

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le nouveau traitement de la diphtérie;

par Emmanuel P. BENOIT, M.D.L.

C'est un traitement antitoxique qu'on appelle sérothérapie. Il consiste dans l'injection, sous la peau du malade, du sérum d'un animal dont le sang est immunisé. Le sérum, à son tour, immunise le patient, qui guérit ou ne contracte pas la maladie, suivant qu'on le donne comme remède ou comme prophylactique. C'est simple et c'est bien vrai; impossible d'en douter à l'heure actuelle.

L'origine de la sérothérapie remonte à la découverte de MM. Behring et Kitasato, deux élèves de Koch, qui prouvèrent que le sang d'un animal rendu réfractaire à une maladie infectieuse par doses progressives avait alors des propriétés immunisantes, et que si l'on en injectait le sérum à un autre animal, on pouvait ensuite lui inoculer la maladie sans aucun effet. Ces messieurs expérimentèrent sur des animaux à propos de la diphtérie et du tétanos, sans parvenir à aucun résultat pratique. (1) Mais ils avaient ouvert une nouvelle voie à l'expérimentation; et tout de suite, dans les laboratoires, l'on fit des recherches de ce côté.

La bactériologie exige, pour qu'un microbe soit reconnu spécifique: 1^o. Qu'on le retrouve toujours dans la même maladie; 2^o. Que, placé dans un milieu favorable, il se reproduise; 3^o. Et qu'enfin, inoculé à un animal, il y développe la maladie. En 1883. Klebs découvrit un bacille qui possédait ces qualités fondamentales, et ses découvertes furent confirmées en 1884 et 1887 par Lœffler. La cause de la diphtérie, c'est le bacille de Klebs-Lœffler. A l'Institut Pasteur, MM. Roux et Yersin continuèrent les travaux commencés (1888-89-90) et prouvèrent que le bacille n'agit pas tant par sa présence que par les toxines qu'il secrète, et que tous les principaux symptômes, depuis la fièvre jusqu'à la paralysie, sont le résultat de cette action toxique. La diphtérie est donc une maladie infectieuse spécifique. Dès que MM. Behring et Kitasato eurent démontré la possibilité de la sérothérapie, M. Roux se remit à l'œuvre (1891), et après de long mois de recherche, il put enfin expérimenter son traitement à l'hôpital des Enfants-Malades (février-juillet 1894); 75 p. c. des enfants furent sauvés. Presqu'en même temps, le Dr Aröhnson expérimentait à Berlin (mars-juillet), et le résultat fut le même. Aussi le Dr

(1) Ce n'est pas étonnant pour le tétanos, puisqu'on ne reconnaît la maladie qu'à la période convulsive, c'est-à-dire quand le poison produit déjà son effet meurtrier.

Roux, en faisant son rapport à Buda-Pesth, souleva l'enthousiasme des membres du Congrès, et depuis ce moment l'attention du monde médical se tourna vers la nouvelle découverte.

Voici d'abord la méthode suivie à l'Institut Pasteur. On cultive le bacille sur du bouillon, dans un courant d'air humide; la culture achevée, on la filtre à la bougie Chamberland, on en injecte 1/10 de c. c. à un cobaye: il meurt de la diphtérie en 48 heures. Cette culture est alors injectée, par doses progressives, à un cheval (1), jusqu'à ce qu'il supporte sans réaction 800 c. c. de toxine. On le saigne, on retire le sérum du sang, on en injecte à un cobaye 1/50.0000 de son poids, et l'animal supporte ensuite des doses de $\frac{1}{2}$ c. c. de toxine diphtérique sans aucun effet. Il est immunisé. En outre, si l'on inocule la diphtérie à un cobaye, que l'on attende ensuite que les membranes soient bien développées sur la muqueuse, et si on lui injecte alors 1/50.000 de son poids de sérum, la maladie s'arrête, les membranes se détachent et tombent en deux jours. Le sérum préparé à l'Institut Pasteur a donc un pouvoir immunisant de 50.000.

Au commencement de cette année, tout ceci n'était qu'expérience de laboratoire. L'épidémie attendue éclata l'hiver dernier. Le 1er février, le Dr Roux prit l'entier contrôle du pavillon des diphtériques à l'hôpital des Enfants malades. Rien ne fut changé au traitement habituel, mais chaque enfant reçut une injection de 20 centimètres cubes de sérum à son entrée. Vingt-quatre heures après, si l'examen bactériologique prouvait que l'on avait bien affaire à une angine diphtérique, une seconde injection de 20 c. c. ou de 10 c. c. était donnée, et dans la majorité des cas, cela suffisait à amener la guérison. On se guidait pour cela sur le pouls et la température. En général, les membranes cessaient de progresser dans les vingt-quatre heures, et se détachaient dans les trente-six ou quarante huit heures, rarement le troisième jour. La fièvre tombait dès la première journée, le pouls devenait meilleur, et l'état général s'améliorait constamment. La mortalité a été de 12 p. c. Ceci est pour les angines diphtériques simples. Dans les cas compliqués, les cas de croup, et surtout de croup opérés en raison de l'état grave de la maladie, il va de soi que l'amélioration n'a pas été aussi rapide (cinq, huit, dix jours), ni le résultat aussi bon. La mortalité pour les croup est de 39 p. c. Il a fallu aussi dans certains cas, naturellement, donner un plus grand nombre d'injections. Le maximum de sérum reçu par un enfant a été 125 c. c. (total des doses) (2), Enfin, 126 enfants, amenés à l'hôpital avec une angine couenneuse simple, ont reçu une injection de sérum et sont restés plusieurs jours avec les

(1) Il va sans dire que tous les chevaux employés sont sains.

(2) Contribution à l'étude de la sérum-thérapie dans la diphtérie.—Congrès de Buda-Pesth, M. Roux.

diphthériques sans contracter la maladie. Au total, trois cents diphthériques ont subi le traitement de février à juillet 1894, et soixante dix huit sont morts. La mortalité a donc été, sur l'ensemble des cas, de 26 p. c., au lieu de 50 p. c. qui était la mortalité ordinaire. D'ailleurs, il y a eu à cette expérience une contre-épreuve. A l'hôpital Trousseau, durant la même période de temps, on recevait 520 enfants qui furent traités de la même manière qu'aux Enfants Malades, mais auxquels on n'injecta pas une goutte de sérum; il en est mort 316, soit une mortalité de 60 p. c. Est ce assez évident? L'on ne dira toujours pas que l'épidémie pendant laquelle on expérimentait était une épidémie légère.

Tels sont, résumés très rapidement, les résultats annoncés par le Dr Roux, au Congrès de Buda-Pesth, l'été dernier. (Voir *Bulletin Médical.*, No. du 5 sept.)

On comprend l'intérêt qu'ils soulevèrent dans le monde médical, et bientôt, grâce aux revues, dans le grand public. L'on possédait donc enfin un remède sûr contre cette maladie si difficile à soigner, si redoutée des familles. Car enfin, si dans un hôpital où les petits malades arrivent à toutes les périodes de la maladie et se trouvent dans un milieu défavorable, on pouvait en sauver 74 p. c., que ne pourrait pas faire un médecin qui verrait les patients dès le début, dans la clientèle privée. Il s'agissait, pour juguler la maladie, de la prendre à temps, voilà tout. Alors, finie à jamais, cette scène affreuse de la trachéotomie, avec l'enfant la gorge ouverte et les parents en pleurs. Jamais plus dans les familles le souvenir horrible d'un enfant luttant contre l'asphyxie et s'accrochant à tout pour ne pas mourir. Sans doute, il faudrait toujours compter sur les cas compliqués de rougeole, de scarlatine, d'érysipèle, de broncho-pneumonie, sur les croupes se déclarant d'emblée, sans angine. Mais encore, on n'en mourrait pas si souvent, et pour les croupes, l'intubation suffirait en attendant que les membranes se dissolvent. Et puis, si le sérum a réellement des propriétés prophylactiques, on ne ferait pas faute de s'en servir en temps d'épidémie, et les enfants seraient protégés d'une manière efficace.

Les événements semblent justifier toutes ces espérances. Par tout où l'on a expérimenté, les résultats sont frappants. A Berlin, le Dr Aronson appliquait la sérothérapie en même temps que le Dr Roux, et de mars à juillet, la mortalité était de 14 p. c. Durant les quatre mois et demi d'expérience, on n'a été obligé de faire la trachéotomie que deux fois. Plusieurs médecins allemands ont fait des rapports tout aussi favorables. Enfin la mortalité peut être diminuée davantage, car au Congrès des naturalistes allemands, à Vienne, le 11 octobre dernier, les Drs Behring et Ehrlich ont constaté qu'elle n'est plus dans les hôpitaux de Berlin, que de 8 p. c. (1) Suivant eux, la diphthérie n'est plus à craindre dans les pays civilisés.

(1) Il faut remarquer que dans les grandes villes européennes, il y a constamment de la diphthérie. C'est du moins le cas pour Londres. La mortalité en Alle-

En Angleterre, beaucoup de médecins ayant des cas de diphtérie dans leur clientèle ont essayé le nouveau traitement, et en ont fait rapport dans les journaux médicaux. Le premier enfant fut traité au Guy's Hospital; il était très mal, le tirage étant déjà prononcé. On lui fit deux injections, l'une de 11 gouttes, l'autre de 8 gouttes d'un sérum venu d'Allemagne, et le malade était parfaitement guéri au bout d'une semaine, *sans autre traitement*. Chaque semaine, durant tout l'été, le *British Medical Journal* contenait des rapports favorables de cas isolés. Enfin, au mois de septembre, une épidémie se déclara à Norfolk; les enfants mouraient dans la proportion de 33 0/0. On fit venir du sérum antitoxique, et jusqu'au 5 octobre, tous les enfants inoculés avaient guéri.

On peut dire que l'action curative du sérum est aujourd'hui bien établie. Les injections sous cutanées ne produisent aucune réaction générale, et l'amélioration est très rapide; la fièvre baisse, le pouls s'améliore, les membranes se détachent et l'enfant renaît à la vie. Il n'y a que dans les cas graves d'associations microbiennes où l'action soit moins certaine. La prophylaxie est aussi à peu près prouvée: jusqu'à présent, sur 256 enfants traités préventivement à Paris et à Berlin, deux seulement ont eu une diphtérie légère. Aussi les gouvernements et les municipalités s'occupent activement de la question au point de vue sanitaire. En Allemagne, en Suède, en France, plusieurs villes ont voté des sommes d'argent, afin de traiter gratuitement les enfants. A Paris, l'Institut Pasteur fournit gratis le sérum à tous les médecins de la ville, et l'on pourra bientôt en faire autant pour la province. Le gouvernement a alloué 100,000 francs à la préparation du sérum. Enfin le gouvernement de Washington a envoyé à Paris un délégué, qui a fait rapport que le Dr Roux est bien trop modeste, et que sa découverte est immense.

Très certainement, lorsque cette nouvelle découverte sera bien précisée dans tous ses détails, que l'on connaîtra d'une manière sûre les doses et les effets à attendre dans tel ou tel cas, ou restera convaincu que la sérothérapie est la grande découverte médicale de l'année, et peut-être de toute la fin du siècle. Trouver le traitement rationnel d'une maladie, en diminuer la mortalité de moitié, voilà une œuvre essentiellement humanitaire et surtout de la vraie et grande médecine. Repassons en détail les chiffres annoncés par le Dr Roux au Congrès de Buda-Pesth:

Angines pures.....	120 cas—	9 morts
Angines avec cécus.....	9 cas—	tous guéris.
Angines avec staphylocoques.....	5 cas—	tous guéris.
Angines avec streptocoques.....	35 cas—	12 morts.

magne et Autriche, est de 2,000,000 en dix ans. Le Dr Behring disait, en demandant que le gouvernement se chargeât des frais de préparation du sérum: "Cela permettrait à l'avenir d'en sauver 1,500,000."

Croups non opérés	10 cas— 1 mort.
Croups opérés purs.	49 cas—15 morts.
Croups opérés, avec coccus.....	9 cas— 1 mort.
Croups opérés, avec staphylocoques....	11 cas— 7 morts.
Croups opérés, avec streptocoques.....	52 cas—33 morts.

Soit 300 cas avec une mortalité de 26 0/0 au total.

Et l'on voit que ce qui augmente la mortalité ce sont les cas à associations microbiennes, surtout les cas à streptocoques. Il sera donc utile, pour bien diriger le traitement, et surtout pour connaître le pronostic, de savoir à quelle espèce de diphtérie l'on a affaire. M. Louis Martin, le collaborateur de Roux, dans ses conférences à l'Institut Pasteur, a expliqué la manière de faire le diagnostic bactériologique de la manière la plus simple possible. Mais tout le monde n'a pas un microscope, et qui pis est, tout le monde ne croit pas aux microbes. (1) Les sceptiques pourront s'en rapporter au pouls, à la température et à la respiration. Quand ils verront, par exemple, un pouls à 150, une température de 102°, une respiration de 110 s'améliorer dès la première injection et devenir à l'état normal en trois ou quatre jours, en même temps que les membranes se détachent et sont expulsées, il leur sera bien difficile de douter encore. Car si l'on peut refuser une théorie, on ne peut pas nier des faits, même si ces faits prouvent la théorie. C'est ce qui fait le mérite du Dr Roux qui, le premier, a prouvé par l'action, et c'est ce qui le place l'égal de Behring, l'inventeur de la méthode. Mais, comme le fait remarquer M. Louis Martin en terminant une de ses conférences: "Pas plus à l'étranger qu'en France, personne ne me démentira si je dis qu'un nom plane au-dessus des autres: le nom de Pasteur." Certes, tous les travailleurs de Berlin et de Paris ont droit à la gloire, puisqu'ils travaillent au bien de l'humanité; mais le grand chimiste français restera l'homme qui a mis la médecine sur la voie nouvelle, le savant qui a permis de définir l'infection, la contagion et l'immunité, le maître qui forme des élèves comme le Dr Roux, que le gouvernement français vient de nommer commandeur de la Légion d'honneur.

Ce qui nous intéresse davantage, nous, médecins, c'est la simplicité du traitement et sa facilité d'application. Une injection hypodermique, tout le monde connaît cela. Un tube de liquide dans sa trousse, ce n'est pas compliqué non plus. Reste à savoir combien coûtera le sérum. A l'heure actuelle, c'est très cher, les tubes se vendant, paraît-il, jusqu'à vingt dollars. C'est probablement dû à sa rareté. Le sérum exige quatre mois de préparation; un mois de culture, et deux à trois mois d'immunisation des che-

(1) Un moyen très simple serait d'avoir des tubes contenant du sérum à culture, qu'un pharmacien pourrait préparer. Le médecin n'aurait qu'à gratter les membranes avec un fil de platine, à essuyer ce fil sur le sérum, à déposer le tube dans une étuve à 37° c. pendant vingt-quatre heures. Les colonies bacillaires sont alors développées et visibles à l'œil nu.

vaux. Et puis il n'y a qu'à Paris et à Berlin qu'on le fabrique. Avant longtemps tous les grands centres auront leur laboratoire, qui fournira le sérum aux médecins aux frais du gouvernement ou de la municipalité. La province de Québec ne restera certainement pas en arrière.

En même temps que les injections de sérum, le Dr Roux est d'avis de ne pas abandonner le traitement antiseptique local du pharynx, afin de hâter la destruction des microbes sécrétant la toxine. Il défend l'emploi des cautérisants, de l'acide phénique et du sublimé, et conseille les lavages à l'acide borique, à la liqueur de Labarraque, les attouchements à la glycérine salicylée (5 p. c.) Il va sans dire que l'alimentation exige le régime lacté.

De même que l'antisepsie, la sérothérapie est le résultat direct des découvertes de Pasteur. La chirurgie a marché à pas de géant dans la nouvelle voie, mais si la médecine est plus lente à progresser, il faut avouer qu'elle fait des pas qui comptent. Les résultats actuels permettent d'espérer beaucoup plus. Il y a trop de travailleurs pour qu'on en reste là. Peut-être traitera-t-on un jour la fièvre typhoïde par le sérum immunisant, car le bacille d'Eberth agit aussi par ses toxines. A New-York ne cherche-t-on pas le moyen d'immuniser contre la syphilis? Espérons que l'on réussira peu à peu à diminuer le danger des maladies infectieuses et à placer le remède en face de la cause. Une cause connue est bien plus facile à combattre: l'efficacité de nos quarantaines le dit assez.

Qui sait si dans l'avenir on ne fera pas simplement de l'antisepsie et de l'hygiène pour l'empêcher d'entrer dans un individu, et si elle est déjà dans l'organisme, de la sérothérapie pour minimiser celui-ci, et alors les microbes n'auront plus qu'à se laisser mourir de désespoir. Les hygiénistes vaccinateurs triompheront.

Montréal, 26 octobre 1894.

Quand les beaux yeux de la femme sont voilés par les larmes, c'est l'homme qui ne voit plus clair.

A. TOURNIER.

La force d'une nation consiste, en dernier ressort, dans l'économie de ses forces.

GLADSTONE.

Il faut que l'amour de l'idéal imprègne fortement les jeunes âmes et que le *sursum corda* frémisse au fond de tout enseignement.

PAUL BERT.

Le traitement des maladies des trompes de Fallope et des ovaires;

par A. LATHORN-SMITH, B.A., M.D., M.R.C.S., England.

Travail lu à la dernière assemblée de l'Association Médicale Canadienne à St-Jean, Nouveau-Brunswick.

Afin de me rendre au désir de notre secrétaire qui m'a prié de lire un travail à cette assemblée, j'ai choisi cette occasion pour fournir ma petite quote-part personnelle à la somme générale de connaissances déjà acquises, plutôt que de faire simplement un recueil de tout ce qui a été écrit sur ce sujet. Ainsi je donnerai les conclusions auxquelles m'a conduit mon expérience comparative limitée, mais qui doit exister nécessairement aujourd'hui. Je ne dirai pas un mot de l'étiologie, de la prophylaxie et du pronostic de ces maladies, car la discussion de leur traitement sera seule suffisante pour occuper tout le temps que j'ai disponible.

Je m'efforcerai de passer en revue les diverses méthodes de traitement des nombreuses maladies des annexes utérines et de donner à chacune d'elles ce qui lui revient d'importance et de gloire suivant les résultats qu'elles m'ont fait obtenir.

Sous le rapport du traitement, les maladies des annexes utérines peuvent être divisées en organiques et fonctionnelles, car dans la première variété, le traitement le plus satisfaisant est généralement chirurgical, tandis que dans la seconde, la médecine et l'hygiène parviennent ordinairement à effectuer une guérison.

Nous traiterons d'abord des principales maladies organiques des trompes de Fallope, puis en second lieu des ovaires.

