

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Pagination continue.

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### De la prophylaxie et du traitement de la fièvre puerpérale;

par A. LAPHORN-SMITH, M.D., Laval, M. R. C. S. Eng. de Montréal. (1)

Si après avoir fait le lavage et le drainage de l'utérus, la température n'est pas tombée dans les 24 heures, nous sommes en présence de l'une ou l'autre des trois conditions suivantes: Ou les bacilles, après avoir détruit les membranes superficielles aux dépens desquelles ils se sont nourris (car nous avons vu qu'ils ne peuvent pas vivre sans cette provision de tissus et liquide morts), ont ensuite pénétré les couches profondes de l'*endometrium* au-delà duquel la maladie a évolué et remplissent maintenant les sinus et les lymphatiques, ou encore l'infection s'est introduite dans la cavité péritonéale par l'entremise des trompes de Fallope et s'est répandue au-delà de l'utérus lui-même; cette dernière condition est d'une éventualité assez fréquente comme le prouve la multitude des femmes qui souffrent de rétroversion avec adhérence de la matrice, accident qui date d'un accouchement ou d'un avortement. Comme je l'ai déjà noté dans une brochure publiée il y a quelques années sur les causes et les moyens de prévenir la rétroversion avec adhérence, cet accident est dû en grande partie à la funeste habitude que l'on a de tenir les femmes après un accouchement ou un avortement strictement dans le décubitus dorsal, si bien que l'utérus, refoulé par le coussin et la bande, est encore entraîné par son poids dans la position renversée, semblable à une bouteille ayant le goulot en haut. De cette façon on empêche le drainage utéro-vaginal en favorisant l'écoulement des liquides infectés dans le péritoine par l'entremise des trompes de Fallope.

Bon nombre de ces cas de péritonite pelvienne ne sont pas reconnus comme tels; on diagnostique plutôt une fièvre de lait et une tympanite.

Si la température ne s'est pas abaissée dans les 24 heures après le lavage et le drainage de la cavité utérine, nous devons immédiatement gratter la matrice avec une curette tranchante de manière à enlever toute la membrane muqueuse jusqu'au tissu musculaire. Cette opération doit cependant être faite avec précaution, surtout en passant l'instrument en haut, de manière à ne pas perforer le fond de la matrice.

De prime abord le curettage semblerait une tâche facile, mais le faire de manière à ne pas laisser un seul millimètre carré sur

(1) Suite et fin.— Voir les livraisons de juin et juillet 1893.

lequel la curette n'a pas passé, c'est assez difficile, car il faut passer et repasser plusieurs fois sur la même surface.

Après l'opération, on doit laver encore la cavité utérine avec de l'eau chaude et y introduire pour drains des bandelettes de gaze iodofonnée; la nécessité de cette dernière précaution est manifeste si l'on considère la grande quantité de sérum sanguin que les bandelettes conduisent au dehors, plusieurs serviettes en sont imbibées dans quelques heures. Qu'arriverait-il si ce liquide était abandonné dans la cavité utérine? Il serait un frais bouillon de culture qui entrerait immédiatement en fermentation, ce ferment excréterait bientôt des ptomaines dont l'absorption aurait pour conséquence l'élévation thermique. Plus d'une fois j'ai été à même de faire cette observation quand j'avais pour habitude d'employer la curette sans par la suite m'occuper du drainage intra-utérin.

Si malgré le curettage et les drains la température persiste à un degré élevé nous pouvons être positivement certains que la maladie ne siège pas dans la cavité intra-utérine; elle siège dans les parois de l'utérus—c'est à-dire dans les veines et les lymphatiques, ou bien elle a envahi les trompes et le péritoine pelvien. Mais, comment se prononcer sur cette question?

1<sup>o</sup> Au moyen de l'examen bimanuel, la patiente étant placée sur le bord du lit. Ce sera peut-être difficile à cause de la distension de l'abdomen, toutefois si dès le début de la fièvre on a eu le soin d'administrer de petites doses souvent répétées de sel de la Rochelle ou d'Epsom, de manière à débarrasser le péritoine des ptomaines tout en empêchant les gaz de s'accumuler dans l'intestin, cette distention sera bien moins prononcée. L'examen bimanuel fera découvrir une masse de l'un ou de l'autre côté de l'utérus, ou dans le cul-de-sac de Douglas ou aux environs de l'appendice.

Qu'il nous soit possible de ressentir quelque chose ou non, si la température ne s'abaisse pas dans les vingt-quatre heures après le curettage, ce qu'il nous reste à faire, c'est l'incision exploratrice. Si l'état de la patiente est assez bon, ou plutôt si les symptômes ne sont pas très pressants, nous pouvons attendre encore une journée ou deux; mais d'un autre côté il y a le danger d'attendre jusqu'à ce qu'il soit trop tard. Lorsque nous faisons cette incision exploratrice, nous devons nous attendre à toute éventualité et être prêts à traiter tout ce que l'exploration pourra découvrir. Dans un cas je trouvai une collection de pus entre l'omentum et les parois abdominales, je l'évacuai, emplissant la plaie de drains; la patiente guérit rapidement. Chez une autre femme, dans la pratique d'un ami, la chaîne des lymphatiques qui longe les bords de la matrice était remplie de pus; on fit le curettage utérin, on lava soigneusement le péritoine avec de l'eau chaude; tout de même la patiente mourut; rien d'étonnant, car l'utérus était complètement septique et rien, si ce n'est l'hystérectomie, ne pouvait dans son principe déraciner la maladie. Ces lymphatiques con-

tinuèrent à verser dans le sang leurs ptomaines empoisonnées. Plus tard, chez une patiente atteinte de septicémie puerpérale, après avoir fait la laparatomie, je ne trouvais aucune cause apparente de la maladie, j'enlevais alors la matrice qui était saturée de pus et la malade guérit bien. D'un autre côté, en faisant notre incision exploratrice, nous pouvons trouver d'autres causes tout-à-fait indépendantes de l'utérus et suffisantes pour expliquer pourquoi tout notre traitement vaginal et intra-utérin a eu si peu d'effet. C'est un appendice vermiforme gangrené, un kyste ovarien rupturé ou un amas de pus gonflant une des trompes de Fallope, c'est la cavité péritonéale remplie de pus ou de sérum. En pareil cas, il faut enlever immédiatement soit les restes de l'appendice vermiforme, soit les trompes, soit l'ovaire, laver ensuite la cavité abdominale avec deux ou trois gallons d'eau bouillie à une température de 105° à 110° F. Il faut agiter l'eau parmi les intestins de manière à les laver parfaitement; on tient l'incision ouverte avec deux doigts, tandis que l'on fait l'irrigation au moyen d'une seringue ayant trois ouvertures disposées en triangle; l'irrigateur doit être long et avoir de larges ouvertures, de sorte que l'eau puisse couler par torrent dans le cul-de-sac de Douglas et enlever tous les débris. Mais si l'on ne trouve rien en dehors de la matrice qui puisse avoir causé la maladie, il ne faut pas se contenter de laver la cavité abdominale et de coudre l'incision, abandonnant froidement la femme à son sort, car il n'y a guère qu'une terminaison en pareil cas, et c'est la mort. Nous n'avons plus rien à espérer du lavage et de la curette. Toutes les ressources du traitement local ont été épuisées; d'un autre côté les médicaments sont reconnus inutiles.

La patiente va mourir. Devrons-nous, comme si nous étions désespérés ou plutôt paralysés, nous tenir en présence de cet ennemi? Ou ne devons-nous pas plutôt attaquer hardiment par un procédé d'exclusion ce que nous savons être la source du mal? Quels que soient les efforts que nous faisons pour laver la cavité utérine ou péritonéale, il nous est impossible d'atteindre le mal à l'endroit où il est situé. Il est retranché dans les sinus et les lymphatiques de l'utérus, et il n'y a pas de moyen possible de le déloger si ce n'est l'extirpation de l'organe infecté. Pourquoi reculer d'épouvante devant semblable mutilation? Est-ce que le chirurgien chaque jour ne sacrifie pas un membre, un œil, un rein afin de sauver la vie? Et même ces organes sont bien plus essentiels au bien-être que l'utérus. Est-ce qu'il n'y aurait pas quelques unes de ces deux milliers de femmes qui succombent chaque année à la fièvre puerpérale dans le seul royaume d'Angleterre et du pays de Galles; ou plutôt en serait-il une seule d'entre-elles qui n'aimerait pas mieux être séparée de sa matrice que de se voir pour toujours arrachée à son mari et à ses enfants. L'extirpation de l'utérus, des trompes et des ovaires par l'hystérectomie abdominale coupe

court au torrent empoisonné de lympe chargée de ptomaines qui se déversent dans les veines et les lymphatiques, ce qu'aucun autre procédé opératoire ne pourrait accomplir à cette période de la maladie.

Si nous considérons attentivement les remarques ci-dessus, nous en viendrons aux conclusions suivantes :

1° Dans la majorité des cas d'accouchement il n'est pas nécessaire de faire d'examen interne.

2° On doit défendre aux sages femmes, aux étudiants et aux gardes-malades de faire des examens internes.

3° Avant que le travail commence, ou aussitôt que possible après qu'il est commencé, nous devrions désinfecter le vagin de toutes les femmes dont les maris ont eu la gonorrhée (se tenant pour certains que tous l'ont eue, à moins de preuve contraire), employant pour cette désinfection vaginale le savon et l'eau, puis une forte solution de bichlorure, puis enfin l'eau chaude; nous exempterions ainsi bien des cas de soi-disant auto-infection. Si c'est possible, tâchons d'empêcher le mari de donner la gonorrhée à sa femme de neuf à dix jours après l'accouchement.

4° Pendant que nous pratiquons l'extraction du placenta, nous devons avoir soin de ne pas rupturer les trompes qui peuvent être gonflées de pus, de ne pas ouvrir un abcès de l'ovaire ou l'appendice vermiforme en suppuration.

5° Nous ne devrions pas introduire la main dans l'utérus pour enlever un placenta appelé adhérent, tandis qu'en attendant un quart d'heure ou plus nous le trouverions dans le vagin.

6° On devrait favoriser le drainage utérin en recommandant à la femme de s'asseoir sur son vase de nuit pour uriner et aller à la selle, et en lui défendant de se coucher sur le dos.

7° Les égoûts des hôpitaux destinés aux accouchements devraient être inspectés régulièrement.

8° On doit empêcher les visiteurs inutiles d'infecter les mains de la nouvelle accouchée de leurs propres affections purulentes.

9° En prenant la température dès notre première visite, nous pouvons découvrir la présence de la fièvre typhoïde, d'une appendicite et d'autres maladies qui n'ont rien de commun avec la fièvre puerpérale.

10° On doit prendre la température tous les soirs pendant les 10 premiers jours après l'accouchement, afin d'être dès le début avertis de la présence de l'infection.

11° Si possible, on devrait immédiatement fermer les surfaces dénudées, quelque petites qu'elles soient, vu qu'elles offrent aux ptomaines une bonne porte d'entrée.

12° Dès qu'il constate la moindre élévation de température, le médecin lui-même, ou la garde malade, avec une seringue propre devrait donner une injection d'eau chaude avec ou sans permanganate de potasse. Quant à l'accouchement, on ne doit

employer le bichlorure qu'avec beaucoup de précautions ; après le travail, jamais. On devrait répéter les douches vaginales à toutes les 8 heures.

13° Si malgré cela la température n'a pas tombé dans les 24 heures, on doit immédiatement laver l'utérus avec de l'eau chaude et remplir légèrement la cavité utérine avec des bandelettes de gaze iodoformée devant servir de drains, on laisse le bout comme une mèche de lampe enroulée dans le vagin.

14° Si la température se maintient encore à un degré élevé après 24 heures, nous devrions tirer doucement la matrice en bas, la curetter parfaitement, la laver de nouveau et appliquer pour drains des bandelettes de gaze iodoformée.

15° Dès la première apparition de la fièvre, jusqu'à ce que la patiente soit parfaitement rétablie, nous devrions tenir le principal émonctoire du corps, (je veux dire l'intestin) constamment libre, ce que l'on peut obtenir en administrant de petites doses de sulfate de magnésie de manière à débarrasser le plus possible l'économie des ptomaines.

16° Les seuls remèdes à employer à l'intérieur sont la quinine et l'alcool. Les antipyrétiques, en abaissant la température pendant que la maladie continue rapidement sa marche, nous font reposer dans une fausse sécurité, si bien que des heures précieuses passent sans être utilisées. Mieux vaut connaître la maladie telle quelle est et la traiter, que de se la dissimuler à soi-même sous de fausses apparences. En outre la classe des antipyrétiques paralyse le cœur, de la résistance duquel la vie de la patiente dépend grandement.

17° Si malgré tout ce que nous avons fait jusqu'ici, la température continue à s'élever et la vie de la patiente commence à être visiblement en danger, explorons l'abdomen et enlevons la cause même ; s'il est nécessaire faisons l'hystérectomie avant que la pyémie ou la péritonite générale ne se déclare.

---

—Le docteur COMBEMALE, de la faculté de Lille, a expérimenté l'action de l'huile d'olive dans le traitement de la colique saturnine, et conclut : 1o Qu'à haute dose, 7 onces environ en une seule fois, l'huile a dans la colique saturnine une action de soléstruante et sédative à la fois que ne procurent pas aussi nettement les autres moyens thérapeutiques. 2o Qu'à la dose de 1½ once environ, par jour, l'huile d'olive a, dans un cas de saturnisme chronique confirmé donné d'excellents résultats pour faire cesser les phénomènes nerveux.

*Bidet.*—La pièce d'eau des cuisses.—DR GARRULUS.

*Monocle.*—Verre solitaire.

## CORRESPONDANCE.

## La désinfection telle qu'elle se pratique à Paris.

A Monsieur le Rédacteur-en-chef  
de l'UNION MÉDICALE DU CANADA,

Je me permets de vous adresser ce petit travail sur la désinfection. J'ai puisé ces quelques notions au cours de M. le docteur Roux, à l'Institut Pasteur. Venant d'une source aussi autorisée, j'ose espérer que les lecteurs de l'UNION MÉDICALE liront avec intérêt cette communication.

On peut dire qu'un objet est désinfecté quand tout microbe ou tout germe de microbe est détruit. Nous avons à notre disposition des agents physiques et des agents chimiques pour désinfecter les objets souillés.

*Agents physiques.*—Le plus sûr et le plus communément employé c'est la chaleur. La chaleur sèche et la chaleur humide peuvent être diversement employées.

La *chaleur sèche*, pour être efficace, devra être élevée jusqu'à 150° et même, pour détruire certains germes très résistants, il faudra chauffer jusqu'à 180° pour détruire les endospores du tétanos. Si l'on chauffe à 150°, il faudra prolonger l'action de la chaleur pendant une demi-heure au moins; mais comme cette très haute température altère la composition de certains objets, on emploiera souvent la *chaleur humide*.

Aucun germe et aucun microbe ne résistera à une température humide de 115°, si on maintient cette température pendant un quart d'heure. Pour cela on emploie un instrument spécial, l'*autoclave*, dans lequel on fait arriver un jet de vapeur.

L'*autoclave* est une boîte en métal hermétiquement fermée au moyen d'un couvercle assujéti par une forte vis de pression. Ce couvercle est muni de deux ouvertures, l'une est un robinet destiné à laisser sortir l'air contenu dans l'autoclave et qu'on ferme quand la vapeur commence à s'en échapper. L'autre est reliée à un tube qui conduit la vapeur dans l'autoclave. Une soupape de sûreté prévient tout accident, et un thermomètre dont une moitié est à l'intérieur et l'autre moitié est à l'extérieur nous indiquera la température de l'autoclave.

Cet instrument sera de différente grandeur suivant l'usage auquel on le destine.

Il faut avoir la précaution de laisser sortir tout l'air contenu dans l'autoclave avant de fermer le robinet. Ensuite on laisse la chaleur agir à 115° pendant un quart d'heure. Alors tous les objets contenus dans l'autoclave sont stérilisés.

Cet instrument est indispensable dans un hôpital pour désinfecter les draps, les objets de pansement, etc., etc.

Mais comme tous les objets ne peuvent supporter cette chaleur sans s'altérer, il faudra avoir recours à d'autres moyens. Dans ces cas on pourra employer la chaleur à 100°, mais pendant longtemps : une demi-heure, une heure même.

*L'eau bouillante* qui est un moyen à la portée de tout le monde rendra de grands services, mais il faudra prolonger son action pendant longtemps car ce moyen est moins sûr que les précédents.

La chaleur à 58° fait aussi périr les microbes, mais ne détruit pas les germes.

*Les antiseptiques chimiques* agissent plus ou moins bien suivant que le microbe est plus ou moins vieux, plus ou moins actif, s'il a produit des spores ou non, s'il est desséché ou non, car s'il est desséché les antiseptiques agissent bien moins que lorsqu'il est humide. Il faut tenir compte aussi de l'accoutumance du microbe aux antiseptiques.

La question de dose, la concentration du liquide sont des points qui doivent être étudiés, car certains antiseptiques chimiques n'ont aucune action sur le microbe s'ils sont très concentrés. Ainsi le chlorure de chaux en solution très forte n'agira pas ou presque pas et une solution faible fera périr le microbe.

Les antiseptiques chimiques sont très nombreux : je ne parlerai que des plus importants et des plus usités.

1° *Antiseptiques gazeux*.—Ce sont surtout les composés chlorés, bromés et iodés, ils agissent surtout en milieux humides.

Des composés chlorés, c'est le chlorure de calcium qui est le plus employé. C'est un de nos meilleurs antiseptiques. Il agit en dégageant du chlore, il tue rapidement tous les microbes et même les germes, lorsqu'il peut les atteindre, car souvent, surtout lorsqu'ils sont desséchés, les microbes ou les germes de microbes s'entourent d'une couche gélatineuse qui les protège contre les antiseptiques ; et ils peuvent vivre ainsi très longtemps, attendant des circonstances favorables pour se développer et pulluler de nouveau. Si la solution est trop concentrée, elle coagule cette couche d'albumine, et l'action antiseptique du chlorure de calcium est nulle sur le parasite.

Voici comment M. Roux conseille de préparer une solution de chlorure de chaux. On fait d'abord une solution concentrée au centième, on filtre cette première solution, puis pour s'en servir on ajoute dix fois son volume d'eau stérilisée.

