de propagation..... 489	Cyto-diagnostic: Le—..... 162	Emploi de l'— en pansements... 448
Collargol: Note sur l'emploi du—..... 710	<b>D</b>	Endocardite: — blennorragique avec identification du gonocoque dans le sang durant la vie..... 620
Coliques: Traitement des douleurs articulaires et des— hépatiques par l'amylénol..... 404	De la nécessité d'une réglementation de l'industrie des produits stérilisés..... 57	Endométrite: Traitement de l'— blennorragique, par les injections intra-utérines phéniquées..... 475
La— de plomb..... 418	Démorphinisation: Le camphre contre les accidents de la—... 548	Enfant débiles: Les—..... 523
Traitement de la — néphritique..... 439 481	Dermatose diabétique: Sur les—et goutteuse—arthritiques..... 552 712	Engelures: L'eau oxygénée contre les—..... 102
Saturnine guéri par l'huile d'olive..... 548	Désinfection: Nouveau procédé de—..... 11	Entérite: Traitement de l'— chez l'enfant..... 628
Colon transverse: Anatomie du—..... 69	Déviations utérines: Des— consécutives à l'infection puerpérale..... 407	L'—muco-membraneuse ... 706
Condylomes: Traitement des— 770	Diabète: Valeur de la cure dite de pomme de terre dans le—..... 25 43	Entérolyse: L'—..... 120
Conduits auditifs: Un procédé pratique d'extraction des corps étrangers du—..... 280	Régime et hygiène du diabétique..... 138	Enuresis infantile: Acide borique contre l'—..... 409
Conjonctites dus à l'électricité. 280	La levure de bière contre le— 423	Epanchements: La réaction iodophile dans le diagnostic de la nature des séreux... 24
Conjonctive granuleuse... 394	Tuberculose et—..... 463	Mesure approximative des— pleuraux..... 131
Consultations spéciales: Sur le besoin d'organiser des— pour les femmes enceintes..... 390	—et tuberculose pulmonaire... 624	Epaule (signe): La valeur clinique du signe de l'—..... 23
Contagion: La— par les instruments à vent..... 58	Diarrhée: — cholériforme grave (infection générale secondaire)..... 304	Epilatoire: L'eau oxygène comme épilatoire..... 303 649
Contribution à l'étude de la déviation du sang de la veine porté dans les— du foie... 595	Traitement de la— chronique par l'acide chlorhydrique..... 333	Epilepsie: Traitement diététique de l'—..... 273
Convulsions infantiles: Traitement des—..... 611	Diechoscopé: Le—..... 35	Traitement de l'— infantile par la bromuration sans sel..... 293
	Diphthérie: —conjonctivale 55 114	—et hystérie..... 440
	L'eau oxygénée dans le traitement de la diphthérie..... 290	Sur l'intervention chirurgicale dans l'— chronique,..... 554
	Diviseur vésical: Le— gradué de M. Cathelin..... 38	Un remède populaire contre l'—..... 572
	Dosage approximatif des chlorures urinaires..... 99	Epitaxis salutaire: Les — dangers du tamponnement des fosses nasales..... 578 593
	Dysmenorrhée: — des jeunes filles et des jeunes femmes..... 683	Epithélioma: De l'—cutané (ulcus rodens) pathologie et traitement..... 734
	Dyspepsie: — hyposthénique	Erlich: Sur la diosoréaction d'—..... 562

**Eruption sérothérapiques: Pathogénie des— et moyen de les éviter..... 418**  
**Erysipèle: Teinture d'iode dans l'—..... 10**  
**Traitement de l'— par les compresses au sublimé..... 454**  
**Erythème: Du traitement de— transitoire du nez..... 751**  
**Erythèmes: Des— vaccinaux polymorphes familiaux..... 419**  
**Estomac: Importance de la médication calmante dans le traitement de l'ulcère rond de l'—..... 444**  
**Des ulcérations tuberculeuses de de l'—..... 621**  
**Eucalyptol: L'—..... 669**  
**Eventration: Traitement de l'— par le procédé de M. Jaboulay..... 725**

**F**

**Femmes enceintes: De l'injection préventive du sérum antidiptérique chez les—..... 523**  
**Fibrome utérin: Traitement des— utérines..... 671**  
**Fièvre de la grossesse..... 736**  
**Fièvres typhoïdes: Du diagnostic et de l'intervention sanglante dans les perforations typhiques..... 262**  
**Traitement de la — par le sérum antityphique..... 490**  
**Bains chauds et bains froids dans la—..... 534**  
**Emploi du sulfate de soude pour stériliser l'eau dans les épidémies de—..... 601**  
**Réaction de Vidal comparative et pronostic de la—..... 649**  
**Fistules: — abdominales hémorragiques..... 69**  
**Fœtus: Indication et jurisprudence concernant le droit de sacrifier le—..... 39**  
**Foie: Le massage du— par les mouvements du diaphragme... 561**  
**Folliculites: Traitement des folliculites..... 294**  
**Folie puerpérale: De la—..... 464**  
**Fosse illiaque: Grippe ganglionnaire de la—..... 622**  
**Fractures: Traitement des— par la suture osseuse immédiate..... 55**  
**Etudes sur 114 cas de— traités par la méthode ambulatoire..... 750, 762**  
**Trépanation pour troubles consécutifs à une— ancienne du crâne..... 308 31**  
**Traitement des— des membres — et massage..... 327 432**  
**Diagnostic des—..... 626**  
**Pourquoi, dans la pratique courante, la— de la rotule ne doit pas être traitée par les méthodes sanglantes, mais**