La plus sérieuse maladie qui puisse affecter les trompes est sans contredit la grossesse tubaire, affection bien plus commune qu'on ne le supposait autrefois. Il n'y a qu'un moyen de traiter cette maladie et c'est l'extirpation des trompes et des ovaires.

À part cela, les diverses méthodes en usage jusqu'ici sont tellement incertaines et si inférieures au traitement qui consiste à enlever toute la matrice en quelques minutes, que ce n'est pas la peine d'en parler. L'extirpation des trompes est d'ailleurs une opération des plus simples et des moins risquées.

Il y a quelques années, vers 5 heures de l'après-midi, une femme se présente à mon bureau se plaignant de douleurs dans le côté. Elle souffrait depuis plusieurs mois. J'avais laissé Montréal ce jour-là vers 4 heures de l'après-midi pour aller passer un mois à Philadelphie avec le Dr Joseph Price. Apprenant que j'étais absent, elle retourna chez elle, et se mit en train de terminer son repassage, quand vers 6 heures elle s'affaissa tout à coup sur le plancher, elle était sans connaissance, à huit heures le même soir elle était morte. À l'autopsie on découvrit la rupture d'une des trompes de Fallope, et une grande quantité de sang répandu dans l'abdomen provenant de la grossesse tubaire.

L'an dernier, un de mes anciens élèves me demanda de venir en consultation auprès d'une femme souffrant d'une douleur dans le côté. On découvrit une masse quelconque, puis l'histoire du cas jetant quelques lumières sur le diagnostic, on se prononça en faveur de la grossesse tubaire. Le lendemain, assisté de mon jeune ami, nous procédâmes à l'enlèvement de la trompe qui s'était rupturée dans le ligament large. La patiente guérit rapidement.

Le médecin qui s'occupe de pratique générale et qui est assez soucieux de ses cas pour diagnostiquer une grossesse tubaire, mérite beaucoup plus que le spécialiste qui, en quelques minutes, opère et sauve la vie de la malade. Et cependant, le diagnostic n'est pas si difficile; la douleur dans le côté, les signes de la grossesse succédant à une longue période de stérilité, la masse à peu près grosse comme une noix longue, ou même une petite orange et qui remplit le côté et pousse la matrice vers la région opposée, tout enfin nous annonce une grossesse tubaire avant rupture; tandis que le choc soudain de l'hémorragie abdominale ou bien les symptômes plus lents d'hémorragie se répandant dans le ligament large nous annoncent la rupture de l'œuf dans la grossesse tubaire.

S'il est possible de sentir une petite tumeur, nous devons l'enlever immédiatement dans tous ces cas. Si c'est une grossesse tubaire et si l'œuf n'est pas encore rupturé, la patiente devra beaucoup de reconnaissance au médecin pour l'avoir sauvé ou d'une mort subite par l'hémorragie, ou d'une mort lente par suppuration si le cas se prolonge suffisamment. La raison pour laquelle j'ai le plus souvent ouvert l'abdomen, a été des abcès dans les trompes et les ovaires ou des accumulations de pus dans les trompes seulement. Si la lumière eût été faite plus tôt dans cette partie du champ de nos connaissances, des milliers de femmes qui jouiraient encore de la vie ont été conduites au tombeau par un mal inconnu que l'on attribuait à une consommation intestinale, une diarrhée, une dysenterie, une inflammation d'intestin, etc.

Une jeune femme pleine de santé marie un jeune homme apparemment sain qui lui jure fidélité; il veut s'établir définitivement. La mariée reçoit pour cadeau de noce une bonne infection gonorrhéique; elle éprouve en urinant une sensation de brûlure; c'est douloureux, puis bientôt une abondante décharge de matière épaisse et jaune commence à s'écouler. Elle suppose que tout cela devait arriver ainsi; elle a entendu dire d'ailleurs qu'elle éprouverait quelques douleurs, elle ignore que les jours de santé seront pour elle désormais inconnus. Sur ces entrefaites, les mariés en voyage arrivent à Baltimore ou Philadelphie et voilà que la jeune femme déclare ne plus pouvoir continuer la marche; elle tient le lit. Un médecin est appelé à l'hôtel, il la trouve souffrante; les jambes sont repliées sur l'abdomen, la température est élevée. Elle souffre de péritonite pelviennne, l'infection gonorrhéique s'est communiquée à l'utérus, aux trompes, aux ovaires et au péritoine

pelvien. Sous les soins de l'habile médecin de la localité la jeune femme est bientôt rendue à la santé, ce médecin par délicatesse, lui cache la véritable cause du mal et garde pour lui ses soupçons, cependant elle n'est pas guérie pour toujours; elle ne peut pas faire une longue marche, le coût est douloureux, et si elle prend beaucoup d'exercice elle est clouée sur son lit pour une semaine ou deux, un cataplasme qu'on lui applique sur le côté tout en soulageant ses douleurs ne laisse pas de lui causer mille ennuis. Ses règles sont de plus en plus douloureuses, elle passe la plus grande partie de son temps affaissée sur un sofa ou couchée dans son lit. Elle amaigrit si bien que ses formes grassettes, son apparence fraîche qu'on admirait autrefois n'offre plus qu'un aspect pâle et languissant. Car le gonocoque de Neisser a été son chemin, détruisant les membranes muqueuses et ne laissant après lui que des amas de cellules mortes et le pus. Dès que ce dernier commence à s'écouler par le pavillon, la nature y pourvoit immédiatement par une abondante exudation de lymphé plastique qui s'organise et ferme l'ouverture de la trompe. Le pus se dirige alors vers la matrice, mais là encore il est arrêté par un rétrécissement cicatriciel de la trompe à son entrée dans l'utérus, il en résulte donc un abcès, une cavité remplie de pus.

Alors l'un ou l'autre des deux faits suivants arrive, ou bien le pus s'accumule, les parois de la trompe amincies se distendent jusqu'à ce qu'elles crèvent, le pus se répand alors à travers les intestins et la malade meurt dans le collapse et la prostration; ou bien le pus s'absorbe graduellement et bientôt les ovaires et les trompes tombent dans le cul de sac de Douglas. Maintenant très sensible au toucher, impropres à remplir les fonctions pour lesquelles ils furent faits, ils mettent encore la femme dans l'impossibilité de remplir ses devoirs d'épouse, même elle ne peut plus devenir mère. Le coût est très douloureux. Quelques-unes de mes patientes m'ont avoué qu'elles avaient supplié leur mari de ne pas les toucher pendant des semaines et quand enfin cédant à leurs instances la douleur leur fit perdre connaissance. Voici un exemple de ce fait. Madame R*** dont j'ai déjà parlé (1), une femme de 24 ans, mère d'un enfant de 3 ans, commença à menstruer à 14 ans, tout alla normalement jusqu'à ce qu'elle fut mariée; elle avait alors 20 ans. Depuis son accouchement, elle ne s'est jamais bien portée, elle fut d'ailleurs longtemps convalescente et releva mal. Elle eut une fausse couche il y a 4 mois après laquelle elle perdit en abondance durant un mois, ce qui la tint au lit. Elle fut traitée sans résultat par son médecin de famille. Appelé par lui auprès de la malade je trouvai les ovaires et les trompes renversés dans le cul de sac de Douglas, par une grosse matrice pesante tombée en arrière et reposant sur eux; ils étaient très durs et très sensibles au toucher.

Supposant qu'il y avait ou rétention placentaire, ou endomé-

(1) American Journal of Obstetrics, August 1894, page 224.

trite fongueuse, je fis le curettage aussi complet que possible; j'appliquai ensuite la solution de Churchill à l'intérieur de l'organe. Il n'y avait pas de rétention placentaire, mais la surface interne de l'utérus était très friable et très vasculaire. Je remplis ensuite la matrice avec de la gaze iodoformée que j'enlevai au bout de deux jours. L'hémorragie cessa immédiatement, mais les douleurs persistèrent dans le bassin. La femme souffrit de dysménorrhée les deux mois qui suivirent le curettage; elle éprouva cependant un mieux si considérable qu'elle fut quatre mois sans me donner de ses nouvelles, lorsque tout à coup je fus appelé auprès d'elle en toute hâte; son mari me dit que sa femme était tombée sans connaissance et que quelque chose lui avait crevé dans le côté.

Connaissant l'état des annexes utérines, je songeai immédiatement à la rupture d'un abcès tubaire, et je fis en conséquence les préparatifs nécessaires pour la cœliotomie. La malade fut donc conduite à mon hôpital privé. Lorsqu'elle arriva, elle semblait être sous l'effet d'un choc. La douleur était presque disparue, mais le pouls était vite et dur. Les préparations d'usage faites, j'ouvris l'abdomen et au premier coup de couteau à travers le péritoine, environ un once de pus jaune et épais se répandit au dehors. On le lava soigneusement puis on enleva, non sans grandes difficultés, les trompes et les ovaires. Le péritoine pelvien était rempli de lymphes nouvellement organisées, et il y avait une petite ouverture dans la trompe par où le pus s'était écoulé. Les trompes à une distance d'un pouce de la matrice étaient épaisses et présentaient environ le volume du pouce; à cet endroit les tissus étaient presque entièrement fibreux, mais d'une consistance très friable. Les parois des trompes étaient très amincies aux environs des pavillons et formaient de véritables abcès.

On lava l'abdomen avec les précautions d'usage, en ayant soin d'y laisser introduit un tube à drainage qui ne laissa pas écouler plus de 8 onces de lymphes. Cette malade guérit rapidement; au bout de 15 jours, elle était debout et 8 jours après elle retournait chez elle. La douleur qu'elle endurait depuis plusieurs années disparut le lendemain de l'opération, et le coût autrefois si douloureux, est maintenant très facile. J'ai rapporté ce cas afin de mettre en évidence les dangers que court une femme avec de telles annexes dans le bassin. Elle fut infectée vers l'époque de son premier accouchement; je ne saurais dire si ce fut par le gonocoque ou le staphylocoque, mais chose certaine, elle serait morte si l'on n'eut pas enlevé ses annexes utérines et le pus qui s'en échappait.

A Paris, Bernutz rapporta un cas semblable. (1) La malade était âgée de 29 ans, elle avait été admise à l'hôpital de la Charité avec les symptômes les plus sérieux d'inflammation pelvienne, puis de péritonite.

(1) Lawson Tait—Maladies des femmes et chirurgie abdominale.

Elle mourut 4 jours après son entrée. Et à l'autopsie on constate qu'elle avait succombé aux suites d'une péritonite infectieuse qui avait eue pour origine la rupture d'un abcès tubaire et qui du bassin s'était étendue à tout le péritoine.

Je raconterai le cas suivant comme un exemple opposé au précédent. Chez la femme dont je vais parler, on avait enlevé des trompes et des ovaires très volumineux. Cette dame, âgée de 35 ans, était maigre et pâle; elle m'avait raconté son histoire comme suit: Ses menstrues, très abondantes mais normales, avaient fait leur première apparition vers sa treizième année. Mariée à l'âge de 23 ans, elle n'avait jamais eu d'enfant. Deux semaines après son mariage, elle eut une attaque de péritonite pelvienne et faillit mourir. Elle fut retenue au lit pendant cinq semaines et ce ne fut qu'au bout de 3 mois qu'elle put sortir. Il y a environ onze ans de cela; depuis ce temps elle eut régulièrement environ quatre attaques de péritonite par année, quelquefois même plus. Chaque fois elle était obligée de se mettre au lit pour plusieurs jours. Pendant la plus grande partie de ce temps, les menstrues survenaient tous les 15 jours et duraient environ une semaine. Elle n'allait à la selle que tous les quatre jours et souvent même à tous les huit jours. La défécation était très douloureuse et le coût lui faisait tant de mal qu'elle perdait souvent connaissance. La vessie était bien. La matrice était dans une position normale. Dans les culs-de-sac de Douglas, on sentait une masse de forme irrégulière de la grosseur d'une petite orange. Je diagnostiquai une accumulation de pus dans les trompes et conseillai fortement de les enlever. La femme entra à mon hôpital privé le 11 avril et le treize on fit la cœliotomie; on enleva les annexes utérines, l'opération dura au delà d'une heure; les adhésions étaient fermées et difficiles à rompre; après l'extirpation des trompes et des ovaires, on lava l'abdomen avec une grande quantité d'eau chaude et on y laissa un tube à drainage.

Je fis les points de suture avec du crin de Florence, environ quatre par pouce. La succion du drainage pratiquée d'une manière strictement aseptique, d'abord à toutes les demie heures puis à toutes les heures jusqu'à ce qu'on enleva le drain au bout de trois heures. Il donna en tout à peu près de quatre onces de sérum. Cette patiente n'eut pas besoin de morphine et la douleur qu'elle avait ressentie depuis près de onze ans disparut complètement après l'opération. Elle guérit bien, se leva au bout de deux semaines et revint chez elle. Trois semaines après l'opération, on avait enlevé les points de suture.

Le 16 février 1894, M^{de} M., âgée de 37 ans, se présente à mon bureau. Elle était de taille moyenne, très amaigrie, son teint était de cette couleur brune presque bronzée, telle qu'on l'observe généralement chez les personnes qui ont été très longtemps soumises à l'action délétère de fœcès très longtemps retenus ou d'amas de pus contenus dans la cavité abdominale.

Elle avait aussi cette apparence anxieuse d'une femme qui a souffert de longues années, des rides précoces apparaissaient déjà sur sa figure. Elle me raconta ainsi l'histoire de sa vie, depuis l'apparition de ses premières menstrues, à l'âge de 17 ans : "Étant fille, elle voyait ses règles à toutes les trois semaines ; elles étaient très abondantes et ne duraient pas moins de huit jours. Mariée, elle eut quatre enfants dans les premières années, mais depuis treize ans elle n'avait pas eu de famille. Elle me dit qu'elle avait eu une fausse couche, il y a onze ans, et que depuis ce temps elle avait toujours souffert. J'appris, par son médecin, que, vers cette époque, son mari lui avait donné la gonorrhée, chose qu'elle ne soupçonna jamais. En 1886 elle constata un arrêt de ses règles pendant sept mois ; en 1892 la même chose se répéta pour quatre mois et demi ; depuis, elle a eu ses règles toutes les trois semaines, elles ont durées chaque fois trois jours et lui ont occasionné beaucoup de douleur. Le mois dernier, cependant, ses menstrues ont été une semaine plus tard que d'habitude et n'ont duré qu'un jour. Depuis plusieurs années elle n'allait à la selle que tous les huit jours ; dernièrement, au moyen de la médication, on est parvenu à obtenir une selle tous les trois jours. Elle dit qu'elle urinait 50 fois par jour, plus souvent la nuit. Elle eut plusieurs attaques d'inflammation d'intestins, comme elle qualifie ce qui n'était rien autre chose qu'une péritonite pelvienne. La dernière attaque eut lieu dix mois avant mon entrevue avec elle ; cette maladie avait été si grave, qu'on avait cru que la patiente allait mourir. Depuis onze ans, elle n'a pas eu une journée sans ressentir de grandes douleurs qui, du côté droit, s'irradient dans la jambe et la font souffrir horriblement. A l'examen, je constatai une légère déchirure du périnée ; le vagin était baigné de pus et le col avait une vaste laceration. L'utérus était dans la position normale, mais les trompes et les ovaires, agglutinés ensemble, emplissaient complètement le cul-de-sac de Douglas et formaient une masse d'environ la grosseur d'une orange. Le diagnostic n'était pas douteux, il y avait du pus dans les trompes et les ovaires. Je mis la patiente parfaitement au courant des choses. Je la conseillai beaucoup de se soumettre à une section abdominale, à une opération de Schröder dans une même séance.

Après avoir compris la gravité des deux opérations, elle se décida à subir l'une et l'autre, mais insista pour que le col atérin soit d'abord réparé.

Ceci venait à l'encontre de mes principes, car mon habitude est d'enlever les ovaires et les trompes, puis ensuite, ou dans la même séance, réparer le col de la matrice.

Le 21 février, je fis l'opération de Schröder avec de grandes précautions, afin de ne pas déranger les annexes utérines. Je réussis si bien qu'il n'y eut pas un demi degré d'élévation de température, le pouls resta normal jusqu'au 12^e jour, date à laquelle

je lui permis de se lever ; à peine était-elle debout que la température baissa tout à coup, puis s'éleva à 103 et le pouls à 140. La patiente fut prise en même temps de frissons. L'abdomen se gonfla et la malade vomit beaucoup. J'étais parfaitement certain que le pus avait traversé la trompe et coulait dans le péritoine. Enlever les annexes utérines était le seul moyen d'arrêter la péritonite. Mais il fallait attendre quelques heures pour avoir le consentement de la famille et pendant ce temps l'abdomen devint si distendu que je n'osai pas faire l'opération, les intestins auraient sorti malgré moi ; j'aurais éprouvé les plus grandes difficultés à les replacer dans l'abdomen et la malade serait peut-être morte par la suite d'obstruction intestinale. Je décidai donc d'attendre et de laisser passer la période aiguë de la maladie. À l'aide de la quinine, de l'asafoetida et des salins, ces derniers étant administrés par la bouche et le rectum, l'abdomen devint mou et s'affaissa complètement. Je fis alors les préparatifs d'usage pour la cœliotomie, que je pratiquai le 16 mars, enlevant au prix de grandes difficultés, et les trompes et les ovaires qui étaient très hypertrophiés. J'attachai les trompes tout près de la matrice, puis les ayant coupées, je les déposai dans un bassin et aussitôt, un pus jaune et épais s'en échappa en abondance.

Je nettoyai soigneusement les troncs ligaturés avec le bichlorure puis après avoir lavé l'abdomen avec de l'eau aussi chaude que possible, j'introduisis un tube à drainage dans le cul-de-sac de Douglas et fermai l'abdomen avec du crin de Florence, faisant quatre points par pouce ; je laissai le tube deux jours ayant le soin d'en faire souvent la succion. Voici ce qu'il y eut de remarquable chez cette malade. Pendant l'attaque de péritonite, la patiente souffrait tant qu'on pouvait entendre ses cris plaintifs de la maison voisine. Après l'opération qui pourtant aurait dû laisser beaucoup de douleurs, ayant rompu tant d'adhérences, la malade ne fit cependant pas entendre une seule plainte.

De fait, elle déclara que les douleurs qu'elle endurait n'était rien si on les comparait aux souffrances affreuses que lui avaient fait éprouver chaque attaque de péritonite antérieure à l'opération.