Pour désinfecter les maisons, les meubles, certains objets de literie, c'est le meilleur des antiseptiques. Pour désinfecter les



ppartements, il serait bon de faire un bon lavage avec une solution alcaline avant d'employer la solution de chlorure de chaux. Cette solution alcaline a pour but de dissoudre les particules albumineuses qui protègent le microbe contre l'antiseptique.

Les composés iodés et bromés sont aussi de bons antiseptiques, ils coûtent plus cher que le chlorure de calcium et ne valent pas mieux comme antiseptiques. Il en est de même pour les vapeurs nitreuses qui agissent bien mais qui détériorent le linge bien plus que le chlorure de chaux.

*Soufre.*—On a beaucoup employé l'acide sulfureux obtenu en brûlant du soufre dans une chambre humide; mais certains microbes ne sont pas détruits par cet agent; le chlorure de chaux lui est de beaucoup préférable.

2<sup>o</sup> *Antiseptiques minéraux.*—Tous les acides minéraux sont antiseptiques mais à dose très élevée ce qui rend leur emploi impossible.

*L'eau oxygénée* est un bon antiseptique qui tue tous les microbes sans germes, mais il faut qu'elle soit en contact avec eux; elle détruit aussi certaines spores, les spores, par exemple, du bacillus subtilis, les spores du charbon, mais elle est impuissante sur un grand nombre d'autres spores.

*Acide borique.*—Est un misérable antiseptique, mais il a l'avantage d'être inoffensif pour les muqueuses, de là son emploi journalier dans les maladies de la vessie. On dit qu'il a une action antiseptique très marquée sur certains ferments ammoniacaux.

*Les sels minéraux* sont tous plus ou moins antiseptiques. Les uns ne sont pas employés, tel que les sels d'or qui coûtent très cher, d'autres, tel que les sels de mercure, sont d'un emploi quotidien; on se sert ordinairement d'une solution au millième ou au deux millièmes. L'addition d'un peu d'acide rend ces antiseptiques beaucoup plus énergiques et facilite la dissolution du sel. Pour faire une solution avec un sel de mercure il faut toujours employer de l'eau stérilisée, parceque les substances étrangères contenues dans l'eau précipitent les sels de mercure. Le sublimé est le plus employé et détruit tous les microbes qui n'ont pas de spores, mais les spores résistent très bien, même pendant vingt-quatre heures, dans une solution de sublimé au millième. Cet antiseptique n'agit pas bien dans les milieux qui contiennent de l'albumine, parceque le sel de mercure se combine avec l'albumine et forme un sel insoluble. Pour la même raison on ne doit pas l'employer dans les milieux alcalins.

*Les sels d'argent* sont de bons antiseptiques mais ils coûtent cher. L'albumine et les alcalins les précipitent. Ils sont très employés dans les maladies des yeux, dans les maladies des voies génitales urinaires. Avant d'employer une solution de nitrate d'argent, il faut bien vider la vessie; dans le cas contraire, le nitrate d'argent se combine avec les différents sels contenus dans l'urine

et se précipite. Quelques microbes, par exemple l'aspergillus niger, sont très sensibles aux sels d'argent; quand il y en a une simple trace dans un liquide, l'aspergillus ne pousse pas du tout.

*Les sels de cuivre* sont de bons antiseptiques quelquefois, mais aussi bien souvent ils n'ont aucune action sur le microbe.

*Les sels de zinc et de fer* sont de mauvais antiseptiques. *Les sels de bismuth* agissent bien, mais ils sont très peu solubles et coûtent très cher.

*La potasse et la soude* en solution concentrée sont de bons antiseptiques, mais n'ont aucune action contre les spores. Ils sont très utiles pour dissoudre les graisses et délayer l'albumine. De là leur emploi avant les antiseptiques pour désinfecter les appartements, les meubles, etc.

*Le lait de chaux* a une action antiseptique bien marquée contre le bacille typhique, de là indication de *blanchir* les murs d'une maison où il y a eu des typhiques. Contre les autres parasites, il n'a qu'une action mécanique, c'est-à-dire qu'il emprisonne le microbe.

3° *Les antiseptiques aromatiques* agissent très bien et tous les jours ils prennent une place de plus en plus importante parmi les antiseptiques.

*L'acide phénique* à cinq pour cent est un très bon antiseptique, surtout si on ajoute à cette solution un peu d'acide chlorhydrique. Il tue tous les microbes à spores. Quand aux spores, les unes résistent très peu de temps, les autres, tels que les spores charbonneuses, peuvent vivre longtemps dans une solution d'acide phénique.

*La créosote* est beaucoup employée dans les affections tuberculeuses des poumons; elle n'agit pas ou agit très peu contre le bacille tuberculeux mais elle a une action incontestable sur les autres microbes associés à ce bacille *v. g.* staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, etc., etc., et ils sont en grand nombre dans les cavernes pulmonaires.

*L'iodoforme* a eu une très grande vogue, maintenant il est peut-être trop décrié. L'iodoforme agit très bien quand il est à l'abri de l'air, dans les cavités, dans les trajets fistuleux, etc., parce que alors l'iode est mis en liberté, condition essentielle pour qu'il ait une action antiseptique. On prétend que son action ne se borne pas au microbe, mais qu'il agit aussi sur la toxine. L'iodoforme au contact de l'air n'a pas ou presque pas d'action sur le microbe parce que alors il n'est pas décomposé. Il vaut mieux employer l'eau comme véhicule que l'alcool ou que l'huile.

(En général quand on a besoin d'une huile antiseptique, il vaudra beaucoup mieux faire bouillir son huile séance tenante, au-dessus d'une lampe à alcool, dans une petite capsule.)

*Alcool*.—Agit bien contre le microbe, mais il a aucune action sur les spores, excepté s'il est chaud.

*L'éther et le chloroforme* ne tuent pas le microbe mais l'empêchent de se développer.

D'une manière générale, toutes les essences sont antiseptiques, elles ne détruisent pas toujours tous les microbes, mais elles les empêchent de se développer. On peut toujours les employer, surtout pendant les épidémies.

Pour désinfecter les maisons où il y a eu des maladies contagieuses, il faut faire un *bon nettoyage mécanique* avec une solution alcaline et sans laisser sécher l'appartement, on fera un second lavage avec une solution antiseptique. La solution au chlorure de chaux est celle qui convient le mieux. On pourra employer aussi des pulvérisations qui agissent bien mieux que les fumigations de soufre, car celles-ci sont très infidèles.

On a essayé différents médicaments dans le but de désinfecter l'organisme. Mais ces antiseptiques sont aussi nuisibles aux cellules de notre économie qu'aux microbes eux mêmes. On pourra essayer de désinfecter le tube intestinal, mais alors il faudra se servir de substances insolubles afin qu'il n'y ait pas d'absorption.

La chaleur combinée aux antiseptiques rend ceux-ci beaucoup plus actifs. De même lorsque l'on mélange différents antiseptiques, leur pouvoir microbicide est bien plus prononcé et bien plus efficace.

Pour terminer, un mot des deux antiseptiques par excellence, ce sont l'*air pur* et la *lumière solaire*; séparés ils n'ont aucune action sur le microbe, mais quand ils agissent ensemble, ils font périr tous les microbes. L'expérience a été souvent répétée au laboratoire Pasteur; des microbes et même des spores, exposés pendant un certain temps à la lumière solaire et à l'oxygène de l'air, ont été détruits et dans un laps de temps relativement très court.

Docteur J. E. LABERGE.

Paris, juillet 1893.

*Choc chirurgica?.*—Contre le choc chirurgical, HARE conseille l'emploi de la strychnine à pleine dose :  $\frac{1}{20}$  gr. en injection hypodermique, toutes les demi-heures.

—*Le carcinome de la langue*, dans cent vingt-deux cas d'opérations faites à la clinique de Billroth a donné une mortalité (directement due à l'intervention chirurgicale) de 10 p. 100.

—*L'émission de caillots sanguins rouges*, de forme irrégulière, survenant après la miction et l'insuccès des hémostatiques dans ces cas, constituent des signes importants dans le diagnostic d'une tumeur de la vessie.—WALLACE.

## REVUE DES JOURNAUX

## THÉRAPEUTIQUE.

**Le traitement du diabète sucré par le jambul.**—Dans ces derniers temps, on a préconisé, surtout à l'étranger, le traitement du diabète sucré par la graine du *Syzigium Jambolanum* ou jambul, arbre qui croît dans l'île de Java, les Molluques et les Philippines.

Des expériences faites *in vitro* ont d'abord semblé montrer que le jambul pouvait être utilement prescrit. Scott a pris un poids déterminé d'amidon et l'a délayé avec de l'eau ; puis il a ajouté une quantité de malt calculée exactement, de manière à transformer en glucose la moitié seulement de l'amidon. Ensuite le tout a été porté, pendant à peu près une heure, à la température de 70°, en même temps que l'on ajoutait de la poudre fine de grains de jambul ; un mélange sans jambul servait de témoin. D'après Scott, tandis que l'amidon avec malt donne environ 44 p. 100 de son poids de glucose, s'il y a du jambul, le mélange ne produit plus que 19 grammes de sucre à peu près. Balfour et Woodhead ont même trouvé que la teneur en sucre diminuait encore si l'on opérait à plus basse température.

V. Villy a repris les expériences de Scott en mélangeant des poids égaux de jambul et d'amidon et en ajoutant la quantité de levure nécessaire pour transformer tout l'amidon en glucose ; il a opéré aussi avec des mélanges d'amidon et de levure. Les résultats qu'il a obtenus contredisent absolument ceux des savants anglais, puisque, en portant les mélanges à la température de 70°, la transformation de l'amidon semblait se faire plus rapidement en présence de la graine pulvérisée, de telle sorte que le phénomène chimique était très accéléré. Dans une seconde série d'expériences faites à la température de 36, 38, Villy a observé des faits identiques ; la formation du sucre se faisait un peu moins rapidement, mais il apparaissait toujours plus tôt dans les mélanges avec jambul. Ces expériences contradictoires sont faites pour étonner, car, ainsi que nous allons le voir, il paraît bien établi que chez les animaux rendus diabétiques par la phloridzine, le jambul fait diminuer la glycosurie. Du reste, V. Villy reconnaît lui-même que les graines qu'il employait étaient très sèches ; elles avaient peut-être, par suite de cette dessiccation, perdu leur principe actif encore inconnu.

Græser (de Bonn), après avoir obtenu la glycosurie chez les chiens par l'administration de la phloridzine, donna à ces animaux de l'extrait de jambul en le faisant prendre soit avant, soit après, soit en même temps que le glucoside. Il constata qu'invariablement la proportion de sucre diminuait notablement (cette diminution pouvait atteindre les 9/10 de la quantité première) et que la durée de la glycosurie était abrégée.

Hildebrandt a constaté que la transformation de l'amidon en sucre était bien plus retardée par la présence simultanée de la pancréatine et du jambul que par la pancréatine seule. Le jambul agirait donc en entravant la saccharification de la matière glycosyenne dans les tissus.

C'est un médecin américain, Clacius, qui, le premier, employa le jambul chez l'homme. Il administra la poudre de graine à ses malades à la dose de 0,30 répétée plusieurs fois par jour, et observa la diminution de la quantité des urines et de celle du sucre. Un des malades ne se soumettait pas au régime diabétique habituel.

Dans quatre cas de Caldwell, il y eut trois fois des améliorations notables. Les malades absorbaient 30 centigrammes de poudre de graine, trois fois par jour, mais s'astreignaient en même temps à la diététique classique, mitigée cependant par l'usage du pain grillé. L'un des sujets, après un mois de traitement, avait gagné douze livres et la glycosurie avait disparu.

Kingsburry traita, avec un succès, un cas grave dans lequel il y avait polydipsie, polyphagie, polyurie rendant le sommeil presque impossible, émaciation, etc. La quantité des urines, dont la densité dépassait 1,042, atteignait sept litres par jour. Après quinze jours d'administration de la poudre de graine à la dose de 1 gr. 50 par jour, le malade, qui avait continué à prendre l'alimentation habituelle, ne rendait plus que quatre à cinq litres d'urine et pouvait se lever un peu; la soif et l'appétit avaient beaucoup diminué.

Un cas de G. Mahomed (de Bornemouth) est fort intéressant. Son malade était un homme de 60 ans, ancien syphilitique, qui, depuis huit à neuf mois, avait un diabète assez grave compliqué d'excitation cérébrale, de douleurs généralisées, etc.; l'appétit était très augmenté, mais la polydipsie peu marquée. Après une semaine de l'usage du jambul à la dose de 0,30 de poudre de graine, le sucre avait disparu de l'urine, mais le malade était fort déprimé. On cessa le jambul et le sucre reparut aussitôt, pour disparaître de rechef dès que le médicament fut redonné à dose faible, de façon à éviter les phénomènes de dépression.

Des observations de Allen, Quanjer, Lewaschew, Baymer sont aussi très favorables à l'emploi du jambul.

Mais il s'en faut que tous les résultats soient aussi bons. En Angleterre, 8 diabétiques hospitalisés et suivant le régime furent

soumis à l'usage du jambul; chez 3 d'entre eux, le sucre diminua; chez 5, il augmenta. On cessa alors l'usage du médicament et le sucre diminua chez 4 et augmenta chez 2. Le jambul, d'après l'auteur de ces recherches, serait un médicament sans action.

Des deux cas de Gerlach, le médicament échoua complètement, et Lormé n'obtint aucun résultat en administrant la poudre de fruit à la dose quotidienne de 10 grammes. Chez un des malades de ce dernier, il survint même une aggravation telle qu'il fallut suspendre le traitement.

Chez un des malades de Villy, la glycosurie subit une véritable poussée coïncidant avec la plus forte prise du médicament.

Faut-il donc considérer le jambul comme inutile? Nous ne le croyons pas.

Il est certain d'abord qu'il y a des cas qu'il améliore.

D'autre part, Villy a constaté que la graine de jambul *surajoutée au régime exclusif* faisait diminuer la glycosurie. Lorsque cette dernière persiste malgré un régime sévère, on pourrait donc espérer la voir disparaître si l'on a recours au médicament. Enfin, si l'on compulse les observations des auteurs américains et anglais qui ont publié leurs succès, on voit que ce sont surtout les formes moyennes qui ont été améliorées. C'est donc dans les cas de ce genre que l'on pourra essayer le jambul qui, fait à noter, peut être prescrit à d'assez fortes doses sans inconvénient.

On administrera la poudre de graines aux doses de 9 gr. 5 à 2 grammes par jour; d'après quelques observations, on pourrait même aller sans danger jusqu'à 5 ou 6 grammes dans les vingt-quatre heures.—*Union médicale.*

**D'une nouvelle application du salol.**—MM. REYNIER et ISCHWALL ont reconnu qu'à 40° le salol devenait liquide et restait liquide ensuite jusqu'à la température de 34° à 35, ce qui peut permettre de le faire pénétrer dans une seringue de Pravaz et par suite de l'injecter dans la peau ou dans une cavité. Non seulement il se mélange avec le camphre, mais encore avec l'aristol, l'iodoforme.

Les corps sont unis ainsi et le mélange reste parfait après le refroidissement.

Ce liquide injecté dans des cavités infectées, en se solidifiant, peut y séjourner longtemps et les aseptiser.

Dans les abcès froids de petite dimension, la masse injectée reste le temps nécessaire pour attendre la guérison de l'abcès, pourvu qu'on ait soin d'aspirer à plusieurs reprises la petite quantité de pus qui se reforme.

Dans les fistules de petites dimensions, soit superficielles, soit osseuses, les injections de salol iodoformé donnent les meilleurs résultats. Mêmes excellents résultats dans les cas de grandes cavités osseuses évidées soit pour tuberculose soit pour ostéomyélite.

Enfin le salol liquide iodoformé peut former un véritable vernis sur les lignes de suture ou sur les plaies réunies.—*Concours médical.*

**De quelques moyens de remédier à la mort apparente par le chloroforme.**— Au dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie, il a été longuement question du choix des anesthésiques. L'éther semble tenir tête au chloroforme dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens qui ont même délaissé l'ancien compagnon de toutes leurs opérations pour adopter l'agent clinique vanté depuis de si longues années par l'Angleterre et l'école de Lyon. Et pourtant l'éther n'a-t-il pas de multiples inconvénients? sa volatilité, qui rend un appareil, quelque simple qu'il soit, indispensable pour son administration, l'énorme quantité qu'il faut en absorber puisqu'il est nécessaire d'en consommer de 100 à 200 grammes pour une opération moyenne; le danger qui en résulte dans les interventions qui dépassent une heure et qui obligent à suspendre de temps en temps l'administration de l'anesthésique pour ne pas saturer l'économie; enfin l'embrassement des vapeurs de l'éther quand l'emploi du thermo-cautère se trouve indiqué et qui nécessite l'interposition d'un écran entre l'appareil anesthésique et les mains de l'opérateur. Ajoutez à cela que le jeune âge des sujets devient une contre-indication, et que les accidents produits par l'éthérisation sont beaucoup plus graves chez les enfants de moins de deux ans que ceux qui peuvent être mis sur le compte du chloroforme.

Et, pourtant, il n'y a qu'à le constater: ce dernier anesthésique est fortement combattu à l'heure qu'il est, et cela à cause d'un accident grave dont l'éther serait incapable, nous voulons parler de la mort par syncope; sans discuter sur les causes qui peuvent la produire et sur sa plus grande fréquence, facilement expliquée, du reste, par le beaucoup plus grand nombre d'anesthésies pratiquées aujourd'hui, nous ne nous occuperons que des moyens de la combattre, en profitant de l'occasion pour retracer le procédé du docteur Maas, assistant du professeur Kœnig, procédé dont il a été longuement question au Congrès de chirurgie allemande que nous rappelions dans les premières lignes de cet article.

M. de Maas, dans les cas de collapsus survenant dans le cours d'une chloroformisation, exerce sur la région cardiaque des pressions fréquentes destinées à dégager le ventricule droit.

Voilà comment procède ce confrère: en même temps que la respiration artificielle est faite à l'aide de pulsions rythmées sur les parties latérales du thorax, l'opérateur, placé à gauche du malade, exerce avec le pouce et les autres doigts de la main droite des pressions excessivement énergiques sur l'espace situé entre la pointe du cœur et le bord latéral droit du sternum.

