

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

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

Pagination continue.

Canadiana.org 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 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.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoires.

VOL. V.

MONTREAL, AOUT 1891.

No 8.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES NOTES DE MON CARNET

De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse.

Par le Dr G. B. Faribault, ancien médecin interne de l'Hotel-Dieu de
Montréal.—Paris.

Le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse est une des questions le plus à l'ordre du jour. Quelques faits que j'ai eu l'occasion d'observer dans les différents hôpitaux de Paris, m'ont décidé à faire sur ce sujet une étude d'ensemble.

Les faits de péritonites tuberculeuses traitées accidentellement ou non, par la laparatomie, se sont multipliées dans ces derniers temps. Il résulte des statistiques publiées par Spencer Wells, Martin, Esmarch, Shmabfuss etc., que les succès opératoires ont été de 83.08% dont plus de la moitié 51.43% à titre définitif, mais, outre ces chiffres, qui sont déjà par eux-mêmes fort éloquents, on trouve des faits qui sont bien autrement démonstratifs et dont quelques uns ont la précision et la valeur d'une expérience. Dans quelques cas, en effet, les sujets succombent aux progrès de la tuberculose ; mais, du côté du péritoine, le processus a été complètement enrayé, mais où la démonstration devient absolument rigoureuse, c'est lorsque, à côté de l'évolution clinique, on trouve la preuve anatomique sur la table d'autopsie. Les résu-

tats auxquels je fais ici illusion sont consignés dans un certain nombre d'observations parmi lesquelles les trois suivantes sont particulièrement remarquables.

Observation I—“ Huit mois après l'opération, le malade mourait de phtisie pulmonaire. A l'autopsie, le péritoine était net et on ne trouvait plus trace des nombreuses granulations que l'on avait autrefois constatées ” (Hirschberg).

Observation II—“ A l'autopsie qui eut lieu un an et demi après, le péritoine était complètement uni, littéralement lisse, poli ; il ne restait plus trace de granulations ” (Ahlfeld).

Observation III—Péritonite tuberculeuse type démontrée par examen microscopique. Deux ans après, l'opéré perd la vie dans un accident ; à l'autopsie, le péritoine est uni, poli, complètement débarrassé de granulations.

Nous sommes donc autorisés à affirmer la curabilité de la péritonite chronique tuberculeuse, en nous appuyant sur les données fournies par la statistique, l'évolution clinique et les autopsies. La régression des symptômes se fait à la suite et sous l'influence évidente de l'intervention, mais nous n'en connaissons pas le mécanisme. Comment, en effet, expliquer que dans une péritonite tuberculeuse diffuse un lavage antiseptique qui n'atteint par forcément tous les points en proie à l'infection bacillaire, quelques grammes d'iodoforme, ou même la simple évacuation du liquide aseptique, suffisent, non seulement à enrayer la marche locale du processus, mais encore à rendre en quelques mois, à un péritoine criblé de granulations et dégénéré, ses caractères et son aspect normaux ? Les théories ne manquent pas, mais aucune d'elle ne donne pleine satisfaction à l'esprit, ou ne rend suffisamment compte des faits observés. Quelques unes sont ingénieuses et je citerai à ce titre celles qu'ont émises Cabot, Van de Warber et Cameron.

Pour Cabot, la tuberculose des séreuses est en somme une tuberculose de surface (?), limitée d'un côté par les tissus sains, de l'autre côté en contact avec un liquide éminemment favorable à la progression de l'infection. Supprimez le liquide, assurez son évacuation complète, pansez la surface malade, désinfectez la et vous guérez sans nul doute l'affection tuberculeuse. D'où, pour lui, l'indication formelle d'un drainage, du lavage antiseptique de la cavité péritonéale et l'insuccès assuré à la ponction seule, ou à la simple évacuation du liquide, même par la laparotomie. Comme cet auteur, je pense qu'il ne suffit pas d'évacuer l'ascite et que le lavage antiseptique et le drainage constituent des conditions favorables à la guérison. Mais, je trouve qu'il a tort de révoquer en doute les succès obtenus par la simple évacuation du liquide de la cavité. Il est des cas, dont l'au-

thenticité est absolue, où cette unique manœuvre a suffi à assurer la cure de la péritonite. L'un des plus remarquables en ce genre est celui relaté par Spencer Wells dont la malade vit encore et qui est opérée depuis 1872.

Le Dr. Cameron de Huddersfield, donne une explication qui a le mérite de répondre davantage aux faits et avec idées qui ont actuellement cours sur les infections bacillaires " Il est possible, dit-il, que cette action curative s'obtient en enlevant les ptomaines qui résultent de l'évolution du bacille dans le tubercule, accumulés dans le liquide aseptique et dont l'absorption favorise indubitablement la propagation de la maladie dans d'autres organes. L'hypothèse est vraisemblable et, dans l'état actuel de la science, on ne peut suffisamment vérifier.

Van de Warber commence par rappeler que cette affection est curable spontanément sous certaines conditions. Puis, il examine l'évolution de la maladie péritonéale. Le tubercule crée une épine inflammatoire ; sa présence sur la séreuse a pour corollaire un processus phlegmasique. Dès lors, le péritoine irrité, enflammé, est un terrain tout préparé pour l'éclosion de nouveaux tubercules. La propagation gagne de proche en proche et la généralisation a des chances de se faire. Si maintenant, l'on traite la péritonite, si en d'autres termes, l'on combat le processus inflammatoire par un traitement chirurgical approprié, on favorise la régression de l'infection spécifique, et on prépare tout au moins la guérison, qui se fait alors, comme toujours, par incapsulation, transformation fibreuse, ou calcification.

C'est en effet là le nœud de la question : l'intervention chirurgicale ne guérit pas la péritonite tuberculeuse, elle en favorise simplement la régression. Elle met le sujet dans de très bonnes conditions pour guérir, non seulement en combattant le processus inflammatoire, mais, encore, en débarrassant la cavité péritonéale de cette ascite, véritable bouillon de culture, où pullulent les micro organismes, en la détergeant et en assurant l'antisepsie.

Il importe de dire quelques mots sur la manière dont se généralise la tuberculose primitive localisée au péritoine. Il est rare de voir, dans la péritonite tuberculeuse, l'infection bacillaire frapper d'emblée le sommet du poumon. Le plus souvent, c'est la phtisie qui en est la cause, en raison des connexions intimes qui unissent sa face postéro inférieure au péritoine. C'est, pour ainsi dire, par continuité de tissu, les canaux lymphatiques servant de trait d'union, que se développent les lésions et se produisent la migration et la pullulation de bacilles tuberculeux" (Spillman). C'est un processus analogue à celui que Lannelongue a si bien mis en lumière pour les collections froides en relations avec une lésion osseuse.

Même arrivée là, la maladie est encore purement locale ; la tuberculose pleuropéritonéale peut encore s'arrêter et guérir sans que l'infection se propage au-delà. Bouillaud, tout récemment, dans une statistique de 36 observations, note 11 guérisons sans propagation.

Telle est la marche ordinaire de la maladie de la tuberculose primitive du péritoine. La généralisation est relativement assez rare, la propagation, lorsqu'elle est observée, se fait dans des conditions exceptionnelles de lenteur, de tissu à tissu, par poussées successives, prête toujours à rétrograder devant les efforts de la nature et la résistance de l'organisme envahi.

Ces considérations trouvent certainement leur prix dans les applications thérapeutiques qui en découlent. Avons-nous besoin d'intervenir autrement que par un traitement général, lorsque nous avons affaire à une de ces péritonites à marche lente, à forme fibreuse ? Nous savons que si la lésion reste limitée à la cavité péritonéale, la guérison spontanée est, pour ainsi dire, la règle. Lorsque l'ascite est peu importante, que les phénomènes généraux, ne nous forcent pas la main, on peut espérer arriver à un résultat satisfaisant, avec la thérapeutique de réparation, avec les moyens palliatifs (révulsion, etc...) Et en six mois, huit mois, un an, quelquefois davantage, cette péritonite qui nous faisait craindre une issue, dans quelques cas, fatale, aura complètement disparu, sans que nous ayons exposé notre malade aux dangers d'une intervention chirurgicale intempestive.

Mais, nous voici, au contraire, en présence d'une péritonite tuberculeuse qui loin de rétrocéder sous l'influence du régime sévère auquel nous la soumettons, s'aggrave tous les jours. L'ascite devient de plus en plus considérable, le ventre est fortement distendu. Notre malade maigrit, et il est en proie à la fièvre vespérale et vomit. En un mot, l'élément phlegmasique domine et, si nous n'intervenons pas, notre malade ne va bientôt plus pouvoir faire les frais de sa lésion. En même temps, nous trouvons en arrière, vers la base du poumon, de la matité, les signes non équivoques d'un épanchement de faible importance. Alors, il n'y a pas à hésiter ; le chirurgien doit intervenir. Encouragé par les résultats heureux de la laparotomie, il la proposera nettement à son malade, et lui fera entrevoir à ce prix une guérison possible. Il reste bien entendu, néanmoins, que cette altération de la santé générale doit rester dans de certaines limites : nous n'opérons pas des sujets dont les sommets seront plus ou moins ramollis ou infiltrés de tubercules, pas plus que ceux qui auront des manifestations bacillaires avancées du côté d'autres organes. Ici, la règle est la même que celle qui est admise par la plupart des chirurgiens pour les tuberculoses locales.

Lorsque le diagnostic sera fait, établi d'une façon certaine, il s'agira de faire choix d'un mode de traitement. les méthodes employés ont été des plus diverses et ont varié avec les chirurgiens. Tandis que les uns se contentent de faire simplement la laparatomie, d'évacuer, aussi complètement que possible, le liquide et s'en tiennent là, les autres appellent à leur aide les lavages antiseptiques : quelques uns laissent à demeure un agent modificateur dans la cavité péritonéale, tel que l'iodoforme ; d'autres enfin ont recours au drainage, qui leur permet de continuer à déterger les foyers suspects et de s'opposer à la récurrence de l'ascite. Or, les succès obtenus par ces différentes méthodes ne sont pas les mêmes ; la statistique nous montre que la laparatomie simple guérit 23% des cas, tandis que associée aux antiseptiques et détergents elle est heureuse dans la proportion de 64 50. Cette manière d'agir est aussi parfaitement rationnelle. C'est ainsi que l'on ne se contente pas d'ouvrir simplement issue à la collection purulente, lorsqu'on traite un de ces vastes abcès par congestion. Dans l'un et dans l'autre cas, il faut de toute nécessité déterger la cavité, c'est-à-dire la soumettre à un lavage anti septique ainsi complet que possible. Ainsi l'on entraînera mécaniquement les ptomaines qui, d'après Cameron, sont la cause de tout le mal, et on peut espérer même agir dans une certaine mesure, sur l'agent morbide, le bacille de la tuberculose.

C'est pour cette raison que, parmi les anti-septiques qui sont à notre disposition, on doit donner, sans hésiter, préférence au bichlorure de mercure, à la liqueur de Van Swieten, étendue quatre fois de son volume d'eau bouillie, filtrée et chaude (1 gr. pour 5000 gr). Avec un antiparasitaire de cette puissance, on a la chance d'obtenir le maximum d'effet, de faire la toilette du péritoine dans les meilleures conditions, de la faire complète, surtout si l'on emploie l'ingénieuse canule de Terrillon, et de rendre, du premier coup, absolument aseptique, la séreuse malade. Au point de vue pratique, on n'a aucun danger de toxicité à craindre, en raison des conditions spéciales du péritoine tuberculeux, si, le lavage au sublimé étant terminé, on a le soin d'enlever au moyen d'un courant d'eau stérilisée et bouillie, tout ce qui reste du sel hydrargyrique. Pour enlever toute crainte, on pourrait même prolonger ce lavage, jusqu'à ce que le liquide de sortie n'impressionne plus le papier réactif si sensible de Merget (azotate d'argent ammoniacal). Ainsi employé, le sublimé n'est pas plus dangereux que l'acide phénique, l'acide borique, etc., et il a, sur tous ces agents, une supériorité incontestable au point de vue du résultat à obtenir.

L'intervention chirurgicale peut aller au delà de ce simple lavage. On pourra, comme je l'ai vu maintes fois pratiquer par M. Duplay, avoir recours au grattage. Il est rare en effet que, dans les péritonites

tuberculeuses, il n'y ait pas des points où la lésion soit plus marquée qu'elle ne l'est ailleurs. Il n'est pas rare de rencontrer, dans certains endroits, de véritables parois kystiques formées par les fausses membranes, résultant de l'organisation des exsudats du péritoine tuberculeux. Il ne faut pas abandonner à la nature le soin de résorber ces néo-formations ; le chirurgien doit attaquer résolument ces productions avec la curette de Volkmann, racler les fongosités les plus confluentes, réséquer, même, dans la mesure du possible, des fausses parois kystiques qu'il pourra rencontrer. A ce prix, on fera une opération utile et on mettra la lésion dans les meilleures conditions pour se réparer rapidement. La toilette du péritoine sera faite comme précédemment, l'hémostase sera rigoureusement assurée, et la plaie pourra être refermée comme à l'ordinaire.

Mais ici, une question se pose : faut-il ou non mettre une certaine quantité d'iodoforme dans la cavité abdominale ? La plupart des auteurs disent non. Mais, je ne puis m'empêcher de dire que j'ai vu l'iodoforme employé *largâ manu* dans la chirurgie abdominale par mes maîtres Duplay et Pozzi et il ne m'est jamais arrivé de constater d'accidents imputables à cette substance. C'est pourquoi, je ne crains pas de recommander ce puissant modificateur des lésions tuberculeuses.

Quelleque soit la méthode employée, il est constant que l'intervention, si elle est rationnelle, constitue une thérapeutique des plus efficaces, qui doit désormais prendre place à côté du traitement médical.

Dr. G. B. Faribault

11 Place du Panthéon,

Paris.

5 juillet 1891.

MEDECINE

Aministration du sulfonal dissout dans l'eau bouillante ou mieux dans une infusion bouillante

David D. STEWART (*Med. News*, 31 janvier 1891, p. 132 et 133) conseille de faire dissoudre le sulfonal dans un verre rempli aux deux tiers d'eau bouillante, en ajoutant à la solution autant d'eau froide qu'il en faut pour que le malade puisse boire la solution (il faut prendre garde que le sulfonal reste toujours complètement dissout) ; ou bien en laissant refroidir la solution en l'agitant continuellement.

Le sommeil survient alors presque immédiatement après l'adminis-

tration du sulfonal, il est plus profond et plus tranquille qu'après l'administration du médicament en poudre, et l'on n'observe pas de phénomènes secondaires fâcheux si fréquents ordinairement. L'auteur suppose que ces résultats sont dus à ce fait que l'eau chaude, en dilatant les vaisseaux de l'estomac, en active énormément le pouvoir résorptif. Pour cacher le goût passablement amer de la solution, on y ajoute une cuillerée à café de crème de menthe.