**reste encore soumise aux anciens moyens thérapeutiques. 666**  
**Furoncles: Les injections d'oxygène entre les— et les antrax..... 18**  
**Traitement abortif des — par solution concentrée d'iode dans l'acétone..... 524 657**  
**Traitement préventif de l'acné et des— par l'onguent mercuriel..... 582**  
**Furunculose: Le traitement de la—..... 24**

**G**

**Gibbosité: Les résultats éloignés du redressement de la— spondylique..... 678**  
**Glaucome: Pathogénie et traitement du—..... 334**  
**Globe oculaire: Soins à donner dans les lésions traumatiques les plus fréquentes du—..... 433**  
**Glossite: Un cas de— phlegmoneuse..... 639**  
**Glycosurie: — et leucosurie, alimentanée dans les maladies du foie..... 677**  
**Goître: — métastatique..... 607**  
**Gonococcisme: — latent chez la femme..... 395**  
**Goutte: Traitement de la— et de ses parentes par le jus de citron..... 332**  
**Grippe: Traitement local des manifestations laryngées de la —..... 664**  
**Grossesse: De l'interruption thérapeutique de la— envisagée au point de vue de son évolution et de sa signification... .. 248, 263, 274**  
**Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la— et pendant le travail, dans les— compliquées de fibromes..... 435**  
**Paralysies de la— et des suites de couches..... 684**  
**Grossesse tubaire: Rupture de — de moins de deux mois... 3**  
**Guaco: Action physiologique et thérapeutique du—..... II**  
**Gynécologie: A propos de l'interragatoire gynécologique... 119**

**H**

**Hammamelis: et hydrastis..... 107**  
**Hanche: La luxation congénitale de la— et son traitement..... 579 609**  
**Helminthiase: L'—..... 446**  
**Hématome: Traitement des— par les applications d'huile comestible..... 467**  
**Hémoptysie: Traitement de l'—..... 74 105**  
**Traitement des quelque—..... 251**  
**Hémorragies: La compression publo manuelle comme traite-**

**ment des— après la délivrance..... 567**  
**Hémorragies 'post partum': Des— et de leur traitement... 250**  
**Hémorroïdes: Les—..... 328**  
**Hernies: L'étranglement vrai dans les— ombilicales..... 70**  
**Etranglement herniaire et éther..... 161**  
**Contribution à l'étude des— vésciales..... 706**  
**Huile camphrée: Les injections sous cutanées..... 332**  
**De la valeur thérapeutique des injections sous cutanées d'— galacolée dans certaines infections au début..... 725**  
**Huile de chaulmoogra: Pharmacologie de l'—..... 682**  
**Hydarthroses: Traitement des — et des hémarthroses par l'air sec surchauffé..... 555**  
**Hydrocèle: Traitement de l'— par le chlorure de zinc..... 318**  
**Traitement de l'— par le procédé de doyen modifié..... 596**  
**Herpès: — et neurotoxémie 133 151**  
**Traitement de l'— génital..... 672**  
**Hypérhydrose: — des pieds..... 90**  
**Traitement de l'— plantaire... 585**  
**Le formal, son emploi dans l'— plantaire..... 586**  
**Hystérectomie: L'— vaginale sans pincés..... 408**  
**Hystérie: L'aigle mastoïdienne hystérique..... 182**  
**Epilepsie et—..... 440**  
**De la stase intestinale hystérique..... 706**  
**Hystéro-épileptiques: Sensibilité ey hypnotisme chez les—... 45**

**I**

**Ichthyol..... 734**  
**Ictère: Le diagnostic précoce de l'—..... 562**  
**— Chroniques simples et angcholites chroniques anictériques..... 722**  
**Incontinence d'urine: Traitement de l'— par les injections épidurales sacrées..... 394**  
**Traitement de l'— essentielle par les injections épidurales et recto-rectales de sérum artificiel... .. 749**  
**Traitement de— par le massage..... 419**  
**De l'—. Traitement par les instillation au nitrate d'argent..... 421**  
**Traitement de l'—..... 490**  
**Infection puerpérale: L'intervention de l'hystérectomie dans le traitement de l'— aigue..... 549 568**  
**A propos du diagnostic de l'— avec la dothiententerie et le paludisme..... 640**  
**Infection puerpérale: Sur les indications de l'hystérectomie, dans les—..... 726**