Ces manœuvres doivent être répétées environ 120 fois par minute et cela jusqu'à ce que les ampliements thoraciques se pro-

duisent spontanément. Après un temps d'arrêt, ces mouvements sont recommencés jusqu'à ce que la circulation soit complètement et définitivement rétablie dans les appareils circulatoire et pulmonaire.

Cette pratique aurait déjà à son actif de nombreux succès, et nous nous permettrons de profiter de cette occasion pour faire connaître à nos lecteurs un procédé qui nous a été enseigné par notre maître le professeur Simon Duplay, procédé très simple dans son application et qui n'en est plus à faire ses preuves dans les cas de syncope chloroformique.

Il consiste à réveiller l'énergie cardiaque par une révulsion immédiate, faite au niveau de la région du cœur.

A cet effet, on trempe une compresse dans de l'eau très chaude, si chaude que la main puisse à peine supporter son contact, et on l'applique sur la paroi thoracique au niveau et un peu en dedans et au-dessus du mamelon. La peau rougit immédiatement sous l'effet de ce marteau de Mayor improvisé, et la compresse, dès qu'elle se refroidit, revient prendre à nouveau du calorique dans l'eau presque bouillante et est remplacée dans la région indiquée tout à l'heure. Il est même plus commode de se servir d'une pince qui saisit la compresse et évitant les brûlures permet une exécution plus rapide.

Cette révulsion est facile à appliquer dans presque toutes les positions du malade et elle ne gêne en rien les mouvements de la respiration artificielle, qui devrait être pratiquée en agissant principalement sur les bras de l'individu syncopé, par les procédés de Marshall-Hall ou de Syvester, décrits partout et sur lesquels ce n'est point ici le lieu d'insister.

Toutes les manœuvres seront continuées longtemps, pendant près d'une heure, et on n'aura recours à la trachéotomie que lorsqu'elles auront définitivement échoué.—E. R., in *Union médicale*.

**Sur divers traitements locaux de l'érysipèle.**—*Société médicale des hôpitaux.*—M. JUEL-RENOY.—Sur 450 à 500 érysipélateux qui ont passé sous mes yeux à Aubervilliers, j'ai essayé, en divisant les malades par groupes, les divers traitements locaux qui ont été préconisés contre cette affection. Pour ne parler que de l'érysipèle de la face, voici ce que j'ai observé :

Je n'ai retiré aucun profit des préparations phéniquées les plus variées. On a dit en Allemagne que les injections sous cutanées d'eau phéniquée pratiquées tout autour de la plaque d'érysipèle exerçaient une action abortive. Je n'ai jamais obtenu ce résultat, même avec cinquante ou soixante injections autour d'un même placard érysipélateux.

Même résultat négatif avec les préparations boriquées ; elles ont, toutefois, sur les préparations phéniquées, l'avantage de n'être pas douloureuses.



Les pulvérisations d'une dissolution de sublimé dans l'éther ne m'ont pas donné, je l'avoue, les mêmes bons résultats qu'à M. Talamon, qui les a préconisées. Ces différences tiennent peut-être à ce que M. Talamon n'aura pas tenu suffisamment compte des érysipèles spontanément atténués, comme on en reçoit beaucoup à Aubervilliers, et qui se rencontrent généralement chez des lymphatiques ou des strumeux. Avec ceux-là, en effet, tout réussit. En outre, les érysipèles nous arrivent souvent à Aubervilliers, au sixième ou au septième jour, et, à ce moment, il est impossible d'apprécier l'action abortive de tel ou tel médicament.

J'ajouterai que ces pulvérisations, pour peu qu'elles ne soient pas faites d'une main légère et sûre, laissent souvent à leur suite des pigmentations et de véritables éphélides. C'est un bien grave inconvénient, à la face surtout, et principalement chez des femmes, pour une affection aussi bénigne. En outre, ces pulvérisations sont douloureuses.

J'ai ensuite essayé le traitement mécanique (compression). Je l'ai tout d'abord réalisé au moyen de bandelettes de diachylon circonscrivant l'érysipèle et qu'on laisse trois à quatre jours en place. Quand cette application est bien faite, quatre fois sur dix environ, on arrive à circonscrire l'érysipèle, mais, outre que ce pansement n'a rien d'antiseptique, il est d'une exécution assez minutieuse et difficile.

J'y ai donc renoncé pour essayer du mélange par parties égales de vaseline et d'ichtyol, si prôné en Allemagne. Or, je n'ai pas du tout constaté sa prétendue action abortive. C'est alors que j'ai eu l'idée d'associer l'ichtyol à la compression au moyen du vernis. Dans ce but, j'ai employé un mélange en parties égales d'ichtyol et de traumaticine (gutta-percha dissoute dans l'alcool). Les badigeonnages avec ce mélange m'ont paru circonscrire les érysipèles de la face dans plus de la moitié des cas, et je parle, bien entendu, d'érysipèles au deuxième ou au troisième jour, et d'érysipèles non atténués spontanément. J'ajouterai, seulement, que les badigeonnages doivent être faits minutieusement.

M. HAYEM.—C'est en 1881, je crois, que j'ai employé contre l'érysipèle de la face un mélange par parties égales d'alcool et d'acide phénique cristallisé, mélange dont j'entourais la plaque d'érysipèle sur une zone de deux centimètres, dont un centimètre de peau saine et un centimètre de peau atteinte. J'ai constaté qu'avec ce traitement l'érysipèle s'éteignait sur place, mais il importe, à la face surtout, de faire cette peinture avec un pinceau bien exprimé. Si en effet, il est trop imprégné de solution ou si celle-ci est trop concentrée, on peut avoir des cicatrices. Les différences entre mes résultats et ceux de M. Juhel-Renoy tiennent, sans doute, à ce que les doses d'acide phénique qu'il a employées étaient notablement inférieures aux miennes.

J'ajouterai que ces badigeonnages ne sont pas douloureux, attendu que l'acide phénique en solutions fortes est anesthésique.

M. FERRAND.—J'en ai eu la preuve dans un cas d'infection purulente que j'ai traité avec succès par des injections d'acide phénique cristallisé mélangé à de la glycérine par parties égales. Je craignais que ces injections fussent très douloureuses et elles ne l'ont pas été du tout.

Le mélange d'éther et de camphre, par parties égales, recommandé par Trousseau et Delpech contre l'érysipèle, m'a paru assez efficace; cependant je me suis mieux trouvé de l'emploi de l'aristol en solution au dixième.—*Nouveaux remèdes.*

---

## MEDECINE

---

Un cas d'endocardite infectieuse maligne. Clinique de M. DÉJERINE à l'hôpital NECKER.— La malade qui fait l'objet de cette leçon est une jeune femme couchée au No 2 de la salle des femmes. Elle est entrée à l'hôpital le 20 avril, c'est-à-dire il y a environ six semaines.

Elle est âgée de 27 ans, et est couturière de son métier.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de spécial; elle a plusieurs frères et sœurs, tous vigoureux et bien portants.

Dans ses antécédents personnels, on relève deux attaques de rhumatisme articulaire à 15 ans et 17 ans; elle était alors dans son pays. Ces deux attaques furent assez intenses, car elle garda le lit pendant longtemps; mais elle redevint bien portante par la suite.

Elle vint à Paris, il y a quelques années, et se trouva dans des conditions de misère physiologique telles qu'elle tomba rapidement dans un état de dépression physique et morale complet.

Elle se présenta à notre consultation le 19 avril, et notre attention fut immédiatement frappée par son aspect particulier: c'était un état anémique très marqué, une pâleur légèrement verdâtre, les yeux cernés, amaigris, les membres inférieurs un peu œdématisés; elle semblait au premier abord atteinte de chlorose, maladie fréquente chez les ouvrières de Paris, en raison des conditions hygiéniques défectueuses où elles vivent, la plupart ayant une nourriture peu substantielle, quoique obligées de se livrer à un travail excessif, dans des locaux mal aérés. Mais la malade présentait, à l'auscultation du cœur, des bruits anormaux qui nous firent l'engager vivement à entrer dans notre service.

Le 20 avril, nous constatons l'état suivant: la malade est maigre, très pâle, très anémiée; la décoloration de la peau et des muqueuses est extrême; il y a, aux membres inférieurs, un léger

degré d'œdème blanc, facilement dépressible, un peu moins prononcé que la veille, par suite du repos au lit gardé par la malade. Les mollets sont douloureux à la pression.

Depuis quelques mois, la malade souffre de palpitations et d'essoufflement. Nous constatons que le cœur est augmenté de volume; la pointe bat dans le sixième espace intercostal, en dehors de la ligne mammaire; la matité est augmentée dans les deux sens, transversal et vertical. À la palpation, on sent un frémissement cataire présystolique très net à la pointe. L'auscultation permet d'entendre des battements cardiaques réguliers; mais les bruits sont très modifiés. À la pointe, on entend un roulement présystolique, suivi d'un souffle systolique, et d'un dédoublement du second bruit, dont le maximum occupe la pointe. Il s'agit donc d'une double lésion mitrale, *il y a à la fois rétrécissement et insuffisance mitrale*. À la partie moyenne de la région, les mêmes signes sont constatés, mais atténués comme intensité. Vers la base, on entend un souffle systolique et diastolique ayant un point de localisation bien net au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième pièce du sternum; le souffle systolique n'est pas très intense, et le souffle diastolique occupe surtout la première moitié du grand silence: *il y a donc de l'insuffisance et du rétrécissement aortique*.

Au cœur droit, on ne constate rien d'anormal: pas de souffle au niveau de l'appendice xyphoïde, et rien du côté de l'artère pulmonaire.

Le pouls est régulier, mais bondissant; c'est ce qu'on appelle le *pouls de Corrigan*; il n'y a pas de tension entre deux pulsations; on constate facilement la production du *pouls capillaire* sur les ongles et sur le front.

L'examen des autres viscères ne révèle aucune altération: les poumons sont sains; le tube digestif est indemne, il n'y a pas d'embarras gastrique; le foie est normal. Seule, la rate est un peu augmentée de volume; mais ce signe a été signalé depuis longtemps par mon maître Vulpian, comme étant fréquent dans les anémies, et je pensai que cette augmentation de volume se rattachait à l'état d'anémie où se trouvait la malade.

*Le diagnostic porté fut rétrécissement et insuffisance mitrale, et rétrécissement et insuffisance aortique, causés par un rhumatisme articulaire aigu, c'était un cœur rhumatismal.*

À ce moment-là, il était impossible de porter un autre diagnostic.

Les jours suivants, cette malade suivit le traitement ordinairement usité. On lui mit au régime lacté (trois litres de lait par jour); on lui donna du protoxalate de fer, du quinquina, et un peu de digitale à cause de l'œdème des membres inférieurs; en un mot, elle fut traitée comme une anémique cardiaque.

Puis certains symptômes apparurent; ils devaient exister déjà

avant l'entrée de la malade; mais nous ne pûmes nous en rendre bien compte qu'au bout de quelque temps. Du côté du cœur, il ne se produisit rien de nouveau. Mais, la température ayant été prise régulièrement, nous avons pu constater qu'il existait de la fièvre, à maximum vespéral, et offrant des caractères particuliers. Depuis le jour de l'entrée, il a existé une courbe de température offrant de spécial, l'intensité de l'élevation thermique montant à 39°5 le soir, et son type intermittent. Cette fièvre se montrait tous les deux jours, un jour apyrétique existant dans l'intervalle. Il semblait que nous eussions affaire à une fièvre tierce, avec cette différence que ce n'était pas une fièvre dépendant de l'hématozoaire de Laveran, mais bien une fièvre tierce symptomatique d'une lésion organique, car la température s'élevait le soir, tandis que dans la fièvre palustre, elle monte le matin. Quelle pouvait en être la cause? Or, nous ne trouvions rien, ni aux poumons, ni dans la plèvre, ni du côté des organes génitaux, pas de phlegmon, la peau intacte, rien aux articulations.

En examinant avec plus de soin les antécédents de notre malade, nous sommes arrivés à porter le diagnostic d'endocardite infectieuse maligne. Que doit-on entendre par endocardite maligne, car ici il s'agit certainement d'une endocardite maligne, à évolution lente, mais fatale?

Toutes les endocardites sont infectieuses, à partir de celle qui est produite par le rhumatisme, dont nous ne tenons pas le microbe, et qui n'en est pas moins sûrement une infection; mais l'endocardite rhumatismale ne tue pas souvent, c'est une endocardite infectieuse bénigne, où la lésion aboutit à la cicatrisation, en laissant, il est vrai, une lésion valvulaire qui restera silencieuse pendant plus ou moins longtemps, et tôt ou tard amènera des accidents et la mort par suite de la gêne mécanique apportée au système circulatoire; mais l'endocardite n'est plus en cause, elle est guérie.

L'endocardite maligne connaît pour cause la végétation sur les valvules de microbes pathogènes dont les uns sont ignorés, et les autres sont connus, comme les streptocoques et staphylocoques, (endocardites causées par un érysipèle, une fièvre puerpérale, etc).

Mais pour bien comprendre cette question, il est nécessaire de se reporter à l'histoire des endocardites. Pour Bouillaud, la seule cause de l'endocardite était le rhumatisme; il avait cependant observé des endocardites avec des symptômes typhoïdes, mais il n'avait pas vu la relation existant entre l'endocardite et les symptômes. Ce n'est que depuis les travaux de Senhouse Kirkes, qu'on a admis que les endocardites étaient la cause des phénomènes typhoïdes qui se montraient en même temps; cet auteur, qui a bien étudié les lésions de l'endocardite, attribuait les symptômes observés à l'ulcération de l'endocarde: d'où la création du type nosologique, endocardite ulcéreuse. Mais on vit que l'ulcération

n'était pas nécessaire; il suffisait que l'endocarde fut atteint par une embolie de microbes pathogènes proliférant à sa surface: actuellement, le terme d'endocardite ulcéreuse est remplacé par celui d'*endocardite infectieuse maligne*.

Comment se produit l'endocardite? Senhouse Kirkes croyait que c'était une maladie primitive du cœur. Actuellement, on sait qu'il faut une porte d'entrée, que le microbe n'existe pas en nous. En 1862, Winge, de Copenhague, vit un homme vigoureux, mais débilité, (c'est en effet l'apanage des sarmenés, le microbe n'est pas tout, il y a une question de terrain), il vit donc cet homme, à la suite d'un durillon arraché, être pris de frissons, courbature, état typhoïde, et succomber; à l'autopsie, il constata une endocardite végétante.

C'est une maladie qui n'est pas rare dans les fièvres éruptives, et mêmes dans la tuberculose. Quelquefois, elle se montre chez un individu bien portant, et alors il faut chercher la porte d'entrée, qui peut être une piqûre, surtout une piqûre anatomique, un durillon forcé, etc. J'ai observé l'année dernière une endocardite qui s'est produite chez un jeune homme, à la suite d'une petite suppuration du lobule de l'oreille, et qui a entraîné la mort.

Le début de l'endocardite infectieuse maligne n'est pas net quand elle survient comme complication d'une autre affection aiguë. Les symptômes sont au contraire très accusés, quand elle frappe un individu jusque-là en bonne santé.

On a distingué deux formes, la *forme typhoïde* et la *forme pyémique*.

La *forme typhoïde* débute par de grands frissons; il y a de la courbature, des épistaxis, et très rapidement, un état typhoïde prononcé; il y a souvent du mélcœna, des hémorrhagies pulmonaires, rétinienues, un état comateux: c'est ce qu'on appelait autrefois le *typhus cardiaque*.—Le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde est facile par l'examen de la courbe de température, qui est irrégulière les accès de fièvre manquant quelquefois un jour sur deux; le diagnostic s'établit d'emblée par la constatation des manifestations du côté de l'endocarde. En outre, il y a des symptômes qui font défaut, le météorisme, les taches rosées assez rares; en revanche, il existe parfois un rash purpurique.

Dans la *forme pyémique*, le tableau est celui d'un individu en proie à l'infection purulente. Aucun de vous n'a certainement vu d'infection purulente, car on fait maintenant de l'antisepsie dans les hôpitaux et cette maladie a disparu; mais moi qui suis d'une autre génération médicale, j'en ai vu des cas, et je ne les ai pas oubliés. Ordinairement ce sont de grands frissons avec de la courbature, et une élévation considérable de température accompagnant chaque frisson. De plus, des phénomènes graves se montrent de tous côtés: dans les poumons, de la pneumonie et de la broncho-pneumonie; du côté des reins, des hématuries; de

l'augmentation de volume du foie, et de la jaunisse; la rate augmentée également de volume et douloureuse; du pus dans les articulations, etc. C'est cette forme atténuée que présente notre malade; elle a la forme intermittente de la pyémie, la forme intermittente de l'endocardite maligne pyémique: elle n'a aucun symptôme typhoïde.

Elle y était prédisposée pour la raison suivante: c'est que cette maladie se rencontre plus souvent chez les individus qui ont l'endocarde altéré. Certains auteurs disent: L'endocardite maligne ne se produit que si l'endocarde est préalablement touché, se basant sur ce que 70 p. c. des cas se montrent chez d'anciens cardiaques, et que chez l'animal, on est obligé de léser d'abord l'endocarde pour produire l'endocardite. Mais on trouve aussi des individus n'ayant jamais rien eu auparavant. De plus, Gilbert et Lyon ont démontré qu'on peut produire l'endocardite chez les animaux sans léser d'abord les valvules, l'envahissement valvulaire se faisant cependant plus facilement si l'endocarde est malade.

Les microbes, une fois entrés, se fixent surtout sur la valvule mitrale, et là se développent et sont envoyés dans tout l'organisme.

Notre femme avait une double lésion ancienne, bien compensée. Pourquoi avons nous le droit de diagnostiquer une endocardite maligne? C'est à cause des symptômes généraux. Il n'y a rien qu'une grosse rate. Mais cette augmentation de la rate, coïncidant avec cette fièvre, a une grande valeur.

L'examen du sang vient encore apporter un appoint au diagnostic: on ne trouve que 1,800,000 globules rouges par millimètre cube au lieu de 3 millions; la valeur en hémoglobine est tombée de 1 à 0,49, c'est-à-dire que les globules rouges ont perdu la moitié de leur faculté de fixer l'oxygène; en revanche, on trouve 22,000 globules blancs, il y a de la leucocytose de la suppuration.