Nous avons, de notre côté, l'habitude de prescrire le sulfonal dissout dans une infusion bouillante de *tilleul et de menthe* suffisamment forte pour pouvoir être extemporanément refroidie par l'addition d'un peu d'eau froide.

Il n'est pas douteux que, dans ces conditions, l'absorption du médicament ne soit facilitée, plus rapide, et ses effets plus prompts; en conséquence nous recommandons à nos confrères cette manière de faire, non seulement pour le sulfonal, mais pour beaucoup de substances solubles, dont l'administration en nature ou en poudre présente plus d'un inconvénient, ne fût-ce que celui d'être mal supportée par l'estomac.

V. L.

Incompatibilité du bromure et de la cocaïne

Nous nous empressons de signaler, d'après l'*Union pharmaceutique*, l'incompatibilité suivante :

Un élève stagiaire, M. Louis Rucine, ayant eu à préparer, tout récemment, une potion contenant du *bromure de sodium* et du *chlorhydrate de cocaïne*, a vu apparaître, par la dissolution dans l'eau distillée, un précipité grumuleux, léger et gagnant la surface du liquide. Ce précipité est soluble dans l'eau, mais surtout dans l'alcool et dans l'éther, ce qui d'après les auteurs, fait partie des caractères appartenant à la cocaïne. De plus, si à la solution de bromure de sodium et de chlorhydrate de cocaïne on ajoute quelques gouttes d'acide chlorhydrique, le précipité se redissout.

On peut se représenter les dangers qu'aurait, pour les enfants surtout, une préparation de ce genre. La cocaïne *en suspension* dans le liquide pourrait passer toute dans une cuillerée ou, tout au moins, être administrée à des doses absolument inégales. Donc éviter de prescrire dans une même potion *cocaïne et bromure*.

La Tribune Médicale.

Le cancer est-il curable par un traitement interne

Cette question est posée depuis longtemps. Beaucoup de chercheurs ont tâché, sans succès, de la résoudre. Y réussira-t-on? — Il nous semble qu'il y a lieu de l'espérer, si l'on tient compte des résultats

que publient à ce sujet, dans le *Medical Record*, MM. les Drs Rùdish et Einhorn, et obtenus chez des cancéreux, de l'administration du bleu de méthyle par la bouche et par le rectum. Il s'agissait de cas tumeurs inopérables.

Le premier cas, est celui d'une femme de 40 ans, atteinte d'un cancer de l'utérus et des ovaires. La tumeur avait le volume d'une tête humaine ; cachexie profonde, anasarque s'étendant aux quatre membres et au tronc presque jusqu'aux épaules. Appétit perdu ; pouls de 110 à 120, très faible ; douleurs très vives et permanentes.

On commença, dans ces conditions, l'administration d' bleu de méthyle, à la dose de 0 gr. 20 par jour, sous forme de capsules. Au bout de peu de jour, la malade éprouva de l'amélioration. Les douleurs disparurent ; elle put prendre un peu de nourriture. En trois semaines l'anasarque avait disparu et on constatait une diminution sensible du volume de la tumeur. Les douleurs avaient complètement cessé, l'appétit avait paru et la malade était redevenue gaie. Le pouls était moins fréquent et plus fort.

Est ce là la première phase d'une guérison ? Les auteurs ne le prétendent pas et émettent à ce sujet des réserves formelles.

Deux autres cas de cancer (l'un de l'estomac, l'autre du foie) sont actuellement soumis au même traitement et paraissent s'en bien trouver, mais au moment de la publication de la note, le traitement était encore trop récent pour qu'on put en préjuger les résultats.—*Le Scalpel*.

Fumée de bromhydrate d'ammoniaque dans l'asthme.

S'étant assuré de l'action favorable de la fumée de chlorure d'ammoniaque dans quelques bronchites et catharres naso-pharyngés, THÉODORE MAXWELL eut l'idée de prescrire l'inhalation de fumée de bromure d'ammoniaque dans l'asthme. Pour obtenir cette fumée, il se sert d'acide bromhydrique du poids spécifique de 1,7. Quelques inhalations font disparaître immédiatement la dyspnée. Quelquefois on peut faire avorter l'accès, si les inhalations sont pratiquées dès qu'on le sent venir.

Pour que la fumée possède une réaction neutre, il faut la faire passer à travers un flacon laveur.—*Le Scalpel*.

Le sel marin contre les céphalées.

LESLIE conseille le sel pulvérisé en prises ou en insufflations nasales contre les névralgies et les céphalées de toute nature. Son action se manifesterait dans la plupart des cas presque instantanément. Le *armaceutische Centralblatt* (1890, n° 25, pages 365 à 380) rappelle que le sel de cuisine pris à l'intérieur est un remède populaire contre la migraine.

Journal de Médecine de Paris

De la durée du traitement de la syphilis

Désireux d'étudier l'influence de l'âge, du sexe et de la méthode de traitement sur la durée de la syphilis, le Dr I. V. Hielmann a choisi, dans la clinique des syphilitiques de Helsingfors, 843 cas de syphilis constitutionnelle récente, sans complications et sans traitement antérieur et leur a appliqué : à une partie, les injections de calomel d'après Scarenzio-Smirnoff, à une seconde partie les frictions mercurielles et à une troisième le mercure à l'intérieur. Pour les frictions, 2 à 3 grammes de pommade mercurielle par jour ; pour les injections, 0, gr. 1 à 0 gr. 2 de calomel en une fois. La durée moyenne du traitement pour les 843 cas, a été de 45 jours, 8. La durée moyenne minimum, qui est de 41 jours, a été fournie par les sujets de 16 à 20 ans, de 21 à 30 ans, la durée moyenne a été de 47 jours 5. Pour les malades au-dessus de 30 ans, la durée fut encore plus longue. Pour les sujets âgés de moins de 16 ans, durée également plus longue. Quant à l'influence du sexe : pour l'homme le traitement a duré en moyenne 49 jours ; pour la femme 50 jours, 9. Enfin, la méthode du traitement s'exprime par les chiffres suivants : chez les 348 malades traités par les injections au calomel, la durée moyenne du traitement a été de 46 jours, 1 ; chez les 270 traités par frictions, durée 51 jours, 1 ; chez les 225 traités par le mercure à l'intérieur 56 jours, 6.—*Journal de Méd. de Paris.*

Erysipèle primitif de la langue

Par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux, Lyon

Je tiens à relater ici un cas d'érysipèle à marche curieuse. L'affection, en effet, débuta par la langue, envahit l'arrière-gorge, les fosses nasales et vint en dernier lieu s'épanouir sur la face. Il suffit de lire l'histoire du malade pour se rendre compte qu'il ne peut être émis aucun doute sur la marche du processus érysipélateux dans cette circonstance.

Claude B..., journalier, âgé de 37 ans, entre dans mon service le 17 avril 1889, pour un érysipèle de la face. Aucun antécédent héréditaire n'est à signaler dans sa famille. Il n'a fait aucune maladie et n'a jamais eu d'érysipèle. Il avoue quelques excès alcooliques. Il est en outre affecté d'un bégaiement intense depuis son enfance.

La maladie actuelle a débuté il y a huit jours par une tuméfaction considérable de la langue, qui commença tout d'abord par la moitié antérieure gauche de cet organe. Il semble que l'on retrouve à ce niveau une trace d'ulcération que le malade aurait d'ailleurs complètement ignorée. Une dent cariée à bord tranchant siège à peu près au

niveau du point que l'on vient de signaler. L'enslure de la langue était telle que le malade ne pouvait fermer la bouche et laissait sourdre en bavant une quantité notable de salive.

Cet état local s'accompagna dès les premiers jours d'un état général assez grave, qui ne fut cependant constaté par aucun médecin. Il y avait un affaiblissement général marqué, une céphalée intense et une fièvre assez forte. L'état de la langue provoquait de vives douleurs, la déglutition était douloureuse, voire même impossible. Il est difficile de dire s'il y avait en même temps de l'angine. Le malade n'a pas remarqué de ganglions du côté du cou. Il ne prit aucun médicament et l'inflammation de la langue disparut au bout de trois jours.

A ce moment, il conserva de la douleur du fond de la gorge, puis le nez s'obstrua de telle façon que la respiration nasale devint impossible.

Trois jours après la disparition des phénomènes buccaux, le malade s'aperçut qu'il avait de la rougeur et de l'empâtement des ailes du nez. Le nez était devenu en même temps fort douloureux. En moins de deux jours, l'érysipèle gagna les deux joues, le nez et les paupières sans dépasser le front ni la région temporale. L'inflammation est cependant prépondérante à gauche et, sur le côté gauche du nez, on remarque de petits points blancs acnéiformes.

Tel est l'état du malade à son entrée à l'hôpital le 17 avril. Sa température s'élève à 40°,5. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Du côté de la cavité buccale, on ne constate plus qu'une légère rougeur de la muqueuse ; on aperçoit aussi des sécrétions muco-purulentes tapissant le pharynx et descendant du naso-pharynx. La température reste au-dessus de 40° pendant quatre jours, et du 20 au 23 avril regagne progressivement la normale. Dans l'intervalle, le malade a quelques épistaxis ; puis malgré l'abaissement de la température, l'érysipèle gagne les oreilles et le cuir chevelu. Le malade quitte l'hôpital peu de jours après complètement guéri.

Bien que je n'aie pu assister à l'évolution du processus sur la langue et en vérifier la nature par la recherche du *streptococcus* de Fehleisen, il est certain qu'il s'agissait d'un érysipèle primitif de la langue propagé secondairement aux fosses nasales puis à la face. Je fais remarquer aussi que la tuméfaction de la langue était considérable. Ce fait est contraire à l'opinion de Spillman et de Ganzinotty (art. *Erysipèle*, dict. Dechambre). Ces auteurs prétendent en effet que la langue érysipéleuse est médiocrement tuméfiée.

CHIRURGIE.

GENU VALGUM

SON TRAITEMENT PAR SIMPLE REDRESSEMENT ET L'IMMOBILISATION.

Dr M. BILHAUT.

Le genu valgum ou genou cagneux, est une affection qui peut survenir à divers âges, et qui, dans certains cas, peut disparaître grâce à des moyens extrêmement simples.

Il est maintenant parfaitement admis que cette difformité est liée au rachitisme, et qu'elle reconnaît surtout pour cause le développement anormal de la moitié interne de l'articulation du genou. Il semble d'ailleurs que les lésions marchent de pair, du côté du tibia aussi bien que du côté du fémur.

Sous l'influence du rachitisme, le condyle interne du fémur augmente sensiblement de volume, et comme cette éminence descend déjà normalement au-dessous du condyle externe, on conçoit aisément que la jambe soit déjetée en dehors si l'hypertrophie vient se surajouter à l'état anatomique ordinaire.

Mais le développement du condyle interne du fémur n'est pas la seule cause de la déviation ; la partie correspondante du tibia se développe de la même manière, et tend à augmenter encore l'angle rentrant dont le sommet occupe la partie interne de l'articulation du genou.

On n'attache plus actuellement qu'une importance minime à la rétraction du ligament latéral externe, et au relâchement du ligament latéral interne.

L'allongement des ligaments, après les hyarthroses de sérieuse durée, n'aboutit pas d'ordinaire au *genu-valgum*, mais bien à un état anatomique tout différent, le genou ballant.

La théorie qui consistait à donner aux muscles du voisinage une influence sur la déviation qui nous occupe, est pour toujours complètement abandonnée.

Le genu valgum est donc une affection qui atteint le squelette, et qui est caractérisée anatomiquement par l'hypertrophie des condyles internes du fémur et du tibia.

Nous ne nous attarderons pas à décrire les diverses méthodes employées pour combattre la cagnosité du genou. Les succès obtenus par l'ostéoclasie et par l'ostéotomie ne se comptent plus, et il est désormais hors de propos de contester la légitimité de ces opérations.

Nous ne citerons que pour mémoire, la tendance de quelques orthopédistes, à sectionner les muscles voisins de l'articulation du genou. On a coupé autrefois le biceps, le demi-tendineux, le tenseur du fascia lata. Bonnet de Lyon, enseignait à cette époque, que 'il des cas dans lesquels la section des tendons du jarret est suivie d'un succès complet, ces cas sont exceptionnels. Et cependant, deux fois, il pratiqua la section du biceps et fascia lata. Au bout d'un an, son premier malade ne pouvait encore marcher sans appareil, et le second ne put s'en passer pendant deux ans.

La section du ligament latéral externe retracté et même celle du ligament latéral interne allongée fut faite à diverses reprises par J. Guérin. Tous ces procédés appartiennent à l'histoire ; mais ils sont aujourd'hui complètement abandonnés, à juste raison.

Nous avons, dans notre pratique, demandé maintes fois à l'ostéoclasie ou à l'ostéotomie la cure du genu valgum ; et en publiant l'observation qui suit, nous ne voudrions pas que nos lecteurs se méprisent sur l'opinion que nous professons au sujet de ces deux modes de traitement. Nous sommes convaincu qu'ils sont excellents tous deux et que si la méthode française, l'ostéoclasie, ne compte aucun revers et offre toute sécurité au point de vue de la vie de l'opéré, l'ostéotomie est devenue grâce à l'antisepsie, et au perfectionnement opératoire, un acte chirurgical à peu près exempt de gravité.

Si nous acceptons sous réserves ces opérations, dans les cas où la lésion est très accentuée, et où le redressement par les mains ou par les machines, (1) est très incomplet, nous préférons, chez les jeunes sujets le redressement progressif, sans lésion du squelette. Souvent chez les jeunes enfants, on peut rendre au membre placé dans l'extension une déviation normale, dans laquelle il suffit de déterminer l'immobilisation, pour obtenir une guérison en quelques semaines. Au dessus de l'âge de dixans, sauf dans les cas pris au début, la résistance du squelette est assez considérable pour s'opposer au redressement ;

(1) Nous avons fait construire, pour les cas où la correction est difficile à obtenir une machine qui nous a rendu des excellents offices. Elle se compose de trois plaques, disposées en triangle. Celles qui s'appliquent sur le côté externe de la cuisse et de la jambe sont fixes. Au contraire, celle qui doit presser sur la partie interne du genou est mobile, elle est commandée par une vis. On peut, à volonté, la rapprocher graduellement du point de résistance et obtenir sans effort la réduction désirée. Lorsque le but est atteint, il suffit dans la plupart des cas, de maintenir la machine en place par quelques minutes, pour que la réduction manuelle devienne facile, et que l'application de l'appareil d'immobilisation se fasse dans d'excellentes conditions.

alors c'est à l'ostéoclasie ou à l'ostéotomie qu'il faut recourir. Mais avant toute intervention armée, il nous semble juste de demander au redressement pur et simple ce qu'il peut donner.

Observation.—L'enfant âgée de neuf ans est atteinte de genu valgum membre gauche. La déviation est à peine marquée à droite. Pas de maladie grave jusqu'à ce jour. Rougeole bénigne à six ans.

