

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

Quel rôle reste-t-il à l'Ergot en Obstétrique? (1)

par J. B. A. LAMARCHE, M.D.

Professeur d'obstétrique à l'Université Laval, Montréal.

Depuis vingt-cinq ans et plus le qualificatif de *Pulvis parturiens* appliqué pendant près d'un demi siècle à l'ergot a bien perdu de sa justesse.

Si un certain nombre de vieux praticiens se refusent à mettre bas une arme dont ils se sont servi dans tant de combats émouvants, et continuent à employer le fungus à dose variable pendant les trois périodes du travail, il faut bien constater que leurs rangs s'éclaircissent très rapidement pour aller resserrer ceux du camp adverse qui se range plus ou moins complètement à l'opinion de Tarnier et de Pajot : " Ne donnez jamais d'ergot tant qu'il reste quelque chose dans la cavité utérine."

Bien plus, et du reste il était facile de le prévoir en se rappelant l'histoire de la saignée, cette proposition, tout absolue qu'elle paraisse à quelques-uns, a été bientôt débordée. Il ne manque pas d'autorités qui maintiennent que l'ergot n'est pas nécessaire, ne doit jamais être employé en obstétrique dans quelque circonstance que ce soit.

J. W. Hyde (*Arch. of Gyn.* 1888, p. 301), résume comme suit une thèse sur ce sujet : " L'ergot administré avant la délivrance cause une mortalité effrayante chez les enfants—il peut causer la rupture du périnée et de l'utérus—il n'est pas indiqué dans le travail prolongé, l'inertie utérine, le forceps vaut mieux et pour la mère et pour l'enfant—il est la cause la plus fréquente de la rétention du placenta—il produit des tranchées inutiles qui achèvent d'épuiser la mère—il est une cause fréquente de subinvolution et de déplacements utérins, enfin il n'est jamais nécessaire." Stapfer (*Union médicale de Paris*), partage à peu près les mêmes idées. Engelmann (*Arch. of Gyn.*, 1889, p. 344) est encore plus affirmatif et le proscrit complètement.

L'incertitude d'action et l'instabilité de l'ergot jointe à une connaissance insuffisante de son mode d'administration d'une part, et les nombreux moyens de l'aider ou de le remplacer dans certains cas mis à notre disposition par la clinique obstétricale d'autre part, injections chaudes—froid—antiseptiques—méthodes de Crédé, de Kristeller, de Hœning—le tamponnement vaginal et utérin—

(1) Travail lu devant la Société de médecine pratique de Montréal, le 16 décembre 1892.

le curettage—les instruments perfectionnés), n'ont pas été de faibles facteurs pour amener la révolution qui a pour objet de remplacer un agent infidèle et dangereux par d'autres tout aussi efficaces et plus faciles à contrôler.

Il résulte de ce qui précède que l'ergot est loin d'avoir aujourd'hui en obstétrique l'importance que lui attribuaient nos prédécesseurs; les indications en sont beaucoup plus restreintes et le mode d'administration en est notablement modifié.

Toutefois, la cause est loin d'être jugée; la proposition de Pajot, quelque service qu'elle ait rendu, n'est pas encore acceptée comme un axiôme, et longtemps encore elle paraîtra, à plusieurs, trop absolue.

Pour nous rendre compte des divergences d'opinion qui existent sur la question, examinons sommairement le rôle que joue l'ergot :

1^o Dans les deux premières périodes du travail.

2^o Dans la troisième.

3^o Dans l'avortement.

4^o Dans l'hémorrhagie.

5^o Dans l'involution utérine.

6^o Dans la septicémie.

7^o Dans les tranchées et l'expulsion des caillots post-partum.

Pour la clarté du sujet, il me paraît utile de rappeler la pharmacologie et l'action physiologique de l'ergot et la structure de l'organe sur lequel il agit.

L'ergot est un champignon, un fungus, développé aux dépens des étamines du seigle, du blé, de l'avoine et de certaines herbes sauvages. Il fut introduit en obstétrique par Desgranges, de Lyon, et par Stearns, de New-York, vers 1818. D'après les récentes analyses de Kobert, il peut se décomposer en ergotine, acide sphacélinique et cornutine, toutes substances complexes dont l'activité relative est contestée. Toutes les ergotines du commerce ne sont que des extraits solides ou liquides, alcooliques ou aqueux dont l'action et l'activité sont très variables et qu'il faut bien se garder d'assimiler à la strychnine, à l'atropine, etc.

Il a pour effet : 1^o de ralentir les mouvements du cœur, 2^o d'augmenter la tension et la congestion artérielles, 3^o de contracter les fibres musculaires lisses, surtout celles de l'utérus (Claude Bernard, cité par Egb. Grandin le traducteur et le commentateur de Charpentier—in *Cycl. of Obst. and Gyn.*, vol. 3, p. 340).

Suivant la dose, (1 à 2 gram.) il augmente simplement l'intensité de la contraction sans lui enlever son caractère intermittent (Wood, *Med. Rec.* 29 Déc. 88—Bolles, *Ref. Handb. of Med. Sc.*) ou il produit (4 à 6 gram.) un spasme tonique ou tétanique continu du muscle utérin qui produit une ischémie relative de l'organe. Mais, fait qu'il importe de remarquer, presque nul au début de la grossesse, ce spasme est d'autant plus accentué qu'on se rapproche davantage du terme—ou si on le veut, ce spasme est d'autant plus ac-

centué que l'utérus a acquis par le fait de la grossesse plus de contractilité et de rétractilité—d'où on infère que l'ergot est un abortif fort douteux et très infidèle, mais un incontestable ocytocique dans la grossesse avancée.

L'utérus est schématiquement composé de trois ordres de fibres : 1^o Les verticales, du corps, qui s'insèrent par leurs deux extrémités, en contournant le fond sur : 2^o les circulaires, qui constituent le col : 3^o les interstitielles, du corps, qui entourent, supportent et contrôlent dans une certaine limite les vaisseaux et les glandes de l'organe. La résistance des fibres circulaires du col, moins nombreuses et moins puissantes est vaincue par la contraction des verticales du corps, et exécutent la première période du travail, la dilatation ; la contraction des verticales se continuant exécute la période d'expulsion, la contraction des fibres interstitielles détache le placenta, obture la lumière des vaisseaux et effectue presque seule la délivrance.

Si on accepte ce qui précède,

1^o Quel est le rôle de l'ergot dans les deux premières périodes du travail ?

Il est toujours dangereux, quelquefois mortel, plus souvent pour l'enfant que pour la mère, quelquefois pour les deux, telle est l'opinion de l'immense majorité. (Tout ceci s'entend de l'ergot administré à dose ordinaire.) Pourquoi ? Parce que l'ergot à dose ordinaire produit un spasme continu pendant toute la durée duquel la circulation placentaire est gênée au point d'asphyxier l'enfant, tandis que la contraction normale intermittente ne se prolonge pas assez longtemps pour produire le même effet désastreux, car le fœtus, s'il est affaibli par la contraction, a amplement le temps de se récupérer pendant les intervalles, mais n'oublions pas qu'administré à petites doses il augmente la contraction sans lui enlever son caractère intermittent—à doses répétées il peut produire la rupture de l'utérus, celle du périnée, l'enchatonnement du placenta, le retard du travail par rigidité du col, etc.

Mais je suppose que le col est largement dilaté et la tête engagée et que les contractions viennent à cesser, l'expulsion retardée ; n'est-il pas indiqué d'administrer l'ergot ? je le crois. Pour amener l'expulsion ? non, tout au plus pour la favoriser, car le forceps est suffisant et préférable à l'ergot, mais surtout pour prévenir l'hémorrhagie que laisse à redouter l'inertie du temps d'expulsion. Si la présentation est mauvaise ou irrégulière, l'ergot est évidemment contrindiqué ; de même dans les bassins viciés et même dans la présentation normale du siège, à cause de la contraction probable ou tout au moins possible du col utérin sur le cou de l'enfant.

2^o Quel est le rôle de l'ergot dans la délivrance ?

Tant que l'utérus contient le fœtus, sa diminution de calibre pendant la contraction n'est pas suffisante pour rompre les adhé-

rences qui retiennent le placenta fœtal au maternel, outre qu'après la rupture des eaux le placenta est comprimé et fixé entre l'utérus et le fœtus, mais une fois l'expulsion produite, l'utérus, revenant sur lui-même, détache le placenta qui ne se contracte pas. Supposons qu'à ce moment, ce qui n'est pas rare, la contraction de l'organe n'ait pas lieu, il y a décollement partiel, hémorrhagie plus ou moins abondante. Peut-on, doit-on donner l'ergot malgré que l'utérus ne soit pas vide ? On ne s'accorde guère la-dessus.

“Ce médicament (l'ergot) dit Schrœder (*Man. d'acc.*, p. 434) est indiqué aussitôt qu'on a une raison quelconque de supposer que l'utérus débarrassé du fœtus se contractera mal. On peut le donner dans ces cas aussitôt que l'expulsion de l'enfant touche à sa fin, mais on ne doit jamais le donner à un moment où l'on n'est pas sûr de pouvoir terminer l'accouchement. Employé même pendant la période de délivrance, c'est un moyen plein de valeur.”

Un certain nombre d'accoucheurs, dit Charpentier (*Cyc. of Obs. and Gyn.*, vol. III. p. 343) et j'étais autrefois du nombre, ont l'habitude d'administrer de l'ergot après la délivrance pour prévenir l'hémorrhagie. J'ai depuis longtemps abandonné cette pratique que je crois injurieuse.

Siguireff, prof. de gynécologie à l'Université impériale de Moscou (*Hémarr. utér.*, p. 144), dit que “les cas dans lesquels le seigle ergoté produit le meilleur effet sont ordinairement les cas de métrorrhagie survenant après l'accouchement ou l'avortement, que l'utérus soit tout à fait vide ou qu'il y reste une portion du placenta ou des membranes.”

Pour ma part, je crois que si la parturiente, surtout la primipare, est dans un état de santé satisfaisant—a eu un travail normal, effectué dans des conditions de mécanisme et de temps normales, l'ergot n'est pas indiqué.

Si la parturiente, surtout la multipare, accuse une hémorrhagie à un accouchement antérieur—si elle a un *tedious labor*—de l'hydramnios—est anémique ou cachectique—l'ergot est évidemment indiqué. Pourquoi ? Dans le 1er cas, la nature se suffira à elle-même ; dans le 2me, je donne l'ergot parce que l'hémorrhagie est trop probable et dangereuse, et les dangers d'une dose modérée d'ergot trop problématiques. Je ne prétends pas que c'est là la seule ressource, mais sous les circonstances, c'est la plus sûre et la plus facile.

3^o Quel est le rôle de l'ergot dans l'avortement irrévitable ?

On a employé l'ergot pour prévenir ou retarder l'avortement, mais là, ses bons effets me paraissent plutôt théoriques que pratiques et je ne m'y arrête pas. Pour ce qui en est de l'avortement irrévitable, si je m'en rapporte à la méthode de l'intervention native et forcée des Anglais et de la majorité des Américains, laquelle consiste à dilater, au besoin, curetter, injecter, tampon-

ner l'utérus, je dois dire que je n'y crois pas. Si j'admets que l'ergot est contraindiqué tant que l'utérus n'est pas vide, et j'y voudrais des exceptions—il ne peut être question de l'ergot, mais étant partisan de la temporisation armée avec la fétidité des lochies comme limite d'expectation—survenant une hémorrhagie, que faire ? Intervenir instrumentalement sur un col non dilaté, pratiquer des injections chaudes vaginales qui offrent une garantie plus ou moins problématique—pratiquer la méthode de Hœning qui n'a pas encore droit de cité en obstétrique ? J'emploierai simultanément quelques uns de ces moyens, mais je commencerai par l'ergot auquel je joindrai le tampon ment au besoin ; c'est ce que pratique et conseille Charpentier (*Cycl. of Obst. and Gyn.*, vol. 11, p. 340), et ce qu'endosse Grandin, son traducteur et commentateur, qui est pourtant un fervent disciple de la proposition de Pajot. Elle a donc des exceptions cette proposition—au moins pour quelques-uns.

Pourquoi employer l'ergot ? D'une part il est admis que le segment supérieur de l'utérus seul s'hypertrophie pendant la première moitié de la grossesse et acquiert avant l'inférieur la contractilité et l'élasticité, tandis que le segment inférieur ne se développe que pendant la seconde moitié. On en a la preuve dans ce qui se passe dans le cas de placenta prævia, alors que cet organe complètement développé et adhérent ne peut plus suivre l'ampliation du segment inférieur et se décolle à chaque tranchée, mais cette élasticité et cette rétractilité qu'acquiert le segment supérieur de l'utérus pendant la première moitié de la grossesse ne se manifestent que graduellement, c'est pour cela que les hémorrhagies de l'avortement sont si fréquentes et si abondantes—pour cela que l'ergot est un abortif de si faible valeur.

Or, supposez une hémorrhagie dans ces conditions, quel effet aura l'ergot ? Il contractera plus ou moins le muscle utérin suivant l'époque de l'avortement, aidant ainsi à décoller l'œuf, ou le placenta qui n'existe pas comme organe distinct avant trois mois, et diminuera ou arrêtera l'hémorrhagie, mais son effet hémostatique sera complété, ou effectué en entier par son action sur la circulation, vu qu'il ralentit les battements du cœur et diminue l'apport de sang dans l'utérus.

Le fait de voir se fermer le col sur le contenu de l'organe est-il constant ? Pas autant, je crois, que le prétendent certains médecins, et voici sur quoi je base ce doute : le segment supérieur de l'utérus beaucoup plus développé est proportionnellement plus fort, plus rétractile et contractile que le col et le segment inférieur qui ne se développent que pendant la seconde moitié de la grossesse.

Pour la même raison, la crainte de transformer une hémorrhagie externe en interne me laisse un peu incrédule, surtout en tenant compte du fait que la cavité utérine est tellement petite et sa dilatabilité si peu prononcée qu'il ne peut s'épancher dans

l'organe qu'un volume de sang absolument insuffisant à causer la mort. Lindley, (*Cal. Pract.*), Moffett, (*Ind. Med. Journ.*) et autres l'emploient à faible dose quand il y a menace d'avortement se basant sur l'effet de la contraction tonique produit par l'ergot.

4^o Quel est le rôle de l'ergot dans l'hémorrhagie ? Ce que j'ai dit à propos de l'emploi de l'ergot dans les deux premières périodes du travail me permet de résumer mon opinion à ceci : dans le décollement prématuré du placenta, repos absolu, injections chaudes, rupture des membranes, tamponnement, ergot à petites doses si les moyens précédents sont insuffisants.

Dans le placenta previa, Charpentier conseille l'emploi simultané de l'ergot et du tamponnement. Malgré tout le poids d'une si grande autorité, la grande majorité des praticiens est dissidente et se contente soit du tamponnement, qui, bien fait, offre des garanties suffisantes, soit de l'intervention manuelle d'après ses différentes méthodes. Qui a raison ?

Dans l'hémorrhagie post-partum, la masse d'opinion est si prononcée que je crois inutile d'insister : videz l'utérus et faites une injection hypodermique d'ergotinine Tanret qui agit presque instantanément, ou administrez la poudre fraîche ou un bon extrait fluide d'ergot par la voie stomacale, n'oubliant pas, dans ce dernier cas, que le remède n'agira qu'au bout de dix à quinze minutes.

Voici l'ordre dans lequel Foster (*Med. Era in Arc, of Gynec.* 1888 p. 233) conseil d'agir :

- 1^o La main sur l'abdomen ;
- 2^o Une main en dedans de l'utérus et une main en dehors ;
- 3^o L'ergot ;
- 4^o Injections chaudes ;
- 5^o Injections d'eau froide, ou introduction de glace dans l'utérus ;

6^o Injections de vinaigre chaud ou froid ;

7^o Injections de perchlorure de fer 2 drachmes pour 1 once d'eau.

Putnam (*Med. Summary in Arch. of Gyn.* 1888 p. 240), conseille l'ergot :

1^o Chez les primipares, chaque fois qu'on est appelé auprès d'une patiente pour la première fois.

2^o Chaque fois que la patiente a eu une hémorrhagie à un accouchement précédent.

3^o Quand il y a une tendance à l'hémorrhagie dans la famille.

4^o Quand l'utérus ne se contracte pas suffisamment dans un espace de temps raisonnable ou qu'après s'être contracté il se relâche.

5^o Quand il y a hémorrhagie.

Sneguireff, professeur de gynécologie à l'Université Impériale de Moscou (*Hémorrhagies utérines* p. 144), dit : Les cas dans lesquels le seigle ergoté produit le meilleur effet sont ordinairement

ceux de métrorrhagie survenant après l'accouchement ou l'avortement, que l'utérus soit tout à fait vide ou qu'il y soit resté une portion du placenta ou des membranes.

Reichert (*Phil. Med. Times*) dit qu'on ne doit donner l'ergot qu'alors que le placenta est sous contrôle; alors administrez en plusieurs doses à intervalles rapprochés jusqu'à ce que l'utérus soit bien contracté et abaissé, puis continuez à donner une dose toutes les quatre heures.

Lusk (*Science et art des accouchem.* p. 528), dit que " la seule indication urgente de l'ergot existe dans la production de l'hémorrhagie post-partum qui résulte de l'atonie de la matrice..... " Mais même en semblable circonstance il faut en différer l'usage jusqu'après l'expulsion de l'arrière-faix, à moins que les contractions irrégulièrement réparties de l'utérus n'entraînent la rétention prolongée du placenta ou ne soient incompatibles avec les manœuvres manuelles nécessaires pour son extraction.

5^o Quelle est l'action de l'ergot dans l'involution utérine ?

A la suite de la délivrance, l'utérus hyperplasié va se débarrasser des éléments histologiques qu'il avait acquis pour remplir ses fonctions pendant la gestation. On a fixé à une moyenne de 40 jours le temps qu'exige cette régression, et on a donné à cette période les noms de *puerperium*, période puerpérale, période d'involution.

Le mode par lequel elle s'effectue est la dégénérescence graisseuse, amenée par l'atrophie des vaisseaux (causée elle-même par la contraction utérine) et la résorption des éléments dégénérés par les veines et les lymphatiques.

Or si on admet que l'ergot a pour effet :

1^o De faire contracter le muscle utérin ;

2^o De diminuer le calibre des vaisseaux et la tension artérielle, il me semble permis de conclure qu'il est indiqué dans un processus qui exige précisément ces deux conditions; pourtant c'est un des points les plus débattus de la thérapeutique de l'ergot.