Quelques heures après l'opération, elle dit qu'elle ne ressentait plus du tout les souffrances qu'elle avait si longtemps endurées ; l'ouverture pratiquée dans la paroi abdominale était cependant très douloureuse. Sa convalescence se fit sans incident, les troubles du côté de la vessie disparurent d'eux-mêmes ; elle se leva au bout de quatre semaines et revint chez elle huit jours plus tard. Depuis je l'ai remarquée au chevet de sa jeune fille malade, elle allait et venait dans la maison avec beaucoup d'activité.

J'ai revu cette femme plusieurs fois dernièrement ; elle me dit que l'approche de son mari ne l'effraie plus comme autrefois, mais qu'elle le voit maintenant avec plaisir ; elle note de plus qu'elle n'avait jamais eu de jouissances sexuelles avant d'être opérée et qu'elle en a maintenant.—(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

De l'ictère émotif.—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'Hôpital de la Charité.—Nous avons en ce moment dans nos salles deux malades atteints d'ictère. L'un est un homme rhumatisant qui présente un ictère catarrhal; aussi nous avons pensé que la médication antirhumatismale pouvait lui être utile, et, en quelques jours, sous l'influence du salicylate de soude, il est entré en convalescence. L'autre malade est une jeune femme qui n'est pas rhumatisante et qui attribue sa jaunisse à une violente colère; on peut donc ranger sa maladie dans la catégorie des ictères émotifs.

Dans cette catégorie, il y a des cas où l'ictère est instantané et se produit immédiatement après l'émotion qui est en cause; dans d'autres cas, l'ictère ne se produit, comme chez notre malade, que quelques heures, un à deux jours et même davantage après l'émotion ressentie. Le mécanisme est-il le même dans les deux cas? Souvent l'ictère émotif s'accompagne de conditions capables à elles seules de produire l'ictère; ainsi, pendant longtemps, on a cru à une simple coïncidence et on a considéré comme une fable l'histoire de l'ictère émotif.

Il existe cependant des faits où l'influence émotive est aussi évidente que possible. Je vous ai déjà rapporté des cas d'ictère instantané. Vous connaissez l'observation de Bouillaud: un homme est en train de faire sa barbe, quand on vient lui apprendre une nouvelle désastreuse; en reprenant son rasoir, il s'aperçoit qu'il est devenu jaune. J'ai cité déjà cette jeune fille qui, descendue dans une cave, y est inopinément mordue par un rat; très effrayée, elle se sauve et une personne qui la rencontre la trouve jaune. C'est un homme surpris par les fédérés et sur le point d'être fusillé; sa femme, qui assiste à l'exécution, le voit brusquement devenir jaune quand les Versaillais arrivent et le sauvent. C'est encore un duelliste qui, sur le terrain, devient brusquement si jaune que l'arme tombe des mains de son adversaire. De même un homme reçoit un soufflet; furieux, il se jette sur son adversaire, on l'arrête et on constate qu'il est devenu jaune. Encore un fait: c'est un jeune prêtre qui regarde tuer un chien enragé; au moment où ce dernier reçoit la balle, il bondit, casse sa chaîne et vient expirer aux pieds du prêtre; celui-ci, vivement effrayé, tombe à terre et se relève absolument jaune. Ce sont là des faits évidents.

Souvent l'ictère n'apparaît pas tout de suite. En 1882, j'ai observé à Necker une jeune fille qui s'était mise fortement en colère; quelques heures après, ses yeux étaient devenus jaunes et l'ictère s'était progressivement accentué. Dans un cas, une femme de 31 ans eut un ictère huit heures après l'accident qui en avait déterminé l'apparition. Un médecin de Montpellier a rapporté le cas d'un interne devant qui un de ses camarades, par plaisanterie, avait, la nuit, figuré un revenant. L'interne fut vivement effrayé par cette apparition nocturne; le lendemain, il était jaune. On a rapporté l'observation d'une jeune fille des environs de Bordeaux qui avait été très impressionnée par les reproches de son père; quelques heures après, elle était tout à fait jaune. Le docteur Noblet rapporte le fait d'une femme qui, assistant au déchargement d'une voiture de pommes de terre, voit une avalanche de ces pommes enfouir l'homme qui était devant elle; elle eut une émotion violente; l'ictère apparut le lendemain. Enfin Hardy a rappelé l'histoire d'un jeune cocher de fiacre qui laissa son cheval s'emballer; ce jeune homme en fut quitte pour la peur, mais le lendemain il était complètement jaune.

Il est assez fréquent de rencontrer une émotion morale à l'origine de l'ictère, mais on n'y attache pas l'importance qu'elle mérite. La nature de l'émotion est variable; le plus souvent, c'est une émotion terrifiante; quelquefois, comme chez notre malade, c'est une violente colère. Voyons par quel mécanisme l'ictère se produit.

L'ictère instantané s'explique assez facilement par les modifications de pression entre les capillaires sanguins et les capillaires biliaires, modifications telles que la pression est beaucoup plus forte dans les capillaires biliaires que dans les capillaires sanguins. Normalement, la pression biliaire est supérieure à la pression sanguine; chez les animaux, même sans ictère, on constate ce fait; seulement, la pression biliaire est très variable, en sorte que les résultats des expérimentations ne donnent peut-être pas la mesure exacte de ce qui existe en réalité. En tout cas, si artificiellement on exagère la pression dans les capillaires biliaires, on voit la bile passer dans le sang.

Vous savez que si, avec le manche d'un scalpel, on tapote sur l'abdomen d'une grenouille, les vaisseaux sanguins se distendent énormément, tout le sang de la périphérie semble se réfugier dans la cavité abdominale. Le même fait peut se produire sous l'influence de l'excitation des centres nerveux corticaux, comme Franck l'a montré. Il y a alors un abaissement de pression dans les capillaires sanguins du foie en même temps qu'une augmentation de pression dans les capillaires biliaires. Toute émotion forte n'est pas suivie d'ictère; mais je vous ai dit que la pression est très inégale dans les canaux biliaires, tantôt elle est assez forte, tantôt elle est faible, tantôt même elle est nulle. On conçoit que

si les variations de pression se font au moment où celle-ci est très élevée dans les capillaires biliaires, l'ictère se produit rapidement. Ces modifications de pression ne sont pas tout; M. Laborde a montré que les voies biliaires sont contractiles, toute excitation amène une rétraction lente de leurs parois, et cette rétraction élève la pression. M. Lépine, ayant introduit dans leur cavité un tube et un manomètre, a vu la pression s'élever en quelques minutes sous l'influence des excitations. Si toute émotion ne produit pas ses effets, c'est qu'il s'agit encore ici d'une influence réflexe; or, les réflexes sont variables, ils se portent sur un endroit ou sur un autre, ils se diffusent partout, mais il se rencontre des organes plus ou moins sensibles. L'ictère immédiat n'a en somme rien de mystérieux et l'explication en est facile.

Il n'en est plus de même quand l'ictère se produit un temps plus ou moins long après l'émotion. Le spasme ne peut l'expulser, car il ne peut durer très longtemps; de même, une paralysie vasculaire, qui laisse les vaisseaux se distendre, n'entraîne qu'un abaissement momentané de pression, celle-ci s'élève bientôt par baisse de la réplétion des vaisseaux. Il faut donc chercher d'autres causes. Or, si on étudie attentivement les faits où l'ictère est apparu tardivement, on constate qu'entre l'émotion causale et l'ictère consécutif, le malade a présenté des symptômes d'embaras gastrique: de la perte d'appétit, de la diarrhée ou de la constipation, de la céphalalgie, du brisement des membres, de la courbature. Précisément, l'embaras gastrique seul peut déterminer de l'ictère par infection des voies biliaires, par tuméfaction consécutive de la muqueuse des conduits, même quelquefois par la production d'un bouchon muqueux au niveau de l'empoule de Vater.

Mais comment comprendre qu'une émotion morale puisse produire de l'embaras gastrique? C'est d'abord un fait certain, et vous savez que des chagrins prolongés entraînent souvent la perte de l'appétit, que la peur peut produire la diarrhée. L'explication de ces faits est assez délicate. Le système nerveux agit sur la motricité des voies digestives, tantôt il l'accélère, tantôt il la ralentit; il règle aussi la circulation et même la sécrétion intestinale. Or, l'embaras gastrique qui produit l'ictère est une maladie infectieuse, fait sur lequel M. Chauffard a justement insisté; il survient souvent sous forme d'épidémies, épidémies locales, épidémies de maison: il y a aussi des influences saisonnières manifestes. Quelle relation peut-il exister entre l'émotion et l'infection? Nous voici revenus à l'étonnement qu'éprouvèrent les médecins au début des recherches bactériologiques. Cette relation existe et elle n'est pas impossible à expliquer. Le tube intestinal est rempli de substances nocives et d'organismes prêts à envahir l'économie; mais, à l'état normal, les glandes intestinales, les conduits biliaires et la bile sont aseptiques. Cet état peut se modifier; les

glandes et les conduits peuvent s'infecter. Il semble que plus une glande sécrète abondamment, moins elle se laisse facilement envahir par les microbes. Or, les sécrétions sont réglées par le système nerveux, et de cette façon le système nerveux peut préparer l'infection. Je n'ai malheureusement aucun fait démonstratif à vous citer, mais cette hypothèse me paraît assez rationnelle.

Pour ce qui regarde les voies biliaires, elles paraissent préservées à l'état normal par le flux abondant de bile auquel elles livrent passage, car la quantité de bile qui les traverse en vingt-quatre heures n'est pas inférieure à la quantité d'urine qui traverse les voies urinaires dans le même temps. La bile même est antiseptique; M. Rendu en a cité dernièrement un exemple curieux, il s'agissait d'un malade chez qui des accidents graves du côté du foie avaient fait songer à un abcès.

À l'autopsie, on trouva dans le foie des abcès multiples, mais aseptiques. Le contenu des voies biliaires était rempli de streptocoques, mais ceux-ci étaient inoffensifs; les inoculations et les cultures restèrent stériles. La bile peut donc enlever toute virulence aux microbes. Cependant, ce pouvoir antiseptique de la bile n'est pas toujours le même; et vous pouvez ainsi comprendre comment une même émotion peut n'être suivie d'aucun effet ou, au contraire, produire des désordres variables; comment elle entraîne ici des modifications passagères et mécaniques et là des accidents infectieux; des accidents limités chez l'un à l'estomac et à l'intestin, étendus chez l'autre aux voies biliaires et suivis de l'apparition d'ictère.

Vous devinez comment le pronostic de l'ictère émotif n'est pas toujours le même. L'ictère émotif instantané n'est pas toujours le même. L'ictère émotif instantané dure ordinairement cinq à six jours; je ne connais pas de fait d'ictère émotif primitif qui ait été grave. Mais il n'en est pas de même de l'ictère catarrhal, et l'ictère émotif secondaire se comporte comme l'ictère catarrhal. Dans certains cas, d'ailleurs, les deux influences se combinent, et l'ictère émotif primitif se continue sous forme d'ictère catarrhal. Celui-ci peut toujours devenir un ictère grave. L'examen des urines a, dans ces cas, une importance considérable; il indique le moment où la bile cesse de passer dans le sang. Chez notre malade, la coloration des garderobes nous indique que la bile se déverse dans l'intestin; mais la présence des pigments biliaires dans l'urine nous montre qu'elle se déverse encore dans le sang et que la malade n'est pas encore en convalescence. C'est là un premier élément de pronostic. Mais il faut tenir compte surtout de l'état des reins, de la présence d'albumine dans l'urine, ainsi que d'une quantité exagérée des cylindres que l'on rencontre dans la plupart des urines ictériques. Un état pathologique du rein est toujours une menace d'ictère grave par suite de l'élimination insuffisante des déchets de l'organisme. L'ictère émotif ne s'aggrave guère

que chez les malades dont le rein a été lésé antérieurement ; car l'ictère catarrhal ne dure ordinairement pas assez longtemps pour que le passage de la bile puisse altérer secondairement les reins.

Le traitement varie suivant que l'ictère est primitif ou secondaire au catarrhe gastro duodéal. L'ictère primitif guérit tout seul, quand le malade est dans de bonnes conditions morales. A l'hôpital, le fait même de l'entrée des malades dans nos salles et le repos qui l'accompagne sont un traitement suffisant ; en ville, il faut veiller attentivement à ce que le malade soit soustrait aux causes morales qui ont produit la maladie. L'ictère émotif secondaire à l'état catarrhal sera traité par des laxatifs, surtout l'huile de ricin, et par le régime lacté exclusif. L'alimentation exclusive par le lait diminue considérablement la quantité des microbes contenus dans les voies digestives. Mais, chez quelques ictériques, la digestion se fait mal, les matières grasses surtout ne sont pas assimilées ; l'association de la pancréatine au régime lacté peut rendre à ces malades de très grands services.— *Union médicale.*

La tuberculose pulmonaire des vieillards.—M. le Dr Maurice MICHEL, a consacré sa thèse à l'étude de cette question qui a été diversement interprétée suivant les auteurs. D'une façon générale, on peut dire que la phthisie pulmonaire sous ses différents aspects cliniques, n'est pas rare chez le vieillard, qu'elle est plus fréquente encore que ne l'ont cru les premiers auteurs qui s'en sont occupés, puisqu'elle peut se manifester sous certaines formes que l'anatomie pathologique et la bactériologie ont nettement rattachées à la tuberculose ; et d'ailleurs, les poumons séniles renferment presque toujours des altérations qui, dans l'immense majorité des cas, sont des reliquats d'un processus tuberculeux et contiennent parfois aussi des tubercules jeunes restés plus ou moins latents.

La phthisie apparaît chez les vieillards dans trois conditions différentes : dans une première catégorie de faits, elle a précédé pendant les premières années de la vie par des lésions scrofulo-tuberculeuses à localisation variable (adénites, otites, etc).

Le deuxième groupe renferme les cas de tuberculose sénile survenue chez des individus ayant présenté des signes de phthisie pendant l'adolescence ou l'âge adulte, soit que ces premières manifestations aient ou paraissent avoir entièrement disparu, soit que les premières lésions aient marché avec une extrême lentour.

Enfin, on doit ranger dans une dernière classe les tuberculoses pulmonaires développées au déclin de la vie chez des sujets indemnes jusque-là de toutes lésions bacillaires, fait qui n'était pas admis par les anciens auteurs et par Gendrin, en particulier.

Les causes de la tuberculose chez le vieillard sont à peu près les mêmes que chez l'adulte : il est à noter aussi que le trauma-

tisme lui même, véritable agent provocateur, réveille parfois une tuberculose latente, parfois aussi ouvre la porte à la tuberculose. Par les conditions nouvelles qu'il amène dans le genre de vie des malades (séjour prolongé au lit, dans un air confiné), par la lésion même des tissus qui deviennent un centre d'absorption actif pour les bacilles et pour leur prolifération, le traumatisme doit être considéré comme une cause incontestable de tuberculisation.

Mouretton cite deux cas où la maladie est apparue à la suite d'une fracture du col du fémur, et M. Robin en a observé lui-même un cas.

Au point de vue de l'évolution générale de la maladie, M. Michel insiste sur ce fait que la tuberculose conserve chez le vieillard son caractère de maladie générale et qu'elle peut se diffuser dans tout l'organisme.

Cette propriété de s'étendre, de se généraliser, lui avait été à peu près refusée par les premiers auteurs, et il a fallu les différents cas consignés dans les quelques travaux parus sur ce sujet pour en faire admettre la réalité.

Toutefois, certaines restrictions doivent être apportées à cette proposition. Il est juste, en effet, de reconnaître que cette aptitude à la généralisation est moins marquée que chez l'adulte. Plus souvent que chez ce dernier, la tuberculose pulmonaire reste localisée au point primitivement envahi, sans tendance à se répandre dans les autres organes, et on peut dire, en somme, que ce qui caractérise la tuberculose sénile, c'est une résistance moins grande de l'organe envahi et une résistance plus grande à la généralisation de la maladie. Les observations montrent, en effet, que chez le vieillard, la tuberculose détermine dans le poumon un processus ulcératif très marqué, que les cavernes y sont souvent d'un grand volume et contrastent d'ordinaire avec le peu d'étendue en surface des lésions, avec le petit nombre des foyers caséeux.

La phthisie chronique évolue chez le vieillard suivant différentes formes plus ou moins analogues à celles que l'on observe chez l'adulte. Il en est quelques unes sur lesquelles M. Michel insiste plus particulièrement et que nous indiquerons ici.

La forme *hémoptoïque* a une allure très particulière: en effet, l'hémoptysie est rare dans la tuberculose sénile, tous les auteurs sont d'accord sur ce point; il n'y a guère que Louis qui prétende que la tuberculose s'accompagne d'autant plus d'hémoptysie que le sujet est plus âgé.

Cependant, dans certains cas, peu fréquents, l'hémoptysie a été observée. Il ne suffit pas toutefois que cette perte de sang se produise pour qu'on soit autorisé à établir une forme hémoptoïque de la tuberculose chez le vieillard. On doit ranger sous cette dénomination les cas où, par sa fréquence, sa répétition et son abondance, le phénomène hémorragique a pris une importance telle qu'il occupe la première place dans la symptomatologie de l'affection.

Il est difficile d'expliquer pourquoi la tuberculose suit alors cette allure sanglante qui fait défaut dans la généralité des cas. L'hémoptysie est-elle un phénomène purement contingent ? Existe-t-il là une sorte d'affection hémorrhagique analogue aux faits décrits récemment par Barbès ? On ne le sait : toujours est-il que cette dernière hypothèse mérite d'être prise en considération, car, dans un cas de Muretton, la maladie s'accompagnait de taches purpuriques cutanées avec ecchymoses articulaires semblant indiquer l'existence d'une véritable altération du sang.

Dans cette forme qui mérite véritablement d'être individualisée, l'hémoptysie apparaît parfois au début de la maladie, parfois dans son cours, parfois aussi tout à la fin. Mais il est des cas où elle se montre sans avoir été précédée d'aucun signe de tuberculose ; enfin, elle est parfois si considérable qu'elle peut entraîner la mort du malade dans un délai très court. Le pronostic de cette forme doit d'ailleurs être regardé comme grave.

La forme *emphysémateuse* mérite aussi d'être décrite à part. Si l'on a individualisé cette forme de la maladie, c'est moins en raison de l'association et de la superposition des deux lésions, emphyème et tuberculose, qu'à cause des allures particulières que prend la dernière dans ces circonstances. On a longtemps discuté sur l'influence que l'emphysème peut avoir sur la tuberculose, mais il semble qu'aujourd'hui, la question est à peu près jugée et on peut dire avec M. Hirtz que "l'emphysème domine la phtisie qu'il accompagne, fait souvent taire pendant quelques années son expression symptomatique et lui imprime une marche toujours ralentie."