- Infection utérine: Du traitement de l'— par le curetage** 568  
**Injection d'air dans l'espace prérectal comme méthode thérapeutique dans l'— rebelle au traitement médical.** 553  
**Insomnie: L'hydrothérapie dans—**..... 404 579  
**Intertrigo: Traitement de l'—**..... 685  
**Intoxication oxycarbonée: Les tractions rythmées de la langue contre l'—**..... 318  
**Intoxication saturnine: Les causes peu connues.**..... 548  
**A propos du diagnostic de l'infection puerpérale avec la dathientérie et le paludisine.** 652
- J**
- Jus de raisin: Action du— sur l'organisme.**..... 388
- K**
- Kystes: Des— hydatiques du grand épiploon.**..... 536
- L**
- Lait maternisé: Les inconvénients des—**..... 700  
**Laparatomie: De la péritonisation dans les—**..... 103  
**Laparocèle: —gauche congénitale due à un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale.**..... 262  
**Laryngite: —sériguleuse.**..... 523  
**Héroïne dans les—**..... 620  
**Lavage de l'estomac: Les indications du—**..... 547  
**Laville: La médication— contre la goutte.**..... 453  
**Ligne brune: De la— abdominale** 40  
**Lithiase biliaire: —et suc hépatique.**..... 666  
**Lithiase rénale: Traitement de la— par le régime.**..... 447  
**Traitement de la— par les médicaments.**..... 479  
**Leucoplasie buccale: Traitement de la—**..... 685  
**Luxations: De la résection sanglante de la tête fémorale dans les— irréductibles de la hanche.**..... 318 405  
**Traitement sanglant des— irréductibles du coude.**..... 669
- M**
- Mal de mer: De la position inclinée contre le—**..... 323  
**Maladie de Little: —très rapidement amélioré par le traitement mercuriel.**..... 395  
**Maladie infectieuse: Emploi de l'argent à l'état soluble dans les—**..... 467  
**Du choix dans les aliments al-**
- buminoïdes dans la convalescence des—**..... 487  
**Maladies vénériennes: La conférence de Bruxelles pour la prophylaxie des—**..... 411  
**Massage gynécologique.**..... 641  
**Massage: Le— en thérapeutique cutanée.**..... 437  
**Médication hypodermique: La—** 137  
**Médication thyroïdienne: La—** 554  
**Méningo-myélite: Traitement de la— chronique.**..... 275  
**Ménorrhagie— Traitement des—**..... 250  
**Menstruation douloureuse: Extrait tyroïdien dans le traitement de la—**..... 291  
**Traitement des—**..... 474  
**Menstruation et allaitement.** 126  
**Menthol: Formulaire du menthol.**..... 406  
**Méralgie parasthénique: La—** 431  
**Mercure: Le— et ses emplois.** 167  
**Mesure de salubrité: Une—**..... 700  
**Métatarsalgie: —guéri par des deux injections de cocaïne "loco dolenti".**..... 466  
**Métrite: Traitement de la— hémorragique par les badigeonnages intra-utérins de teinture d'iode.**..... 82  
**De l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement de la— hémorragique.**..... 436  
**Préparation aqueuses du—**..... 537  
**Métrorrhagies: Traitement des— par l'adrénaline.**..... 714  
**Moëlle épinière: Plaie de la— par balle de revolver.**..... 421  
**Morbus maculosus Merloffe: Le chlorhydrate d'adrénaline dans un cas de—**..... 680  
**Morphine: Empoisonnement par la— traité par l'injection de sérum artificiel.**..... 180  
**Morve humaine: Un cas de— traité par les injections de sérum normal de génisse et terminé par la guérison.**..... 420  
**Muguet: Traitement du—**..... 408 479  
**Musset: Des secousses rythmiques de la tête chez les aortiques et les personnes saines; signe de—**..... 307  
**Myocardite aiguë: Le strophanthus et le camphre dans la—**..... 182
- N**
- Nasale: La balnéation des fosses—**..... 75  
**Néphrectomie: Indications et résultats de la— (néplasmes du rein exceptés)**..... 396  
**De la— appliquée au traitement des crises énémiqes des brightiques.**..... 708  
**Néphrites: Le régime dans le traitement des—**..... 577  
**Comment doit on traiter la— Parenchymateuse sâphiliti-**
- que.**..... 698  
**Traitement chirurgical des— chroniques hématuriques de la décapsulation.**..... 708  
**Traitement chirurgical des— chroniques médicales.**..... 708  
**Néphropexie: Résultats éloignés anatomique et clinique de la—**..... 307  
**Neurotoxémie: Herpès et—** 133 151  
**Névralgies: La santonine contre les douleurs fulgurantes du tabès et contre les—**..... 74  
**Traitement de la— faciale par l'électricité.**..... 654
- O**
- Oeil: Du traitement des blessures de l'— par grains de plomb.**..... 292  
**Ophthalmie purulente: Prophylaxie et traitement de l'— des nouveaux-nés.**..... 565  
**Sur un cas d'— congénitale.**..... 611  
**L'Ophothérapie: L'—ovarienne.** 23  
**Oreillons: Badigeonnages gâcolés contre les—**..... 439  
**Organes génitaux: Sur le traitement conservateur des inflammations chroniques des organes internes de la femme**..... 735  
**Otite: Traitement de l'— moyenne aigue suppurée.**..... 22 56  
**Oxygène: Injections expérimentales d'— dans les veines.**..... 85  
**Appareil à production d'— pour usage thérapeutique.**..... 600  
**Ozène: L'— chez le nourrisson** 566
- P**
- Palpitations cardiaques: Traitement des— essentielles.**..... 584  
**Panaris: Comment inciser un—**..... 724  
**Pansements des plaies: L'alcool acidulé pour le— destinés à guérir par réunion immédiate** 549  
**Paraffine: Accident pouvant résulter de l'emploi de la— comme moyen de prothèse.** 125  
**Paralysie infantile: Anthrodoxe tibio-tarsienne précoce dans la—**..... 274  
**Paralysie: Le traitement de la— agitante.**..... 426  
**De la— générale.**..... 607  
**Paralysie obstétricale: Traitement de la— du bras chez un nouveau-né.**..... 196  
**Paupière: Traitement de l'hyperhémie des paupières.**..... 293  
**Pelade: — d'origine dentaire.** 453  
**Indications et résultats de la cure gingivo dentaire dans la—**..... 649  
**Péricardites: Traitement des—**..... 438  
**La— typhique.**..... 665  
**Périnée: Un moyen simple de**