Pinzoni, (*Brit. Med. Journ.*), conclut de nombreux faits de clinique expérimentale que si l'ergot a une influence quelconque dans l'involution, c'est plutôt pour la retarder.

Le Dr Blanc, à la suite d'expériences analogues, arrive aux mêmes conclusions.

J. W. Hyde (*Brooklyn Med. Journ.*) prétend que l'ergot est un facteur très puissant dans la production de la sub-involution et des déplacements utérins.

Herman et Fowler (*Arch. of Gyn.* 1888, p. 223) concluent d'une expérience comparative sur deux séries de 50 cas chacune que l'ergot, administré pendant un laps de temps suffisant, favorise l'involution.

Le Dr Hale (*Med. Era*) dit que l'ergot est l'agent qui favorise le plus l'involution. Reichert est aussi affirmatif.

Le Dr Shaw (*Kans. Med. Journ.*) dit que l'ergot favorise l'involation parce qu'il amène la contraction et la rétraction des fibres musculaires de l'utérus, la contraction des artérioles, et favorise par là même la dégénérescence grasseuse en diminuant l'afflux sanguin.

Comme on le voit, les divergences d'opinion sont assez nombreuses et tranchées.

6° Quels sont les effets de l'ergot en rapport avec la septicémie?

Reichert dit qu'il réduit à son minimum le danger d'infection septique.

Pinzoni croit que c'est un prophylactique contre la fièvre puerpérale, un antiseptique indirect, mais qu'il aggrave la septicémie quand elle est déjà déclarée.

Le Dr Shaw, cité plus haut, dit que l'ergot tend à diminuer le danger d'infection septique et abrège la convalescence.

Le Dr L. Playfair (*N. Y. Med. Rec.* 1888, 29 Dec.) recommande l'ergot pour prévenir la formation ou favoriser l'expulsion des caillots; mais il ne manque pas de médecins qui affirment que l'ergot a pour effet d'emprisonner les caillots et de favoriser la septicémie.

Je m'en rapporte volontiers à l'opinion de Playfair et surtout à celle de Pinzoni, prêt à l'intervention armée au premier signe de danger fourni par le pouls, la température et la fétidité des lochies. Les tamponnements vaginal et utérin, les injections antiseptiques, le curettage, pas plus que l'ergot ne sont des moyens inoffensifs et infailibles comme on le prouve la pratique. Tous se supplèent les uns les autres, mais je conviens volontiers que l'emploi de l'ergot exige beaucoup plus de prudence, d'expérience et de tact.

Je résume : L'ergot est un agent instable et dangereux dont les indications sont restreintes mais précieuses en obstétrique.

Les effets dangereux qui le caractérisent, il les partage avec la plupart des autres agents ou méthodes : le forceps, la version, l'intervention instrumentale, etc., l'expectation armée, les injections antiseptiques, la glace, le perchlorure de fer, etc., etc. Comme eux, plus qu'eux il exige de la part de celui qui s'en sert des connaissances suffisantes et du tact.

De ce que dans la plupart des circonstances il ne constitue pas la seule ressource, ce n'est pas pour moi, une raison suffisante pour le proscrire absolument. En obstétrique, plus qu'ailleurs, l'urgence est quelquefois telle qu'on en a pas trop de plusieurs moyens employés simultanément. Dans l'hémorrhagie post-partum, se contente-t-on de l'ergot et de l'ergotinine; dans l'avortement, si l'hémorrhagie est alarmante et que les autres moyens échouent ou ne sont pas à portée, va-t-on négliger l'ergot parce qu'il peut faire contracter le col et emprisonner les caillots, ne faut-il pas parer au danger le plus pressant et parer ensuite aux accidents possibles. La médecine et la chirurgie n'en ont-elles pas des centaines de ces précieux pis-aller?

La proposition de Pajot ne doit pas être prise dans un sens trop absolu, trop dogmatique, elle a rendu d'immenses services et révolutionné l'obstétrique, mais comme toutes les règles générales elle sera confirmée par des exceptions plus ou moins nombreuses.

Ceux qui, aujourd'hui, emploient l'ergot comme *pulvis parturiens* dans les deux premiers temps du travail forment une minorité négligeable. Ceux qui, en pratique, acceptent dans sa lettre la proposition de Pajot, ne sont pas, je crois, (si j'en excepte la France) la majorité.

L'ergot bien administré peut être quelquefois très utile, même en dehors de l'hémorrhagie post-partum; Goodell, Parvin, Busey, disent n'avoir jamais obtenu de mauvais résultats de son emploi judicieux, emploi dont les indications n'ont pas pour eux la sévérité de la proposition française.

Voici comment s'exprime Doléris dans sa traduction de l'ouvrage de Lusk, page 528 :

“ La rigueur de cette formule peut laisser quelques doutes dans l'esprit des praticiens peu expérimentés, et il existe encore je le sais, des accoucheurs prudents qui manient judicieusement l'ergot et l'utilisent dans certains cas. Nous avons vu des maîtres sûrs d'eux-mêmes le hasarder dans des conditions déterminées. Mais en thèse générale, si l'on compare les bienfaits de la doctrine de Pajot aux déplorables résultats de la pratique contraire, l'hésitation n'est plus permise lorsqu'on s'adresse à des élèves et à de jeunes médecins ”

Qu'est-ce à dire, sinon que l'ergot est une arme dangereuse avec laquelle il ne faut pas jouer. C'est bien là ce que je crois. Mais cette arme pourquoi la briser ?

De la blennorrhagie lacunaire et glandulaire :

par M. T. BRENNAN, M.D.

Professeur agrégé à l'Université Laval, Montréal ;
Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame. (1)

Il s'agit d'une localisation particulière et très importante. je crois, au point de vue pratique, de la blennorrhagie ; ne portant pas de nom distinctif, je me permettrai de la baptiser du nom de *blennorrhagie glandulaire et lacunaire* de l'urèthre ; ce terme n'est peut-être pas scrupuleusement exact dans tous ses points anatomiquement parlant, mais il nous servira à distinguer l'affection dont je viens vous entretenir pendant quelques minutes, de la blennorrhagie ordinaire, muqueuse, simple, ou ulcéreuse, ou parenchyma-

(1) Communication faite à l'Association des Internes de l'hôpital Notre-Dame, le 30 novembre 1892.

teuse, et de celle liée à un rétrécissement du canal. L'affection dont je veux vous parler a son siège uniquement dans les éléments glandulaires à long conduit, et dans les éléments lacunaires à valvule et à cul-de-sac.

Elle peut probablement exister inaperçue au cours d'une blennorrhagie aiguë ou sous-aiguë, et guérir avec elle; mais elle s'isole parfois cliniquement par sa chronicité, son obstination à céder aux traitements ordinaires dirigés contre la blennorrhagie chronique, les rétrécissements et les granulations uréthrales, et par le fait qu'elle persiste après la guérison des affections que je viens de mentionner; et, encore, en ce qu'elle peut exister sans la présence de celles-ci.

Cette maladie n'a jamais reçu l'attention qu'elle mérite au point de vue pratique. Plusieurs auteurs l'ont signalée; Gubler y a touché indirectement dans ses travaux sur les glandes de Méry, mais personne ne paraît s'être attaqué avec succès au traitement de la maladie. On était découragé de la présence et de la thérapeutique de l'affection, à tel point que Tiliaux a dit; "Il me paraît vraisemblable que cet état si rebelle à toute espèce de traitement a pour cause une inflammation chronique localisée dans une des lacunes ou l'un des nombreux conduits glandulaires de l'urèthre. On en est réduit en fin de compte à conseiller aux malades d'attendre leur guérison de l'effet du temps." C'est contre ce dernier énoncé que je voudrais réagir.

Pour faire le diagnostic de l'affection, il faut éliminer tout rétrécissement ou urétrite chronique pouvant donner lieu à un écoulement. Si ceux-ci existent et qu'après un traitement à point l'écoulement persiste, on doit soupçonner une localisation lacunaire ou glandulaire, soit profondément dans la partie reculée de l'urèthre (glandes prostatiques, utricule prostatique, glandes de Méry, canaux éjaculateurs), soit dans la portion moyenne et antérieure du canal (dans les lacunes de Morgagni et surtout celle de Guérin).

La maladie peut exister et se reconnaître plus facilement chez les sujets qui ont eu une *blenn* ordinaire qui a guéri, et qui n'ont ni rétrécissement, ni granulations du canal. Le diagnostic se ferait plus scientifiquement et plus sûrement à l'aide d'un examen endoscopique de l'urèthre. Actuellement nos moyens d'investigation sont trop limités pour affirmer avec certitude, dans tous les cas, l'existence de la maladie. A mesure que l'endoscope urétral se perfectionnera, sera d'un prix moins élevé et d'un usage plus répandu, on verra, j'en suis certain, cette localisation de la blennorrhagie plus souvent confirmée et son traitement se perfectionner. On trouvera dans la présence de cette lésion la raison de la persistance de tant d'écoulements uréthraux si rebelles à tout traitement.

Je passe au traitement de l'affection. Les traitements ordinaires

dirigés contre la blennorrhagie étant inefficaces, il faut en instituer un qui soit spécialement en rapport avec le siège de la lésion. La raison des insuccès des traitements ordinaires est que l'on n'atteint pas le mal dans son siège. Jetons un regard sur ces traitements et les raisons de leur inefficacité.

1^o Les *injections ordinaires* ne pénètrent pas au siège de la suppuration, et pour plusieurs raisons : d'abord, la petitesse des orifices glandulaires et la sécrétion dont le conduit sécréteur est souvent rempli s'y opposent, l'état de plénitude des lacunes, l'accolement de leurs parois, la vitesse avec laquelle l'injection est poussée, la pression exercée par celle-ci sur les valvules et orifices glandulaires lorsqu'elle distend le canal, sont autant de causes qui empêchent une action sur les lacunes.

2^o Les *instillations* dans l'urèthre et les *injections rétrogrades* ne peuvent y pénétrer en raison de la disposition anatomique des lacunes et des conduits glandulaires, dont les ouvertures regardent vers le méat.

L'état de plénitude de ces éléments empêcherait l'action de la capillarité. En admettant une action de succion, celle-ci n'aurait que pour résultat de vider et d'irriter la glande ou la lacune.

3^o L'*uréthrotomie interne* n'a aucun effet sur les lacunes et les conduits glandulaires; sur les premiers éléments son action est impuissante en vertu même de la forme et de l'usage de l'uréthrotomie, comme vous pourrez facilement vous en convaincre en examinant un de ces instruments.

4^o La *dilatation* n'agit pas plus, car la lacune est petite, élastique et ne se rompt pas.

5^o Les *médicaments éliminés* par les urines ne peuvent avoir d'action sur la maladie; la disposition anatomique s'y oppose.

J'en reviens au traitement méthodique que j'ai institué, me basant sur les données dont je viens de vous faire part.

Il faut 1^o détruire la barrière qui nous empêche d'arriver à la lésion; 2^o attaquer cette lésion sur place en faisant disparaître le pus et en modifiant la surface sécrétante.

Cliniquement, je crois pouvoir diviser mon traitement en deux :—

1^o Celui de la forme antérieure.

2^o “ “ “ postérieure.

I. *Traitement de la forme antérieure* : 1^o les instillations; 2^o l'électrolyse; 3^o la section.

1^o Les *injections* dans la lacune se font avec un embout de seringue long et fin, à bout légèrement olivaire, aplati au besoin; on limite ainsi directement à la lésion la quantité et l'action du médicament employé.

2^o L'*électrolyse* avec un électrode en carbone, très petit, qui pénétrerait à l'intérieur de la lacune, pourrait également être utile.

Les injections et l'électrode pourront peut-être réussir à la lon-

gue, mais je crois que la plupart du temps il vaut mieux en venir de suite à la section.

3^o La section de la valvule ou du conduit, je pourrais la qualifier de *lacunotomie*. Les uréthrotomes ordinaires ne peuvent servir à cette petite opération; je me sers d'un "lacunotome" que j'ai fait construire sur les modèles que voici.

II. *Traitement de la forme postérieure*. — Cette forme est généralement inaccessible aux sections, à l'électrolyse et aux instillations dans les conduits.

Il nous reste trois agents importants de traitement: 1^o le peroxyde d'hydrogène; 2^o le nitrate d'argent; 3^o le massage.

1^o Le *peroxyde d'hydrogène* est le seul médicament qui paraisse renfermer toutes les conditions voulues; d'abord il est destructeur acharné du pus, partout où il le trouve; alors, il pourra complètement débarrasser les follicules, y pénétrant par action chimique jusque dans leurs plus petits recoins; ensuite, c'est un antiseptique puissant, de sorte qu'il prépare le terrain pour l'action d'un autre agent, au besoin.

Je l'emploie en injections rétrogrades avec un injecteur spécial.

2^o Le *nitrate d'argent* en solution appropriée est quelquefois indiqué à la suite du peroxyde. Il pourra en être ainsi d'autres substances telles que le permanganate, le sublimé, etc., en irrigations rétrogrades abondantes.

3^o Le *massage*. Je le pratique sur une grosse sonde métallique par la compression digitale externe ou par le rectum.

La forme antérieure est celle qui m'a donné le plus de satisfaction thérapeutique, les lésions étant plus accessibles au traitement.

Je signalerai, entre plusieurs, quatre cas assez probants, traités uniquement sur les principes que je viens d'énoncer. Plusieurs autres guérisons ayant été obtenues par des traitements combinés ne peuvent être aussi concluants.

I. Avait eu une *blenn* 1½ an avant; dura trois mois; puis goutte de temps à autres presque tous les jours avec recrudescence parfois, sans cause appréciable.

Il n'y a pas de signes de rétrécissement ni d'urétrite chronique. Il avait subi tous les traitements imaginables, y compris le nitrate d'argent en instillations, sans amélioration appréciable.

Le débridement de quelques lacunes amena bientôt une guérison qui dure encore.

II. Malade depuis deux ans; avait subi deux uréthrotomies internes avec de l'amendement; mais une goutte persistait malgré tout traitement:

La division de deux valvules amena la guérison.

III. Quatre ans avec une *gleet*, avec exacerbation de temps en temps. Avait subi une uréthrotomie pour stricture "membraneuse" sans résultat. Une "lacunotomie" fit disparaître la goutte.

IV. Malade depuis 1½ an; goutte le matin; aucune sensibilité

ni à la pression ni au passage des plus grosses sondes; pas de rétrécissement appréciable. L'introduction des sondes n'amena aucune amélioration; les injections non plus. L'incision de lacunes antérieures n'amena aucun résultat curatif. La guérison fut obtenue après un traitement de 5½ mois au moyen du peroxyde, du nitrate et du massage méthodiquement combinés.

Ici, en l'absence de rétrécissement et de douleurs profondes, vu l'inefficacité de la section de lacunes antérieures, et la longueur du traitement, je crois avoir eu affaire à une blennorrhagie lacunaire ou glandulaire profonde. L'individu n'avait jamais eu d'orchite, de périurétrite, ni apparemment d'inflammation notable des glandes de Cooper, ni des vésicules séminales.

Je me permettrai, en terminant, d'oser formuler les conclusions suivantes :

1^o Il existe une blennorrhagie à localisation lacunaire et glandulaire.

2^o La *gleet* ne dépend pas toujours uniquement de l'existence d'un rétrécissement; elle peut être complètement indépendante de celui-ci ou d'une urétrite chronique ordinaire.

3^o La blennorrhagie lacunaire doit être soupçonnée s'il n'y a pas de rétrécissement, et surtout si un écoulement ne cède pas aux traitements usuels.

4^o Elle cède généralement à un traitement méthodique et raisonné.

5^o Je réclame la priorité dans le traitement méthodique de cette affection et les premières guérisons obtenues par lui.

Je serai heureux, si, en attirant l'attention sur cette localisation de la blennorrhagie, j'ai pu être, d'abord utile au praticien et au patient, et en second lieu activer les recherches sur cette affection.

Il est de plus en plus question d'adopter le système métrique dans toutes les pharmacopées, et, de fait, ce serait là un véritable progrès, attendu que grâce à un système universel de ce genre, le dosage des médicaments deviendra chose relativement facile. L'Association américaine pour l'avancement des sciences est d'avis que les règles qui suivent représentent tout ce qu'un médecin a besoin de savoir pour prescrire d'après le système métrique :

1,000 milligrammes font 1 gramme.

1,000 grammes ou centimètres cubes font 1 kilogramme ou litre.

65 milligrammes font 1 grain.

15½ grains font 1 gramme.

31 grammes font 1 once Troie.

Ce n'est pas plus difficile que cela.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

L'hydrothérapie par la méthode de Kneipp. — “ Depuis quelques années déjà (1), un simple curé d'une petite localité de la Bavière, Wörishofen, attire tellement de malades par sa réputation que ce village a maintenant la vogue des villes d'eaux les plus en renom. Trente mille personnes y affluent chaque année, soit pour obtenir des consultations, soit pour être suivies et dirigées par l'abbé Kneipp; pendant quelques semaines, parfois seulement pendant quelques jours, juste le temps nécessaire pour apprendre la manière exacte de pratiquer les procédés balnéaires prescrits, de seize à dix huit cents malades logent à la fois dans le village ou se répandent dans les hameaux environnants, et la foule est telle qu'on a imaginé, faute de place, de coucher et de prendre ses repas dans les wagons-lits, restant en gare de Tronckheim.”

L'hydrothérapie n'est appliquée sur une vaste échelle que depuis Priessnitz, qui, malgré son ignorance médicale presque complète, fit des merveilles avec le traitement par l'eau froide.

“ Vincent Priessnitz, naquit en 1799 dans une ferme de Gräfenburg dans les monts Sudètes (Silésie autrichienne); ses parents étaient des agriculteurs aisés; il reçut une assez bonne éducation qui développa en lui des qualités innées d'observation et le goût du travail.

“ C'est à la suite d'observations faites sur les animaux, puis d'une cure faite sur lui-même que sa confiance dans l'eau froide s'affermir et qu'il se fit un devoir d'en propager l'usage. On cite de lui une expérience bien curieuse et qui montre son désir de se rendre compte des effets que l'on peut obtenir par l'eau froide. Deux jeunes porcs furent nourris, l'un uniquement d'aliments froids, l'autre exclusivement d'aliments chauds; quand on les tua, on trouva chez le premier des intestins blancs et résistants et chez l'autre des intestins rouges, mous, impropres à faire des saucisses, d'où il tira la conclusion que l'eau froide fortifie considérablement l'économie.....