Cette forme emphysémateuse est assez fréquente chez le vieillard ; chez lui, plus encore que chez l'adulte, la tuberculose associée à l'emphysème, marche lentement, sans grands signes physiques, avec peu de signes fonctionnels, la dyspnée mise à part, et le malade meurt moins de sa lésion tuberculeuse elle-même que d'une complication quelconque, cardiaque, par exemple, relevant soit de l'emphysème, soit de la phtisie, soit des deux à la fois.

La forme *latente*, assez fréquente aussi, résulte de ce fait que chez le vieillard, il semble ainsi qu'on l'a dit que les organes souffrent isolément et que même cette souffrance isolée reste muette dans la forme latente, l'atténuation ordinaire des signes physiques et fonctionnels de la phtisie sénile est portée au maximum ; l'affection passe inaperçue jusqu'au moment où des phénomènes sensibles surviennent, précédant de peu la terminaison fatale.

Le plus ordinairement, les malades font remonter le début de leur indisposition à peu de jours. Ils ont un léger mouvement fébrile, le pouls fréquent, une toux modérée, souvent sans expectoration.

À l'examen du poumon, on trouve une matité plus ou moins marquée, des râles crépitants ou sous crépitants, plus rarement des

signes cavitaires. La langue est quelquefois sèche, rôtie, fuligineuse, comme dans les états typhoïdes prononcés : puis bientôt la température s'élève et le malade succombe dans un état semi-comateux.

Parfois même la maladie est encore plus latente, si on peut s'exprimer ainsi. Des sujets en apparence bien portants, meurent subitement, et à l'autopsie, on découvre des lésions bacillaires très caractérisées. Les altérations tuberculeuses constatées alors sont de deux sortes : les unes sont notoirement anciennes (cavernes, massés, caséuses), les autres sont de date récente (granulations grises plus ou moins abondantes), coïncidant parfois avec de la dilatation des bronches et de l'emphysème.

Le diagnostic, dans ces cas, n'est pour ainsi dire jamais fait, car les signes sont à peu près nuls (Ruelle) et les symptômes généraux ne sont guère rattachés à la tuberculose. L'examen seul des crachats, le cas échéant, permettrait d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une forme latente de phtisie sénile.

—Quant aux formes aiguës qui, pendant longtemps, n'ont pas été admises chez le vieillard, il est bien démontré maintenant qu'elles peuvent exister chez lui comme chez l'adulte.

M. Michel décrit ainsi la forme catarrhale, la forme pseudo-pneumonique, la forme typhoïde, la forme galopante et la forme granulique, latente, comparable à la forme latente de la phtisie chronique. Dans cette dernière forme, il s'agit de sujets atteints d'une affection quelconque, soit pulmonaire, soit autre et dont la granule vient terminer l'existence, en aggravant sans doute la maladie primitive ; mais en passant inaperçue pour le clinicien.

On a constaté de l'amaigrissement, de la perte progressive des forces, mais ces phénomènes sont mis sur le compte de l'affection initiale, car rien ou presque rien n'attire l'attention du côté de la poitrine. La fièvre fait ordinairement défaut.

Le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie où se trouve les poumons et aussi les plèvres parsemées de granulations tuberculeuses. Parfois, on constate un épanchement pleural hémorrhagique.—
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.

La névrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique.—A l'Académie de Médecine de Paris, le 17 juillet 1894, M. LANCEREAUX a lu le travail suivant :—J'ai eu, il y a une trentaine d'années, l'occasion d'observer un fait d'angine de poitrine terminé par la mort et dans lequel j'avais très nettement constaté des altérations du plexus cardiaque en même temps que des lésions aortiques. J'avais, à cette époque, émis l'hypothèse que le syndrome "angine de poitrine" était, dans la plupart des cas, symptomatique d'une lésion du plexus cardiaque, mais cette idée, a part le professeur Peter, n'a pas eu le bonheur de trouver beaucoup d'adhérents, la

majorité des auteurs admettant que l'angine de poitrine est le plus souvent liée à un rétrécissement des artères coronaires.

Je viens, il y a peu de temps, d'observer un fait qui présente avec le premier les plus grandes analogies: il s'agit d'une femme de trente quatre ans, avant dès l'âge de huit ans présenté des accès de fièvre intermittente, et qui, lorsque je la vis, souffrait depuis plusieurs années de crises d'étouffement et d'oppression, crises qui alternaient depuis deux ans avec des attaques extrêmement intenses d'angine de poitrine. Celles-ci débutaient par l'épigastre et s'irradiaient non seulement à la partie supérieure du thorax, mais jusque dans le bras et l'avant-bras gauche et souvent même jusqu'au milieu de la mâchoire inférieure. Ces crises, qui duraient de dix minutes à un quart d'heure, se terminaient parfois par une sialorrhée abondante et par de fréquentes mictions.

L'examen du cœur révélait du reste des lésions très prononcées d'aortite avec insuffisance des valvules sigmoïdes accompagné d'hypertrophie du ventricule gauche.

Cette malade ayant succombé subitement au milieu d'une crise d'angine de poitrine, j'eus ainsi l'occasion de pratiquer un examen attentif des lésions aortiques et cardiaques: l'aorte était dilatée, ses tuniques épaissies, et l'on constatait, à sa face interne, l'existence de plusieurs plaques scléreuses et athéromateuses, s'étendant jusqu'au niveau de l'aorte thoracique, alors que tout le reste du système artériel était intact.

Il s'agissait, en un mot, de cette variété d'aortite que j'ai décrite sous le nom d'aortite en plaques et que je crois être sous la dépendance directe de l'impaludisme.

Le fait le plus intéressant était, sans contredit, l'existence de lésions manifestes du plexus cardiaque dont les filets étaient englobés dans la tunique externe épaissie de l'aorte.

Quoiqu'il existât en même temps, à la face interne de l'aorte, des plaques rétrécissant l'orifice d'abouchement des artères coronaires, je ne doute pas pour ma part que les lésions du plexus cardiaque ne soient la cause des crises d'angine de poitrine, car, dans plusieurs autres cas analogues que j'ai pu recueillir, les lésions des artères coronaires faisaient entièrement défaut.

D'autre part, je crois que l'angine de poitrine ne s'observe pas avec la même fréquence dans toutes les aortites et que, si on la voit plus souvent se développer dans ce que j'ai appelé les aortites en plaques, cela tient à ce que, dans cette variété, le processus inflammatoire débute dans la tunique externe et y présente toujours un maximum d'intensité. Rien d'étonnant alors à ce que les filets nerveux soient plus fréquemment atteints que dans cette autre lésion artérielle, qu'on appelle l'athérome et qui se caractérise surtout par de l'endartérite.

Si l'on admet avec moi que la cause la plus fréquente de

l'aortite en plaques doit être l'intoxication mæremmatique, on comprend les relations qui peuvent exister entre l'impaludisme et l'angine de poitrine.

Ce qui m'engage à admettre ces relations étiologiques, c'est que le syndrome "angine de poitrine" me semble être rare dans l'athérome artériel; du moins il ne se manifeste pas avec cette intensité que je lui ai vu prendre dans d'autres cas; il s'agit alors de dyspnée, d'angoisse, plutôt que d'une véritable crise angineuse.

En résumé, je crois qu'au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, il y a lieu d'établir des distinctions bien nettes entre les diverses variétés de l'angine de poitrine.

M. LE ROY DE MÉRICOURT.—J'ai eu l'occasion d'observer un très grand nombre d'impaludiques, soit en France, soit dans les colonies, mais je n'ai jamais vu survenir de crises d'angine de poitrine au cours soit de l'impaludisme aigu, soit de l'impaludisme chronique. Je me permettrai donc de faire les réserves les plus grandes relativement aux rapports étiologiques que M. Lancereaux veut établir entre l'angine de poitrine et l'intoxication paludéenne.

M. LAVERAN.—Je m'associe aux réserves formulées par M. Le Roy de Méricourt; comme lui, je n'ai pas constaté qu'il y eût un rapport quelconque à établir entre l'angine de poitrine et l'impaludisme.

M. LANCEREAUX.—Il y a dans ma communication deux points à distinguer: j'ai cherché à montrer, en premier lieu, que l'angine de poitrine était souvent liée à une névrite du plexus cardiaque consécutive à une aortite spéciale, et en second lieu que cette aortite était le plus souvent d'origine impaludique.

Je sais que sur ce dernier point les opinions diffèrent beaucoup, et que nombre d'auteurs, surtout les médecins anglais, considèrent cette aortite, cause fréquente d'anévrismes, comme étant de nature syphilitique. Je ferai remarquer cependant que, dans la plupart des observations qu'ils ont publiées, il s'agissait de sujets ayant eu autrefois des attaques d'impaludisme.—*Abeille médicale.*

Les maux dont nous souffrons nous semblent toujours incomparables.

GUIZOT.

Qu'est-ce qu'un roman, une comédie? une disposition de témoins sur la vie.

RENÉ DOUMIC.

Une confession: "Je ne le ferai plus."—Une confidence: "Je voudrais bien le faire encore."

EUGÈNE MARBEAU.

CHIRURGIE.

La désarticulation du genou à lambeau postérieur, par M. LEJARS. à l'hôpital de la Pitié.—Je vais opérer devant vous, pour un sarcome du tibia droit, une femme de trente neuf ans, grande, forte et vigoureuse, dont l'histoire, longuement suivie, me semble d'un réel intérêt clinique, et chez qui l'intervention mérite aussi d'être discutée.

J'ai vu cette malade ici même, pour la première fois, dans le service de mon maître Le Fort, en juillet 1892. Elle portait, à la face interne du tibia, vers sa partie moyenne, une petite tumeur arrondie, du volume d'une noix, extrêmement dure, peu douloureuse, et qui, depuis trois ans, se développait et grossissait lentement. Une chute, à la descente d'un tramway, en aurait été le point de départ. Je crus d'abord à une exostose, et, malgré des antécédents négatifs, j'instituai le traitement mixte. Il resta sans effet, et j'eus recours à l'extirpation. Sous la peau, je tombai sur une coque de tissu osseux, compact, et au dessous, je trouvai une tumeur molle, occupant une sorte de loge creusée dans l'épaisseur même de l'os. C'était, de toute évidence, un sarcome central du tibia, et l'examen histologique confirma d'ailleurs cette constatation première. J'enlevai avec soin toute la masse, je curetai la cavité osseuse, et, le tissu ambiant me paraissant être sain, je réunis la plaie. Au bout d'une quinzaine de jours, le malade quittait nos salles, guérie de l'opération.

Au bout de quelques mois, la région devenait le siège de nouveaux élancements, sans qu'aucun relief ne parût encore sous la peau. Je revis mon opérée en mars 1893, à l'hôpital Necker: la pression révélait une douleur assez vive sur la face interne du tibia, au niveau de la cicatrice, et l'on sentait, au dessous, une dépression très nette, mais nulle trace encore de récurrence probable. Ce fut peu de temps après que se montra la nouvelle tumeur, et, en septembre, quand la malade revint me trouver, le néoplasme était trois fois gros comme le sarcome primitif. Pourtant, toute intervention fut repoussée, et, ces jours-ci seulement, notre opérée est rentrée salle Lisfranc.

Elle souffre, en effet, et ses douleurs continues, que la moindre pression exaspère, ont fini par lui rendre la marche impossible, et, depuis quinze jours, l'ont forcée à s'aliter. La tumeur est implantée sur la face interne du tibia, à mi-hauteur, et déborde un peu la crête. Elle est grosse comme une petite pomme, de base étalée, de surface bombée, de consistance inégale; elle tient fortement dans la profondeur et n'adhère nullement à la peau. Il n'y a pas de ganglions au pli de l'aîne.

Le diagnostic, vous le comprenez, ne prête à aucune hésitation. Nous avons vu la tumeur initiale, et nous avons suivi toutes les phases de la récurrence. Il s'agit d'un sarcome récidivé du tibia et d'un sarcome central. Vous savez, en effet, quelles sont les deux grandes propriétés de sarcomes des os ; vous savez que, de ces tumeurs, les unes, et d'ordinaire les plus volumineuses, sont périphériques, périostiques ; et que les autres naissent dans l'épaisseur même du tissu osseux et de la moelle, qu'elles sont centrales, myélogènes. Vous avez vu, en novembre, un exemple du premier type chez cette jeune femme de la salle Lisfranc, dont le genou gauche se prolongeait par un énorme fuseau sarcomateux jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, et qui refusa de se prêter au large sacrifice que je lui proposais, et quitta l'hôpital. Ici, le néoplasme a pris naissance dans le tissu spongieux, sinon dans le canal médullaire, et, comme je vous le disais tout à l'heure, il était encore revêtu, lors de ma première intervention, d'une mince coque osseuse. Ces sarcomes centraux sont souvent des tumeurs à myéloplaxes, et l'on s'accorde, depuis Nélaton et Robin, à reconnaître à ces sarcomes myélogènes giganto cellulaires, une certaine bénignité. Chez notre malade, la récurrence rapide, son volume, qui n'est pas encore considérable, mais qui s'est accru en peu de temps, des douleurs très vives, ne semblent guère représenter les éléments d'un pronostic adouci, et une intervention, large et suffisante, s'impose.

Que ferons-nous ? Telle est la question que je tiens surtout à agiter devant vous.

Trois partis se présentent : *l'extirpation locale, l'amputation de la jambe au dessus de la tumeur, la désarticulation du genou.*

J'aurais tenté volontiers, si l'état s'y prêtait, l'ablation locale ou l'amputation de la jambe ; et je vous avouerai que je n'aurais aucun scrupule à transgresser le précepte, j'allais dire le dogme chirurgical, qui nous enjoint, dans les sarcomes des grands os des membres, de toujours désarticuler au-dessus. J'ai entendu maintes fois mon maître Le Fort raconter l'histoire d'un notaire de Lorraine, auquel il avait amputé la cuisse—et non désarticulé la hanche—pour un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur, il y a plus de vingt-cinq ans, et le notaire vit toujours, j'en ai eu la preuve moi-même. Il y a deux ans, j'ai eu à traiter, ici même, pendant les vacances, un jeune Suisse, pour un énorme sarcome de la tête humérale droite ; c'était un beau et solide garçon ; le membre supérieur, nullement atrophié, était bien musclé, bien vivant, et vraiment il m'eût répugné de le faire tomber tout entier. Du reste, ce qui tranchait la question, le malade s'y serait refusé sans retour. Je pratiquai une large résection de l'épaule, j'excisai tout le tiers supérieur de l'humérus, une partie de la cavité glénoïde, la face profonde des muscles voisins ; le foyer opératoire était énorme ; il ne s'en réunit pas moins par première intention, et l'opéré se reprit vite à faire des mouvements. Au bout de

deux mois, il nous quittait dans un excellent état et se servait de son bras d'une façon inespérée. Je l'ai revu à plusieurs reprises pendant les mois qui suivirent, aucun indice de récurrence ne se montrait; puis il regagna son pays, sans que j'aie pu, malheureusement, retrouver sa trace. Vous trouverez dans la littérature étrangère de nombreux faits du même genre. Rosenberger, Fédor Krause, en ont publié des exemples intéressants; mais il s'agissait toujours de la forme réputée bénigne du sarcome des os, du sarcome à myéloplaxes, et il faut avouer que, dans la plupart des cas, la durée de survie sans récurrence n'est pas suffisante pour étayer une conclusion ferme.

Quoiqu'il en soit, le doute, chez notre malade, ne semble pas permis; la tumeur est centrale, elle est située en plein tissu spongieux et médullaire; ce serait, à mon avis, une grosse erreur de tenter une extirpation locale, fatalement incomplète, ou même l'amputation de la jambe: le néoplasme est trop haut placé, pour que la section osseuse en soit suffisamment distante.

C'est donc à la désarticulation du genou que je me suis arrêté, et c'est elle que je vais pratiquer devant vous, mais par un procédé différent du procédé classique.

Vous savez que la désarticulation du genou est restée pendant longtemps l'une des plus meurtrières, parmi les grandes exérèses des membres. M. Legouest ne signalait-il pas une mortalité de 87 p. 100, M. le professeur Panas, 137 morts sur 170 opérés (80, 9 p. 100)? La statistique de la guerre de Crimée lui assigne une mortalité à peu près égale à celle de l'amputation de la cuisse: 90 p. 100 dans l'armée française, 55 à 57 p. 100 dans l'armée anglaise; celle de l'armée américaine est déjà bien meilleure, 34, 9 p. 100. Ces chiffres ont aujourd'hui beaucoup perdu de leur intérêt, et les dangers opératoires s'étant réduits à tel point, qu'on peut les laisser hors de compte, la discussion des indications ne se base plus que sur ces deux éléments: fréquence des accidents gangreneux, prothèse ultérieure.

Marche-t-on mieux avec un genou désarticulé qu'après une amputation de cuisse, même une amputation basse, telle que le Gritti ou le Gardon? Quel lambeau se prête le mieux à une marche régulière et indolente? Quel lambeau se prête le moins à la gangrène consécutive?

Ces gangrènes du lambeau sont loin d'être une éventualité négligeable; elles se voient beaucoup moins, sans doute, qu'à la période ancienne, où la septicité jouait son rôle dans leur pathogénie, mais elles sont loin d'avoir disparu. Sur 85 cas de désarticulation du genou, réunis tout dernièrement par M. Ritschl, la complication est signalée 18 fois, 16 fois avec le grand lambeau antérieur, 2 fois avec un lambeau postérieur exclusivement cutané.

Vous vous souvenez qu'ici même, il y a peu de temps, vous avez été témoin d'un fait analogue. Je veux bien reconnaître que la

situation n'était pas favorable : il s'agissait de ce pauvre ouvrier, d'une quarantaine d'années, qui nous était entré, deux mois auparavant, avec un écrasement du pied, déjà infecté et suppurant : il refusa toute intervention avec une ténacité désespérante, et ce ne fut que sous la pression d'une nécessité urgente, qu'il finit par consentir à l'exérèse de sa jambe. La peau, bien que pâle et un peu œdématiée, paraissait encore utilisable, au-dessous du genou, jusqu'à mi-jambe : il n'en était pas de même en arrière, et le lambeau antérieur m'était imposé. Je le taillai de la façon suivante : je pratiquai, en avant, une incision en V, dont le trait de raccordement passait à un travers de doigt au dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et dont les deux jambages remontaient jusqu'à l'interligne ; j'incisai d'emblée jusqu'à l'os, et je me mis en devoir de décoller, à la rugine, le périoste et tous les tissus, jusqu'au niveau de l'interligne articulaire, comme pour une résection sous-périostée de l'extrémité supérieure du tibia, je sectionnai les ligaments latéraux et croisés, et je taillai un petit lambeau postérieur, de dedans en dehors, en rasant l'os. De la sorte, je n'avais ouvert, pour ainsi dire, que la partie fémoro rotulienne de l'articulation, j'avais à peine vu la pointe de la rotule, et mon lambeau, fait de peau, de tissu fibreux et de périoste, conservait toutes ses connexions, et, je le croyais du moins, toute sa vitalité. De fait, il n'y eut aucun incident post-opératoire, aucune élévation thermique, et ce ne fut pas sans surprise et sans désappointement que je trouvai, au premier pansement, le douzième jour, le lambeau largement sphacélé. Les conditions locales étaient ici très défectueuses, et l'accident ne prouve rien contre le procédé : c'est à lui que j'aurai recours encore, quand les circonstances m'obligeront à faire le lambeau antérieur, car il réserve seul toutes les voies vasculaires.