Cette enfant est forte, convenablement musclée. Son thorax est large. Pas de rachitisme chez les ascendants Pas d'arthrite du genou aucune chute n'est invoquée par les parents, pour expliquer l'étiologie du mal.

Le condyle interne du fémur est volumineux, il descend sensiblement plus bas que le condyle externe. L'extrémité supérieure du tibia ne semble pas notablement plus grosse à gauche qu'à droite.

La jambe est reportée en dehors, et la mensuration, faite entre la malléole externe et une règle disposée suivant l'axe médian du corps donne un écartement de sept centimètres.

J'entoure le membre inférieur d'une forte couche d'ouate destinée à éviter les compressions. Je dispose ensuite sur le côté externe du membre inférieur, une longue attelle rigide reposant en haut et en bas sur des coussins de sable. Celui qui est au haut de l'attelle ne descend pas plus bas que l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du fémur. Le coussin appliqué sur la partie externe de la jambe n'occupe que les deux tiers inférieurs de la région. De la sorte, l'application d'un bandage roulé me permet de reporter aisément en dehors les condyles articulaires. L'espace compris, entre les deux coussins facilite le dejet de l'articulation, puisque en ce point les os portent à faux.

Je parviens ainsi à donner, sans grand effort, une direction normale au membre dévié, mais, pour que la contention soit certaine, je recouvre ce premier appareil d'une gouttière plâtrée.

Au bout de quinze jours j'enlève tout ce pansement et je constate que la déviation est à peine de trois centimètres.

Après avoir imprimé aux articulations du genou et du pied leurs mouvements ordinaires, je pratique une friction alcoolisée, et j'applique un appareil analogue au premier.

Au bout de deux mois le résultat est aussi satisfaisant que possible ; mais les muscles se sont légèrement atrophiés. Je commence immédiatement le massage, et conseille pour la nuit l'application de l'attelle rigide. Pas d'appareil de jour.

Au bout de trois mois, à dater du début du traitement, l'enfant marche aussi bien que possible, la jambe parfaitement droite, et sans aucun signe de relâchement des ligaments articulaires.

La fillette qui fait l'objet de cette observation a aujourd'hui seize ans

La guérison est complète. Pendant deux mois seulement elle a eu recours à l'atelle de nuit et elle n'a jamais porté d'appareil de jour.

Ce résultat m'a encouragé à recourir à diverses reprises à ce mode de traitement. Dans bon nombre de cas il a suffi pour assurer d'excellentes guérisons, ou des améliorations qui équivalent à des guérisons.

L'indocilité des enfants est une cause d'échec ; mais chez les tout jeunes enfants, il en est une autre que nous devons signaler, c'est leur malpropreté. Chez ceux qui urinent sous eux, l'atelle plâtrée perd rapidement la rigidité nécessaire à une bonne contention, et rend difficile l'immobilisation indispensable au succès.

Quand la déviation est corrigée, j'ai utilisé heureusement dans les premiers mois, le port d'une bottine lacée, avec semelle légèrement surélevée sur le côté interne.

Quelques petits malades ont dû à ce moyen fort simple, la continuation de leur guérison, et même la perfection plus grande du redressement.

Ce moyen conseillé déjà par Ambroises Paré, puis par Boyer, donne de bons résultats, grâce aux efforts musculaires que le patient doit faire pour reporter spontanément en dehors l'extrémité supérieure du tibia.

En tenant compte des bienfaits de l'ostéoclasie et de l'ostéotomie, dans le traitement du genu valgum, et des indications spéciales de ces interventions actives, nous croyons néanmoins :

1° Que chez les enfants, dont la déviation peut se corriger sans grands efforts, le redressement manuel ou mécanique doit toujours être tenté.

2° Que dans les réductions, on ne doit pas dépasser la direction normale de la jambe, sous peine de redouter l'allongement inutile ou nuisible du ligament latéral externe du genou.

3° Que l'immobilisation doit être effective et assez longtemps prolongée.

4° Qu'il y a lieu de remplacer assez fréquemment l'appareil, pour s'assurer de son action, et pour donner aux jointures immobilisées un jeu qui empêche leur ankylose.

5° Nous donnons la préférence à l'atelle externe, rigide, reposant supérieurement et inférieurement sur des coussins de sable suffisamment distants l'un de l'autre, pour permettre à la bande roulée de reporter en dehors l'articulation déviée.

6° Pendant la convalescence nous conseillons de recourir à l'emploi d'un brodequin avec semelle plus élevée en dedans qu'en dehors.

7° L'appareil de nuit est utile pendant les mois qui suivent l'immobilisation.—*Annales d'Orthopédie.*

D. M. BILHAUT.

Élimination des corps étrangers du nez.

Le docteur T.-I. Slaton décrit une méthode très simple—qu'il appelle *pneumatique*—pour obtenir la sortie des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants : l'opérateur place un linge fin sur la bouche de l'enfant ; il appuie un doigt sur la narine qui ne contient pas le corps étrangers, de manière à en oblitérer complètement la lumière. Alors, il applique sa bouche sur celle de l'enfant, et pousse deux ou trois souffles énergiques. Le docteur Slaton emploie ce procédé depuis dix ans, et il affirme que, neuf fois sur dix, le corps étranger a été chassé hors de la narine. Le procédé peut-être utile dans certains cas. (*The therap. Gaz.*, 15 juin 1891.)—R. *L'Union Médicale.*

L'urétrite chronique est elle contagieuse

Par M. le docteur Bazy (1)

Les écoulements en apparence inoffensifs, les gouttes intermittentes peuvent être le point de départ d'accidents sérieux chez les femmes qui sont infectées par ces petites gouttes négligeables en apparence.

La plupart comme les urétrites, sont d'origine infectieuse et cette infection est déterminée par la gonocoque, le bacille de Koch, le streptocoque et staphylocoque, ou pour parler un autre langage, en dehors de la tuberculose, les causes les plus fréquentes, sinon les seules, de la métrite muqueuse, sont la blennorrhagie, ou un avortement et l'accouchement. Lorsque l'on se trouve en présence d'une métrite non consécutive à un accouchement on doit chercher le gonocoque ; si on le trouve pas, on trouve la blennorrhagie antécédente. On ne peut mettre la métrite sur le compte d'une diathèse quelconque ; la vraie cause est l'infection.

M. Bazy rapporté plusieurs observations de jeunes mariées contagionnées par leurs maris qui n'étaient porteurs que d'une petite goutte intermittente et matutinal à laquelle ils n'attachaient aucune importance.

Le suintement matutinal ne contagionne pas toutes les femmes et ne les contagionne pas toutes de la même façon.

Il est certain qu'une femme atteinte de blennorrhagie, surtout de blennorrhagie latente, ne communique pas son mal à tous les hommes avec lesquels elle a des rapports ; et tel homme qui, dans certaines conditions, sera contagionné, ne le sera pas dans d'autres. Inversement, un certain nombre de femmes peuvent être toujours indemnes malgré la maladie du mari.

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical.*

Beaucoup de blennorrhagies chez les femmes peuvent passer inaperçues, soit qu'elles soient légères et cèdent presque à des soins de propreté, soit qu'elles soient méconnues et que les pertes auxquelles elles donnent lieu soient attribuées à l'anémie ou à telle autre cause banale et non prouvée.

Quand la blennorrhagie s'étend à l'utérus et aux trompes, elle donne lieu à des phénomènes douloureux et elle est alors reconnue. Ce n'est souvent que dans ces conditions que l'on diagnostiquera la maladie ; et un grand nombre de femmes échappent aux complications du côté de l'utérus et des trompes.

D'autres blennorrhagies féminines sont méconnues, ou plutôt étaient autrefois méconnues, parce qu'on ne soupçonnait pas la relation qui pouvait exister entre certaines altérations des annexes et les lésions vaginales ou utérines ; du moins on n'y voyait qu'une relation indirecte, banale, purement inflammatoire et, dans bien des cas, on ignorait même la lésion primordiale.

Lorsqu'une goutte matutinale, en apparence indifférente, donne une vraie blennorrhagie, c'est que le micro organisme qui ne trouvait dans l'urètre masculin qu'un terrain de culture peu favorable se revivifie en passant dans un vagin ou un utérus jusque-là indemne ; il va retrouver la une virulence nouvelle et, par un juste retour des choses d'ici-bas, il pourra à son tour infecter l'urètre masculin, ou plutôt ayant acquis une virulence plus grande, il pourra végéter, repulluler à nouveau sur ce terrain, dans un milieu ou ces ancêtres vieillissent ne trouvaient plus à se développer. C'est ainsi qu'on peut expliquer comment un jeune marié croit avoir reçu un écoulement de sa femme, alors qu'il n'a fait que raviver le sien.

L'urétrite chronique, peut-être même sous forme d'urétrite postérieure seule, peut être contagieuse. Il faut donc la traiter.

Cependant M. Bazy croit pouvoir dire, sans toutefois l'affirmer, qu'une urétrite chronique convenablement traitée, qui malgré cela donne encore des filaments dans l'urine, est devenue indifférente. Il a eu des malades de l'urètre desquels on ne pouvait pas faire disparaître les filaments qui en altèrent les premières gouttes rester complètement guéris.

Mais, dans ce cas, on peut constater que la première partie de l'urine n'est pas trouble ; elle contient seulement, en suspension, des filaments très tenus, courts, légers, contrairement aux longs filaments et au trouble de l'urine de l'urétrite postérieure. Dans ces conditions, ces sujets ne paraissent plus aptes à donner la blennorrhagie.

Ces faits paraissent confirmés par les recherches bactériologiques. Il est impossible de trouver, dans les débris épithéliaux entourés par

le mucus et dans le premier jet d'urine, les agents pathogènes de la blennorrhagie et bien souvent même d'y retrouver un micro-organisme infectieux ; il est de même impossible de cultiver. Il y a simplement alors une sécrétion glandulaire, une fonte épithéliale exagérée qui continue après que la cause qui l'a provoquée a elle-même disparu.

Le meilleur traitement est celui par le nitrate d'argent et, après son emploi, les malades cessent d'être contagieux.—*Nice Méd.*

La cautérisation épidermique ponctuée

THERMO-CAUTÈRE PAQUELIN.—CRAYON DE MOSER.—FUSAIN DE BOUCHUT
TUBE CAUTÉRISATEUR DE L'AUTEUR

Par M. le Dr Hamon de Fresnay.

La cautérisation ponctuée de l'enveloppe dermoïde est d'une application fréquente dans la pratique. La découverte du thermo-cautére a beaucoup contribué à sa vulgarisation, car, grâce à lui, on a pu, à la fois, rendre cette petite opération plus rapide et supprimer l'effrayant *apparat* de l'antique cautère actuel. Ayant en ce moment même recours, chez deux malades (irritation spinale, arthrite fémoro-tibiale), à ce puissant mode de révulsion, je crois intéressant de jeter un coup d'œil sur les divers modes utilisés pour la pratique des punctuations, tant ignées que potentielles, de l'enveloppe tégumentaire.

Sans parler du *cautére actuel* d'antan, avec son effrayant accessoire obligé, réchaud et soufflet, j'ai eu souvent recours à divers modes aussi simples que pratiques de cautérisation. Je dirai quelques mots sur chacun d'eux, m'efforçant de faire ressortir leurs avantages et leurs inconvénients.

1o *Thermo-cautére de Paquelin*.—Au point de vue de la rapidité de l'opération, cet instrument, certes se recommande au choix du praticien. J'ai rencontré, toutefois, quelques malades pusillanimes qui, effrayés à la vue de cet instrument compliqué et au bruit produit par la poire d'insufflation, ont refusé de se soumettre à son opération, lui préférant un autre mode moins impressionnant, bien que plus douloureux.

Je ne ferai qu'un reproche au thermo-cautére. Malgré l'élégance et le volume exigü de la boîte qui le renferme, ce petit appareil n'en devient pas moins un *impedimentum* quand il faut le transporter à la main à une certaine distance, ou de maison en maison. Nombre de fois, pour cette raison, j'ai dû moi-même renoncer à son emploi et recourir à d'autres agents de cautérisation plus portatifs.

2o *Crayon-charbon du Dr Moser*.—Le Dr Moser a eu l'heureuse idée de faire préparer des crayons composés de charbon et de salpê-

tre. Ils sont contenus dans de petits étuis de bois, un peu plus volumineux que les crayons de trousse de nitrate d'argent. Pour les mettre en ignition, on en soumet la pointe à la flamme d'une bougie, à celle d'une allumette en cire. Ils brûlent à la façon des pastilles du sérail. Les ponctions ignées rapidement effectuées, on éteint le crayon, soit en le plongeant dans de l'eau, soit plus simplement, en vissant l'une dans l'autre les deux pièces du porte-crayon charbon.

L'idée du Dr Moser était excellente et pratique. Pourquoi ce petit instrument, si portatif, si utile, si peu dispendieux, n'a-t-il pas été plus favorablement accueilli par le corps médical? Toujours pour cette raison, qui s'oppose au succès de toutes les innovations les plus ingénieuses, quand elles ne se recommandent pas à l'attention, à la confiance par une estampille officielle!

3o *Fusain de Bouchut*.—Pour opérer la cautérisation ponctuée ignée, Bouchut se sert d'un simple fusain, de ceux dont se servent les dessinateurs. Ce sont de minces charbons de bois de peuplier, qui s'allument facilement à la flamme d'une bougie et dont le souffle de la bouche, autant qu'il est besoin, maintient l'incandescence.

J'ai, nombre de fois, vu l'auteur recourir à ce mode de cautérisation dans son service à l'hôpital des Enfants-Malades.

Ce petit appareil est, entre tous, le plus simple et le moins dispendieux. Le seul malheur, c'est qu'il n'est pas toujours aisé de se le procurer. Il comporte aussi un inconvénient: la nécessité d'interrompre de temps à autre la petite opération, pour raviver la combustion de la pointe du charbon.

4o *Tube cautérisateur de l'auteur*.—Dans un ouvrage publié par moi en 1864, alors que j'exerçais la médecine dans une petite ville de province (1), j'ai fait connaître un mode de cautérisation qui m'a rendu les plus signalés services dans une foule de circonstances. J'ai fait voir, dans ce petit livre, dont l'unique édition a été vite épuisée et que je n'ai pas eu l'idée de rééditer, tout le parti que l'on peut tirer d'un simple flacon d'*acide nitrique monohydraté* ou *fumant*.

J'ai montré de quelle façon il fallait procéder pour pratiquer les *cautérisations en nappe, inhérente, linéaire, transcurrente, circulaire, en roseau, perforante, ponctuée*. Par le bénéfice de la *nitrotechnie*, j'ai pratiqué avec succès, sans le concours d'aucun aide, nombre d'opérations que je n'eusse guère osé entreprendre en recourant à l'instrument tranchant. C'est par une telle méthode, notamment, que j'ai pu opérer

(1) *Testament médical d'un médecin de campagne, ou Essai sur la médecine des expédients, etc.*, in.8°.

l'ablation de *loupes volumineuses* du cuir chevelu, de *tumeurs hémorroïdales monstrueuses*, obtenir la cure radicale de *prolapsus du rectum*, etc. Ces divers cas ont été relatés avec détails dans l'ouvrage cité (1). Mais il n'y a pas lieu d'insister sur ces divers points dans ce travail, qui n'a pour objet que la *cautérisation ponctuée*.