“ On sait la vogue extraordinaire de Priessnitz, qui mourut en 1852 après avoir amassé, dit-on, une fortune de plusieurs millions.

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, mai 1892.

Il eut la rare chance de soigner les têtes couronnées, les diplomates, les savants de son époque et le plus souvent de les guérir, alors que les maîtres de la science médicale avaient échoué. Cet homme, dont les procédés étaient absolument empiriques, fut cependant le promoteur de l'hydrothérapie scientifique moderne; le mouvement qu'il avait provoqué en faveur de l'emploi de l'eau en médecine était tel que de nombreux médecins étudièrent sans parti pris les effets de l'hydrothérapie sur tous les organes. Depuis, le *Traité d'hydrothérapie*, de Fleury, résuma toutes les connaissances que l'on avait sur ce sujet; il fut suivi par de nombreux disciples qui ont perfectionné à l'extrême les méthodes hydrothérapiques."

Le curé de Wœrishofen emploie l'hydrothérapie à sa manière, d'une façon plus simple et plus douce qu'on ne le fait d'ordinaire dans les établissements balnéaires, surtout ceux de l'Allemagne, où l'on est encore sous l'influence de Priessnitz et où les cures sont en général violentes et éprouvantes.

Ses procédés opératoires se renouvellent ordinairement dans une même journée; ils sont de courte durée, et, pour les abrégier autant que possible, afin d'éviter de prendre froid, défense est faite de s'essuyer en sortant de l'eau, car on admet, à Wœrishofen, que le fait de ne pas s'essuyer et de laisser sur le corps une couche de liquide, facilite la réaction.

"Après une application froide, écrit l'abbé, quelle qu'elle soit, il ne faut jamais essuyer le corps, excepté la tête et les mains (ces dernières pour ne pas mouiller les habits). On reconvre immédiatement le corps de la chemise sèche et des autres effets d'habillement, en toute hâte, pour le soustraire complètement à l'air extérieur. Cette manière de faire paraît singulière à beaucoup de personnes, parce qu'elles s'imaginent que, de cette façon, on reste mouillé toute la journée. Qu'elles fassent donc un essai avant de porter un jugement....."

"Par contre, il ordonne strictement que, au sortir de chaque application d'eau, après s'être habillé, on se donne du mouvement (en se promenant ou en travaillant), jusqu'à ce que toutes les parties du corps soient séchées et revenues à la chaleur normale....."

Ainsi donc, la rapidité des opérations et le non-essuyage sont une des caractéristiques du système Kneipp. Puis, à l'encontre de ce qui se passe dans les instituts hydrothérapiques, où l'on croirait faillir à tous les bons principes en ajoutant quelques substances à l'eau pure, l'abbé ordonne très souvent des bains de décoction de plantes ou des maillets et des fumigations, dans lesquels les produits du règne végétal jouent un grand rôle; il fait boire aussi, concurremment au traitement externe, des tisanes variées.

Quels sont donc les procédés employés par l'abbé Kneipp ?

I.—*Les Moyens de s'endurcir.*

II.—*Les Moyens hydrothérapiques proprement dits.*

I.—*Moyens de s'endurcir.* Ce sont : 1o La promenade nu-pieds. 2o La marche dans l'herbe ou sur les dalles mouillées, ou dans la neige fondante. 3o L'affusion des genoux.

La promenade nu-pieds dure 15 à 30 minutes et plus ; on la fait d'abord avec les bas ; puis on marche pieds nus, dans l'eau froide jusqu'aux chevilles.

La marche dans l'herbe mouillée, le matin, soit imbibée de rosée, soit arrosée artificiellement, est applicable à tous les âges et à tous les états. Elle doit durer 20 à 45 minutes ; on peut l'exécuter simplement sur des dalles mouillées. Les pieds sont nettoyés de la terre ou des débris qui ont pu y adhérer, mais on ne les essuie pas, on les couvre de bas bien secs et de souliers pour marcher très rapidement. pendant un quart d'heure sur un terrain sablonneux ou pierreux. Cet exercice est excellent contre les maux de gorge et les congestions encéphaliques.

Une promenade du même genre dans la neige fondante ou dans le givre est encore plus énergique, pourvu qu'on ait bien chaud avant de commencer et que la température atmosphérique soit au-dessus de 0. Enfin, on peut marcher de une à cinq minutes dans une cuve ou une baignoire remplie d'eau froide jusqu'à la cheville ou même jusqu'aux genoux. Le point capital est de ne pas rester immobile ; il faut marcher dans l'eau ou remuer constamment les pieds.

L'affusion des genoux consiste à verser de l'eau froide sur les genoux, d'une hauteur variable, à l'aide d'un arrosoir. C'est le plus énergique de tous les moyens d'endurcir. C'est un remède violent, parfois difficile à supporter, secouant toute l'économie. Kneipp dit : " C'est l'amie intime des pieds ", dans les veines desquels elle attire un sang plus abondant.

II.—*Moyens hydrothérapiques proprement dits :*

" En fait de *moyens hydrothérapiques proprement dits*, l'abbé Kneipp ordonne des *compresses*, des *bains simples*, des *bains de vapeur*, des *affusions*, des *lotions*, des *maillots* et l'*eau prise en boisson*. Il n'y aurait pas à parler de ces opérations bien connues de tous ceux qui se sont occupés de traitements par l'eau froide, si l'abbé ne leur avait fait subir une série de modifications, toujours en vue de les mieux adapter aux besoins de sa clientèle. En les passant en revue, nous n'insisterons que sur celles qui offrent quelques particularités.

" L'effet que veut obtenir l'abbé Kneipp par les *compresses* est en général d'accroître la quantité de calorique de l'économie, afin, d'après lui, de *volatiliser et d'attirer au dehors les humeurs malsaines* ; il ne fait donc point usage de la compresse sédative antiphlogistique où le linge appliqué directement sur la peau est fortement trempé et renouvelé toutes les cinq minutes, de façon à faire baisser la température de la région. Il a peur de la soustraction du calorique, ne voulant pas enlever à l'organisme un élément de

guérison; il blâme absolument l'application de la glace dans une vessie ou dans un linge; il considère que c'est une pratique erronée que de soumettre une portion du corps à un froid excessif pendant un temps prolongé, que c'est un remède trop violent qui amènera la perte de la vue, la surdité, des rhumatismes ou des névralgies dont on aura de la peine à se débarrasser ensuite. Pour lutter contre une inflammation violente localisée, au lieu d'un remède topique, qui le plus souvent irrite la région et augmente en fin de compte la chaleur, il préfère attirer le sang ailleurs, distribuer l'inflammation sur une grande surface et pour cela il fait des applications sur les points d'alentour de façon à abaisser la température générale, et les applications sur l'endroit malade ne viennent qu'ensuite. Par conséquent, la compresse qu'il emploie est la compresse dite excitante, faite au moyen d'une toile grossière peu mouillée, tordue et laissée en place de quarante-cinq minutes à une heure, jusqu'à sensation d'échauffement pénible. Il fait principalement usage de la *compresse supérieure*, appliquée sur le devant du tronc et allant du cou à l'abdomen pour les affections de l'estomac et de l'abdomen; de la *compresse inférieure*, placée sur le dos et s'étendant de la dernière vertèbre cervicale au bas de la colonne vertébrale, cela pour l'apoplexie cérébrale et les maladies de la moëlle; de la *compresse abdominale* pour détourner le sang de l'estomac, de la poitrine et du cœur.

“ Au lieu d'être mouillées avec de l'eau simple, ces compresses sont en général trempées dans une décoction de fleurs de foin, de prêles ou de paille d'avoine, ou encore dans de l'eau vinaigrée.”

Les maillots sont destinés à agir comme révulsifs, c'est-à-dire à empêcher un afflux excessif du sang à une certaine partie, à détourner le sang de cette partie et à attirer au dehors les trop grandes chaleurs.

Un maillot doit être appliqué au plus une heure ou une heure et demie; plus longtemps il est mauvais, car le sang est attiré en abondance vers les régions profondes.

Une variété de maillot particulière à l'abbé Kneipp est le *châle*, grand carré de linge grossier, plié en forme de triangle, immobile et placé comme un châle ordinaire, de façon à “ recouvrir les épaules et le dos en descendant jusqu'à la région lombaire; à l'instar de tous les maillots, il doit être recouvert d'une enveloppe de laine ou d'un linge sec. Il est ordonné dans les maladies de la gorge et de la poitrine, ainsi que dans les affections cérébrales, comme l'hypochondrie et l'aliénation mentale.”

“ Le *maillot des pieds* est à la fois simple et original; on met une paire de chaussettes mouillées, et par-dessus des bas de laine bien secs, puis on se couche et l'on se couvre chaudement; on peut remplacer les chaussettes par des bandes de toiles trempées dans de l'eau vinaigrée et recouvertes de flanelle; souvent l'abbé fait remonter ces bandages jusqu'au-dessus des genoux, de façon à

produire la révulsion sur une plus grande surface, ce qu'il dit lui avoir admirablement réussi dans les pneumonies, dans les pleurésies et dans la péritonite."

Pour faciliter l'opération des maillots plus complets, l'abbé a inventé d'employer simplement, soit une chemise mouillée, soit un grand peignoir à manches d'étoffe grossière qu'il appelle *man-teau espagnol*; ainsi revêtu, on se met au lit en s'enveloppant dans sa couverture de laine et en se couvrant d'un édredon.

Le *maillot pour la partie inférieure du corps*, allant des aisselles aux pieds, se fait très facilement avec un vieux sac à blé ou à avoine un peu usé pour qu'il soit plus souple; le sac est trempé dans l'eau, on le tord et on l'enfile comme un pantalon, puis on se met au lit dans sa couverture de laine, chaudement recouvert comme pour tous les maillots. L'abbé Kneipp se sert encore de ce même sac à blé pour ce qu'il appelle le *demi maillot*; on s'enroule dans la longueur du sac qui constitue une compresse à deux épaisseurs et qui a précisément, en largeur, les dimensions voulues pour aller des aisselles au milieu des cuisses. Fidèle à ses principes, pour ne pas agir sur une trop grande surface et pour ne pas fatiguer l'économie, l'abbé emploie avec prédilection ce *demi-maillot* qui, suivant lui, est aux autres maillots ce qu'est le cheval limonier aux autres chevaux dans l'attelage :

"Ce topique admirable, dit-il, trouve les applications les plus diverses dans les engorgements de l'estomac, dans les maladies du cœur et des poumons, dans différentes infirmités de la tête et de la gorge."

Les bains sont partiels ou entiers. En règle générale, le bain chaud sera suivi d'une immersion froide de courte durée.

Les bains de pieds sont d'une grande utilité: froids ou chauds; froids, d'une durée de une à trois minutes, pour détourner le sang de la tête, et procurer le sommeil aux personnes qui souffrent d'insomnie; chauds, d'une durée de 15 minutes, toujours suivis d'un bain de pieds froid d'une demi minute. Ils sont excellents pour les goutteux, les rhumatisants. L'abbé y ajoute des fleurs de foin, de la drèche, etc.

On peut employer aussi les *demi bains* de courte durée et froids. Le malade se tient debout dans une grande cuve avec de l'eau jusqu'au-dessus des mollets ou des genoux; on le fait agenouiller, pour immerger entièrement les jambes.

Les bains généraux sont peu usités maintenant à Wœrlishofen. Les bains froids, pour être salutaires, doivent être très courts; celui qui reste une minute dans un bain froid agit plus sagement que celui qui y reste cinq minutes.

Pour l'abbé Kneipp, le maximum de durée d'un bain froid, aussi bien pour une personne saine que pour un malade, doit être de 3 minutes.

"Le bain froid complet rentre dans la catégorie des grands

remèdes qu'on ne doit employer que deux fois par semaine pour éviter toute déperdition des forces. Ses conseils sur la manière de le prendre sans danger et en en retirant tout le bien possible sont des plus judicieux :

“ Pour être dans les dispositions voulues pour un bain froid général, il faut que le corps tout entier soit parfaitement chaud. Si donc vous vous êtes bien réchauffé, soit auprès du poêle, soit par le travail ou la marche, vous vous trouvez dans l'état prescrit. Quand, au contraire, vous éprouvez quelque frisson ou que vous avez les pieds froids, ne prenez jamais un bain froid général, avant de vous être convenablement réchauffé par un exercice. Si, par contre, vous transpirez ou que vous soyez même tout en nage, ne craignez rien, mais prenez tranquillement votre bain froid général (pourvu toutefois que vous soyez bien portant). Il y a beaucoup de gens, même des gens de réflexion et de sang froid, qui ne craignent rien tant que l'immersion froide quand le corps est en sueur. Et pourtant rien n'est moins dangereux. Oui, j'ose soutenir la proposition bien étudiée et basée sur une longue expérience : plus la sueur est abondante, mieux cela vaut, et plus le bain sera efficace.”

“ Après ce bain, comme après toutes les immersions dans l'eau froide dont il a été question, il faut s'habiller aussi vite que possible, sans s'essuyer, remettre des vêtements bien secs et se livrer à un exercice d'au moins un quart d'heure, jusqu'à ce qu'on soit complètement séché et réchauffé.”

Les bains chauds se donnent de deux façons :

1^o Pour augmenter la chaleur du corps, on reste 25 à 30 minutes dans l'eau à 33°; puis on se plonge sans transition pendant une minute dans de l'eau absolument froide.

2^o Pour éliminer les déchets de désassimilation, on se plonge à 3 reprises tour à tour dans de l'eau chaude à 38° ou 40°, puis dans de l'eau très froide, finissant par l'eau froide.

C'est le bain à *triple alternative* :

10 minutes, dans l'eau chaude,

1 minute, dans l'eau froide,

répété trois fois.

Total : 33 minutes.

Ceci est d'ailleurs de l'ancien système, car l'abbé Kneipp ne donne presque jamais d'eau chaude aujourd'hui.

On fait encore usage à Wœrishofen de *bains de vapeur de tête*, de fumigations de vapeurs chaudes aromatisées avec des plantes (sauge, menthe, sureau, plantain, fenouil).

Ces fumigations durent 20 à 25 minutes, et se terminent par un lavage à l'eau froide, ou par un bain froid.

“ Pour le bain de vapeur partiel appelé *bain de vapeur de pieds*, le patient est assis sur une chaise de bois, les pieds appuyés sur

une planchette qui surmonte le baquet, et les genoux recouverts d'une couverture de laine tombant à terre. C'est en réalité le bair de vapeur de toute la partie inférieure du corps. A ces deux modes de bains de vapeur, l'abbé ajoute parfois le bain de vapeur de siège ou le bain de vapeur localisé sur un membre; tous peuvent se prendre à domicile, sans aucune installation préalable; ils remplacent les étuves, les caisses et les hydrofères, mais tous, même réduits à ces proportions, constituent encore un traitement énergique auquel il ne faut avoir recours qu'une ou deux fois par semaine.

“ A Wcrishofen, les *affusions* remplacent les douches; elle se font à l'aide du petit arrosoir dont les jardiniers se servent dans les serres et qu'on peut aisément tenir d'une seule main; ainsi se donnent l'*affusion des genoux*, l'*affusion* dite *supérieure*, qui s'administre sur le dos et les deux épaules; l'*affusion dorsale*, c'est la précédente descendant plus bas; l'*affusion* dite *inférieure*, qui est celle du genou remontant sur les cuisses; enfin l'*affusion totale*, qui se fait sur tout le corps avec deux arrosoirs en avant et en arrière. Si l'on veut produire d'abondantes résolutions et sécrétions, on trempe une chemise dans l'eau froide, on la met en guise de maillot immédiatement après l'*affusion totale* et on la garde une heure et même davantage.

Tels sont les principaux moyens employés par l'abbé Kneipp; il faut y joindre encore les douches qu'il n'utilise que depuis peu de temps.”

Il a, comme nous le disions en commençant, une vogue extraordinaire en Allemagne.

Les résultats sont souvent remarquables et ont été aussi favorables à ceux qui les ont contrôlés. Nous ne saurions donc trop engager nos lecteurs à essayer sur eux-mêmes et à modifier un peu leurs préjugés sur l'hydrothérapie.

L'eau froide est d'une puissance prodigieuse appliquée, d'après la méthode de Kneipp, dans la chlorose, l'anémie, le nervosisme, la neurasthénie, les affections de l'estomac, la lithiase biliaire, la goutte, le rhumatisme chronique, certaines affections aiguës, les angines, les amygdalites, les congestions encéphaliques, les méningites, etc.

Nous n'en avons malheureusement pas assez l'expérience en France, pour fournir des résultats statistiques précis.—Dr P. HUGUENIN, in *Concours médical*.

Trois cas de coqueluche; enraiment immédiat de la période convulsive par le bromoforme. — En l'absence d'épidémie, le diagnostic de coqueluche ne fut posé qu'assez tardivement. Les trois enfants (9 mois, 6 ans et 8 ans) avaient été en contact avec des coquelucheux. Aussitôt la période convulsive établie, nous essayons pendant une huitaine de jours diverses médications

recommandées, avec des fumigations de créoline, puis de naphthaline ; résultat peu marquant. Nous administrons alors le bromoforme en potion, 5 gouttes au plus jeune, 20 gouttes aux deux autres, par jour. En même temps, trois fumigations sulfureuses au moyen des bougies sulfureuses numérotées, jusqu'à saturation convenable de l'atmosphère de l'appartement. L'effet fut immédiat : chez l'enfant de 6 ans, les quintes, de 8 à 12 par nuit, tombèrent immédiatement à 3 pour disparaître complètement le 3e jour de l'emploi du traitement. Il ne resta plus qu'une toux facile et peu fatigante qui cessa après peu de jours. La sœur, âgée de 8 ans, indocile et capricieuse, refusa d'abord la médecine et les inhalations, et ce ne fut que contrainte et forcée qu'elle s'y soumit tant bien que mal. Malgré cela la toux convulsive diminua et disparut après dix jours. Quant à l'enfant de 9 mois, la disparition des quintes s'opéra en deux jours, et la guérison fut complète en trois semaines, malgré une complication de pneumonie.

Nous avons fait garder la chambre aux malades pendant les jours qu'ils furent soumis aux inhalations sulfureuses, tout en aérant prudemment matin et soir. Le bromoforme s'ingère assez aisément dans un sirop aromatique.