Quelle est la cause de cette endocardite? Une goutte de sang, ensemençée sur du bouillon, n'a pas donné de culture. Cette femme a fait, il y a 2 ans, un accouchement qui s'est très bien passé. Mais, il y a 4 mois, dans des conditions de misère physiologique déplorable, elle a eu un second enfant; elle s'est levée au bout de 8 jours, et a eu, à ce moment, un peu de fièvre qui a été attribuée à la fièvre de lait; depuis ce moment la fièvre a continué, et l'état général s'est affaibli de plus en plus. Nous avons donc, très vraisemblablement, dans ce dernier accouchement, la cause des accidents actuels.

Le pronostic est extrêmement grave: la malade succombera-t-elle à la cachexie, à une complication pleuro-pulmonaire, à une embolie, c'est ce que nous ne pouvons prévoir; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'elle succombera certainement aux progrès de la maladie.

La thérapeutique chez elle est impuissante; nous lui donnons de

la quinine, des toniques, nous tâchons de la nourrir; mais nous ne pouvons pas agir sur ses colonies microbiennes valvulaires. Nous ne pouvons agir qu'en prévenant la maladie; nous sommes désarmés quand il s'agit de la combattre.—*Concours médical.*

**Durée de l'incubation et de la contagiosité des maladies infectieuses les plus communes.**—La *Société clinique* de Londres avait chargé, en 1888, une Commission de rechercher la durée de l'incubation et de la contagiosité des maladies infectieuses les plus communes.

Nous empruntons à la *Semaine médicale* le résumé de cet intéressant rapport, qui vient d'être terminé.

**Diphthérie.**—La durée de l'incubation de cette maladie est le plus souvent de deux jours et ne dépasse généralement pas quatre jours. Elle peut toutefois atteindre cinq, six et même sept jours. Une incubation de plus de sept jours est douteuse.

Dans la grande majorité des cas réunis par la Commission, la maladie a été contractée par des personnes ayant été en rapport avec des individus en puissance de diphthérie ou en convalescence de cette affection. La contagion est également possible à la période d'incubation de la maladie. Les diphthériques convalescents peuvent transmettre l'affection pendant une période de temps indéterminée, mais en tout cas assez prolongée. Le virus diphthérique se fixe facilement sur les vêtements et autres objets et y conserve son infectiosité pendant des mois, peut-être même pendant des années. Une affection préexistante de la gorge prédispose à la contagion diphthérique.

**Fièvre typhoïde.**—La période d'incubation dure le plus souvent de douze à quatorze jours. Parfois sa durée est de dix, de neuf, le huit jours et peut-être même moins. Dans quelques cas rares on a noté des incubations de quinze, de dix-huit et de vingt-trois jours.

Un individu atteint de fièvre typhoïde reste contagieux pour son entourage pendant toute la durée de la maladie et pendant les quinze jours qui suivent le début de la convalescence. Le virus typhique peut se conserver dans les effets du malade pendant deux mois.

**Influenza.**—Le plus souvent l'incubation est de trois à quatre jours, mais sa durée peut varier entre un et cinq jours. Le malade peut transmettre l'affection pendant les huit à dix jours qui suivent l'apparition des premiers symptômes morbides.

**Rougeole.**—La période d'incubation de cette maladie, calculée depuis le moment présumé de l'infection jusqu'à l'apparition du rash morbilleux est, dans la majorité des cas, de neuf à dix jours; mais elle peut aussi n'être que de quatre à cinq jours, ou bien se prolonger jusqu'à quatorze jours.

Un malade ayant été atteint de rougeole reste une source de contagion pendant quinze jours à partir de l'apparition du rash

morbilleux. Le virus de la rougeole peut probablement être retenu par les effets du malade pendant un court espace de temps.

*Rubéole.*—Cette maladie a une période d'incubation d'une durée fort variable. Le plus souvent elle est de deux à trois semaines; dans quelques cas, elle a été de cinq, six, huit et neuf jours.

Le maximum de la contagiosité coïncide avec les deux ou trois jours qui précèdent le rash et avec le rash. La contagiosité diminue ensuite pour s'éteindre complètement au bout de huit jours. Le virus n'est probablement pas retenu pour longtemps par les effets du malade.

*Oreillons.*—L'incubation est le plus souvent de trois semaines; cependant sa durée peut varier entre quatorze ou vingt-cinq jours.

La maladie est très contagieuse pendant la période des prodromes, qui se prolonge parfois jusqu'à quatre jours. Sa contagiosité s'épuise probablement au bout de quinze jours, et très certainement au bout de trois semaines après l'apparition de la parotidite.

*Scarlatine.*—La durée de l'incubation est habituellement de vingt quatre à soixante-douze heures; mais assez souvent elle peut se prolonger jusqu'à quatre, cinq, six et sept jours.

Le malade reste infectieux pendant les deux mois qui suivent l'apparition des premiers symptômes morbides. Le virus de la scarlatine s'attache facilement aux effets.

*Variolo.*—La durée de l'incubation est généralement de douze jours, avec des variations d'un jour en moins ou en plus. Parfois elle est de neuf à dix ou bien de quatorze à quinze jours.

La variolo est infectieuse depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la chute définitive des croûtes. Elle est beaucoup plus infectieuse pendant l'acmé de la période active que pendant la période initiale. Pour cette raison, l'isolement du malade dès le début du rash variolique doit être considéré comme une mesure utile, pouvant prévenir ou au moins diminuer la diffusion de la variolo. Le virus variolique peut être emmagasiné et disséminé par les effets et même par la chevelure des personnes ayant approché le malade.

Lorsqu'une personne, qui a été en contact avec un varioloux, ne présente aucun signe d'indisposition, ni de fièvre au bout de quinze jours d'observation, on peut en conclure qu'elle n'a pas contracté la maladie et que son isolement ultérieur est inutile.

*Varicelle.*—La période d'incubation de la varicelle est un peu plus longue que celle de la variolo. Elle est de quatorze jours dans la majorité des cas; parfois elle est un peu plus courte et d'autres fois elle se prolonge de quatre à cinq jours.

**De la fièvre hystérique.**—Communication à la *Société Médicale des hôpitaux de Paris* par MM. les Drs HANOT et E. BOIX.—La réalité de la fièvre hystérique n'est plus à mettre en cause aujourd'hui. Les Drs Briquet, Gagey et Briand avaient affirmé



son existence depuis déjà longtemps. Mais c'est surtout depuis la remarquable observation présentée par M. le Dr Dabove à la Société, en 1885, que la fièvre hystérique a conquis droit de cité dans la pathologie. Une excellente revue générale de M. le Dr Boulay (*Gaz. des hôpitaux*) donne l'historique et l'état actuel de la question.

M. le Dr Hanot a récemment observé un nouveau cas de fièvre hystérique.

Il s'agit d'une femme de 21 ans, sans antécédents nerveux héréditaires ni personnels; cependant, son facies est celui d'une dégénérée. En novembre dernier, son mari, son frère et sa sœur sont atteints en même temps de fièvre typhoïde. Vers la fin de novembre, elle va voir son mari à l'hôpital et le trouve très mal; elle est vivement impressionnée, et, en sortant, elle est prise de vertiges, saigne du nez; le soir même, elle a de la fièvre et ressent une grande fatigue. Pendant une huitaine de jours, anorexie, céphalalgie violente, fièvre; pas d'autres épistaxis. Un médecin fait le diagnostic de fièvre typhoïde.

Elle entre à l'hôpital le 6 décembre. A ce moment, langue saburrale, anorexie, constipation opiniâtre, ventre ballonné, douloureux, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite, insomnie: température, 38°6; la rate n'est pas grosse; les autres organes sont normaux; urines abondantes, claires, non fébriles.

Jusqu'au 23 décembre, la température va en diminuant, sauf deux exaspérations brusques et isolées à 38°8 et 38°2 les 19 et 21.

Le 24 décembre, ascension brusque à 38°7; courbe très irrégulière entre 36°5 et 38°4, jusqu'au 16 janvier. Etat général satisfaisant.

Le 5 janvier, la malade éprouve des fourmillements dans la main droite, fourmillements qui montent, comme une espèce d'aura, le long du bras et gagnent la poitrine derrière le sternum: aussitôt, sentiment de constriction thoracique, étouffement, puis mouvements toniques des extrémités, mains convulsées en pronation forcée, ébauche d'arc de cercle. Le tout dure environ un quart d'heure.

Le 26 janvier, la malade reçoit une assignation à comparaître devant le juge d'instruction sous l'inculpation d'avortement provoqué; nouvelle attaque d'hystérie, plus forte et plus longue que la première. La température remonte progressivement et atteint 39° le soir du 29 janvier. Le ventre se ballonne, la diarrhée reparaît; prostration, râles sibilants et sonores dans toute la poitrine. Les jours suivants, oscillations considérables de la température (de 37° à 40°4). On se demande s'il ne s'agit pas d'une tuberculose pulmonaire généralisée: l'examen des crachats est négatif. Les urines sont toujours abondantes, claires, non fébriles.

Le 5 février, ces râles ont complètement disparu; la température revient à la normale.

Le 19 février, 3<sup>e</sup> attaque d'hystérie.

La malade sort le 26 février.

Il s'agit bien là d'un cas de fièvre hystérique. À son entrée à l'hôpital, la malade avait, selon toute les apparences, une fièvre typhoïde : langue saburrale, ventre ballonné et douloureux, ascension de la température, et bientôt la diarrhée et les râles sous-crépitants venaient appuyer ce diagnostic.

Cependant, la bizarrerie du début, l'absence complète de prostration, enfin et surtout l'abondance des urines, leur couleur claire, leur apparence nullement fébrile attireraient l'attention. Ces deux derniers caractères se retrouvaient dans une seconde période fébrile, du 24 décembre au 7 janvier, qu'on aurait pu prendre pour une rechute de fièvre typhoïde.

On pensa donc qu'il s'agissait de fièvre nerveuse, et ce diagnostic parut encore plus fondé lorsque, à la réception de son assignation à comparaître en justice, la malade fut reprise de fièvre. L'influence des émotions sur la courbe thermométrique, les apparitions soudaines de phénomènes stéthoscopiques et leur subite disparition, le facies de la malade, les caractères des urines, enfin les crises d'hystérie venaient confirmer le diagnostic.

Deux remarques encore sont intéressantes : la première, c'est l'absence chez la malade de tout antécédent nerveux et de tout stigmate hystérique pendant sa fièvre. Mais l'hystérie est souvent mono-symptomatique ; ici l'on saisit deux manifestations : la fièvre et les attaques.

Si cette malade est entrée dans l'hystérie active par une fièvre affectant les allures d'une dothiéntérie, c'est qu'elle a vu évoluer à côté d'elle trois fièvres typhoïdes, et que le tableau de cette maladie s'est gravé d'une façon suffisante dans son cerveau d'hystérique.

Quand il s'agit d'une fièvre hystérique, on comprend qu'elle puisse simuler un certain nombre de maladies fébriles : c'était une fièvre paludéenne chez le malade de M. le Dr Debove.

M. le Dr Boulay, dans sa revue générale, consacre un chapitre à la fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale ; c'est dire que les cas ne sont pas très rares ; la pseudo-fièvre typhoïde y tient le premier rang.

On pourrait tirer parti, dans de pareils cas, pour le diagnostic, de l'examen des urines ; il faudrait d'abord y rechercher les phosphates et voir si la proportion des alcalins et des sels terreux est conforme à la formule inversive qu'en ont donné MM. les Drs Gilles de la Tourette et Cathelineau, et surtout s'assurer que les urines sont abondantes, claires, nullement fébriles.

Au point de vue thérapeutique, les anti-thermiques sont sans effet dans la fièvre hystérique : on pourrait recourir au bromure de potassium, qui a donné de bons résultats dans des cas assez nombreux. — *Union médicale.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

**Pronostic et traitement des présentations du siège** — M. ETIENNE, interne des hôpitaux de Nancy, insiste sur la bénignité relative des accouchements en présentation du siège. A la Maternité de Nancy, la mortalité dans les accouchements de ce genre a été 0 sur 50 cas.

Il importe de bien se souvenir que, pour la mère, la présentation étant irrégulière, la dilatation est longue. Dès lors, il est évidemment indiqué de respecter la poche des eaux qui aide à la dilatation de l'orifice.

Il en est tout autrement pour l'enfant. En effet, fatalement, il y a compression du cordon : il est comprimé entre le tronc de l'enfant et les parois du bassin maternel, d'abord ; puis entre la tête fœtale et ces mêmes parois, et ce moment est le plus dangereux. L'enfant est alors dans la situation d'un pendu : tout moment perdu peut amener la mort.

D'autre part, pendant le temps employé parfois pour le dégagement des bras, le tronc est déjà en dehors des parties génitales, l'enfant peut faire des mouvements d'inspiration, et la tête étant encore dans l'utérus, le fœtus avale du sang, du liquide amniotique, du méconium, qui pénètrent dans les voies respiratoires. D'où nouvelles chances d'asphyxie d'abord, de broncho-pneumonies septiques ensuite.

En ce qui concerne le traitement, le principal point à observer, c'est qu'il faut laisser le travail s'opérer et ne rien faire qui le contrarie.

La femme étant en travers du lit, en position obstétricale, on laisse l'extrémité inférieure du tronc arriver à la vulve et se dégager. Dès qu'un doigt peut arriver à l'ombilic, l'opérateur va chercher une anse du cordon et l'amène au dehors pour éviter qu'il ne soit tirailé et ne produise un décollement placentaire. Puis aussitôt que l'ombilic paraît à la vulve, il saisit les jambes du fœtus à pleine main, les abaisse si cela est nécessaire (mode des fesses) et tire énergiquement. Mais pendant ce temps, *et c'est ici le point essentiel*, un aide intelligent et habitué placé derrière la tête de la parturiente comprime de toutes ses forces, et *continuellement*, le fond de l'utérus à travers les parois abdominales, forçant ainsi la tête à rester fléchie et empêchant les membres supérieurs de se relever. Puis, après avoir abandonné les jambes pour saisir à pleines mains le bassin, les mains appliquées d'abord de chaque côté des os iliaques du fœtus, en ayant soin de ne pas appuyer sur les parties molles, ce qui provoquerait une compression du foie

descendant jusque dans la fosse iliaque, l'opérateur, tirant toujours vigoureusement, imprime au fœtus des mouvements de latéralité, à droit, à gauche, selon qu'un côté se dégage plus ou moins. Un peu plus tard, il saisit le thorax, les pouces de chaque côté et en arrière, sur les omoplates. On dégage les épaules, on fait la rotation externe. C'est alors le moment critique, l'extraction de la tête; mais, on l'a vu, celle-ci, comprimée de haut en bas, est restée fléchie; aussi, le plus tôt possible, on va introduire deux doigts de la main gauche dans la bouche de l'enfant, tandis que mettant l'index et le doigt médius de la main droite à cheval sur le cou, on extrait vivement la tête en tirant en bas d'abord, puis en relevant progressivement, de façon à ramener l'enfant sur le ventre de la mère. L'extraction de la tête se fait ainsi par la méthode de Mauriceau.

Mais, nous l'avons dit, le fait essentiel, c'est la compression très énergique sur le fond de l'utérus pour maintenir la flexion. C'est une modification du procédé Wigand. Sans elle, certainement, ces tractions énergiques seraient des plus dangereuses et amèneraient presque fatalement la déflexion.

On voit immédiatement que cette méthode est inapplicable quand, dans un accouchement gémeilaire, le premier enfant se présente par le siège; mais on remarquera qu'alors le deuxième euf produit en partie le même effet en comprimant la tête de haut en bas.

**Traitement de l'éclampsie puerpérale.**—A la suite d'un long travail sur cet important sujet, publié dans les *Archives de Tocologie*, M. le docteur A. CHARPENTIER conclut ainsi :

1<sup>o</sup> Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie, et contre l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines de toutes les femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, *si minime que soit la quantité de cette albumine*, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le *traitement préventif par excellence de l'éclampsie*;

2<sup>o</sup> Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclampsique: débiter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 4 à 500 grammes; puis, administrer le médicament chloralique en suivant les préceptes que nous avons donnés, et en faisant prendre du lait aussitôt que cela sera possible;

3<sup>o</sup> Si la femme est plus délicate, si les phénomènes de cyanose sont peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique;

4<sup>o</sup> Attendre que le travail se déclare spontanément, et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

50 Si le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles, terminer l'accouchement par une application de forceps ou une version, si l'enfant est vivant; par une céphalotripsie, une basiotripsie, une craniolomie, si l'enfant est mort;

60 Attendre, pour intervenir ainsi, que l'état des parties maternelles soit telle (dilatation complète, ou dilatabilité du col) que l'on puisse le faire impunément, c'est à-dire sans violence, et par suite, sans danger pour la mère;

70 Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels, où le traitement médical aura échoué complètement;

80 Rejeter absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé, surtout l'accouchement forcé par les incisions profondes du col, c'est à-dire la méthode sanglante.—*Archives de tocologie.*

—Le Dr PORAK, accoucheur des hôpitaux, emploie fréquemment les injections sous cutanées d'eau salée dans l'éclampsie puerpérale; le Dr Bernheim vient d'écrire dans un travail les indications, les procédés et les résultats de ces injections qui auraient une véritable valeur curative, en diluant les toxines dans une plus grande masse de liquide et en favorisant leur élimination.

Si l'urine est abondante, à peu près normale et limpide, on peut considérer la maladie comme bénigne et les injections d'eau salée comme superflues. Le chloroforme et le chloral feront les frais du traitement. Si l'urine est peu abondante, foncée, très rare, on doit recourir aux injections d'eau salée seules ou associées à la saignée. Les injections sont pratiquées de la façon suivante:

Le liquide employé est de l'eau stérilisée (bouillie) contenant de 7 grammes à 7 gr. 50 de chlorure de sodium par litre. Cette eau est versée dans un vase en forme de carafe, muni d'un bouchon en caoutchouc que traversent deux tubes en verre. L'un des tubes est long; il plonge au fond du vase et, par sa partie supérieure recourbée, il communique, au moyen d'un tube en caoutchouc, avec une aiguille creuse. L'autre tube, plus court, n'atteint pas le niveau du liquide; il communique extérieurement avec une poire en caoutchouc destinée à injecter le liquide en refoulant de l'air dans le récipient.