protéger le— pendant le travail..... 582	puberté..... 699	pression pour le traitement de la — ..... 564
Périnéoraphie: —par interposition..... 550	Purgatifs: A quelle dose doit on donner les..... 108	Le redressement des — et syphoses habituelles graves..... 576
Péritonite: Traitement médical de la— tuberculeuse... 406 480	Purpura hémorrhagica.....692 704	Séborrhée: Traitement de la — au cuir chevelu..... 410
Pharynx: De la curabilité de la tuberculose pharyngée..... 524	Pyorrhée alvéolaire: Le sulfate de cuivre contre la—..... 454 593	Secretion vaginale: Bactériologie de la — chez la femme enceinte..... 685
Phlebalgie: Traitement de la —par l'effleurage des veines... 692	Pyramidon: Le—..... 644	Une réaction nouvelle des syphilitiques vis-à-vis du mercure ..... 740
Phlébites: Étude sur les— dans les infections viscales... 102	Q	Nouvelle contribution à l'étude du bacille de la —..... 768
Les— dans les infections viscales..... 247	Quand faut il lire..... 482	Traitement de la — du cœur 769
Traitement de la chlorose compliquée de—..... 252	Quinine: Quelques formules de médicaments quiniques..... 278	Sein: Massage du—en cas d'engorgement laiteux..... 733
Phéneucalyptol..... 550	R	Séreuse: Emploi des compresses alcoolisées dans les inflammations des —..... 628
Photothérapie: La—..... 43	Rachicocainisation: Technique actuelle de la—..... 407 433	Sérum Anti-diphthérique: Les injections préventive de —..... 266
Phtiriasis: Traitement des—et des dermatoses causées par la présence et le parasitaire des poux..... 735 727, 738	Radiographie: Présentation de —..... 687	De l'injection préventive de — chez les femmes enceintes..... 475
Pied bot: Traitement du—congénital à la naissance..... 72	Rayon X: Application des— au service de santé en campagne ..... 727	Sérum ioduré de Luton: Le— 429, 764
Pied plat: —son traitement... 421	Rectum: Traitement du prolapsus du rectum chez les enfants par les injections de paraffine..... 409 523	Sérum nouveaux: Les—..... 445
Pityriasis: Traitement du— avec ou sans eczéma sabborrhéique..... 295	Reflex cornéen..... 671	Sérum de Trunczek: Valeur du —..... 100
Placenta: Traitement de la retention placentaire post abortive non compliqué..... 653	Régime lacté: L'intolérance du —..... 533	Suites post-opératoires: La responsabilité du chirurgien en face des—..... 239
Plaies: Contribution à l'étude des— de la région vulvaire lors de l'accouchement chez les primipares..... 449	Rein: Du— mobile et douloureux, dans ses rapports avec la colique néphrétique..... 37	Stomatite: Contribution à l'étude et au traitement de la—mercurielle..... 650
Plomb: Les usages de plomb en thérapeutique..... 153	Rétrécissement mitral: Signes physiques cardiaques du— et et leur variabilité..... 636	Sycosis: Traitement du—à la période initiale..... 253
Plourésie: Un signe nouveau d'épanchement pleurétique chez les enfants..... 654	Rhumatisme blennorrhagique: Mode d'emploi du salicylate de soude dans le—..... 10	Syphilis: Traitement de la— par les injections intra-musculaires d'hermophényl (mercure, phénol, disulfonate de sodium)..... 60
Pneumonie: —aigüe chez un alcoolique..... 36	Rhumatisme: Traitement du—chronique..... 336	Les injections mercurielles et le traitement de la—.....91 106
Traitement de la—..... 52	Traitement chirurgical du— articulaire aigu..... 563	Traitement de la— par les injections hypodermiques..... 394
—post-anesthésiques... 404	De la goutte et du..... 603	Nouvelles recherches sur l'étiologie de la—..... 477
Pneumothorax: Sur le—.....595 664	Traitement du— par le jus de citrons..... 635	Le bain de vapeur pour faciliter le diagnostic des— latentes... 478
Polynevrites: Le pronostic des —..... 306	Rotule: Fracture de la—..... 625	Cyodiagnostic dans la— oculaire dans la nevrite optique syphilitique..... 522
Pommade mercurielle à base de savon..... 250	Rougeole: —avec récédive trois jours après la première éruption..... 130	Le traitement interne et précoce de la— par les injections intra-veineuses de sublimé... 614
Poumons: La levure de bière dans les affections pulmonaires des vieillards..... 393	Etude diagnostique de la—...132 148	— des mères et des nouveaux-nés..... 722
Présentation de la face: Conduite à tenir dans les—... 450	La leucocytose de la— et de la rubéole..... 621	Sur la maladie de Paget et la —héréditaire tardive...726,, 738, 754, 766
Prostate: Traitement de l'hypertrophie de la— par la lumière..... 434	Rubéole: La leucocytose de la rougeole et de la—..... 621	T
De la cautérisation transviscrale pour remplacer l'opération de Bottini dans le traitement de certaines formes d'hypertrophie de la—..... 599	S	Tabès: La santonine contre les douleurs fulgurantes du— et contre les névralgies..... 74
Prurit: Traitement interne du —par l'acide lactique..... 42	Sanatoria: La question des—et de la tuberculose..... 518, 520	La rémission spontanée de la paralysie générale tabétique. 478
Traitement chirurgical des— périméaux, anaux et vulvaires. 668	Santonine: Les divers emplois de la —..... 487	Taches de sang: Essais sur l'examen des— au point de vue médico légal, par la mé-
Pyélo-névrite: La— et son traitement..... 336	Sarcome: — primitif du vagin chez l'enfant ..... 317	
Pseudo-sténocardie myogène... 732	Scarlatine: Photothérapie de la —; Longue durée de la contagiosité dans cette affection. 459	
Psychoses: Du surmenage physique dans l'éclosion des— de	Scoliose: État actuel du traitement de la —..... 432	
	La — sciatique au signe de Vanzetti..... 487	
	Tabouret à suspension, com-	