La rapidité avec laquelle ces résultats se sont produits nous a engagé à recommander aux confrères ayant en traitement des coqueluches, à en faire l'essai.— *Scalpel.*

Comment il faut prescrire le régime lacté chez les cardiaques. — M. le Dr HUCHARD, dans une clinique thérapeutique, insiste sur certaines précautions à prendre dans la prescription du régime lacté :

D'abord, le régime lacté doit être absolu, à l'exclusion de tout autre nourriture.

Il faut le prescrire à la dose minima de deux litres et demi et même de trois litres par jour. Au-dessous de ces quantités, pour un malade de poids moyen, l'alimentation devient insuffisante, et l'amaigrissement assez rapide qui en résulte peut contribuer encore, pour sa part, en jetant dans l'organisme des produits toxiques de dénutrition, à devenir une nouvelle source d'auto-intoxication et de troubles respiratoires.

Il ne suffit pas de dire au malade : " Buvez trois litres de lait par jour, comme vous voudrez et quand vous voudrez." Il faut recommander d'en absorber régulièrement une tasse de 300 grammes au moins tous les deux heures, de ne pas prendre cette quantité d'un seul trait, mais en plusieurs fois et par gorgées. En effet, lorsqu'on en prend de trop grandes quantités à la fois, le gros coagulum qui se forme dans l'estomac n'est pas tout entier attaqué par les sucs digestifs, et en passant dans l'intestin à l'état de corps étranger, il n'est pas absorbé et provoque souvent la diarrhée.

Le lait froid est préférable au lait chaud, mais il doit être bouilli.

Souvent, le laitage est mal supporté par l'estomac et l'intestin; il peut provoquer, suivant les sujets, de la diarrhée ou de la constipation, des troubles digestifs avec intolérance gastrique, un véritable dégoût, et enfin, chez quelques malades, ce régime s'accompagne d'un réel affaiblissement des forces.

Pour assurer la digestibilité du lait, il faudra parfois additionner chaque tasse d'une cuillerée à café d'eau de chaux, d'une à deux cuillerées à soupe d'eau alcaline ou encore d'un cachet d'un gramme de bicarbonate de soude. D'autres fois, il sera indiqué de prescrire un peu de pepsine ou de pancréatine (20 centigrammes), et, pour éviter les fermentations intestinales, à chaque tasse, cinq ou six fois par jour, un des cachets suivants qui assurent en même temps l'antisepsie intestinale :

Benzonaphtol	20 grammes.
Pancréatine.....	10 grammes.

Pour 40 cachets.

Si le lait détermine de la diarrhée, ces cachets peuvent encore être utiles; on peut cependant substituer le salicylate de bismuth au benzonaphtol, ou encore prescrire des cachets de 0.50 cent. de sous-nitrate de bismuth à chaque tasse de lait. Lorsque la diarrhée reste encore rebelle à tous ces moyens, je l'ai vue parfois complètement cesser par l'emploi du lait stérilisé.

S'il donne lieu, au contraire, à la constipation, on emploiera en même temps quelques laxatifs (une cuillerée à café de magnésie anglaise tous les matins, un cachet de 50 centigrammes à un gramme de poudre de rhubarbe, un cachet de 50 centigrammes de fleur de soufre et de magnésie).

Dans quelques cas, les malades ne peuvent supporter le régime lacté. Il faut voir alors si cette difficulté ne tient pas au lait lui-même ou à l'état des voies digestives. Certains laits sont mal digérés, parce qu'ils renferment trop de substances grasses; il convient alors d'en changer la provenance, et dans nombre de circonstances on arrive ainsi à un bon résultat. Quelquefois il est mieux digéré lorsqu'il est écrémé. Enfin, certains malades supportent mieux le laitage chaud que froid.

Dans certains cas d'hypochlorhydrie, il pourra être nécessaire de faire prendre un peu d'acide chlorhydrique après le lait.

Il faut encore savoir vaincre le dégoût naturel des malades pour ce régime alimentaire. Dans ce cas, on peut aromatiser le lait avec différents liquides: kirsch, rhum, anisette, curaçao, cognac, teinture de badiane, caramel, infusion de café, dont il suffit d'ajouter une cuillerée à bouche ou à dessert pour chaque tasse.

L'addition de liqueurs alcooliques a encore pour but de

remédier dans une certaine mesure à l'état d'affaiblissement dans lequel ce régime jette quelquefois les malades; chez les individus atteints d'alcoolisme, le régime lacté, en les privant de leur aliment habituel, de l'alcool, peut faire naître des accidents délirants de nature éthylique. Aussi l'adjonction de quelques boissons alcooliques au régime lacté est-elle indiquée? La durée du régime lacté est généralement de dix à quinze jours. On ne le cesse pas brusquement, et il faut alors lui substituer le régime lacté mitigé, un à deux litres par jour, avec quelques œufs et légumes en purée.

Le lait agit d'abord comme un aliment parfait et comme un aliment inoffensif, n'introduisant avec lui dans l'économie aucun produit toxique, pas même les sels de potasse qu'il renferme en très petite quantité. Aussi a-t-on pu dire: "Le lait agit surtout parce qu'il ne nuit pas." Les recherches expérimentales de Charrin et Roger ont apporté la meilleure confirmation à cette idée, puisqu'elles ont démontré la diminution considérable de la toxicité urinaire à la suite de ce régime.

En second lieu, le lait, en favorisant la diurèse et en ouvrant le rein, assure la dépuratation urinaire et l'élimination de tous les poisons. Il n'a aucune action excitante sur les reins malades, comme Rosenstein le croit, bien à tort.

En troisième lieu, il s'adresse encore aux fonctions hépatiques parce qu'il contient du sucre capable de se transformer en glycogène.

Enfin, il contribue pour une grande part à diminuer l'hypertension artérielle, et il augmente ainsi l'énergie du cœur d'une façon indirecte, en facilitant ou diminuant son travail, puisqu'il tend à vaincre par la diurèse les obstacles périphériques.—*Cours médical.*

De l'administration du calomel comme purgatif dans les diarrhées infectieuses.—Le calomel est, dans ces cas, le purgatif de choix; seulement il provoque des douleurs intestinales. Pour les éviter, il convient de l'associer à l'opium.

Voici une formule conseillée par M. Hayem et à l'usage des diarrhéiques adultes :

Calomel.....	0 gr. 20 à 0 gr. 40
Opium brut pulvérisé.....	0 gr. 01.

Chez les enfants : diminuer la dose de calomel de moitié, et, au besoin, supprimer par prudence l'opium.

Ce traitement de la diarrhée, au début, doit être complété, cela va de soi, par l'administration d'agents anti-optiques modérément solubles (par exemple : salicylate de bismuth et salol associés à la poudre de charbon.)—*Revue de clin. et de thérap.*

Des dangers de Popium dans le traitement des hémoptysies.—D'après le professeur HUGUENIN, de Zurich, on aurait tort d'administrer indistinctement les opiacés à haute dose dans tous les cas d'hémoptysies, ainsi que cela se fait couramment. Cette pratique serait souvent directement nuisible, car les narcotiques, en supprimant les efforts de la toux, peuvent empêcher l'expulsion du sang amassé dans les bronches. Dans les hémoptysies légères ou d'intensité moyenne, M. Huguenin fait coucher le malade, lui recommande de respirer lentement, mais profondément, et se borne à l'emploi de ventouses sèches, suivies de l'application des compresses humides de Priessnitz; il ne donne quelques petites prises de morphine que lorsque la toux lui paraît excessive.

M. Huguenin admet deux groupes d'hémoptysies : dans le premier, le sang épanché est immédiatement rejeté au dehors; le traitement doit consister en repos au lit, usage de glace, injections hypodermiques de morphine; dans le deuxième groupe, le sang coule dans les bronches et s'y amasse; le traitement par la morphine est formellement contre indiqué. M. le Dr Koniger (de Lippspringe) partage la même opinion; car il a vu des accidents mortels survenir par administration de morphine chez les malades atteints d'hémoptysies.

Il tâche de se borner, autant que possible, à l'usage de la glace, des réulsifs, de l'hydrastis canadensis et de l'ergotine. Cette dernière substance ne doit jamais être employée, d'après lui, autrement qu'en injections hypodermiques, car son administration par la bouche est généralement suivie de troubles gastriques qui augmentent considérablement l'état d'épuisement et de dépression survenant toujours à la suite d'une hémoptysie tant soit peu abondante.—*Concours médical.*

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants.—M. Saint-Philippe administre cinq gouttes matin et soir de teinture de "rhus radicans" chez les enfants au dessous de six ans; au-dessus de cet âge il a pu en donner jusqu'à 40 gouttes.

La teinture recommandée est ainsi composée :

Feuilles sèches de rhus radicans.....	1 partie
Alcool à 21° (Corlieu).....	5 —

Faire macérer quinze jours.

Le médicament agit ordinairement assez vite; si au bout de trois septénaires il n'a amené aucune amélioration, il est inutile de le continuer. En cas de guérison, il faut de temps à autre revenir à son emploi.—*Gaz. heb. de Paris, 29 août 1892.*

MEDECINE.

Difficultés du diagnostic des angines blanches et traitement de ces angines. (1) — *II. Traitement.* — A. — Il faut isoler le malade, en le plaçant dans la pièce la plus reculée de l'appartement, de façon à empêcher le plus possible la circulation dans cette pièce. On doit faire en sorte que deux personnes, au plus, soignent le malade, et recommander que nul autre ne pénètre dans la pièce. S'il n'y a qu'une pièce, il est de toute nécessité d'envoyer le malade à l'hôpital ou de faire évacuer la chambre par les personnes inutiles. L'aération doit être suffisante; une atmosphère chaude confinée est toujours nuisible, car elle est pauvre en oxygène et en ozone et facilite la contagion.

Là, les personnes chargées des soins auront la précaution de se laver les mains et la figure avec une solution antiseptique telle que l'eau phéniquée au 50^{ème} ou de l'eau sublimée à 1/2000 convenablement colorée et placée en permanence sur un meuble, dans la chambre du malade. Cette précaution est nécessaire chaque fois qu'on sort de la chambre pour circuler dans les autres pièces. Il est prudent aussi de ne pas pénétrer dans la chambre sans avoir pris de nourriture le matin; de se gargariser avec une solution forte d'acide borique ou faible de thymol, au moins deux ou trois fois par jour; de laver avec les solutions sus-indiquées les mains du malade; enfin de passer immédiatement à l'eau bouillante les objets de vaisselle ou le linge souillé qui viennent de servir au malade. Même recommandation nécessaire pour les livres, journaux, jeux, que le malade a touchés: il faut les brûler aussitôt qu'ils ne servent plus. Les crachats doivent être recueillis dans un vase contenant un peu d'eau phéniquée ou sublimée. Les meubles, le plancher seront essuyés avec des linges sans épousseter, sans secouer, sans balayer; puis les linges jetés dans l'eau bouillante. Bien entendu, les tapis, housses, etc., seront conservés pilés dans la chambre du malade, sans être secoués, jusqu'à la fin de la maladie. Voilà en quoi consiste un isolement.

B.—Traitement antiseptique de la gorge, et non pas gargarismes émollients, cataplasmes, cravates d'ouate épaisses, qui s'imbibent de sueur ou autres saletés. Contre la douleur, rien n'est meilleur que le froid; la glace en cravate sur le cou, la glace à sucer sous forme de petites dragées, les boissons gazeuses froides, limonades, orangeades, le lait froid alcalinisé.

(1) Voir la livraison de janvier 1893, page 31.

L'antisepsie de la gorge a pour base des lavages réquents avec des solutions antiseptiques, qui y sont amenées, soit par gargarisme, soit par irrigation au moyen d'un bock d'Esmarch ou d'un simple irrigateur Egaisier.

Les lavages doivent être répétés toutes les deux ou trois heures au moins. Chez les enfants, il est de règle de faire usage de solutions assez faibles. On pourra se servir d'abord des solutions à base de borax, de naphtol.

Il faut se souvenir que les enfants sont très susceptibles à l'acide phénique.

On peut encore employer des solutions d'acide borique saturées ou sursaturées. On peut faire dissoudre 120 grammes d'acide borique dans un litre d'eau, à condition d'y ajouter à chaud 1 gr. 50 de magnésie par 10 grammes d'acide borique.

“ Contre les fausses membranes, on doit se servir de pinces munies d'un bourdonnet d'ouate hydrophile, et non de ces ignobles pinceaux de blaireau.

Après avoir enlevé, en procédant avec précautions, les productions membraneuses, on fait une application d'ouate sèche sur la muqueuse, puis d'ouate chargée d'un antiseptique, de naphtol camphré, qui est très douloureux, mais très efficace, ou de phénol sulfuriciné, qui est aussi très utile. Ces nettoyages doivent être faits prudemment; il ne faut pas faire saigner la muqueuse, car on créerait ainsi des voies d'absorption pour les toxines.

À ce traitement local, il est souvent nécessaire d'associer l'antisepsie intestinale. On donne, par exemple, 2 à 3 grammes de naphtol par jour, et, sous l'influence de ce traitement, l'angine peut avorter. On peut administrer le salol (4 à 5 grammes). À haute dose, ce médicament calme la douleur, fait tomber la fièvre et fait tourner court l'angine; car le salol, en se dédoublant, donne du phénol qui agit comme antiseptique. Le seul inconvénient du salol à haute dose est de rendre les urines noires. Mais si l'on cesse ou si même on diminue la dose, les urines reprennent leur couleur physiologique.

Les toniques, l'alcool, le vin de champagne, l'extrait mou de quinquina à haute dose, sont indiqués naturellement, dans les cas graves et adynamiques, généralement de nature diphthérique.

Nous passons sous silence le traitement des complications, qui n'a rien de spécial, évidemment.

C.—Il ne faut pas oublier un dernier point de thérapeutique, c'est le traitement de la convalescence et la désinfection soignée de la chambre, de la literie, des meubles, tapis et objets qui sont restés dans la pièce pendant toute la durée de la maladie.

En ce qui concerne la convalescence, il faut administrer une nourriture substantielle abondante, et des toniques généreux alcooliques, à condition qu'il n'y ait pas d'albuminurie. Quant aux lavages de la gorge, il est prudent de les continuer au moins deux jours après la disparition des fausses membranes.

La désinfection se fait gratuitement et administrativement, à Paris; il est du devoir des médecins de ne rien négliger pour persuader les familles de l'utilité capitale de cette désinfection et d'en avertir ensuite l'administration préfectorale. En province et dans les campagnes, la désinfection doit être indiquée par le médecin. Pour la pratiquer, on commence par calfeutrer exactement, tous les orifices de la chambre, avec des bandes de papier collées; on humidifie l'air en évaporant rapidement de l'eau portée à l'ébullition et en lavant les parquets avec de l'eau sublimée à 1/1000; puis on étale la literie, qui ne peut se laver, les meubles, etc., et on dispose au milieu de la pièce un vase de terre à feu ou de métal dans lequel brûleront 20 à 40 grm. de soufre en fleur par mètre cube.

Le soufre est allumé et la dernière issue bien close. Au bout de 36 heures, on ouvre avec précaution les portes et les fenêtres pendant au moins 24 heures. Tout ce qui peut être lavé sera envoyé à la blanchisserie, après avoir été jeté dans l'eau bouillante ou dans un antiseptique inoffensif pour les étoffes comme le sulfate de cuivre à 50 pour 1000.

Si l'on appliquait toujours rigoureusement ces mesures un peu compliquées, on ne verrait plus ces épidémies de famille ou de maison telles que celle dont nous avons rapporté l'histoire en commençant, et qu'on voit assez fréquemment se renouveler.—
Dr P. HUGUENIN, in *Concours médical*.

La toux de gorge et son traitement, par le Dr WALDIMIR (de Holstein). — La plupart des médecins pensent avec une association d'idées telle que tout malade qui vient les consulter pour une toux opiniâtre est immédiatement examiné, et ensuite traité dans le sens d'une trachéo-bronchite évidente ou latente. Or, le catarrhe de la "gorge" (nom vulgaire de la région nasopharyngo-laryngée) peut, plus souvent qu'on ne croit, engendrer une toux persistante, épuisante; le coryza chronique, le coryza postérieur surtout, donnent naissance à des mucosités qui tombent dans le pharynx, l'irritent et produisent la toux, et secondairement les efforts de toux déterminent du catarrhe laryngien. En l'absence d'un traitement local, ce catarrhe de la gorge et la toux qui en résulte peuvent s'éterniser pendant des années. Or, ce traitement local doit être à base de menthol: 1^o contre le coryza chronique, prises fréquentes de poudre d'acide borique; et deux fois par jour badigeonnage du nez avec une solution de menthol à un-vingtième dans l'huile d'olive; 2^o contre la pharyngite, attouchement du pharynx, surtout dans sa partie supérieure, avec la glycérine iodée faible mentholée (1/80); 3^o et enfin chaque jour, au moins une fois, injections intra-laryngées d'huile mentholée; il suffit que le liquide huileux soit déversé à l'entrée du vestibule laryngien, pour s'étendre de là sur toute la

muqueuse vocale ; dès lors l'introduction de la canule de la seringue réclame peu de précision ; aux médecins qui n'ont pas l'habitude de se servir du miroir laryngien, il recommande d'introduire l'index gauche jusqu'à la base de la langue et de s'en servir comme d'un conducteur.

Les lavages du nez au siphon de Weber sont bannis de ce traitement ; car, dans la rhinite chronique, à tendance hypertrophique, l'auteur les accuse d'augmenter le gonflement et d'amener des coryzas persistants et violents.—*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*

De la dilatation cardiaque—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité—Une malade du service, chlorotique, présente certains accidents cardiaques qui sont sous l'influence d'une dilatation du cœur : or, cette dilatation n'est pas rare dans la chlorose, mais c'est une lésion pour ainsi dire banale et qui peut s'observer dans des conditions très différentes. On doit la considérer non comme une affection spéciale, mais comme un élément morbide qui peut être protopathique ou deutéropathique.

Les dilatations primitives, sans lésion cardiaque antérieure, sont d'une grande rareté ; il est certain cependant qu'on peut voir survenir une dilatation cardiaque après une émotion, une contusion, un choc, et que cette dilatation tantôt, est tout à fait passagère, tantôt, au contraire, surtout lorsque la cause se répète souvent, est plus ou moins persistante. C'est surtout après un effort considérable, excessif, qu'on peut voir se produire brusquement la dilatation. Les observations dans lesquelles elle est survenue après l'effort consistant à soulever un objet très lourd sont assez nombreuses. M. Potain en a vu un cas se produire par ce mécanisme, en même temps que survenait une syncope ; le même phénomène se reproduisit une seconde fois à quelque temps de là, sous la même influence.