N'avez-vous jamais remarqué l'aspect misérable de ce haillon de peau, qui, après la désarticulation du genou par le procédé classique, le procédé de Baudens, flotte au-devant des énormes condyles fémoraux, et reste seul à les recouvrir ? S'il ne se mortifie pas, ce maigre lambeau, sera-t-il susceptible de servir de base de sustentation, et la marche pourra-t-elle se faire directement sur le moignon ? Quelques faits le montrent, rares, il est vrai : M. Delorme présentait à la Société de chirurgie, en 1884, un désarticulé du genou, opéré depuis cinq ans, et qui marchait sur son moignon : en 1888, M. Polaillon en montrait un autre, opéré depuis 1881, et dont les condyles appuyaient aussi directement sur la cupule de prothétique. Presque toujours la prothèse est obligée de prendre son point d'appui à l'ischion : l'opéré marche, comme un amputé de cuisse, sur sa tubérosité ischiatique. Croyez-vous que ce soit là un détail de moindre importance ? Non, certes ; le désarticulé qui se sert de son moignon comme surface de pression, marche comme un amputé de la jambe, au lieu d'élection : il a les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse, il a la marche directe, dans le

plan antéro-postérieur, et l'exercice lui permet, en général, de dissimuler assez vite les effets de sa mutilation. Si le point d'appui unique est à l'ischion, il en va tout autrement.

Telles sont les deux raisons—éviter plus sûrement les accidents sphacéliques, et faire un moignon bien matelassé, qui puisse directement s'appuyer sur l'appareil prothétique—telles sont les deux raisons qui m'engage à prendre mon lambeau dans cette région si bien musclée, si bien préparée, semble-t-il, à le fournir, dans le mollet, à tailler, en un mot, un lambeau postérieur.

Ce n'est point là, du reste, une pratique récente, et l'on aurait tort de croire que la méthode soit née d'hier. Il semble au contraire, qu'elle ait été, pour les premiers chirurgiens qui ont désarticulé le genou, le méthode d'élection, celle que dictait de prime abord le simple examen des conditions anatomiques, et seuls, des accidents, qui s'expliquent bien aujourd'hui, l'avaient fait abandonner.

J.-L. Petit ne recommande-t-il pas, à titre de procédé de nécessité, il est vrai, d'amputer "la jambe dans son articulation avec le fémur", et de le faire comme il suit: "On coupera, avec un bistouri courbe, les téguments circulairement vis-à-vis la partie inférieure de la rotule; on retirera la peau vers le haut jusqu'à sa partie supérieure, et alors on coupera les muscles extenseurs jusque dans la capsule ligamenteuse; on pliera le genou; on coupera les muscles et les ligaments des parties latérales; et lorsque le ligament croisé et les deux latéraux seront coupés, la jambe tenant encore au cordon des vaisseaux et aux muscles jumeaux, on tournera le tranchant du bistouri vers le bas, entre les muscles et le soléaire; on coupera les jumeaux en lambeau, observant de ne point couper les vaisseaux trop courts, et on fera en sorte que le lambeau soit assez grand pour recouvrir entièrement les condyles." N'est-ce pas, avec tous ses détails de technique, la désarticulation à lambeau postérieur?

Brasdor, à l'Académie de chirurgie, défend la désarticulation du genou, et cite le cas d'un couvreur désarticulé par Hoin (de Dijon), qui tailla son lambeau aux dépens des chairs de la partie postérieure de la jambe. L'opéré marchait en appuyant directement son moignon sur l'appareil prothétique, et la base de pression était aux condyles.

Ce fut Blandin qui préconisa surtout la méthode à lambeau postérieur: elle porte encore son nom, en France et à l'étranger. Et, dans le travail tout récent, que je vous citais tout à l'heure, M. Ritschl s'étonne que l'on n'ait pas repris, depuis l'antisepsie, l'ancien procédé de Blandin, et il en rapporte l'intéressant exemple que voici: petite fille de quinze mois, gangrène traumatique du pied et de la jambe, s'étendant jusqu'à la rotule, mais, en arrière, respectant le mollet. Le lambeau postérieur était donc seul praticable. En raison de l'état des tissus et du voisinage immédiat du

foyer de sphacèle, on s'abstint de toute réunion et la cicatrisation se fit par bourgeonnement. Au bout d'un mois et demi, elle était complète, et le moignon excellent. La cicatrice était antérieure, bien protégée contre la pression de l'appareil prothétique et le lambeau, recourbé, formait coussin sous les condyles, et glissait aisément au-dessous d'eux. La petite opérée resta une année en observation : on lui fit faire une jambe artificielle avec cupule, sur laquelle portait directement le moignon, et, malgré son jeune âge, elle apprit assez vite à s'en servir.

En janvier dernier, M. le docteur Falibois, dans une thèse inspirée par M. le docteur Montaz [de Grenoble], défendait la désarticulation du genou à lambeau postérieur, malheureusement sans fournir d'observation à l'appui.

Pourquoi donc une méthode qui paraît, à première vue, si rationnelle, et dont l'histoire est ancienne, ne figure t-elle plus qu'à titre exceptionnel dans la technique chirurgicale? Que lui reproche-t-on? De quels méfaits est-elle responsable? Ce que l'on reproche au lambeau postérieur, c'est d'être "trop lourd," de "retomber par son poids" et de "découvrir ainsi la surface articulaire". Cela est vrai, si la plaie opératoire se désunit et suppure; cela ne l'est plus, si la réunion est aseptique, régulière et complète. L'objection, qui s'appliquait, du reste, à toutes les amputations à lambeau décline, perd aujourd'hui toute sa valeur. Si le lambeau est "lourd", s'il est épais et bien musclé, il n'en est que mieux fait pour remplir son rôle de soutien. Et encore, le fait de Ritschl, que je vous citais tout à l'heure, ne prouve-t-il pas que même une cicatrice par bourgeonnement est susceptible de fournir, bien surveillée, un beau moignon, de forme régulière et de bonne aptitude prothétique?

On ne saurait nier que, même avec cette méthode, le sphacèle ne soit à craindre, si la section des gros troncs artériels avait porté trop haut : il faut les suivre soigneusement et ne les couper qu'à l'extrémité même du lambeau. Voici donc la technique que je vais suivre : c'est celle qui a été indiquée par J.-L. Petit, pratiquée par Blandin, bien décrite et figurée dans la thèse de M. Falibois. Je dessinerai mon lambeau postérieur par deux traits symétriques, verticaux, le long du péroné et du tibia, qui se réuniront, en large arcade, un peu au-dessous du milieu du mollet : un trait antérieur, légèrement convexe en bas, reliera les deux têtes d'incision de ce grand U, on passant à la pointe de la rotule. J'ouvrirai tout de suite l'articulation, en sectionnant le ligament rotulien, les ligaments latéraux et croisés, et je taillerai alors, de dedans en dehors, lentement et minutieusement, le lambeau postérieur : mon bistouri ne quittera pas la face postérieure des os, détachant tous muscles, y compris le poplité et laissant intact, et dans ses connexions naturelles, tout le système vasculaire de la région.

Faudra-t-il exciser le cul-de-sac synovial, ou extirper les cartilages articulaires? Je ne le crois pas; je laisserai en place synoviale, cartilage et rotule, persuadé qu'ils ne sauraient nuire à la cicatrisation régulière, et qu'il ne sera pas sans avantage fonctionnel de conserver à la face profonde du moignon une surface de glissement.

Voilà l'intervention à laquelle je me suis arrêté, d'après les réflexions que je viens de vous exposer. Nous en suivrons les résultats, immédiats et lointains, qui nous serviront d'enseignement pour l'avenir.

La désarticulation du genou à lambeau postérieur a été pratiquée dans la même séance, suivant le procédé qui vient d'être exposé. Le grand lambeau postérieur comprenait tous les muscles, y compris le poplité; la section des vaisseaux portait sur les artères tibiale postérieure et tibiale antérieure à leur origine, un doigt au-dessous du tronc tibio-péronier: le sciatique poplité interne fut réséqué haut. L'adaptation du lambeau ne se fit pas sans quelques difficultés, à cause de son ampleur: des sutures profondes en nombre suffisant et de nombreuses sutures superficielles permirent de réaliser pourtant une réunion régulière. Au premier pansement, le 2 avril, la cicatrisation était assurée, à part trois petites surfaces granuleuses, aux points où l'accolement des lèvres cutanées n'avait pu se faire exactement. Le 10 avril, l'opérée quittait l'hôpital, guérie. Nous l'avons revue maintes fois: la cicatrice est régulière, antérieure, le moignon forme un épais coussin, qui glisse sous les condyles et reste, à la pression, parfaitement indolent. Un appareil prothétique a été construit, qui prend un point d'appui principal sur le moignon et un point d'appui secondaire et temporaire, comme nous allons le dire, à l'ischion: les premiers essais de marche se font avec le double appui; au bout d'un certain temps d'exercice, le support sous ischiatique sera supprimé. Dans la cupule prothétique, la cicatrice se relève encore, et ne porte en aucun point, et la pression sur le lambeau sous-condylien ne provoque ni gêne ni sensibilité.

La tumeur a été présentée à la Société anatomique, le 30 mars dernier, par M. O. Pasteau, interne du service. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome, ce qui améliore le pronostic d'avenir.—*Gazette des hôpitaux.*

C'est l'éducation qui fait l'homme, et c'est l'homme qui fait un peuple.

JULES SIMON.

Le triomphe d'une mondaine fin de siècle est de se faire prendre pour plus vicieuse qu'elle n'est.

G. M. VALTOUR.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Curage et perforation utérine, par le Docteur AUVARD. — Il n'est pas de gynécologue pratiquant couramment le curage, qui n'ait à son passif une ou plusieurs perforations de l'utérus.

Cet accident, très redouté au début de la renaissance du curage, l'est beaucoup moins maintenant, car l'expérience nous a appris que ses suites sont le plus ordinairement bénignes.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il constitue un point négligeable et l'opérateur le plus insouciant sera toujours ennuyé quand il sentira sa curette s'enfoncer dans l'abdomen de sa patiente et son extrémité venir flotter dans les anses intestinales.

Quant à ce qui concerne ma pratique personnelle sur 270 curages que j'ai pratiqués à ma clinique du 16 mai 1890 au 18 juillet 1894 j'ai eu une perforation de l'utérus. Je n'ai jamais observé cet accident chez mes opérées de la ville dont j'ignore le nombre exact.

Les suites de cette perforation furent d'ailleurs absolument simples; ni hémorragie, ni fièvre. Il s'agit d'un curage simple et la malade quitta la clinique le neuvième jour, bien portante.

Mon intention n'est pas d'aborder ici l'histoire complète de la perforation utérine au cours du curage, mais de mettre en relief un simple point, que je considère d'une haute importance pratique à savoir *son mode de production*, ou en d'autres termes, sa *pathogénie opératoire*.

Je n'aurai ici en vue que l'utérus en dehors de la puerpéralité.

L'opinion courante, classique, admise sans discussion, est que la perforation utérine est produite par la curette.

La curette, maniée par une main trop vigoureuse, rencontrant une paroi utérine friable, transperce le muscle utérin à la manière d'une tige mouso et pénètre par son extrémité dans la cavité péritonéale.

Je ne nie pas absolument ce mode pathogénique, mais je le crois excessivement rare.

Ce n'est pas la curette qui perfore l'utérus, mais le dilataleur dont on fait préalablement usage.

Quand la curette franchit les limites de la cavité utérine, elle pénètre dans une perforation déjà existant; elle ne fait que suivre une voie préalablement tracée.

Les quatre moyens de dilatation les plus communément usités sont:

- 1o La laminaire;
- 2o Le dilataleur à trois branches de Sims;

30 Le dilatateur à deux branches;

40 Les bougies de Hégar.

Le premier moyen agissant lentement, les trois derniers rapidement, et donnant en quelques instants la dilatation nécessaire au moment où l'on va procéder au curage.

De ces divers dilatateurs, celui qui expose le plus à la perforation de l'utérus est certainement le dilatateur à trois branches de Sims.

On peut affirmer que c'est le *dilatateur perforateur* par excellence.

Sim en faisait usage en serrant doucement la vis qui rapprochant les manches amène l'écartement des branches, mais la plupart des opérateurs, entre les mains desquels je l'ai vu en usage à l'heure actuelle, ne procèdent plus avec cette douceur, ils prennent le manche à pleine main et dilatent violemment l'utérus.

Or, par cette pression violente, on exerce à l'extrémité des branches une force considérable, parfaitement capable de perforer l'utérus le plus résistant, et la perforation que ne pourrait faire la curette la plus mince à son extrémité, maniée avec beaucoup de vigueur, ce dilatateur l'accomplit avec une facilité relative.

Faites l'expérience avec un utérus détaché d'un cadavre ou enlevé par l'hystérectomie et vous pourrez vérifier l'exactitude de ce qui précède.

Après le dilatateur à trois branches, le plus dangereux est celui à *deux branches*.

Jusqu'à présent je me servais d'un modèle de ce genre que j'avais fait fabriquer sur mes indications et qui est figuré dans mon traité de gynécologie.

C'est avec ce dilatateur que j'ai eu l'unique perforation que j'ai observée, aussi actuellement en ai-je abandonné l'usage.

Les deux moyens dilatateurs qui restent en dehors des deux précédents, à savoir la *laminaire* et la *bougie de Hégar*, sont les plus sûrs pour éviter la perforation.

La *laminaire*, si elle a l'inconvénient d'être douloureuse pour la femme, de nécessiter un pansement quelques temps avant l'opération, a l'avantage de donner une cavité utérine bien perméable, et de préparer l'action plus facile des *bougies de Hégar*, alors qu'il est nécessaire d'obtenir une dilatation assez complète.

Aussi ce moyen, auquel j'avais autrefois renoncé comme trop compliqué, me semble, après expérience, le meilleur et le plus recommandable.

A l'heure actuelle, quand je dois faire le curage, je commence par l'application d'une ou de plusieurs laminaires, et si la dilatation est insuffisante, je la complète au moment de l'opération à l'aide des bougies de Hégar.

Je ne sais s'il existe des perforations de l'utérus produites par la laminaire ou l'usage des bougies de Hégar. Les opérateurs,

ayant maintenant l'attention dirigée vers ce mode pathogénique de la perforation, pourront par la suite nous donner d'utiles renseignements à cet égard.

Mais si de loin en loin on observe avec ces modes de dilatation des perforations utérines, je crois qu'elles seront excessivement rares.

Le jour où on ne dilatera plus l'utérus avec des dilateurs à trois ou à deux branches, la perforation utérine disparaîtra de la gynécologie opératoire.

Je rappelle en terminant que je n'ai en vue que l'utérus en dehors de la puerpéralité, car les considérations qui précèdent ne seraient pas exactes, appliquées à l'utérus puerpéral.

Accouchement par le siège.—Tête hydrocéphale retenue dans l'utérus après arrachement du tronc, par M. ARNOULD (Namur).—Les cas de tête hydrocéphale, retenue dans la matrice après arrachement du tronc, n'étant pas fréquents, nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter celui qu'il nous a été donné d'observer.

Le 1er septembre 1889, je suis appelé à X..., par les confrères J... et Z..., dans les circonstances suivantes : il s'agit d'un accouchement par le siège, avec spina-bifida, chez une multipare à terme de sa huitième grossesse ; la tête seule est retenue dans les parties. Des tractions méthodiques sur la mâchoire inférieure, le forceps, le transforateur ont été impuissants à l'amener au dehors. Des tractions énergiques sur le tronc n'ont eu d'autre effet que d'en opérer l'arrachement. Ni au moment de la rupture du cou, ni après, il n'y a eu écoulement de liquide. A notre arrivée, à 5 heures du matin, le ventre est encore volumineux, uniformément mou ; l'hypogastre est saillant, le fond de l'utérus est à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; nous ne percevons aucun bruit cardiaque. Au toucher : tête élevée en occiput cotyloïdienne gauche ; mâchoire inférieure fracturée en arrière et à droite ; au niveau de la cotyloïde gauche, petit tronçon du cou profondément caché dans les parties. Après une *pêche attentive*, faite au moyen de l'index droit, nous avons le bonheur de découvrir, dans ce moignon déchiqueté, l'orifice du canal vertébral, dans lequel nous nous empressons de glisser une sonde à double courant, que nous avons sous la main, et que nous poussons jusque dans le crâne. Aussitôt une sérosité abondante s'écoule par les deux pavillons ; on en recueille plus de huit pintes. Les douleurs, jusque-là languissantes, se réveillent avec énergie ; la tête s'engage et est expulsée spontanément trois quarts d'heure après l'introduction de l'instrument.

Délivrance et couches normales.

Quelle est la conduite à tenir en cas d'*hydrocéphalie volumineuse* avec arrachement du tronc ?

Mes confrères avaient en vain employé le forceps et essayé le

transforateur, avant et après la rupture du cou. Le forceps, dans ces conditions, doit nécessairement glisser dès les premières tractions. Il s'applique d'ailleurs très mal, par la raison fort simple que, dans l'hydrocéphalie volumineuse, les mors de l'instrument, non seulement ne peuvent dépasser, mais n'atteignent pas même la grande circonférence du crâne. En effet, des deux parties qui composent la tête, crâne et face, la dernière seule s'engage au détroit supérieur autant que le permet le volume et la tension du crâne. Mais, quand l'hydrocéphalie est considérable, le crâne forme, audessus de l'excavation pelvienne, un énorme ballon qui occupe l'hypogastre et les fosses iliaques, et dont la face constitue pour ainsi dire le pédicule engagé dans le détroit abdominal. Le bec du forceps et l'extrémité de la branche protectrice du transforateur viennent, pendant leur introduction, butter contre la partie inférieure de ce ballon, sans pouvoir le contourner ni l'embrasser. Dès lors, rien d'étonnant que ces instruments ne peuvent s'appliquer convenablement, tant que le crâne est rempli.

C'est ce qui est arrivé à mes deux confrères.