Dans la quatrième édition de son savant ouvrage sur les maladies des enfants, Bouchut donne la description du petit instrument dont je me sers pour pratiquer la cautérisation nitrique ponctuée. Il reproduit *in extenso* l'observation d'un cas très grave de *chorée généralisée*, rapidement guérie par moi, par l'emploi de mon tube cautérisateur.

Dans la septième édition de cet ouvrage, doublé de volume, l'auteur, débordé par l'abondance des matières, a cru bon de supprimer l'observation et de réduire à cinq lignes le texte qu'il consacre à la seule description de mon tube cautérisateur (2).

Je regrette une mesure qui prive le lecteur de documents particulièrement utiles. Quiconque, en effet, prendra connaissance de l'observation reproduite par Bouchut, dans la quatrième édition de son livre, sera heureux de faire bénéficier ses petits choréiques d'un mode thérapeutique qui m'a valu un succès aussi rapide que remarquable.

Voici, d'ailleurs, *en substance*, cette observation (3) :

Chorée généralisée grave ; remarquables effets de la cautérisation nitrique ponctuée.—Garçon de 10 ans. Affecté, en 1858, d'une chorée de moyenne intensité, qui a cédé aux bains sulfureux.

En septembre 1859, folie musculaire générale ; bras incessamment projetés en diverses directions. Station verticale impossible. Quand le petit malade veut s'asseoir sur une chaise, il ne tarde pas à être projeté par terre. Visage incessamment convulsionné. Aphasie absolue. Il faut faire manger l'enfant, l'habiller, le moucher. Durant la nuit, les parents sont obligés de le maintenir au lit, à remettre en place draps et couvertures, qu'il rejette incessamment.

Tout mon arsenal thérapeutique ayant échoué, le 19 janvier, je me décidai à recourir à la *cautérisation nitrique ponctuée*.

Le long de l'une et de l'autre gouttière vertébrale, je pratiquai une soixantaine de punctuations nitriques à 0,01 environ les unes des autres.

Dès le soir même, l'enfant commence à parler distinctement. Nuit

(1) Voir le chapitre consacré à la *nitrochimie* (cautérisation nitrique), p. 15-74.

(2) Bouchut, œuvre citée, p. 121.

(3) *Testament médical*, etc., p. 31.

beaucoup moins agitée. Le lendemain, folie des muscles du bras moins prononcée. Station verticale possible.

Le 27, amélioration croissante. Nuits moins agitées ; l'enfant peut manger seul, rester assis, marcher en chancelant, mais sans faire de chutes. *Aucune autre médication n'a été mise en usage.*

Deux rangées de ponctuations parallèles sur le trajet du nerf médian de chaque bras ; une seule rangée sus les nerfs radial et cubital.

Le 1er février, pour compléter la cure, deux rangées de ponctuations parallèles le long du trajet de chacun des nerfs sciatique et tibial postérieur.

Pour compléter l'histoire de ce petit malade que de longtemps je n'ai pas perdu de vue, je dirai que pendant plusieurs années, à la même époque, il a subi de nouvelles attaques de chorée d'une intensité décroissante. Elles ont été assez peu graves pour n'avoir réclamé aucune intervention médicale.

Contraint de me borner, je donnerai, pour terminer, la description d'un petit instrument qui m'a rendu de nombreux services et qui pourra en rendre de non moins grands à ceux de mes confrères auxquels il conviendra d'en tirer parti.

Le tube cautérisateur.—On prend un tube en verre de 0,15 à 0,18 de longueur et d'un diamètre de 0,006 à 0,007.

On soumet sa partie moyenne à l'action d'une lampe à alcool. On effile le verre et on obtient, de la sorte, deux tubes effilés à l'une de leurs extrémités.

Pour confectionner le tube cautérisateur, on brise l'un d'eux à sa pointe, de manière à faire affecter, à cette dernière, une étendue de 0,002, 0,003, 0,004, selon l'étendue que l'on désire donner à chaque ponctuation.

Pour rendre la pointe du tube non vulnérante, on la fait rougir à blanc à la flamme de la lampe, et on porte cette même pointe contre un corps métallique en vue de renverser en dedans les petites aspérités du verre fracturé. On produit, de la sorte, un petit bourrelet interne dont on comprendra bientôt l'utilité, en même temps que l'on rend moins offensive l'extrémité, je dirai cutanée, du tube.

Ce premier temps effectué, reste à *armer* le tube cautérisateur. A cette intention, il faut le remplir d'acide nitrique et trouver le moyen de faire écouler, goutte à goutte, le liquide caustique.

J'ai obtenu ce *desideratum* d'une façon très simple. J'ai fait choix, pour préparer un diaphragme modérateur, d'une substance inattaquée par les acides : *l'amiante* !

On prépare un petit tampon de ces filaments, qu'on introduit dans le tube et qu'on propulse avec une longue aiguille, en le tassant de

telle sorte que l'écoulement de l'acide s'effectue régulièrement, goutte à goutte, avec le degré de lenteur ou de vitesse que l'on désire.

Reste un dernier point à réaliser. Il s'agit de charger le tube cautérisateur sans se brûler les doigts, sans répandre au dehors une seule goutte du liquide corrosif.

Or, rien de plus facile.

On prend un tube de verre droit d'un diamètre inférieur à celui du tube cautérisateur. On plonge le premier dans un flacon d'acide nitrique, à une profondeur suffisante pour en prendre la quantité voulue. Cela fait, on applique la pulpe de l'index droit sur l'extrémité supérieure du petit tube ; on porte ce dernier dans l'instrument. Il suffit de lever le doigt obturateur pour que s'écoule le liquide caustique. Le petit instrument est chargé. Il n'y a plus qu'à en tirer parti.

Veut-on obtenir une *punctuation superficielle, épidermique* ?

A peine le liquide est-il déposé sur le tégument cutané, on l'absorbe au moyen d'un linge. Désire-t-on une action plus énergique ? On laisse plus longtemps le caustique agir sur les tissus.

Lorsque le tampon obturateur servant de diaphragme est convenablement tassé, les punctuations s'effectuent aussi rapidement qu'avec le thermocautère. J'ajouterai que les punctuations nitriques sont d'une netteté parfaite.

Il est, enfin, un moyen très efficace de calmer les douleurs causées par la cautérisation. Il suffit, pour cela, d'appliquer sur la partie des compresses de linge imbibées d'eau froide.—*Le Scapél.*

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

Quelques mots sur le massage gynécologique en général. — Description de la méthode de Brandt pour le traitement du prolapsus utérin

Longtemps délaissé pour des raisons diverses, le massage des organes pelviens commence à entrer dans la pratique gynécologique. A mesure que chaque expérimentateur acquiert une plus grande habitude du traitement manuel des déviations utérines, il prend chaque jour une confiance plus grande dans l'emploi de ce moyen thérapeutique. Il est incontestable qu'on peut, par le massage, détruire des adhérences pathologiques unissant entre eux les organes pelviens et les maintenir dans une position vicieuse. Ramener les organes dans une position tout à fait normale et surtout les maintenir d'une façon durable dans

cette position normale, n'est pas toujours chose facile, ni peut être même chose possible dans tous les cas, mais il n'est pas douteux que tout gynécologiste rompu avec les difficultés de l'examen bi-manuel peut rapidement et sans grand apprentissage arriver à faire disparaître les exsudats chroniques du bassin et à rendre à l'utérus et aux annexes leur mobilité complète. Or, d'après ce que j'ai vu, une fois que les exsudats se sont résorbés, une fois que les organes sont redevenus mobiles dans le bassin, le résultat le plus important est obtenu, puisque les troubles de la nutrition, les troubles nerveux réflexes, les douleurs, la difficulté de la marche, etc., tous les symptômes les plus pénibles en un mot, disparaissent comme par enchantement. M. Lucas-Championnière a vu très juste et a fait de l'excellente observation clinique lorsqu'il a mis, au premier rang des bienfaits de la laparotomie, la rupture des adhérences pathologiques qui unissent entre eux les organes pelviens et qui sont les reliquat des inflammations salpingo-ovariennes; dans bien des cas, ce n'est pas tant la castration qui rend service que la destruction des adhérences vicieuses, ce que le massage permet de faire aussi bien que la laparotomie.

Il est inutile de dire que nous considérons le massage pelvien comme contre-indiqué dans tous les cas d'inflammation aiguë et récente des annexes, dans tous les cas dans lesquels de la fièvre ou même un léger mouvement fébrile fait craindre qu'une collection purulente existe dans le bassin. Le massage ne s'adresse qu'aux cas *chroniques, anciens apyrétiques*, il ne doit être mis en œuvre que *sur des organes désinfectés* au préalable; ce sera souvent le complètement d'un curettage ou d'une série de manœuvres thérapeutiques destinées à combattre l'endométrite et la métrite. Enfin, le massage ne peut être pratiqué sans danger que par un médecin ou un chirurgien habitué à manier les organes pelviens, sachant en face de quelles lésions il se trouve, susceptible de faire la topographie exacte du cas à traiter, etc. L'habitude de l'examen bi-manuel, en un mot, est la véritable école par laquelle il faut avoir passé avant de faire du massage gynécologique.

Nous aurons l'occasion de décrire en détail, un jour ou l'autre, les manœuvres applicables aux *déviation utérines adhérentes* et aux *exsudats pelviens* qui représentent, d'après mon savant maître, M. le Dr Chéron, l'indication la plus importante du massage. Nos lecteurs trouveront d'ailleurs quelques renseignements sur ce sujet dans le formulaire du mois de mars 1890 (1) et dans la monographie de M. Chéron sur

(1) JULES CHÉRON. Traitement des rétroversions adhérentes par le massage. *Revue des maladies des femmes*, mars 1890.

les phlegmasies péri utérines (1). Pour aujourd'hui, nous donnerons, d'après Profanter (2), la description exacte de la méthode de Brandt pour la réduction du *prolapsus utérin*; on parle beaucoup de cette méthode depuis quelque temps, il n'est donc pas sans intérêt de la connaître mieux que par les descriptions vagues qui en avaient été faites jusqu'au travail que je viens de citer.

1^o Brandt fait une séance par jour, en commençant par un léger *tapotement sur la région sacrée*. La malade est debout, penchée en avant, s'appuyant avec les mains sur un meuble; avec le poing fermé, en prenant soin que les mouvements se produisent dans l'articulation du poignet, l'opérateur donne quelques coups légers sur la région sacrée, au-dessus des vêtements de la malade. Pendant les régies, le tapotement est contre-indiqué.

2^o Après cela on pratique le *soulèvement de l'utérus*. La malade, la vessie ayant été vidée au préalable, les vêtements étant desserrés autour des hanches, le corset ouvert, etc., est placée sur un canapé court et étroit (116 centimètres de longueur, 70 centimètres de large) dans une position spéciale, mi-couchée, mi-assise. Le peu de longueur du canapé force la malade à fléchir fortement les genoux et les cuisses.

Le buste, appuyé sur des coussins, est soulevé et penché en avant; en outre, pour que les téguments abdominaux soient dans le relâchement le plus complet on fait incliner la tête en avant à l'aide d'un coussin, jusqu'à ce que le menton touche presque la poitrine.

L'aide, assis sur un siège à gauche de la malade et la figure tournée vers elle, refoule l'utérus à l'aide des deux mains et le place dans la position normale de l'antéversion. L'index gauche est ensuite introduit dans le vagin, appliqué par sa face palmaire à la partie antérieure du col, refoulant celui-ci en haut et en arrière. Puis, l'aide applique doucement la main droite sur l'abdomen, le bout des doigts dirigés vers la symphyse, exactement sur l'utérus maintenu en forte antéflexion.

L'opérateur lui-même est placé en face de la malade, au pied du canapé; le genou gauche sur ce siège, le pied droit reposant par terre, la hanche appuyée contre les genoux écartés de la malade. Il pose les deux mains en position très supinée sur l'abdomen, le bout des doigts contre la symphyse des deux côtés de la main droite de l'aide, à peu près au niveau du promontoire. Les mains dans la position indiquée, les bras complètement tendus, produisent une légère secousse et refou-

(1) Voir spécialement le numéro de juin 1890 de la *Revue des maladies des femmes*.

(2) PROFANTER. Le traitement manuel du prolapsus utérin. Trad. de Jacobs. Bruxelles, 1889

lent doucement les intestins en haut. Inclinant fortement le buste en avant, les bras toujours tendus, l'opérateur fait glisser en bas, dans la direction de la symphyse, ses deux mains posées à plat sur l'abdomen, Ses deux mains fermées pénètrent alors profondément dans le bassin, entre la symphyse et l'utérus (des deux côtés de la main de l'aide qui maintient toujours l'organe) et le saisissent par sa face antérieure et ses deux côtés. Lorsque le masseur a bien saisi l'utérus, l'aide retire la main droite. L'opérateur fait alors remonter très lentement et avec prudence la matrice vers l'ombilic et quelquefois jusqu'à ce niveau, quand les ligaments sont très relâchés. L'utérus élevé au maximum sans violence, échappe doucement des mains qui le retenaient ; l'aide, dont l'index gauche est resté dans le vagin, surveille cette descente, la ralentit et maintient l'utérus en antéflexion à la hauteur normale.

Ces soulèvements sont habituellement répétés deux à trois fois par séance, avec quelques minutes de repos, pendant lesquelles l'aide masse légèrement le fond de l'utérus.

Remarque importante. Les mains de l'opérateur, les téguments abdominaux de la malade ne doivent jamais être enduits d'un corps gras ; pour le soulèvement, on peut même opérer au-dessus de la chemise, ce qui donne plus de prise aux mains et les empêche de glisser.

3^e Brandt termine la séance par la *gymnastique des adducteurs* destinée à augmenter la puissance du releveur de l'anus et de tous les muscles du bassin.

La malade placée dans la position précédemment décrite, rapproche les jambes et les genoux et soulève la région fessière et ce, de façon que le corps repose sur les deux coudes et la plante des pieds. Un aide saisit alors les genoux de la malade et les écarte pendant que la malade résiste. Cet exercice est fait trois fois de suite, puis on fait faire à la malade le mouvement contraire : c'est elle qui rapproche les genoux écartés, pendant que le masseur oppose de la résistance.

Pendant la journée, la malade doit produire elle-même 10 à 20 fois de suite et à différentes reprises la contraction du releveur de l'anus ; pour cela, elle s'étend en décubitus dorsal, les pieds croisés, et elle s'efforce de resserrer et de rentrer spontanément l'anus.

Après chaque séance, la malade reste couchée pendant 5 à 10 minutes, en changeant peu à peu le décubitus dorsal en décubitus abdominal. On fait alors un nouveau tapotement très doux sur la région sacrée.