On a signalé aussi la dilatation chez de jeunes soldats, après de grandes fatigues et en particulier après la guerre, en Amérique et en Allemagne. Peut être aussi faut-il tenir compte ici de l'influence de l'émotion, et Corvisart disait avoir souvent observé cet accident chez des sujets qui avaient été soumis à de vives émotions morales pendant la Révolution.

A cet égard, il est curieux de signaler le résultat que peut amener l'exagération de l'afflux du sang fréquemment répétée, ainsi que cela arrive par exemple dans les exercices musculaires violents. En examinant les élèves d'une école de gymnastique, M. Potain a pu constater une grande différence entre le cœur avant et après les exercices. Ainsi chez un sujet, la surface du cœur obtenue par la percussion était de 81 centimètres carrés avant l'exercice et elle atteignait 121 centimètres après. Cette dilatation est d'ailleurs passagère et elle disparaît par le repos ; cepen-

dant lorsque les exercices se répètent fréquemment, elle devient persistante et augmente avec le temps; toutefois elle peut encore disparaître ou diminuer par le repos, alors qu'elle a existé pendant des années.

La dilatation deutéropathique est beaucoup plus fréquente, elle peut être consécutive à un grand nombre d'affections, différentes, portant d'une part sur le cœur, et, d'autre part, sur des organes éloignés comme l'estomac, les poumons, les reins, l'utérus, la moëlle (tabes), etc... Les affections générales, comme la fièvre typhoïde, peuvent avoir aussi le même résultat. Les causes sont donc multiples et il en résulte des lésions de nature évidemment différente et qu'il est bon d'envisager séparément.

Dans certains cas tout d'abord la dilatation est le résultat de modifications de la paroi; la tonicité cardiaque diminue et le cœur se laisse dilater. Lorsque, par suite d'une affection générale, le sang perd ses qualités, il devient un stimulant insuffisant et la contractilité n'est plus mise en jeu dans des conditions normales.

Mais cette altération est surtout fréquente quand il y a dégénération des parois, comme cela se montre si souvent dans les maladies infectieuses.

La dilatation se montre aussi dans la maladie de Bright, succédant alors à l'hypertrophie, car en ce cas il y a également dégénération des fibres musculaires, et la paroi cardiaque finit par céder lorsque la dégénération l'a emporté sur l'hypertrophie.

Il faut ajouter encore à ces causes certaines lésions du système nerveux, comme les altérations douloureuses des branches du plexus brachial. M. Potain a observé ainsi la dilatation cardiaque chez des malades amputés du bras et présentant une névralgie du moignon. Dans un cas, cette dilatation a complètement disparu après que la résection du nerf douloureux eût fait disparaître la névralgie.

Une autre cause indirecte de la dilatation est la symphyse cardiaque; elle n'agit pas, ainsi qu'on a pu l'admettre, par le tiraillement des fibres musculaires adhérentes au péricarde; la dilatation, en effet, n'est pas consécutive; elle se produit pendant l'endopéricardite qui a produit à sa suite les adhérences généralisées, parce qu'à ce moment il y a eu altération des fibres par l'état inflammatoire.

Enfin les diverses affections cardiaques ou vasculaires, qui amènent un obstacle à la circulation, sont les causes les plus ordinaires de dilatation.

Une fois produite, la dilatation a des effets variables, suivant les cas. Ce sont surtout tout d'abord des effets mécaniques comme une sensation de poids, de malaise, de gêne plus ou moins pénible. La diminution du travail utile ne tarde pas à amener à son tour l'hypertrophie cardiaque, mais à la condition que la

nutrition se passe dans de bonnes conditions. Dans le cas contraire, le cœur distendu est incapable de suffire au travail nécessaire, la circulation s'altère et l'asystolie survient plus ou moins vite.

Quand à la symptomatologie de la dilatation, elle est assez vague par cette raison que cet accident est souvent associé à d'autres lésions. En réalité, c'est la percussion qui seule peut donner des indications précises à ce sujet. Il faut y ajouter le déplacement de la pointe du cœur qui se porte à gauche quand c'est le cœur droit qui est dilaté, et en bas quand c'est le cœur gauche. Néanmoins il n'est pas facile de déterminer s'il s'agit d'une dilatation simple ou accompagnée d'hypertrophie. On peut dire cependant que, dans ce dernier cas, les bruits du cœur sont assourdis, tandis que dans le premier ils sont plus clairs. Quant aux souffles, non seulement la dilatation n'en produit pas, mais il peut arriver qu'elle les fasse disparaître, lorsqu'ils existaient antérieurement, et c'est même là un des bons signes de cette complication.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Quelques caractères des paralysies hystériques.—L'hystérie est une des maladies où des troubles moteurs se montrent le plus communément, et parmi eux des phénomènes paralytiques. Le Dr Paul RICHER vient de publier sur ce sujet un livre intéressant; nous ré-umons, d'après ce travail, les principaux caractères de ces paralysies.

Les paralysies apparaissent, dans l'hystérie, soit avant tout autre symptôme, soit après que l'affection s'est déjà manifestée par d'autres signes. Comme marque précoce et initiale de la tare névropathique, c'est surtout dans l'enfance qu'on les trouve; comme partie d'une symptomatologie déjà chargée, c'est sur l'adulte qu'on les observe.

Ces paralysies ont des causes occasionnelles multiples.—Elles peuvent précéder les grandes attaques ou leur être consécutives. Prodromiques, elles sont en général fugaces; secondaires, elles ont une fixité plus grande.—Elles apparaissent parfois alors qu'un autre signe d'hystérie vient de s'effacer. Prenant la place d'une manifestation disparue, elles ont en général la même facilité de déplacement.—Elles peuvent encore survenir au cours, au déclin ou pendant la convalescence d'une maladie infectieuse (ex. : fièvre typhoïde); accompagner une intoxication (ex. : alcool); succéder plus ou moins immédiatement à un traumatisme (ex. : chute); à une émotion (ex. : peur).—Ces faits intercurrents, qui chez un être normal n'auraient que les conséquences ordinaires, éveillent ici la maladie latente, jouent le rôle "d'agent provocateur" et de "cause d'appel."

La paralyse hystérique revêt des formes cliniques multiples. A son degré le plus faible, elle se réduit à un simple affaiblissement

musculaire (amyosthénie), dont le malade a à peine conscience et que l'examen dynamométrique révèle. Entre cet affaiblissement et la paralysie vraie, tous les degrés de parésie s'observent.

La paralysie est rarement complète et absolue : quelques faibles mouvements sont encore possibles. Elle ne s'accompagne qu'exceptionnellement de troubles trophiques, sauf du côté de la peau où l'on remarque parfois un gonflement bleuté (œdème bleu de M. Charcot). Les muscles affectés conservent leur contractilité électrique ; jamais on n'y observe la réaction de dégénérescence. Mais les troubles de la sensibilité sont assez communs : l'anesthésie est accentuée, souvent hémilatérale ou simplement localisée aux régions paralysées. Les réflexes tendineux sont exagérés la plupart du temps. La paralysie n'est pas toujours semblable à elle-même ; elle présente dans son intensité des oscillations soumises à des influences nombreuses, d'ordre émotif surtout.

La paralysie hystérique a une marche essentiellement capricieuse. Elle dure de quelques instants à plusieurs années ; elle récidive fréquemment.

Elle peut se terminer par la contracture ou par la guérison, — qui arrive parfois avec une brusquerie miraculeuse — La terminaison fatale est excessivement rare. Quant elle survient, elle tient plutôt à l'importance de l'organe atteint qu'à la nature de l'affection.

L'astasia et l'abasia ne sont que des formes paralytiques de l'hystérie. Les mouvements des membres inférieurs sont possibles, mais le malade ne sait plus coordonner les mouvements nécessaires à la marche, ou à la station debout. Quand les membres supérieurs sont atteints de cette même façon, les mouvements d'une association particulière, comme ceux que nécessite l'écriture, ou un travail manuel délicat ne sont plus possibles. Ces états ont une durée variable et peuvent se terminer par la guérison définitive, ou par une paralysie plus complète. — *Médecine moderne.*

Traitement du goître exophtalmique. — M. DIEULAFOY a employé depuis quelque temps un nouveau traitement du goître exophtalmique. L'idée de ce traitement lui est venue par analogie avec ce qui se passe chez les tuberculeux en proie à une hémoptysie, ou chez lesquels on craint une hémoptysie en raison de l'agitation du cœur, de l'éréthisme cardio-vasculaire. Dans ces cas, on administre de l'ipéca, et, sous l'influence de ce médicament, le pouls diminue de fréquence et d'amplitude, l'éréthisme cesse, et, consécutivement, l'hémoptysie est arrêtée ou empêchée.

Or, dans un cas de maladie de Basedow, l'indication primordiale à remplir est également de combattre l'éréthisme cardio-vasculaire ; dans ce but, M. Dieulafoy a eu l'idée de traiter cette affection comme on traite les malades en proie ou en imminence d'hémoptysie. Il a associé l'ipéca à la digitale et à l'opium, dans des pilules ainsi composées :

Poudre d'ipéca.....	0 gr. 03
Poudre de feuilles de digitale.....	0 gr. 02
Extrait d'opium.....	0 gr. 0025

Pour une pilule. En prendre quatre à six par vingt-quatre heures. Il a traité de cette façon plusieurs malades atteints de goître exophtalmique, et une amélioration considérable de tous les symptômes a été la règle; elle a été surtout frappante et rapide chez deux de ses malades; certainement aucun traitement n'aurait donné un pareil résultat.

L'effet de cette médication se traduit par une atténuation des symptômes de la maladie, atténuation appréciable au bout de quelques jours, très notable après quelques mois, et équivalant à une guérison. Le seul inconvénient de ce traitement est, dans certains cas, la diarrhée qui persiste jusqu'à ce que l'accoutumance se soit produite.—*Bulletin médical.*

CHIRURGIE.

De l'abcès urinaire; pathogénie et traitement, par M. P. BAZY, chirurgien des hôpitaux.—Les malades atteints d'affections des voies urinaires que nous avons actuellement dans nos salles offrent un intérêt assez grand pour que j'attire sur eux votre attention. Nous laissons pour le moment, si vous le voulez bien, deux calculeux que j'ai opérés par la lithotritie et sur lesquels nous reviendrons, en raison des anomalies que présente leur cas, et nous nous arrêterons simplement sur le n^o 20, atteint d'un abcès périurétral ou d'un abcès urinaire, pour lui donner le nom sous lequel cette variété d'abcès est généralement connue. L'étude de ce malade me permettra de vous entretenir de certaines particularités que présentent ces abcès et de vous indiquer ensuite leur traitement.

Il s'agit, comme vous le savez, d'un malade couché au lit n^o 20 de la salle Nélaton, qui, entré une première fois, par surprise, pour une simple blennorrhagie, avait été renvoyé à ses occupations avec un traitement approprié. Or, il nous est revenu, 15 jours après, avec un empatement léger du côté du périnée, qui nous l'a fait admettre immédiatement. Il s'agissait évidemment d'un abcès périurétral en voie de formation, de ce qu'on peut appeler un abcès urinaire, puisque les abcès de cette catégorie ont pour point de départ le conduit de l'urine; c'est à ce titre seul qu'on peut le dénommer abcès urinaire; car bien souvent ils ne contiennent pas, malgré les apparences, une seule goutte d'urine. En

revanche, ils contiennent les organismes que l'on retrouve dans l'urine toutes les fois que la vessie et l'urèthre sont infectés: staphylocoque, coli-bacille, etc. Le 11 septembre, l'empatement avait fait des progrès et voici ce que nous constatons.

La région bulbeuse de l'urèthre était tuméfiée; cette tuméfaction reproduisait la forme amplifiée des organes de la région, du bulbe et du tissu spongieux de l'urèthre, et elle s'avancit dans la moitié postérieure de la région scrotale; il y avait un peu d'œdème de la peau du périnée, mais les bourses n'étaient nullement œdémateuses, quoique l'œdème les envahisse très facilement, comme vous le savez.

La peau était un peu rouge et la pression très douloureuse; on ne sentait pas de fluctuation, d'une part parce que le pus était profond, comme vous l'allez voir, et d'autre part parce que la douleur empêchait une pression suffisante pour l'apprécier. Malgré cela, je n'hésitai pas à faire endormir le malade qui nous demandait à cor et à cri d'être endormi, enfin de procéder à l'incision: on est, en effet, si je puis m'exprimer ainsi, toujours sûr de trouver du pus en pareille circonstance et, de plus, on ne fait jamais l'incision trop hâtivement.

J'ai fait une incision sur la ligne médiane, j'ai été obligé de pénétrer à travers des tissus infiltrés à près de 2 centimètres de profondeur pour trouver le pus; je vous prie de remarquer ce point: il faut en effet toujours *inciser profondément*. Il est sorti un pus blanchâtre, laiteux, comme séreux, très fluide: c'est cette fluidité qui a trop souvent fait croire au mélange de l'urine.

J'ai fait en sorte que la partie la plus reculée de mon incision fût au niveau du point le plus déclive de la cavité purulente; quant à la partie supérieure, je n'ai pas craint d'y laisser un cul-de-sac, dont l'ouverture, située à sa partie la plus déclive, assurait l'évacuation constante et facile; en d'autres termes, je n'ai pas jugé utile de donner à l'incision toute l'étendue de la cavité purulente.

Je n'ai pas jugé utile de mettre un drain dans ce cul-de-sac supérieur, et encore moins de le fixer à la peau avoisinant le sommet de ce cul-de-sac par un fil passé au travers, de mettre un *drain au plafond* (c'est là l'expression employée), pas plus que je ne l'ai jugé nécessaire et que je ne l'ai trouvé utile dans les cas d'infiltration d'urine, malgré les recommandations que vous trouverez formulées dans des leçons sur ce sujet; tous mes infiltrés ont rapidement guéri sans que j'aie eu recours à cette *complication* opératoire.

Je me suis contenté, après désinfection de la cavité par les injections d'eau légèrement sublimée, de maintenir les lèvres de la plaie écartées au moyen de quelques mèches de gaze iodoformée. Aujourd'hui, le malade va très bien, la fièvre est tombée, pas une goutte d'urine n'est passée par là, résultat du reste prévu pour deux raisons, la première, c'est que la communication de ces abcès

avec l'urèthre n'est pas si fréquente qu'on le croit et qu'on le dit ; la deuxième, parce que la pression sur l'abcès ne faisait pas sourdre le pus dans l'urèthre, et enfin parce que nous nous étions assurés par l'exploration du canal qu'il n'existait pas de rétrécissement ; mais ce sont surtout les premières conditions qui avaient pour nous le plus de valeur. Ce cas m'a paru digne de votre attention pour plusieurs raisons que je veux vous signaler et sur lesquelles je tiens à insister.

Tout d'abord il n'est pas fréquent d'observer cette forme d'abcès péri-urétraux dans le cours de la blennorrhagie. Les abcès que vous observez, en pareil cas, sont ou des abcès pénien, ou des abcès des glandes de Méry ; ce sont ces derniers seuls qui ont quelque analogie avec celui que nous observons ; en effet, comme lui ils siègent au périnée, comme lui ils sont volumineux ; mais cet abcès de la glande de Méry est latéral, il tend à fuser du côté de l'anus ou de la région ischio-rectale et chose particulière, il a une tendance marquée à se terminer par fistule. J'ai vu 5 cas d'abcès des glandes de Méry, et tous les 5 se sont terminés par une fistule, cas dont la guérison d'ailleurs n'est pas toujours facile à obtenir.

L'abcès que nous avons décrit était, au contraire, exactement médian et avait de la tendance à fuser du côté de la racine de la verge ; il avait, en d'autres termes, une disposition inverse de celle de la glande de Méry, se comportant en un mot comme un abcès urinaire, dont il avait l'apparence et l'évolution. Voilà donc un premier point ; il y a donc ici quelque chose d'anormal que je devais vous signaler. Nous en aurons l'explication, mais jusqu'à un certain point seulement, si nous voulons remonter dans le passé du sujet, car il nous apprendra qu'il y a huit ans il a eu dans cette même région un abcès qui a été ouvert aussi sur la ligne médiane et qui s'était montré dans le cours d'une blennorrhagie, car il n'en est pas à sa première ; mais en vous signalant cette particularité, je ne fais guère que reculer la difficulté.

Ce fait nous éclaire sur la pathogénie des abcès urinaires ou soi-disant tels et va nous servir à montrer qu'ils ne sont pas intimement liés à l'existence d'un rétrécissement, et qu'ils n'ont pas une origine mécanique ou aussi mécanique qu'on le supposait autrefois.

Néanmoins, il est juste de dire qu'il était classique de penser que les abcès urinaires étaient dus à des lésions de la muqueuse en arrière d'un rétrécissement. Cette lésion (fissure ou ulcération, peu importe) préparait la sortie de l'urine hors du canal de l'urèthre : celle-ci filtrait peu à peu à travers les tissus et par l'irritation qu'elle causait donnait lieu à un abcès. Substituez au mot urine le mot *microbe*, prenez le mot *fissure* ou *ulcération* dans son acception théorique : *porte d'entrée*, et vous aurez la pathogénie actuelle. Il est certain que c'est la sortie des micro-organismes du canal de l'urèthre, que c'est leur infiltration dans les tissus péri-urétraux qui déterminent l'abcès urinaire, depuis que Pasteur a

démontré que l'urine était un liquide aseptique, il était évident pour tous que l'abcès dit urinaire était un abcès microbien ; il ne restait plus qu'à chercher le ou les microbes qui le déterminaient, car vous savez que les microbes pyogènes sont assez nombreux.

Cet envahissement des tissus pé. i uréthraux par les micro-organismes est assurément préparé par le rétrécissement, mais il n'est pas la conséquence mécanique de ce rétrécissement ; il n'est pas davantage lié à l'étréitousse des rétrécissements, et les altérations du canal en arrière ne sont pas en rapport avec le degré de la stricture ; bien plus, ce n'est pas toujours en arrière du rétrécissement que les abcès prennent naissance, mais bien souvent au niveau du rétrécissement lui-même. Il en est de ces rétrécissements uréthraux comme des rétrécissements rectaux. Nous avons actuellement dans notre salle de femmes deux malades atteintes de rétrécissement syphilitique du rectum : l'une a un rétrécissement dans lequel la pulpe de l'index a beaucoup de peine à s'engager sans pouvoir s'y introduire bien avant ; l'autre permet facilement l'introduction de l'index, et cependant la première est exempte de fistule et d'abcès ; la deuxième, au contraire, a la région ano-vulvaire criblée d'orifices comme une pomme d'arrosoir ; ce sont les orifices externes de trajets fistuleux dont les orifices internes se trouvent soit au niveau, soit même au dessous du rétrécissement.