thode des sérums spécifiques. 425	— pulmonaire..... 748	— épidémique..... 67
Taux: Diminution du— des lé-	Tumeurs kystiques: Contribu-	La photothérapie et l'antiép-
cithines dans les laits chauffés..... 525	tion à l'étude des— des annexes pendant la puerperalité..... 449	locale et générale contre la..... 96
Tétanos: Traitement du—..... 424	Tuminologie: La— médicale au seizième siècle..... 32	Le chlorure de calcium dans les hémorragies de la..... 655
Le— et les injections de quinine 606		Végétations adénoïdes: Traitement interne des—..... 337
Thérapeutique: Les tendances nouvelles de la—..... 451 503	U	Vertèbres: Diastase des—..... 8
Thomson: La maladie de—..... 138	Ulcérations de la cornée: La teinture d'iode contre les—... 652	Vertiges: Traitement des—..... 18
Thrombus puerpéraux: Contribution à l'étude des—..... 449	Ulcérations tuberculeuses: Du pansement des— par la solution de Kolicher..... 585	Traitement des— optiques dans la pratique journalière..... 322
Thyroïdiennes: Les médications..... 654	Ulcères: Traitement des— chroniques de la jambe..... 85	Vessie: Extraction des sondes brisées dans la vessie..... 749
Trépanation: —pour troubles consécutifs à une fracture ancienne du crâne..... 308 319	D'un traitement simple des— variqueux de jambes..... 306	Viellard: Traitement des maladies du—..... 468
Trunecek: Le sérum de—... 555	Traitement antiseptique des— de la jambe..... 490	Vin: Le—..... 431
Tubage: Le tubage du larynx à la campagne..... 335	Le pansement humide au bicarbonate de soude contre l'— de jambe..... 651	Vomissements: Des— incoercibles de la grossesse (hyperemesis gravidarum)..... 122
Tuberculose: Traitement de la tuberculose par les hypophosphites..... 4	Traitement de l'— de jafube par injection sous-cutanées de calomel..... 681	Pathogénie et traitement des— de la grossesse..... 166 180
La— dans les établissements d'enseignements secondaire publics..... 6	Urine cancéreux: Les—..... 447	Traitement des— incoercibles de la grossesse par repos absolu de l'estomac..... 435
Les formes antomo-cliniques circonscrites de la—du genou 38	Utérus: Oedème aigu du col de Malformation du l'— et du l'— gravite..... 39	— gravidiques..... 464
Traitement de la—laryngée..... 60	vagin accompagnée d'hématoformotrie et d'hématocolpos supérieur..... 408	Voies digestives: Corps étrangers des—..... 261
Syndrome oculo-pupillaire dans la— du sommet du poulmon. 84	Les perforations graves de l'— au cours du curetage et de l'hétérométrie..... 436	Vulve: Les lymphanglectasies vulvaires..... 42
Un cas d'infection par la— bovine chez l'homme..... 116	Du curetage de l'—dans l'infection puerpérale..... 466 467	Vulno-vaginite:—chez la petite fille et la nouveau-née..... 712
Le diagnostic précoce dans la— pulmonaire..... 150	Vaccination: Immunisation relative contre la— des nourrissons dont les mères avaient été vaccinées au cours de leur grossesse..... 621	
Les selles des tuberculeux ne sont pas moins dangereuses que leurs crachats..... 209 220	Vagin: Malformation du vagin et de l'utérus accompagnée d'hématoformotrie et d'hématocolpos supérieur. Hystérie abdominale totale..... 322 408	W
De l'emploi du plasmon chez les tuberculeux..... 223	Vaginisme: Traitement du—..... 597	Weilho: Effets hémostatiques de l'injection sous-cutanée massive d'eau salée dans la maladie de—..... 419
Traitement pour un enfant d'environ 8 ans. Tuberculeux (— pulmonaire 1er degré au début de 2me degré)..... 265	Vantouses scarifiées: Les—..... 315	X
Traitement de la— génitale)..... 424	Voies urinaires: L'extrait de pichi-pichi sec dans les maladies des—..... 331	Xanthélasma: Traitement électrolytique du—..... 584
— et diabète..... 463	Vanzetti: La scoliore sciatique ou signe de—..... 505 520	Y
La question des sanatoria et de la—..... 518	Variole: Traitement de la—..... 52	Yeux: Indications de l'enudation oculaire..... 123
Frictions médicamenteuses contre la— pulmonaire..... 623		Z
De l'adenopathie auxiliaire au début de la— du poulmon..... 637		Zuckerkandi: Nature des corps de—..... 162
La— dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses... 690		Zona: Traitement du—..... 331
Quels sont au point de vue de la généralisation de la —, les effets de la cure marine..... 741		
Palpitations du début de la		