Un moyen, plus pratique d'en finir, est la ponction faite dans un pont fluctuant, à l'aide d'un perforateur quelconque. Nous avons réussi dans un cas, identique à celui-ci, à l'aide du perce-crâne du forceps. Cette opération n'est pas bien difficile pour ceux qui sont quelque peu familiarisés avec les difficultés obstétricales. Mais celui dont toute l'obstétrique dystocique se borne à une application de forceps ou une version, celui-là peut hésiter à se servir d'un instrument piquant, qui, par mégarde, pourrait blesser la femme. C'est pourquoi nous estimons, qu'après l'arrachement du tronc, comme avant cet accident, il faut, ainsi que nous l'avons fait, commencer par aller à la pêche de l'orifice vertébral, et, après l'avoir trouvé, introduire par cette voie une sonde dans le crâne quitte à recourir à la ponction, si l'orifice était introuvable, ou si la sonde n'amenait pas la sortie du liquide intra-crânien. L'extrême simplicité de cette manière de faire, qui la met à la portée de tous, sa parfaite innocuité, le succès rapide et facile qu'elle nous a donné nous ont engagé à la recommander. Nous croyons avoir d'autant plus de raison de le faire, qu'à notre connaissance dans l'hydrocéphalie volumineuse, après arrachement du tronc, aucun auteur ne conseille le procédé si simple que nous avons suivi.

Un précieux remède.

Voici la spirituelle attestation que nous cueillons dans un journal politique, sous forme de correspondance adressée à un fabricant de spécialités pharmaceutiques: " Depuis deux mois, ma femme souffrait d'un enrouement avec difficulté de parler. Depuis qu'elle a pris de votre médicament, elle ne parle plus du tout. Veuillez, je vous prie, m'envoyer encore deux flacons au plus tôt." (Gaz. méd. de Tréve.)

PÉDIATRIE.

Hystérie infantile.—M. Bernheim fait à la Société de médecine une importante communication sur ce sujet.

Premier cas. Albert J..., âgé de 13 ans, menuisier, étant le 5 décembre à trois heures et demie sur une échelle à décrocher des rideaux, tomba, la tête donnant sur le marbre d'une cheminée.

Il resta dix minutes sans connaissance, puis revint à lui et se sentit bien. Il lui est resté une petite cicatrice au-dessus du sourcil gauche. Le lendemain à six heures et demie du soir, crise convulsive avec perte de connaissance pendant vingt minutes, crise précédée pendant dix minutes de céphalalgie frontale et temporaire lancinante. Seconde crise 8 jours après, à huit heures et demie du soir; troisième, 8 jours plus tard à sept heures et demie du soir; quatrième 2 jours après, à sept heures et demie; et une cinquième, le jour de son entrée à l'hôpital, à dix heures et demie du soir. La crise dura un quart d'heure avec de grands mouvements, des secousses, et fut suivie de sommeil pendant toute la nuit. L'enfant se rappelle qu'il frappa de la main un verre à boire, qu'il donna des coups de pied, puis s'endormit et ne se rappela plus rien. L'enfant, au dire de sa tante, n'avait jamais eu de crise auparavant, mais il était nerveux et impulsif. L'enfant reste au service, en observation, depuis le 13 janvier 1894.

Le 18, à cinq heures et demie du soir, il a eu un violent mal de tête jusqu'à sept heures, avec battement de tempes. A sept heures, crises avec secousses convulsives des membres et de la tête, durant quatre minutes, pas d'écume à la bouche. Amnésie au réveil.

M. Bernheim essaye la suggestion hypnotique. L'enfant vient facilement en somnambulisme. La suggestion est répétée tous les jours, jusqu'à la fin de janvier l'enfant reste à l'hôpital, n'a aucune crise.

Il revient le 10 février. Le jeudi 8, à sept heures du soir, nouvelle crise précédée du mal de tête pendant dix minutes, avec battements dans les tempes. Cette crise serait survenue à la suite de colère.

L'enfant est de nouveau soumis à la suggestion hypnotique jusque vers la fin de février. Et depuis il a été revu à la fin d'avril, il n'a plus eu de crises.

S'agit-il d'épilepsie ou d'hystérie traumatique? L'enfant n'avait aucun des stigmates hystériques considérés comme classiques, ni anesthésie, ni rétrécissement du champ visuel; mais il était très impressionnable. La guérison rapide par suggestion fait pencher plutôt vers la diagnostic d'hystérie.

Si on n'avait pas essayé le traitement psychique, les crises et le mal de tête eussent continué et on aurait pu songer à la trépanation. Si elle avait réussi, on aurait attribué à cette opération, c'est-à-dire à la décompression du cerveau, une guérison qui sans doute n'eût été que l'effet suggestif, indirect, de l'opération.

Deuxième cas. Augustine R..., âgée de 16 ans, tricoteuse dans une manufacture, entre à la clinique le 8 mars 1894, pour de grandes crises d'hystérie datant du mois d'août. A la suite d'une émotion morale, due à une claque donnée par sa mère; immédiatement grande crise caractérisée par du délire, des hallucinations multiples et incohérentes avec attitudes passionnelles, gestes et paroles pendant trois quarts d'heure, suivie de grandes convulsions pendant un quart d'heure.

Depuis, plus de crises, mais grande agitation continuelle et insomnie. Régée à 11 ans, et, à la même époque, objet d'une tentative de viol, elle a conservé depuis lors une douleur lancinante intense au dessus de l'aîne droite, survenant deux à trois fois par jour pendant une demi heure; pendant l'époque, une douleur ombilicale et des crampes épigastriques. Depuis cinq jours perd toutes ses urines. Antécédents nerveux, paternels et maternels.

Le jour de son entrée au service, grandes crise d'hystérie délirante et convulsive durant une heure, d'une intensité effrayante. L'enfant est intelligente, bien constituée. On ne constate ni anés-thésie, ni rétrécissement du champ visuel, mais une douleur lancinante à la pression au-dessus de l'aîne droite, à l'hypogastre et une sensation de gêne épigastrique.

A l'hôpital, elle a de la polyurie le 10 mars, des crachats hémoptoïques le 10 et le 11 mars, sans aucun symptôme thoracique.

La malade reste au service jusqu'au 22 mars; elle est très suggestible et hypnotisable au sommeil profond, elle n'a plus de crise; à sa sortie, les douleurs du ventre avaient à peu près disparu, et les crises ne se sont plus reproduites depuis lors.

Dans le cas actuel, il s'agit d'une hystérie convulsive et délirante due à une émotion morale.

La douleur sus-inguinale droite, persistante depuis l'apparition de ses règles, aurait pu être considérée comme l'expression d'ovari-rite et donner aussi lieu à une intervention chirurgicale qui, elle aussi, aurait pu, peut-être, devenir curatrice par suggestion.

L'auteur rapporte de ce cas un autre exemple d'hystérie infantile relaté dans son livre *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* page 300.

Chez une jeune fille de 11 ans à la suite d'une frayeur, grande crise d'hystérie infantile avec délire et hallucinations datant de dix-huit mois, guérie rapidement par suggestion. Chez cette enfant, il n'y avait pas non plus les stigmates dits classiques. Ceux-ci d'ailleurs font aussi souvent défaut chez l'adulte.

L'hystérie, la grande hystérie convulsive et délirante, n'est pas rare chez l'enfant; et, comme chez l'adulte, elle est facilement justiciable de la suggestion bien maniée.

M. Simon, après avoir montré, d'après Landouzy, Briquet et les auteurs modernes, la fréquence, de l'hystérie dans le jeune âge communique à la Société l'histoire résumée de onze cas d'hystérie infantile qu'il a eu occasion d'observer dans son service de l'Hôpital civil. Ces faits se rapportent à des enfants âgés de 10 à 15 ans, dont dix filles et un garçon. Au point de vue clinique, quatre de ces faits ont trait à l'hystérie convulsive, les sept autres comprennent deux cas d'hystérie à forme gastrique, un cas d'hystérie à forme paralytique, quatre cas d'hystérie fruste caractérisée exclusivement par la sensation de boule et des troubles sensitifs.

L'impression générale qui se dégage de ces observations est que, si elles reproduisent dans leurs lignes principales la physiologie de l'hystérie chez l'adulte, elles diffèrent cependant pour la plupart du type classique qui nous a été tracé par l'école de la Salpêtrière; les stades d'hallucinations et d'attitudes passionnelles dans l'attaque ont fait complètement défaut et l'accès s'est réduit le plus souvent à une crise de suffocation accompagnée de convulsions générales sans caractère particulier; quant aux phénomènes somatiques révélateurs de l'hystérie dans certains cas, on a pu relever différents troubles de la sensibilité générale et spéciale, mais ces phénomènes n'ont pas, à beaucoup près la constance et la régularité qu'on leur a attribuées. Enfin au point de vue thérapeutique, la suggestion directe ou indirecte, l'hydrothérapie et l'électrisation statique ont eu, dans tous les cas, facilement raison des accidents.

M. Haushalter rapporte à son tour trois observations d'hystérie chez des fillettes: les deux premières étudiées et publiées par lui durant son clinicat au service de M. Spillmann, la troisième recueillie récemment à la clinique des enfants.

Une fillette de 10 ans se plaint de douleurs dans la hanche et le genou gauche et se met à boiter; le membre est placé dans un appareil plâtré, où il reste environ 18 mois; au bout de ce temps, l'enfant est prise de crises convulsives, dans l'intervalle desquelles persiste une contracture généralisée aux quatre membres; ces crises convulsives durent quelques jours, puis cessent; seule survit une contracture en extension du membre inférieur gauche avec rotation extrême de la jambe et du pied en dedans. Le diagnostic d'hystérie étant porté, M. Haushalter, pendant quinze jours fait chez cette fillette de la suggestion à l'état de veille, qui aboutit au bout de ce laps de temps à une guérison complète des phénomènes de coxalgie et de contracture; l'enfant depuis deux ans n'avait pas quitté son lit.

Une autre fillette de 12 ans, à la suite d'une vive discussion avec un gamin, est prise brusquement de spasmes de la portion

supérieure de l'œsophage, spasmes se produisant au moment de la déglutition et entravant l'alimentation d'une façon presque complète; seules étaient dégluties les pommes vertes et les carottes crues. Ces symptômes persistent sept mois; à ce moment l'enfant est amenée à l'hôpital inanitiée, amaigrie au dernier point, cachectique; elle était tombée dans un état de mélancolie extrême. La guérison absolue des symptômes spasmodiques fut obtenue par une seule séance de pendaison à l'appareil à suspension, alors en grande vogue, et qui servit en ce cas d'appareil à suggestion; peu de jours après, l'état général se transformait.

Une fillette commence dès l'âge de 2 à 3 ans à présenter des crises convulsives, qui se répètent plusieurs fois par semaine; à l'âge de 12 ans ces crises sont remplacées par des accès hallucinatoires se renouvelant plusieurs fois par jour, et durant lesquels elle voit des hommes qui cherchent à l'emporter, pousse des cris, se cache, etc...; sortie de sa crise elle se souvient fort bien de tous les détails de sa vision. A un moment donné, ces crises se répètent plusieurs fois par heure. L'enfant est amené à l'hôpital où ces crises durent encore plusieurs semaines, tout en diminuant un peu de fréquence; puis sous l'influence de la menace qui est faite à l'enfant d'être isolée, si elle continue à avoir des crises semblables, les symptômes disparaissent complètement pendant huit jours; à ce moment la petite malade est perdue de vue.

L'ensemble de ces faits montre une fois de plus la diversité des formes que peut affecter l'hystérie chez l'enfant, et l'influence bienfaisante considérable que possède, dans certains cas paraissant invétérés, le traité suggestif.—Dr G. ETIENNE, in *Médecine moderne*.

Nous avons deux sujets inépuisables de complaisante information: nos qualités et les défauts des autres.

G. M. VALTOUR.

Dyspepsie douloureuse.

P.—Sous-nitrate de bismuth.....	10 grains.
Carbonate de magnésie.....	15 “
Potasse liquide.....	10 minimes.
Acide hydrocyanique dilué.....	3 “
Teinture de gingembre.....	5 “
Eau de menthe porarée.....	q. s. pour faire 1 once.

M.—*Dose*: Toute cette quantité, à répéter deux à trois fois par jour. Agiter le médicament avant de le prendre.—*Medical Press and Circular*.

FORMULAIRE.

Fissures du mamelon.

- P.—Aristol..... 1½ drachme.
 Vaseline liquide 1 once.
 —La pommade doit être appliquée après chaque tétéo.—*Lyon médical.*

Cystite tuberculeuse.—*Witsack.*

- P.—Lactate de cocaïne..... 2 grammes.
 Acide lactique..... } \hat{a}
 Eau distillée ou bouillie..... } 10 grammes.
Mode d'emploi : Après avoir vidé et lavé la vessie, on applique sur les points où siège le néoplasme, à l'aide d'une sonde spéciale, environ un gramme du mélange. Ces applications, ainsi faites, ne sont pas très douloureuses et peuvent être répétées tous les trois ou quatre jours.—*Journal de médecine de Paris.*

Ostéomalacie.—*Stenberg.*

- P.—Huile phosphorée..... 0 gr. 05
 Huile de foie de morue..... 50 grammes.
Dose :—Une cuillerée à thé par jour.—*Teitschr. f. klm. med.*

Eczéma infantile.

- P.—Ammonio-chlorure de mercure..... 10 grains.
 Acide phénique..... 8 "
 Huile d'olive..... ½ drachme fl.
 Vaseline blanche..... } \hat{a}
 Pommade d'oxide de zinc..... } ½ once
 M.—Usage locale deux à trois fois par jour.—*College and chical Record.*

Hypérémie de la conjonctive.

- P.—Acide borique..... 10 grains.
 Muriate de cocaïne..... 2 "
 Eau de rose..... ½ once fl.
 Eau distillée..... ½ once fl.
 M.—Application locale trois fois par jour.—*Therapeutic Gazette.*

Conjunctivite.—

- P.—Acide borique..... 20 grains.
 Chlorure de sodium..... 8 "
 Eau distillée..... 2 onces fl.
 M.—Appliquer en lotion chaude toutes les quatre heures.—*Therapeutic Gazette.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1891.

BULLETIN.

Le onzième Congrès International des Sciences Médicales, tenu à Rome, du 27 mars au 5 avril 1894.

M. PETRESKO (de Bucharest) a lu un travail très élaboré sur le *traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses*. Les succès qu'il a obtenus depuis treize ans, dans 1192 cas de pneumonie, en administrant la digitale à doses élevées, lui font un devoir d'insister sur l'utilité et l'efficacité de cette méthode de traitement.

Depuis 1880 il fait prendre à tous les pneumoniques :

Infusion de feuilles de digitale 4 gr. 5 à 5 ou 6 gr. 200 grammes

Sirop simple..... 40 "

à prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures.

Cette quantité est renouvelée, s'il le faut, matin et soir et continuée pendant deux ou trois jours, suivant les modifications du pouls et de la température. Beaucoup de ses malades ont pris, en vingt-quatre heures, de 8 à 10 et même 12 grammes de feuilles de digitale. On peut ainsi juguler la pneumonie fibrineuse; d'une façon générale, il est merveilleux de voir, en trois jours, disparaître la fièvre et tous les symptômes généraux et locaux. La température qui était, au début, de 40 à 41 degrés, après trois doses de 4 feuilles de digitale, tombe à 36 ou 35 degrés, le pouls se ralentit tellement qu'une fois M. Petresco n'a plus constaté que vingt quatre pulsations à la minute. Les râles crépitants et le souffle disparaissaient sous la même influence et le poumon devient surtout perméable à l'air. L'état général s'améliore d'une façon évidente: le coma et la prostration se dissipent; les malades s'éveillent comme d'un profond sommeil, se sentent bien et demandent à manger. L'abaissement considérable de la température et le ralentissement du pouls sont à peine perçus des malades, qui, vingt-quatre heures après, sont en état de reprendre leur service.

Ce qui montre bien l'efficacité du traitement de la pneumonie par la digitale, c'est que la mortalité s'abaisse à un chiffre de 1.22 à 2.66 p. 100, alors que les statistiques donnent des chiffres allant de 7.15 à 35,50 p. 100. Bien que M. Petresco emploie cette méthode depuis treize ans, il n'a jamais observé les symptômes classiques de l'empoisonnement par la digitale; aussi est-il très surpris de ce que quelques observateurs ont rapporté des mauvais effets et des inconvénients de la digitale administrée à doses moindres. On peut dire qu'il n'y a guère d'effet thérapeutique plus net que celui de la digitale dans la pneumonie aiguë. Cet effet s'explique par l'action du médicament sur le pneumogastrique. On peut donc affirmer que toute pneumonie fibrineuse non compliquée, traitée dès le début par la digitale à doses thérapeutiques, se termine par guérison. Toute pneumonie compliquée ou non traitée dès le début aura, par la digitale, plus de chance de guérison que par tout autre mode de traitement.

M. Petresco se résume ainsi: La pneumonie peut être coupée par la digitale administrée à hautes doses en temps opportun. Le traitement abortif est le plus rationnel, car il est basé sur l'indication pathogénétique. La digitale ne manifeste son action antiplogistique dans la pneumonie qu'à dose thérapeutique, qui est l'infusion de quatre à six grammes de feuilles, ou quatre à six milligrammes de digitaline, en injection sous-cutanée, pour un adulte. De nombreuses observations ont montré que ces doses étaient bien tolérées et inoffensives. Si la mortalité par la pneumonie n'est pas ainsi réduite à 0, du moins elle est réduite au minimum.

Le même médecin fait connaître les résultats qu'il a obtenus par l'*antiseptie médicale* dont il a largement usé comme méthode thérapeutique. Il a employé à peu près tous les antiseptiques usités. Il pense pouvoir conclure ainsi:

10. Qu'on obtient une antiseptie locale, médicale ou générale, à distance sur les éléments histologiques et sur les germes pathogènes ou sur leurs toxines analogues à l'antiseptie locale chirurgicale.

20. Qu'il y a plusieurs substances chimiques fixes ou volatiles qui, après leur absorption, exercent à distance une action atténuante et même microbicide sur certains micro-organismes pathogènes.

30. Qu'il y a des substances médicamenteuses qui déterminent une modification chimique moléculaire ou neutralisante sur les toxines des germes pathogènes.

40. Les meilleurs agents thérapeutiques par lesquels on peut obtenir une antiseptie médicale sont les produits chimiques plus ou moins condensés ou substitués de la série aromatique, tels que les essences. Les essences sont les antiseptiques par excellence, tant médicaux que chirurgicaux.