Il en est de même pour les rétrécissements de l'urèthre : ainsi que pour ceux du rectum, le point de départ n'est pas toujours en arrière du rétrécissement ; il peut encore se trouver à son niveau ; les micro-organismes envahissent le tissu de nouvelle formation qui constitue le rétrécissement et y creusent des abcès ; c'est ainsi qu'on a pu voir des rétrécissements disparaître après formation d'abcès urinaires. Les conditions réellement déterminantes de l'abcès sont donc, non l'étréitousse des rétrécissements, mais le degré d'infection de l'urèthre et de l'urine et le degré de résistance de l'organisme aux causes d'infection ; il est certain que tous les sujets ne sont pas égaux à ce point de vue, de même qu'on voit des individus voués fatalement aux blennorrhagies et d'autres qui passent au travers de tous les gonocoques et autres microbes pyogènes sans en être aucunement incommodés.

Je vous ai dit que chez notre malade cet abcès était survenu dans le cours d'une blennorrhagie et en l'absence de tout rétrécissement. A un point de vue strict et absolu, j'ai peut être tort de vous dire qu'il n'existait pas de rétrécissement ; mais j'ai néanmoins le droit de dire que s'il existe il est bien faible. En effet, après avoir incisé et vidé l'abcès, j'ai pris une bougie à boule, c'était un n° 16. Or ce n° 16 est passé sans la moindre difficulté à l'aller, et sans donner au retour la plus petite sensation de ressaut. C'est donc un rétrécissement négligeable, s'il existe.

(Je viens d'ouvrir, avec le Dr Pioger (d'Asnières), un abcès survenu dans les mêmes conditions ; il n'existe pas non plus de

rétrécissement puisque le malade a pu être sondé 15 jours auparavant avec une sonde en caoutchouc rouge.)

J'ai pris la précaution, chez notre malade, de faire ce cathétérisme après avoir fait l'incision et l'évacuation de l'abcès, pour éviter une cause d'erreur, celle qui pouvait résulter de la pression exercée par l'abcès sur le canal de l'urèthre, pression capable de diminuer le calibre du canal. Il est possible, sans que j'en aie la démonstration pour ce cas, que, si j'eusse fait l'exploration avant l'incision de l'abcès, je n'eusse pas pu passer le n° 16, ou du moins le passer aussi facilement. Ce qui est certain, c'est que certains rétrécissements sont dus à des lésions péri-uréthrales, et que la section des brides du tissu fibreux péri-urétral suffit à faire disparaître le rétrécissement; il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce qu'une lésion aiguë put agir sur le calibre du canal. Ce qui est possible aussi, c'est que les abcès urineux puissent être observés plus souvent en l'absence de tout rétrécissement sinon appréciable, du moins notable; on explore le canal avant l'incision de l'abcès et on le trouve étroit; il est possible que si on l'eût exploré après, on l'eût trouvé moins étroit ou tout à fait libre.

Vous avez vu que j'ai incisé cet abcès, alors qu'il était difficile, sinon impossible d'y sentir de la fluctuation; je n'ai pas hésité néanmoins à le faire, certain que je rencontrerais du pus; je l'ai fait avant que d'autres lésions ne vinssent compliquer celle qui existait déjà. Ces abcès ont en effet une marche rapide, et la présence du pus peut y être signalée dès les premiers jours. Il importe d'autant plus d'inciser de bonne heure que l'on prévient des désordres et en particulier l'ouverture secondaire de l'urèthre: en effet, tel abcès qui, au début, ne communiquait pas avec l'urèthre quoiqu'il ait une origine uréthrale, peut communiquer avec lui plus tard, si on permet à l'abcès de s'étendre et d'ulcérer l'urèthre: cette communication sera alors secondaire, bien loin d'être primitive et d'être le premier temps, en quelque sorte, de l'abcès.

Nous avons un exemple de cette communication secondaire de la cavité d'un abcès avec l'urèthre chez ce vieillard qui a été couché longtemps dans un lit voisin, en face de notre malade, et qui a fini par mourir cachectique de pyélo-néphrite chronique secondaire.

Comme vous le savez, ce malade avait été admis, pour des raisons particulières, dans un service de médecine: il était porteur d'un abcès urineux consécutif à un rétrécissement de l'urèthre. Cet abcès avait été ouvert, mais malheureusement avait été un peu négligé; quand on nous a demandé de le prendre dans notre service, nous avons constaté qu'il existait un cul-de-sac du côté de l'anus qui laissait séjourner le pus; or cet abcès, au début, ne communiquait pas avec l'urèthre, car, pendant plus de trois semaines après l'ouverture, jamais on n'avait constaté l'écoulement d'une seule goutte d'urine. Ce n'est qu'au bout de ce temps que la communication s'était établie, et elle m'a paru due à la présence et à la stagnation du pus.

J'ajoute que le rétrécissement dont était atteint ce malade n'était pas particulièrement serré, puisqu'il laissait passer facilement le n° 12 de la filière Charrière. Pour en revenir à notre malade, je vous dirai : Voilà donc un nouvel exemple d'un abcès urinaire ne communiquant pas primitivement avec l'urèthre. Il faut avoir ces cas présents à l'esprit et vous dire qu'ils sont communs ; on pourrait presque dire qu'ils constituent la règle. La connaissance de cette particularité vous guidera dans la conduite à tenir en face de ces abcès. Vous lirez en effet des travaux qui tendent à prouver que l'incision seule de l'abcès ne peut suffire dans les cas qui compliquent les rétrécissements ; vous y lirez que cette incision est toujours suivie d'une fistule et que la meilleure façon d'éviter la fistule est de pratiquer, séance tenante, l'uréthrotomie interne.

Pour que ces observations fussent probantes, il faudrait démontrer que, dans les cas qu'elles relatent, cette communication existait, et en outre, que cette communication est la règle dans les cas d'abcès urinaire. En réalité, dans la grande majorité des cas, on évite la fistule, parce qu'elle ne doit pas se produire ; je crois, en outre, que souvent on uréthrotomise des canaux que la dilatation seule eût suffi à calibrer ; avant l'ouverture de l'abcès on croit étroits des canaux qui, après ouverture, se trouvent être relativement larges, d'où double raison pour ne point faire l'uréthrotomie : en effet, la crainte de la fistule est souvent illusoire, et, d'autre part, le canal n'est pas toujours assez étroit pour justifier l'uréthrotomie interne ; celle-ci n'est pas justifiée non plus par les phénomènes généraux qui s'amendent et disparaissent par le seul fait qu'on a évacué le foyer d'infection, c'est-à-dire l'abcès. Un autre caractère de l'abcès urinaire que nous retrouvons chez notre malade, c'est, je ne dirai pas la facilité, mais la fréquence relative de la récurrence qui tient à la persistance ou au retour des causes qui l'ont amené : je veux parler de l'infection de l'urèthre. A huit ans d'intervalle notre malade a une blennorrhagie ; à huit ans d'intervalle il a un abcès urinaire. Cette évolution est-elle fatale ? Assurément non, mais la connaissance des antécédents doit nous mettre en garde pour le présent et pour l'avenir chez tout malade qui, ayant actuellement une blennorrhagie, aura eu un abcès péri-urétral dans une blennorrhagie antécédente. Nous devons aussi bien nous pénétrer de la nécessité d'assurer l'asepsie de l'urèthre et agir par conséquent sur lui ou sur la vessie et l'urine, dans le cas où celles-ci seraient infectées.

Pour nous résumer, nous dirons que l'abcès urinaire avec tous ses caractères de siège, d'évolution, peut s'observer en l'absence de tout rétrécissement appréciable ; que, quand il coïncide avec un rétrécissement, il n'est nullement en rapport avec le degré de stricture ; tel rétrécissement étroit ne sera jamais compliqué d'abcès urinaire, alors qu'on observera cet abcès sur un rétrécissement large.

L'abcès urinaire ne communique pas le plus souvent avec l'urètre.

Il faut l'inciser de très bonne heure et largement, et il suffit de l'inciser pour remédier aux accidents immédiats ; cette incision sera souvent la seule opération nécessaire ; dans tous les cas, même dans les cas de rétrécissement, il n'y aura pas toujours lieu de redouter de fistule urinaire après l'incision, surtout si celle-ci a été précoce ; à plus forte raison ne sera-t-il pas nécessaire de faire l'uréthrotomie interne pour la prévenir.—*Progrès médical*.

Flambage des plaies.—A la Société de chirurgie de Paris, M. le Dr FELIZET, après avoir fait remarquer qu'après le curettage on est obligé d'employer des caustiques pour détruire tous les tissus tuberculeux, propose de recourir, dans le même but, au flambage à l'aide d'un chalumeau dont la température est portée à 1,500° ou 1,600°. Ce flambage empêcherait les tubercules de pulluler et la suppuration de se produire.

La technique de ce procédé est des plus simples ; il suffit de protéger les lèvres de la plaie et de promener la flamme sur les tissus sans jamais rester en place. Sous son action, on obtient un foyer absolument sec et on n'observe ni hémorragies, ni douleurs, ni aucun autre accident.

Traitement des brûlures. — Dans le traitement des brûlures, M. le Dr A. BIDDER considère qu'il est nécessaire de ménager l'épiderme sur les bulles et les vésicules, de protéger les eschares et les croûtes et de s'opposer à l'infection locale. Parmi les topiques conseillés dans ce dernier but, Bidder préfère le thiol qui, sans causer aucune irritation des tissus, est à même de les prémunir contre toute infection. Le thiol est employé soit en solution, soit en poudre ; cette dernière est brune et se liquéfie facilement avec un peu d'eau. Il agit comme dessicant et anesthésique local et arrête sûrement l'accroissement des micro-organismes, spécialement du streptococcus. Dans les brûlures du premier degré et dans celles du deuxième degré, lorsque les vésicules sont intactes, on étale sur les lésions, avec un pinceau, le thiol étendu de moitié son volume d'eau et l'on recouvre avec une couche d'ouate dégraissée ; le huitième jour, généralement, la guérison est complète. Lorsque, ce qui est le cas le plus fréquent, les vésicules sont ouvertes et qu'il y a des plaies de brûlures, on fait une désinfection locale par le lavage au sublimé et l'on applique ensuite le thiol comme ci-dessus.

Dans les cas anciens, avec vésicules et bulles suppurées, il faut exciser les lambeaux mortifiés et les parois des vésicules en mettant le derme à nu, laver au sublimé, puis appliquer le thiol, soit en liquide, soit en poudre, en le mélangeant avec de l'acide salicylique, et recouvrir le tout d'ouate enduit de vaseline ; la guérison s'obtient rapidement.—*Arch. de clin. chir.*

De la lithotritie chez les obèses, par le Dr BAZY.—La révolution radicale déterminée dans le traitement des calculs vésicaux par l'admirable méthode de Bigelow paraissait avoir, d'une manière définitive, supprimé de nos livres classiques les expressions autrefois courantes de parallèle entre la taille et la lithotritie, parallèle des différentes manières de traiter les calculeux, pour ne laisser subsister que les indications de la lithotritie et celles de la taille; on en est arrivé à ne réserver à la taille que les cas relativement rares de calculs très durs ou très volumineux, ou ceux dans lesquels des obstacles urétraux empêchaient complètement le passage des instruments. Mais les progrès réalisés par la taille hypogastrique, la facilité et la bénignité dans le plus grand nombre des cas de cette opération, la rapidité relative de la guérison, surtout en employant la suture de la vessie qui n'est plus combattue actuellement que par un ou deux chirurgiens en retard, tous ces progrès, dis-je, semblent à des chirurgiens éminents suffisants pour permettre de rouvrir le chapitre du "Parallèle entre la taille et la lithotritie," de mettre en regard ces deux méthodes rivales et de les comparer à nouveau. N'y aurait-il pas lieu d'employer plus souvent la taille, d'en faire une méthode de choix à l'égal de la lithotritie? Les simples difficultés, je ne dis pas les impossibilités du passage des instruments par l'urètre, ne seraient-elles pas des indications suffisantes de taille?

Malgré la bénignité, chez des individus sains, de la taille hypogastrique, je ne le crois pas.

Six fois j'ai eu à intervenir dans des cas où la traversée de la prostate était particulièrement difficile. Sauf un cas que je laisserai de côté et où l'introduction du lithotriteur et de la sonde fut très facile, quoique celui de l'explorateur fût impossible, tous appartenaient à des sujets gras, obèses surtout par le ventre, tous avaient la prostate très développée. Chez quatre d'entre eux, l'introduction de l'explorateur fut impossible: il est vrai que je n'insistai pas.

Chez tous, l'introduction du lithotriteur fut très laborieuse et nécessita des manœuvres spéciales. Pour donner une idée de cette difficulté, il suffit de dire que la poignée du lithotriteur devait être abaissée si fortement qu'on aurait dit que l'instrument passait à travers une boutonnière périnéale et que la sonde évacuatrice était à peine assez longue malgré le tassement de l'urètre pour arriver jusque dans la vessie.

J'ai cru, malgré ces difficultés, devoir faire bénéficier mes malades de la lithotritie, car la taille hypogastrique, si facile en général, eût été plus laborieuse chez ces sujets et peut-être plus dangereuse ou tout au moins plus longue à guérir parce que les vessies de ces malades étaient légèrement infectées sauf une, et que le tissu graisseux a très peu de vitalité et s'infecte facilement; en outre, quelque rapide que soit la guérison d'une taille hypogas-

trique, elle n'est jamais aussi rapidement obtenue qu'avec la lithotritie. Pour citer un exemple récent : j'opérais le 29 août dernier un officier supérieur de cavalerie qui remontait à cheval le 12 septembre et faisait des manœuvres de division le 19 ; or, je pourrais citer un grand nombre d'exemples aussi probants, mais celui-là m'a paru le plus frappant.—*Gazette médicale de Paris.*

Opérations sur les vieillards, par M. BLUM in *Archives générales de médecine*.—Bien qu'il soit impossible de fixer à quel âge il faut faire débiter la vieillesse et cesser l'âge mûr, puisqu'on se heurte à ce point de vue à des différences individuelles extrêmes, cependant, on peut admettre que le sujet à opérer peut être considéré comme vieillard s'il a dépassé 70 ans. Or, si on examine les résultats opératoires fournis à cet âge, on reconnaît que les opérations graves peuvent être pratiquées chez le vieillard avec autant de chances de succès que chez les individus plus jeunes. La réussite dépend moins de l'âge que de la santé antérieure. L'intervention est donc légitimée, qu'il s'agisse d'affections aiguës comme la hernie étranglée, ou de maladies cachectisantes comme le cancer. Cependant quelques précautions sont bonnes à prendre : préparer son malade à l'opération et s'assurer du bon état de ses fonctions ; s'abstenir de l'anesthésie générale, qui laisse les opérés dans un état de prostration plus ou moins long ; employer la cocaïne ou le chloroforme à petites doses jusqu'à obnubilation ; protéger, au moyen de linges chauds, toutes les parties du corps en dehors du champ opératoire ; n'opérer que dans une chambre à 25° C. au moins ; éviter les pertes de sang ; ne pas employer l'ischémie préventive. Il est très utile d'opérer avec la plus rigoureuse antisepsie de façon à obtenir des réunions par première intention et à laisser le moins longtemps possible le malade au lit. Les alimenter et leur permettre de se lever le plus tôt possible.

Ne prenez jamais de spiritueux à jeun et ne mangez pas plus tard que l'heure à laquelle vous avez l'habitude de prendre votre repas.

Ne buvez jamais froid lorsque vous avez chaud, non seulement de peur d'un refroidissement ou d'une pneumonie, mais de peur d'une éruption cutanée, chose qui se produit très fréquemment en de telles circonstances. Cette éruption est la conséquence d'une interruption dans l'équilibre circulatoire. Le liquide froid arrête la circulation du sang dans l'estomac et les organes adjacents. De là une quantité inaccoutumée du sang est amenée à la peau, qui y prend plus d'activité. Dans certains cas l'éruption est proéminente, dans d'autres elle forme des taches de dimension variée.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Glycérine pour provoquer l'accouchement prématuré.— PALZER emploie dans ce but de la glycérine chimiquement pure et il injecte 100 centimètres cubes environ entre les membranes et la paroi utérine. On prendra des précautions contre l'entrée de l'air aussi bien que pour prévenir toute infection. Le travail se déclare ordinairement $\frac{1}{2}$ à 1 $\frac{1}{2}$ heure après l'injection. Cette méthode rend aussi des services signalés quand il s'agit d'activer l'accouchement à terme. La glycérine est aussi utile pour lutter contre l'atonie utérine.—*Brit. Med. Journ.*

Auto-infection puerpérale post-partum.— Voici les conclusions du mémoire publié, sous ce titre, dans le *Midi médical*, par le Dr L. SÉCHEYRON (de Toulouse) :

Il existe des auto infections puerpérales *inévitables*, même avec le secours de l'antisepsie.

L'auto-infection est d'origine *externe* ou *interne*.

L'auto-infection d'origine interne peut être *génitale* ou *extra-génitale*, d'ordre local ou général.

Elle peut déterminer des accidents : avortement, accidents infectieux, avant le terme normal de la grossesse—ou bien, après l'accouchement, auto-infection *post partum*.

Cette dernière variété, objet spécial de l'étude, est souvent d'origine externe, bien plus rarement d'origine interne. Les germes infectieux peuvent être inclus dans l'utérus : origine *intra-utérine*, ou en dehors : mais dans des tissus connexes de l'utérus—origine *extra-utérine*.

L'infection d'origine utérine et celle d'origine extra-utérine méritent une description clinique différente. La première est plus bénigne, moins grave dans ses conséquences immédiates que la seconde. Elle prend volontiers les allures d'une infection bénigne, facile à combattre, tandis que la seconde marque des lésions plus profondes, plus étendues. L'infection d'origine extra-utérine, surtout celle provenant des annexes, peut compromettre immédiatement les jours de l'accouchée.

L'auto-infection d'origine *utérine* peut s'observer dans tout utérus atteint de métrite, même de métrite légère, de métrite cervicale.