On pourrait aussi se servir d'un appareil beaucoup plus simple, d'un bock (muni d'un tube en caoutchouc relié avec l'aiguille) qu'on n'aurait qu'à élever plus ou moins au-dessus du plan du lit.

Le meilleur endroit pour pratiquer l'injection est la région fessière. Après avoir placé la malade sur le côté opposé à celui qui est choisi pour l'injection, on pratique l'asepsie de la peau de cette région. Le liquide destiné à l'injection étant à la température de 37°, 5 à 38° (pour la maintenir à ce niveau, le vase contenant le liquide est plongé dans un récipient plus grand contenant de l'eau à la température nécessaire), on commence par amorcer l'appareil et l'on en chasse tout l'air qu'il peut contenir, puis on enfonce

l'aiguille profondément sous la peau et l'on fait jouer l'appareil. Il se forme alors dans la profondeur, près de l'aiguille, une induration de plus en plus saillante, à la surface de laquelle la peau prend un aspect blanchâtre et comme grenu. Pour faciliter la résorption du liquide, on pratique un léger massage. Il est bon d'injecter en une fois un litre de liquide, ce qui exige environ vingt minutes. Si les tissus deviennent trop tendus avant qu'un litre ait eu le temps d'y pénétrer, on fait immédiatement une piqûre à l'autre fesse et l'on injecte le reste du liquide.

Les injections hypodermiques d'eau salée ont été pratiquées par le procédé qui vient d'être décrit sur huit malades chez lesquelles l'insuffisance urinaire indiquait une affection grave. Sept d'entre elles étaient éclamptiques; la huitième était atteinte d'urémie à forme dyspnéique.

Chez toutes ces malades, les injections d'eau salée ont eu pour effet manifeste d'augmenter ou de rétablir la sécrétion urinaire et d'enrayer plus ou moins rapidement (après une ou deux injections) les attaques éclamptiques (ainsi que la dyspnée dans l'unique cas d'urémie à forme dyspnéique).

Six malades ont guéri, deux sont mortes. Or, ces deux morts n'influent en rien les effets favorables du traitement, attendu qu'un des décès est survenu chez une femme entrée à l'hôpital dans un état déjà désespéré et que l'autre s'explique par l'impossibilité de continuer le traitement par suite du départ de la malade. Dans ce dernier cas, le traitement avait déjà amené la cessation des attaques, le retour de l'intelligence et le rétablissement de la fonction urinaire, lorsque le mari de la malade, la croyant guérie, voulut absolument la ramener à son domicile, où elle ne tarda pas à succomber.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Principales indications thérapeutiques de la ménopause.**— Le traitement des troubles de la ménopause est une question de pratique journalière à laquelle le médecin est appelé à répondre tous les jours. Ce n'est pas seulement la multiplicité des troubles de cette période de la vie génitale de la femme qui lui a fait donner le nom d'âge critique, il faut encore voir dans ce terme l'expression des terreurs exagérées, sinon imaginaires, que cette période inspire à toutes les femmes et qui se traduisent souvent par des questions souvent inutiles. Les nombreux désordres qui s'emparent de l'organisme de la femme à l'époque de la ménopause peuvent se ramener en général à deux points de départ. Ce sont d'un côté des troubles de la circulation qui ne touchent pas tout le système mais qui se localisent dans un ou plusieurs organes et se traduisent par la stase et la pléthore sanguine de ces organes; ce sont, en second lieu, des troubles du système nerveux, troubles qui ont surtout un caractère d'excitation et sont associés à

l'hyperesthésie. Tous les symptômes sont aussi variés qu'incommodes. Les femmes se plaignent de bouffées de chaleur, ont une disposition à avoir des épistaxis ou d'autres hémorragies; la transpiration cutanée est augmentée, il survient des palpitations, des accès de tachycardie étudiés dans ce cas spécial par Kisch, des accès de vertige, des phénomènes de stase dans les organes du petit bassin, des troubles hémorroïdaires, un état d'excitation nerveuse qui porte à la fois sur le physique et sur le moral, des troubles du côté des organes des sens, c'est parfois mêmes des troubles psychiques inquiétants que l'on constate et qui peuvent aller jusqu'à la mélancolie. En voilà assez pour justifier la dénomination d'âge critique qui a été donnée à cette période; aussi à toutes les époques s'est-on préoccupé des moyens propres à en écarter les dangers. Jusque vers le milieu de notre siècle, la saignée était invoquée comme toute-puissante à l'âge critique et l'on allait jusqu'à recommander comme préventives les émissions sanguines locales par les ventouses.

Malgré ce que cette manière de faire avait d'exagéré, il faut bien cependant reconnaître que la saignée générale apportait souvent un grand soulagement dans les cas de pléthore et de congestion, mais d'un autre côté elle avait le grave défaut, en diminuant la masse du sang, de produire l'anémie ou de l'aggraver et d'affaiblir le système nerveux, surtout chez les femmes qui à ce moment ont une grande tendance à avoir des hémorragies.

Il n'en est plus de même des purgatifs qui ont de tout temps été recommandés aux femmes arrivées à l'âge de la ménopause. Kisch les regarde comme ayant une grande valeur thérapeutique en exerçant une action vraiment préventive. Des raisons très nombreuses ont fait regarder comme particulièrement indiqué à ce moment l'emploi souvent prolongé des purgatifs doux. Avant tout ce sont les hyperémies passives et les congestions collatérales qui se manifestent par l'ensemble symptomatique de la pléthore abdominale. Les malades éprouvent alors des troubles variés du côté de la digestion, de la circulation du petit bassin et sont incommodées par des hémorroïdes très souvent flétries. Les purgatifs exercent dans ces cas une action très favorable. L'accroissement notable de la sécrétion intestinale utilise une grande partie du sang qui gorgé les vaisseaux abdominaux, il se produit une transsudation abondante, de là une diminution de pression dans la circulation collatérale, qui facilite la circulation abdominale. Par les purgatifs on combat la plupart des hyperémies passives chroniques, notamment celles qui se portent sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, sur le foie, les poumons, les méninges même ou l'encéphale.

Les purgatifs exercent encore une action révulsive ou dérivative très favorable sur l'utérus et les annexes malades. Or à l'époque de la ménopause les affections des voies génitales sont

très fréquentes, le tissu utérin subit une véritable involution à ce moment, devient mou, lâche avant de s'atrophier, de là des hémorragies atypiques, de là une prédisposition des organes du petit bassin à contracter des inflammations aiguës ou chroniques, à devenir le siège d'infections qui, pour être le plus souvent légères, n'en affaiblissent pas moins l'organisme, par la production d'un état catarrhal de la muqueuse utéro-tubaire. Très-souvent à ce moment les organes génitaux au moment de cette involution subissent des changements de position. Ces diverses affections sont toujours accompagnées d'une pléthore sanguine des plexus veineux qui rampent autour de l'utérus et dans le petit bassin. L'usage des purgatifs produit alors une révulsion salutaire.

Enfin la constipation, si commune chez la plupart des femmes, devient particulièrement dangereuse à la ménopause et contribue à l'aggravation des troubles des organes du petit bassin. Elle entretient le mécorisme et la congestion pelvienne, elle indique donc l'emploi des purgatifs à plus d'un titre. Toutefois si les purgatifs répondent à des indications bien définies et rendent beaucoup de services, il faut cependant se garder d'employer les drastiques qui augmenteraient la congestion des vaisseaux de la partie inférieure de l'intestin et du petit bassin en général. Il faut n'employer que les purgatifs qui exercent sur l'intestin une action lente et longtemps soutenue sur la défécation. Ce sont plutôt des laxatifs à proprement parler, la rhubarbe, la manne, les sels purgatifs, voire l'huile de ricin, pour ne citer que les plus ordinaires, suffisent à tous les besoins. Il faut par contre éviter l'aloès, la coloquinte, le séné, le jalap, l'eau-de-vie allemande et les autres remèdes drastiques. En tout cas on ne les emploiera que lorsque les premiers échouent en présence d'une constipation opiniâtre. On peut recommander en outre les lavements simples ou additionnés de glycérine, les irrigations intestinales d'eau tiède à la température de 20° ou 25° centigrades, enfin les enveloppements humides de la région hypogastrique.

Les bains tièdes à 25° ou 30° constituent un moyen hygiénique et thérapeutique important contre les différents troubles qu'entraîne la ménopause. Ils entretiennent les fonctions de la peau si importantes au moment où va cesser le flux cataménial, et diminuent la tendance qui peut exister au développement des affections cutanées: acné, eczéma, prurit. D'un autre côté, ces bains exercent une action calmante sur le système nerveux, ils calment les hyperesthésies cutanées, les névralgies périphériques et agissent même par voie réflexe sur les névralgies viscérales et le système cérébral. On peut atteindre encore mieux le même but par une cure dans une station thermale. Nous reviendrons bientôt sur ce point important de la thérapeutique de la ménopause.



Il est un accident très commun chez les femmes arrivées à l'âge critique pour lequel le médecin est appelé à intervenir fréquemment, ce sont les hémorragies utérines dites de la ménopause. Ces hémorragies sont parfois régulières, mais sont plus abondantes, durent plus longtemps et reviennent plus tôt que les règles ordinaires, il en est d'autres qui n'offrent pas de type et reviennent à des intervalles très irréguliers; les hémorragies parfois très violentes contribuent à plonger les malades dans un état anémique et neurasthénique qui les prédisposent, a-t-on dit, à la production des tumeurs malignes. Ce qui est plus vrai, c'est que parfois ces hémorragies sont le symptôme d'un néoplasme qui débute. En règle générale il faut toujours se méfier des hémorragies de la ménopause et surveiller avec soin l'état de l'utérus, du col, du vagin. Si on ne trouve aucune cause locale à l'hémorragie, alors seulement on peut l'attribuer à l'âge critique et l'on se contente alors d'instituer le traitement médical. Si l'hémorragie n'est pas très violente, le repos au lit, les injections chaudes légèrement antiseptiques suffisent. On peut encore faire faire des injections d'eau bouillie additionnée pour un litre à un litre et demi de deux à quatre cuillerées à soupe de la solution suivante :

Perchlorure de fer .....	15 grammes.
Eau distillée .....	250 —

Si après plusieurs injections de cette solution l'hémorragie persiste, on devra tamponner le vagin avec des bandes de gaze iodiformée qu'on laisse en place de douze à quinze heures, on l'enlève alors pour appliquer un autre tampon si l'hémorragie n'est pas arrêtée. Comme médicament, Kisch dans les cas de ce genre donne une teinture hémostyptique qui renferme 10 centigrammes d'ergot de seigle pour 1 gramme de teinture, il la prescrit à la dose de 20 gouttes plusieurs fois par jour, parfois toutes les heures.

Un des symptômes les plus incommodes de la ménopause est le prurit du vagin et de la vulve qui importune parfois les femmes à un tel point que leur moral en est affecté. Il ne faut pas oublier que ce prurit peut être le premier symptôme d'une affection cancéreuse du col. En dehors de cette éventualité, on a proposé contre le prurit un grand nombre de remèdes qui échouent pour la plupart. Kisch a recommandé le procédé suivant. Les femmes doivent prendre tous les soirs avant de se coucher un bain chaud à 30° additionné d'un kilogramme de son de froment. Le son doit être placé dans un petit sac qui plonge dans le bain. Après ce bain on saupoudre la vulve et les parties voisines avec une poudre antiseptique à base de talc.

Un traitement hydrominéral est très utile pendant la période de la ménopause. On peut dire que la plupart des eaux minérales peuvent avoir leurs indications, car il n'existe pas, cela va de soi,

d'eau minérale spécialement prescriptible dans la ménopause ; tout dépend à ce point de vue de la nature des accidents. Les eaux purgatives, ou laxatives, sulfatées sodiques froides méritent la préférence lorsqu'il s'agit de combattre la constipation, la tendance à l'obésité, les névralgies, les phénomènes de congestion cérébrale ; elles conviennent également dans les accès de tachycardie. Les eaux thermales chaudes, bicarbonatées et sulfatées, sont particulièrement indiquées lorsqu'il existe des désordres du côté du foie et de la sécrétion biliaire, ce qui se traduit souvent par une augmentation de l'acide urique excrété. Enfin les eaux chlorurées sodiques sont moins énergiques que les eaux sulfatées sodiques, mais sont indiquées lorsque les accidents sont moins aigus et conviennent dans les cas où il existe des troubles congestifs des organes du bassin. Les eaux acidulées gazeuses, ferrugineuses et fortement chlorurées sodiques ne doivent être prescrites aux stations comme traitement général qu'avec beaucoup de précaution, en raison de l'action stimulante qu'elles exercent sur l'appareil circulatoire. Leur emploi pourrait aggraver des états congestifs dans ces différents organes. Dans la même pensée, on devra être circonspect dans l'emploi des bains de mer et d'hydrothérapie froide. Cependant l'eau froide, les eaux ferrugineuses seront particulièrement utiles chez les femmes anémiées par des pertes persistantes.

Contre l'éréthisme nerveux, on prescrira avec avantage un traitement aux eaux tempérantes, à celles qui sont particulièrement indiquées contre les névroses hyperesthésiques. Le traitement des accidents dyspeptiques ne réclame pas d'autre traitement hydrominéral que celui qui est usité en pareil cas, ce sont, d'une manière générale, les eaux bicarbonatées sodiques. En résumé, on s'adresse plutôt aux eaux qui exercent une action sédative sur le système nerveux et la circulation. Les eaux arsenicales se prescriront surtout dans certaines affections cutanées.

Le régime n'est pas moins important à observer dans le traitement des accidents de la ménopause. À ce point de vue, on peut diviser les cas en deux groupes. Au premier appartiennent les femmes à tempérament sanguin, disposées à prendre un embonpoint excessif. Dans le second on peut ranger les femmes nerveuses, facilement irritables, aux formes en général sveltes. Aux femmes pléthoriques, ayant des tendances à l'obésité, on conseillera un régime léger, dont on éliminera les aliments gras. Les femmes du type nerveux ont besoin, au contraire, d'une nourriture substantielle, comprenant en grande quantité les farineux ; elles devront s'abstenir d'acides, de mets épicés, de boissons excitantes, on leur conseillera enfin le repos du corps et de l'esprit. Dans tous les cas, pour réduire au minimum les causes d'hyperémie des organes génitaux, il faut conseiller l'abstention du coït ou du moins des abus de coït. Les femmes éviteront avec soin tout ce

qui peut retentir d'une façon fâcheuse sur la fonction menstruelle, comme de s'exposer à des changements brusques de température, à l'action subite de l'air froid pendant les règles. La cessation brusque des règles est parfois accompagnée d'accidents souvent inquiétants.—DR SAVIGNY, in *Revue de thérapeutique*.

---

## PÉDIATRIE.

---

**Pathogénie, diagnostic et traitement des anémies de la première enfance.**—Au point de vue de la pathogénie comme à celui du traitement, il convient d'envisager séparément les anémies des nourrissons, de la seconde enfance et de l'adolescence. Bien que certaines causes se présentent à tous les âges, il en est qui sont l'apanage particulier d'une des trois périodes de la vie des enfants; il y a aussi des traitements qui ne sont pas applicables aux petits comme aux grands enfants.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'anémie se traduit au clinicien par la pâleur de la peau, la décoloration des muqueuses (conjonctives, lèvres, gencives), par la diminution des forces et par l'existence de troubles circulatoires, digestifs et nerveux.

Mais l'examen hématologique peut être indispensable pour éclairer le diagnostic de la nature de l'anémie.

I.—Pour les anémies de la première enfance, nous avons à puiser d'intéressants documents dans l'excellente thèse publiée en 1891, par M. le Dr Ch Luzet.

Nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de résumer pour nos lecteurs les notions anatomiques et physiologiques peu connues qui ont de l'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Le processus de sanguification comprend 3 périodes : embryonnaire, foetale, adulte.

Chez l'*embryon*, les premiers globules se forment dans l'intérieur des premiers vaisseaux et sont des *cellules rouges*, c'est-à-dire des éléments hémoglobifères, munis d'un noyau (différents par conséquent des globules rouges adultes). Ces cellules, après avoir grossi, pris la forme elliptique et en partie aplatie, avec deux à quatre noyaux, se divisent dans le sang lui-même par étranglement en autant de cellules nouvelles.

Chez le *fœtus* l'hématopoïèse, plus complexe, s'accomplit d'une part au moyen des cellules vaso formatives de Ranvier dans le tissu conjonctif, dans les membranes séreuses telles que l'épipleon, pour former des *globules rouges adultes*, discoïdes et sans noyau, et des hémato blastes d'Hayem,—d'autre part dans les

organes dits hématopoïétiques (foie d'abord, puis rate, moëlle des os, ganglions lymphatiques) pour donner naissance à des cellules rouges nucléées plus ou moins sphériques.

Après la naissance et chez l'adulte, la formation du sang se fait presque exclusivement aux dépens des hémato blastses d'Hayem, éléments sphériques, devenant bientôt biconcaves, d'un diamètre de 1 à 5, par conséquent inférieur à celui des hématies (5 à 7), dépourvus de noyau, qui sont normalement chez l'adulte dans le rapport de l'hématoblaste pour 20 hématies, mais qui se multiplient énormément après toute perte de sang un peu importante (crise hémato blastique); chaque hémato blaste augmente de volume, se charge d'hémoglobine pour constituer une hématie adulte.

Le rôle des organes hématopoïétiques cesse chez l'adulte: le foie dès les premiers jours de la vie extra-utérine, les ganglions n'ont aucun rôle à l'état normal et n'en retrouvent qu'un à peine marqué à l'état pathologique. La rate, qui détruit les globules rouges, n'en fabrique plus chez l'adulte. Peut-être la moëlle des os continue-t-elle à transformer les cellules rouges en globules rouges. En tous cas on ne rencontre plus de cellules rouges en circulation dans le sang dès la naissance, et elles ne reparassent qu'à la période ultime des anémies extrêmes chroniques (Hayem). Leur présence indique le retour à l'activité d'organes hématopoïétiques, une tentative suprême de l'organisme pour réparer le sang par tous les moyens dont il dispose.