La malade évite la fatigue et même garde le repos absolu pendant les premiers jours, puis on lui permet quelques promenades dont la durée est progressivement augmentée.

Le traitement demande de 4 à 8 semaines, suivant les cas.

Profant pense que les lésions graves du périnée doivent être réparées chirurgicalement avant de faire le massage. Il conseille de suivre la méthode de Brandt dans toute sa rigueur et même de lui associer le massage général.

Il n'est que trop facile de faire des objections à la méthode que nous venons de décrire ; ce qui nuira sans doute à sa vulgarisation, c'est sa complexité, sa difficulté, le temps qu'elle demande et surtout — en ce qui concerne le soulèvement de l'utérus — la nécessité d'avoir avec soi un aide expérimenté. Il est bon de dire cependant que de l'avis de tous, l'une des pratiques les plus importantes de la méthode de Brandt, la chose capitale même, d'après Preuschen, est la gymnastique des adducteurs qui est d'une application facile. Peut-être, dans les cas légers et récents, pourrait-on s'en contenter ; je l'ai vivement conseillée à quelques malades de la clinique de M. le Dr Chéron, dans des cas d'abaissement simple, et, au bout de peu de temps, on constatait une amélioration très appréciable dans le mode de suspension de l'utérus ; je n'ai pas encore eu l'occasion de l'appliquer à des prolapsus anciens et complets. — *Revue Méd. Chir. des Mal. des femmes.*

JULES BATUAUD.

Sur l'hydrastinine et son emploi dans les métrorrhagies

Par le Dr FALK.

L'hydrastinine ($C^{14}H^{13}NO^5$) est un produit d'oxydation de l'alcaloïde hydrastine ($C^{21}H^{21}NO^6$), obtenu par Freund et Will en chauffant légèrement l'hydrastine avec l'acide nitrique dilué. L'hydrastinine se présente sous forme de cristaux d'une blancheur éclatante dont le point de fusion est à 116-117 degrés centigrades ; elle est très soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, moins soluble dans l'eau chaude. Avec la plupart des acides, elle forme des sels très solubles. C'est le chlorhydrate d'hydrastinine qui, suivant l'auteur, se prête le mieux aux usages thérapeutiques.

Il résulte des expériences que l'auteur a faites sur un grand nombre d'animaux, que l'hydrastinine exerce une action remarquable sur le système vasculaire, dont la contractilité est augmentée d'une façon notable sous l'influence de cet agent. La contraction vasculaire ainsi obtenue est, avant tout, le résultat d'une action directe de l'hydrastinine sur les éléments musculaires des vaisseaux, ou, peut-être, leurs terminaisons nerveuses, sans que les centres vaso-moteurs entrent en jeu.

L'auteur a expérimenté l'hydrastinine chez un certain nombre de malades atteintes de métrorrhagies consécutives à une endométrite ou

déterminées par la présence de myômes, et particulièrement aussi, dans des cas de dysménorrhée congestive et d'hémorragies menstruelles excessives à la suite de modifications dans la texture de l'utérus.

Les malades ainsi traitées ont été au nombre de vingt-six, et dans tous ces cas, sauf quatre, les résultats ont été excellents, et, en général, très supérieurs à ceux que donne l'ergotine dans les mêmes maladies.

L'auteur a fait usage exclusivement d'injections sous-cutanées, pratiquées avec une solution d'hydrastinine à 5 ou 10 p. 100. Ces injections, au nombre de quatre cents environ, n'ont jamais provoqué aucune réaction inflammatoire locale ; elles sont, en général, très peu douloureuses et parfaitement supportées par les malades.

Dans les cas d'hémorragies menstruelles excessives, il est utile de commencer le traitement six ou huit jours avant l'apparition des règles, en injectant tous les jours, sous la peau, une demi-seringue de Pravaz d'une solution d'hydrastinine à 10 p. 100, soit 5 centigrammes de médicament. Lorsque la menstruation est établie, on injecte une seringue entière par jour, jusqu'à sa cessation complète. Dans les cas de ménorrhée survenant d'une façon irrégulière, l'auteur conseille d'injecter, deux ou trois fois par semaine, 5 centigrammes d'hydrastinine. La formule qu'il emploie est la suivante :

Chlorhydrate d'hydrastinine	1 gr.
Eau distillée.....	10 —

Pour injections sous-cutanées, injecter une demi à une seringue par jour.
(*Revue Méd. Chir. des Mal. des Femmes.*)

Procédé d'examen pour servir au diagnostic et au traitement des affections utérines.

Jusque dans ces dernières années, dit le Dr. Duplay dans une de ces dernières leçons à l'Hôpital de la Charité, le diagnostic des affections utérines était entouré d'une obscurité profonde. Cela tenait à ce que le chirurgien se limitait, d'une part, au toucher vaginal ou à l'examen au spéculum ; d'autre part, aux signes subjectifs fournis par la malade : douleurs, écoulements de différentes natures, etc. Le cathétérisme utérin était le seul agent qui permit de déterminer les affections intra-utérines.

Malgré l'affirmation de certains gynécologistes qui prétendaient découvrir, à l'aide de l'hystéromètre, les fongosités, même les granulations de la muqueuse utérine, ce moyen imparfait leur laissait ignorer souvent de grosses lésions.

Le cathétérisme utérin donne bien, en effet, des renseignements sur la longueur, la direction de la cavité utérine, mais rien de certain sur

l'état anatomique de la muqueuse, il devient dès lors un agent de diagnostic imparfait et infidèle.

En se rappelant la forme de la cavité utérine, son canal cervical, l'isthme étroit séparant le corps du col, il est facile de comprendre qu'on ne peut arriver à un diagnostic précis qu'en s'ouvrant une large voie, après avoir dilaté le canal cervico-utérin. De cette façon, on peut pénétrer par le toucher, sinon par la vue, dans la cavité de l'utérus et en faire une minutieuse exploration.

Cette opération, qui, aujourd'hui, paraît très bénigne, que j'ai pratiquée, pour mon compte, des centaines de fois avec une sécurité parfaite, était, avant cette ère d'antisepsie, l'occasion d'accidents formidables. L'introduction du simple cathéter était la cause d'endométrites infectieuses qui se terminaient quelquefois par la mort de la malade. Aussi, à l'hôpital comme en ville, on ne la pratiquait qu'avec terreur et seulement dans les cas où cette intervention devenait nécessaire et urgente, dans les atrésies du col amenant la rétention des règles, par exemple.

Avec l'antisepsie, tout change et aujourd'hui nous faisons couramment la dilatation du canal cervico utérin pour pratiquer le toucher intra utérin, ou encore pour éclairer l'utérus et voir dans son intérieur.

Je désire, aujourd'hui, vous dire comment il faut procéder et de quelles précautions il faut vous entourer pour faire cette opération.

Il est, en premier lieu, un temps très important, je veux parler de l'antisepsie rigoureuse du vagin. Trente-six ou quarante-huit heures avant de commencer la dilatation, on doit appliquer le spéculum, ou mieux encore la valve de Sims ; puis, avec une solution de sublimé, au 1/20000, on fait une injection vaginale. On nettoiera d'abord le col de l'utérus de la patiente, puis, la valve retirée, on continue sous un jet de sublimé, avec le doigt enfoncé profondément, à déplisser la muqueuse vaginale.

Dans les cas où on a affaire à une écoulement septique, il est préférable d'employer la liqueur de Van Swieten pure.

Le vagin bien lavé et frotté, le liquide de l'injection ressortant clair, on fait un tamponnement avec de la gaze ou de l'ouate iodoformée.

Pour ce qui est de la dilatation proprement dite, nous avons plusieurs moyens à notre disposition :

- 1° La dilatation mécanique par procédé rapide.
- 2° La dilatation mécanique à l'aide de bougies.
- 3° La dilatation par les tentes-éponges ou les tiges de laminaires.

Les dilateurs utérins, instruments à deux ou trois branches, sont d'une application très douloureuse. Ils déterminent des érosions, des

déchirures, qui sont des portes ouvertes à l'infection. Enfin, ce qui complique beaucoup l'opération, il faut endormir la malade. Je crois donc qu'il faut les laisser dans l'arsenal des fabricants, ou ne les employer qu'exceptionnellement.

On a imaginé des sondes, comme pour l'urèthre. Ces sondes sont construites suivant une filière spéciale. Ce sont les sondes de Hégard. Le jeu se compose de vingt-quatre numéros.

On peut faire à ces sondes plusieurs reproches : d'abord c'est un attirail gênant ; de plus, il faut au moins une heure et demie pour arriver à une dilatation suffisante pour permettre l'introduction du doigt. Enfin, il faut donner du chloroforme à la malade. Or, c'est toujours un acte dangereux, et toutes les fois qu'on peut choisir entre deux moyens dont l'un est absolument inoffensif, c'est à ce dernier qu'il faut s'adresser de préférence.

La série de Hégard rejoindra donc les dilatateurs brusques dont nous parlions tout à l'heure. Néanmoins, il est quelquefois utile d'avoir les derniers numéros sous la main ; je vous dirai tout à l'heure pourquoi.

Le troisième moyen, le plus pratique, celui qu'on doit employer de préférence, ce sont les corps se dilatant par imbibition. Construites en forme de tentes-bougies, les éponges préparées et les tiges de laminaires sont munies à une de leurs extrémités d'un cordonnet de soie, qui permet de les retirer quand on juge leur action terminée. Ce sont là les corps dilatants par excellence. Mais, avant d'en faire usage, il faut les rendre aseptiques.

Pour arriver à ce résultat, un des meilleurs moyens est de les faire macérer pendant quelque temps dans une solution d'éther iodoformée. Sans se dilater, ils s'imprègnent d'iodeforme dans toute leur épaisseur, ce dont on s'est assuré en faisant des coupes qui ont permis de voir de petites poussières d'iodeforme pénétrant jusqu'à leur centre. On les conserve à l'abri de l'air dans un flacon bien propre.

Il est préférable de les employer séchées, car, en les retirant de l'éther iodoformé au moment de les mettre dans le col utérin, leur contact avec la muqueuse détermine une assez vive douleur qu'on peut éviter quand ils sont secs.

Pour les mettre en place, on fait coucher la femme sur le lit à spéculum, et, après avoir détamponné et fait, par excès de précautions un nouveau lavage au sublimé au 1/2000, on place la valve de Sims.

On saisit la lèvre antérieure du col utérin avec une pince à abaissement, et on fixe ainsi l'utérus. La tige de laminaire qui paraît convenir comme grosseur est fixée au bout d'une longue pince, et on la fait doucement pénétrer dans le col jusqu'à ce qu'elle disparaisse.

Un écueil auquel on se heurte souvent dans la pratique, c'est de ne

pas enfoncer sa tige de laminaire assez loin et de ne pas franchir l'orifice interne du col.—on ne dilate ainsi que la partie située en avant de l'isthme,—ou bien encore il arrive que le laminaire a été bien placé, mais que, par suite des efforts d'expulsion de la femme ou des contractions utérines elle redescend dans le vagin.

Il faut donc non-seulement que la tige du laminaire soit renfoncée assez profondément, mais qu'elle resté fixée quand on l'a bien placée. Aussi doit-on tamponner le vagin avec la gaze iodoformée ; tamponnement fait soigneusement, surtout en ce qui concerne le cul-de-sac postérieur. De la sorte, quelque énergique que soient les causes dont nous parlions tout à l'heure, la tige ne peut bouger.

La femme doit garder le repos au lit et tout doit rester en place vingt-quatre heures, quarante huit heures au besoin, si on ne peut intervenir avant. Mais, au delà de cette limite, il pourrait y avoir des inconvénients. Quarante-huit heures sera donc la limite extrême.

La dilatation produite par une seule laminaire n'est jamais suffisante ; on est obligé de recommencer l'opération une ou deux fois en augmentant le volume des tiges employées.

Il ne faut jamais plus de trois à quatre séances pour obtenir le résultat désiré ; il y a évidemment des différences individuelles très marquées, mais quatre séances suffisent pour permettre l'introduction du doigt indicateur dans l'utérus.

Il est quelquefois utile, pour amener la dilatation à ce point, d'employer dans la dernière séance un petit fagot de tiges de laminaire, fagot composé de deux à trois tiges introduites parallèlement. On peut, par ce moyens, obtenir sans déchirures une dilatation énorme.

Si certains chirurgiens emploient les laminaires, d'autres leur préfèrent les éponges préparées. Pourtant, les premières dilatent mieux, elles n'ont pas, comme les éponges, l'inconvénient de se déchirer tandis qu'on les retire, et de rester ainsi en partie dans le col ou la cavité interne.

Nous utilisons de préférence les laminaires et complétons au besoin la dilation par le procédé rapide en employant les derniers numéros de la filière d'Hégard, qui achèvent la dilatation, la régularisent, en un mot, servent à parfaire l'action des laminaires.

Telle est la méthode que nous employons et que je vous conseille de suivre, soit dans un but diagnostique ou thérapeutique.

Permettez-moi, toutefois, de vous signaler un procédé spécial qui a fait quelque bruit dans ces dernières années, procédé dont on peut tirer bénéfice dans la pratique, et qui été préconisé par Vulliet, de Genève :

On prépare de petits tampons d'ouate de dimension variant d'un

pois à une grosse noisette. Tous sont munis d'un fil et ont séjourné quelque temps dans une solution d'éther iodoformé non saturée.

La femme étant placée dans la position genu-pectorale, après avoir, bien entendu, fait l'antisepsie du vagin, on fixe, à l'aide d'une pince, le col utérin et on fait entrer dans sa cavité, aussi loin qu'on le peut, en employant une certaine force, les petits tampons qui doivent bourrer la cavité du col ; puis on fait le tamponnement du vagin. Au bout de quarante-huit heures, on revient à la charge. Bref, M. Vulliet prétend qu'on peut, en dix séances, arriver à une dilatation complète du col et de l'utérus, permettant une exploration facile de la cavité.

L'avantage de ce procédé consiste en ce que les malades ne sont pas condamnées au repos. Mais il est largement compensé par la facilité de déplacement des tampons et par le découragement de la malade et quelquefois du médecin.

Si je vous en ai parlé, ce n'est pas pour vous le conseiller d'une façon constante, mais pour vous en servir en cas de besoin et que vous reteniez ce fait, qu'une fois obtenue la dilatation peut être ainsi maintenue pendant longtemps, je dirais presque le temps qu'on veut, à l'aide du tamponnement intra-cervico-utérin.

Vous verrez toute l'importance que l'on peut tirer de ce fait au point de vue de la thérapeutique, ou au point de vue opératoire, quand on veut surveiller une tumeur intersticielle.

Nous voilà maintenant avec une cavité utérine dilatée et aseptique. On peut l'explorer par la vue et le toucher.

Dans le premier cas, on emploie le spéculum. Vulliet prétend que cette exploration est facile. C'est une erreur, à mon sens ; du reste, le doigt donne de beaucoup les meilleurs renseignements, aussi est-ce de lui que je veux m'occuper surtout.