Les accidents sont ceux d'une métrite aiguë suppurée. Son caractère particulier est la rapidité de l'invasion et de la suppuration, un à deux jours après l'accouchement.

La guérison est facile, prompte, à condition d'un traitement rationnel.

Les complications à redouter sont celles de toute métrite aiguë, c'est à dire l'extension de l'inflammation aux annexes, au péritoine.

L'auto infection génitale *extra-utérine* peut être d'origine *extra-utérine*: canal vulvo-vaginal, ou *juxta utérine*: annexes, péritoine.

La première peut être rangée dans les causes externes; sa fréquence est extrême. Depuis longtemps, des mesures antiseptiques sont dirigées contre elles.

L'infection venue des annexes, — *juxta-utérine* ou mieux *péri-utérine*, — est indéniable.

Elle est rare, surtout si l'on considère la stérilité à laquelle sont souvent vouées les malades. Cette fatalité ne pèse pas au même degré sur les femmes atteintes de métrite.

Les malades atteintes de métrite compliquée de salpingites, d'adhérences, peuvent devenir enceintes. Mais elles sont sujettes aux fausses couches par le fait des adhérences de la métrite, ou de complications très graves, telles que péritonite par extension inflammatoire ou par perforation.

La grossesse et les couches à terme peuvent être normales, mais l'accouchée est exposée aux accidents infectieux par le fait de la présence autour de l'utérus de vestiges d'inflammations, de collections purulentes.

La pathogénie des accidents est diverse. La collection purulente se vide à travers l'utérus et l'infecte, ou bien, les germes atténués, grâce à l'exaltation de leur virulence, par le fait du traumatisme obstétrical, se multiplient, s'étendent aux tissus voisins ou se généralisent et infectent l'organisme. L'infection puerpérale est produite dans les deux cas. Très souvent les malades atteintes sont prédisposées par leur état antérieur à devenir *une éponge à pus* (Pajot). Le terrain est propice à l'infection.

Le tableau clinique est celui d'une fièvre puerpérale grave, remarquable par ses complications pelviennes. La suppuration se collecte autour de l'utérus et les lochies sont formées de pus véritable, très abondant.

La vie de la malade est rapidement en péril et l'affection subit dès lors toutes les chances de terminaison des suppurations pelviennes.

Le diagnostic de la recherche d'origine d'une auto-infection interne est d'autant plus intéressante qu'à cette recherche se rattache un point médico-légal: la responsabilité de l'accoucheur dans un cas donné.

La certitude de l'origine interne peut être difficilement acquise; toutefois des éléments de grande probabilité peuvent être aisément rassemblés, ces éléments peuvent disculper ou charger l'accoucheur.

Le traitement le plus rationnel consiste dans des lavages, le drainage de la cavité utérine et au besoin le curettage utérin, l'évacuation et le drainage par le vagin des poches purulentes. L'hystérectomie vaginale sera réservée aux cas exceptionnels. On ne devra jamais oublier les principes d'une chirurgie active, mais conservatrice.

Traitement de la métrite du col, par M. Heywood SMITH.—Après avoir énuméré les différentes causes de cette affection, après avoir montré les modifications subies par le col enflammé, la formation de ce qu'on appelle à tort l'ulcération du col et qui n'est après tout qu'une prolifération des éléments épithéliaux, M. Heywood Smith passe en revue les différents modes de traitement préconisés contre la métrite du col.

La meilleure conduite à tenir paraît être la suivante : injections chaudes pendant une semaine et application de tampons de glycérine, puis dilatation du col utérin, soit avec des éponges, soit plutôt avec des bougies métalliques. Quand la dilatation sera devenue suffisante, on touchera la cavité du col avec une solution de phénol iodé. Afin d'obtenir un effet plus certain, voici comment il convient d'agir : on prend une petite tige en bois de buis autour de laquelle on enroule du coton, on trempe cette tige dans la solution médicamenteuse et on la place dans le col. Elle peut y rester sans inconvénient pendant deux jours. Afin de la retirer plus facilement, on met un fil à l'extrémité de la tige qui reste à l'entrée du col.

Ce traitement donne en général de bons résultats : il échoue cependant dans certains cas et l'on est obligé d'avoir recours à des procédés chirurgicaux pour obtenir la guérison.—*Société anglaise de gynécologie.*

Douleurs périodiques intermenstruelles, par Chauncey D. PALMER, in *The Amer. Journ. of Obstetrics*. — L'auteur a pu suivre pendant plusieurs mois, cinq ou six cas, parfaitement nets, de ce qu'il appelle "Douleurs périodiques intermenstruelles." Voici, en quelques mots, la symptomatologie de ces douleurs.

Un certain temps, qui est défini pour chaque cas, après la menstruation, généralement au milieu des périodes intermenstruelles, se manifestent des accès d'une douleur pelvienne, localisée au niveau des deux ovaires, parfois sur un seul de ces organes, quelquefois tantôt sur l'un et tantôt sur l'autre alternativement. Des douleurs caractéristiques, irrégulières en intensité et en durée (elles sont de peu de durée généralement), d'habitude intermittentes (mais non toujours), se produisent aussi bien la nuit que le jour; se poursuivent de deux à neuf jours; varient de longueur suivant les cas; et ne sont accompagnées d'aucun phénomène fébrile.

Des cinq ou six observations qu'il a prises, l'auteur a déduit les conclusions suivantes :

1° Les douleurs périodiques intermenstruelles constituent une affection comparativement rare ;

2° La maladie est ovarienne et non utérine ;

3° La maladie ovarienne est une oophorite, une péri-oophorite, ou les deux simultanément :

4° La principale cause de ces phénomènes douloureux consiste en l'obstacle pathologique à l'expulsion des contenus des follicules de Graaf ;

5° Beaucoup d'autres conditions morbides, utérines, péri-utérines ou ovariennes, peuvent être associées à l'oophorite ou à la péri-oophorite ; mais leur existence n'est point la cause des symptômes essentiels ;

6° On n'arrive à la guérison qu'en dirigeant le traitement contre la maladie ovarienne ; on peut même parfois être obligé d'extirper l'ovaire.—R. F. M. in *Revue générale de médecine*.

DERMATOLOGIE.

Des diabétides génitales chez l'homme, par le professeur A. FOURNIER. — Les diabétides génitales de l'homme, qui sont des lésions érythémateuses ou eczémateuses, affectent deux organes : 1° le gland ; 2° le prépuce.

Les diabétides du gland se présentent sous trois formes différentes : rougeur érythémateuse autour du méat ; — éruption herpétiforme sur le gland, de la grosseur d'une tête d'épingle, non précédée de vésicules ; — eczéma craquelé diabétique, avec état desquamatif de l'épithélium en forme de mosaïque ; démangeaisons, prurit ; enfin, dépôt d'une espèce de smegma blanchâtre dans la rainure préputiale.

Les diabétides du prépuce sont des lésions analogues à celles du gland : posthite érythémateuse-eczémateuse, formée de petites squames, de petites exfoliations épithéliales.

La posthite s'accompagne presque toujours de balanite ; le phimosis est aussi une complication fréquente.

Le phimosis, bien mieux encore que la balano-posthite, est souvent un phénomène révélateur du diabète.

Le diagnostic se fait facilement : 1° par la considération de la personne ; 2° les données objectives ; 3° l'évolution.

1° Les malades ont de 40 à 50 ans, gros, gras, arthritiques, chauves (diabétiques gras).

2° Le phimosis diabétique a les caractères suivants : sub-inflammatoire ; peu de rougeur, peu d'œdème, pas de lymphangite dorsale, pas de suppuration abondante ; eczéma du prépuce. — Épaississement chronique du prépuce, qui est *englué* ; signe pathognomonique : atrésie de l'anneau transformé en tissu inodulaire. — Le phimosis diabétique a une évolution progressive chronique de formation et de persistance.

Les complications sont formées par l'exagération de l'état soléreux du prépuce, des orages de balano-posthite aiguë, des végétations volumineuses et repullulant facilement.

Le traitement sera général et local.

Le traitement général est classique ; le traitement local consiste en lavages après la miction (préventif) : bains généraux, locaux avec 4 p. c. de carbonate de soude, répétés dans les vingt-quatre heures ; poudre isolante entre le gland et le prépuce ; injections avec eau boriquée, nitrate d'argent.

La circoncision doit être faite d'une façon très prudente, malgré l'antisepsie ; elle peut être suivie de mort par gangrène.

En résumé :

1° L'influence du diabète se traduit fréquemment sur les organes génitaux par les dermatides ;

2° Les déterminations génitales du diabète sont, les unes très rares, gangréneuses ; les autres communes, eczémateuses ;

3° Ces déterminations sont fréquemment des signes révélateurs du diabète ;

4° Ces diverses manifestations générales peuvent rester méconnues quand on n'est pas prévenu de cette éventualité ;

5° Etant donnée une manifestation génitale de ce genre, il y a obligation absolue de songer au diabète et de provoquer l'analyse des urines.—*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

De quelques nouveaux remèdes de la pratique dermatologique, par Ch. ALLEN—Le *naphtol* est un remède très efficace dans les affections parasitaires, surtout dans la gale. Son efficacité est encore augmentée par sa combinaison avec le soufre. Dans les affections prurigineuses et le prurit idiopathique, il guérit les démangeaisons, alors que les autres remèdes ne donnent pas de succès. Dans les maladies du cuir chevelu, comme le pityriasis, la séborrhée, l'eczéma séborrhéique, la phthiriasis, le psoriasis et l'alopecie, son action est semblable à celle des autres remèdes et peut être exaltée, suivant l'auteur, par l'adjonction du sublimé. Le *naphtol* exerce ainsi une action stimulante sur le cuir chevelu, surtout dans l'alopecie.

L'*oxyiodure de bismuth* est une poudre inodore, insoluble, de couleur rouge cuivrée ; il est très utile dans le traitement des plaies. En application sur les ulcères, les excoriations, les chancres, etc., il forme une couche d'un éclat métallique, qui

recouvre bien la plaie et agit comme un bon désinfectant. Il possède une action légèrement anesthésique, stimulante et cicatrisante. Il est préférable de l'appliquer en couches minces. Son action serait remarquable dans les chancres ulcérés, dans la balanite, l'herpès génital, les plaques muqueuses, etc.

L'*ichthyol* est un bon remède dans l'érysipèle; mais sa réputation a été surfaite dans le lichen, l'acné varioliforme, l'impétigo, l'eczéma.

La *résorcine* a été employée avec de bons résultats dans l'épithélioma, le sycosis, les diverses formes d'eczéma, l'intertrigo, l'acné rosacée, le pityriasis rosé et dans d'autres cas. Dans le prurit, son action est très marquée et dure souvent plusieurs heures.

Le *peroxyde d'hydrogène* est un des meilleurs moyens de détruire le pus, surtout lorsqu'il est accumulé sous l'épiderme; il rend d'excellents services dans les affections des ongles. L'auteur a prescrit comme bon désinfectant dans la scarlatine une friction composée d'une partie de solution éthérée à 10 p. 100 avec 5 parties de vaseline. Le même médicament a donné de bons résultats dans les brûlures, les ulcérations superficielles de la gorge.

Le *pyrozone* est une solution à 50 p. 100 de peroxyde d'hydrogène dans l'éther. L'application de ce corps fait blanchir la peau pendant quelque temps, elle provoque des fourmillements, des démangeaisons parfois douloureuses. L'on renouvelle ces applications, on détermine la formation de vésicules. Cette préparation a été employée avec succès dans le chloasma, sur les nævi pigmentés et sur les verrues peu élevées.

L'*aristol* est avantageux dans tous les cas où l'on a besoin d'un agent qui excite la formation de granulations et la cicatrisation. Il offre sur le dermatol l'avantage de se dissoudre dans l'éther, les huiles, l'alcool. Son action est moins favorable sur les cancroïdes.

Enfin, il rend des services dans le psoriasis, le lupus, l'eczéma marginé, les ulcérations, l'érysipèle, dans la syphilis du nez et l'ozène. On doit choisir une solution dans l'huile ou dans l'éther lorsque le remède doit pénétrer profondément.

L'*europène* possède une odeur moins désagréable que l'iodeforme, et n'est pas aussi toxique, il adhère mieux aux surfaces et il en faut moins. Dans les cancroïdes son action est supérieure à celle de l'aristol. Il est très utile dans les maladies du nez et de la gorge. Son action est inférieure à celle des autres remèdes dans l'impétigo, les ulcérations; elle est nulle dans le psoriasis et le favus.

Le *dermatol* n'est pas toxique par suite de son insolubilité et n'a pas d'action irritante, mais il n'a pas d'action curative particulière dans les affections cutanées. Il guérit facilement les brûlures au deuxième degré (pommade à 20/100.) Son application sous forme d'emplâtre empêche les cicatrices de la varicelle de se produire. On peut l'utiliser en le mélangeant à de la poudre de talc dans l'intertrigo, l'eczéma, l'hyperhydrose des pieds.

La *pyoctanine* n'a pas une grande valeur curative dans les maladies de la peau. Des injections interstitielles ont soulagé des cancers inopérables.

La *fuchsine*, en solution alcoolique à 1 0/0 ou dissoute dans le collodion, ne donne aucun résultat dans les ulcères, le lupus, l'eczéma, l'épithélioma et les affections congénères.

La *créoline* à 2 0/0 donne de bons résultats dans quelques formes d'eczéma. Cependant malgré son action bactéricide très puissante, la créoline est d'un emploi gênant dans la pratique à cause de son odeur. L'auteur recommande les *stéarates* de zinc et de mercure, à la place des oléates.

Le *permanganate de potasse* est un moyen énergique contre l'hyperhydrose des pieds. C'est un remède qui n'est pas assez apprécié, suivant l'auteur, dans les eczémas, les ulcérations, les éruptions pustuleuses d'origine septique.

Les nouvelles bases sont la *glycogélatine*, la *bassorine*, le *plasment*. Les premières sont des mélanges en toutes proportions de glycérine et de gélatine. Elles donnent une couche protectrice lorsqu'on les applique avec un pinceau. Les médicaments peuvent être incorporés à ces substances. Enfin le *plasment* est une matière analogue. L'auteur le recommande pour les préparations d'iode, de bismuth, de plomb.—*France médicale*.

Beware of pickpockets!—Une enquête est ouverte sur les agissements d'un dentiste qui traitait ses clients d'une façon peu scrupuleuse. Il paraît avoir surtout exploité les Américains. Une jeune femme, Mme M..., se rendait, en effet, il y a quelque temps, chez ce dentiste en renom, inventeur d'un nouveau système de greffe dentaire, et lui demandait de vouloir bien garnir sa bouche de jolies dents.—C'est facile, lui répondit le praticien, mais je dois vous prévenir que je ne puis faire cette opération à moins de 2,500 fr.—2,500 fr. Soit, ce n'est rien, si cela doit me rendre la beauté. Marché conclu. Mme M... versa séance tenante les 2,500 fr. et le dentiste commença son travail en posant, après une opération très douloureuse, une première dent qu'il maintint à l'aide d'un appareil en caoutchouc. Puis il recommanda à la cliente de revenir le lendemain, certain qu'il était de la réussite. Mme M... revint à l'heure dite, le dentiste retira l'appareil et Mme M... après s'être rincée la bouche, cracha, cracha tant et tant que sa dent tomba... et ses illusions aussi. Mme M... offrit de laisser 500 fr. au dentiste, et réclama la restitution de son argent; celui-ci refusa; c'est pourquoi Mme M..., avec plusieurs autres clientes, auxquelles le dentiste n'avait pas fourni de dents, mais réclamé des honoraires plus qu'exagérés, ont déposé une plainte contre cet arracheur de dents et d'argent.—*Echange de Paris*.

FORMULAIRE.

Vomissements rebelles.—*Hare.*

- P.—Teinture d'opium désodorisée 30 minimes.
 Bromure de potassium 30 à 40 grains.
 Eau amidonnée q. s.

M.—En injections rectales.—*College and Clinical Record.*

Tœnia infantile.—*Yrowitsch.*

- P.—Naphtaline..... $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ grain.
 Huile de ricin..... $\frac{1}{2}$ once.
 Essence de bergamote..... 2 gouttes.

M.—A prendre en une seule dose, à jeun.—*Times and Register.*

Asthme.—*M. E. Blair.*

- P.—Extrait fluide d'euphorbia pilulifera..... $\frac{1}{2}$ once.
 Extrait de grindelia robusta $\frac{1}{2}$ once.
 Nitrate de strychnine 1/12 grain.

M.—Dose : Deux cuillerées à café par jour.

Gonorrhée.—*Brinton.*

- P.—Acétate de plomb..... 30 grains.
 Sulfate de zinc..... 15 “
 Sulfate d'hydraotine..... 12 “
 Extrait fluide d'ergot..... 4 drachmes.
 Teinture d'opium 3 “
 Eau..... 6 onces.

M.—En injections, ayant soin d'agiter le mélange avant de s'en servir.—*College and Clinical Record.*

Erysipèle.—*Keen.*

- P.—Pommade à l'oxyde de zinc..... 2 onces.
 Calomel 2 drachmes.

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

Ulcères douloureux.—*Weismuler.*

- P.—Acide salicylique 8 parties.
 Acide borique..... 4 “
 Oxyde de zinc..... 3 “
 Amidon 30 “
 Talc en poudre..... 30 “

M.—Usage local contre les ulcérations douloureuses qui sécrètent abondamment.—*Revue internationale de thérapeutique.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, FÉVRIER 1893.

BULLETIN.

L'antisepsie interne.

Décidément, l'antisepsie interne ne donne pas les résultats qu'on en attendait, et nous avons déjà signalé ce fait dans le bulletin de notre livraison de mai dernier. Dans le numéro de novembre du *Dietetic Gazette*, nous trouvons un article en rapport avec cette question, au cours duquel l'auteur énumère les causes de l'insuccès de la médication antiseptique interne. Il n'est pas probable, dit-il, que l'on puisse se fier à l'action des parasitocides dans les tissus; vu le grand nombre de causes qui peuvent modifier ou neutraliser absolument leurs effets dans l'économie. Les acides et les alcalis avec lesquels l'antiseptique vient en contact, les conditions d'absorption auxquelles il est soumis, son emprisonnement probable dans les liquides purulents ou muqueux, constituent autant de causes d'altération qui n'existent pas dans les expériences de laboratoire. En outre, un grand nombre des micro-organismes pathogènes sont réfractaires à l'action des parasitocides, comme cela a lieu dans la fièvre typhoïde. Dans cette maladie, en effet, dès que le diagnostic peut être fait, le bacille s'est déjà propagé aux ganglions lymphatiques, à la rate et même aux taches roséolaires de la peau. On comprend difficilement comment la naphthaline, le salol, le sulfo-phénate de zinc, etc., peuvent aller pourchasser le bacille dans tant de tissus différents. Et même si la chose était à la rigueur possible, il ne faut pas oublier que, comme les expériences de Koch l'ont démontré, la destruction de certains bacilles exige certains degrés de concentration des substances antiseptiques, degrés la plupart du temps incompatibles avec la vitalité des éléments du sang. Supposant encore que cela fut possible, il est un fait indéniable, c'est que ce

ne sont pas les bacilles eux-mêmes que nous devons redouter, mais les produits de leur sécrétion : ptomaines, toxines, etc., qui sont les véritables agents de l'infection et qui ont déjà commencé à se produire quand le médecin est appelé auprès du malade.