## Formulaire

A	l'—..... 282	Cancroïdes: Traitement des— 12
Alopécie: Traitement de l'— en clairière..... 78	Asthme cardiaque: Traitement de—..... 281	Chlorate de potasse: Posologie du—..... 411
Traitement de l'—et du pytérisias..... 268	C	Chloro-anémie: Pilules contre la—..... 714
Antidyspeptique: Potion..... 572	Cancer de l'estomac: Formule contre les douleurs dans le— 714	Coliques salpingiennes: Traitement des—..... 588
Antiseptie buccale: Solutions pour l'—..... 728	Cancer: Traitement du— inopérable..... 770	Condylomes: Contre les—..... 427
Arthrite blennorrhagique contre		Congestion pulmonaire sans point pneumonique..... 604

Constipation: Electuaire contre la—..... 514  
 Coqueluche: Formule contre la —..... 12  
 Cors aux pieds: Topique contre les—..... 183  
 Crevasses des mains: Pommade contre les—..... 225

D

Diarrhée: Contre la—..... 12  
 Delirium tremens: Traitement du—..... 588  
 Dentition: Contre les accidents de la—..... 62  
 Contre la— estivale..... 225

E

Eczéma: L'eau très chaude contre l'— aigu..... 482  
 Epilepsie: Le bromure de nickel contre l'—..... 268  
 Contre l'—..... 700  
 Expectorant: L'acide oxalique comme—..... 572

G

Galacturie: Contre la—..... 491  
 Gargarisme: —de Jaccoud..... 62  
 Gonorrhée: L'Ergotine dans la —..... 268  
 Goutte: Traitement de la— et

du rhumatisme..... 603

H

Haleine: Fétidité de l'—.....62 78  
 Hémoptysie: Traitement de l'—..... 604  
 Hémorragie: Le chlorure de calcium contre les—..... 183

I

Iodure de potassium: Potion à l'—..... 714

M

Menstruation irrégulières: Contre les—..... 412  
 Métrite: Emploi du chlorure de calcium dans la— hémorragique..... 491

N

Nouveaux suppositoires..... 225

P

Pilules de créosote..... 254  
 Pleurésie rhumatismale: Contre la— chez les enfants..... 183  
 Pommade antiparasitaire..... 268  
 Pneumonie: Contre la— aigue athénique... .. 603