C'est par les essences ou les vapeurs des essences qu'on obtient

une imprégnation, une modification plus ou moins profonde de l'organisme et par conséquent une immunité médicamenteuse vaccinale. On crée une stérilisation médicamenteuse du milieu intérieur analogue à la stérilisation *in vitro* d'un milieu de culture. Par cette stérilisation ou antiseptie du milieu intérieur, on empêche les autoxications microbiennes ou ptomainiques dans les maladies infecto-contagieuses.

50. L'antiseptie médicale doit être utilisée dans presque toutes les maladies internes de nature microbienne, comme elle a été utilisée dans les maladies externes de nature parasitaire.

60. Pour établir les bases de l'antiseptie médicale, il nous faut encore déterminer le coefficient toxique et thérapeutique de tous les médicaments microbicides ou antitoxiniques et antiptomainiques.

M. GIOFFREDI (de Naples), fait un véritable plaidoyer sur l'action diurétique de la lactose. Cette propriété, découverte presque en même temps par MM. Richet et Moutard Martin, en France, et par Albortoni, en Italie, apportée en thérapeutique par Germain Sée, est beaucoup plus évidente sur les animaux que sur l'homme sain ou malade.

L'augmentation de la sécrétion urinaire n'est pas, comme Kianowski le croit, en rapport avec la grande quantité d'eau ingérée comme véhicule, mais elle est supérieure à celle-ci. Son usage, augmentant la quantité d'urine, diminue son poids spécifique et la quantité d'urée et des autres sels excrétés; mais en même temps on observe une notable augmentation de la quantité d'urée éliminée en 24 heures.

Les cardiaques sont ceux sur qui la lactose agit le mieux: l'urine augmente dans de telles proportions qu'elle finit quelque fois par atteindre le quintuple de la quantité primitive, bien que chez les autres malades, et même chez des cardiaques, elle n'ait produit que des effets négligeables.

Chez les pleurétiques et les cirrhotiques, on obtient, au contraire, un accroissement réel de la quantité d'eau éliminée, sans accroissement de la quantité totale d'urée.

Chez les chiens, les urines augmentent bien plus considérablement si on introduit le médicament dans les veines; il en est de même si on l'introduit, dans l'économie, en quantité quadruple, par l'estomac.

Le seul inconvénient de l'usage thérapeutique de la lactose est qu'elle provoque quelquefois la diarrhée, par suite de quoi la diurèse cesse. Pour la prévenir, on a démontré qu'il est d'une grande utilité d'ajouter à la solution de ce médicament du laudanum.

La lactose a une action énergique sur les vaisseaux des reins et sur toute la circulation. Chez les chiens, l'introduction d'un grammé par kilo en poids provoque une grande dilatation des vaisseaux du rein, en même temps qu'une légère augmentation de

20 à 40 millimètres (carotide) et qu'un ralentissement sensible du pouls.

La dilatation des vaisseaux des reins est démontrée clairement par le tracé sphygmographique des reins pris avec l'explorateur de François-Franck et par la circulation artificielle du rein même, obtenue avec l'appareil de Mosso. L'écoulement du sang chargé de ce médicament augmente du triple dans l'unité de temps et l'accroissement de volume du rein indiqué par l'instrument est très sensible.

La dilatation des vaisseaux est d'origine périphérique et centrale. Le médicament agit en diminuant l'excitabilité de tout le système vaso-moteur.

Chez les chiens soumis pendant trois et quatre mois à l'absorption quotidienne de fortes doses de lactose, par voie interne et par voie hypodermique on n'a jamais trouvé de fortes altérations anatomiques des reins.

M. Pucci (de Rocca-Bernardi) vante les bons effets du *traitement de la malaria par la phénocolle*. Or voici le résumé de sa communication :

« Depuis la publication du mémoire du professeur Albertoni, sur la phénocolle dans la malaria, plusieurs auteurs se sont occupés de cette intéressante question. Crescimano, Matarazzo, Dall'Olio, Bonnetti et autres, ont trouvé que ce nouveau remède était un bon antimalarien, mais non comme Conheim, Pollettini, Micheli, Germani et autres.

Dans le No 146 de la *Gazette des hôpitaux* (1893), j'ai rapporté, dans une note, que ce médicament m'avait donné de bons résultats chez trois malades atteints d'affection palustre, rebelles aux sels de quinine.

Mes observations sont au nombre de vingt; elles comprennent quatre cas d'infection malarienne primitive, dix de malaria récidivée et rebelle aux sels de quinine, quatre de paludéens ne pouvant supporter ces sels, et deux de fièvre ictéro-hématurique.

Chez des personnes affectées d'impaludisme ancien, j'ai employé l'hydrochlorate de phénocolle en quantité totale de trois à six grammes ou un peu plus, en faisant prendre de un demi gramme à un gramme par jour, par doses de quinze à vingt-cinq centigrammes dans les moments d'apyrexie ou de rémittence de la fièvre. Après avoir vaincu les paroxysmes avec la phénocolle, je l'ai encore prescrite durant cinq ou six jours ou même davantage, en l'associant à la quinine lorsque le malade la supportait, à la liqueur arsenicale de Fowler et au lactate de fer.

D'après mon expérience, la phénocolle a un effet certain contre la malaria et, sur dix huit cas de fièvre palustre, j'ai observé quinze fois la diminution de la durée de l'accès, une fois un résultat négatif et deux fois un résultat incertain. Dans deux cas de fièvre ictéro-hématurique, j'ai obtenu la guérison de cette fièvre et de la malaria : c'est donc, sur vingt cas, dix-sept guérisons.

Chez les sujets qui ne peuvent tolérer les sels de quinine, la phénocolle n'a pas produit d'hématurie. La disparition de la fièvre a été prompte, ou au moins après très peu de journées de traitement.

J'ai administré ce nouveau médicament à jeun, en combinant les choses de telle sorte que la dernière prise soit absorbée quatre ou cinq heures avant l'accès à venir. Je n'ai apporté, par les doses que j'ai employées, aucun trouble, ni dans le tube digestif, ni dans les autres viscères. Dans quatre cas, la tumeur splénique a disparu, dans trois cas elle a été réduite légèrement et dans trois cas elle est restée stationnaire.

L'action anti-malarienne de la phénocolle s'explique, d'après moi, parce qu'elle rétablit et relève les fonctions vitales des globules rouges et influence la plasmodie palustre d'une manière nuisible, de telle sorte que ce parasite ne peut produire ni la destruction des hématies, ni donner naissance aux toxines qui empoisonneraient le sang et provoqueraient l'accès fébrile, d'après les vues de Baccelli, confirmées par le professeur Golgi. Une fois que la crase sanguine est revenue à l'état normal, l'état des autres organes où siège l'amibe malarien (rate, moelle osseuse, etc.), et le parasite, ne trouvant plus les conditions nécessaires à son existence, finit par mourir.

Je dirai quelques mots très brefs au sujet de trois cas d'influenza et de névralgie rhumatismale traités avec la phénocolle. J'ai vu, après l'emploi de ce médicament, cesser presque toujours au bout de deux ou trois jours la fièvre, dans les cas d'influenza, lorsque l'état fébrile n'était pas l'expression d'une localisation dans les bronches ou dans une autre région. Quant aux cas de névralgies rhumatismales, je n'ai sur trois cas, obtenu qu'une seule guérison.

En conclusion :

La vertu anti-malarienne de la phénocolle est certaine, et ce médicament peut être considéré comme un bon succédané de la quinine. Je l'ai trouvée utile, aussi bien dans les cas d'infection primitive que dans les cas de maladie chronique et de récédive rebelle à la quinine.

Il a réussi très avantageusement chez les personnes ne pouvant tolérer la quinine, et, dans deux cas de fièvre ictéro-hématurique, la phénocolle employée seule a amené une guérison complète.

La phénocolle n'entraîne aucun trouble et son action anti-malarienne s'exerce en combattant la dyscrasie sanguine morphologique qui est le résultat de l'action destructive de l'hématozoaie malarique sur les globules rouges du sang." (1)

M. Sanchez HERRERO (de Madrid) recommande le traitement de l'épilepsie d'après la pratique suivante.

(1) Nos lecteurs sont priés de rapprocher le rapport de M. Pucci avec celui de M. le professeur Baccelli, à la page 492 de notre livraison de septembre dernier. — Réd.

Il formule :

Eau.....	500	grammes
Bromure de potassium	50	“
Iodure de potassium.....	5	“

On commence par administrer 20 centimètres cubes de cette solution une heure avant chaque repas, et on augmente la dose tous les jours jusqu'à provoquer chez les malades un état de somnolence et d'ébriété continuelles. Généralement la dose de trente centimètres cubes est suffisante; quelquefois on est obligé d'aller jusqu'à cinquante, soixante et même soixante-dix centimètres cubes.

L'ébriété bromique, dans les huit ou quinze premiers jours, est indispensable au succès.

Le traitement est continué pendant six mois. Après on diminue progressivement la dose et on fait de la suggestion hypnotique deux ou trois fois par semaine. Le malade est guéri au bout d'un an.

Sur trente épileptiques traités de cette façon, dix neuf qui ont suivi rigoureusement le traitement ont tous guéri. Les autres, qui se soignaient mal et irrégulièrement, ont été considérablement améliorés.—(A suivre.)

A travers la thérapeutique.

Badigeonnages du gaïacol dans l'orchite blennorrhagique.—MM. BALZER et LACOUR rappellent tout d'abord que dans ces derniers temps, le gaïacol a été employé dans un grand nombre d'affections, et qu'un de ses effets les plus remarquables est l'abaissement thermique que l'on obtient par des badigeonnages cutanés. MM. Balzer et Latour viennent de déterminer une nouvelle indication de ces badigeonnages de gaïacol. Ils en ont obtenu, en effet, d'excellents résultats dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. Sur la peau de la région inguinale on peut faire les badigeonnages avec le gaïacol pur; sur la peau du scrotum il faut employer une pommade à 2 ou 5 grammes de gaïacol pour 30 grammes de vaseline.

Un des premiers effets de l'application de cette pommade est une cuisson assez vive qui dure dix minutes environ; puis le malade éprouve une sensation de chaleur et presque immédiatement les douleurs disparaissent, au moins pour trois ou quatre heures; quelquefois même elles ne reparissent plus du tout. Ordinairement, on est obligé de faire deux applications le premier jour, mais après le troisième la douleur n'existe plus. On interrompt alors les badigeonnages, car ils ne semblent pas avoir une

action résolutive bien marquée sur l'infiltration inflammatoire de l'épididyme.

Le gaïacol possède donc une action très nette et très énergique sur les douleurs de l'orchite. Il est à ce point de vue bien supérieur au stypage, au chlorure de méthyle, ou à la vessie de glace. De plus, il supprime quelques phénomènes généraux qui sont dus à la douleur, par exemple l'insomnie.

Il détermine un érythème léger du scrotum, suivi du dessèchement de l'épiderme qui se fendille et s'exfolie.

M. NETTER demande à M. Balzer s'il pense que le gaïacol est absorbé ; dans de nombreuses observations, les malades accusaient un goût particulier. En outre les résultats analgésiques sont-ils contents ? A côté de cas très favorables on a cité des insuccès.

M. BALZER.—L'absorption cutanée et pulmonaire du gaïacol joue sans doute un certain rôle, mais la rapidité de l'action des badigeonnages semble indiquer une action locale. MM. Balzer et Lacour ont traité par ces badigeonnages 20 malades, et dans ces 20 cas les résultats ont été très favorables et très rapides.

M. CHAUFFARD croit que le gaïacol agit surtout par action réflexe. Les badigeonnages font tomber la fièvre chez les tuberculeux. Si on leur fait inhaler le gaïacol les effets antithermiques sont bien moins appréciables.

Quant au traitement de l'orchite, M. Chauffard rappelle qu'on peut rapidement en faire disparaître les douleurs au moyen du salicylate de soude à haute dose, 6 à 8 grammes d'un seul coup.

M. MARIE a également constaté les effets merveilleux du salicylate de soude.

M. FERRAND a employé les badigeonnages de gaïacol dans la névralgie sciatique, dans les névralgies intercostales des tuberculeux ; il a toujours obtenu d'excellents résultats. L'absorption du gaïacol est évidente, puisqu'on le retrouve dans les urines ; mais il est difficile de déterminer la quantité qui est absorbée par la peau d'une part et par les voies respiratoires de l'autre.

M. BALZER est très partisan du salicylate de soude dans les diverses manifestations de la blennorrhagie ; mais, contre les douleurs de l'orchite, son action lui a paru moins rapide que celle du gaïacol.

* * *

M. le professeur LANDOUZY, s'exprime comme suit au sujet du traitement des typhoïdiques : " Ayant à trouver le traitement rationnel des typhoïdiques, à défaut du traitement de la fièvre typhoïde, nous sommes partisan convaincu de la médication par le bain froid, véritable médication de choix, médication capitale, synthétique, capable, à elle seule, de satisfaire à toute une série d'indications, sans avoir guère à emprunter à la matière médicale.

" Ne donne-t-elle pas, en effet, l'antithermie mieux que le sulfato

de quinine, l'antipyrine, etc.? Ne donne-t-elle pas le reconfort au malade, mieux que les médicaments nervins [valériane, quinquina, alcools]? Ne fait-elle pas aussi bien sur la circulation que la digitale, la caféine? Ne fait-elle pas mieux uriner que tous les diurétiques? Bien plus, le bain froid n'ajoute-t-il pas à tous ses avantages, déjà si grands, celui d'être *médication externe*, c'est-à-dire de ne jeter dans l'économie aucun agent de la matière médicale, dont les effets pharmacodynamiques sont toujours près d'être toxiques?

“ C'est pour toutes ces raisons que la médication de choix à opposer aux fièvres typhoïdes est la méthode de Brand, consistant :

“ a) A baigner toutes les fièvres typhoïdes ;

“ b) A les baigner dès les premiers symptômes de la maladie ;

“ c) A les baigner jusqu'à la fin de la période fébrile ;

“ d) A les baigner systématiquement, quand la température centrale est à 39 degrés ;

“ e) A les baigner délibérément, alors même que la fièvre continue est à 38°.5 ; se souvenant que le bain froid a d'autre très bonne besogne à faire que d'abaisser exclusivement la température, l'hyperthermie n'étant pas le seul symptôme qui doive inspirer le pronostic et le traitement.

“ Par la méthode de Brand, nous savons que nous arrivons à réduire la mortalité par fièvre typhoïde au quart de ce qu'elle était : nous savons encore que nous diminuons la morbidité ; que nous enfermons la maladie dans les trois septénaires classiques ; que nous abaissons la durée du séjour à l'hôpital ; que nous affaiblissons l'infection, et dans ses déterminations organiques et dans ses expressions symptomatiques, ce qui atténue d'autant le pronostic *quoad vitam* et *quoad futurum*, ce qui diminue d'autant le nombre des maladies locales (angiocardopathies, néphrites, scléroses nerveuses, otites, névrites, etc., etc.) qui ont leur cause et leur origine dans une fièvre typhoïde ancienne.”

* * *

Emploi simultané du chloralose et de la morphine.—“ Le chloralose est un excellent hypnotique à condition d'être pris à petites doses. Or un excellent moyen de le rendre efficace sans donner de grosses doses, c'est de lui associer la morphine en injections hydrodermiques. M.L.C. :

“ On obtient un sommeil facile et profond chez la plupart des malades, avec un réveil une sensation de bien être, de repos et de force. On donne de 5 à 40 centigrammes de chloralose, puis $\frac{1}{2}$ à 1 heure après on fait une piqûre de morphine de 1 centigramme d'une solution à 1 pour 100. Avec ces doses très minimes on obtient un sommeil, ce que l'on n'obtient avec le chloralose à dose de 10 ou 20 centigrammes ou avec 1 ou 2 centigrammes de morphine qui dans ces cas donne un réveil lent, pénible et prolongé.”

A notre avis il y a là une restriction à faire. Beaucoup de malades n' peuvent supporter la morphine sans éprouver de la nausée et des vomissements. Il ne faut pas oublier que le chloralose est à la fois hypnotique et analgésique, d'après Landouzy et Moutard-Martin. Alors l'emploi de la morphine nous semble absolument exagéré.

Landouzy et Moutard-Martin ayant administré le chloralose dans les cas d'insomnie rebelle, ont constaté les faits suivants : 1^o On peut sans danger donner le chloralose à des doses ne dépassant pas 8 décigrammes (1½ grain) et l'on ne constate au réveil aucun trouble digestif, aucune céphalalgie, aucun phénomène d'intoxication. 2^o Une dose de un gramme (15 grains) est une forte dose. Il vaut mieux donner des doses allant de 20 centigrammes (3 grains) au minimum, à 75 centigrammes (1½ grains). À 50 centigrammes (7 à 8 grains) on provoque un sommeil profond et calme, même chez les sujets ayant vainement eu recours à d'autres agents hypnotiques.

Grasset en a obtenu certains avantages dans le tétanos. On ajoute enfin que les hystériques paraissent plus sensibles que les autres sujets à ce médicament, et que chez eux on peut observer des accidents avec des doses relativement faibles. Le meilleur mode d'administration est le cachet.

* * *

Le régime des phtisiques.—Le Dr Loomis, de New-York, formule dans le *Medical Record* les indications qui doivent servir de guide dans le traitement diététique des tuberculeux. A ce point de vue, les phtisiques passent par les trois phases suivantes :

1^o Période pendant laquelle l'appétit et les fonctions digestives sont normales ;

2^o Période qui s'étend depuis les premiers troubles gastriques jusqu'au moment où l'estomac refuse les aliments solides. A cette période, l'infection septique est plus ou moins constante, la fièvre est intermittente, l'amaigrissement progressif ;

3^o Période pendant laquelle les aliments solides ne peuvent être tolérés sans troubles digestifs et qui s'étend jusqu'à la mort du malade.

Voici les principales règles formulées par le Dr Loomis :

1^o Autant que possible s'abstenir de médicaments et de potions contre la toux ;

2^o Fractionner l'alimentation au moins en six repas par 24 heures ;

3^o Ne pas prendre de nourriture au moment où l'on souffre de quelque fatigue physique ou mentale ;

4^o Faire un léger somme, ou du moins s'étendre pendant 20 minutes avant le déjeuner de midi et le repas du soir ;

5^o Boire peu au repas ;

6o S'abstenir des féculents et des sucres ainsi que de tout aliment indigeste ;

7o Autant que possible ne prendre à chaque repas que des aliments qui demandent le même temps pour être digérés ;

8o Ne manger que ce qui peut être facilement et entièrement digéré dans le temps donné .

9o Aussi longtemps que possible, faire un exercice systématique qui favorise l'assimilation et les excrétions ; quand cet exercice est devenu impossible, le remplacer par le massage ou un exercice passif ;

10o Les mets doivent être préparés avec soin et même avec raffinement, de manière à exciter l'appétit par tous les moyens possibles.