Vous pouvez pratiquer ce que j'ai appelé le toucher intra utérin, mais il nécessite un prolapsus artificiel de l'utérus, car l'index n'est pas assez long pour explorer la cavité utérine après avoir parcouru toute la longueur du vagin. On amène donc l'utérus assez près de la vulve. C'est le *prolapsus artificiel*. Il est, en effet, facile d'attirer l'utérus jusqu'à ce que le col apparaisse à la vulve et nous sous trouvons alors dans le cas d'un toucher vaginal ordinaire.

Avant tout, l'exploration doit être méthodique. Après avoir parcouru les faces, on s'assure de l'état des angles, des bords et de l'orifice des trompes. C'est là une opération inoffensive et jamais, bien que je l'aie faite bien souvent, je n'ai eu le moindre accident.

Faut-il endormir la malade ? souvent cela est inutile ; mais dans certains cas la narcose chloroformique est nécessaire. Je veux parler de ces malades chez lesquelles le prolapsus artificiel est difficile. Non

pas qu'il y ait des affections aiguës utérines ou péri utérines, mais quand il y a des traces d'inflammation chronique, avec de vieilles adhérences, alors les ligaments de Douglas se tendent et il faut surveiller la descente de l'utérus.

Il n'est pas nécessaire d'amener le col de l'utérus jusqu'à ce qu'il affleure la vulve; il suffit, en général, de l'abaisser jusqu'à la moitié inférieure du vagin.

Un mot, en terminant, des avantages que vous trouverez à combiner le toucher rectal avec le toucher intra-utérin. Il vous permet de prendre entre les doigts la paroi postérieure de l'utérus, d'en apprécier l'épaisseur, les inégalités.

Tout ce que je viens de vous dire vous montre assez le pas immense qui a été fait dans le diagnostic des affections utérines et, sans que j'y insiste plus longtemps, vous comprenez que tous ces avantages se retrouvent au point de vue thérapeutique, qu'il s'agisse d'un curettage, d'un pansement intra-utérin, de l'énucléation d'un fibrome sous-muqueux, qui donne parfois lieu à des hémorragies si graves. Mais, ce sur quoi je reviens avec instance, c'est sur l'antisepsie rigoureuse avec laquelle vous devez pratiquer ces explorations qui, suivant que vous serez propres ou non, se fera sans le moindre accident, vous rendra grand service, ou causera des accidents d'une gravité extrême qui vous fera regretter amèrement de ne pas avoir pris les précautions nécessaires. — *Tribune médicale.*

PÆDIATRIE.

Sur le traitement de la diphtérie

Les remèdes préconisés contre la diphtérie sont tellement nombreux que le praticien se trouve embarrassé lorsqu'un mode de traitement qu'il croyait bon, ayant échoué, il doit en choisir un autre; l'efficacité de bien des médicaments employés contre la diphtérie est réelle, et si un remède, ayant donné plusieurs fois de bons résultats, devient inefficace employé dans les cas semblables, il faut s'en prendre, je crois, au mode d'administration, à l'insuffisance de dose, plutôt qu'au médicament lui-même.

Aujourd'hui que l'on connaît l'agent pathogène de la diphtérie, une base solide s'offre pour l'étude des médicaments topiques.

Il s'agit d'expérimenter sur le bacille de la diphtérie les substances réputées parasitocides.—Le professeur Lœffer, à qui nous empruntons

cette citation dans la *Deutsche méd. Wochenschrift*, s'étend ensuite sur la lutte à diriger contre la bacille de la diphtérie sur les conditions les plus favorables par la culture du bacille, et enfin sur les résultats intéressant directement la thérapeutique.

Il nous montre l'efficacité du sublimé employé en solutions à 1110,000 ayant anéanti immédiatement les germesensemencés à la surface du sérum de culture, ces mêmes germes ayant péri après avoir été mis en contact avec une solution de 1120,000 ; mais, pour détruire les bacilles dans les couches profondes, il a fallu employer une solution à 211,000.

M. Lœffer pense que le cyanure de mercure, tant vanté dans ces derniers temps, donnera des résultats satisfaisants par des applications répétées de la solution à 111,000, mais que cela ne suffira pas pour tuer tous les bacilles contenus dans une fausse membrane.

Vient ensuite l'exposé des propriétés plus ou moins actives des chlorures d'argent, permanganate de potasse, chlorate de potasse, iode, brome, chlore, éther, etc.

L'acide phénique en solution à 1^o/₁₀, a été inefficace ; ce n'est qu'en solution à 3 et 4^o/₁₀ qu'il a arrêté momentanément l'éclosion des germes. Une solution à 2^o/₁₀, additionnée de 20 à 40^o/₁₀ en volume d'alcool, est douée d'une action parasiticide manifeste. Les cultures de bacilles ont été stérilisées, après un contact de vingt secondes, avec une solution d'acide phénique à 5^o/₁₀ ou une solution à 3^o/₁₀ contenant en volume 30^o/₁₀ d'alcool.

L'acide salicylique et la résorcine ne lui ont donné que de mauvais résultats.

Ce n'est pas parce que nous avons publié en 1887 une brochure sur l'antisepsie par la résorcine que nous relevons ce dernier mot ; je crois qu'on ne peut nous reprocher, comme on le dit communément, de prêcher pour notre saint. Notre revue est surtout une revue instrumentale, elle est ouverte à tous ceux qui nous apportent une invention capable d'enrichir la thérapeutique ; nous n'en faisons nullement une réclame personnelle. Mais nous croyons de notre devoir de relever des assertions telles que celle de Lœffer. La résorcine nous a rendu et nous rend encore de tels services dans le traitement de la diphtérie, que nous nous regarderions comme coupables de ne pas refuter une condamnation aussi sommaire, et de ne pas défendre un médicament qui, bien appliqué, nous a toujours donné succès dans les diphtéries pharyngées, buccales et nasales.

La bonne administration du médicament est le facteur capital de son effet, je m'en rapporte aux paroles de Lœffer que je citais au début de cet article : " Il faut s'en prendre au mode d'administration, à l'insuffisance de dose plutôt qu'au médicament lui-même " Dans les essais

infructueux dont il parle a-t-on employé la résorcine aux doses élevées que nous préconisons il y a trois ans? a-t-on tenu compte de l'innocuité de ce médicament comparativement aux autres antiseptiques employés, innocuité qui permet de l'employer en solution à 15 % dans la glycérine pour le badigeonnage des plaques, et de répéter ces badigeonnages toutes les heures? Il est bien entendu que la résorcine n'a pas le pouvoir microbicide du sublimé, mais employez donc le sublimé d'une façon pratique et inoffensive dans le pharynx des enfants? S'il admet qu'une solution phéniquée à 5 % est suffisamment parasiticide, il ne refusera pas la même propriété à la solution de résorcine à 15 %, surtout en sachant que l'on pourra sans danger appliquer la résorcine d'une façon continue, tandis que les solutions concentrées d'acide phénique constituent un poison actif qui doit contribuer aussi activement au décès du malade que le bacille lui-même; j'en ai fait autrefois la douloureuse expérience.

Voici du reste comment nous comprenons l'emploi de la résorcine il y a trois ans et comment nous la pratiquons encore aujourd'hui :

Pour une diphthérie primitivement développée sur le pharynx, le voile du palais ou l'amygdale, on pratiquera des badigeonnages toutes les heures, pendant le jour, et toutes les deux heures au moins, la nuit, à l'aide d'un pinceau trempé dans la solution suivante :

Glycérine.....	30 grammes.
Résorcine.....	4 —

et on fera en même temps dans la chambre, et d'une façon presque continue, des pulvérisations, à l'aide d'un pulvérisateur de Lister contenant le liquide suivant :

Eau distillée.....	1 litre.
Résorcine.....	50 grammes

L'association de la glycérine à la résorcine nous paraît utile à cause de l'action de ce liquide sur les muqueuses. La glycérine, étant très avide d'eau, absorbe les liquides contenus dans les glandes, resserre les orifices de ces glandes et semble modifier favorablement le terrain sur lequel se développe la fausse membrane.

Nous pensons qu'il est inutile de donner la résorcine par la voie stomacale, attendu que le liquide des badigeonnages est dégluti en grande partie et absorbé par l'estomac. La preuve en est donnée par la coloration foncée que prend l'urine quelques heures après le commencement du traitement.

Cette absorption par les voies digestives est d'une grande utilité, car elle fait passer dans le sang un antiseptique puissant dont l'action ne

tarde pas à se manifester par la diminution rapide de la tuméfaction des ganglions sous maxillaires au bout de vingt-quatre heures, et sa disparition presque toujours complète au bout de quarante-huit heures.

Quand on badigeonne une plaque diphtérique avec la solution de résorcine, on ne constate d'abord aucune modification. La membrane garde son aspect blanc-grisâtre, mais au bout d'un jour ou deux on s'aperçoit qu'elle ne s'étend plus, elle s'entoure d'un liseré rougeâtre au bout de deux ou trois jours. A ce moment la maladie est arrêtée. Puis la membrane diminue d'étendue sans se plisser, elle s'amincit, disparaît sur les bords, et, au bout de sept à huit jours, la muqueuse, au niveau du point où existait la membrane, prend un aspect rouge tomenteux, sans ulcération. Il suffit alors d'éloigner les badigeonnages pour que la muqueuse reprenne vite son aspect normal.

Sur les points du corps qui ne sont pas, comme le pharynx, constamment baignés par les liquides, sur la surface cutanée, les plaques diphtériques sont beaucoup plus vite détruites par la résorcine. Nous avons vu des fausses membranes développées autour de la plaie de la trachéotomie, dans un espace de trois centimètres, disparaître en trente-six heures à la suite d'applications de résorcine. La peau où s'était développée la plaque restait dénudée de son épiderme, et représentait l'aspect que l'on observe à la suite de l'arrachement d'un vésicatoire. Cette application est peu douloureuse, elle produit une cuisson légère, mais, une fois la membrane détruite, il suffit de badigeonner, toutes les trois ou quatre heures, la place avec une solution au 1/10 de résorcine pour empêcher la formation d'une nouvelle fausse membrane.

Quand la diphtérie était limitée aux pharynx et que nous avons pu, dès ce moment, appliquer notre traitement, nous n'avons vu que dans un seul cas les fausses membranes envahir le larynx. Mais quand le larynx est pris d'emblée, notre traitement n'a plus qu'une valeur secondaire, surtout chez les très jeunes enfants dont le larynx étroit, est, par là même, plus vite obstrué par les fausses membranes. Dans ce cas, la résorcine n'a pas le temps d'agir. Cependant, si la trachéotomie est possible, nous retrouvons un terrain plus favorable. Les fumigations entraînent la résorcine dans la trachée et, l'asphyxie n'étant plus imminente, le médicament a le temps de produire son effet utile.

Il sera donc bon de pratiquer la trachéotomie sans retard, toutes les fois qu'elle s'imposera, et de charger l'air de la chambre de vapeur de résorcine au moyen des pulvérisations et des fumigations. Mais, nous le répétons, les résultats que nous avons obtenus dans ces cas sont loin d'être aussi brillants que ceux que nous ont donnés les diphtéries limitées au pharynx.

La diphtérie des fosses nasales a été traitée avec fruit par les injec-

tions d'eau résorcinée au 1/100, et surtout par les instillations faites profondément d'une solution de résorcine à 5 0/0.

Enfin, un des bons résultats de notre traitement a été l'absence de toute contagion dans l'entourage des malades que nous avons soignés. Nous attribuons cette immunité aux vapeurs de résorcine qui détruisent, dans l'air, le microbe émis par les malades, et recouvrent tous les meubles, les tentures, aussi bien que les bronches des personnes présentes, d'une couche de matière antiseptique.

Le nombre des cas de diphtérie que nous avons traités depuis neuf ans dépasse quatre-vingts ; je vais citer en quelques mots l'un des derniers qui fera ressortir l'innocuité de la résorcine, et son action favorable sur l'évolution des plaques et sur l'état général de l'enfant.

Le 2 avril 1891, une enfant de deux ans, très turbulente, fut prise de malaise ; elle restait immobile, maussade ; la mère nous fit appeler. Nul symptôme ne permettait de diagnostic précis, mais une très légère rougeur des amygdales nous fit craindre une angine, et nous instituâmes aussitôt les badigeonnages de résorcine toutes les quatre heures seulement.

Le 3, une très légère plaque, grande comme une lentille, très mince, existait à droite sur la voile du palais ; il y avait un peu de fièvre, l'enfant refusait toute nourriture, un gros ganglion se formait à l'angle droit du maxillaire. Les badigeonnages sont alors rigoureusement prescrits toutes les heures, et nous prévenons la mère que la vie de son enfant est entre ses mains et que la moindre négligence dans l'application du traitement peut causer la perte de l'enfant.

On alimente l'enfant, les huit premiers jours, avec du bouillon ; ensuite avec du potage et du jus de viande et du vin.

Jusqu'au 28 avril, les plaques s'étendaient, embrassant tout le voile du palais et toute l'arrière-gorge, la face interne des joues, les commissures labiales, accompagnées de ganglions rétro maxillaires et sous-mentoniers.

Les badigeonnages continuent presque sans répit toutes les heures, jour et nuit

Chaque jour, il était consommé un flacon de 20 grammes de glycérine avec 3 grammes de résorcine, dont la plus grande partie était déglutie au moment des badigeonnages. Les périodes d'extension des plaques coïncidèrent toujours avec quelques heures de répit que prenaient les parents exténués des longues veilles ou ayant pitié du sommeil de l'enfant. La fièvre était tombée quatre jours après le début du traitement et n'avait pas reparu, et malgré l'état terrible de la bouche et du pharynx, l'enfant était devenue presque aussi gaie qu'en bonne santé et son état général était satisfaisant. Elle demandait à

manger, mais ne pouvait absorber que des aliments liquides, par suite de l'état de sa bouche.

Le 7 mai, l'enfant commence à manger une côtelette. Le mieux continue. Nous permettons de ne plus faire de badigeonnages que toutes les deux heures.

Enfin, le 25 mai, l'enfant fait sa première sortie retardée à cause du mauvais temps.

Aujourd'hui l'enfant est à la campagne, parfaitement rétablie.

Elle n'a pas eu de paralysie.

Comme on le voit, pendant vingt-six jours le mal n'ayant fait qu'accroître, nous aurions eu bien des chances de tuer l'enfant si nous avions employé pour toucher les plaques, une solution d'acide phénique ou tout autre médicament toxique.

On reconnaîtra que la résorcine a tout au moins rempli le premier *desideratum* thérapeutique: *primum non nocere*. Pour nous, nous sommes persuadés qu'elle a, de plus, neutralisé les virus sécrétés par les microbes au niveau des plaques et, par là, empêché l'empoisonnement général de l'organisme, nous en croyons voir la preuve dans la chute de la fièvre dès le quatrième jour, et l'amélioration rapide de l'état général, malgré l'extension des lésions locales.