Les globules blancs, qui apparaissent dans le sang embryonnaire peu de jours après les cellules rouges, sont formés soit par division des cellules lymphatiques préexistantes, soit dans le système lymphoïde, qui comprend, outre les organes hématopoïétiques, un grand nombre de foyers en rapport avec les muqueuses et le thymus chez le fœtus.

Il y a des leucocytes de variétés nombreuses, depuis le leucocyte à gros noyau unique jusqu'au leucocyte à noyaux multiples. On n'admet plus que les leucocytes puissent se transformer en hématies.

En résumé, dit Luzet, la cellule rouge, qu'elle soit produite dans l'aire transparente ou dans les organes hématopoïétiques, existe seule pendant les premiers jours de la vie embryonnaire. Son rôle diminue peu à peu chez le fœtus à mesure que grandit celui du globule rouge pour cesser à la naissance. Elle ne peut reparaitre que dans certaines conditions pathologiques, que réalisent les anémies graves et prolongées de toute nature. Mais, en raison de la plus grande vitalité des organes hématopoïétiques chez l'enfant, cette réapparition est beaucoup plus facile chez lui que chez l'adulte. D'ailleurs le nombre de cellules rouges ainsi produites est toujours insuffisant pour pourvoir aux besoins de la réparation sanguine et leur apparition chez l'adulte est toujours d'un pronostic très grave (Hayem).

Les recherches personnelles de M. Luzet ont montré que le foie, la rate et la moëlle des os chez les animaux nouveau-nés et les fœtus humains fabriquent des cellules rouges par un procédé unique, aux dépens de grandes cellules à noyau polymorphe, qui se segmentent en petites cellules hyalines, lesquelles se déversent dans des sinus sanguins sans parois propres, où elles achèvent leur évolution en se chargeant d'hémoglobine et où elles subissent une multiplication par karyokinèse.

Or, il résulte des travaux de Hayem et Luzot que *les anémies du nourrisson provoquent facilement, en ramenant l'état fatal des organes hématopoïétiques, le passage des cellules rouges dans le sang en circulation.*

II.—Les causes les plus fréquentes d'anémie dans la première enfance sont la diarrhée, choléra infantile et autres diarrhées infectieuses, et la syphilis.

L'altération du sang atteint son maximum quand la diarrhée survient chez un enfant débilité antérieurement par la tuberculose, la syphilis ou des diarrhées antérieures répétées.

La syphilis héréditaire détermine une cachexie avec anémie assez intense, que tendent à compenser les organes hématopoïétiques jusqu'à un âge déjà avancé. Le passage des cellules rouges dans le sang se fait plus facilement quand il y a une altération macroscopique des organes hématopoïétiques, surtout l'hypertrophie de la rate.

Le rachitisme, à sa période de résorption osseuse, s'accompagne toujours d'un degré plus ou moins accusé d'anémie et on observe souvent la mégalosplénie. Que l'anémie soit simple ou mégalosplénique, c'est la moëlle des os qui paraît fournir le plus grand nombre des cellules rouges qui se voient dans le sang.

Dans ces formes d'anémie on peut rencontrer une leucocytose modérée, qui tend à diminuer en même temps que la cachexie, sans que la proportion normale des diverses formes de leucocytes soit modifiée notablement.

M. Luzet a mis en lumière l'existence chez le nourrisson d'une maladie spéciale à cet âge, voisine de la leucocythémie, sinon identique avec elle, à laquelle il donne avec Von Jacksh le nom d'*anémie infantile pseudo-leucémique*: dans cet état morbide on observe l'association de l'anémie avec une tuméfaction de la rate, une leucocytose modérée et la présence dans le sang d'un grand nombre de cellules rouges dont beaucoup présentent des phénomènes de karyokinèse. Dans cette maladie on observe un retour à l'état fœtal de la fonction des organes hématopoïétiques. Cette reviviscence peut s'étendre au foie hématopoïétique dans les premiers mois de la vie, et c'est là un fait spécial à cette forme morbide. La majeure partie des cellules rouges que l'on trouve dans le sang est fournie par la moëlle des os. Mais il se fait probablement aussi une multiplication des cellules rouges dans le sang même.

par karyokinèse, comme dans les sinus sanguins des organes hématopoïétiques fœtaux.

L'anémie pseudo-leucémique peut guérir, mais elle peut aussi se transformer en leucémie par augmentation progressive du nombre des globules blancs et la terminaison est alors rapidement fatale.

En dehors des anémies liées à une altération des organes lymphoïdes, comme celle dont nous venons de parler, le diagnostic des anémies chez l'enfant du premier âge repose sur la connaissance des influences étiologiques suivantes: Parmi les facteurs d'anémie les plus puissants se placent: la gastro-entérite des nouveau-nés, le rachitisme et la syphilis héréditaire, puis comme dans la seconde enfance, toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, comme la tuberculose.

On peut, à l'exemple de Luzet, distinguer parmi ces anémies diverses celles qui s'accompagnent de tuméfaction de la rate et des organes lymphoïdes et celles où ces organes ne sont pas modifiés.

*Anémies sans splénomégalie.*—Les anémies qui succèdent à une hémorragie par plaie extérieure ou méلæna.

Anémies par gastro-entérite: après une période de fausse hyperglobulie par concentration du sang, on voit le nombre des globules rouges s'abaisser considérablement, tandis que les leucocytes se multiplient légèrement; les hématies peuvent tomber à 926,000 avec appauvrissement de la teneur de chaque globule en hémoglobine (valeur globulaire), les leucocytes étant à 18,900, c'est à dire 1 globule blanc pour 50 rouges. On peut voir chez les jeunes enfants des cellules rouges reparaitre dans la circulation sans que cette apparition entraîne le pronostic grave que nous rappelions plus haut chez l'adulte.

La même réflexion s'applique aux anémies par syphilis héréditaire et rachitisme sans tuméfaction de la rate; ces anémies sont curables. La tuberculose peut déterminer aussi l'anémie sans altération des organes lymphoïdes, ainsi font le cancer du rein et l'helminthiase, à laquelle peuvent être rapportés des cas prétendus d'anémie pernicieuse. On conseille dans les cas douteux d'anémie de cause obscure de rechercher au microscope les œufs d'helminthes dans les selles.

*Anémies avec mégalosplénie et tuméfactions ganglionnaires.*—La syphilis héréditaire avec mégalosplénie entraîne une anémie plus intense et plus grave que si la rate n'est pas intéressée: diminution du nombre des hématoblastes, leucocytose à 20,000, passage plus fréquent dans le sang de cellules rouges, qui, au fur et à mesure que l'affection guérit, deviennent plus rares. La coexistence de signes multiples d'infection syphilitique (lésions cutanées et muqueuses, adénopathies) permet d'établir le diagnostic.

Le rachitisme dans la période de décalcification des os et de

déformatifs entraîne des lésions hématisques analogues à celles de la syphilis. Les altérations du sang sont, suivant certains auteurs, de nature à dégénérer en leucocythémie vraie.

La tuberculose avec grosse rate, la dégénérescence amyloïde de la rate, l'impaludisme chronique sont des facteurs d'anémie avec splénomégalie. Ces cas écartés, lorsqu'on constate chez un enfant la pâleur progressive avec tuméfaction chronique de la rate, il n'y a plus à envisager que l'adénie, la leucocythémie et l'anémie pseudo-leucémique.

L'adénie se reconnaît à la tuméfaction considérable et rapidement progressive de différents groupes de ganglions parmi lesquels ceux du médiastin et de la cavité abdominale. Il ne s'agit là ni de ces adénopathies limitées que commandent des lésions cutanées et muqueuses, ni de cette micro-polyadénopathie de nature tuberculeuse dont nous devons la connaissance à Legroux (petits ganglions sous-cutanés durs, roulant sous la peau comme des grains de plomb). Dans l'adénie, la leucocytose est faible; 10.230 leucocytes à la période cachectique (Hayem).

Dans la leucémie infantile, les leucocytes sont augmentés modérément en général; rarement et seulement au-dessus de 2 ans, on a vu les leucocytes se multiplier au point qu'il y en eût 1 pour 6 hématies et même 2 pour 1.

Luzet pense que, dans les cas où on trouve 50 à 60,000 globules blancs, on peut encore espérer la guérison, mais qu'au delà de 100,000 le pronostic est inexorable à plus court délai que chez l'adulte. On rencontre chez l'enfant leucémique, comme chez l'adulte, les signes de thromboses, d'embolies par leucocytes, d'infarctus blancs (épistaxis, infarctus rétinien, purpura et autres lésions cutanées d'ordre hémorragique).

III.—Le traitement des anémies infantiles comprend d'abord la restauration de l'intégrité des fonctions digestives si elles ont été altérées: car c'est à l'alimentation plutôt qu'aux médicaments que nous pouvons le demander.

Dans l'anémie par gastro-entérite, on combattra, suivant le cas, la diarrhée ou les vomissements par la régularisation des tétées ou des prises de lait stérilisé, par les alcalins, l'eau de chaux, les préparations de bismuth associées aux antiseptiques—benzonaphtol,—par l'acide chlorhydrique uni à la papaïne, puis par les phosphates et le lait phosphaté naturel dont l'emploi commence à se répandre.

C'est aux phosphates, au lait chloruré, aux bains salés qu'on demandera la réparation hématisque des rachitiques.

A l'anémie par perte de sang, on pourra opposer les préparations d'hémoglobine soluble, le proto-chlorure de fer, l'iodure et le tartrate de fer.

Dans l'anémie tuberculeuse, si l'enfant atteint la fin de la première année, on pourra adjoindre au lait le jaune d'œuf et la poudre de viande, en soumettant l'enfant aux inhalations de

vapeurs de créosote ou à l'injection hypodermique de très petites quantités d'huile créosotée (un à quatre centimètres cubes d'une solution au quinzième).

L'anémie engendrée par la syphilis requiert le traitement spécifique (les frictions mercurielles, la liqueur de Van Swieten). Le mercure aide plus que le fer à la rénovation globulaire chez les syphilitiques. On voit diminuer de jour en jour d'énormes splénomégalias sous l'influence hydrargyrique seule ou avec l'iode associé.

Dans l'anémie palustre avec splénomégalie, la quinine a une action nettement favorable; le quinquina (sirop, teinture ou poudre) doit être donné conjointement ou alternativement. L'arsenic m'a donné un beau succès dans un cas d'impaludisme héréditaire. Mosler et Binz ont conseillé, dans ces cas, la teinture d'eucalyptus. On associera à tout traitement interne, les frictions de la peau avec l'alcool, les lotions froides, les bains salés.

Le phosphore a été conseillé dans l'anémie leucémique par plusieurs auteurs considérables; on emploie aussi l'huile phosphorée, comme le fait Kassowitz dans le rachitisme.—P. LE GENDRE, in *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*.

**L'allaitement artificiel.**—Voici ce qu'expose à ce sujet, dans le *Bulletin médical*, M. le DR YVES MÉNARD :

Il a étudié minutieusement les meilleures conditions de l'alimentation des enfants du premier âge en dehors de l'allaitement au sein. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1o A défaut de la nourriture au sein, le lait des animaux domestiques est le seul aliment qui convienne aux enfants jusqu'à l'âge de six à huit mois.

2o Le lait d'ânesse offre des qualités précieuses pour les nouveau-nés pendant les premiers jours; mais sa rareté et sa cherté le font réserver pour les cas les plus difficiles.

Le lait de chèvre, très différent du lait de femme, peut être cependant utilisé avec succès pour l'allaitement artificiel, mais il fait presque complètement défaut pendant une longue période de l'année.

Le lait de vache est le seul qu'on trouve presque partout facilement et qui doit être étudié au point de vue de l'allaitement artificiel.

3o La valeur du lait de vache dépend des conditions de production, des conditions d'approvisionnement, du mode d'emploi.

*Conditions de production.*—4o La race des vaches influe beaucoup sur la richesse du lait en principes nutritifs. Le lait des vaches hollandaises, très aqueux, très peu crémeux, est sensiblement au dessous de la moyenne.

5o Dans la même race, le lait diffère d'une vache à l'autre, surtout par la proportion de crème. On peut mettre à profit cette indication pour offrir à un enfant délicat du lait de plusieurs bêtes et lui réserver ensuite celui qui lui réussit le mieux.



60 Une même vache présente des variations journalières. Pour donner aux enfants un aliment à peu près constant, il faut recommander, *non pas le lait de la même vache*, mais bien le lait mélangé de toutes les vaches d'une même étable.

70 L'alimentation des animaux influe beaucoup plus sur la quantité que sur la qualité du lait. Les producteurs sont donc les premiers intéressés à bien nourrir leurs vaches; c'est une garantie suffisante pour les consommateurs.

*Conditions d'approvisionnement.*—80 Dans les grandes villes, à Paris notamment, le lait de commerce en gros, *lait anonyme*, toujours suspect d'écémage, d'addition d'eau et de conservation par un procédé chimique, peut être suffisant pour l'alimentation générale, grâce à l'inspection exercée; mais il est *impropre à l'allaitement artificiel* et il peut être dangereux.

90 Pour obtenir du lait de bonne qualité livré à l'état naturel, le seul moyen est: de se mettre en rapport avec un producteur peu éloigné dont on puisse visiter l'étable; de vérifier ou faire vérifier que les vaches sont bien choisies, proprement tenues, bien nourries; de s'assurer que les vases arrivent cachetés. Ces conditions, et par-dessus, tout l'honorabilité du producteur, offrent des garanties que ne saurait donner l'inspection.

100 A défaut de lait produit sur place et livré à l'état naturel, on peut prendre pour l'allaitement artificiel du lait produit au loin et traité industriellement par la chaleur seule—*lait stérilisé*.

Il n'offre pas la même garantie que le précédent quand les établissements industriels qui le livrent ne l'ont pas produit eux-mêmes.

*Emploi du lait.*—110 Les biberons à goulots étroits et à tubes d'aspiration doivent être proscrits.

Quels qu'ils soient, d'ailleurs, les biberons doivent être vidés après chaque repas, nettoyés à l'eau alcaline et rincés dans l'eau préalablement bouillie.

120 Le lait de vache doit être additionné d'eau, préalablement bouillie, pour les nouveau-nés:

1 partie d'eau pour 3 parties de lait pendant le 1er mois;

1 partie d'eau pour 4 parties de lait de 2 à 5 mois et aussi additionné de sucre (1 gr. à 1 gr. 50 par repas de 80 gr.).

130 Le lait cru se digère et s'assimile généralement mieux que le lait bouilli au bain-marie et le lait stérilisé. Il doit donc avoir la préférence, à ce point de vue.

140 Le danger de transmission de la tuberculose des vaches par le lait a été beaucoup exagéré et n'est pas un motif suffisant pour priver les enfants des bienfaits du lait cru.

150 Le lait stérilisé se rapproche du lait naturel pour la valeur nutritive et se recommande par la facilité d'approvisionnement qu'il donne; mais il n'est pas encore démontré qu'il ait une vertu spécifique contre les troubles intestinaux résultant d'une mauvaise alimentation et de l'influence saisonnière.

## SYPHILIGRAPHIE

---

**Diagnostic du chancre syphilitique.**—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint Louis.—Les éléments de ce diagnostic sont les suivants :

1o Attributs cliniques du chancre ; 2o bubon.

1o Les *attributs cliniques du chancre* sont d'abord :

a) D'être une lésion érosive plutôt qu'ulcéreuse. C'est une lésion de faible importance, presque insignifiante, absolument minime. Méfiez-vous donc de ces petites lésions que dédaignent les malades, qu'ils qualifient d'*écorchures*. Ce n'est rien : donc, méfions-nous. Ce peut bien être un chancre.

b) C'est une lésion *sans bords* à circonférence se continuant de plein pied avec les tissus sains.

c) C'est une lésion *lisse*, unie, quelquefois irisée.

d) C'est une lésion grise ou du rouge de la chair musculaire.

e) C'est une lésion doublée d'une *induration* spéciale, tantôt profonde, à noyau, ou noueuse ; tantôt étalée en ménisques et dite parcheminée ou foliacée suivant les cas.

2o *Bubon* : Il présente une triade d'attributs qui sont les suivants :

a) C'est une lésion aplegmasique :

b) Une lésion indolente ;

c) Une lésion le plus souvent multiple, *polyganglionnaire*.

99 fois sur 100, on peut avec ces deux ordres de signes faire le diagnostic. Il arrive cependant qu'on ne peut pas y arriver pour divers motifs : parce que le chancre a perdu ses caractères, parce qu'il a été altéré par des cautérisations, parce que le bubon n'a pas ses caractères cliniques ordinaires, etc. Il serait donc précieux, en pareil cas, d'avoir d'autres signes, d'autant plus qu'il s'agit ici de malades qui réclament un diagnostic *immédiat*.

Ces autres signes existent et sont au nombre de 3 :

1o *Incubation* ; 2o *Inoculation* ; 3o *Confrontation*.

1o Les inoculations expérimentales et les observations cliniques nous ont appris : a) que le chancre syphilitique incube toujours ; b) qu'il incube longuement, au minimum quinze jours, mais le plus souvent trois à quatre semaines. Il peut même encore paraître plus tard, trente, trente-cinq et quarante jours. Par conséquent, si un accident apparaît huit jours par exemple après le coït, ce ne peut être un chancre syphilitique. Si, au contraire, la lésion est apparue un mois après un coït suspect, il y a de grandes chances pour qu'on ait affaire à un chancre.

On peut souvent tirer parti de ce signe : en voici deux exemples :

Un jeune médecin militaire revenait de Kabylie où il avait passé cinq mois sans aucun rapport sexuel. Mais arrivé à Toulon, il s'était dédommagé et, au bout de huit jours de séjour, une lésion était survenue à la verge. Il me demandait mon diagnostic. Sans l'examiner, je lui répondis : Ce ne peut être la vérole. L'examen subséquent et la marche des choses me donna entièrement raison.

Réciproquement, un jeune officier, en garnison au Tonkin, avait eu en partant des rapports avec une indigène. En voyage, au bout d'un mois, une lésion survint à la verge. Le diagnostic en était difficile, parce qu'il y avait eu des pansements, des cautérisations, etc. Ici, la date me fit faire le diagnostic de syphilis qui fut confirmé quinze jours après par l'apparition de la roséole.