Prurigo de Hebra: Un topique nouveau contre le—..... 196  
 Pytiriasis: Traitement de l'— l'opécie et du—..... 268

R

Rhumatisme: Contre le—..... 62  
 Pommade contre le— articulaire..... 714

S

Sérum artificiel: Injections de —..... 394  
 Suppositoires: Formules diverses pour— à la naphthaline...412  
 Syphilis: Traitement des— graves..... 770

T

Toenia: Contre le—..... 198

V

Vaporisation dans les chambres de malades..... 310  
 Variole: Contre les pustules de variole... .. 62  
 Vomissements: Traitement des —incoercibles de la grossesse par le repos absolu de l'estomac..... 282

NOUVELLES et VARIETES

BIBLIOGRAPHIE

Accidents bulletins..... 756  
 ..... 658  
 Collège des médecins: Réunion bi-annuelle du— à Québec..... 212  
 Conférence pour l'internat des hopitaux de Paris...12, 26, 94 324  
 Cours de minéralogie biologique..... 528  
 De la glycerine..... 756  
 Diagnostic gynécologique, organes généraux et mamelles par le Dr. Glade..... 212  
 Du ferment lab par M. Albert Robin..... 603  
 Du pouvoir rotatoire des sérum et de ses relations..... 12  
 Du traitement hydrominéral par M. Albert Robin..... 603  
 Dysenterie aiguë et chronique... 94  
 Intubation du larynx..... 12  
 Le diviseur vésical gradué par M. Fernand Cathelin de l'hôpital Necker de Paris..... 603  
 Le médecin chrétien..... 26  
 Les dangers de l'antisepsie in-

terne par M. Albert Robin... 603  
 Les indications prophylactiques et thérapeutique de la phthisie pulmonaire par M. Albert Robin..... 603  
 Les maladies de la déminéralisation par M. Albert Robin..... 603  
 Methods which render some therapeutic agents more palatable..... 756  
 Notes pratiques sur l'hydrothérapie, l'électricité et les rayons X par M. le Dr. C. M. De Blois..... 386  
 Petite chirurgie pratique..... 603  
 — par M. les Drs. Tuffier et P. Desfosses..... 629  
 Practical gynecology, obstetrics etc..... 756  
 Précis d'exploration externe du tube digestif, par A. Chaillon et MacAuliffe..... 742  
 Variation des échanges respiratoires sous l'influence de l'at-

titude de la lumière de la chaleur et du froid par M. Albert Robin..... 603  
 The antirabic vaccination at the New York Pasteur Institute during 1900 and 1901. 12  
 The virtue of valerian..... 756  
 Thérapeutique clinique... .. 672  
 Traité élémentaire d'anatomie, de physiologie et d'hygiène privée par M. le Dr. Paul E. Prévost..... &... 385

BIOGRAPHIE

Dr. E. P. Benoit..... 376  
 Dr. A. Bernier..... 381  
 Dr. E. J. Bourque..... 383  
 Dr. M. T. Brennan..... 369  
 Dr. E. P. Chagnon..... 380  
 Dr. J. P. Chartrand..... 369  
 Dr. C. A. Daigle..... 382  
 Dr. L. N. Delorme..... 373  
 Dr. L. A. Demers..... 365  
 Dr. L. E. Desjardins..... 362  
 Dr. H. H. Duhamel..... 380  
 Dr. L. B. Durocher..... 360  
 Dr. S. Duval..... 366  
 Dr. A. Ethier..... 380

Dr. L. E. Fortier..... 374  
 Dr. A. A. Foucher..... 367  
 Dr. J. D. Gauthier..... 378  
 Dr. J. C. S. Gauthier..... 384  
 Hon. J. J. Guérin M.D.,..... 367  
 Dr. L. L. Harwood..... 378  
 Dr. R. Hébert..... 379  
 Dr. H. Hervieux..... 371  
 Sir. Wm. Hingston, M.D.,..... 361  
 Dr. E. P. Lachapelle..... 363  
 Dr. S. Lachapelle..... 366  
 Dr. A. Lamarche..... 364  
 Dr. G. E. Larin..... 382  
 Dr. E. E. Laurent..... 383  
 Dr. A. R. Marsolais..... 377  
 Dr. O. F. Mercier..... 374  
 Dr. H. H. Merrill..... 377  
 Dr. L. D. Mignault..... 368  
 Dr. G. T. Moreau..... 375  
 Dr. T. Pariseau..... 376  
 Dr. E. A. René De Cotret..... 372  
 Dr. E. St. Jacques..... 383  
 Dr. A. M. Rivet..... 375  
 Dr. J. P. Rottot..... 359  
 Dr. Arthur Vallée..... 499  
 Dr. C. N. Valin..... 379  
 Dr. G. Villeneuve..... 372  
 Dr. E. Virolle..... 381