Quant à l'extension des plaques, elle s'est faite de proche en proche et probablement par l'infiltration du bacille dans des couches de muqueuse trop profondes pour que le badigeonnage puisse l'y atteindre.

Quel autre microbicide, à moins d'employer les caustiques capables d'emporter le siège du mal avec le mal lui-même, eût pu nous donner un résultat plus efficace? Comment l'acide phénique ou le sublimé auraient-ils mieux atteint que la résorcine les microbes dans les couches profondes de la muqueuse et dans les lymphatiques se rendant aux ganglions tuméfiés?

En résumé, tant qu'on n'aura pas trouvé le vrai spécifique de la diphtérie, nous persisterons à croire que la résorcine bien administrée, c'est-à-dire en solution concentrée et à intervalles très rapprochés, vaut comme antiseptique tous les autres microbicides employés, et qu'elle a sur la plupart d'entre eux l'avantage de n'être pas toxique aux doses qui nous suffisent.

Revue Polytechnique Médicale.

NOUVELLES MÉDICALES

Les Agents du Collège des Médecins

Nos gouverneurs ont fait une œuvre utile en nommant des agents dans les différents districts pour la poursuite des charlatans. Mais l'œuvre serait certainement plus pratique s'ils faisaient connaître ces agents à tous les membres de la profession, soit par les journaux de médecine, soit par les journaux politiques.

Nous recevons un grand nombre de lettres de médecins nous demandant des renseignements sur ce sujet.

Société Médicale du Canada.

La 24^e réunion annuelle de cette association aura lieu dans la salle académique de l'église St-Georges, No 5 rue Stanley, Montréal, les 16, 17 et 18 septembre prochain.

Cette assemblée promet d'être d'un intérêt plus qu'ordinaire. Plusieurs médecins éminents ont promis d'être présents et de donner des travaux.

Voici la liste que l'on nous communique — elle est incomplète, mais elle peut donner une idée de la valeur scientifique des travaux de ce congrès :

Discours d'ouverture en chirurgie—Dr Præger, Nanaimo, C. A.

Discours d'ouverture en médecine: la malaria, ses relations et son influence sur les autres maladies—Dr Bray, Chatham, Ont.

Discours d'ouverture en thérapeutique: l'eau, quelques-uns de ses usages thérapeutiques—Dr Spencer, Brandon, Man.

Dr V. P. Gibney, New-York—Diagnostic précoce, le point le plus important dans le traitement du mal de Pott vertébral.

Dr John Ridlon, New-York—De la spondylite.

Dr John Price, Philadelphie—Plaidoyer en faveur de l'hystérectomie précoce.

Dr F. Buller, Montréal—Anomalies fonctionnelles des muscles oculaires. L'on espère que MM. les Drs Stevens, Roosa et Webster, de New-York, discuteront ce travail.

Dr Mullin, Hamilton, Ont.—Quelques notes sur des cas d'hémorragies post-partum.

Dr Cotton, Cowansville, Québec—De l'appendicite.

Dr Slack, Farnham, Qué.—Cas de chirurgie qui arrivent dans la pratique de campagne.

- Dr Small, d'Ottawa—Tumeur maligne du col compliquant le travail.
 Dr W. S. Muir, Truro, N. E.—Mal de Graves.
 Dr Geo. Fenwick, Montréal—Pyélite calculeuse.
 Dr Shepherd, Montréal—Cas de hernie cœcale étranglée.
 Dr Buller, Montréal—Chirurgie conservatrice de l'œil.
 Dr James Bell, Montréal—Traitement local de la tuberculose de la vessie par une incision supra-pubienne.
 Dr R. F. Ruttan, Montréal—Le plomb et l'eau que nous buvons.
 Dr Wyath Johnston, Montréal—Examens microscopiques des crachats dans les maladies du cœur.
 Dr Phelps, New York—Traitement mécanique de la coxalgie.
 Dr MacCallum, Toronto—La pathologie de l'anémie.
 MM. les Drs T. Johnson, Alloway, Major, G. E. Armstrong, H. Lafleur et L. Smith, ont aussi promis des travaux.
- Une particularité de ce congrès sera que tous les membres consacreront chaque jour une heure et demie à la visite de nos hôpitaux : Hôtel-Dieu, Hôpital Général, Hôpital Notre Dame.

Naissance

A Manchester, N.H., au No 590 rue Elm, l'épouse du Dr J. Emile Fortier, a donné naissance à une fille, Marie-Jeanne-Corinne.

NECROLOGIE

La mort vient d'enlever à la profession médicale un de ses membres les plus distingués dans la personne de Monsieur le Dr Painchaud, de Varennes. Le docteur Painchaud était un homme tout à fait hors de l'ordinaire. Doué de grands talents, il avait reçu une bonne éducation et les études médicales qu'il avait faites en Europe étaient supérieures. Nous ne croyons pas nous tromper en affirmant que jusqu'à ces dernières années, son nom était un des mieux connus au Canada. Depuis quelque temps il ne pratiquait plus la médecine d'une manière active, mais il était toujours prêt à donner de sages conseils.

Il y a quelques mois il fut saisi d'une douleur abdominale, un abcès se forma qui communiquait avec le rein, cette perte incessante de matière purulente ne tarda pas à épuiser le Dr Painchaud, qui d'ailleurs ne se faisait aucune illusion sur l'issue de sa maladie. M. le docteur

reçut les soins les plus assidus de son neveu, le Dr Edouard Painchaud, et de M. le Dr Hingston, qui le visitait régulièrement deux fois par semaine.

* * *

Le Dr L. Richard MacDonell était encore au début de sa carrière, mais il s'était déjà fait comme médecin et comme clinicien une réputation que peu d'hommes atteignent à son âge, il écrivait admirablement bien et ses travaux dans les journaux et les encyclopédies médicales sont d'une grande pureté de style.

Nous offrons nos plus sincères condoléances à sa famille et à l'université McGill, dont le défunt faisait partie.

* * *

Nous avons aussi le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Rodger, assistant chirurgien à l'Hôpital Général et médecin du Grand Tronc. Par sa bonhomie et l'affabilité de ses manières, il était le favori de la jeunesse médicale. La profession canadienne reconnaît en lui un de ses amis les plus dévoués.

VARIÉTÉS.

Les médecins chrétiens.

(Suite et fin.)

II

Mais si telle est, dans le domaine du mal, la déplorable action d'un médecin irréligieux, nous rendons-nous bien compte de ce que peut, pour sauvegarder les intérêts de la vérité et de la vertu, le médecin foncièrement catholique ?

On convient généralement qu'après l'état religieux et le ministère sacerdotal, la médecine est celle des professions qui porte le poids des plus lourdes responsabilités morales. Il nous paraît même—les deux premières à part—qu'il n'en est point d'autre où l'on puisse plus directement et plus efficacement agir en sauveur des âmes. Naguère, un éminent évêque en prenait occasion de payer un juste tribut d'éloges à la mémoire du docteur Combal, ce praticien illustre de notre temps, "esprit rare, âme plus rare encore, qui fut près de nous le type accompli du médecin chrétien."

"Il ne dédaignait pas, dit Mgr de Cabrières, le titre de *directeur des consciences*; et vraiment il le méritait, car il exerçait la médecine,

comme le veut Hippocrate, en observant les lois sévères de la pudeur de la tempérance, de la discrétion, en aimant le beau et le vrai. Sans cesse il portait ceux qui venaient le consulter vers l'observation, de plus en plus parfaite, des règles morales et religieuses, ne craignant pas de signaler aux malades qui lui confessaient les doutes de leur esprit ou les troubles de leur conscience, les terribles lacunes que laisse après elle l'absence des croyances chrétiennes... Il priaït souvent et longtemps ; pour les cures difficiles, il appelait DIEU à son aide, et se comptait seulement comme l'humble instrument de la Providence(1)."

Comment s'étonner, après cela, du magnifique éloge que l'Esprit-Saint, dans les Ecritures, trace divinement du médecin fidèle à ses devoirs ?

On lui doit "honneur" et "louange" jusque dans l'assemblée des grands, tant à cause des "services nécessaires" qu'il est en état de rendre, que parce qu'il nous est offert comme un "présent du ciel (2)." Sans doute "toute guérison vient de DIEU," et c'est lui qui a "créé les remèdes ;" mais, grâce à la science que le médecin possède de par DIEU, il connaît les vertus secrètes que DIEU même a mises dans les plantes "pour adoucir les souffrances des hommes (3)." A lui néanmoins de "prier le Seigneur pour qu'il bénisse ses efforts assidus, en assurant au malade soulagement et santé pleine (4)."

Hâtons-nous d'affirmer que la médecine est principalement redevable de sa grandeur morale à JÉSUS-CHRIST lui-même, à ce très doux Sauveur qui a daigné se faire "le médecin par excellence de l'humanité (5)." Pour guérir, en effet, ce "grand malade" que saint Augustin nous montre "étendu sur la terre depuis l'Orient jusqu'à l'Occident," ne fallait-il pas "qu'un médecin tout puissant descendit du ciel, s'humiliant jusqu'à prendre une chair mortelle, afin de s'approcher du lit de l'infirmes (6) ?"

(1) Allocution de Mgr l'Evêque de Montpellier, aux obsèques du docteur Combal (6 mars 1888).

(2) *Honora medicum propter necessitatem : etenim illum creavit Altissimus... In conspectu magnatorum collaudabitur* (Eccli. xxxviii, 1-3).

(3) *A DEO est enim omnis medela... Altissimus creavit de terra medicamenta, et et dedit hominibus scientiam... In his curans mitigabit dolorem* (Id. 2-7).

(4) *Ipsi vero Dominum deprecabuntur, ut dirigat requiem eorum et sanitatem, propter conversationem illorum* (Id. 14).

(5) Clem. Alex. *Pædagog.* l. I, c. 11.

(6) *Jacet toto orbe terrarum ab Oriente usque ad Occidentem grandis ægrotus ; ad sanandum grandem ægrotum descendit omnipotens medicus, humiliavit se usque ad mortalem carnem, tanquam usque ad lectam ægrotantis* (Aug. *Serm. LXXXVIII de Verbis Domini*, c. xi).

Mais, pour nous en tenir au point de vue spécial de notre sujet, disons, avec un savant professeur, qu'on ne sait pas assez ce que JÉSUS-CHRIST et son Eglise ont fait pour la médecine, bien que l'histoire soit là tout entière pour en témoigner. Le lecteur nous saura gré des larges emprunts que nous allons faire à ce discours, fort remarquable, d'un homme du métier qui honore son ministère (1).

“ Comme chrétien et comme médecin, je salue l'HOMME-DIEU. JÉSUS-CHRIST a exercé deux professions. Jusqu'à l'âge de trente ans, il fut ouvrier dans le but de rendre au travail sa liberté, son honneur, sa moralité ; et, à cette heure où les questions ouvrières s'agitent en menaçant le monde, il est encore la seule solution de cet effrayant problème. Puis, lorsqu'il se mit à prêcher l'Évangile, il fut en même temps *médecin*, médecin suprême et tout puissant. Il guérissait les malades, faisait marcher les paralytiques, rendait la vue aux aveugles, ressuscitait les morts. Quand il prit un peu de boue pour guérir l'aveugle-né, ne voulait-il pas faire comprendre aux médecins qu'il avait attaché à la matière sa puissance divine, et que les vertus des médicaments émanaient de lui ?

“ Si JÉSUS-CHRIST se fit en quelque sorte médecin, ce fut sans doute pour manifester son pouvoir divin par des guérisons miraculeuses. Mais ne peut-on pas dire qu'ayant honoré le travail, il tenait aussi à honorer la médecine, comme une des plus belles manifestations de son amour pour l'humanité ? Il venait promulguer la loi nouvelle ; mais, dans le mandat généré de la charité, il y eut un mandat spécial pour les médecins. Ils voulut en faire, à son exemple, les serviteurs de ceux qui souffrent, et c'est pourquoi il se mit à leur tête.

“ De plus, il nous fit un honneur singulier, en choisissant pour l'un de ses quatre évangélistes Luc, le médecin, le lettré, le compagnon de saint Paul et son historien. Saint Luc, notre illustre confrère, écrivit son évangile en grec, dans cette langue d'Hippocrate, qui devait être celle des médecins...”

Interrompons ici un moment le témoignage [que nous citons, pour faire remarquer, à la suite d'un prêtre distingué (2), que si, loin de tirer sa gloire des prodiges qu'il opérait, JÉSUS imposait silence aux malades qu'il venait de guérir (3), saint Luc n'a pas moins su com-

(1) *Discours sur les origines chrétiennes de la médecine*, par M. le docteur Imbert-Gourteyre, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. Prononcé à la rentrée des Facultés, le 3 novembre 1886.

(2) M. l'abbé Pannier, bibliothécaire de l'Université catholique de Lille et maître de conférences à la Faculté de théologie.

(3) *Vide nemini dixeris* (Marc. 1, 44).

prendre les leçons de l'humilité du Maître que celles de sa charité. Ses écrits, en effet, relatent soigneusement les guérisons opérées par les Apôtres ; au contraire, de ce qu'il a fait lui-même il n'a pas dit un mot ; et il a fallu le témoignage de saint Paul pour nous apprendre qu'aux dons de l'évangéliste, il joignait la science du médecin : *Salutat vos Lucas medicus charissimus* (1).

Or, poursuit M. le docteur Imbert, si c'est à JÉSUS-CHRIST que les médecins doivent la gloire d'une confraternité divine et la constitution chrétienne de leur profession, c'est à l'Eglise de JÉSUS-CHRIST qu'ils doivent la conservation de la science antique, la création de l'enseignement médical et des hôpitaux, la protection la plus constante et la plus efficace.

"Dès l'origine, dit-il, le christianisme créa une merveille inouïe, l'armée permanente de la charité ; depuis ce temps, les médecins en ont fait partie intégrante. Cette armée, commencée par les Apôtres, s'est magnifiquement développée à travers les siècles. A cette heure, elle est encore debout avec tous ses cadres, tout son personnel, plus vivace, plus glorieux que jamais."

Aussi bien, ajouterons-nous, est-ce de la seule inspiration de l'Eglise que sont sortis les innombrables hôpitaux qui couvrent le monde, depuis celui que fondait à Rome, dès les premiers siècles, la noble dame Fabiola, devenue l'humble servante des malades et des pauvres. Et rien n'est plus vrai de dire, qu'en les multipliant au cours des siècles, toujours sous la direction des évêques et des familles religieuses, "la charité chrétienne a servi la science aussi bien que l'humanité."

"L'hôpital est le séminaire et l'école du médecin. Là est le grand livre où il étudie les maladies sur le vif, pour les connaître et les guérir. Ces édifices hospitaliers portent ordinairement le nom d'*Hôtels-DIEU*, et DIEU se plaît à y récompenser les labeurs des médecins par d'incessantes découvertes...