Il est bien évident que ce signe ne peut servir qu'à la condition d'être *absolument précis*. Il faut que le coït suspect n'ait été précédé d'aucun autre pendant un mois ou six semaines.

2o Inoculation (auto-inoculation, bien entendu).

Elle peut fournir un renseignement, mais d'ordre assez restreint. C'est-à-dire qu'elle peut démontrer que la lésion suspecte est un chancre simple, mais pas autre chose. En effet, si c'est un chancre simple, l'inoculation produira un chancre simple. Mais l'inoculation ne nous fournira pas autre chose, parce que toutes les autres lésions qui peuvent être confondues avec le chancre syphilitique répondent négativement comme lui-même. L'herpès, la pustule d'echthyma, l'érosion simple donnent une inoculation négative.

Ce n'en est pas moins un signe précieux, car il est fréquent que le diagnostic ne balance qu'entre les deux ordres de chancres. L'inoculation peut alors trancher la question. En voici un exemple entre cent.

Il y a une quinzaine d'années, un de mes élèves me consultait pour un chancre dont il était porteur. Était-ce un chancre simple, était-ce un chancre syphilitique ? J'étais dans le doute.

J'eus alors recours à l'inoculation. Trois jours après le jeune homme accourut tout joyeux : un chancre simple était apparu au bras. L'avenir confirma le diagnostic ;

3o Confrontation. J'entends par ce mot judiciaire la mise en parallèle des accidents observés chez le sujet contaminant et chez le sujet contaminé.

Elle peut être utile de deux façons :

1o Par des résultats négatifs ;

2o Par des résultats positifs.

1o Votre diagnostic est douteux. Vous demandez à voir la femme. Celle-ci ne présente rien de suspect : elle est absolument

saine. Il est donc certain que l'accident observé n'est pas un chancre, car qui n'a rien ne donne rien.

2o Ceci est beaucoup plus précieux. Des expériences de Bassereau ont en effet établi, il y a trente ans, que la qualité d'un accident syphilitique dépend de la qualité de l'accident qui lui a servi d'origine. Il y a un rapport constant entre le chancre d'origine et le chancre transmis: des chancres simples donnent des chancres simples; des chancres syphilitiques donnent des chancres syphilitiques. Jamais il n'y a d'inversion. "Tel père, tel fils."

Il y a là une application immédiate au diagnostic.

Examinez la femme: si elle a des chancres simples, la lésion présentée par l'homme est un chancre simple et réciproquement. Cette loi est absolument certaine, j'ai vu des centaines de cas dans la pratique de la ville où je restais dans l'indécision. J'ai fait la confrontation et elle ne m'a jamais trompé: je m'étonne que cette méthode ne soit pas plus souvent employée.

Un exemple fixera mieux vos idées:

Etant encore interne, un de mes amis vint me trouver à l'hôpital pour me consulter sur une plaie à la verge sur laquelle les médecins n'étaient pas d'accord, les uns y voyaient un chancre mou, les autres un chancre syphilitique. Bien entendu, j'étais dans le plus grand embarras. Mais mon ami m'affirma qu'il n'avait vu qu'une seule femme depuis six mois, par suite de cette circonstance qu'il était sur le point de se marier.

Je lui demandai alors à voir cette femme et il me l'amena une heure après; elle était en pleine syphilis secondaire.

Le doute n'était donc plus possible malheureusement: nous avions affaire à un chancre syphilitique. Un mois plus tard, roséole et plaques muqueuses.

Seulement, pour avoir recours à cette méthode, il y a des conditions essentielles. Il faut que le malade n'ait eu de rapports qu'avec une seule femme: fait assez rare. Ensuite, il faut retrouver la femme. S'il y a plusieurs femmes, il est évident qu'on pourrait les examiner toutes; mais vous voyez d'ici la difficulté.

Enfin, il faut examiner la femme à temps, car elle pourrait être guérie et alors vous ne trouverez plus rien.

Quoi qu'il en soit, ce sont là trois ordres de signes qui s'ajoutent à ceux tirés des attributs du chancre et du bubon pour faciliter le diagnostic.

Nous pouvons arriver maintenant au DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Cependant, je veux auparavant examiner ici une question: Peut-on faire le diagnostic d'un chancre syphilitique qui vient de naître, d'un chancre datant de deux, trois, quatre jours? Non, cela est impossible.

A cette époque, le chancre est la plus petite, la plus superficielle

des lésions; c'est un *bobo* sans forme spéciale qu'il est impossible de reconnaître. Le cas du médecin est alors analogue à celui d'un botaniste à qui vous demanderiez de reconnaître un plant qui sort à peine de terre et qui se manifeste seulement par l'épanouissement de ses cotylédons. Il ne peut reconnaître cette plante avant qu'elle n'ait poussé. C'est ce qui fait qu'on ne peut juger de la méthode d'excision du chancre; on a excisé n'importe quoi. En définitive, vous ne pouvez faire à votre malade que cette réponse: "Je n'en sais rien."

Mais lorsque le chancre est plus avancé, le diagnostic devient possible.

Ce diagnostic doit être fait avec des affections différentes suivant que le chancre est *érosif* ou *ulcéreux*.

1<sup>o</sup> FORME ÉROSIVE.—A. On confond souvent alors le chancre avec une *écorchure*.

Les malades nous disent: Tel médecin m'a dit que je m'étais *écorché*.

Les éléments de cet important diagnostic seront:

1<sup>o</sup> L'*induration*, 2<sup>o</sup> l'*adénopathie*.

1<sup>o</sup> *Induration*: Palpez la base de la lésion; s'il s'agit d'un chancre, vous rencontrerez infailliblement une base dure, résistante. Cette rénitence doit éveiller le soupçon, car une écorchure simple ne donne pas cette induration. Si sous l'érosion, il n'y a pas de base indurée, éliminez l'idée de chancre;

2<sup>o</sup> *Adénopathie*.—Interrogez les ganglions, et si vous ne trouvez absolument rien, éliminez le chancre: celui-ci est toujours accompagné d'un bubon.

Au contraire si vous rencontrez un bubon avec sa triade de caractères: aplegmisie, dureté, multiplicité des ganglions, il ne peut pas s'agir d'une érosion simple. Il n'y a qu'avec le chancre syphilitique que vous rencontrez ces caractères. La chose est, *a fortiori*, certaine, si l'adénopathie est double.

Mais je dois ici vous signaler un piège; c'est l'*adultération de la lésion par les topiques ou les cautérisations* (induration artificielle).

Il arrive souvent, en effet, qu'une petite plaie pansée avec certains topiques s'indure. Citons l'alun, le tannin, le sublimé, l'alcool. On observe surtout ce phénomène au niveau de la rainure glando préputiale.

Au dessous de la plaie il se forme une induration. Le fait est plus fréquent encore avec les caustiques (nitrate d'argent, nitrate acide de mercure).

Je vous ai plus d'une fois montré dans ce service comment on peut faire un chancre induré artificiel. Prenez un homme ayant une petite végétation de la rainure et cautérisez-la avec le nitrate acide de mercure. Quarante-huit heures après, la végétation est tombée mais il reste une érosion; cette érosion est un type de chancre induré: elle est sans bord, rouge, et elle repose sur une

induration presque cartilagineuse. L'erreur est donc inévitable si on ne connaît pas les antécédents.

Informez-vous donc toujours tout d'abord auprès des malades si l'érosion qu'ils vous montrent a été pansée ou cautérisée.

J'ajouterai même que la cautérisation peut donner lieu dans les aines à une certaine fluxion ganglionnaire, cause nouvelle d'erreur.

B. Un diagnostic important et difficile est celui du chancre et de l'herpès.

Il est bien évident que ce n'est pas avec l'herpès dans sa période vésiculeuse qu'on aura à faire cette distinction; de même les classiques donnent des signes diagnostiques tout à fait insuffisants:

L'herpès, disent-ils, est plus multiple, plus confluent — mais il y a des herpès uniques et des chancres multiples.

L'herpès est moins étendu que le chancre; mais il y a des herpès très larges et des chancres tout petits, etc., etc. Tout cela, ce sont des nuances dont on ne peut rien tirer.

On dit encore que l'herpès s'accompagne d'un certain éréthisme local, d'où picotement, malaise régional, chaleur légère précédant l'éruption. Cela est vrai: mais est-il possible de se baser pour le diagnostic sur un phénomène subjectif de ce genre?

Pour moi, je vous propose les trois signes suivants:

1<sup>o</sup> adénopathie; 2<sup>o</sup> état de la base; 3<sup>o</sup> tracé polycyclique.

Avec l'herpès, pas d'adénopathie. On trouve tout au plus une légère tension ganglionnaire, ne présentant pas la dureté caractéristique du bubon satellite.

En second lieu, à moins que l'herpès n'ait été cautérisé ou pansé avec certains topiques, sa base est souple, molle, sans induration.

Le troisième caractère est très important:

Le chancre est circonscrit par un bord absolument régulier, rond ou ovalaire, mais ce bord n'est nullement sinueux.

Au contraire dans l'herpès, les bords sont sinueux, géographiques, dentelés, polycycliques.

Sur leurs contours, on observe de véritables segments de circonférence, tout à fait caractéristiques. C'est que c'est là le génie même de l'herpès: l'herpès en effet se produit en bouquet par dizaines de petites vésicules placées côte à côte; puis elles se rompent et finissent par se réunir. Il est facile dès lors de comprendre quel doit être l'aspect du contour de ces lésions réunies.

Il arrive parfois que cela est peu visible: mais avec une bonne loupe, le contour polycyclique se révélera toujours; n'y eut-il qu'un segment de circonférence, il suffira au diagnostic.

Si cependant ces signes ne paraissent pas suffisants, il faudrait considérer l'évolution. L'herpès se tend pas à s'étendre et se répare d'une façon rapide.

Toutefois, ici encore, il faut se méfier d'un piège. C'est la coexistence possible de l'herpès et du chancre syphilitique. Les deux lésions coexistant, l'une va prospérer plus que l'autre, et au

milieu d'un bouquet d'herpès, vous pourrez laisser passer un chancre. Un chancre étant donné, tout son pourtour est entouré de petites érosions : la multiplicité des lésions, l'existence de vésicules, vous feront diagnostiquer l'herpès, mais le chancre restera inaperçu. Au bout de quelque temps, toutes les érosions seront cicatrisées, mais le chancre subsistera.

*L'étiologie* doit entrer en considération dans ce diagnostic. L'herpès, en effet, est souvent symptomatologique, soit d'une affection générale, soit d'une affection locale.

Parmi les *maladies générales* donnant naissance à l'herpès, il faut signaler : la fièvre synoque, la pneumonie, la fièvre typhoïde, et encore les commotions morales, quelquefois une simple contusion.

Les *affections locales* sont : la blennorrhagie, la vulvite, la vaginite, les règles même. Beaucoup de femmes à l'époque de chacune de leurs règles sont atteintes d'herpès.

Mais il faut bien savoir que *l'herpès peut être symptomatique du chancre syphilitique*, d'où la fréquence de cette coexistence. En pareil cas, il faut donc faire avec soin l'analyse de la lésion.—*France médicale.*

—L'apparition du choléra en Italie a mis obstacle à la réunion du *Congrès international de médecine* qui devait avoir lieu à Rome le 24 septembre. Le Congrès devra se réunir en avril 1894. Cette résolution des organisateurs du Congrès va faire bien des malheureux.

—Le docteur COMBEMALE, traitant au *Congrès des Sociétés savantes*, de la contagiosité de la tuberculose par les poissons, dit : "Le poisson, à quelque état qu'on le consomme, ne peut pas et ne doit pas être considéré comme un moyen de propagation de la tuberculose."

—Dans sa livraison de février dernier, le *Practitioner* suggère l'emploi, dans les cas d'anémie avec constipation, d'une pilule ainsi formulée : Aloine et extrait de noix vomique, un quart de grain de chaque ; myrrhe pulvérisée et poudre d'ipéca, un demi grain de chaque ; un grain de sulfate de fer sec, et deux grains d'extrait de gentiane. Cette pilule se prend une fois le jour, à l'heure du coucher.

*Malheur.*—Le répéteur de l'expérience (Goncourt).

*Femme.*—Un os surnuméraire de l'homme (Bossuet).

## FORMULAIRE.

**Diarrhée séreuse.**—*Hare.*

P.—Teinture d'opium camphré. ....	1 once.
Acide sulfurique aromatisé.....	2 drachmes.
Extrait fluide de bois de campêche.....	1 once.
Sirop de gingembre.....q. s. pour faire	3 onces.

M.—Une cuillerée à thé toutes les heures ou toutes les deux heures.—*College and Clinical Record.*

**Cancer utérin.**—*Award.*

P.—Phénol.....	245 parties (en poids)
Alcool.....	245 “ “
Essence de thym.....	10 “ “

M.—Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau chaude, en injection.

**Mixture contre la dysurie blennorrhagique.**—*M. E. Gebert.*

P.—Salicylate de soude.....	150 grains.
Extrait de belladone.....	5 “
Eau.....	6½ onces.
Teinture d'écorce d'oranges amères. ....	1½ drachme.

M.—*Dose:* Une cuillerée à bouche toutes les deux à trois heures.—*Semaine médicale.*

**Catarrhe du pharynx nasal.**—*Lubet-Barbon.*

P.—Alcool camphré.....	2 onces.
Iodoforme.....	90 grains.
Tannin.....	90 “

M.—Appliquer en passant, tous les deux ou trois jours, dans le pharynx nasal atteint de catarrhe chronique, un pinceau imbibé de cette solution.

**Intertrigo.**—*Dr W. de Garmo.*

P.—Amidon pulvérisé.....	4 onces.
Craie préparée.....	2 “
Alun calciné.....	2 drachmes.
Poudre d'acide borique.....	2 “
Acide phénique.....	30 gouttes.
Essence de citron.....	15 “

Mêlez et faites une poudre impalpable. Saupoudrer la partie malade.—*Semaine médicale.*



# L'UNION MEDICALE DU CANADA

*Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.*

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

MONTREAL, SEPTEMBRE 1893.

## BULLETIN.

### Action ocytocique de la glycérine.

Un médecin allemand, le docteur PELZER, a récemment préconisé l'emploi de la glycérine, en injection utérine, dans les cas où l'accouchement doit être prématurément provoqué. Plus récemment encore le professeur A. R. SIMPSON, d'Edimbourg, ayant expérimenté la méthode, s'en est bien trouvé. Il en explique ainsi le mode d'action :

“ Quand on a soin d'emplir de glycérine la seringue de façon à ce que celle-ci ne contienne pas une seule bulle d'air, l'opération est absolument inoffensive. Une, deux ou trois onces de glycérine sont lentement injectées, et bien qu'une petite quantité du liquide puisse s'en échapper par le tube, il en passe néanmoins une quantité suffisante entre les membranes et la paroi utérine, s'y loge et produit l'effet désiré. Cet effet ne tarde guère à se faire sentir; l'utérus, s'il était au repos, se contracte bientôt; s'il y avait déjà des contractions, elles s'accroissent davantage. Dans les cas où l'action utérine n'est pas aussi énergique qu'on le désire, on peut répéter l'injection, et je ne vois pas pourquoi on ne la répéterait encore et encore, quoique, cependant, si j'en crois l'expérience, la seconde injection suffise.”

Pelzer mentionne trois modes d'action de l'injection glycinée dans ces cas.

1 Elle répare mécaniquement les membranes de la paroi interne de l'utérus, agissant ainsi à la façon du doigt, d'une sonde, d'une bougie, ou d'une injection d'eau chaude (médicamenteuse ou non), dans le col utérin.

2<sup>o</sup> Elle peut avoir aussi pour effet d'irriter directement la face interne de la matrice et de provoquer de la sorte les contractions.

utérines. Ce qui se passe du côté de l'intestin à la suite de lavements glycéринés explique bien le rôle que peut jouer la glycérine dans l'utérus; il y a là non seulement l'augmentation de la sécrétion muqueuse, mais en même temps la stimulation de la couche musculaire, avec contractions laissant une sensation de ténésme après l'évacuation intestinale.

3<sup>e</sup> C'est surtout par ses propriétés hygrométriques qu'agit la glycérine dans l'utérus. Son pouvoir hygrométrique est tel qu'elle s'assimile le liquide amniotique qui transule à travers les membranes, d'où résulte, par la diminution du liquide dans la poche, un véritable collapse de l'utérus, comme cela arrive dans les cas d'accouchement où les membranes se rompent et laissent couler le liquide de l'amnios.

### Les accidents dus à l'antipyrine.

Le Dr RONDOT, de Bordeaux, a publié dernièrement la partie de son cours de thérapeutique consacrée à l'antipyrine. Il a insisté sur les divers accidents produits par ce médicament devenu, on le sait, d'un usage banal, à tel point que les pharmaciens en donnent à qui en veut prendre, même sans ordonnance de médecin.

M. Rondot attire l'attention sur l'état des reins, qui, en l'état de maladie, peuvent ne pas éliminer une proportion suffisante d'antipyrine. Pour plus de sûreté, il ne commence que par de petites doses.

Même au cours d'un traitement bien supporté, l'antipyrine peut produire des phénomènes d'intoxication, consistant en nausées, vomissements, douleurs épigastriques, diarrhée, éruptions cutanées éphémères, sueurs profuses, bouffissure de la face, et même cyanose et collapse.

La fréquence de ces accidents est susceptible de varier. Les éruptions cutanées: érythème, roséole, rougeole, urticaire, vésicules, la plupart du temps s'accompagnent de fièvre et de prurit. Leur durée est de deux à cinq jours, et elles siègent de préférence aux genoux et sur la continuité des membres, notamment dans la région des extenseurs. On peut même voir survenir de l'œdème, du purpura, des ecchymoses, des escarres du sacrum.

Dans les cas de fièvre typhoïde, l'antipyrine peut déterminer de l'algidité, du collapse, du coma ou des convulsions. L'abaissement exagéré de la température est aussi un effet grave, de même que les sueurs profuses et la diminution des urines. Cet abaissement thermique coïncide avec le refroidissement de la peau et des muqueuses et s'accompagne d'engourdissement et

d'anesthésie. C'est alors qu'on doit le plus redouter le collapsus, qui s'annonce par la faiblesse du pouls, son irrégularité, parfois même son imperceptibilité; la respiration devient également irrégulière, et la dyspnée est intense, puis survient un demi-coma pouvant devenir absolu et entraîner la mort.