CORRESPONDANCES

Chronique judiciaire du dernier semestre..... 110  
 XIV Congrès International de médecine..... 169  
 La convention de l'association médicale du Canada..... 198  
 Dr. J. A. Lesage et Dr. P. P. Boulanger..... 398  
 Les cours de la Présentation J. Alex. Hutchison..... 498  
 Par T. Moureau..... 627  
 Un membre de la société médicale de Montréal..... 600  
 Faudon: Lettre de M. J. H. Faudon..... 110  
 Justicia..... 168

DISCOURS

Discours de M. le Dr. J. I. Desroches au banquet de la Société Médicale de Montréal... 507  
 Le— du professeur Osler et "l'Union Médicale"..... 511  
 Discours de M. le Dr. Coyteux Prévost, Ottawa au banquet de la société médicale de Montréal..... 491  
 Discours prononcé par M. le Dr. Brochu au banquet qui lui a été donné par ses confrères le

12 du mois dernier à l'hôtel St. Louis à Québec.....339 399  
 Discours de M. le Dr Arthur Rousseau (éloge de feu le Dr Arthur Vallée)..... 771 776  
 Discours de M. le Dr. Brochu au banquet de la Société Médicale de Montréal..... 562 539  
 —de M. le Dr. Starkey..... 536  
 —de M. le Professeur A. A. Foucher..... 599 612  
 Anniversaire d'Esmarch..... 516  
 Asiles d'aliénés ouverts: Les— ..... 242  
 Association des médecins: Les nouveaux officiers del'— Canadien-Français de l'Amérique du nord..... 14  
 Chronique légère medicastre ..... 494, 509, 541 719  
 Circulaire du Conseil d'hygiène de la Province de Québec par M. Paul E. Prévost, M.D..... 718  
 Collège des médecins et les études des classiques: Le—... 427  
 Départ pour l'Europe de MM. les Drs. M. T. Brennan, Delorme, Normand et Girard... 109  
 Editorial..... 485 605

Gynécologie: Congrès International de—et d'obstétrique... 226  
 Hopital Notre Dame..... 354  
 Hotel Dieu de Montréal..... 361  
 Joyusetés..... 604  
 La lutte contre la tuberculose. 38  
 Le banquet Poirier..... 589  
 Le Congrès Médical de Québec 30  
 Le poids des conseils..... 172  
 Le nouveau surintendant de l'asile des aliénés de Beauport... 542  
 Le 25me anniversaire de la Faculté de Lyon..... 470  
 Mariage...14, 30, 154, 184, 212, 226, 254, 268, 282, 310, 338, 398, 440, 468, 482, 500, 528, ..... 556, 572, 674 687  
 Maternité catholique de Montréal: La—..... 357  
 Marque d'estime..... 228  
 Microphobie..... 470  
 Naissance...29, 78, 154, 198, 212, 226, 240, 254, 268, 282, 310, 324, 338 398, 412, 427, 440, 468, 500, 528, 588, 658, 674 700  
 Nécrologie...30, 78, 94, 108, 142, 154, 184, 198, 226, 240, 254

268, 296, 310, 324, 338, 398, 412, 440, 482, 528, 556, 572, .....588, 658, 687, 700, 728  
 Nomination du Dr. Eugène St. Jacques..... 155  
 Nommé médecin à l'Hôtel Dieu M. le Dr. J. H. Chalfoux..... 240, 742, 756  
 Obstétrique: Congrès International de gynécologie et d'— 226  
 Oregon State Medical Society. 268  
 Professeur de pathologie, M. le Dr. Parizeau..... 109  
 Question et réponse..... 587  
 Le successeur du Dr. Brunelle Dr. C. H. Merrill..... 155  
 Le successeur du Dr. Von Eberts, Dr. Turner..... 156  
 Société Médicale..... 157  
 Société Médicale du district de St. François..... 184  
 Société Médicale du District de Kamouraska..... 240  
 Un hopital monstre à New York..... 172  
 Un panama médico pharmaceutique... ..601, 616 630

SUPPLÉMENT

Amour et thérapeutique... 558  
 A propos de l'alcool aliment... 618  
 A quel mois de la vie intra-utérine naît on?..... 47  
 Bains de lait..... 645  
 Ce que gagne les médecins..... 241  
 Ce que sont devenus les frères Siamois..... 256  
 Conduite à tenir lorsque le client change de médecin..... 15  
 Comment et pourquoi le soleil brille..... 144  
 Conseils de pratique médicale aux jeunes..... 660, 673 688  
 Décatalogue du hernieux..... 730  
 Dermite provoquée par les at-tichauds..... 284  
 Diphtérie: Un remède contre la —..... 96  
 Echelle de l'envie profession-nelle..... 47  
 Echelles de l'envie profession-nelle..... 544  
 Enfant: L'—..... 200  
 En justice de paix..... 48  
 Enseigne originale..... 284  
 Enseignement de sage-femmes. 484  
 Epitaphes de civiles..... 48  
 Erratum..... 748  
 Eunuchisme: L'—..... 31