"Là, il n'y a place que pour l'amour de la science et le dévouement chrétien. Certes, je ne m'étonne pas que la majorité des médecins ait protesté contre ces laïcisations insensées et criminelles qui livrent les pauvres malades à des mains mercenaires. Il y a dix-huit siècles que le médecin sert les pauvres en compagnie du prêtre et de la sœur de charité (2). C'est là son poste d'honneur. Il tient à y rester, entouré de cette double auréole et de ce double appui (3)."

(1) "Luc, le médecin bien-aimée, vous salue." (Col. IV, 14.)

(2) On sait que le rôle des *sœurs de charité* de nos jours était exercé, dans la primitive Eglise, par de pieuses veuves appelées *diaconesses*.

(3) *Discours sur les origines chrétiennes de la médecine*, p. 15.

On ne saurait mieux dire. Et c'est bien ainsi, du reste, que parlera toujours le médecin chrétien ou simplement honnête.

Mais l'odieuse secte des Francs-Maçons ne l'entend pas de la sorte. Il lui faut toutes ces âmes des moribonds qui, chaque jour, expirent, sevrés des consolations de l'Eglise, dans ces hôpitaux fondés par la charité de l'Eglise. Il faut, en haine de JÉSUS-CHRIST, qu'ils meurent désespérés, appelant vainement le DIEU de leur baptême et de leur première communion, réclamant, sans l'obtenir, l'assistance du prêtre de JÉSUS-CHRIST... Le prêtre ! on le tiendra le plus loin possible de ces infortunés qui se lamentent à l'attendre ; et c'est toujours trop tard qu'il arrivera, s'il arrive, car Satan a juré, par la bouche des abominables suppôts, de faire de la mort le vestibule de l'éternité maudite.

Et ce n'était pas assez que tous les hôpitaux de Paris fussent livrés à ce régime d'oppression scélérate. Un vote récent des conventicules sectaires exige qu'on l'étende, au plus tôt, à chacun des hôpitaux de la province. Il ne faut pas qu'une seule des âmes pour lesquelles JESUS est mort, de ces âmes que son Cœur a tant aimées, échappe au désespoir suprême où les acculent ces recruteurs d'enfer.

Oh ! comme on comprendra maintenant cette conclusion du discours dont nous avons donné des extraits : " Au milieu des tristesses présentes—et certes, pour un homme de cœur, l'oppression des consciences chrétiennes chez nos malades n'est pas la moindre de ses tristesses —j'adjure les médecins de ne point se séparer de Notre-Seigneur JÉSUS CHRIST (1)."

III

Disons-nous que, pour ne point se séparer de JÉSUS-CHRIST, une des industries les plus efficaces du médecin chrétien sera de resserrer les liens qui l'unissent au prêtre de JÉSUS-CHRIST ?

Nous avons rappelé saint Luc tout à l'heure, saint Luc, ce médecin-apôtre, cet évangéliste du Seigneur, ami dévoué et compagnon fidèle de saint Paul. Tandis que celui-ci, retenu à Rome prisonnier du Christ, voyait ses disciples l'abandonner l'un après l'autre, par crainte du lion dévorant, comme il appelait Néron, saint Luc, malgré la défection de tous, eut le courage de demeurer jusqu'à la fin auprès de son maître, sans rougir de ses liens, sans craindre de mêler son propre sang au sacrifice dont l'Apôtre allait être bientôt la victime, l'assistant

(1) M. le docteur Imbert (*loc. cit.*)

et le consolant de son abandon, l'aidant surtout à répandre au dehors la parole évangélique qui ne devait plus rester enchaînée (1).

“ A l'heure présente, ajoute un des orateurs mentionnés plus haut, les apôtres et les prêtres de JÉSUS CHRIST sentent encore bien lourdement peser sur eux les liens de Paul, non pas ceux dont on charge la victime avant un sacrifice sanglant, mais ceux qui tiennent emprisonné le zèle et captive la parole de DIEU, ceux qui présagent l'immolation lente et la mort de chaque jour, les contradictions, les humiliations, les souffrances, moins la palme du martyre.”

Restez donc, ô médecins, les amis et les collaborateurs de l'apôtre ! Soyez ses aides et ses évangélistes !... Ses *aides* du haut de vos chaires “ en faisant voir qu'il n'est d'alliance sainte ni féconde comme celle de la vraie foi ; en montrant sur quels fondements ruineux s'appuient ces doctrines qu'on croit nouvelles, à l'aide desquelles on prétend combattre DIEU et sa parole de vérité.” Ses *évangélistes*, dans le commerce de votre vie quotidienne, “ en gardant votre place, en pressant vos rangs pourtant déjà bien serrés, dans ces œuvres de charité et de prière, où l'âme se pénètre elle-même et réjouit les autres de la bonne odeur de JÉSUS-CHRIST. Vous le serez surtout auprès de vos malades. Ah ! près de leur lit de douleur il se forme une atmosphère si épaisse et si accablante de préjugés vains, de dissimulations mutuelles, d'espérances trompeuses ou de défiances exagérées, que le Sauveur a peine à parvenir jusqu'à eux, même pour faire le bien, même pour pardonner, consoler et bénir (2).”

C'est là seulement, en effet, dans cette connaissance, dans cette imitation, dans cet amour pratique du Christ JÉSUS que le médecin trouvera ce qui le fait si recommandable et si grand aux yeux de la foi, non moins qu'aux yeux de la raison.

A cette école il deviendra l'homme du devoir, car une responsabilité de premier ordre pèse sur lui, et il ne cherchera pas à s'y soustraire. Le médecin n'a pas devant lui que les corps à guérir ; il a les âmes, surtout celles des pauvres et des petits, à relever, à fortifier, à éclairer. Et combien demeure impuissant à remplir sa noble tâche, même au point de vue de la santé des corps, le médecin matérialiste qui ne croit à l'âme, disait Henri Perreyve, vous connaîtrait il pendant vingt ans,

(1) Lucas est mecum solus .. In prima mea defensione nemo mihi affuit, sed omnes me dereliquerunt... Dominus autem mihi adstitit, et liberatus sum de ore leonis (2 Tim. IV, 11-17).

(2) M. l'abbé Pannier allocution du 28 juin 1890, pour la fête patronale de la Faculté catholique de médecine et de pharmacie de Lille).

il ne vous connaîtra pas." C'est dire que sa thérapeutique boiteuse sera " toute de surface " et comme à fleur de peau (1).

A cet école du Christ, le médecin apprend encore à combattre et à vaincre les viles suggestion de l'intérêt ou du vice ; confident des secrets les plus intimes, il saura, quoi qu'il en coûte, les conserver inviolables. Bon et patient envers son malade, il ne verra pas en lui une matière à expérience, mais l'homme souffrant, c'est-à-dire un membre de JÉSUS CHRIST lui-même ; et cela, au besoin, en dépit des répugnances instinctives et de certaines ingratitude pires à supporter que les naturels dégoûts.

A d'autres de considérer le corps humain comme " le produit de je ne sais quelle fantastique évolution, auquel il est permis, sans crainte des châtimens éternels, de donner la plus grande somme de jouissances ici-bas, et qui n'a rien à attendre au delà de la tombe que le néant." Le médecin chrétien se souviendra que DIEU, selon la parole fameuse de Tertullien, a fait, en réalité, de cette chair fragile, qui semble uniquement destinée à la corruption du sépulcre, " la reine de sa création l'héritière de ses libéralités, la prêtresse de son culte, le soldat de sa foi, la SŒUR DE SON CHRIST (2)."

Fallût-il mourir à la peine, il ne le cédera à personne en matière de dévouement et de courage ; d'autant qu'en maintes conjonctures graves, où la vie même est en péril, c'est pour lui obligation stricte d'affronter, pour l'honneur de sa profession, les héroïques hasards d'une maladie contagieuse ou d'une pestilentielle atmosphère.

Je sais qu'il peut se cuirasser contre le péril par la méditation si salutaire de la mort, dont il a fréquemment sous les yeux le spectacle ; mais pense-t-on que le grand ressort de ses sacrifices quotidiens puisse être autre que la charité chrétienne ? Et ces sacrifices, qui les lui enseignera mieux que le crucifix ?—" Médecin, s'écrie l'un d'eux, le courage du sacrifice, où l'apprendrons-nous, sinon à l'école de Celui qui s'est laissé clouer au gibet comme un infâme malfaiteur ? C'est de la croix que la charité rayonne comme de son vrai foyer. O Christ, ouvrez-nous votre Cœur, donnez-nous la charité ! (3) "

Daigne ce très doux JÉSUS leur apprendre, en effet, à le voir lui-même dans la personne de leurs malades ; à essayer, comme Véronique, les larmes de sang qui ruissellent sur son divin visage, tandis

(1) Cf. le Docteur Surbled (*loc. cit.*), p. 12.

(2) Molitionis suæ reginam, liberalitatis suæ hæredem religionis suæ sacerdotem, testimonii sui militem, Christi sui sororem (Tertull. *De Resurrect. carnis*, c. IX).

(3) M. le docteur Surbled, p. 211.

qu'ils épongent la sueur froide du moribond et s'efforcent d'endormir ses douleurs ! Qui, mieux que le médecin animé d'un pareil esprit, méritera de recueillir, pour salaire, ces paroles tombées de la bouche du Maître : " J'étais malade, et vous m'avez visité ! " *Infirmus eram, et visitastis me* (Matt. xxv. 36). Il aura fait plus encore souvent, car en visitant le malade, il l'aura soigné, et en le soignant, il l'aura sauvé.

Inutile d'ajouter que la science de l'homme étant toujours courte par quelque endroit, le médecin devra se tenir en garde contre toute fatuité d'orgueil, satisfait de pouvoir modestement redire avec Ambroise Paré : " Je le soignai, DIEU le guérit." Il n'en mettra pas moins son application à faire usage des remèdes qu'il répute les meilleurs, se reposant sur DIEU même de la guérison qui n'appartient qu'à lui, suivant cette épigraphe d'un livre déjà cité :

Nos remedia,
DEU'S salutem (1).

(1) " De nous, les remèdes ; de DIEU, la santé." (*Le médecin devant la conscience.*)

BIBLIOGRAPHIE

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr Ludwig Hirt, professeur à l'Université de Breslau. Traduit de l'allemand par le Dr M. Jeanne, assistant à la Clinique médicale. Préface et annotations par le Dr X. Francotte, professeur à l'Université de Liège. — MARCEL NIERSTRASZ, éditeur, rue de la Cathédrale, 66, à Liège, Belgique.

Tandis qu'en Allemagne, les manuels pratiques de maladies nerveuses abondent, la littérature française en est presque totalement dépourvue. Aussi accueillera-t-on sans doute, avec la plus grande satisfaction, la traduction que M. le Dr Jeanne vient de faire de l'excellent livre de HIRT : *Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux.*

Ce traité remplit parfaitement les conditions qu'on est en droit d'exiger d'un manuel destiné aux étudiants et aux médecins praticiens. Il est concis sans sécheresse ; il est complet, clair et méthodique. Le

vaste domaine des maladies nerveuses y est exposé sous une forme condensée et aucun point important, aucun renseignement utile n'y a été oublié.

L'auteur a mis son livre au courant de l'état actuel de la science et même les acquisitions les plus récentes, comme celles qui concernent *l'hypnotisme*, la *thérapeutique suggestive*, s'y trouvent mentionnées. La distribution de la matière a été l'objet d'une innovation très heureuse : l'auteur étudie successivement les *maladies du cerveau* (enveloppes, nerfs crâniens, substance cérébrale), les *maladies de la moelle* (enveloppes, nerfs spinaux, substance médullaire), et les *maladies du système nerveux en général*.

Des préliminaires d'anatomie et de physiologie préparent fort utilement à l'étude clinique des différentes questions ; de nombreuses et bonnes figures contribuent, pour leur part, à rendre plus facile l'intelligence du texte. Ces figures, en partie original, en partie empruntées aux auteurs les plus compétents, tels que Charcot, Wernicke, Edinger, Eichhorst, Schwalbe, etc., font de ce traité un ouvrage précieux et, pour ainsi dire, unique.

Enfin, pour qui désirera approfondir l'un ou l'autre point particulier des indications bibliographiques fort étendues terminent chacun des chapitres.

Le succès que l'original a obtenu en Allemagne, malgré la concurrence sérieuse de plusieurs traités justement estimés, nous paraît, à plus forte raison, assuré à cette traduction, car elle trouve la place à peu près libre et répond à une véritable nécessité.

L'ouvrage forme un fort volume gr. in-8, de 700 pages, illustré de 179 figures.

* * *

AIDE MÉMOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, d'histologie pathologique et de technique des autopsies, par le professeur PAUL LEFORT. 1 volume in 18 de 300 pages, cartonné, 3 francs. Ce volume fait partie du "*Manuel du doctorat en médecine*" et est publié par la librairie J.-B. Ballière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Les AIDE-MÉMOIRE DE LEFORT continuent à paraître régulièrement et les 7 volumes déjà publiés de cette collection sont aujourd'hui entre les mains de tous les étudiants à qui ils rendent de grands services en leur permettant de revoir les matières de leurs examens. Ils ont été accueillis avec une faveur non moins marquée par les praticiens, qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes. L'auteur et les éditeurs ont réalisé un véritable tour de force en faisant tenir autant de connaissance en de petits volumes aussi élégants et aussi portatifs.

L'AIDE-MÉMOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, qui vient de paraître, ne rendra pas moins de services que ses aînés.

Les descriptions, en style télégraphique, sont réduites au strict nécessaire : elles sont pourtant très exactes, très au courant et très complètes.

Comme précédemment, on retrouve consignées dans cet AIDE-MÉMOIRE les idées professées par les maîtres de nos écoles, et l'on retrouvera à chaque page les noms de Cornil, Charcot, Bouchard, Debove, Laboulbène, Grancher, Hayem, Fournier, Guyon, Verneuil, Straus, Ranvier, Lancereaux, Hallopeau, Brissaud, Letulle, Dejerine, Jeffroy, Hanot, Hutinel, etc. ;—Renaut, Bærd, Bouveret (de Lyon) ;—Coyné, Pitre (de Bordeaux) ;—Kiener, Grasset (de Montpellier) ;—Leloir (de Lille), etc.

* * *

VADE-MECUM D'OBSTÉTRIQUE, à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr A. Dührssen, traduit de l'allemand par le Dr Ch. Van Aubel, avec 31 figures dans le texte.—Marcel Nierstrasz, éditeur, 66 rue de la Cathédrale, Liège, Belgique, 1891.

Ce que désirent l'étudiant et le médecin occupé qui étudient l'art obstétrical, c'est un manuel complet mais concis. C'est la qualité que présente le Vade-Mecum d'obstétrique que nous avons sous les yeux. D'une concision vraiment remarquable, il résume en un petit nombre de pages toute l'obstétrique moderne. Une autre qualité que nous trouvons dans ce manuel, c'est d'être à la hauteur de la science actuelle : la narcôse obstétricale, l'antisepsie y sont étudiés à fond.