Chez les enfants, l'antipyrine peut déterminer de l'excitation, des attaques épileptiformes, des crises de convulsions, des contractures. Enfin, en plus d'un cas on a vu survenir des hémorragies dont la plus fréquente a été l'hémoptisie chez les tuberculeux.

Les observations qui précèdent montrent avec quelle prudence il faut prescrire l'antipyrine, et les précautions qu'il faut prendre au préalable quand on en veut donner des doses un peu élevées. Un point qu'on oublie trop est celui-ci: dans toute maladie inflammatoire et fébrile, on ne doit combattre l'élévation de la température que quand celle-ci est anormalement élevée; que la médication soit *anti-hyperthermique* et non simplement antithermique. Avec une température de 103° Fahr. de petites doses peuvent être données, et ce n'est qu'avec 104° Fahr. que l'on peut songer aux doses maxima. Au reste, il est bon de toujours avoir en mémoire le fait que tous les antithermiques et même les analgésiques dérivés du goudron de houille: antipyrine, acétanilide, phénacétine, méthacétine, exalgine, etc., ont une action déprimante sur la circulation et la respiration, ce qui en rend l'action particulièrement dangereuse dans tous les cas d'asthénie cardiaque, de congestion pulmonaire et de lésions rénales étendues.

### Goutte et arthrite rhumatoïde.

Au cours d'une clinique faite à l'hôpital Bellevue, à New-York, le professeur Loomis insiste sur les traits principaux qui mettent le praticien à même de distinguer dès l'abord ces deux maladies l'une de l'autre.

La goutte, dit Loomis, est une maladie du sang et se caractérise par des dépôts d'urate de soude dans les articulations, des symptômes constitutionnels et de l'arthrite. Le premier symptôme d'arthrite se manifeste à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, surtout du côté droit. L'existence de la diathèse goutteuse est indiquée par celle de plusieurs états pathologiques dont les principaux sont l'état bilieux, la céphalée, l'artériosclérose, l'indigestion, etc. Un sujet grand *viveur* qui se trouve dans ces conditions, surtout au lendemain d'un excès de table, peut être considéré comme se dirigeant en droite ligne vers la goutte. Tout sujet présentant de l'athérome artériel et les symptômes précités n'est peut-être pas actuellement goutteux, mais fort en train de le devenir. Il peut, en faisant attention à sa diète et en réformant sa manière de vivre, éviter l'attaque

goutteuse, mais s'il a éprouvé cette attaque, ne serait-ce qu'une seule fois, et légèrement, il se trouve être aux prises avec une perspective goutteuse qu'il devra surveiller très attentivement.

Une fois qu'elle s'est manifestée, la goutte est très apte à récidiver. En examinant ces cas, on constate la dureté des artères, la haute tension du pouls et l'hypertrophie du ventricule gauche, sans souffle toutefois. Les artères ainsi durcies sont sous la dépendance d'une dégénérescence fibroïde généralisée; on retrouve des lésions semblables dans le cœur, le foie et les reins.

Les gros mangeurs, à diète généreuse et riche, sont plus sujets que tous les autres à la diathèse goutteuse, même s'ils ne font pas usage de vins. Cela s'observe très souvent chez les femmes qui mènent une vie de paresse et de luxe. Elles mangent beaucoup et souvent, mais ne prennent pas un exercice suffisant. La marche leur est inconnue, pour ainsi dire, et si vous obtenez d'elles qu'elles fassent de l'équitation, vous aurez fait un véritable miracle. Le traitement de ces cas exige beaucoup de tact et de patience.

Dans l'arthrite rhumatoïde chronique, la scène est toute autre, et Loomis fait voir à ses élèves un malade de ce genre se plaignant de douleurs, non fixées aux doigts des pieds et des mains, comme dans les cas de goutte, mais dans les coudes. Il y a dans ces cas absence de difformité des phalanges. Ce malade constate que, il y a quelques années, il accusa un point sensible, de la rougeur et de la tuméfaction à la région du coude droit, puis au coude gauche et plus tard aux chevilles. C'est là, il faut s'en souvenir, un trait prononcé dans l'arthrite rhumatoïde. Elle s'attaque à une articulation et l'endommage à tel point qu'elle la laisse presque toujours permanemment infirme. Cela fait, elle se dirige vers une autre jointure et produit le même résultat. Ce sont ici les grandes articulations qui sont atteintes les premières, tandis que dans la goutte ce sont les petites jointures. Cette particularité favorise beaucoup le diagnostic et souvent on peut le faire en apprenant du malade quelles articulations ont été prises dès l'abord.

L'arthrite chronique peut bien à la vérité se prendre aux petits articles comme aux gros et peut les laisser plus endommagés que ne le fait la goutte. Tandis que la goutte se caractérise par un excès d'acide urique dans le sang, l'arthrite est, on le suppose, une maladie du système nerveux. Cette arthrite n'est pas une affection rhumatismale et n'est améliorée ni par le salicylate de soude, ni par l'iodure de potassium, ni par la médication anti-rhumatismale en général. Aucun médicament ne saurait la guérir, mais Loomis a observé que, au cours de l'évolution de la maladie, le traitement par l'arsenic et l'huile de foie de morue peut en retarder les progrès.

Au contraire de l'arthrite, la goutte est susceptible de céder à la médication. Le colchique est un quasi-spécifique dans la goutte. On peut le donner seul ou associé aux alcalins. Loomis donne la

préférence à l'extrait acétique de colchique (Ph. E.U.) et le croit plus efficace que la teinture et le vin de semence de colchique. Si la douleur—aiguë la plupart du temps—ne cède pas au colchique, associez à celui-ci un peu de morphine.

Une fois guéri de son attaque, le malade doit être éclairé par le médecin sur l'importance de modifier considérablement son régime de vie et sa diète. S'il ne le fait pas, il peut s'attendre à une autre attaque quelques mois plus tard.

Pour nous servir des expressions de Loomis lui-même, "la goutte exige donc un traitement à la fois scientifique et pratique. C'est une maladie qui vieillit l'homme prématurément. Les dégénérescences fibreuses qu'elle produit font rapidement un vieillard de celui qui, hier encore, était un jeune homme robuste et fort."

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

**Nécrologie.**—A Moivan, Morbihan, à l'âge de 69 ans, M. Jean Martin CHALCOT, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, commandeur de la Légion d'Honneur.

**Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.**—L'examen semi-annuel pour l'admission à l'étude de la médecine aura lieu jeudi, le 21 septembre 1893, à 9 heures a. m., à l'Université Laval, Québec.

L'honoraire est de \$10.00 et doit être payé à l'un des secrétaires, pas plus tard que le 15 septembre. Un certificat de bonnes mœurs est de rigueur. Les candidats qui envoient l'honoraire par maille devront donner leur âge.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec sera aussi tenue à l'Université Laval, à Québec, mercredi, le 27 septembre 1893.

Les aspirants à la licence devront envoyer l'honoraire (§20) et le certificat d'admission à l'étude de la médecine, à l'un des secrétaires. (Dr Belleau, Québec, Dr Brosseau, Montréal).

Le comité des lettres de créance se réunira au même endroit mardi, le 26 septembre, à 10 heures a. m., pour examiner les lettres de créances des candidats qui devront être présents.

Les noms et les honoraires des candidats ne seront pas reçus après 10 hrs. a. m., le 25 septembre.

## VARIÉTÉS.

**Un accouchement garanti.** (1).—M. M..., de San Francisco, est marié à une femme légèrement boîteuse qui est vers le terme de sa cinquième grossesse. Les deux premiers accouchements ont eu lieu à San Francisco; ils ont été terribles, les enfants sont mort-nés et la mère n'a survécu que par miracle. Dans l'un des cas on avait opéré la version podalique. Pour le troisième accouchement, il amena sa femme à New-York auprès d'un célèbre spécialiste, qui appliqua d'emblée le céphalotribe et les ciseaux de Smellie.

Pour le quatrième, M. M..., dont l'unique ambition était d'avoir un héritier, conduisit sa femme en Europe et se décida pour un accoucheur de Marseille qui pratiqua, à huit mois, l'accouchement provoqué, et amena à grand'peine, au forceps, un enfant mort.

Après chaque malheur, M. M... retournait à San Francisco, où sa femme devint enceinte pour la cinquième fois. Il la ramena de nouveau en Europe et après avoir cherché plusieurs mois un accoucheur qui lui convînt, il entendit parler de moi, à Lyon, par la cliente qui fait le sujet de l'observation suivante, et vint me confier le périlleux honneur de lui faire naître un héritier.

Je trouve une dame de trente-deux ans, brune, d'aspect fatigué, légèrement ankylo-ée de la hanche gauche, dont le bassin me paraît devoir se nommer oblique-ovalaire et mesurer environ 95 millimètres.

M. M..., avec sa façon américaine, me déclare qu'il veut un enfant vivant, et qu'il ne permet ni version ni accouchement prématuré; de plus, que je dois lui signer un contrat d'assurance sur la vie de la mère et de l'enfant; contrat à la façon des assurances maritime à la grosse aventure, dans lequel la mère représente le navire, et l'enfant la précieuse cargaison.

L'accouchement me paraissait possible, même probable, je promets d'y mettre tous mes soins; mais je refuse ma signature. Il me montre plusieurs contrats pareils, acceptés par des praticiens américains et californiens; il m'assure que c'est un usage adopté là-bas par tous les gens sérieux; que pour lui, infiniment plus riche que moi, il donnera aux pauvres la somme assurée, si l'enfant meurt; que c'est une manière américaine d'être certain que je mettrai toute ma sollicitude et tout mon talent à lui faire avoir un enfant vivant.

Je refuse toujours, mais il me prend par le point d'honneur,

(1). Extrait des *Anecdotes et Curiosités historiques sur les Accouchements*, par le Dr G.-J. WIRKOWSKI, officier de l'Instruction publique.

disant que je lui montre, par mon refus, que je n'ai pas plus de confiance en ma nouvelle méthode qu'en celle d'une sage-femme.

Je signe enfin, à cet entêté original, une assurance réduite à dix mille francs avec dix pour cent de prime.

Dix mille francs! c'était tout ce que j'avais économisé après huit ans de pratique, aussi j'apportai à cet accouchement, non pas plus de soins et de talent qu'à un autre, mais beaucoup plus d'inquiétude certainement, et l'inquiétude n'est pas une garantie de succès. Au dernier moment, il exigea encore que sa femme fût chloroformée comme elle l'avait été à chaque précédente occasion. Pour cette fois, je me permis une tricherie et ne donnai, à Madame que le chloroforme à la reine.

Aussitôt la dilatation achevée, je rompis la poche des eaux en appliquant le forceps, et grâce au tracteur qui montait pourtant à 65 kilog, j'eus la satisfaction d'obtenir un enfant qui se prit à crier à peine né. C'était une belle petite fille, le père désirait un fils, mais il fut content tout de même, et la première manifestation de sa joie fut de se moquer de moi.

—Vous êtes un excellent accoucheur mais un bien mauvais commerçant, n'entendez rien aux assurances: c'est cinquante pour cent et non pas dix qu'il fallait demander pour prime; vous auriez droit à cinq mille francs au lieu de mille. Vous n'êtes pas prudent, etc.

—C'est vrai, lui dis-je, je ne suis pas commerçant, mais vous n'êtes pas plus prudent que moi; vous ne m'avez pas demandé le prix de l'accouchement; j'aurais dit mille francs; maintenant c'est cinq mille; et, pour la prime, je me rattraperai à votre prochain enfant.

—Bravo, bravo, répondit-il, vous aurez cinq mille francs, vous en aurez même six mille; les pauvres de votre paroisse en auront deux, mais vous ne vous rattraperez pas; si ma chère fille vit, j'épargnerai une nouvelle épave à sa bonne et courageuse mère, etc."

Je ne sais trop si ces assurances sur la vie d'un enfant à venir, sont bien conformes aux principes européens sur la responsabilité médicale. Cette épreuve m'a donné trop de soucis pour que je recommence volontiers, mais je crois qu'au point de vue du client, il pourrait peut-être parfois s'assurer, par ce moyen, plus de sollicitude et de prudence qu'il n'en obtiendrait par de simples honoraires payés, bonheur ou malheur.—Dr ROUSSEL, de Genève.

**Médicaments fournis au temps jadis par l'espèce humaine.**  
—On nommait *mumie* "certaine liqueur odorante et de consistance de miel", recueillie dans les anciens tombeaux de l'Égypte. Au début, on ne fouilla que les sépultures des rois et des grands personnages, et alors la mumie administrée en boisson opérait des guérisons merveilleuses. Mais, ensuite on s'avisait d'ouvrir les

cercueils de pauvres diables "qui estoient morts de ladrerie ou de peste, pour en tirer la nourriture cadavéreuse qui en distilloit et la vendre pour vraie et légitime mumie". (Jehan de Renou, médecin de Henri IV). Ce que voyant, les apothécaires se mirent à fabriquer de la mumie à Paris même. Le médecin Claude Dariot (1859) nous en-enseigne tout au long comment se préparait la mumie liquide, la mumie sèche, et aussi le produit de la pulvérisation du crâne humain, remède souverain contre l'érysipèle et la gravelle.

Une autre substance, produite directement par la nature, avait une action bien plus puissante que la poudre ainsi obtenue :

"Les droguistes d'Angleterre, surtout ceux de Londres, vendaient des têtes de mort sur lesquelles il y a une petite mousse verdâtre, à qui on a donné le nom d'usnée, à cause qu'elle a assez de ressemblance à l'usnée ou mousse qui vient sur les chesnes. Mais le crâne des criminels nouvellement pendus, dépouillé de son pennicule charnu, vidé de sa cervelle et de tout ce qu'il contient, bien lavé et séché, vaut infiniment mieux; c'est celui que les droguistes vendent sous le nom de crâne humain" (P. Pomet, *Histoire générale des drogues*, 1694).

Le célèbre Lémery, membre de l'Académie des sciences, ne mettait pas en doute l'efficacité de cette préparation. Il écrivait en 1738: "Pour faire le magistère du crâne humain on calcine le crâne et on le pulvérise subtilement. Mais ce magistère n'est qu'une tête morte privée de vertu; on fera bien mieux d'employer en sa place, du crâne d'un jeune homme mort de mort violente."

La graisse humaine passait pour un excellent remède contre les rhumatismes, et en ce qui le concerne, le bourreau faisait aux apothécaires une concurrence regrettable. Écoutons encore l'apothécaire Pierre Pomet:

"Nous vendons de l'axonge humaine que nous faisons venir de divers endroits. Mais comme chacun sait qu'à Paris le maître des hautes œuvres en vend à ceux qui en ont besoin, c'est le sujet pour lequel les droguistes et les apothécaires n'en vendent que très peu. Néanmoins, celles que nous pourrions vendre ayant été préparée avec des herbes aromatiques, seront sans comparaison meilleures que celle qui sort des mains des exécuteurs."

On utilisait aussi les huiles et les sels extraits du sang, de la salive, des cheveux, des ongles, de l'urine et même des excréments humains. Moïse Charras (*Pharmacopée royale*) indique le moyen d'obtenir ces produits, et il ajoute: "La fiente de l'homme, à laquelle quelques-uns ont donné le nom de civette occidentale, lorsqu'étant desséchée au soleil elle a changé sa mauvaise odeur en une bonne, ne manque pas aussi de vertus. Car la distillant par la cornue à un feu gradué, on en tire une huile qu'on recommande particulièrement pour la guérison des érysipèles ulcérés et pour celle de la teigne."



Charras enseignait encore à ses élèves comment il procédait à la distillation "de l'arrière faix des femmes", remède admirable que Lémery recommandait sans réserve. On préfère, écrit-il, celui qui vient à la naissance d'un garçon à celui d'une fille. On doit le choisir nouvellement sorti d'une femme saine et vigoureuse, entier et beau. On l'applique tout chaud, sortant de la matrice, sur le visage pour en effacer les lentilles. On s'en sert aussi intérieurement étant séché et mis en poudre pour l'épilepsie, pour hâter l'accouchement, pour apaiser les tranchées. La dose est depuis un demi-scrupule jusqu'à deux scrupules."

Des remèdes de ce genre, le plus répandu était l'essence ou l'esprit d'urine. Extrait de "l'urine des jeunes gens qui boivent du vin", il guérissait l'apoplexie, l'épilepsie, la convulsion, etc.; mêlé au baume tranquille, c'était un remède souverain contre les vapeurs. Mme de Sévigné, qui en faisant un fréquent usage, écrivait à sa fille le 13 juin 1685 : "Pour mes vapeurs, je pris huit gouttes d'essence d'urine, et contre son ordinaire, elle m'empêcha de dormir; mais j'ai été bien aise de reprendre de l'estime pour elle : je n'en ai pas eu besoin depuis." (A. Franklin, *La vie privée d'autrefois; les médicaments*, 1891).—*Lyon médical*.

—**Velpeau, serrurier.**—A chacun son dada en ce bas monde: Théophile Gautier se croyait un grand peintre; Ingres, un grand violoniste, etc...

Velpeau aurait donné toute sa gloire médicale pour le plaisir d'être regardé comme un habile serrurier.

Un jour qu'il venait de faire une opération très compliquée, il passait, pour sortir, dans l'antichambre de son client. Là, s'arrêtant tout à coup, il se retourna vers le docteur Magne, le savant oculiste, qui venait de lui servir d'aide et qui, à la brusquerie de son mouvement, crut qu'il avait oublié un détail de pansement:

Voyons, Magne, fit Velpeau, comment sortiriez-vous d'ici? Cette antichambre a cinq portes pareilles... Quelle est celle qui conduit au dehors?

Embarras de notre confrère qui ne s'attendait pas à une semblable question:

—Eh bien! s'écria Velpeau, c'est celle-ci! Regardez, c'est la seule dont la serrure soit en dedans... On voit bien que vous n'êtes pas du métier.

Et il sortit, plus fier de cette petite leçon de serrurerie que de la magnifique opération qu'il venait d'exécuter.—*Journal de méd. de Paris*.

### Naissance.

McINTOSH.—Dimanche, 6 août 1893, l'épouse du Dr J. F. McIntosh, de North Grosvenordale, Connecticut, a donné naissance à un fils, James-Henri-Adrien de Lafayette.