* * *

Dans les cas d'*anévrisme*, quelle qu'en soit l'origine, le professeur HARE dit que l'iodure de potassium est le meilleur médicament qu'on puisse administrer, et que dans les cas où il ne guérit pas il produit beaucoup de soulagement.

* * *

Ichtyol dans les catarrhes de l'urèthre et de la vessie.—R. VILETTI, de Rome, s'est assuré de l'action bienfaisante exercée par une solution aqueuse à 3 p. 100 d'ichtyol sur la marche de l'uréthrite blennorrhagique : les gonocoques périssent rapidement et les phénomènes inflammatoires sont notablement amendés. L'ichtyol ne cautérise pas la membrane muqueuse, et par suite, il n'y a aucun danger de voir survenir des rétrécissements consécutifs. L'ichtyol serait aussi doué de propriétés analgésiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

GAUTIER.—*La Chimie de la cellule vivante*, par Armand GAUTIER, de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine, professeur de Chimie de la Faculté de Médecine de Paris, petit in-8, broché, 2 fr. 50 c. ; cartonné, 3 fr.

Après avoir décrit la cellule et le rôle de ses diverses parties. M. A. Gautier montre cet organisme en action. Il étudie les phénomènes de l'assimilation et de la désassimilation et il arrive à cette conclusion que les produits directs de la désassimilation des matières protéiques fondamentales résultent de *dédoublement* et non d'*oxydation*. Ce n'est qu'ensuite que ces produits sont brûlés. M. Gautier expose les divers termes de ces dédoublements. Le fonctionnement qui conserve la cellule et, par elle, l'être complet,

est ainsi analysé dans ce livre qui modifiera profondément les théories physiologiques actuelles. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoires*).—Librairie G. Masson, Boulevard Saint Germain, 120, à Paris.

CRITZMAN.—**Le Cancer**, par le Dr CRITZMAN, petit in-8, broché, 2 fr. 50 c. ; cartonné toile anglaise, 3 fr.

L'auteur s'est proposé d'éclaircir la question encore confuse des tumeurs cancéreuses. Pour lui, le cancer ne saurait comprendre que les néoplasies épithéliales, me re celles dont la tendance à la malignité est fort problématique ; c'est un *fœtus in fœtu*.

Plusieurs chapitres du volume de M. Critzman sont consacrés à la description de toutes les variétés de cancer, à leur clinique, diagnostic et anatomie pathologique. La cellule cancéreuse est complètement étudiée et est elle-même précédée d'une discussion méticuleuse de l'histogénèse du cancer. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoires*). — Librairie G. Masson, Boulevard Saint-Germain, 120, à Paris.

LETULLE.—**Pus et suppuration**, par Maurice LETULLE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, broché, 2 fr. 50 c. ; cartonné toile anglaise, 3 fr.

Dans cette étude pratique et théorique de la suppuration, l'auteur a groupé successivement les caractères macroscopiques, histologiques et chimiques du pus nécessaires à l'élève aussi bien qu'au praticien.

La seconde partie du volume, consacrée à la suppuration, aborde l'anatomie pathologique des lésions, leur étiologie (microbes pyogènes). Un dernier chapitre expose la pathologie générale de la pyogénie. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*).—Librairie G. Masson, Boulevard Saint-Germain, 120, à Paris.

BRUNEAU.—**Guide pratique de l'Extraction des Dents**, à l'usage du médecin, suivi de la description de la greffe dentaire par restitution immédiate, par le Dr BRUNEAU, 24e volume de la Petite Encyclopédie Médicale. Prix : 3 francs, cartonné à l'anglaise.—Société d'Éditions Scientifiques, Place de l'École de Médecine, 4 rue Antoine-Dubois, Paris.

Envoi franco contre un mandat-poste de 3 fr., adressé à M. le Directeur de la Société d'Éditions scientifiques, 4 rue Antoine-Dubois, Paris.

LABERGE.—**Des inoculations préventives des maladies contagieuses.**—Travail lu le 28 septembre 1894, devant la Société Américaine d'Hygiène Publique, par le Dr J. E. Laberge, bactériologiste de la ville de Montréal.—W. F. Daniel, éditeur, Montréal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Collège des Médecins et des Chirurgiens de la Province de Québec.—Programme de l'Examen Préliminaire pour 1895 :

Latin.—Commentaires de César, les cinq premiers livres.—*Enéide* de Virgile, liv. I et II.—*Odes* d'Horace, liv. III. Le candidat devra aussi avoir une connaissance sérieuse de la grammaire latine.

Français.—On exigera des candidats dont le français est la langue maternelle, une connaissance critique du "*Bourgeois Gentilhomme*," de "*Télémaque*" et des trois premiers livres des fables de LaFontaine. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire, d'étymologie et d'analyse grammaticale et logique.

Quant aux candidats parlant l'anglais, ils devront traduire en anglais quelques passages de "*Télémaque*" et répondre à des questions de grammaire française. On exigera aussi la traduction française de quelques phrases anglaises.

Anglais.—Les candidats parlant l'anglais devront posséder une connaissance critique de la pièce suivante de Shakespeare : "*Antony & Cleopatra*," y compris des questions de grammaire, d'étymologie et d'analyse.

Les candidats parlant le français traduiront quelques passages des huit premiers livres de la vie de Colomb (*Life of Columbus*), par Washington Irving. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire anglaise, et traduire en anglais quelques phrases du "*Télémaque*."

Belles-Lettres.—Principes de Belles-lettres et de Rhétorique ; histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, du 17^e, du 18^e et du 19^e siècle en France et en Angleterre.

Histoire.—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

Géographie.—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

Arithmétique.—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le pourcentage, racines carrées.

Algèbre.—Fractions et équations du premier degré.

Géométrie.—Les trois premiers livres d'Euclide et le sixième, ou la partie de la géométrie plane correspondant à ces livres dans Eüsséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières sans démonstration.

Chimie.—Notions générales, telles que dans Wurtz, Troost ou Roscoe.

Botanique.—Notions générales, telles que dans Moyen, Provancher, Laflamme ou Spotton.

Physique.—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Peck.

Philosophie.—Notions générales sur toute la philosophie.

N.B.—Les candidats doivent donner un certificat de bonne conduite. Tout aspirant surpris à copier, à s'aider de notes ou de livres ou à communiquer des renseignements quelconques à un autre candidat, sera immédiatement renvoyé de l'examen. De plus, à la fin de l'examen, chaque candidat devra faire devant un magistrat une déclaration solennelle affirmant qu'il n'a eu recours à aucun moyen frauduleux de nature à l'aider à subir son examen. Il devra en même temps établir son identité.

Ordre des matières points assignés à chacune d'elles et proportion à conserver par les candidats.

Premier jour.

Géométrie.....	de 9 à 10....	100 points....	25/00 à conserver
Arithmétique .	" 10 "	11....100 "	50/00 "
Algèbre.....	" 11 "	12....100 "	25/00 "
Chimie.....	" 12 "	12.45.100 "	25/00 "
Physique.....	" 2.30 "	4.....100 "	33/00 "
Philosophie....	" 4 "	5....100 "	25/00 "
Botanique.....	" 5 "	6....100 "	33/00 "

Second jour.

Latin.....	de 9 à 10.30	200 points....	50/00 à conserver
Belles-Lettres..	" 10.30 "	11.30...100 "	25/00 "
Histoire.....	" 11.30 "	12.15...100 "	25/00 "
Géographie.....	" 12.15 "	1.....100 "	25/00 "
Langue Matri- nelle.....	" 2.30 "	4.....150 "	75/00 "
Franç. ou Angl.	" 4 "	5.....100 "	50/00 "

(comme langue étrangère)

Les matières de l'examen sont distribuées en deux groupes, l'un des sciences (premier jour), et l'autre des lettres (deuxième jour). Les candidats devront conserver au moins la moitié des points affectés à chaque groupe, sinon, ils seront obligés de reprendre le groupe sur lequel ils auront échoué. Le candidat qui, dans l'un quelconque des deux groupes, n'aura pas conservé dans une matière le minimum de points exigé, devra recommencer tout le groupe.

H. A. HOWE, L. L. D.,	} Examineurs.
J. C. K. LAFLAMME, S. T. D.,	
H. WALTERS, M. A.,	
PROF. C. A. PFISTER.	

VARIÉTÉS

Alcool et morphine.

J'ai déjà discrètement signalé combien ces deux démons font de victimes dans notre corporation ; mais il devient nécessaire d'insister.—Il est vraiment désolant de voir nombre de médecins, jeunes et vieux, qui devraient pourtant donner de bons exemples, rechercher les excitations malsaines et devenir une sorte de danger public, en conseillant à leur entourage et à leurs clients de faire comme eux.—Car ils ne se contentent pas de s'intoxiquer ; ils nousent encore ceux qui les approchent à en faire autant. Le fléau fait boule de neige à cause de la contagion par l'exemple et la prédication. C'est surtout vrai pour la morphine : Nos confrères qui s'adonnent à cette ivresse particulière en arrivent à faire de la propagande d'une façon effrénée. C'est avec une sorte de zèle apostolique, qu'ils placent la seringue mortelle au-dessus de tout ; j'ai connu un médecin, arrivé à une accoutumance énorme, qui a précipité la mort de son fils, également docteur, en lui conseillant de demander à l'opium un adjuvant factice.—Ce dernier a précédé son père dans la tombe de quelques mois et il serait certainement encore de ce monde, sans cette malencontreuse exhortation, car il n'avait pas encore quarante ans et possédait avant sa déchéance une excellente constitution.

—J'ai été mêlé à l'existence de plusieurs autres confrères, qui ont dû être enfermés dans des asiles pour se remettre et qui ont naturellement perdu la situation très enviable qu'ils avaient.

La guérison est excessivement difficile et j'ai en toutes les peines du monde, dans l'espace de plusieurs mois, à obtenir des sacrifices périodiques de quelques centigrammes, malgré l'adjonction de la spartéine, chez un charmant médecin des environs de Paris, qui était pourtant résolu à ne pas aller plus avant et qui se faisait surveiller par une compagne intelligente et dévouée. Il a tout ce qu'il faut pour être heureux, de son propre aveu, et, par son intempérance, dont le point de départ avait été une curiosité mal justifiée, il a été sur le point de tout compromettre.—J'espère qu'il est sauvé actuellement, et qu'il ne retombera pas, malgré le dicton peu encourageant : Qui a bu, boira.—Qui s'est piqué, se piquera.

La dégradation intellectuelle et physique est encore plus rapide lorsque l'alcool vient ajouter son action désastreuse à celle de la morphine. Ce sont surtout les médecins de campagne ou ceux qui viennent se fixer à Paris, où ils ont des fatigues plus grandes, où ils ne brûlent plus au grand air le poison ingéré, qui sont sujets à cette débauche et y succombent plus facilement.

Un confrère de ma connaissance, qui avait contracté l'habitude d'accepter ce qu'on lui offrait, dans ses tournées, en était arrivé à prendre une moyenne de 15 à 20 consommations par jour. Il n'osait pas refuser, de peur de mécontenter les fermiers et petits propriétaires qui voulaient le rafraîchir, pendant l'été, et lui donner du cœur pendant l'hiver, pour lutter contre l'inclémence de la température. Peu à peu l'habitude s'est changée en besoin, les excès n'ont fait que s'accroître, et, par suite de l'imbibition progressive des tissus, de l'emmagasinage assez rapide du poison, il est mort d'accidents cirrhotiques, à l'âge de 32 ans, laissant femme et enfants dans une situation précaire.

Mais à quoi bon multiplier les exemples ; il n'est pas un de mes lecteurs qui ne connaisse quelque voisin, ruiné, moralement et physiquement par cette dépravation stupéfiante, stupide aussi ? L'addition serait épouvantable à faire et le nombre des victimes doit faire trembler et remplir de circonspection ceux qui n'ont pas mis encore les lèvres à la coupe empoisonnée. Il est urgent qu'une réaction énergique se fasse sentir et que chacun de nous s'empresse de sonner le tocsin d'alarme et d'arrêter les égarés sur la pente si glissante où on se laisse choir si rapidement.

Cette volupté malsaine est surtout recherchée par les intellectuels, les désœuvrés, les hystériques, les hypocondriaques, les neurasthéniques, les héréditaires, etc.

La vie moderne, à toute vapeur, avec ses sensations outrancières plus ou moins violemment répétées, ne peut que troubler l'équilibre mental de ces prédisposés, à l'étroit dans leur vie et tiraillés de vœux. Les jouissances que procure l'épanouissement intellectuel ne sont pas les seules, avidement recherchées ; on convoite encore celles qui sont le plus aptes à désemperer l'organisme. Les déceptions de l'ambition déçue viennent souvent ajouter leur dépression à celles du surmenage, dans ces cervelles à la dérive.

On a conquis une petite réputation, le désir de mieux faire vous entraîne, la critique des rivaux vous irrite, on s'attache à des conceptions sans cesse plus grandes, mais on n'a pas la force de les réaliser. Redoutable épreuve dans laquelle on est trop souvent amené à chercher, dans des stimulants physiques, la puissance qui vous échappe. Le hachish, l'alcool, l'opium, l'éther, sont tour à tour essayés ; on puise dans leur passagère ivresse une ardeur qui ne se soutient pas, puis, bientôt, l'appareil nerveux complètement fourbu s'affaisse dans un effrayant coma. Le fabuliste a pourtant écrit : ne forçons point notre talent. Qui se soucie de ce conseil ? La sagesse consisterait à n'entreprendre que ce nous pouvons accomplir, à observer la sobriété, à gouverner modérément notre machine. On préfère courir l'aventure et on y rencontre la démence !

Oui, la morphine, pour le plaisir éphémère d'une surexcitation transitoire du cerveau, accable l'infortuné qui s'est livré à ses

charmes, de maux physiques épouvantables ; elle altère l'intelligence, détraque le système nerveux, et peut conduire à la folie et à la démence.

L'habitude du poison dynamogène pervertit le sens moral, abolit l'énergie volontaire, et peut conduire au crime. Le libre arbitre de ceux qui sont atteints de cette variété de folie se trouve compromis par l'imprégnation morphinique et les légistes se sont demandés s'ils étaient aptes à tester et à contracter, si l'opportunité d'un conseil judiciaire et la nécessité de l'interdiction ne s'imposaient pas.

Aussi, des égarés qui parviennent à se ressaisir, à renoncer à l'affreuse drogue, qui reviennent au véritable sentiment de l'existence et des devoirs sociaux, auxquels ils avaient la lâcheté de se soustraire, au moyen de la fatale seringue, commencent par être confus de honte, par rougir de leur conduite. Ils s'en veulent comme d'une horrible lacune dans leur vie, qu'ils cherchent à combler à force d'énergie et dont ils veulent effacer le déshonorant stigmate.

1. Il faut aussi réagir contre l'usage immodéré de la bière, de l'absinthe et de tous les véhicules alcooliques, même le vin, qui contiennent des aldéhydes, des éthers, de acétates d'éthyle, d'amyle, etc., produits impurs et dangereux, dus pour la plupart à des distillations insuffisantes. Toutes les adultérations qui abaissent le prix de revient des boissons spiritueuses ont pour résultat d'augmenter leur débit, dans des proportions désolantes, surtout dans la classe ouvrière.

Le Dr Laborde a dénoncé à l'Académie cet attentat général, permanent, d'autant plus criminel qu'il indique de la part du coupable la préméditation savante, qu'il spéculé sur une nécessité de l'alimentation. Il a démontré que la plupart des arômes ou bouquets, qu'on ajoute aux liqueurs, sont des poisons, que le vermouth et le bitter eux-mêmes contiennent un principe artificiel fort dangereux, l'aldéhyde salicylique, que les fabricants substituent à l'essence de reine-des-prés.

Tous ces esprits sont ennemis de l'esprit.

—L'alcoolisme particulier et presque inédit par le cidre, avec ivresse tapageuse, se rapprochant de l'absinthe, est aussi à redouter.

—Il paraît qu'il y a des dames qui se grisent jusqu'à l'abrutissement avec de l'eau de Cologne, de l'eau de Botot et même de l'éther : La caractéristique de l'éthérisme, c'est la dégradation écœurante par suite de perurbation du sens génésique.

N'insistons pas sur cette pénible question, et plaignons les victimes, personnes jadis haut placées, artistes de premier ordre, fils et filles de grandes familles dont l'intelligence a sombré et qui sont irrémédiablement condamnées, car l'éther ne pardonne pas.

Je concluerai en disant: Lorsqu'on a eu reconnu que les alcools frelatés, non viniques, qui se vendent actuellement, exerçaient un travail d'obnubilation sur les plus lumineux cerveaux, que la dégénérescence de notre race pouvait en dériver, on est arrivé à prescrire beaucoup moins la potion de Tood et autres composés thérapeutiques contenant des spiritueux.

Il faut qu'on agisse de même pour l'injection morphinée, qu'elle ne soit jamais abandonnée à la discrétion des malades, qu'elle soit considérée comme un remède héroïque, réservé aux cas d'exception: coliques néphrétiques, hépatiques, etc., et surtout aux cas incurables [cancers, ataxie, etc.], pour lesquels cette médication est vraiment un bienfait inappréciable.

Soulager la douleur est œuvre divine, disait Hippocrate, mais encore faut-il que ce soulagement n'aboutisse pas à mettre la vie en danger, quand elle n'est pas menacée.

Je suis partisan de la douce, de la sainte anesthésie: je bénis cette providentielle et fascinante médication, mais je n'y ai recours que lorsque la douleur est devenue intolérable, que dans les grandes crises et non pour des douleurs insignifiantes. Je n'ai eu, le plus souvent, qu'à me louer d'avoir attendu, avant de favoriser la légitime évasion dans l'oubli des infortunés qui étaient au bout de leur patience!

Dr GRELLETY [de Vichy].

Naissance.

PLOUFFE.—Le 1er novembre, à Montréal, l'épouse de M. le docteur F. X. Plouffe, un fils.

Mariage.

LARIN-ALLARD.—A Montréal, le 16 octobre, à la chapelle du Sacré-Cœur, M. le docteur G. E. Larin conduisait à l'autel Melle Blanche, fille de M. Louis Allard.

Décès.

DELORME.—Est décédé, le 15 octobre, à l'âge de 22 mois et 4 jours, Alfred-Emile-Napoléon, enfant de M. le docteur L. N. Delorme. Nous offrons à notre confrère et ami l'expression de nos très sincères condoléances.

HÉBERT-BISSONNETTE.—A Montréal, le 12 septembre, à l'âge de 4 mois, Marie Alice Justine Hébert, fille du Dr A. E. Hébert, de St-Raymond, comté de Portneuf.