Ce qui précède prouve une fois de plus que dans l'appréciation de la valeur des médications nouvelles, l'esprit de l'expérimentateur et des praticiens en général se laisse trop guider—ou égarer—par de simples théories. On ne se demande pas assez si le nouveau traitement proposé est rationnel et d'accord avec le bon sens. On y va à l'aveugle, sur la foi d'observations incomplètes et la plupart du temps controuvées quelque temps après, et l'on verse bientôt dans l'empirisme. Pour ce qui regarde la médication antiseptique en particulier, qu'on n'oublie donc pas, une fois pour toutes, que le tube digestif, les voies respiratoires et les vaisseaux sanguins et lymphatiques ne sont pas des cornues ni des tubes à réaction, et que les agents microbicides peuvent et doivent se comporter tout autrement dans l'organisme doué de vie qu'ils ne le font dans la calme solitude du laboratoire.

La désinfection de l'intestin.

Les remarques qui précèdent étaient à peine livrées à la *composition*, que nous avons retrouvé, dans un de nos échanges de Paris le résumé d'expériences faites par Stern sur la valeur antiseptique des médicaments ordinairement employés comme antiseptiques de l'intestin: les acides, l'iodoforme, la naphthaline, le salol, le salicylate de bismuth et autres.

On a cru devoir, dans ces expériences, procéder de deux façons différentes: en déterminant le nombre des germes pathogènes contenus dans les matières excrémentielles avant et après l'usage des antiseptiques, et en second lieu en déterminant l'influence exercée par telle ou telle substance sur certains poisons fabriqués par les bactéries dans l'intestin, ou sur certains principes excrémentiels éliminés par les urines. Or voici les résultats obtenus:

“ Les recherches de M. Stern, ont démontré que le nombre des germes vivants, contenus dans les matières fécales, est sujet à des variations très étendues, même chez un sujet soumis à une alimentation uniforme; elle a varié entre 10,000 et 50,000 bactéries, par milligramme de matièreensemencée.

“ M. Stern a aussi étudié l'influence qu'exerce une alimentation stérilisée, sur la richesse des matières fécales en micro-organismes. Il a constaté que sous l'influence d'une semblable alimentation, le nombre des germes vivants contenus dans les excréments diminue d'une façon très rapide, et qu'il subit de nouveau une augmentation rapide, lorsque le sujet en expérience se remet à une

alimentation non stérilisée. L'action de la naphthaline sur le nombre des germes, étudiée dans ces mêmes conditions, a été trouvée égale à zéro.

M. Stern s'est adressé ensuite à une autre méthode : Il a mêlé aux aliments le *bacillus prodigiosus*, et il a cherché à détruire ce micro-organisme dans le canal intestinal, en administrant au sujet en expérience, des antiseptiques variés. Des essais préalables lui ont fourni la preuve que la meilleure manière de procéder consiste à mélanger avec de la soupe, le produit de raclage de cultures sur agar, du *bacillus prodigiosus*, cultures parvenues à maturité. Le mélange, dont le goût n'a rien de désagréable, est ensuite ingéré par le sujet en expérience. Dans les trente heures qui suivent, les excréments contiennent des *bacilli prodigiosi* en très grand nombre. Passé ce délai de trente heures, les germes se trouvaient anéantis. Or, il a été impossible d'obtenir le même résultat avant l'expiration de ce délai, en administrant à doses aussi élevées que possibles l'une des substances suivantes : *calomel*, *salol*, *naphtol B*, *camphre*. Le résultat a été tout aussi négatif alors qu'une de ces substances antiseptiques eût été administrée longtemps avant, puis après l'ingestion des cultures du *bacillus prodigiosus*, et à doses souvent répétées."

Il ne reste donc plus qu'à conclure, avec l'auteur, que selon toutes les apparences l'antisepsie intestinale, qu'il ne faut pas confondre avec l'*antitoxie*, est plus difficile à réaliser que d'aucuns le supposent.

Le traitement de l'arthrite rhumatoïde.

Dans une des dernières livraisons du *Practitioner*, le docteur John Kent Spencer émet l'idée, déjà acceptée par plusieurs, du reste, que l'arthrite rhumatoïde ou goutte rhumatismale (rhumatisme goutteux, si on le préfère) ne se rattache pas plus au rhumatisme qu'à la goutte, mais consiste en un simple trouble neurotrophique. Il insiste beaucoup sur l'importance d'un diagnostic hâtif dans ces cas et préconise le traitement suivant :

Diète généreuse et nutritive, riche en matières grasses et en hydro-carbures. Huile de foie de morue. Vins généreux. Climat sec et ensoleillé, tout comme s'il s'agissait d'un consomptif, quoique, néanmoins, un *chez soi* bien confortable soit encore préférable à beaucoup de climats réputés populaires. Comme médication : le fer et l'arsenic sont toujours utiles, et l'on peut leur combiner la quinine. A ces substances on peut associer la glycérine et le chloroforme pour les rendre d'administration plus facile, ou encore les donner sous forme effervescente. Une dose par jour, pendant un an ou plus, peut suffire. Une pilule ren-

fermant quatre grains de la masse pilulaire d'iodure de fer et un douzième de grain d'arséniate de soude et administrée deux fois par jour, pendant plusieurs mois, est également efficace. L'iodé et les iodures ne doivent être donnés que sous cette forme, sauf dans le cas où il y aurait hypertrophie évidente de la thyroïde. Dans ce cas, si l'on veut obtenir les effets spécifiques de l'iode, il sera bon de prescrire chaque jour quinze minimes de teinture d'iode associées à cinq minimes de liqueur arsenicale et à cinq minimes d'eau chloroformée. Un hypnotique ou un anodin tel que le chloralamide peut être donné occasionnellement, au besoin.

Contre les accidents inflammatoires ou fébriles, avoir recours à la saliciné et aux salicylates, mais seulement dans les cas où la température est élevée.

Localement, envelopper de toile ou de flanelle l'articulation malade et l'éponger avec de l'eau aussi chaude que le malade la peut supporter. Une fois par semaine ou à peu près, frictionner la jointure d'abord avec le liniment de térébenthine acétique, puis avec une huile douce pour calmer l'irritation locale. Si on a recours à la vésication par la cantharide, le vésicatoire doit être appliqué sur le côté cardiaque (!) de l'articulation, et on peut en dire autant des badigeonnages à l'iode. Le vésicatoire ne doit être que volant.

Au début, surtout s'il y a de la douleur et de la fatigue, tenir au repos l'articulation menacée, au moyen d'attelles, de gaze et d'un léger bandage en toile. La jointure ne doit pas être trop longtemps tenue en repos, et on ne doit pas la laisser paresseusement s'atrophier. Les sujets qui souffrent de bonne heure de lésions articulaires dans les membres inférieurs devraient porter des genouillères lacées ainsi que des bandages de flanelle sur les jambes. Le membre supérieur peut être mis dans un appareil en bois, bien rembourré, de façon à soutenir la main et l'avant bras; une bandelette de papier gommé placée sur les extrémités des doigts les tient droits et les préserve de tout choc.

Quand les symptômes aigus ont cédé, il faut prescrire l'exercice systématique des parties malades. La vapeur et les bains tièdes sont décidément préjudiciables.

Le *Medical Record*, de New-York, parlant du mouvement qui se fait actuellement au sein de la profession médicale canadienne à propos de la réciprocité des licences *ad practicandum* entre nos diverses provinces, constate qu'aux États Unis, un certain nombre d'États possèdent déjà un Bureau central d'examineurs et que plusieurs autres vont suivre leur exemple, le mouvement s'accroissant davantage chaque année. Mais chez nos voisins comme ici, chaque Bureau est jaloux de ses droits et exige un examen sérieux de tout diplômé venu d'un État étranger. Là-dessus, le *Record* se

demande s'il n'y aurait pas avantage à établir la réciprocité des licences, mais à la condition expresse que telle réciprocité ne sera accordée qu'aux États dont les examens présenteront un caractère réellement sérieux, et qu'on aura soin d'éliminer tous les candidats venant d'États dont les lois d'enregistrement sont plus faciles que celles de l'État de New-York. Il faudrait dans ce cas adopter un programme d'études uniforme pour tous les États.

La même objection a été soulevée, on s'en souvient, au sujet de la réciprocité inter-provinciale dont on a tant parlé depuis la convention d'Ottawa, et ce n'est que quand on aura pu déterminer ce programme uniforme pour toutes les provinces de la confédération canadienne que l'on pourra songer à la réciprocité.

* * *

Nous donnons aujourd'hui en tête de notre revue des journaux un article résumant la méthode hydrothérapique de l'abbé Kneipp. Cette méthode a en général été acceptée favorablement par la profession médicale, tant en Europe qu'en Amérique, restriction faite, toutefois, de certains détails exagérés résultant d'idées théoriques plus ou moins fausses et que l'abbé Kneipp cherche à faire prévaloir quand même. Le sujet, néanmoins, est assez intéressant pour qu'il ne soit pas inutile qu'on s'en occupe. C'est ce qu'a fait M. le Dr Suchard en formulant comme suit son appréciation du Kneippisme :

“ Si cette théorie de l'hydrothérapie est bien loin de l'explication qu'en donne la science moderne, on ne peut contester que M. l'abbé Kneipp, malgré ses notions fausses, ne fasse de la bonne hydrothérapie. Il en tire même presque tout le parti médical possible, et il en connaît les effets antiphlogistiques, sédatifs, toniques, révulsifs, dépuratifs, etc. Il réussit parcequ'il est soigneux, méticuleux, sans violence, qu'avec beaucoup de tact et de bon sens, il approprie ses procédés à l'état du malade.”

* * *

Une nouveauté pharmaceutique qui peut rendre service en plus d'un cas. On vient de conseiller de se servir d'une solution de salol dans l'éther (1:5) pour en revêtir des pilules contenant des médicaments qui ne doivent agir que sur les intestins ou n'être dissous que dans le tube intestinal; le salol ne se décomposant que dans les intestins, en venant en contact avec le suc pancréatique, les pilules traversent l'estomac sans subir aucun changement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Curieux détail sur l'affaire de Panama ! On aurait, dans le nombre de médicaments achetés, dépensé pour plus de 600,000 francs de purgatifs !—*Union médicale.*

Le baron Alphonse de Rothschild vient de faire à l'assistance publique de Paris la donation d'un million. Cette fondation est destinée à venir en aide aux femmes en couches et portera le nom de la baronne Albert de Rothschild.—*Union médicale.*

Les candidats à la chaire de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Paris sont MM. Terrier, Berger, Terrillon et Reclus. Cette chaire a été déclarée vacante par suite de la retraite anticipée du professeur Vernet et du passage de M. le professeur Tillaux à la clinique chirurgicale de la Pitié.

New-York possède deux nouveaux journaux de médecine : le *New York Therapeutic Review*, revue trimestrielle dirigée par M. le Dr Paul Gibier, et le *New York Polyclinic*, journal mensuel publié par la faculté de la Polyclinique. Succès !

Succès également à un nouveau confrère qui nous arrive de Paris sous le titre de *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, et dont la direction se compose de MM. LeDentu, LaBadie-Lagravo, Quenu, Chantemesse, Ollivier, Raymond, Jules Simon, Duguet, Pozzi et Albert Robin, avec M. le Dr E. Ricklin comme rédacteur-en-chef.

M. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, atteint par la limite d'âge, a fait sa leçon d'adieu samedi, 24 décembre 1892. Cette conférence a été applaudie par les nombreux élèves et amis du sympathique et toujours jeune chirurgien.

Mais il paraît que M. Péan, insatiable de renommée, n'entend pas rester dans l'ombre, si nous en croyons la nouvelle suivante que nous transmet l'*Union médicale* de Paris, à la date du 14 janvier : " L'hôpital international, fondé par M. Péan, 11 rue de la Santé, sera inauguré samedi, 21 janvier. M. Péan fera ce même jour sa première leçon et continuera les samedis suivants, à 9 h. " du matin."

Nécrologie. — ÉTRANGER : A Paris, le 22 janvier, M. le docteur Alfred HARDY, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, bien connu par son *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*, et ses nombreux travaux en dermatologie. — A Paris, MM. les docteurs L. DESNOS, médecin de la Charité, et HORTÉLOUP, chirurgien de l'hôpital Necker.

VARIETES.

Des Aversions.

“ Nous appelons *aversions* la haine que nous avons pour les choses inanimées. Si cette aversion est forte, c'est *horreur*; si elle est faible, c'est *dégoût, répugnance*. Souvent cette horreur ou ce dégoût tirent leur origine dès notre plus tendre jeunesse et dans un temps où notre raison est encore assoupie. Si ces objets se présentent à nos sens par hasard, une espèce de frémissement s'empare de tout le corps, souvent on se trouve mal jusqu'à perdre connaissance, et quelquefois il arrive des symptômes encore plus terribles. La description de cette chose, ou le simple récit qu'on en fait, est capable de produire les mêmes effets. Examinons successivement les aversions de chacun des sens.

1° De la vue: Il y a des choses horribles à la vue, il y a des choses dégoûtantes à la vue. Les premières font hérissier le cheveu sur la tête, nous font pâlir, interceptent le mouvement du cœur et nous font quelquefois tomber en syncope. Les secondes portent directement leur impression vers l'estomac, causent des nausées, et excitent souvent le vomissement. Quelques aversions de la vue ont un mécanisme plus caché, mais on peut les rapporter à ces mêmes causes qui occasionnent le trouble dans l'économie.

Le maréchal d'Albret s'évanouissait quand il voyait la tête d'un marcassin. Bussi forme à ce sujet un plaisant doute. Il demande s'il serait permis en honneur à un homme qui se battrait contre le maréchal d'Albret de porter une tête de marcassin dans la main gauche. Chacun sait le trait de Jacques Ier, roi d'Angleterre, qui ne pouvait voir sans frayeur une épée hors de son fourreau. Le chevalier Digby en accuse l'imagination de la mère qui, dans le temps qu'elle était enceinte, vit assassiner à côté d'elle un de ses amis. Mais nous verrons quel fond on doit faire sur de pareilles vertus de l'imagination des femmes grosses. Il est plus naturel de rejeter cette aversion sur sa timidité et son peu de courage. Nous ne troublerions pas ses mânes pour lui faire ce reproche, si l'on n'avait dit avant nous :

Élisabeth fut roi, Jacques premier fut Reine;
Cette erreur de nature est un beau phénomène.

2° De l'ouïe; Il est des sons aigres, des bruits effrayants qui déchirent les oreilles et auxquels on ne peut s'accoutumer. Le son que produit une scie lorsqu'on la lime, fait grincer les dents, occasionne une contraction dans tous les muscles du visage, et

cause une espèce d'horripilation par tout le corps. Nous marquons de la répugnance pour certains airs ou trop triviaux ou trop rebattus. L'empereur Germanicus ne pouvait souffrir ni la vue ni le chant des coqs. L'histoire rapporte plusieurs exemples de personnes qui entraient en fureur par les dissonances répétées de la musique. Tout ceci doit être expliqué par la violence que ces sons exercent sur l'organe de l'ouïe.

3^o Du goût : L'organe des saveurs a aussi des répugnances qui sont de vraies aversions. C'est peut-être le plus fantaisiste des sens à ce sujet. L'on mange quelquefois avec plaisir dans la jeunesse ce qu'on a rebuté dans l'enfance. L'habitude des meilleurs mets nous en dégoûte au point même de ne plus en pouvoir souffrir la vue. Cette aversion souvent est si aveugle que la raison la plus éclairée ne saurait la vaincre. On présente à un malade qui jouit de la plus saine raison une médecine dont il doit attendre le soulagement le plus prompt et le plus efficace. Malgré l'empire de la volonté, le gosier se ferme, l'estomac se révolte, il a des mouvements convulsifs qui lui font rejeter ce qu'il ne peut contenir. Ces aversions sont donc indépendantes de l'âme, et dépendent autant des organes que la répugnance d'un cheval à passer auprès d'une charogne ou d'un moulin; il essuiera plutôt vingt coups d'éperon que de passer outre.

5^o De l'odorat : La bonne ou mauvaise qualité des odeurs n'est pas toujours ce qui les fait aimer ou détester. Nous en avons vu qui haïssaient l'odeur de la rose, tandis que d'autres préféraient des odeurs très puantes. Il y a des femmes vaporeuses qui se délectent à sentir le castoreum, la savate brûlée, l'esprit volatil de corne de cerf succiné. Tout est relatif dans le sentiment. Ce qui plaît aux uns, peut déplaire aux autres. Cela dépend de la disposition organique et du degré d'irritabilité des nerfs. Il en est de même pour l'odorat que des autres sens : " J'ai vu, dit Montaigne, fuir la senteur des pommes plus que les arquebusades ; d'autres s'effrayer pour une souris ; d'autres rendre gorge à voir de la crème, d'autres à voir brasser un lit de plume." Pierre d'Apono, homme de beaucoup d'esprit et médecin de profession, avait une si grande aversion pour le lait et le fromage qu'il n'en pouvait flairer, ni même voir, sans tomber en défaillance.

5^o Du toucher : Le toucher, ce sens qui sert à connaître et à sentir les corps palpables, et leurs qualités comme le mou et le dur, l'humide et le sec, le chaud et le froid, a aussi ses aversions. C'est avec une espèce d'horreur qu'on touche les araignées, les chenilles, les morts et tous les objets, qui sont dégoûtants à la vue. Les aversions sont souvent filles de la timidité ; mais il n'en sera pas moins vrai qu'elles sont quelquefois dans l'organe et qu'elles tendent à faire éviter des choses contraires à la santé ou à notre constitution."